

Aus der Klinik für Gynäkologie,
Campus Virchow Klinikum
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Zur Geschichte der Frauenkliniken der Charité in Berlin von 1710 bis
1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller
Entwicklungen

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Yvonne Schwittai

aus Aachen

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. M. David
 2. Prof. Dr. Dr. Dr. h. c. A. D. Ebert
 3. Prof. Dr. med. J. Blohmer

Datum der Promotion: 07.09.2012

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Zur Krankenversorgung, Entstehung des Krankenhauses und Geburtshelfers sowie zur rechtlichen Stellung der Frau im 18. Jahrhundert.....	3
1.1 Die Anfänge der Gesundheitspolitik in Preußen und der Gebäranstalten im deutschsprachigen Raum.....	3
1.1.1 Der Beginn eines öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen.....	3
1.1.2 Die Funktionsänderung des Hospitals.....	5
1.1.3 Die Anfänge der Gebäranstalten.....	6
1.2 Der Arztberuf und die Anfänge des Geburtshelfers.....	7
1.2.1 Das „Berufsbild des Arztes“.....	8
1.2.2 Die Rolle des Arztes in der Gesellschaft.....	8
1.2.3 Die weibliche Geburtshilfe.....	9
1.2.4 Die Verdrängung der Hebamme aus ihrem autonomen Berufsfeld.....	10
1.3 Die Frau als Patientin in der Entbindungsanstalt und als Rechtsperson.....	12
1.3.1 Die schwangere Frau in der Entbindungsanstalt.....	12
1.3.2 Die schwangere Frau als „wissenschaftliches Objekt“.....	13
1.3.3 Die soziale Interaktion zwischen Arzt und Patient.....	14
1.3.4 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft.....	15
1.3.5 Die rechtliche Situation der Frau als ledige Mutter.....	16
2. Die Geburtshilfe an der Charité von 1727 bis 1800.....	18
2.1 Die bauliche Entwicklung.....	18
2.1.1 Die räumliche Aufteilung.....	20
2.1.2 Die Lage der Räume der Geburtshilfe.....	21
2.1.3 Der Neubau der „Alten Charité“.....	22
2.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht.....	25
2.2.1 Die Direktoren.....	26
2.2.2 Die Anfänge des praktischen Unterrichts in der Charité.....	28
2.2.3 Der geburtshilfliche Unterricht und die Einrichtung der Hebammenschule.....	29
2.2.4 Die Geburtshilfe und Chirurgie als konkurrierende Fächer.....	30

2.3	Die Patientinnen	32
2.3.1	Die Aufnahme in die Charité.....	33
2.3.2	Die Behandlung in der Gebäranstalt.....	34
2.3.3	Der Alltag in der Charité	35
3.	Die eigene Abteilung der Geburtshilfe in der „Alten Charité“ von 1800 bis 1856.....	36
3.1	Die bauliche Entwicklung	36
3.1.1	Die Lage der geburtshilflichen Station in der Alten Charité	37
3.1.2	Die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten.....	38
3.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	39
3.2.1	Die Direktoren	40
3.1.2	Der Unterricht.....	41
3.3	Die Patientinnen	44
3.3.1	Die Aufnahme in die Charité.....	45
3.3.2	Der Ablauf einer Geburt.....	45
3.3.3	Der Alltag in der Charité	46
4.	Die Entwicklung zur Frauenheilkunde von 1856 bis 1951 mit einer	
	eigenständigen Klinik in der Charité.....	48
4.1	Die bauliche Entwicklung	48
4.1.1	Das Pockenhaus.....	51
4.1.2	Der Neubau des geburtshilflichen Pavillons.....	
	(sog. Evacuations-Pavillon) 1877.....	52
4.1.3	Die Erweiterung durch den Kreißsaalflügel 1891	53
4.1.4	Der Neubau der geburtshilflichen Klinik von 1924	54
4.1.5	Der Neubau des gynäkologischen Pavillons 1884.....	56
4.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	58
4.2.1	Die Direktoren	59
4.2.2	Der Unterricht.....	61
4.2.3	Die Anfänge der Gynäkologie in der Charité	63
4.3	Die Patientinnen	65
4.3.1	Die Aufnahme in die Charité.....	65
4.3.2	Die Geburt und das Wochenbett.....	67

5.	Zur Gesundheitspolitik, Entwicklung der Gebäranstalten, des Frauenarztes	
	sowie der rechtlichen Stellung der Frau im 19. Jahrhundert	68
5.1	Das Gesundheitswesen des deutschen Staates und die bauliche	
	Entwicklung der Krankenhäuser und Entbindungsanstalten	68
5.1.1	Die Einführung der Sozialgesetzgebung	68
5.1.2	Die Einführung von Rechten für berufstätige Frauen.....	69
5.1.3	Die bauliche Weiterentwicklung des Krankenhauses.....	70
5.1.4	Die bauliche Entwicklung der Entbindungsanstalten	71
5.2	Die Entwicklung des Arztberufes und der Geburtshilfe sowie	
	die Anfänge der Gynäkologie	72
5.2.1	Die Entwicklung des ärztlichen Standes.....	73
5.2.2	Die Ausweitung des Patientengutes auf alle Gesellschaftsschichten	74
5.2.3	Der Beginn der „weiblichen Medizin“	74
5.2.4	Die männliche Geburtshilfe	75
5.2.5	Die Anfänge der Gynäkologie	76
5.2.6	Grundlegende Errungenschaften in Geburtshilfe und Gynäkologie.....	77
5.2.7	Zwei konkurrierende Strömungen in der Geburtshilfe	78
5.3	Die Frau als Patientin in der Entbindungsanstalt und als Rechtsperson	79
5.3.1	Die schwangere Frau in der Entbindungsanstalt	79
5.3.2	Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft	80
5.3.3	Die rechtliche Situation der Frau als ledige Mutter	81
6.	Die universitäre Entbindungsanstalt in der Oranienburger Straße von	
	1817 bis 1831	83
6.1	Die Einrichtung der universitären Entbindungsanstalt in der	
	Oranienburger Straße	83
6.1.1	Das Gebäude.....	84
6.1.2	Die räumliche Aufteilung	84
6.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	85
6.2.1	Die Direktoren	86
6.2.2	Der Unterricht.....	88
6.3	Die Patientinnen	90
6.3.1	Die Aufnahme in die Entbindungsanstalt	91

6.3.2	Die Geburt und das Wochenbett.....	92
6.3.3	Der Alltag in der Entbindungsanstalt	94
7.	Die universitäre Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße von 1831 bis 1882.....	95
7.1	Die Einrichtung der universitären Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße	95
7.1.1	Das Gebäude.....	96
7.1.2	Die räumliche Aufteilung	96
7.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	97
7.2.1	Die Direktoren	98
7.2.2	Der Unterricht.....	99
7.3	Die Patientinnen	101
7.3.1	Die Aufnahme in die Klinik	101
7.3.2	Die Geburt und das Wochenbett.....	102
8.	Zur Gesundheitspolitik, der Weiterentwicklung des Arztberufes und der	
	Frauenheilkunde sowie der rechtlichen und sozialen Stellung der Frau	
	in der Gesellschaft im 20. Jahrhundert.....	103
8.1	Die Gesundheitspolitik Deutschlands und die Entwicklung des	
	Krankenhauses	103
8.1.1	Liberales Ansätze in der Weimarer Republik	103
8.1.2	Unter der Herrschaft der NSDAP	104
8.1.3	Die Gesundheitspolitik in der DDR.....	105
8.1.4	Die Entwicklung des Krankenhauses	106
8.2	Die Zusammenführung von Gynäkologie und Geburtshilfe zu	
	einem Fachgebiet.....	107
8.2.1	Die Diversifizierung des Arztberufes	107
8.2.2	Frauen als Ärztinnen.....	108
8.2.3	Die Entwicklung von Gynäkologie und Geburtshilfe bis 1933	109
8.2.4	Die Entwicklung von Gynäkologie und Geburtshilfe im 3. Reich.....	110
8.2.5	Die Frauenheilkunde in der DDR	111
8.3	Die Frau als Patientin im Krankenhaus und als Rechtsperson.....	112
8.3.1	Die schwangere Frau im Krankenhaus	113
8.3.2	Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als	
	ledige Mutter bis 1933.....	113

8.3.3	Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als ledige Mutter im 3. Reich	114
8.3.4	Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als ledige Mutter in der DDR.....	115
9.	Die Frauenklinik im Gebäudekomplex der Artillerie-/Monbijou-/Ziegelstraße von 1882 bis 1982	117
9.1	Die bauliche Entwicklung	117
9.1.1	Der Gebäudekomplex	119
9.1.2	Die Ida-Simon-Stiftung	121
9.1.3	Der Neubau in der Ziegelstraße (Z-Bau)	124
9.1.4	Der 2. Weltkrieg und die Folgen	129
9.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	131
9.2.1	Die Direktoren	132
9.2.2	Der Unterricht.....	135
9.3	Die Patientinnen	139
9.3.1	Die Aufnahme in die Frauenklinik	140
9.3.2	Der Ablauf einer Geburt	140
9.3.3	Der Alltag in der Entbindungsanstalt	141
10.	Der Neubau und die Rekonstruktion der Charité in der Luisenstraße von 1976 bis 1989	143
10.1	Die bauliche Entwicklung	143
10.1.1	Das Gebäude.....	144
10.1.2	Die Abteilungen der Frauenklinik	146
10.2	Die ärztliche Versorgung und der Unterricht	149
10.2.1	Die Direktoren	150
10.2.2	Der Unterricht.....	151
10.3	Die Patientinnen	152
10.3.1	Die Aufnahme in die Charité.....	152
10.3.2	Der Ablauf einer Geburt	153
10.3.3	Alltag im Krankenhaus.....	154
11.	Zusammenfassung.....	155

12. Literaturverzeichnis.....	157
12. Tabellenverzeichnis.....	176
13. Abbildungsverzeichnis	177
14. Abkürzungsverzeichnis	180
Erklärung.....	182
Danksagung.....	183
Curriculum vitae	184
Publikationsliste	185

Einleitung

Die vorliegende Promotion befasst sich mit der sowohl spannenden als auch wechselhaften Geschichte der Frauenklinik der Charité in Berlin. Sie ist anlässlich des 125 jährigen Jubiläums der Frauenklinik, ausgehend vom Neubau in der Tucholskystraße im Jahr 1884, und des 300 jährigen Jubiläums der Charité entstanden. Diese Arbeit soll einen Überblick über die wechselhafte Entstehungsgeschichte mit unterschiedlichen Standorten und verschiedenen Gründungsmotiven der heutigen Frauenklinik der Charité, Campus Mitte darstellen. Dabei wird der Zeitraum von der Gründung der Charité im Jahr 1710 bis zum Jahr 1990 berücksichtigt.

Die Geschichte wird unter zwei Aspekten betrachtet. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der baugeschichtlichen Entwicklung. Da die Frauenklinik in sehr unterschiedlichen Gebäuden und an verschiedenen Örtlichkeiten untergebracht war, bietet sich diese spezifische Betrachtungsweise an.

Der zweite Schwerpunkt ist auf die Rolle der Frauen in der historischen Entwicklung der Geburtshilfe gelegt. In den bisherigen medizinhistorischen Darstellungen der Frauenheilkunde bleibt diese Thematik oft unerwähnt und wird so gut wie gar nicht berücksichtigt. Als Hebammen wurden sie von den Ärzten aus ihrer Position gedrängt, als Patientinnen zur (Er-)Forschung des weiblichen Körpers genutzt. So haben sie in einer passiven Position ihren Beitrag zum heutigen Wissensstand geleistet. In den letzten Jahren sind einige wenige Publikationen dazu entstanden, die aber erst den Anfang bilden sollten. Ein großes Manko ist hierbei sicherlich, dass es so gut wie keine schriftlichen Belege von Frauen als Hebammen oder Patientinnen gibt, da sie meist in einer sozialen Position waren, in der sie weder lesen noch schreiben konnten.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine Übersicht über die Entwicklung der Frauenklinik der Charité unter den zwei Gesichtspunkten zu geben. Da der zeitliche Rahmen nahezu 300 Jahre umfasst, kann hier lediglich ein Überblick gegeben werden, ohne eine ins Detail gehende Analyse vorzunehmen und dabei zu sehr in die Tiefe zu gehen. Es verdienen etliche Zeitabschnitte oder Ereignisse eine eingehendere Betrachtung, welche jedoch in einem eigenständigen Dissertationsthema erörtert werden sollten. Auch in Bezug auf die Rolle der Frau gibt es sicherlich in der Medizinhistorik oder auch den „Gender studies“ noch einen großen Forschungsbedarf.

Die Arbeit ist zeitlich gegliedert, d.h. die Geschichte wird chronologisch fortlaufend erzählt, beginnend im 18. Jahrhundert. Einen Rahmen geben die geschichtshistorischen Kapitel eins,

fünf und acht, die jeweils die Ereignisse in das entsprechende Jahrhundert einbetten und auf die medizingeschichtlichen Hintergründe verweisen. Damit soll ein besseres Verständnis für die Entwicklung erzielt werden. Der Aufbau dieser Kapitel ist gleich gehalten. Im ersten Teil wird auf das Gesundheitssystem, die bauliche Entwicklung des Krankenhauses und später der Entbindungsanstalten eingegangen. Der zweite Abschnitt beinhaltet die Entwicklung des Arztberufes bzw. Frauenarztes sowie die unterschiedliche Einwirkung von Frau und Mann auf die Geburtshilfe. Des Weiteren wird im dritten Teil des jeweiligen Kapitels die Rolle der Frau als Patientin im Krankenhaus sowie ihre rechtliche Situation in der Gesellschaft und als ledige Mutter beschrieben.

In den übrigen Kapiteln wird die Entwicklung der Frauenklinik beschrieben. Da sich die heutige Frauenklinik aus zwei Kliniken heraus entwickelt hat, zum einen aus der Frauenklinik der Charité, zum anderen aus der Frauenklinik der Universität, werden diese Entwicklungsstränge getrennt betrachtet. In Kapitel zwei bis vier wird die Entwicklung der Frauenklinik der Charité dargestellt, wohingegen Kapitel sechs und sieben die Geschichte der Universitäts-Frauenklinik beschreiben. Dies wird teilweise in Kapitel neun fortgeführt, wobei aber bereits hier die gemeinsame Geschichte mit der Zusammenführung beider Kliniken beginnt. In Kapitel zehn wird dann die neuere Geschichte der zusammengelegten Frauenklinik bis in die 1990er Jahre hinein dargestellt.

Als Material für diese Arbeit dienten in größerem Umfang die Charité-Annalen. Aufsätze aus verschiedenen gynäkologischen und geburtshilflichen Fachzeitschriften aus drei Jahrhunderten, medizinhistorische Publikationen, Abhandlungen und Aufsätze über bestimmte Zeitabschnitte, Ereignisse und Personen vervollständigen dies.

Für die Rahmenkapitel wurden juristisch-historische Ausführungen zur rechtlichen Stellung der Frau in den jeweiligen Jahrhunderten herangezogen. Des Weiteren wurden Publikationen verwendet, die sich mit der Geschichte der Hebammen und Frauen als ledige Mütter, als Patientinnen sowie als Teil der Staatsphilosophie beschäftigten. Darstellungen der Entwicklung des Krankenhauses, des ärztlichen Berufes und des Gesundheitssystems in Deutschland vervollständigen das Material. Eine separate Auswertung des Archivmaterials der Humboldt-Universität nahm ich nicht vor, da dies den Umfang dieser Promotion gesprengt hätte.

1. Zur Krankenversorgung, Entstehung des Krankenhauses und Geburtshelfers sowie zur rechtlichen Stellung der Frau im 18. Jahrhundert

Bevor ich die eigentliche Entwicklung der Frauenklinik beschreibe, stelle ich diesen Kapiteln jeweils einen historischen Überblick des entsprechenden Jahrhunderts voran. Es beinhaltet den Fortgang des Gesundheitswesens, die Entwicklung des Arztberufes „Geburtshelfer“ sowie die rechtliche Situation und Stellung der Frau in der Gesellschaft. Dies erachte ich für nötig, da die beschriebene Entwicklungsgeschichte der Frauenklinik einen großen Zeitraum von über drei Jahrhunderten umfasst, in dem grundlegende Veränderungen in der Gesellschaft, des Rechtssystems und des Gesundheitswesens stattgefunden haben. Mit den Hintergrundinformationen ist es besser möglich, die Entwicklungsstufen in den historischen Kontext einzuordnen und zu verstehen.

1.1 Die Anfänge der Gesundheitspolitik in Preußen und der Gebäranstalten im deutschsprachigen Raum

In diesem Unterkapitel werden die Gründe und möglichen Motivationen dargelegt, die Herrscher und Staatswesen dazu veranlasst haben, sich um das Wohl der Bevölkerung zu kümmern. Im Zuge dieser Veränderungen wandelte sich das Hospitalwesen und die ersten Entbindungsanstalten wurden gegründet.

1.1.1 Der Beginn eines öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen

Mit der Entdeckung des Körpers als „Staatseigentum“ im aufgeklärten Absolutismus rückten Gesundheit, Krankheit und Tod in den Blickpunkt öffentlichen Interesses. Die Gesundheit der Untertanen war ein Garant für die Schaffung und Erhaltung der Wirtschaftskraft des Landes. Im Zeitalter des Merkantilismus¹ wurde der Wohlstand einer Nation an der Zahl der Untertanen bemessen. Auch der Zeitgeist der Aufklärung, der nicht nur die Gesellschaft und politischen Normen veränderte, sondern auch die Naturwissenschaften beflügelte, verstärkte das Interesse an den Vorgängen im menschlichen Körper.

¹ Der Merkantilismus war eine im Absolutismus verbreitete Wirtschaftspolitik, in deren Mittelpunkt die Förderung von Handel und Gewerbe stand, um die Steuereinnahmen zu erhöhen. Eine stetig wachsende, gesunde und produktive Bevölkerung war für den Reichtum eines Staates deshalb unabdingbar (Müller 2003 S. 117).

Krankheit und Tod hatten im 18. Jahrhundert einen ganz anderen Stellenwert als in unserer heutigen Gesellschaft. Sie waren Ereignisse, die überwiegend im Familienkreis stattgefunden haben. Kranke wurden zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt. Das Verständnis für die Vorgänge im Körper erfasste man auf einer anderen Ebene. Krankheit wurde als „gottgewollt“ hingenommen, als Strafe für begangene Sünden angesehen. Hilfe wurde bei Laienheilern gesucht, die durch volkskundliche Praktiken dieser Sichtweise eher entsprachen als dem naturwissenschaftlichen Ansatz der studierten Ärzte. Ein Großteil der „medizinischen“ Versorgung fand auf diese Weise statt. Die Ärzte spielten für breite Volksschichten nur eine Nebenrolle in der Krankenfürsorge. Durch die Einrichtung von Krankenhäusern wurden Krankheit und Tod institutionalisiert. Die Herausnahme des Kranken aus dem familiären Umfeld initiierte einen Entfremdungsprozess von Krankheit und Tod, der sich bis in unsere heutige Zeit fortsetzt (Paul 1996 S. 97, Huerkamp 1985 S. 36, Imhof 1977 S. 219, Bremer 1977/78).

Die deutschen Kleinstaaten litten Anfang des 18. Jahrhunderts immer noch an den Folgen des Dreißigjährigen Krieges, der eine starke Dezimierung der Bevölkerung nach sich gezogen hatte. Zusätzlich waren eine hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit aufgrund der schlechten Lebensbedingungen ein Problem, das besonders die unteren Gesellschaftsschichten betraf.

Im Rahmen dieser neuen Zeitströmungen und des neuentwickelten Fürsorgecharakters des Staates war Preußen ein Vorzeigemodell in der damaligen Zeit. Der Verwaltungsapparat, auch „Polizeywissenschaft“ (Frevert 1984a S. 24) genannt, wurde ausgebaut, um die Gesellschaft zu strukturieren, zu ordnen und zu kontrollieren. Das öffentliche wie auch private Leben jedes einzelnen Bürgers sollte reglementiert werden. Besonderes Augenmerk wurde auf die Gesundheit der Untertanen gelegt, um die „lebenden Ressourcen“ zu erhalten und das Bevölkerungswachstum zu sichern. Die „medizinische Policey“ (Münch 1995 S. 25) wurde durch Amtsärzte vertreten, die die sanitätspolizeiliche Überwachung der Bevölkerung und der anderen Heilspersonen ausführte. Ein wichtiger Eckpfeiler der preußischen Gesundheitspolitik war die Reglementierung der Ausbildung, Examination und Approbation der verschiedenen Gruppen des Heilspersonals wie Ärzte, Chirurgen, Bader, Hebammen, Apotheker etc., um eine öffentliche Gesundheitsfürsorge sicherzustellen (Münch 1995 S. 22f, Frevert 1984a S. 27 f, Frevert 1984b).

Zahlreiche Schriften von Ärzten, die sich mit bevölkerungs- und gesundheitspolitischen Fragen befassten, erschienen gegen Ende des 18. Jahrhunderts. Besonders die Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Pflege der Neugeborenen wurden bedacht. Federführend war hier Johann Peter Frank (1745-1821), der sein Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ 1779 veröffentlichte. Darin gab er Ratschläge und

Verbesserungsvorschläge zur gesundheitlichen Erziehung und Erhaltung der Staatsbürger bis in die intimsten Bereiche hinein (Frevert 1984a S. 22, ebd. S. 27 f, ebd. S. 67, Paul 1996 S. 93 ff, Bleker 1983, Metz-Becker 1997 S. 90 ff).

1.1.2 Die Funktionsänderung des Hospitals

Auf sprachlicher Ebene wird der Begriff „Krankenhaus“ erstmals von dem Arzt Johann Georg Krünitz (1728-1796) in seiner Enzyklopädie aus dem Jahr 1789 definiert: „*Krankenhaus, das Haus, worin jemand krank liegt. In engerer und gewöhnlicherer Bedeutung, ein öffentliches Haus, ein besonderes Gebäude, oder auch eine Anstalt, wo Kranke, insbesondere arme Kranke, verpfleget und curiret werden; ein Hospital oder Spital für Kranke*“ (Krünitz 1798 S. 120). Bis in das 18. Jahrhundert hinein war das Hospital der letzte Zufluchtsort für soziale Randgruppen. Im Hospital wurden die „armen Kranken“, also die Menschen, die von der Unterstützung öffentlicher Gelder wie der Armenkasse abhängig waren, aufgenommen. Der Sinn dieser Einrichtung war die Pflege und Verwahrung chronisch Kranker und alter Menschen sowie die Isolierung von ansteckenden Kranken in Pesthäusern und Leprosorien. Der Stadtphysikus machte gelegentlich Besuche im Hospital, um Leiden zu lindern, aber nicht um Krankheiten zu heilen. Das Hospital als Institution hat eine lange Vorgeschichte. Es geht auf karitative Herbergen im 4. Jahrhundert zurück, in denen Bedürftige und Pilger von Mönchen untergebracht und gepflegt wurden (Murken 1979 S. 23 ff).

Der Vorläufer des modernen Krankenhauses, wie wir es kennen, entstand aus einer Mischung von verschiedenen Interessenlagen und neuen geistigen Strömungen. Der Staat verfolgte seine Bevölkerungspolitik, der Ärztestand brauchte ein ungestörtes Umfeld zum Forschen und Experimentieren, und die Aufklärung als philosophische Strömung drängte nach der Erkundung des menschlichen Körpers. Nicht nur das Bestreben der Ärzte und des Staates im 18. Jahrhundert begünstigte die weitere Entwicklung des Krankenhauses bis zu der Einrichtung, die für uns heute so selbstverständlich ist. Gesellschaftliche Veränderungen, wie die aufkommende Industrialisierung, Landflucht mit Verstädterung und soziale Probleme, verursacht durch die Auflösung der traditionellen familiären Strukturen und der nachfolgenden Verelendung, trugen im ausgehenden 18. Jahrhundert mit dazu bei. Diese Veränderungen erforderten eine Umstrukturierung des Hospitals. Nicht das Pflegen von Elenden und Armen sollte das Ziel sein, sondern die medizinische Versorgung heilbarer Kranker, d.h. die Wiederherstellung ihrer Gesundheit. Jetter, der „deutsche Historiker des Hospitals“, bemerkte dazu 1967, dass jede Krankenhausgründung in der Geschichte von

einer tieferschichtigen Zielsetzung als nur die Gesundung der Patienten bestimmt wurde (Labisch/Spree 1996 S. 13). Dies bestätigte Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1826) schon 1799: „*Es kommt hierbey alles auf die Bestimmung und den Zweck solcher Anstalten an, und dieser ist dreifach: Hülfe des ärmeren oder verlassenen Kranken-Vervollkommung der Heilkunst durch genauere Beobachtung und unter Aufsicht angestellte Versuche-und Bildung der Wund-Ärzte zum practischen Heilgeschäft*“ (Murken 1979 S. 51). Die Medikalisierung¹ der Bevölkerung wurde durch die Errichtung von Kliniken und die Entdeckung des Krankenhauses als wissenschaftlicher Raum stetig vorangetrieben.

Die Gründung der Charité 1727 gab den Anstoß für eine Aufbauwelle von Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum, die ab 1770 sprunghaft anstieg. Anfangs teilten sich die Kranken das Gebäude noch mit Hospitaliten², Pfründnern³, Irren und Waisen. Diese wurde gegen Ende des 18. Jahrhunderts in separate Häuser verlegt.

Architektonisch gab es keinen einheitlichen Grundtyp, jedoch waren die Häuser meist als ein-, zwei-, oder dreiflügelige Gebäude mit maximal drei Geschossen konzipiert, deren Zimmer von einem Korridor abgingen. Die Bettenzahl pro Zimmer war auch geringer als in den ursprünglich großen Sälen der mittelalterlichen Hospitäler. Je nach Größe des Hauses wurde in der Regel eine Abteilung für innere und eine für chirurgisch Kranke eingerichtet, bei größeren Gebäuden auch manchmal eine geburtshilfliche Klinik, eine Abteilung für ansteckend Kranke etc. (Murken 1995 S. 27 ff, Murken 1979 S. 52, Jütte 1996, Labisch 1996 S. 255).

Das Hospital wich gegen Ende des 18. Jahrhunderts nicht nur sprachlich sondern auch funktional der Bezeichnung „Krankenhaus“. Die Begriffe Hospital und Krankenhaus wurden allerdings noch lange synonym benutzt, obwohl sich die Funktion des alten Hospitaltyps verändert hatte. Oft wurde diese Bezeichnung zum Teil bis heute beibehalten, wenn die Gründung des Hauses auf einen Stifter zurückging (Jütte 1996).

1.1.3 Die Anfänge der Gebäranstalten

Den Ursprung unserer europäischen „modernen“ Geburtshilfe sieht Benedum in der Gründung der geburtshilflichen Abteilung am Pariser Hospital Hôtel-Dieu im Jahr 1630, die anfangs allerdings nur zur Ausbildung der Hebammen gedacht war. Männliche Ärzte erhielten nur mit größter Ausnahme Zutritt. Hier ließ sich Johann Jakob Fried (1689-1769)

¹ Der Begriff „Medikalisierung“ wurde von Michel Foucault entwickelt. Er umschreibt die stetige Einbeziehung der Menschen aus allen sozialen Schichten in das Netz medizinischer Versorgung und der Propagierung von gesundheitsbewussten Verhaltensstandards durch den Staat und die Ärzte (Frevert 1984a S. 15 f, ebd. S. 45).

² Als Hospitaliten wurden die Menschen bezeichnet, die im Hospital gewohnt haben. Sie wurden aufgrund von Armut, Alter, Gebrechlichkeit, chronischer Erkrankung etc. auf Kosten der Stiftungseinrichtung oder des Staates aufgenommen (Murken 1979 S. 338).

³ Pfründner hatten sich mit eigenen Mitteln einen Platz in einem Hospital erkaufte, um dort gepflegt und versorgt zu werden (Murken 1995 S. 15).

Anfang des 18. Jahrhunderts als erster männlicher Geburtshelfer ausbilden. Er brauchte dafür eine Sondergenehmigung vom französischen König. 1728 richtete er dann in Straßburg eine geburtshilfliche Abteilung im dortigen Heilig-Geist-Hospital ein. Ab 1738 unterrichtete Fried dort Hebammen und Medizinstudenten. Diese Anstalt gilt als Ausgangspunkt vieler Neugründungen von Gebäranstalten an deutschen Universitäten. Das Konzept des praktischen Unterrichts am Krankenbett wurde durch Frieds Schüler u. a. nach Berlin durch Johann Friedrich Meckel (1714-1774) und nach Göttingen durch Johann Georg Roederer (1726-1763) getragen. Dort wurde der erste Neubau einer Entbindungsklinik überhaupt im deutschsprachigen Raum entworfen und in den Jahren 1785-1791 verwirklicht. Um die Jahrhundertwende vom 18. zum 19. Jahrhundert entstanden in etlichen deutschen Städten Entbindungsabteilungen an den Universitäten zur Ausbildung der Medizinstudenten sowie Hebammenlehranstalten (Murken 1971, Murken 1995 S. 103 ff, Benedum 2000).

Karenberg untergliedert die räumliche Entwicklung der ersten Entbindungsanstalten in vier Typen A-D, die sich in linearer zeitlicher Reihenfolge entwickelten. Die allerersten Abteilungen waren in bereits bestehenden Krankenhäusern oder Hospitälern untergebracht. Dafür wurden einfach einige Räume für die Belegung von Schwangeren genutzt, wie dies auch in Berlin in den Anfangsjahren der Charité geschah (Typ A). In der weiteren Entwicklung baute man bereits bestehende Wohnhäuser oder Altbauten zu einer Entbindungsanstalt um. Berlin dient hier wiederum als Beispiel, als die Entbindungsklinik der neugegründeten Universität 1817 in der Oranienburger Straße in einem vormals als Wohnhaus genutzten Gebäudes eröffnet wurde (Typ B). Zwischenzeitlich wurden eigene Abteilungen in Krankenhäusern eröffnet. Die geburtshilfliche Klinik teilte sich dann ein Gebäude mit der Chirurgie und der Inneren Medizin (Typ C). Diese Form wurde aber aufgrund der engen räumlichen Lage von frisch Entbundenen und chirurgischen Patienten mit infizierten Wunden aus Angst vor der Übertragung des Kindbettfiebers schnell wieder aufgegeben. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts begann man eigenständige Gebäude für Entbindungskliniken zu bauen, in denen man gynäkologische Patienten mitbehandelte (Typ D) (Karenberg 1991).

1.2 Der Arztberuf und die Anfänge des Geburtshelfers

Der Arzt spielte im 18. Jahrhundert gesellschaftlich eine große Rolle, hatte jedoch als Heiler der Bevölkerung eine eher marginale Bedeutung. Im Rahmen der Einrichtung der Gebäranstalten wurden die Hebammen zur Konkurrenz der Ärzte. Sie wurden von ihnen, der Kirche und dem Staat verdrängt und ihre Befugnisse wurden eingeschränkt.

1.2.1 Das „Berufsbild des Arztes“

Die Ärzte zu Beginn des 18. Jahrhunderts waren akademisch Gebildete. In ihrer universitären Ausbildung wurde ihnen eher theoretisches als praktisches Wissen vermittelt. Im Allgemeinen war der medizinische Wissensstand sehr gering. Fast wichtiger als medizinisches Wissen war die universale Gelehrsamkeit der Ärzte. Humanistische Ausbildung, Belesenheit, Kenntnisse der lateinischen Sprache und Vertrautheit mit antiker Kultur waren Bildungsgrundlagen. Entsprechende Bekleidung, gute gesellschaftliche Umgangsformen und eine ausgewählte Sprache wiesen die Ärzte wie auch Juristen und Theologen als Mitglied der sozialen Klasse der Gelehrten aus. Die Krankenbehandlung nahm meist nur einen kleinen Zeitraum ihres beruflichen Alltags ein. Ihre praktischen Fertigkeiten bezogen sie aus jahrelanger Tätigkeit und Beobachtung. Hilfsmittel zur Untersuchung des Körpers gab es zu Beginn des 18. Jahrhunderts noch nicht. Die Pulsdiagnostik war die einzig orientierende Methode zur Feststellung der physischen Verfassung des Patienten. Physikalische Untersuchungsmethoden wie das Stethoskop oder die Temperaturmessung wurden erst im nächsten Jahrhundert entwickelt. Die studierten Ärzte sahen sich als Heiler der inneren Krankheiten. Sie visitierten, konsultierten und verordneten Therapien, die sich kaum von den gebräuchlichen Hausmitteln unterschieden. Für Wundbehandlung, Knochenbrüche und andere manuelle Therapien waren die Chirurgen zuständig. Durch die langjährige praktische Ausbildung waren sie den Ärzten überlegen und in der Bevölkerung durch augenscheinliche Erfolge angesehen (Huerkamp 1985 S. 22 ff, Huerkamp 1995, Broman 1995, Frevert 1984a S. 39 f).

1.2.2 Die Rolle des Arztes in der Gesellschaft

Die Mehrheit der Bevölkerung konsultierte jedoch bei gesundheitlichen Problemen eine Vielfalt von anderen heilkundlichen Personen, da das Honorar einer ärztlichen Behandlung bei weitem das Lohnniveau der breiten Masse der Bevölkerung überstieg. Im Jahr 1725 kostete laut Medizinaltaxe ein Arztbesuch den Wochenlohn einer Köchin. So holte man sich Hilfe bei Verwandten, Nachbarn und bei lokalen, nichtapprobierten Heilpersonen, die auch gesellschaftlich den einfachen Menschen näher standen als die Gelehrten der Universität. Die gehobene Gesellschaftsschicht zog Ärzte hinzu, die zu den Patienten nach Hause kamen, um dort die nötige Behandlung vorzunehmen. Dabei wurden oft mehrere Ärzte gerufen, die sich im Beisein des Kranken beratschlagten. Beobachtung und Befragung des Patienten waren dabei die Hauptaufgaben des Arztes, die körperliche Untersuchung beschränkte sich auf das Pulsmessen. Die Maßnahmen und Therapien erfolgten dann im Einvernehmen mit

dem Patienten. Die Ärzte hatten hier keine uneingeschränkte Autorität, sondern waren eher als Berater tätig und von der Gunst und Bezahlung der Patienten abhängig (Broman 1995, Huerkamp 1985 S. 155, Stürzbecher 1966, Frevert 1984a S. 38 f).

Demnach spielten die studierten Ärzte zunächst auf dem damaligen „Gesundheitsmarkt“ nur eine untergeordnete Rolle. Ihr Professionalisierungsbestreben war dementsprechend hoch und sie versuchten, in der Bevölkerung Akzeptanz zu erwirken, um sich sozial zu etablieren. In der Neuordnung der Gesundheitspolitik des Staates sahen sie eine Chance, als medizinische Ratgeber Fuß zu fassen. Die Ärzte betrachteten sich als Experten durch ihr Wissen und forderten eine Mitbestimmung zum Thema der öffentlichen Gesundheit. Breite Bevölkerungsschichten sollten davon überzeugt werden, dass Krankheit ein wissenschaftlich lösbares Problem ist, dessen Behandlung von Ärzten erfolgen muss. Da der Staat an gut ausgebildeten Ärzten und an der Gesundheit seiner Untertanen interessiert war, konnten sie in Positionen als Hof- und Leibärzte oder als Professoren am Collegium medico-chirurgicum⁴ ihre Interessen gegenüber dem jeweiligen Herrscher vertreten (Paul 1996 S. 92 ff, Frevert 1984a S. 36 ff, Frevert 1986, Huerkamp 1985 S. 40, Broman 1995).

1.2.3 Die weibliche Geburtshilfe

Traditionell wurde das Wissen um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von den Frauen gehütet. Die Entbindungskunst lag in weiblichen Händen und wurde von Generation zu Generation weitergetragen. Die Hebammen halfen und unterstützten die Kreißenden zu Hause. Das Wissen wurde nicht schriftlich festgehalten, denn selten konnten die Frauen lesen und schreiben. Es war Wissen, welches durch tägliche Erfahrung gewonnen wurde. Gernot Böhme beschreibt es als „lebensweltliches Wissen“. Eine geregelte Ausbildung gab es nicht. Anwärterinnen lernten von den älteren und erfahrenen Hebammen durch Zuschauen, Anleitung und tägliche Praxis in einer mehrjährigen Lehrzeit. Mit der zunehmenden Verstärkung seit dem 15. Jahrhundert existierten erste, lokal beschränkte Berufsordnungen einzelner Städte und der Kirchen für Hebammen in den deutschen Staaten. Diese legten die Kompetenzen fest, regelten die Zugangsvorschriften zur Berufsergreifung und steckten das Tätigkeitsfeld ab (Böhme 1980, Scherzer 1988 S. 23 ff, Metz-Becker 1997 S. 25 ff).

Ärzte und Chirurgen spielten nur eine marginale Rolle in der Geburtshilfe. Die Hebammen unterstützten die Frauen nicht nur bei der Geburt, sondern verabreichten auch innere Arzneien und halfen bei gynäkologischen Leiden. Ärzte wurden nur im Notfall

⁴ Das Collegium medico-chirurgicum wurde 1724 in Berlin gegründet. Hier wurden die Militärärzte in allen theoretischen Wissensgebieten der Medizin ausgebildet. Es war als Erweiterung des seit 1713 bestehenden Theatrum anatomicum gedacht, wo Anatomie und Chirurgie praktisch in Sektionen gelehrt wurden [vgl. Kapitel 2.2 S. 23f] (Winau 1987 S. 59 ff).

hinzugezogen, konnten meist aber auch nicht helfen, da sie kaum anatomische Kenntnisse und chirurgische Fähigkeiten besaßen. Deshalb hatten sie sehr selten die Gelegenheit, bei Geburten anwesend zu sein, und konnten kaum praktische Erfahrung sammeln. Im Notfall führten Chirurgen geburtshilfliche Operationen durch (Metz-Becker 1995 S. 27 ff, Pulz 1994 S. 126 ff). Ihre Hilfe beschränkte sich allerdings meist nur auf die Extraktion des Kindes: *„Perforation und Zerstückelung spielten immer noch ihre traurige Rolle, und konnten daher weder das Vertrauen zu männlicher Hilfe fördern, noch ihr das Ansehen verschaffen, welches ihr notwendig war, wenn die Geburtshilfe eine bessere Gestalt annehmen sollte.“* (Siebold 1901 S. 400).

Die ersten geburtshilflich orientierten Professuren im 18. Jahrhundert waren eine Kombination aus den Fächern Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe. Die Chirurgen waren durch Sektionen und die seltenen Hilfestellungen besser mit dem weiblichen Körper vertraut. So wurde die Geburtshilfe der Chirurgie zugeordnet. Heinrich Fasbender (1843-1914) beschreibt die Situation folgendermaßen: *„Um die Mitte des genannten Jahrhunderts [des 18. A. d. A.] pflegte der geburtshilfliche Unterricht an den deutschen Universitäten, wenn er nicht ganz ausfiel, von den Chirurgen bzw. den Anatomen erteilt zu werden.“* (Fasbender 1964 S. 265). Die eigentliche wissenschaftliche Entwicklung begann erst im 19. Jahrhundert, als die Geburtshilfe sich langsam von der Chirurgie löste, um zusammen mit der Gynäkologie ein eigenständiges Fachgebiet zu werden (Siebold 1901 S. 64, Benedum 2000, Eulner 1970).

1.2.4 Die Verdrängung der Hebamme aus ihrem autonomen Berufsfeld

Aufgrund dieser Gegebenheiten hatten Staat, Kirche und Ärzte nur geringe Kontrolle über die Arbeitswelt der Hebammen. Das Interesse war allerdings groß, Einfluss auf die Tätigkeit der Hebammen zu gewinnen und ihren Handlungsspielraum einzugrenzen, um Verheimlichung von Schwangerschaften, Abtreibungen und Kindstötungen zu unterbinden. Durch die Verlagerung der Geburten in die Entbindungsanstalten und der Übernahme der Hebammenausbildung durch die Ärzte ergaben sich Lösungswege für diese Probleme. Die ersten Entbindungs- und Hebammenlehranstalten in Deutschland wurden in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts im Zuge dieser Entwicklung gegründet (Eulner 1970, Metz-Becker 1997 S. 90ff).

Durch die Institutionalisierung der Ausbildung zur Hebamme verloren diese ihre Autonomie. Im Unterricht an den Schulen wurde ihnen das Wissen der akademisch gebildeten Ärzte selektiert vermittelt. Diese verfügten allerdings nicht über den reichen Erfahrungsschatz einer langjährigen praktischen Erfahrung und das tradierte Wissen einer Hebamme. So

entstand aus der einstmaligen weiblichen Domäne eine männliche Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe vom „lebensweltlichen“ zum „wissenschaftlichen“ Wissen (Böhme 1980). Siebold brachte es auf den Punkt: *„Die Macht, welche die frühere Zeit den Hebammen bei der Behandlung der Gebärenden, oft zum Nachtheil der letztern, eingeräumt hatte, ist ihnen genommen: weise Hebammen-Ordnungen bestimmen ihren Wirkungskreis, und eine strenge Aufsicht wacht über alle ihre Handlungen.“* (Siebold 1901 S. 709).

Mit dem Ausschluss der Frauen bzw. Hebammen aus dem wissenschaftlichen Umfeld wurde die Weiterentwicklung der Geburtshilfe von den männlichen Geburtshelfern betrieben, da diese keine Einschränkungen durch Berufsordnungen wie die Hebammen hatten. So begann im 18. Jahrhundert die Trennung der ‚normalen‘ von der ‚pathologischen‘ Geburt:

„Indeß nur die Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes darf der Kunst der Hebammen überlassen bleiben, der pathologisch-therapeutische und operative Theil der Entbindungskunst gehört ausschließlich dem Gebiete der Arzneykunst an, und erheischt ein ausübendes Personal von wirklichen Ärzten, die, um selbstständig als Geburtshelfer aufzutreten, sich außerdem die physiologisch-diätetischen Kenntnisse der Entbindungskunst anzueignen haben. [...] Mit dem Exklusivrechte der Frauen für die Ausübung der Geburtshülfe fiel zwar das stärkste Hemmnis fort, aber erst die Fortschritte der Arzneykunst, insbesondere der Anatomie, konnten zu ihrer wissenschaftlichen Gestaltung, zu ihrem Heranreifen zur wirklichen Kunst führen.“ (Rönne/Simon 1844 S. 531 f).

Die Berufsordnungen für die Hebammen verschärfen sich im weiteren Verlauf des 18. Jahrhunderts. Sie durften keine instrumentellen Hilfsmittel mehr benutzen. Auch die Zubereitung sowie Anwendung von inneren Arzneien war ihnen nicht mehr erlaubt. Kaiserschnitte an toten Frauen und Totgeburten, bis dahin von den Hebammen durchgeführt, musste nun der Chirurg vornehmen. Bei schwierigen Geburten bestand die Pflicht, einen Arzt hinzuzurufen, der oftmals aufgrund seiner geringen Erfahrung wenig ausrichten konnte (Böhme 1980, Metz-Becker 1997 S. 28 ff, Münch 1995 S. 140 ff, Scherzer 1988 S. 52 ff, ebd. S. 61 f). Fasbender beschreibt die Situation in seiner Geschichte der Geburtshilfe folgendermaßen:

„Mit der Zeit wurden Gebäranstalten gegründet, an deren Spitze Männer traten und bald auch den Studierenden der Medizin, künftigen Ärzten, für das Studium der Geburtshülfe der Zutritt zu diesen Anstalten gewährt. Mit einem solchen Gange der Dinge und seinen selbstverständlichen Konsequenzen konnte weder der allgemeine Bildungsgrad der Hebammen Schritt halten, noch die Art der Fachausbildung, die man ihnen zu teil werden ließ. So wurden diese denn aus der Position, welche sie so lange in der praktischen Geburtshülfe allein innegehabt, in eine zweite Stelle gedrängt.“ (Fasbender 1964 S. 147).

Der Prozess der Verdrängung der Frauen aus ihrem ursprünglichen Tätigkeitsfeld führte zu Konflikten zwischen Ärzten und Hebammen. Diese wurden von führenden Geburtshelfern und Ärzten kritisiert und angefeindet. Die Schuld an unglücklich ausgegangenen Geburten wurde ihnen aufgrund von Unwissenheit und Ungeschicklichkeit zugewiesen, um die wissenschaftlich-ärztliche Tätigkeit zu rechtfertigen. Johann Peter Süßmilch (1707-1767) beklagte die „*elenden, unerfahrenen und oft unbarmherzigen Hebammen [...] wodurch viele Mütter und Kinder verlohren gehen oder erstere ganz ruiniret werden*“ (Keyhan-Falsafi/Kinke/Schütz 1999 S. 21). Der französische Geburtshelfer Jean-Francois Icart (1732-1803) bezeichnete sie als „*tollpatschige Wehmütter*“, die „*plump, hässlich wie die Nacht, unfähig sind und uns keinerlei Hilfe gewähren können*“, und „*Hände so groß wie Schlaghölzer, unzweifelhaft eher dazu geeignet, zu zerfetzen, was sie berühren*“ (Metz-Becker 1999 S. 37) haben. Da Frauen erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zum Medizinstudium zugelassen waren, konnten die Hebammen in den wissenschaftlichen Kreis der gelehrten Ärzte nicht eindringen (Keyhan-Falsafi/Kinke/Schütz 1999 S. 21 ff, Metz-Becker 1999 S. 37 ff).

1.3 Die Frau als Patientin in der Entbindungsanstalt und als Rechtsperson

Die Frauen wählten die Entbindungsanstalten als Zufluchtsstätte aus sozialer Not. Hier waren sie schutzlos ohne soziale Anbindung dem Arzt als Autorität ausgeliefert. Auch in der Gesellschaft waren sie aufgrund ihrer rechtlichen Stellung an den Rand gedrängt. Wie war es möglich, dass die Ärzte ungehindert agieren konnten? Dazu muss man sowohl die soziale als auch die rechtliche Situation verstehen, in der sich die schwangeren Frauen befanden. Was also bedeutete es, im 18. Jahrhundert eine ledige Mutter zu sein?

1.3.1 Die schwangere Frau in der Entbindungsanstalt

Johann Theodor Eller (1689-1760) beschrieb die Personen, die in die Charité aufgenommen wurden, folgendermaßen: „*arme krancke und unvermögende Leute aus den hiesigen Armen-Häusern und Hospitälern, als auch zum Theil die krancken Hauß-Armen, wie nicht weniger die wegen langwieriger Gebrechen gleichsam privilegirte Straßen-Bettler aufgehoben, zusammen gebracht, nach diesem Hause geführt*“ (Eller 1730 S. 12).

Stürzbecher konnte dies in einer Untersuchung der Aufnahmebücher der Charité aus dem Jahr 1731 bestätigen. Die Patienten wurden aufgrund ihrer benachteiligten sozialen Situation

und nicht primär aus medizinischer Indikation in die Charité eingewiesen. Oft hatten sie weder eine Wohnung noch Angehörige, die sie pflegen konnten. Dies bestätigt, dass das Krankenhaus Anfang des 18. Jahrhunderts eine Armeninstitution war, um die Personen aufzufangen, die sich weder medizinische Hilfe leisten noch von ihrer Familie versorgt werden konnten (Stürzbecher 1966 S. 124).

Soziale Not war auch der vordringlichste Grund, der schwangere Frauen die Gebäranstalten aufsuchen ließ. Meist ohne jegliche familiäre Unterstützung und Anbindung, war der einzige Ausweg zum freien Feld und der Kälte das Accouchirhaus⁵. Früh aus dem Elternhaus gegangen, um sich beispielsweise als Magd oder Gehilfin zu verdingen, oft auch selber unehelich in bitterarme Verhältnisse hineingeboren, standen sie auf der untersten Stufe der Gesellschaft. In dieser Situation waren sie mittellos, wurden bei Schwangerschaft aus dem Dienst entlassen und oft aus der Stadt ausgewiesen. Frauen, die sich in die Hände der Ärzte begaben und sich ohne Schamgefühl von ihnen untersuchen ließen, keinen Kindsvater vorweisen konnten und ohne feste Bleibe waren, wurden von der Bevölkerung ausgegrenzt und als „liederliche Weibsstücke“ angesehen (Metz-Becker 1997 S. 145 ff).

Die neugegründeten Entbindungsanstalten boten ihnen einen kostenlosen Aufenthalt an. Als Gegenleistung dafür mussten sich die Frauen als Lehrobjecte für Untersuchungen zur Verfügung stellen. Zusätzlich sollte der Aufenthalt auch als vorbeugende Maßnahme gegen den Kindsmord dienen. Laut den Untersuchungen von Ulbricht war dieser zwar kein Massendelikt, dennoch aber das häufigste Tötungsdelikt im 18. Jahrhundert. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurden in Deutschland jährlich ca. 40-60 Frauen wegen Kindsmord verurteilt (Ulbricht 1997 S. 246).

1.3.2 Die schwangere Frau als „wissenschaftliches Objekt“

In den Entbindungsanstalten schufen die Ärzte ein Umfeld, in dem sie den Geburtsvorgang ohne Tabus erforschen konnten. Hier entstand ein freier Raum, wo gesellschaftliche Normen außer Kraft gesetzt wurden. Bisher geboten Sitte und Anstand, Frauen nicht zu untersuchen und Rücksicht auf das Schamgefühl zu nehmen. Nur in Ausnahmefällen wurde der Körper vorsichtig durch die Kleidung abgetastet (Winau 1987 S. 90).

Ziel der Ärzte war eine Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. Nicht der natürliche Ablauf war interessant, sondern die Eingriffsmöglichkeiten mit Instrumenten wie der Zange, Dilatatoren zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes, die Perforation des Schädels mittels Kopfbohrer, die Zerstückelung und Extraktion des toten Kindes und Manipulationen

⁵ Der Begriff „Accouchirhaus“ bezeichnet den Vorläufer unserer heutigen Entbindungsanstalten (Metz-Becker 1997 S. 9). Accoucher (franz.)-entbinden.

am knöchernen Becken. Selbst Kaiserschnittoperationen führten sie ohne Narkose durch. Es ging darum, möglichst viele Operationen durchzuführen, damit der angehende Geburtshelfer Erfahrungen sammeln konnte. Diese Herangehensweise war für die Frauen äußerst schmerzhaft und degradierend. So ist es verständlich, dass einige Frauen trotz der drohenden Strafe bei Verheimlichung einer Geburt aus den Entbindungsanstalten vor ihrer Niederkunft geflohen sind. Die Art der Behandlung sprach sich herum, so dass etliche Frauen lieber das Risiko einer heimlichen Geburt eingingen, als sich in eine Gebäranstalt zu begeben (Metz-Becker 1994, Frevert 1986). Die Direktoren hatten oft große Not, genügend Patientinnen zu finden: *„Die ersten klinischen Lehrer der Geburtshilfe waren froh gewesen über jede Schwangere, die sich in Ihrer Not ins Entbindungsinstitut flüchtete und gewissermaßen als Unterrichtsobjekt verkaufte. Straffreiheit und gar Prämien mussten helfen, die wenigen Betten belegt zu halten.“* (Eulner 1970 S. 288).

In Berichten von verschiedenen Gebäranstalten Deutschlands aus dem 18. Jahrhundert erfahren wir, wie entwürdigend teilweise der Aufenthalt von Schwangeren und deren Behandlung abgelaufen ist:

„In Giessen stand in der Untersuchungsstunde die Schwangere hinter einem dicken Vorhang und der Praktikant durfte nur durch einen kleinen Schlitz des Vorhanges seinen Finger in die Genitalien der aufrechtstehenden Schwangeren einführen, worauf der Praktikant über den Befund referierte. In Göttingen sah man 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. 85).

1.3.3 Die soziale Interaktion zwischen Arzt und Patient

Im Krankenhaus war der Patient losgelöst von seinem familiären Umfeld. Er war aus seiner gewohnten sozialen Umgebung herausgerissen und der Weisung und Autorität des Arztes unterstellt. Krankenpflege wurde üblicherweise zu Hause durchgeführt. Die Familienmitglieder hatten eine Kontrollfunktion und Aufsicht über die Therapien. Im Krankenhaus fiel diese Struktur weg. Der Arzt hatte Handlungsfreiheit und konnte ohne Zwänge handeln und forschen. Er konnte Krankheitsbilder vergleichen und beschreiben, ohne dass der Krankheitsverlauf durch Maßnahmen und Pflege anderer Personen beeinflusst wurde. Da die Patienten aus den unteren sozialen Gesellschaftsschichten kamen, konnten sie oft weder lesen noch schreiben, so dass der gelehrte Arzt für sie eine absolute Autorität darstellte. Diese Erfahrung war neu. Die Ärzte konnten beobachten, untersuchen,

Instrumente und Operationen ausprobieren, was vorher in diesem Umfang nicht möglich war.

Für die Geburtshilfe wurde durch die Einrichtung von Accouchirhäusern eine Lösung für mehrere Probleme geschaffen. Der Staat gewann Einfluss auf die Bevölkerungsentwicklung, die Ärzte hatten die Möglichkeit zur Erlangung von Wissen über den weiblichen Organismus und die Hebammen konnten kontrolliert ausgebildet werden (Pulz 1994 S. 123, Foucault 1991 S. 123 f, Frevert 1986 S. 184 ff).

1.3.4 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft

Die Frau im 18. Jahrhundert war weder rechtlich noch gesellschaftlich dem Mann gleichgestellt. Die Begründungen waren vielfältig. Im germanischen Recht wurde argumentiert, dass Frauen keine Waffen tragen konnten, im 17. und 18. Jahrhundert wurde u. a. Nachgiebigkeit und Weichheit ihres Charakters vorgeschoben.

Der Status der Frau, den sie in den vielen Partikularrechten⁶ der deutschen Staaten wie auch in Preußen inne hatte, wurde im dem Ausdruck „Geschlechtsvormundschaft“ gebündelt. Dieser Begriff leitet sich von dem lateinischen Ausdruck „Cura sexus“⁷ ab. Ehefrauen unterstanden der Gewalt ihres Ehegatten und ledige Frauen unter väterlicher Gewalt, sofern sie nicht aus ihr entlassen wurden. Ledige Frauen, die auf sich gestellt waren, brauchten deshalb einen Vormund. Im Alltag bedeutete dies, dass Frauen geschäftsunfähig waren. Rechtshandlungen konnten nur mit einem männlichen Beistand vorgenommen werden. Auch für Verlöbnisse und die Eheschließung brauchten sie einen Vormund. Dies schwächte natürlich auch ihre soziale Stellung (Weber-Will 1997, Holthöfer 1997, Gerhard 1990 S. 150 ff).

Die rechtliche Interpretation von „Unehelichkeit“ nahm im 18. Jahrhundert vor Einführung des Allgemeinen Landrechts (ALR) in Preußen im Jahr 1794 einen breiten Spielraum ein. Als ledig galt eine Frau, wenn sie weder um die Zeit der Empfängnis noch zum Zeitpunkt der Geburt „verheiratet“ war. Dies konnte breit ausgelegt werden, denn in den unteren Gesellschaftsschichten waren formlose Beziehungen wie Verlöbnisse, die eine Vorstufe zur Ehe darstellten, und „heimliche Ehen“ akzeptiert und normal. Sie galten materiell als Ehen. Das sogenannte Konkubinat, ein dauerhaftes Zusammenleben ohne Trauung, war eine gängige Lebensform, die allerdings nicht rechtsgültig war. Vorehelicher Geschlechtsverkehr

⁶ Dieser Ausdruck bezeichnet ein Recht, das nur in einem Teilgebiet Gültigkeit hat. Das Gegenteil dazu ist das „gemeine Recht“, welches vor Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches überall in Deutschland galt (Gerhard 1990 S. 146 f).

⁷ Dieser Begriff wurde im 16. Jahrhundert von Juristen geschaffen, um den rechtlichen Status der Frau zu bezeichnen (Holthöfer 1997).
Cura (lat.)-Sorge, Fürsorge.

mit Heiratsversprechen war in den Unterschichten trotz der Strafen durch Staat und Kirche üblich.

Die Armut in der Bevölkerung war groß und Vagabundismus weit verbreitet, so dass eine gültige Ehe zur Regelung von Erb- und Eigentumsrecht nicht nötig war. Diese war nach kirchlichem Recht durch den Beschluss von Trient 1563 nur durch eine kirchliche Trauung gegeben. Die Vorschrift galt allerdings nur dort, wo sie verkündet wurde. Im protestantischen Preußen war dies kaum der Fall. Somit war dieses Gesetz in den meisten Teilen Preußens nicht gültig. Die Kirche versuchte aber weiterhin, die kirchliche Trauung als Grundlage einer rechtsgültigen Ehe durchzusetzen. Auch der preußische Staat selbst war an einer Registrierung zur polizeilichen Ordnung interessiert. Mit Durchsetzung des Trauungszwangs im Verlauf des 18. Jahrhunderts wurden viele Mütter illegitimisiert. Sie wurden somit vom Staat gezwungen, sich nachträglich den kirchlichen Segen zu ihrer Partnerschaft geben zu lassen, damit die Kinder als legitim anerkannt wurden (Harms-Ziegler 1997, Ulbrich 1997).

1.3.5 Die rechtliche Situation der Frau als ledige Mutter

Der Staat ging hart gegen Frauen vor, die unehelich schwanger waren oder uneheliche Kinder geboren hatten. Ledige Mütter wurden mit Kirchen- und Unzuchtsstrafen, wie z. B. öffentliches Auspeitschen, bestraft. Auch für „delicta carnis“, sogenannte Delikte des Fleisches, waren harte Strafen vorgesehen. Ehebruch der Frau wurde mit dem Tod, außereheliche „fleischliche Vermischung“ mit Auspeitschung und „Hurerei“, d.h. Beischlaf mit mehreren Männern, mit entehrenden Maßnahmen wie Ankettung am Pranger, Tragen schimpflicher Tracht oder Abscheren der Haare bestraft. Außerdem drohten Geld- und Kirchenstrafen.

Da Friedrich Wilhelm I. (1688-1740) ein Interesse am Bevölkerungswachstum hatte, wurden 1720 und 1723 Edikte erlassen, die vorbeugend gegen Kindsmord wirken sollten. Bei Verdacht einer Schwangerschaft musste diese von einer Hebamme oder den Dienstherrschaften gemeldet werden, damit sie nicht verheimlicht und das Kind nach der Geburt getötet werden konnte. Auf Kindsmord stand die verschärfte Todesstrafe der Säckung. Hierbei wurde die Delinquentin in einen Sack eingenäht und ertränkt. Das Hauptmotiv für die Tötung des Kindes war meist die Furcht vor der Schande und die fehlende Perspektive, die das weitere Leben in vielen Bereichen negativ beeinflusste und materielle Unsicherheit und schlechtere Heiratschancen mit sich brachte.

Im Laufe des 18. Jahrhunderts verbesserte sich nach und nach die rechtliche Situation für ledige Schwangere. Bereits 1740 wurde das Strafmaß gemildert, und 1765 ließ Friedrich II.

(1712-1786) die Kirchen- und Unzuchtsstrafen aufheben. Außerdem musste eine nichteheliche Schwangerschaft und eine nachfolgende heimliche Geburt nicht mehr angezeigt werden, wenn die Schwangere zur Niederkunft Personen ihres Vertrauens hinzuzog. Auch die Bestrafung für den Kindsmord wurde „abgemildert“, so dass die Mutter in der Regel mit der Enthauptung und in minder schweren Fällen mit Auspeitschung am Pranger und Kerker rechnen musste (Harms-Ziegler 1997, Ulbricht 1997).

2. Die Geburtshilfe an der Charité von 1727 bis 1800

In diesem Kapitel beschreibe ich die Gründung der Charité sowie deren bauliche Entwicklung. Die Anfänge einer geburtshilflichen Abteilung in der Charité werden skizziert. Im zweiten Teil des Kapitels werden die ärztliche Versorgung der Patienten und die Charité als medizinische Lehranstalt beschrieben. Der Leser erhält zudem einen Einblick in die Patientenstruktur sowie in den Alltag der Frühform eines modernen Krankenhauses.

2.1 Die bauliche Entwicklung

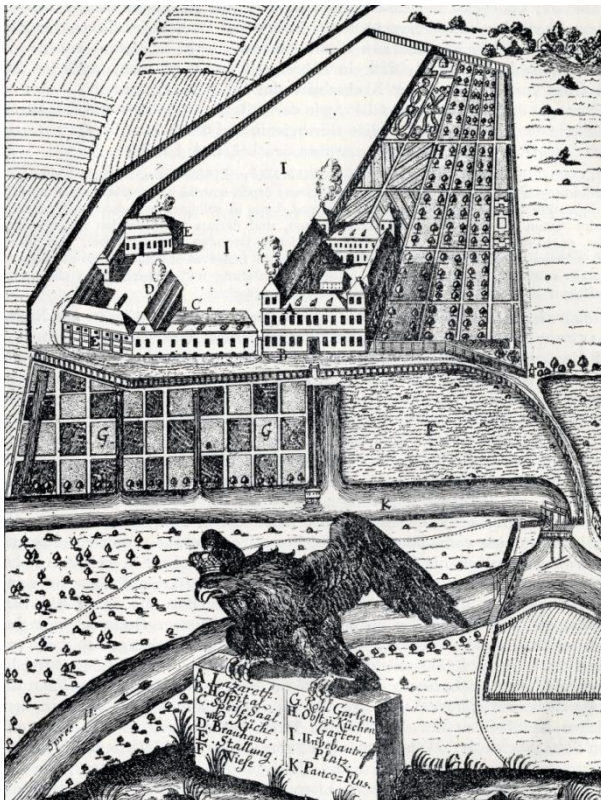


Abb. 1: Die Charité im Jahr 1730, Grundriss, Kupferstich von J.D. Schleuen (Göbel 1996 S. 1)

Die Geburtshilfe der heutigen Frauenklinik begann in einigen Zimmern in der Charité, dem sogenannten Pesthaus [Abb. 1]. Eine erste Erwähnung als Hinweis auf diese Einrichtung findet sich in einem Bericht des preußischen Ministers Christoph von Katsch (1665-1729), Chef des Armenwesens, vom 8. März 1727: „...welcher gestalt es höchst nöthig seyn würde, eine Stube in dem Hospital zu praepariren, darin alle liederlichen Weibes-Stücker in der Stadt, welche schwanger, und die nicht ein Bund Stroh zu ihrer Accouchirung hätten, [...] darin zu accuchiren...“ (Koehler 1899 S. 247). Das genaue Datum der Umsetzung der Pläne lässt sich nicht

mehr erheben. Das Vorhaben wurde wahrscheinlich zwischen 1727 und 1730 realisiert, denn der Arzt Johann Theodor Eller (1689-1760) schrieb in seinem Buch über die ersten Jahre der Charité: „Ferner hat man auch einen eignen Saal, worinnen die liederlichen Weibestücke oder Huren, kurz vor ihrer Entbindung aufgenommen werden, [...]. Die Heb-Ame hat hier zu nechst ihre Stube, damit sie allezeit gegenwärtig, für die Umstände dieser Leute die behörige Sorge tragen könne.“ (Eller 1730 S. 26).

Die Räume der Geburtshilfe befanden sich in einem quadratisch angelegten Fachwerkbau außerhalb der damaligen Stadtgrenze Berlins. Er wurde vor dem Spandauer Tor zwischen dem Schönhauser Graben, später auch Neue Panke genannt⁸, und dem Fluss Panke errichtet. Ursprünglich war das Haus als Isolationshaus vor den Toren Berlins für Pestkranke gedacht. Daher kam der Name „Pesthaus“. Erbaut im Jahr 1710, als in Osteuropa eine Pestepidemie wütete, die aber Berlin nie erreichen sollte, wurde es dann als Arbeitshaus für gesunde, arbeitsfähige Bettler und als Hospital für arme, kranke und gebrechliche Menschen genutzt. Friedrich Wilhelm I. (1688-1740) hatte Pläne, es als Lazarett für seine Truppen zu nutzen. Diese wurden allerdings nie in die Tat umgesetzt, da der Bau zu weit von Berlin entfernt war und die Erreichbarkeit zeitweise nur auf dem Wasserweg gesichert war (Formey 1796 S. 266, Scheibe 1910 S. 10 ff, Wirth/Luther 1987).

Auf den Vorschlag von Katsch im Jahr 1725, das Pesthaus als Hospital für Arme zu nutzen, antwortete Friedrich Wilhelm I. nur: *„Dieses Hauß hört noch meinem Regiment, soll mit solchen Possen mir nit ärgern.“* (Scheibe 1910 S. 13). Der Stadt- und Amtchirurg Christian Gottfried Habermass (gest. 1755) schlug dem König ein Jahr später im September 1726 vor, das Lazarett als Ausbildungsstätte für die Heeresärzte zu nutzen und sowohl kranke Soldaten



Abb. 2: Die Charité um die Zeit ihrer Gründung, Kupferstich von Matthias Seutter um 1750 (Charité Annalen Neue Folge 1995, Umschlag)

als auch kranke Bürger zu behandeln. Mit der Begründung der Kostenersparnis gegenüber einer Ausbildung der Chirurgen in Paris ließ sich Friedrich Wilhelm I. überzeugen und gab im November gleichen Jahres die Order heraus, ein Garnisons- und Bürgerlazarett einzurichten. Eröffnet wurde das Haus als „Lazareth und Hospital vor dem Spandower Thor“ am 1. Januar 1727. Auf einem Steuerelement, datiert vom 14. Januar 1727, findet sich der handschriftliche Vermerk vom König: *„Es soll das Hauß die Charité heissen F.W.“* (Scheibe 1910 S. 18). Dies ist laut Scheibe der Ursprung der Namensgebung. In den folgenden Jahren entstanden etliche Gebäude, die die eigene Versorgung sicherstellten. Es wurden ein Küchengebäude mit

Speisesaal, der gleichzeitig auch als Kirche diente, ein Back- und Brauhaus sowie mehrere Ställe erbaut. Die an das Pesthaus angrenzenden Wiesen und Äcker wurden von der Charité

⁸ Heute ist der Schönhauser-Graben teilweise noch in dem Kanal erkennbar, der die Spree, den Humboldt- und Nordhafen verbindet und in den Berlin-Spandauer-Schiffahrtskanal übergeht (Scheibe 1910 S. 12).

landwirtschaftlich genutzt [Abb. 2] (Scheibe 1910 S. 6 ff, Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 238, Wirth/Luther 1987).

Die Einrichtung der Charité als Krankenhaus setzte neue Maßstäbe und führte sowohl ein räumliches als auch ein medizinisches Behandlungskonzept ein, das zur damaligen Zeit in den deutschsprachigen Ländern neuartig war und als vorbildlich galt. Es wurde im Rahmen des Konzepts der staatlich gelenkten Armenfürsorge als Staatskrankenhaus gegründet. Arme Kranke sollten hier unentgeltlich gepflegt und medizinisch behandelt werden (Eller 1730 S. 4, Harig/Lammel 1987 S. 16 f).

2.1.1 Die räumliche Aufteilung

Die bisherige bekannte Form der Krankenpflege in den Hospitälern fand meist in hallenartigen Sälen statt, in denen die Kranken weder nach Geschlecht noch nach Krankheit getrennt lagen. Es war auch üblich, dass sich mehrere Kranke ein Bett teilten. Diese räumliche Nutzung war im Grundriss der Charité nicht mehr erkennbar.

Das Pesthaus hatte ursprünglich zwei Etagen. Im Erdgeschoss waren die Verwaltung und die

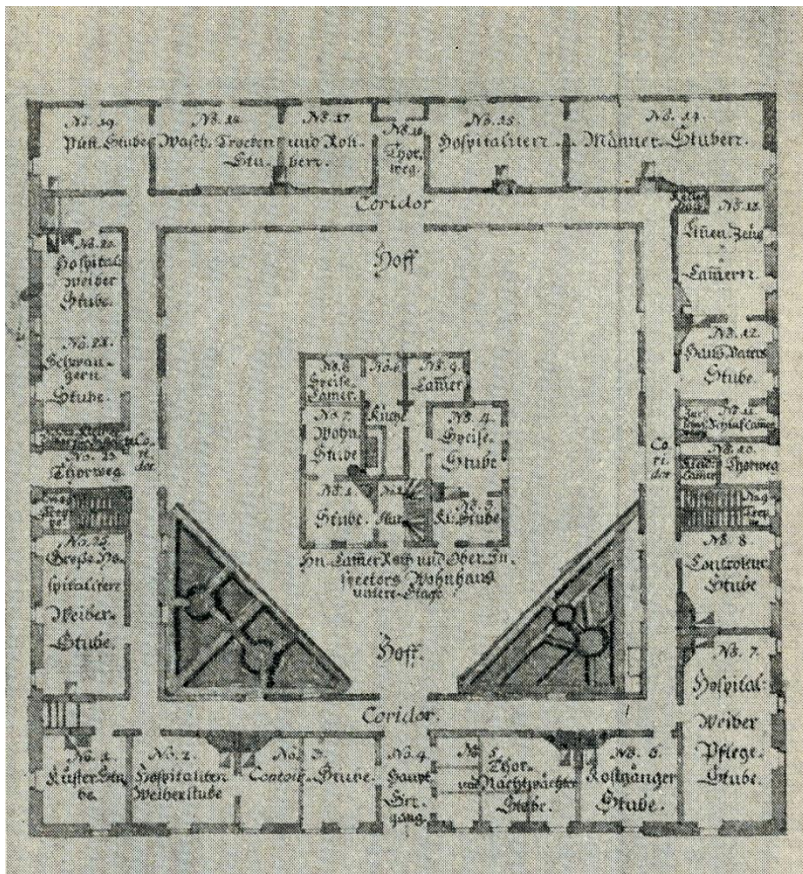


Abb. 3: Grundriss der unteren Etage der Charité (Scheibe 1910 S. 26)

Hospitaliten, getrennt von den Kranken, untergebracht. Der 1. Stock beherbergte die Kranken. Die Patienten wurden nach Geschlecht und Krankheit getrennt in verschiedene Räume gelegt. Es entstand eine Abteilung für „Innere Krankheiten“, eine für „Äußere Schäden“, eine für Syphilitiker, eine für Krätzekranke, eine für Schwangere und eine für kranke Soldaten.

Nach dem Aufbau

einer dritten Etage, wahrscheinlich im Jahr 1730, richtete man dort einen großen

Operationssaal ein, in dem alle Instrumente verwahrt wurden. Auch Patienten mit ansteckenden Krankheiten und Geschlechtserkrankungen sowie ein Prediger wurden hier untergebracht. Der Aufbau der Stockwerke war nahezu identisch, abweichend waren jedoch die Zimmergrößen. Um den Innenhof herum lief ein Korridor, von dem aus alle Zimmer einzeln betreten werden konnten [Abb. 3]. Die Betten waren an den Zwischenwänden entlang aufgestellt. Maximal befanden sich 10 bis 12 Betten in einem Raum. Nach den Berechnungen von Böhme anhand der Grundrisse aus dem Jahr 1768 von Johann Friedrich Walter waren die größten Zimmer 22 x 6 m groß. Die übrigen Räume hatten eine Größe von 12 x 6 m oder 6 x 6 m (Böhme 1970, Murken 1979 S. 35 f, Murken 1995 S. 21).

Eller beschreibt einen Schlafplatz folgendermaßen: *„Zur gehöriger Bequemlichkeit der armen Krancken, hat jeder in allen diesen vorerwehnten verschiedenen Stuben, seine besondere Bettstelle, in welcher ausser dem Strohsack und dergleichen Küssen, eine gute Matraze, rein Laacken, Kopfküssen und weisse wollene Decke befindlich ist; jeder ankommende Krancke bekommt ein rein weiß Bette, und wird selbiger ordinair alle vier Wochen weiß überzogen, auch nach Beschaffenheit der Kranckheit und des Patienten, wohl öfters.“* (Eller 1730 S. 27 f). Krankenpfleger und -schwestern waren für Krankenpflege, Reinigung, Heizen und Räuchern gegen schlechte Gerüche zuständig. Die Hospitaliten leerten die Nachtstühle aus. Jedes Zimmer war mit einem Ofen und einem kleinen Kamin ausgestattet. Wenn man bedenkt, dass die Patienten damals überwiegend aus ärmlichsten Verhältnissen kamen, war der Aufenthalt mit einem eigenen Bett und täglicher Verpflegung purer Luxus (Eller 1730 S. 28, Winau 1987 S. 89 ff). So hörten wir von einem Besucher der Charité aus dem Jahr 1733, *„...dass es in der Charité gut seyn muss, erhellet unter andern daraus, weil die meisten nicht herauswollen, sie machen sich so lange krank, als es nur immer angehen will, um die beneficia in der Charité desto länger zu geniessen...“* (Diepgen/Heischkel 1935 S. 13).

2.1.2 Die Lage der Räume der Geburtshilfe

Über die Räumlichkeiten der Gebäranstalt finden wir folgenden zeitgenössischen Bericht: *„Wir kamen auch in zwei Stuben darüber stund d'accouchment sind Kinderbetterinnen Sechswochen Stuben. Dieses waren lauter Huren, hatten ihre Kinder bey sich im Bette, etliche Kinder waren erst ein Tag, zwei Tage, drei Tage, vier Tage und immer so weiter alt, etliche hatten ihre sechs Wochen schon gehalten, welchen angedeutet wurde, dass sie sich retiriren oder ihre logis bezahlen solten, sie wollten auch nicht davon, die eine schützte dieses für, die andere jenes, auch unter diesen waren charmante Seelen, ich fandte unter*

Ihnen so schöne Gesichter als ich fast in Berlin nicht gefunden habe.-An einer Thür stand sage femme, wird hier in Berlin genennet die Weise Mutter, das ist die Hebamme. An einer anderen Thür stund Accoucheur, ist derienige Chirurgus, der der Weisen Mutter die Hand bietet.-Die Stuben waren alle rendlich, helle und ziemlich warm. Eine iede Person hatte ihr eigen Bette.“ (Wille 1927 S. 412). Diese Beschreibung deckt sich mit dem ältesten erhaltenen Grundriss von Walter. Auf ihm ist ersichtlich, dass sich die Räume der Gebäranstalt auf das Erdgeschoss und die erste Etage verteilten und keine einheitliche Station bildeten. Im Erdgeschoss gab es eine Schwangeren-Stube Nr. 21, im ersten Stock,

der im Grundriss bezeichneten „mittlere Etage“, befand sich eine „Sechs-Wöchnerinnen Stube“ Nr. 43, ein „Accouchement“ Nr. 44, eine Kammer für die Hebamme Nr. 45 sowie eine weitere „Schwangeren-Stube“ Nr. 48. Die Zimmer Nr. 43-45 waren untereinander alle durch Türen verbunden

[Abb. 3 und Abb. 4] (Diepgen/Heischkel 1935 S. 9 f, Scheibe 1910 S. 26 ff).

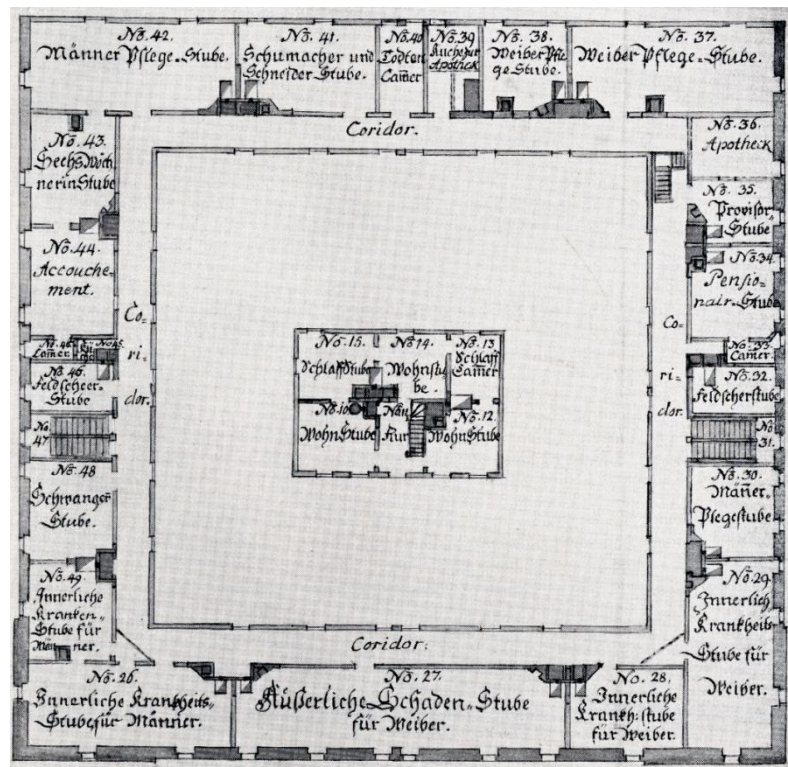


Abb. 4: Grundriss der mittleren Etage der Charité (Scheibe 1910 S. 28)

2.1.3 Der Neubau der „Alten Charité“

Die Popularität der Charité nahm über die Jahrzehnte zu. Die Patientenzahlen stiegen kontinuierlich an, so dass eine chronische Überbelegung die Regel war. Immer wieder wurde Kritik an den Zuständen von verschiedenen Seiten laut. Geklagt wurde über schlechte Pflege, Infektionen, Unsauberkeit und ungenießbares Essen. Selbst der an der Charité tätige Arzt Joachim Friedrich Henckel (1712-1779) monierte, dass er an Arzneimitteln sparen müsse, worunter die Behandlungserfolge leiden würden. Ende des 18. Jahrhunderts erschienen mehrere Schriften, die die unzumutbare Situation in der Charité anprangerten. In

den ersten Jahren waren die Betten noch so gestellt, dass „...ein Kranker nicht das Bett des neben ihm liegenden erreichen konnte.“ (Esse 1850 S. 6). Gegen Ende des 18. Jahrhunderts verschlechterte sich die Situation: „...doch liegen sie [die Patienten A. d. A.] ziemlich eng beisammen, weil ihre Anzahl stets sehr beträchtlich ist...“ (Formey 1796 S. 296). Bereits seit 1736 hatten das Armendirektorium und die Ärzte wiederholt Anträge an den König gestellt, die Charité zu erweitern. Ursprünglich war der Fachwerkbau für 400 Betten, jeweils 200 für Hospitaliten und 200 für Kranke, ausgelegt. Im Februar 1727 waren bereits 160 Betten belegt, davon 70 Betten durch Kranke. Im Juni war die Zahl auf 300 Patienten angestiegen, von denen die Hälfte Kranke waren. Im Januar 1736 zählte die Charité gar 450 Patienten, davon 252 Kranke, und im Jahr 1785 gar 500, davon 386 Kranke. Die Hospitaliten wurden schließlich 1799 in ein anderes Gebäude in die Stadt verlegt. Allerdings wurden die Geisteskranken von 1798 bis zum Neubau der Neuen Charité in der Alten Charité untergebracht. Um die Jahrhundertwende war die Charité mit 680 Betten so überfüllt, dass man keine exakte Trennung nach Krankheiten mehr vornehmen konnte (Rigler 1873 S. 73, Brogsitter 1910 S. 902, Esse 1850 S. 10).

Die Charité litt seit ihrer Gründung unter finanzieller Not. Aus Geldmangel konnten so keine Investitionen getätigt werden, denn Preußen führte viele Kriege. Der Fachwerkbau und die Wirtschafts- und Nebengebäude blieben lange in ihrem ursprünglichen Zustand erhalten (Harig/Lammel 1987 S. 16 f, Scheibe 1910 S. 50). Als Oberinspektor Habermaas, Sohn des



Abb. 5: Die „Alte Charité“ (Scheibe 1910 S. 55)

ersten Oberinspektors, sich schließlich beim König über den schlechten Bauzustand beklagte, weil er befürchtete, dass der Bau bei einem großen Sturm zusammenfallen könne, bewilligte Friedrich II. (1712-1786) endlich die Gelder. So entstand von

1785 bis 1800 eine zweiflügelige Anlage mit vier Geschossen für 646 Patienten [Abb. 5] (Wirth/Luther/Grosser 1983). Der spätbarocke Bau, der später „Alte Charité“ genannt wurde, mit dem Haupthaus und den beiden Seitenflügeln umfasste einen zur Luisenstraße offenen Hof: „derselbe ist mit zwei schattigen Garten-Anlagen bepflanzt, deren eine den Männern, die andere den Weibern zur Erholung dient.“ (Wollheim 1844 S. 204). Man begann mit dem Bau der beiden Seitenflügel, die bis 1794 fertiggestellt wurden. Als letztes ersetzte man den

alten Fachwerkbau durch das Hauptgebäude, den Corps de Logis, und vollendete die Anlage 1800 [Abb. 6]. In den einzelnen Bauabschnitten kann man die fortschreitenden Neuerungen erkennen, die während der 15 jährigen Bauzeit miteingeflossen sind.

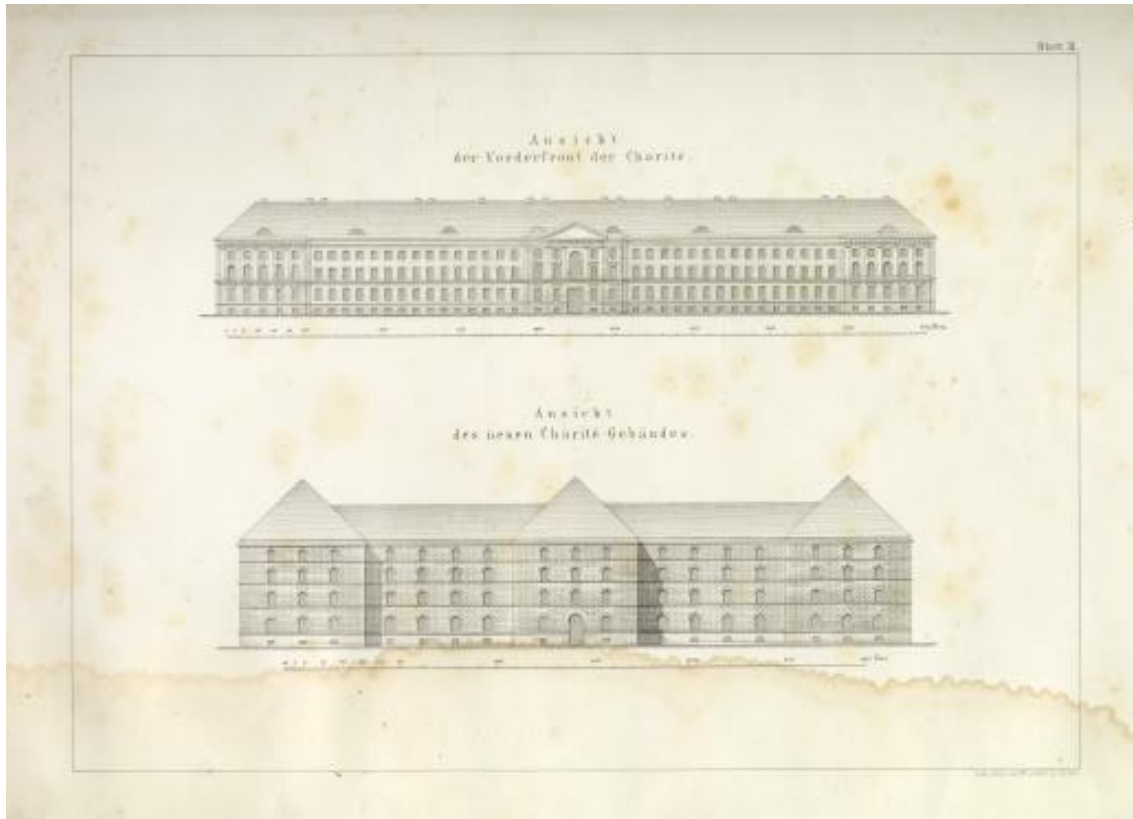


Abb. 6: Ansicht der Alten Charité (Grundrisse 1865 Blatt II)

Christian Gottlieb Selle (1748-1800) und Johann Christoph Friedrich Voitus (1741-1787), die beiden Charitéärzte, reichten vor Baubeginn eine Petition zur verbesserten architektonischen Gestaltung aus medizinischer Sicht ein. Sie forderten pro Stockwerk nur eine Reihe Zimmer zur besseren Durchlüftung, den Einbau von Badezimmern und generell eine größere Geräumigkeit. Diese Vorschläge wurden erst im weiteren Verlauf beim Bau des zweiten Seitenflügels und des Hauptgebäudes aufgegriffen. Hier wählte man einen seitlichen Korridor, von dem die Krankenzimmer nach einer Seite abgingen nach dem Vorbild des Wiener Allgemeinen Krankenhauses. Der südliche Flügel hatte bereits einen mittleren Längskorridor mit Querfluren, während in einem Teil des nördlichen Flügels die Zimmer noch untereinander verbunden waren [Abb. 7]. Wasserleitungen für Badezimmer und Toiletten baute man aufgrund von Geldmangel erst in den Jahren 1821 und 1824 ein. Jede Abteilung bekam dann Baderäume und separate Toiletten. Über die Situation der Gebärklinik während der 15 Jahre anhaltenden Bauphase wurde nichts berichtet (Scheibe

1910 S. 43, Diepgen/Heischkel 1935 S. 47 ff, Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 239 f, Wille 1927 S. 417).

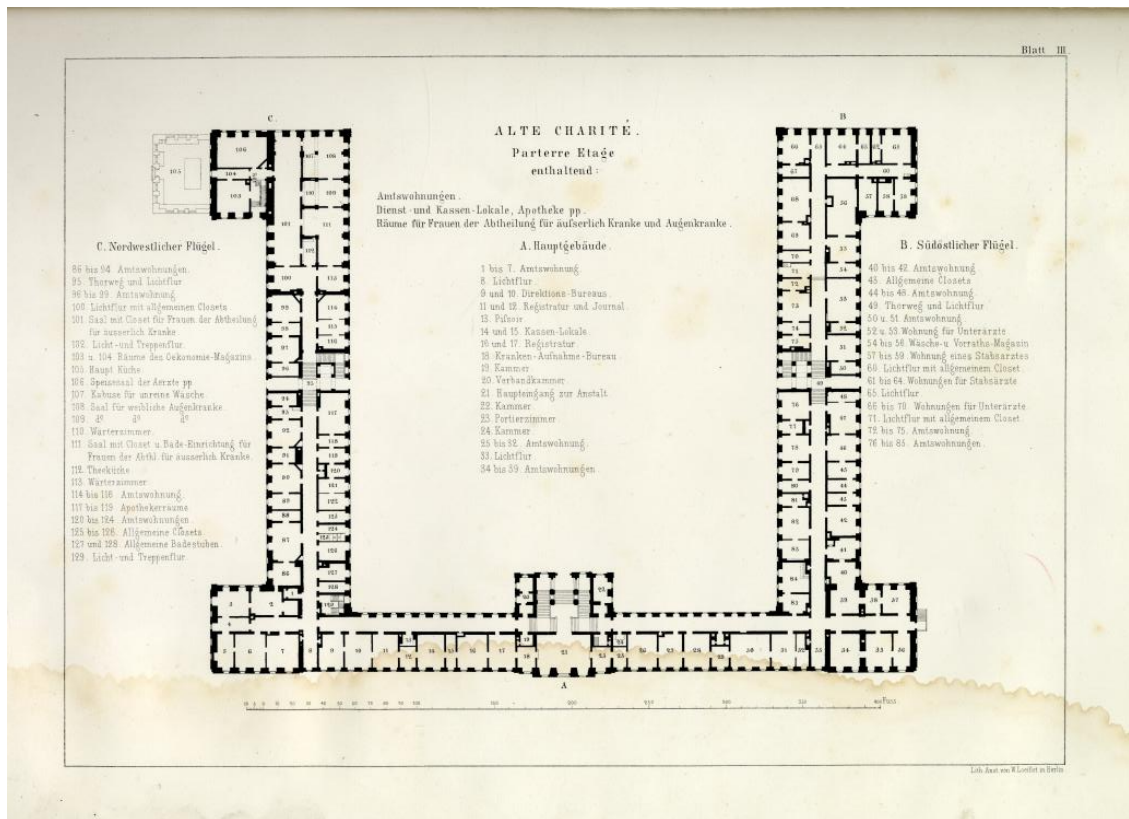


Abb. 7: Grundriss der Alten Charité, Erdgeschoss (Grundrisse 1865 Blatt III)

2.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Die Charité wurde als praktisch-klinische Ausbildungsstätte für die Militärärzte genutzt. Friedrich Wilhelm I. war viel an seinen Soldaten und deren Gesundheit gelegen. Aus diesem Grund war er darauf bedacht, seine Militärärzte gut auszubilden. Zu diesem Zweck gründete er 1713 das Theatrum anatomicum. Hier wurden Anatomie und Chirurgie gelehrt und praktisch durch Sektionen demonstriert. Als Erweiterung dieser Lehrstätte eröffnete er 1724 das Collegium medico-chirurgicum, das aus sechs Professorenstellen bestand, die alle medizinischen Wissensgebiete abdeckten. Vorlesungen in Geburtshilfe fanden bereits ab 1737 statt. Köhler schreibt, dass „die bisher ganz vernachlässigt worden war“ (Köhler 1899 S. 257). Die Veranstaltungen wurden neben den Militäarchirurgen auch von zivilen Ärzten und Chirurgen besucht. Diese mussten hier Kurse und Prüfungen nach ihrer Ausbildung absolvieren, damit sie in Preußen ihren Beruf ausüben durften. Nach und nach fanden sich auch Interessierte aus ganz Europa ein.

Um die Ausbildung von Regimentschirurgen zu fördern, vergab der Staat Stipendien für drei Jahre an junge Chirurgen, deren praktische Ausbildung turnusmäßig in der Charité stattfand. Die Stipendiaten wurden als Pensionärchirurgen bezeichnet (Rüster 1987, Mamlock 1905). 1795 wurde eine weitere medizinisch-klinische Bildungsanstalt, die sogenannte Pépinière⁹, zur geregelten Ausbildung für preußische Militärärzte gegründet. Die Vorlesungen fanden am Collegium statt und der klinische Unterricht an der Charité. Begabte Studenten erhielten eine komplette staatliche Unterstützung für die vier Jahre umfassende wissenschaftliche Ausbildungszeit. Diese schloss mit einem sechsmonatigen Praktikum in der Charité ab, das ab 1804 auf ein Jahr verlängert wurde.

Bis in das 19. Jahrhundert hinein kam es immer wieder zu Konflikten zwischen militärischen und zivilen Interessen hinsichtlich der praktischen Ausbildung in der Charité. Erst nach dem 1. Weltkrieg (1914-1918) wurde das Vorrecht des Militärs auf Assistenzarztstellen in der Charité abgeschafft (Lazusch 1987, Rüster 1987).

2.2.1 Die Direktoren



Abb. 8: Gabriel Senff (Sammlung der HU)

Zwei Ärzte wurden vom König in der Kabinettsorder vom 18. November 1726 zur Versorgung der Patienten eingesetzt. Der Chirurg Gabriel Senff (gest. 1737) zur Behandlung der äußeren Schäden [Abb. 8] und der Arzt Johann Theodor Eller (1689-1771) zur Therapie der inneren Krankheiten [Abb. 9]. Der Chirurg leitete zusätzlich die Gebäranstalt [Tab. 1]. Senff hatte seine chirurgische Ausbildung in Paris erhalten und war genau wie Eller Professor am Collegium. Letzterer hatte neben seiner umfassenden naturwissenschaftlichen auch eine chirurgische Ausbildung genossen (Diepgen/Heischkel 1935 S. 4 f). Eller und Senff waren nicht täglich in der Charité anwesend, sondern visitierten die Patienten nur zweimal in der Woche, bei Bedarf auch mehrfach wöchentlich. Sie legten den Behandlungsplan der Kranken fest und verordneten Arzneien. Die tägliche Krankenversorgung wurde vom ersten Chirurgen, der am Collegium als Pensionärchirurg ausgebildet worden war, geleistet. Er



Abb. 9: Johann Theodor Eller (Institut für Geschichte der Medizin)

⁹ Pépinière (franz.) –Pflanzschule.

wohnte in der Charité als „Hauschirurg“. Ihm unterstellt waren die Unter/Sub-Chirurgen¹⁰. Sie mussten die Kranken dreimal täglich, um 6 bzw. 7 im Winter, um 14 und um 17 Uhr visitieren, die Geschlechtskranken sogar stündlich. Schwerkranke und frisch Operierte sollten rund um die Uhr betreut werden. Krankheitsverläufe und Therapien aller Patienten wurden schriftlich festgehalten und am Ende der Woche mit Senff und Eller besprochen. Verstorbene Patienten wurden in der Regel obduziert, da die Todesursache oft unklar war. Für die Versorgung der Schwangeren und Wöchnerinnen wohnte eine Hebamme in einem Zimmer neben ihnen. Diese leitete und betreute die Geburten, bei Schwierigkeiten mithilfe des Pensionärchirurgen, bei schwerwiegender Komplikation wurde Senff gerufen. Die Anzahl der betreuenden Pensionärchirurgen und Feldscher wurde sukzessive erhöht. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts gab es drei Pensionärchirurgen und zwölf Subchirurgen (Eller 1730 S. 29 ff, Diepgen/Heischkel 1935 S. 19, ebd. S. 145).

Nach Senff leiteten verschiedene Chirurgen die Entbindungsabteilung weiter [Tab. 1], so auch Joachim Friedrich Henckel (1712-1779), der zeitweilig sogar die 1751 gegründete Hebammenschule mitführte. Henckel war selbst Pensionärchirurg in Berlin gewesen und erhielt anschließend seine weitere chirurgische und geburtshilfliche Ausbildung in Paris. Schon vor seinem Amt an der Charité las er Geburtshilfe am Collegium medico-chirurgicum. Durch die neueingerichtete Hebammenschule kam es in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts immer wieder zu Konkurrenzkämpfen zwischen dem leitenden Chirurgen und dem Hebammenlehrer um die Lehrbefugnisse im Gebärsaal. Die Chirurgen konnten sich jedoch das Vorrecht sichern [vgl. Kapitel 2.2.4 S. 28 f]. So lag im ausklingenden 18. Jahrhundert die Geburtshilfe weiterhin in den Händen der Chirurgen. Formey berichtete, dass der theoretische und praktische Unterricht den Studenten des Collegiums vom ersten Professor für Chirurgie erteilt wurde. Die Studenten und die Pensionärchirurgen ebenso wie die angehenden Hebammen wurden unter dessen Aufsicht bei den Entbindungen angeleitet (Formey 1796 S. 263 ff).

¹⁰ Die Unter- bzw. Subchirurgen waren in der Regel Feldscher. Dies waren militärische Chirurgen, die jedoch nicht die gleiche umfassende Ausbildung wie ein Regimentschirurg hatten (Lazusch 1987).

Leitung Gebäranstalt	Leitung Hebammenschule	Leitung zusammen
1727-1737 Gabriel Senff (gest. 1738)		
1737-1739 Johann Daniel Neubauer (gest. 1739) + Barteknecht oder Barfeknecht (gest. 1739)		
1739-1769 Simon Pallas (1695-1770)	1751-1774 Johann Friedrich Meckel (1714-1774)	
1770-1779 Joachim Friedrich Henckel (1712-1779)		1773-1779 Joachim Friedrich Henckel
1779-1786 Johann Voitus (1741-1787)	1779-1792 Johann Philipp Hagen (gest. 1792)	
1787-1818 Christian Ludwig Mursinna (1744-1823) oft vertreten durch Johann Gottlieb Zencker (gest. 1807)	1793-1818 Christian Heinrich Ribke (1744-1822)	

Tab. 1: Leiter der Gebäranstalt und der Hebammenschule (Wolff/Wolff 1987, Ebert 2010)

2.2.2 Die Anfänge des praktischen Unterrichts in der Charité

Die praktische Ausbildung an der Charité fand in zwei Formen statt. Zum einen gab es den oben beschriebenen Einsatz von ausgewählten Pensionärchirurgen und Feldschern, zum anderen fand ein klinischer Unterricht in Form von Lehrvisiten am Krankenbett und „öffentlichen“ Operationen statt. Am Bett des Patienten wurde während der Visite die Krankheit und Therapie erörtert: „...durch welche jeder fleißiger und aufmercksamer Zuhörer vor dem Krancken-Bette selbst konnte Handleitung haben, die nöthigen Vortheile sowohl zur innerlichen als äusserlichen Cur ihm bekannt zu machen und den behörigen Entschluß, wie eine jede Kranckheit vernünftig anzugreifen“ (Eller 1730 S. 30). Über die chirurgische Ausbildung berichtete Eller, dass sich bei einer anstehenden Operation alle Chirurgen, Feldscher und Interessierte im Operationssaal versammelt hätten. Die leichten Operationen führte der 1. Chirurg unter der Assistenz und Aufsicht von Senff und Eller, die schweren Senff selber durch. Die Betreuung des Patienten nach einer erfolgten Operation fand durch den Operateur statt, der die Nacht über an seinem Bett wachen und ihn mit besonders stärkenden Nahrungsmitteln wie Brühen versorgen musste (Eller 1730 S. 36 f).

Wer an dem klinischen Unterricht teilnahm, ist *expressis verbis* nicht genau definiert. Eller schrieb lediglich von „fleißigen und aufmerksamen Zuhörern“ und „allen Interessierten“. Anzunehmen ist, dass auf jeden Fall die Pensionärchirurgen und Feldscher, die ihren praktischen Einsatz in der Charité absolvierten, sowie Militärärzte teilnahmen.

Wahrscheinlich haben aber auch bereits zivile Ärzte und Chirurgen diese Möglichkeit in Anspruch genommen, wie aus überlieferten Berichten zu entnehmen ist (Rüster 1987).

Die Ärzte der Charité wurden angewiesen, die Lehrvisiten und Operationen so zu legen, dass sie sich nicht mit den Veranstaltungen am Collegium überschneiden. Es wurde auch explizit erwähnt, dass es jedem an der Medizin und Chirurgie Interessierten möglich sein sollte, die Patienten zu visitieren und sich im Journal über den Krankheitsverlauf zu informieren. Allerdings sollte darauf geachtet werden, Belästigungen der Patienten durch „zu vieles Angreifen zu vermeiden“ (Rüster 1987 S. 36, Diepgen/Heischkel S. 33). In den 70er Jahren des 18. Jahrhunderts wurden sogar Anzeigen in Berliner Zeitungen geschaltet, in denen die Operationen angekündigt wurden. Die Möglichkeit einer Teilnahme wurde anscheinend zu wenig genutzt. Später gab es einen geregelten Ablauf: *„Nachher wurde es herkömmlich, dass alle Operationen, die einen Aufschub duldeten, am Mittwoch und Sonnabend zwischen 11 und 12 Uhr vormittags von dem Professor oder den Pensionär-Chirurgen gemacht wurden. Der Lehrer gab dabei die nöthigen Erklärungen und Anweisungen-also alles noch wie zu Eller's und Senff's Zeiten“*. (Köhler 1899 S. 259). Gegen Ende des Jahrhunderts war die Charité als Lehranstalt im In- und Ausland sehr beliebt, denn Formey berichtete: *„Das Collegium medico-chirurgicum, das klinische Institut, die Anstalten zur praktischen Anweisung in der Entbindungskunst ziehn eine große Anzahl fremder Studirenden, und viele junge promovirte Aerzte nach Berlin, um sich in allen Zweigen der Medicin und Chirurgie zu vervollkommen.“* (Formey 1796 S. 246).

Im Laufe der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts bestand am klinischen Unterricht in der Charité ein vermehrtes Interesse. Unter Professor Johann Friedrich Fritze (1735-1807) wurde das sogenannte „klinische Institut“ eingerichtet. Dieses bestand aus mehreren Zimmern mit zwölf Betten, in die ausgewählte Patienten der Charité gelegt wurden. Hier wurden sowohl militärische als auch zivile Studenten des Collegiums zweimal wöchentlich über innere Erkrankungen am Krankenbett unterrichtet. Von 1790 bis 1798 war das klinische Institut in einem eigenen Haus in der Stadt in der Nähe des Collegiums untergebracht. Danach wurde es in die Charité verlegt (Scheibe 1910 S. 86 ff, Rüster 1987).

2.2.3 Der geburtshilfliche Unterricht und die Einrichtung der Hebammenschule

Ein geburtshilflicher Unterricht oder Lehrvisiten auf der Entbindungsstation wurden nicht explizit erwähnt. Eller sprach nur von den Patienten mit inneren und äußerlichen Krankheiten, die visitiert wurden (Eller 1730 S. 30). Wer nun in die Geburtshilfe unterwiesen wurde, ist nicht genau geklärt. Esse berichtete, dass zu Anfang die Gebäranstalt nur zum Unterricht der Hebammen diente (Esse 1850). Wille wiederum erklärte: *„Ein*

praktisch-geburtshilflicher Unterricht scheint zunächst nur den im Hause stationierten Pensionär- und Subchirurgen erteilt worden zu sein. Auch Wehemütter und Wickelfrauen sind bereits in dieser Zeit in der Geburtshilfe unterwiesen worden.“ (Wille 1927 S. 414). Die Version von Wille scheint wahrscheinlicher zu sein, da die in der Charité wohnenden Chirurgen alle Patienten versorgen und somit mit dem Geburtsablauf vertraut sein mussten. So beschrieb es auch Köhler: *„Der Pensionär–Chirurg auf dem Accouchement musste die Weiber in der Geburt selbst bedienen“* (Koehler 1899 S. 261).

Ab 1755 verfügte der König, dass *„allen hier studirenden ein- und ausländischen Medicis und Chirurgis der völlige Zutritt auf dem Accoucheur-Saal, in welchem jährlich einige hundert Kinder geböhren werden, erlaubt seyn soll“* (Artelt 1948 S. 124). Offiziell begann der geburtshilfliche Unterricht für Studenten aber erst im Jahr 1769. Der König hatte am 5.11.1769 die Order herausgegeben, dass ein klinisch-geburtshilflicher Unterricht in systematischer Form wie in Straßburg für die Studierenden vorgeschrieben sein sollte. Ab dann erteilte Johann Friedrich Meckel (1714-1774), Professor für Anatomie am Collegium, praktischen Unterricht im Accouchirsaal für Ärzte und Studierende (Pütter 1928 S. 35).

Durch die Einrichtung einer Hebammenschule auf Erlass des Königs vom 27.02.1751 sollten die Hebammen eine strukturierte Ausbildung durch die Ärzte erhalten. Meckel wurde zum Leiter der Schule bestimmt. Der theoretische Unterricht fand am Theatrum anatomicum durch ihn statt. Hier wurde anhand von Obduktionen die weibliche Anatomie an Leichen demonstriert. Den praktischen Teil übernahmen die Oberhebamme und der Chirurg in der Charité. Wann genau die Hebammenschule ihren Unterricht aufnahm, darüber finden sich verschiedene Angaben. Wolff et al. gehen aus ihrem Aktenstudium von 1751 oder 1753 aus. Rönne und Simon nennen das Jahr 1755 als Unterrichtsbeginn (Wolff/Wolff 1987 S. 47, Rönne/Simon 1844 S. 535, Hakemeyer/Keding 1986, Artelt 1948 S. 123, Fasbender 1964 S. 251).

2.2.4 Die Geburtshilfe und Chirurgie als konkurrierende Fächer

Die Weiterentwicklung der chirurgischen Teilgebiete in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts führte zu immer wiederkehrenden Konflikten zwischen dem Chirurgen und dem Geburtshelfer in der Charité. Es kam sehr häufig zu Kompetenzstreitigkeiten, welche die Ausbildung im Gebärsaal betrafen. Den Chirurgen wurden weiterhin alle „äußeren“ Behandlungen einschließlich der urologischen, ophthalmologischen, gynäkologischen und geburtshilflichen Krankheitsbilder zugesprochen. Dies entsprach allerdings nicht mehr dem aktuellsten Stand der Wissenschaft (Rüster 1987).

Als nun Meckel zusätzlich neben dem Hebammenunterricht praktischen Unterricht für Ärzte und Studierende im Accouchirsaal gab, kam es zu Missstimmungen zwischen dem leitenden Chirurgen Simon Pallas (1695-1770) und ihm. Pallas musste als Leiter des Entbindungssaales seine Position mit Meckel teilen, was in Folge immer wieder zu Machtkämpfen zwischen den beiden führte. So lief es auch mit Pallas Nachfolger Joachim Friedrich Henckel (1712-1779), der den Posten des Hebammenlehrers zusätzlich für sich beanspruchte und 1773 nach Meckels Tod auch bekam. Als leitender Chirurg und Hebammenlehrer war Henckel sehr engagiert. Er kam selber zweimal in der Woche in die Charité, um praktischen Unterricht zu geben, weil er das Krankenhaus als den besten Ort zum praktischen Lernen ansah. Auch führte er die Vorlesungen von Meckel für die Hebammen am Collegium fort (Pütter 1928 S. 35, Diepgen/Heischkel 1935 S. 26 ff, Siebold 1901 S. 447 ff).

Nach Henckels Tod 1779 wurden die Stellen des ersten Chirurgen und Hebammenlehrers wieder getrennt besetzt. Johann Philipp Hagen (1734-1792) wurde Leiter der

Hebammenschule [Abb. 10]. Hagen hatte als junger Mann die Vorlesungen am Collegium besucht und wurde dann Kompaniechirurg. Auch zwischen Hagen und Johann Voitus (1741-1787), der zu dieser Zeit leitender Chirurg war, gab es Machtkämpfe. Hagen bekam die Erlaubnis, den Gebärsaal im Winter, außer mittwochs und samstags, zu nutzen. Die Chirurgen Voitus und Selle sollten ihn bei seiner Anwesenheit überwachen und bei schweren Geburten hinzugezogen werden. Zusätzlich mussten die



Abb. 10: Johann Philipp Hagen (Sammlung der HU)

Pensionärchirurgen bei Hagens Anwesenheit im Gebärsaal sein. Die Beschneidung seiner Kompetenzen gefiel Hagen gar nicht, so dass er nur noch Untersuchungsübungen anleitete. Er zog sich aus dem Entbindungssaal zurück und überließ dem Pensionärchirurgen die Geburtsüberwachung (Diepgen/Heischkel 1935 S. 40 f, Fasbender 1964 S. 252).

Auch Christian Heinrich Ribke (1744-1822), der Professor am Collegium für Entbindungskunst war, startete einen vergeblichen Versuch, mehr Befugnisse für den Gebärsaal zu erlangen. Er begründete es damit, dass ein Geburtshelfer in den Gebärsaal gehöre, genauso wie ein Chirurg in den Operationssaal. Er war also nicht wie die früheren Leiter der Hebammenschule Anatom, sondern bereits „Geburtshelfer“. Außerdem führte er

noch eine recht erfolgreiche geburtshilfliche Praxis (Wolff/Wolff 1987, Diepgen/Heischkel 1935 S. 43 ff).

2.3 Die Patientinnen

Von Katsch hatte damals die „liederlichen Weibes-Stücke“ im Sinn, für die eine Stube zum Gebären eingerichtet werden sollte. Als „liederlich“ wurde damals eine Frau bezeichnet, die einen „moralisch verkommenen Lebenswandel“ führte. Dies konnte eine Prostituierte oder eine Frau sein, die keine feste Beziehung zu einem Mann hatte. Die soziale Randstellung dieser Frauen und die Haltung ihnen gegenüber war mit diesem Begriff eindeutig festgelegt. Für den Geburtshelfer Friedrich Benjamin Oslander (1759-1822), Direktor der Göttinger Entbindungsanstalt, waren die aufgenommenen Schwangeren „lebende Phantome“, die der „Hülfe der Kunst“ bedurften. Üblicherweise wurden die unehelich Schwangeren in „drei Klassen“ eingeteilt: die erste Klasse umfasste Personen vom „Stand und Vermögen“, die zweite Klasse bürgerlich „geschwächte Mädchen“ und die dritte Klasse „öffentliche Dirnen“ und „liederliche Weibspersonen“. Für diese dritte Klasse sollten die neueingerichteten Entbindungsanstalten sein (Metz-Becker 1994 S. 214 ff, Metz-Becker 1997 S. 284 f, Koehler 1899 S. 247). Eller beschrieb die Frauen bereits 1730 folgendermaßen: *„Und hat man bißhero mehr denn einzeln wahrgenommen, dass verschiedene solche liederlichen Weibstücken in diesem Hause seyn aufgenommen worden, welche, wie sie in äusserstem Grad dürfftig, halb nackend und bloß, von allen Anverwandten verlassen, wo sie nicht den Kinder-Mord verübet hätten, wenigstens die unschuldige Kinder, wegen äussersten Mangel der nöthigen Verpflegung, würden haben elendiglich umkommen lassen.“* (Eller 1730 S. 9).

Genauere Aufschlüsse über den sozialen Stand der damaligen Patientinnen erhalten wir durch die Untersuchungen der Aufnahmebücher der Charité aus den Jahren 1731 bis 1772 in den Dissertationen von Böhme, Kreckler und Hanke. Sie konnten anhand der Daten nachweisen, dass die Frauen von niedrigem sozialen Rang waren und zu 50 % ledig. Auch Imhof kam in seinen Auswertungen zu dem Schluss, dass es in der Regel Angehörige der untersten sozialen Schichten und militärischen Ränge waren, die sich hilfesuchend an die Charité wandten (Imhof 1977 S. 240, Böhme 1970, Kreckler 1978, Hanke 1981).

In den Aufnahmebüchern wurde damals alles genau notiert: das Datum der Aufnahme und Entlassung, welcher Art die Entlassung war, ob gestorben, entlassen oder entlaufen, Familienstand und Beruf des Ehemanns bzw. Vaters bei unverheirateten Frauen. Dabei stellte sich heraus, dass von allen aufgenommenen Frauen die Hälfte unverheiratet war. Von diesen waren selber 20 % unehelich zur Welt gekommen.

Die meisten Frauen wurden mit der Aufnahmediagnose „Geschlechtskrankheit“, „Infektion“ oder „Gravidität“ in die Charité aufgenommen. Unter der Kategorie der Schwangeren war der Anteil der unverheirateten Frauen mit 73-86 % sehr hoch. Sie waren zu einem Drittel, mit steigendem Anteil über den untersuchten Zeitraum, Angehörige des Militärs, d.h. dass entweder der Vater oder Ehemann beim Militär beschäftigt war¹¹. Der Anteil der Schwangeren stieg bis 1772 auf gut ein Viertel aller Patientinnen an. Das hing auch mit den gelockerten strafrechtlichen Maßnahmen zusammen, so dass sich die ledigen Frauen zu ihrer Schwangerschaft im geschützten Rahmen der Charité bekennen konnten [vgl. Kapitel 1.3.5 S. 14 f] (Böhme 1970, Kreckler 1978, Hanke 1981).

2.3.1 Die Aufnahme in die Charité

Um in die Charité aufgenommen zu werden, mussten die Patienten bei der Armenkasse eine finanzielle Unterstützung beantragen. Auch für schwangere Frauen, die keine räumlichen Möglichkeiten für eine Entbindung vorweisen konnten, war dies möglich. Wurde die Zuwendung bewilligt, mussten sie sich bei Eller und Senff vorstellen. Diese trafen dann die Entscheidung über eine Aufnahme (Formey 1796 S. 266 ff).

Allgemein lief eine Aufnahme in der Charité folgendermaßen ab, wie Eller es in seinem Buch beschrieb: *„Mit Aufnehmung der Armen und Krancken wird es folgender Gestalt gehalten: Es wird niemand hieselbst angenommen, er habe sich denn zuvor gehöriges Orts gemeldet, und sattsame Zeugnüße seines Unvermögens, Dürfftigkeit und elenden Zustandes beygebracht; Derer würcklich Krancken Beschaffenheit wird von mir, oder von Herrn Senff untersucht, da man selbige als dann mit einem Zettel oder Receptions-Schein versiehet, welchen sie bey dem Eintritt ins Haus, dem Inspector vorzuzeigen gehalten seyn. Derselbe nun trägt Sorge, dass derer Krancken Nahmen und Beschaffenheit in ein ordentlich hierzu gewiedmetes Buch zuorderst eingetragen werden, worauf er selbige an den Hauß-Vater verweist, damit sie von ihren anhabenden Kleidern, insgemein elenden mit Ungezieffern besessenen Lumpen befreyet, mit reinen Kleidern versehen werden, und zwar von Haupt biß auf die Fuß-Sohlen.“* (Eller 1730 S. 16 f). Nach diesem Prozedere wurde der Patient vom Pensionärchirurgen untersucht und die Therapie festgelegt. Dies wurde alles schriftlich festgehalten [vgl. Kapitel 2.2.1 S. 25] (Eller 1730 S. 33 f).

Schwangere, von Eller als „arme, nothdürftige Huren“ betitelt, wurden acht Tage vor der Entbindung aufgenommen und anschließend für sechs Wochen gepflegt. Dies geschah nach

¹¹ Berlin war zu diesem Zeitpunkt eine Garnisonsstadt. Die Soldaten und ihre Angehörigen stellten einen Großteil der Bewohner. Von 90.000 Einwohnern im Jahr 1740 waren 20.000 Soldaten (Lazusch 1995 S. 40).

seinen Worten nicht unbedingt aus sozialem Mitgefühl, sondern zur Vorbeugung des Kindsmordes (Eller 1730 S. 9).

Das Armendirektorium war mit der Handhabung von Eller und Senff jedoch nicht zufrieden, da bei ihnen die medizinische und nicht die soziale Indikation Priorität hatte. So stellte es 1737 fest, dass *„...alles in Verwirrung gerathen. Man hat fremde, auch fremde Huren, die nur einen Tag hier gewesen, und anderwärts der Strafe vielleicht entlaufen seien, ohne vorheriges Examen, zur großen Beschwerung der Charité angenommen. Man hat dergl. Huren etliche Monat vor ihrer Niederkunft dahin gesandt, damit die Bösewichter vor ihrer Bosheit noch dazu beim Müßiggang wohl unterhalten, und anderen zu gleichen Thaten auch diese selbst zur Kinderholung animirt werden mögen.“* (Harig/Lammel 1987 S. 17). Deshalb bestimmte das Armendirektorium aufgrund eines Beschlusses von 1741, wer in der Charité aufgenommen werden sollte (Harig/Lammel 1987).

2.3.2 Die Behandlung in der Gebäranstalt

Das Stigma des „liederlichen Weibes-Stück“ prägte auch die Umgangsformen in der Gebäranstalt durch die Ärzte. Im Dienste der Wissenschaft fiel das Schamgefühl der Ärzte gegenüber dem nackten Frauenkörper und den Geschlechtsorganen. Bei den Untersuchungen der „gefallenen Mädchen“ in den Entbindungsanstalten wurden die gesellschaftlichen Tabus gebrochen. Hagen unterschied die Art der Untersuchung bei Frauen vom „niederem Pöbel“ von Damen des „bon ton“. Diese sollten möglichst nur im Liegen berührt werden, alle anderen Frauen konnte man im Stehen, Hocken, in Seiten- und Knieellenbogenlage untersuchen. Vor dem Touchieren, wie die Untersuchungen damals genannt wurden, sollten die Nägel geschnitten sein, *„...die Hände angewärmt und mit Öl und Pomade eingeschmiert. Vom Waschen wird nicht gesprochen. In gewissem Umfang war es wohl selbstverständlich. Man mahnt zur Zartheit und Vorsicht. (...)In der Regel touchierte man mit zwei Fingern, vor Eingriffen fast immer mit der ganzen Hand.“* (Diepgen/Heischkel 1935 S. 153 ff). Da die Patientinnen der Entbindungsanstalten in der Regel dem „niederem Pöbel“ entsprachen, musste beim Umgang und der Untersuchung keine besondere Rücksicht genommen werden (Diepgen/Heischkel 1935 S. 150 ff).

Als Gegenleistung für den kostenlosen Aufenthalt mussten sich die Frauen als „Übungsobjekte“ zur Verfügung stellen. Das bedeutete, dass sie vor, während und nach der Geburt mehrmals von Ärzten, Studenten und Hebammenschülerinnen untersucht wurden, die so den Geburtsablauf examinieren konnten (Winau 1987 S. 90). Zu Henckels Zeiten beschwerten sich die schwangeren Patientinnen, dass sie zu oft und ungeschickt untersucht würden. Die Studenten durften daraufhin nur noch im Beisein von Henckel oder des

Pensionärchirurgen den Gebärsaal betreten. Diese Instruktion wurde auch herausgegeben, weil die Studenten aufgrund des jungen Alters und der Unreife „*allerhand Unfug getrieben*“ haben (Diepgen/Heischkel 1935 S. 32 f).

Allgemein war der Ruf der Krankenanstalten in der Bevölkerung gegen Ende des 18. Jahrhunderts schlecht: „*Die Armen haben mehrentheils eine solche Furcht für diese Anstalt, dass sie es eher als eine Strafe, denn als eine Wohlthat ansehen, darin aufgenommen zu werden.*“ (Formey 1796 S. 263). Die offensichtlichen Missstände animierten die Berliner Bevölkerung nicht, die Charité bei schwerwiegenden Krankheiten oder für Operationen aufzusuchen (Wille 1937 S. 483). Wilhelm Prahmer (1770-1812), der Prediger an der Charité im 18. Jahrhundert war, kritisierte den rücksichtslosen Umgang mit den Patienten als Untersuchungsobjekte. Die Kranken würden mit so viel Eifer von den angehenden Ärzten und Chirurgen behandelt, dass sie nicht mehr aufstehen und sich beschweren konnten (Diepgen/Heischkel 1935 S. 47, Schneck 1998/99). Wenn man alle diese Tatsachen zusammen nimmt, ist es nicht verwunderlich, dass die meisten Patientinnen, die als „Entlaufen“ klassifiziert worden sind, mit der Diagnose Schwangerschaft und/oder Infektion aufgenommen worden waren (Böhme 1970, Kreckler 1978, Hanke 1981).

2.3.3 Der Alltag in der Charité

Nach der morgendlichen Visite, dem Verbandswechsel und der Arzneigabe kam der Prediger zu den Patienten in die Zimmer, um mit ihnen zu singen und zu beten. Anschließend las ein Kranker aus der Bibel vor. Die Zitate wurden von dem Prediger erklärt. Aufgrund der hohen Patientenzahlen konnte der Geistliche aber nicht täglich alle Kranken besuchen (Eller 1730 S. 46 ff).

Ausführlich wurde auch immer wieder über die Verpflegung geschrieben, die den Kranken verabreicht worden war. Die Diätetik spielte damals eine sehr wichtige Rolle in der Behandlung. Eller beschrieb detailreich: „...*so werden die Krancken überhaupt mit frischem Fleisch und dergleichen Bruhen oder Suppen täglich versehen, auch wohl nach Beschaffenheit der Umstände mit dienlicher Brotkost, und wird ihnen solches in reinlichen Geschirren um 12 Uhr Mittags, und des Abends um 6 Uhr von denen Aufwärters und Hospitaliten zu getragen. Ihre Getränke ist an jetro ein gutes braunes oder weisses Speise-Bier, nachdem man nunmehr eine eigne Brauerey hieselbst zu Stande gebracht, auch wird ihnen, wenn's die Noth erfordert, ein Gläßchen Wein zur Erquickung nicht versaget.*“ (Eller 1730 S. 28).

3. Die eigene Abteilung der Geburtshilfe in der „Alten Charité“ von 1800 bis 1856

Dieses Kapitel gibt zuerst einen Überblick über die bauliche Entwicklung der Gebäude auf dem Charitégelände, anschließend über die räumliche Ausstattung und Situation der Gebäranstalt im Gebäude der „Alten Charité“. Der Leser findet auch wieder ein Unterkapitel über die ärztliche Versorgung und den medizinischen Unterricht der damaligen Zeit. Zusätzlich wird darüber berichtet, wie der Aufenthalt für die Patientinnen in der Gebäranstalt damals war.

3.1 Die bauliche Entwicklung

In den Jahren 1831-1835 entstand die „Neue Charité“ unter dem Hofbauminister Ludwig Ferdinand Hesse (1795-1876) als Ergänzungsbau in unmittelbarer Nähe der Alten Charité, da diese chronisch überbelegt war. Hier sollten die Geisteskranken getrennt von den Kranken untergebracht werden. Auf dem Platz zwischen Neuer und Alter Charité wurde ein Garten mit gepflasterten Wegen angelegt. Des Weiteren baute man auf dem Gelände 1836/37 ein Pockenhaus, in das 1856 die Gebäranstalt einziehen sollte [vgl. Kapitel 4.1.1 S. 49 f], 1843/44 ein Leichenhaus und 1846/47 eine Dampfwäscherei. 1856 wurde ein Pathologisches Institut errichtet.

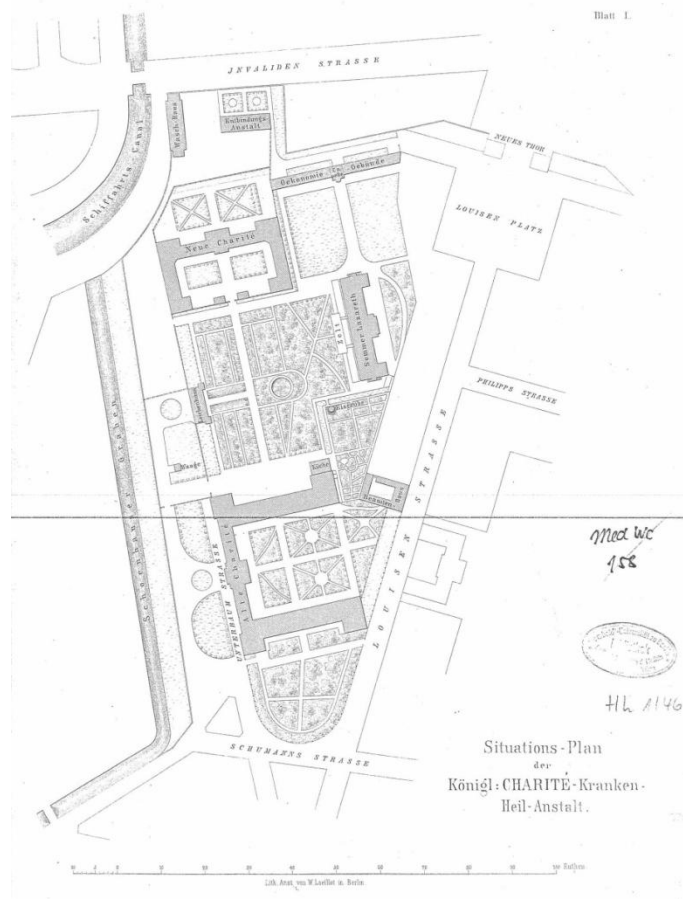


Abb. 11: Situationsplan der Charité ca. 1850 (Grundrisse 1865 Blatt 1)

Im Jahr 1851 wurde das sogenannte Sommer-Lazarett mit Reserve-Krankensälen gebaut [Abb. 11]. Die innere und chirurgische Abteilung sowie die Gebäranstalt sollten im Sommer

dorthin während der Reinigung und Renovierung des Hauptgebäudes verlegt werden (Esse 1854 S. 21 ff, Rigler 1873 S. 73, Scheibe 1910 S. 67 ff).

Im Jahr 1727 lag die Charité noch weit außerhalb der Stadtmauer von Berlin. Im Laufe des 18. Jahrhunderts wuchs die Stadt bis an das Charité-Gelände heran, so dass im Jahr 1800 die Stadtmauer um die Alte Charité und die Nebengebäude herumgebaut wurde. Nach Erbauung der Neuen Charité wurde diese bis zur Invalidenstraße vorgelegt, so dass auch das Pockenhaus innerhalb der Stadtgrenzen lag. Große Teile der landwirtschaftlich genutzten Flächen um die Charité herum wurden verkauft und der Erlös zur Bewirtschaftung des Krankenhauses genutzt (Wirth/Luther 1987, Wirth/Luther 1983).

3.1.1 Die Lage der geburtshilflichen Station in der Alten Charité

Nachdem der Neubau der Alten Charité 1800 vollendet war, wurde das alte Küchenhaus zur Entbindungsanstalt umgebaut und 1802 vorübergehend dorthin verlegt. Das 1728 als massives Gebäude an der Nordseite des Pesthauses errichtete Küchenhaus diente damals gleichzeitig als Küche, Speisesaal und Kirche. Der nordwestliche Flügel der Alten Charité, errichtet in den Jahren 1785-88, wurde an das Küchenhaus angebaut. In einem Manuskript von 1829 fand sich dazu folgende Erläuterung: *„Dieser Bau betraf die vordere Hälfte des gegenwärtig nördlichen Flügels der Krankenanstalt, und zwar lehnte er sich dem schon im Jahre 1728 vollzogenen, massiven Baue, in welchem der Speise- und Bet-Saal (gegenwärtig die Gebäranstalt) befindlich war, an, und wurde mit diesem in Communication gesetzt.“* (Wirth/Luther 1986/88 S. 86). Wie lange die Station dort ihren Platz hatte, ist nicht klar. Hufeland berichtete 1803 von einer Verlegung *„in den anderen neu ausgebauten Flügel“*, so dass die Räumlichkeiten für die Gemütskranken genutzt werden konnten (Wille 1927 S. 419). Bei Pütter steht, dass, als der alte Speisesaal für die „Neue Charité“ weichen musste, die Entbindungsanstalt *„wieder in die ‚Alte Charité‘, und zwar in zwei ihrer Stockwerke verlegt“* (Pütter 1928 S. 35) wurde. Dies wäre dann allerdings erst später ab ca. 1831 mit Beginn der Baumaßnahmen der Fall gewesen. Einig sind sich alle Autoren darüber, dass die Gebäranstalt später im nordwestlichen Flügel lokalisiert war. Die Räume der Entbindungsanstalt erstreckten sich über zwei Etagen im Erdgeschoss und ersten Stock. 1845 wurde eine Treppe eingebaut, die beide Etagen miteinander verband, um die Versorgung zu erleichtern (Wollheim 1844 S. 210, Wille 1927 S. 422, Esse 1854 S. 22 ff).

In den Jahren nach 1850 wechselte die Entbindungsanstalt häufig den Standort, oft sogar das Gebäude. Zeitweise waren die Räume in der Neuen Charité, im Sommer-Lazarett und in anderen Teilen der Alten Charité untergebracht. Dies geschah aus Furcht vor dem

Puerperalfieber, dessen Ursache man noch nicht erkannt hatte und deshalb in der Verunreinigung der Räume vermutete. Am häufigsten trat das Puerperalfieber in der Alten Charité auf, besonders dann, wenn gleichzeitig auf der chirurgischen Station viele Patienten Wundinfektionen hatten. Selbst nachdem die Entbindungsanstalt im Jahr 1856 in ein eigenes Gebäude gezogen war, wurden die Räumlichkeiten oft noch im Frühjahr wegen des im Spätwinter aufgetretenen Puerperalfiebers gewechselt (Köpke 1860 S. 263, Wille 1927 S. 425, Esse 1854).

3.1.2 Die Aufteilung und Ausstattung der Räumlichkeiten

Wollheim beschreibt die Räume in seiner Topographie von Berlin aus dem Jahr 1844 folgendermaßen: *„Die Station für Schwangere und Wöchnerinnen, schlechtweg Accouchement genannt, enthält einen Saal für Schwangere, einen Entbindungssaal, in welchem ein Geburts-Bett, Schirme zum Touchiren und das geburtshülfliche Instrumentarium befindlich, ferner 3 Stuben für Wöchnerinnen und ein Bureau-Zimmer des Stations-Chirurgus, worin die Kinder-Waage steht.“* (Wollheim 1844 S. 206). Eine Wohnung für die Oberhebamme ging von dem Gebärzimmer ab. Insgesamt umfasste die Station Betten für 30 Schwangere und 18 Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen. Die Aufteilung der Zimmer in den beiden Etagen glich sich, so dass sie abwechselnd belegt werden konnten. Die leere Station wurde dann gereinigt und gelüftet. Im Winter allerdings gab es so viele Patientinnen, dass beide Etagen voll belegt waren (Wollheim 1844 S. 210, Wille 1927 S. 422, Esse 1854 S. 22 ff).

Für geburtshülfliche Operationen wurde ein spezieller OP-Tisch konstruiert, der einem Gebärstuhl ähnlich war¹². Dieser stand in dem Operationssaal, der gleichzeitig als Auditorium mit drei übereinander liegenden Rundgalerien für Zuhörer diente. Er war 1827 vom südlichen Ende des Gebäudes in die Mitte des Corps de Logis verlegt worden. Zur Beleuchtung diente eine Lampe, die höhenverstellbar war. Eine große Fensterfront über die gesamte Höhe ließ viel Licht herein (Wille 1927 S. 420, Wollheim 1844 S. 205).

Die Krankenzimmer selbst waren alle *„geräumig, hell, mit Doppelfenstern versehen; die Wände sind weiß angestrichen [...] Die Bettgestelle sind von Gusseisenstäben mit Gurten, die Unterlage eine Strohmattatze, ebenso das Kopfkissen; die Oberdecke besteht aus einer oder zwei wollenen Decken in einem leinenen Ueberbezüge.“* (Wollheim 1844 S. 214). Neben jedem Bett stand ein kleiner Tisch aus weißem Holz. Darauf standen ein Trinkbecher aus Zinn, die Medikamente des Patienten, ein Löffel sowie ein Speichelglas und ein

¹² Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts war es durchaus üblich, dass die Schwangeren auf einem Gebärstuhl entbunden wurden. Dieser hatte eine Aussparung an der Sitzfläche und eine geneigte Rückenlehne. In Deutschland gab es 60 verschiedene Modelle (Dziedzic/Reinköwicz 1999).

Uringlas. Die Waschschüsseln wurden bei Bedarf von den Pflegern gereicht. Die Krankenbetten standen mit ungefähr einem Meter Abstand voneinander entfernt. Auf einer Tafel am Bett waren der Name des Patienten, der Aufnahmezeit, die Krankengeschichte und die Behandlung vermerkt. Die Fußböden waren mit Ölfirnis bestrichen, „so dass das ungesunde und störende Scheuern gänzlich vermieden“ (Horn 1863 S. 56) werden konnte. In den geheizten Fluren lagen Decken auf den Böden, um den Tritt zu dämpfen. Glastüren schlossen sie ab, um den Kranken ein angenehmes Herumlaufen zu gewährleisten (Esse 1850, Horn 1863 S. 56 f). Wollheim bemängelte allerdings den Geruch: „Ausserordentlich misslich aber und oft ekelhaft ist in der alten Charité der üble Geruch, welchen die Corridors und bisweilen die Zimmer nicht los werden, und der aus einem Gemisch von Abtritts-, Salben- und Küchen-Düften zusammengesetzt ist, worunter die ersteren am deutlichsten hervorstechen“ (Wollheim 1844 S. 215).

3.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Im Rahmen der Gründung der Friedrich-Wilhelm-Universität 1809/10 und damit der medizinischen Fakultät in Berlin wurde das Collegium medico-chirurgicum 1809 kurzfristig aufgelöst. Zwei Jahre später jedoch führte die neugegründete Medizinisch-chirurgische Akademie für das Militär die Institution des Collegiums fort. Die Pépinière, seit 1818 „Medizinisch-chirurgisches Friedrich-Wilhelms-Institut“, und die Akademie wurden seit 1895 als „Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen“ geführt. 1919 wurde die Institution aufgelöst. Über die Jahre verschmolzen die Akademie und die medizinische Fakultät. Eine klare Trennung war nicht mehr möglich. Die Professoren für Medizin waren an beiden Institutionen tätig. Studenten der Universität und die Élèven der Akademie besuchten zusammen die Vorlesungen an der Universität. Der Unterschied bestand darin, dass die Studenten die Vorlesungen selber bezahlen mussten, während die Élèven die Ausbildung vom Staat bezahlt bekamen. Auch die Zulassung zum Staatsexamen war bis 1901 unterschiedlich. Die Studenten der Universität mussten einen klinischen Kurs für drei Monate absolvieren, während für die Élèven ein praktisches Jahr Pflicht war. Ab 1901 war dies für alle obligat (Tuchman 2000, Rüster 1995).

Als klinische Ausbildungsstätten der neugegründeten medizinischen Fakultät wurden 1810 eine medizinische und eine chirurgische Klinik gegründet, die zuerst in der Friedrichstraße 101, später dann in der Ziegelstraße 5/6 lagen. Die medizinische Klinik wurde 1828 aus Platz- und Kostengründen in die Alte Charité verlegt, wo sie der Verwaltung der Charité unterstand, aber trotzdem eine universitäre Einrichtung blieb. Hier befand sich auch das sogenannte „klinische Institut“, welches 1789 von Fritze [vgl. Kapitel 2.2.2 S. 27] gegründet

worden war. Beide Einrichtungen wurden 1857 vereint. Zur geburtshilflichen Ausbildung der Studenten wurde 1817 in der Oranienburger Straße eine Entbindungsanstalt in einem Wohnhaus eingerichtet [vgl. Kapitel 6.1 S. 81 ff] (Scheibe 1910 S. 87 ff).

Es kam immer wieder zu Reibungspunkten zwischen der medizinischen Fakultät und der Charité bezüglich der praktischen Ausbildung. 1811 kam eine Kabinetts-Order heraus, die besagte, dass zivilen Studenten der Zugang zum klinischen Unterricht offen gehalten werden sollte, aber bei der Stellenbesetzung als Stabsärzte und Subchirurgen hatten die Absolventen der militärärztlichen Bildungsanstalten ausschließliches Vorrecht. In der Realität war den Zivilstudenten die Ausführung der Operationen und Entbindungen allerdings verwehrt. De facto wurden erst ab 1850 zwei zivile Ärzte in der Inneren- und Irrenabteilung angestellt. Ab 1885 wurden die Assistenzarztstellen auch mit zivilen Ärzten besetzt. Die Vormachtstellung des Militärs blieb also auch im 19. Jahrhundert weitestgehend erhalten (Tuchman 2000, Rigler 1873 S. 74, ebd. S. 89 f, Wollheim 1844 S. 210 f, Scheibe 1910 S. 173).

3.2.1 Die Direktoren

Die ärztliche Versorgung war streng militärisch-hierarchisch geregelt. Die dirigierenden Ärzte machten täglich vormittags Visite und korrigierten ggf. die Behandlung. Die Assistenzärzte, die vom militärischen Rang Stabsärzte waren, hatten die unmittelbare ärztliche Aufsicht und führten die Krankenversorgung durch. Sie visitierten die Patienten



Abb. 12: Alexander Ferdinand Kluge (Institut für Geschichte der Medizin)

dreimal täglich und gaben Anweisungen zu deren Behandlung an die Subchirurgen, den Unterärzten im Praktischen Jahr, weiter. Jeder Stabsarzt war für ein bis zwei Stationen zuständig, zwischen denen er während seiner fünf- bis sechsjährigen Ausbildung rotierte. Der für die Entbindungsklinik zuständige Stabsarzt war auch gleichzeitig für die Kinderklinik zuständig. Zur kontinuierlichen Betreuung der Schwangeren wohnten eine Oberhebamme und einige Unterhebammen in der Charité. 1875 lag die Zahl der Pensionärchirurgen bei neun und die der Subchirurgen bei 25 (Wollheim 1844 S. 210 f, Scheibe 1910 S. 166 ff, Rigler 1873 S. 211).

Alexander Ferdinand Kluge (1782-1844) übernahm die Leitung der Gebäranstalt sowie die Professorenstelle für Chirurgie an der medizinisch-chirurgischen Akademie 1814 [Abb. 12] als Nachfolger von Mursinna [Tab. 2]. Kluge hatte seine medizinische Ausbildung an der Pépinière erhalten (Hirsch 1962 S. 552). Kluges Nachfolger Joseph Herrmann Schmidt (1804-1852) kam während seines Studiums mit den Geburtshelfern Naegele in Heidelberg und Siebold in Berlin in Berührung [Abb. 13]. 1844 wurde er zum Professor für Geburtshilfe an der Berliner Universität und an der Militärakademie sowie zum Direktor der Gebärabteilung der Charité berufen. Ab 1848 leitete er zusätzlich die Hebammenschule. Nach ihm wurde beide Posten wieder von verschiedenen Personen geleitete [Tab. 2] (Hirsch S. 95 f).



Abb. 13: Joseph Herrmann Schmidt (Sammlung der HU)

Leitung Gebäranstalt	Leitung Hebammenschule	Leitung zusammen
1787-1814 Christian Ludwig Mursinna (1744-1833)	1793-1818 Christian Heinrich Ribke (1744-1822)	
1814-44 Carl Alexander Ferdinand Kluge (1782-1844)	1818-48 Georg Gustav Philipp Hauck (1783-1848)	
	1848 Wilhelm von Horn (1803-1871) (interim)	
1844-1852 Joseph Hermann Schmidt (1804-1852)	1848-1852 Joseph Herrmann Schmidt	1848-1852 Joseph Hermann Schmidt
	1852-1856 Karl Sigmund Franz Credé (1811-1892)	
1852-1877 Julius Viktor Schöller (1811-1883)		

Tab. 2: Direktoren der Gebäranstalt und Leiter der Hebammenschule (Scheibe 1910 S.105 ff, Wolff/Wolff 1987, Schneck 1995, Ebert 2010)

3.1.2 Der Unterricht

Bis Anfang des 19. Jahrhunderts war es schwer, den geburtshilflichen Unterricht der Studenten von dem der Hebammen zu trennen. Deshalb wurde 1802 eine neue Regelung eingeführt, dass die Geburten unter den Hebammenschülerinnen und den Studenten aufgeteilt wurden, denn es gab nur eine begrenzte Anzahl von Schwangeren. Den Studenten stand ein Drittel der Geburten zu. Die Hebammenschülerinnen mussten vom

Hebammenlehrer selbst mindestens einmal wöchentlich unterrichtet werden. In seiner Abwesenheit lehrte der Pensionärchirurg, der besonders in der Geburtshilfe ausgebildet sein musste (Diepgen/Heischkel 1935 S. 44).

Die Zustände über den geburtshilflichen Unterricht beschrieb der Arzt Johannes Rigler (geb. 1839) folgendermaßen: *„Zwar bestand ein medicinisch und chirurgisch-klinischer Unterricht schon seit den ersten Anfängen des Charité-Krankenhauses; desgleichen konnten seit 1769 Studirende auch die Gebäranstalt frequentieren, dennoch liess dieser gesamte Lehr-Apparat noch sehr Viel zu wünschen übrig. Es fehlte ihm an jeder Regelmässigkeit und Ordnung und es begann die Charité in Wirklichkeit erst 1814 sich zu einer Lehranstalt auszubilden, nachdem Kluge regelrechte klinisch-praktische Uebungen in der Gebäranstalt eingerichtet hatte.“* (Rigler 1873 S. 76). Bis 1814 wurde der geburtshilfliche Unterricht in Kursform von den jeweiligen Leitern der Gebäranstalt durchgeführt.

Kluge hielt als Erster regelmäßige geburtshilflich-klinische Vorlesungen und ordnete den praktischen Unterricht neu. Dafür teilte er die Studenten in kleine Gruppen ein, die die Gebäranstalt für praktische Studien an sieben aufeinanderfolgenden Tagen nutzen konnten. Der Wechsel fand sonntagmorgens um sechs Uhr statt. Wenn nun bei einer Frau die Wehen einsetzten, wurden alle aus der Gruppe, die meist für die Zeit ihres Einsatzes in der Nähe der Charité wohnten, zusammengerufen. Ein Praktikant übernahm die Entbindung und wurde zur aktuellen Geburtssituation abgefragt. Alle anderen schauten zu. Geburtshilfliche Operationen führte in der Regel der Stabsarzt durch. Zweimal wöchentlich fanden von 17-18 Uhr Vorlesungen, Phantom- und Touchirübungen statt. Eine Poliklinik gab es noch nicht. Der Unterricht war primär für Militärärzte, *„erstreckt sich aber auch auf die übrigen Studirenden“* (Wollheim 1844 S. 416). Kluge trennte den studentischen vom Hebammenunterricht. In den ersten vier Monaten des Wintersemesters wurde den Hebammen praktischer Unterricht von Georg Gustav Philipp Hauck (1783-1848) in der Gebärdabteilung erteilt, in den folgenden Monaten den Studenten. Unter Kluge entwickelte sich die Gebärdabteilung zu einer geburtshilflichen Klinik. Sie galt unter seiner Leitung als das „Putzkästchen“ der Charité mit musterhafter Ordnung und pedantischer Sorgfalt (Scheibe 1910 S. 105 f, Lenz 1910 S. 242, Köpke 1860 S. 263 f).

Sein Nachfolger Schmidt setzte einige Veränderungen bei dem Unterricht der Hebammen und Studenten ab dem Wintersemester 1846 durch. Beide Gruppen wurden jetzt parallel unterrichtet. Im Winter fand der Unterricht für die Studenten der Universität und für die Hebammen, im Sommer für die Studenten der Universität und der militärärztlichen Bildungsanstalt statt. Jedoch wurden die Studenten von den Hebammen räumlich getrennt. Die obere Etage wurde den Studenten zugewiesen, da *„die höhere Geburtshilfe nichts*

anderes als ein höheres Stockwerk der Hebammenkunst ist, und ziemlich in jedem Einzelfalle des praktischen Lebens der Weg zu jener treppauf durch diese führt“ (Schmidt 1850 S. 494) und die untere den Hebammenschülerinnen. Die Geburten wurden abwechselnd auf beide Gruppen verteilt. Für die täglichen Untersuchungen mussten alle Schwangeren zur Verfügung stehen. Ab 1852 musste der klinische Unterricht zwischen Studenten und Hebammen aufgrund „sittlicher Unregelmäßigkeiten“ getrennt werden. Die Studenten wurden nun wieder im Sommer- und die Hebammen im Wintersemester unterrichtet (Scheibe 1910 S. 105 f).

Schmidt unterteilte den Unterricht in einen kasuistischen und einen systematischen Teil. Der kasuistische Unterricht umfasste die Beobachtung und Betreuung der Geburten. Diese wurden als öffentliches Lehrereignis behandelt, bei denen Studenten und Hebammenschülerinnen zugegen waren und aktiv mitwirken durften. Seiner Meinung nach war die Geburt ein natürlicher Vorgang, in den man möglichst wenig mit „Kunsthülfe“ eingreift. Der systematische Unterricht gliederte sich in Besuche in den Wochenzimmern, Untersuchungen an Patientinnen und Übungen am Phantom. Tasten, Auskultieren, Perkutieren und die Benutzung des Spekulum sollten erlernt werden (Schmidt 1850 S. 498 ff, Fasbender 1964 S. 252). Jedoch bedauerte Schmidt, dass der Unterricht an Qualität eingebüßt hatte, *„seit die Charité die Bordellmädchen verloren hat. Ohne diesen Personen eine Lobrede halten zu wollen, und obgleich ich von der anderen Seite sehr gern auch im tiefgesunkenen Menschen etwas mehr als ein lebendiges Phantom erblicke, so war es doch für den praktischen Unterricht in der Geburtshilfe von hohem Interesse, dass diese Personen, eben weil sie, respect. ihre unschuldigen Leibesfrüchte, polizeilich geschützt wurden, schon in den frühesten Monaten der Schwangerschaft Aufnahme fanden. Durch sie war die Gebäranstalt ein lebendiger Schwangerschaftskalender.“* (Schmidt 1850 S. 506). Eine ordentliche geburtshilfliche Klinik könne nicht mit Schwangeren funktionieren, die alle erst kurz vor der Geburt in die Klinik kommen (Schmidt 1850).

Auf Schmidts Initiative wurde das Unterrichtskonzept der Hebammen verbessert. Er vertrat die Meinung, dass die Hebammen gleichzeitig Theorie und Praxis erlernen sollten, da *„...das frühere Fühlen und Sehen [...] das spätere Verstehen“* erleichtert (Schmidt 1850 S. 495). Auch für eine räumliche Zusammenlegung der Ausbildungsstätten setzte Schmidt sich ein. Bisher lagen das Wohnheim, das theoretische Lehrinstitut und die Charité zu weit auseinander. Die Schülerinnen mussten nachts, wenn Geburten anstanden, zwischen der Charité und dem Wohnheim hin- und hergehen, was *„...für die Moralität der Schülerinnen, bei der gänzlich unmöglichen Controle auf den nächtlichen Wanderwegen...“* (Schmidt 1850 S. 493) schlecht war. Aus diesem Grund wurde ihr Wohnheim in die Luisenstraße verlegt (Schmidt 1850).

3.3 Die Patientinnen

Die schwangeren Patientinnen waren auch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts „*fast ohne Ausnahme aus den niederen Ständen*“ und „*bis auf einen sehr geringen Theil (1/10–1/15) die Aufgenommenen ausserehelich Geschwängerte*“ (Wollheim 1844 S. 342 f). Schmidt schrieb einige Jahre später, dass die Gebäranstalt der Charité „*armen verehelichten und unverehelichten Schwangeren gewidmet*“ (Schmidt 1850 S. 485) war, die kurz vor der Entbindung standen und unentgeltlich aufgenommen wurden. Allerdings wurde dieses „Angebot“ in der Mehrheit von ledigen Schwangeren angenommen. Unter Schmidts Leitung betrug das Verhältnis von Unverheirateten zu Verheirateten 7:1. Eine „heimliche Abteilung“ für zahlende Schwangere allerdings, wie es sie in manchen Städten gab, war in der Charité nicht vorgesehen. Verheiratete Frauen gebären zu Hause. Im Ausnahmefall kamen sie als Erstgebärende in die Anstalt (Schmidt 1850).

Die soziale Rolle, in die ledige Mütter von der Gesellschaft gedrängt wurden, vereinfachte ihre Situation nicht. Denn wie ein Zeitgenosse schrieb: „*Ein evidentere Beweis für die grössere Hinfälligkeit der unehelichen Kinder ist die Menge der an Abzehrung erfolgten Todesfälle unter ihnen. [...] Aber auch schon vor der Geburt sind die ausserehelichen Früchte weit mehr bedroht, als die in der Ehe erzeugten, was die geringe Sorgfalt und Schonung der Mütter kaum anders erwarten lässt. [...] Die Betrachtungen, die sich bei allen diesen statistischen Resultaten aufdrängen, gehören für den Menschfreund zu den trübseligsten, dies es giebt; schwerlich dürfte ein so schwerer allgemeiner Fluch auf irgend einer anderen Gattung von Fehlritten lasten, als auf diesem heimlichen Genuss der Geschlechtsfreuden, denn es gilt die Vernichtung von Menschenleben in Masse.*“ (Wollheim 1844 S. 120 f).

Bis 1817 war die Charité direkt dem Königlichen Armendirektorium unterstellt. 1819 wurde die Zuständigkeit geändert. Dies änderte jedoch nichts an dem Status. Die Charité blieb weiterhin ein „königliches Krankenhaus“ unter wesentlicher Kontrolle des Militärs. Die Stadt Berlin hatte das Recht, ihre Armen in der Charité versorgen zu lassen. Dafür standen ihr 100.000 freie Verpflegungstage zu. Für jede Schwangere wurden 40 freie Verpflegungstage gewährt, die auch die Kosten für die Säuglingspflege und Kinderwäsche einschlossen. Jede Mehrversorgung wurde der Stadt in Rechnung gestellt. Für Dienstboten kam in manchen Fällen der Dienstherr und für Handwerksgesellen die Zunft auf. Die Anzahl der selbstzahlenden Patienten war sehr gering. Da es in Berlin viele Arme gab, waren die Kosten sehr hoch. Entlastung brachten erst die städtischen Krankenhäuser wie Friedrichshain 1874, Moabit 1876 und Urban 1890 (Hilf 2000, Wollheim 1844 S. 212 f).

3.3.1 Die Aufnahme in die Charité

Jeder, der als Patient in die Charité aufgenommen werden wollte, musste sich im Aufnahmebüro melden. Dort wurde er vom „Büreau-Chirurg“ untersucht, einer Station zugewiesen und im Aufnahmebuch eingetragen. Ein Transporteur brachte den Kranken zu der jeweiligen Station. Auf der Station musste der Patient ein Bad nehmen und seine Kleidung gegen den Hausanzug, welcher aus einem Hemd und einem gestreiften Oberkleid aus Leinen bestand, austauschen. Die Wäsche wurde jede Woche gewechselt.

Die Schwangeren wurden einige Wochen vor der erwarteten Geburt aufgenommen. Wenn die Patientin während des Aufenthalts als Wöchnerin krank wurde, kam sie auf die innere Station. Nach der Entbindung konnten die Frauen bis zu vier Wochen in der Charité gepflegt werden. Falls sie länger bleiben wollten, mussten sie selber zahlen. Die meisten Frauen verließen die Anstalt aber schon früher, um sich Geld als Ammen zu verdienen (Wollheim 1844 S. 218 f, Schmidt 1850 S. 486 f). Aber längst nicht alle Frauen konnten aufgenommen werden: *„Es muss bemerkt werden, dass bei dem grossen Andrang der Schwangeren aus Rücksicht für den klinischen Unterricht diejenigen zur Aufnahme in die Anstalt so viel als möglich ausgewählt wurden, welche vor, bei oder nach der Geburt besondere Seltenheiten oder abnorme Vorgänge darbieten zu wollen schienen, weshalb die pathologischen Ereignisse im Verhältniss bei weitem häufiger waren, als sie sonst sind.“* (Wollheim 1844 S. 342). Schmidt wies eindrücklich darauf hin, dass der Zweck der Gebäranstalt *„nicht blos ‚Heil- und Pflege-‘, sondern auch Unterrichts-Anstalt“* war (Schmidt 1850 S. 485).

3.3.2 Der Ablauf einer Geburt

Mittlerweile gestand man den Patientinnen während der Untersuchungen eine gewisse Art von Privatsphäre zu. Es gab Wandschirme als Sichtschutz, um sie räumlich voneinander zu trennen (Wollheim 1844 S. 206). Während der Geburt allerdings galt diese Privatsphäre nicht. Alle, die interessiert waren, durften zuschauen. Die Geburten der oberen Etage wurden von den Studenten betreut, die der unteren von den Hebammenschülerinnen. Wenn eine Geburt anstand, dann wurde ein Praktikant, der die Geburt leitete, und zusätzlich drei Assistenten bestimmt. Alle untersuchten die Kreißende abwechselnd, um den Werdegang zu begutachten. Dies geschah vor allen Augen. Während des Wartens wurden geburtshilfliche Fragen erörtert und diskutiert. Den Studenten war es erlaubt, während des Fortgangs der Geburt den Saal zu verlassen, denn *„es [ist] ein übermenschliches Ansinnen an junge Männer [...], wenn jeder zu einer solchen Geburt gehörige von der ersten lösenden Eihautswehe bis zur vollendeten Ausschließung der Nachgeburt im Kreisezimmer verweilen*

sollte“ (Schmidt 1850 S. 498). So konnten sie derweil die Kranken auf der inneren oder chirurgischen Station visitieren oder in das Leichenhaus gehen. Die Hebammenschülerinnen allerdings mussten die ganze Zeit dabei bleiben, denn sie sollten sich in Geduld üben in Hinblick auf ihren späteren Beruf. Nach der Geburt hatten die Frauen eine strenge Bettruhe von neun Tagen einzuhalten. Obwohl Schmidt die Meinung vertrat, dass man so wenig wie möglich in den Geburtsvorgang eingreifen sollte, wurde in den Jahren 1844-1850 jede 16.-17. Schwangere durch die Zange entbunden¹³. Um die Jahrhundertwende wurde bei jeder 20. Geburt mit Instrumenten eingegriffen (Wille 1927 S. 419).

Schmidt führte mit dem Wiener Arzt Ignaz Semmelweis (1818-1865) einen Briefwechsel über die Ursachen des Puerperalfiebers [vgl. Kapitel 5.2.6 S. 75]. Schmidt erwog die Möglichkeit der Kontaktübertragung, wollte aber auch andere Ursachen nicht ausschließen: *„Dieserhalb glaube ich doch, dass die Nosocomial-Atmosphäre der Wochenzimmer und nicht die Cadaver des Leichenhauses auf unseren Vorwürfen hängen bleiben wird. [...] Es mag dieser Weg immerhin einer von den vielen sein, welcher zum Wochenbettfieber führt; der alleinige ist es gewiß nicht.“* (Schmidt 1850 S. 501). Doch mahnte er zur Vorsicht und empfahl den Studenten, sich die Hände nach jeder Leichenberührung zu desinfizieren (Schmidt 1850 S. 499 f). Zu der Zeit, als die geburtshilfliche Klinik unter Schmidts Leitung stand, war die Zahl der an Puerperalfieber erkrankten Wöchnerinnen geringer als man seiner Meinung nach *„auf ein Krankenhaus aufgepropften Gebäranstalt erwarten sollte“* (Schmidt 1850 S. 488). Er schrieb dies der *„musterhaften Ordnung und Reinlichkeit“* zu (Schmidt 1850).

3.3.3 Der Alltag in der Charité

Das tägliche Leben im Krankenhaus war streng geregelt. Es gab drei Diätformen, die nach ärztlicher Anordnung ausgeteilt wurden. Dabei wurde nach Krankheitszustand unterschieden. Aber auch zur Bestrafung wegen schlechten Verhaltens wurde das Essen reduziert. Die Schwangeren wurden grundsätzlich auf halbe Diät gesetzt. Diese bestand mittags aus einer „Fleischsuppe mit Fleisch und 2 Milchbrode“, morgens und abends jeweils aus einer halben Portion Mehl-oder Hafergrützsuppe.

Besuche von Angehörigen waren nur am Sonntagnachmittag erlaubt. Lebensmittel durften nicht mitgebracht werden. Das Herumlaufen in den Gartenanlagen war den Patienten

¹³ Im europäischen Ausland wurde hingegen wesentlich seltener instrumentell in den Geburtsablauf eingegriffen. In Edinburgh wurde nur bei jeder 354. und in Wien lediglich bei jeder 199. Geburt eingegriffen [vgl. Kapitel 5.2.7 S. 76 f] (Dohrn 1903 S. 71).

lediglich zu bestimmten Stunden gestattet. Die Patienten, denen es besser ging, „*leisten den Wärtern und Domestiken hülfreiche Hand*“ (Wollheim 1844 S. 215).

Fremde konnten täglich zur Mittagszeit die Charité nach Meldung beim Direktor besichtigen. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts gehörte zu einer Berlinreise auch die Besichtigung der Charité. Beschreibungen darüber findet man in vielen Reiseberichten.

Zur geistigen Zerstreuung waren als Lektüre nur Gesangsbücher, Bibeln und Erbauungsschriften zugelassen, „*die jedoch nicht Allen den gewünschten Grad der Unterhaltung verschaffen. Sollte es nicht billig erscheinen, eine Anzahl unterhaltender, fasslicher, den Geist weniger ernst beschäftigender Bücher (Erzählungen, Reisebeschreibungen u.s.w.) zu halten, damit jeder Kranke nach Belieben sich damit die Langweil des Krankenlagers vertreiben und sein Leiden auf einige Stunden vergessen könnte, während er an Sonntagen oder zu andern Zeiten sich der Andacht hingäbe, ohne auf eine angestrenftere Uebung derselben, als er sonst gewöhnt ist, beständig angewiesen zu sein?*“ (Wollheim 1844 S. 216). Die seelische Betreuung übernahmen katholische Priester und jüdische Geistliche, die in die Anstalt kamen. An Sonn- und Feiertagen fand ein Gottesdienst statt (Wollheim 1844 S. 215 ff).

entspannen [Abb. 14]. Nach langem Ringen wurde 1924 sogar ein Neubau für die geburtshilfliche Klinik errichtet (Mehlhausen 1877, Mehlhausen 1888 S. 4 f).

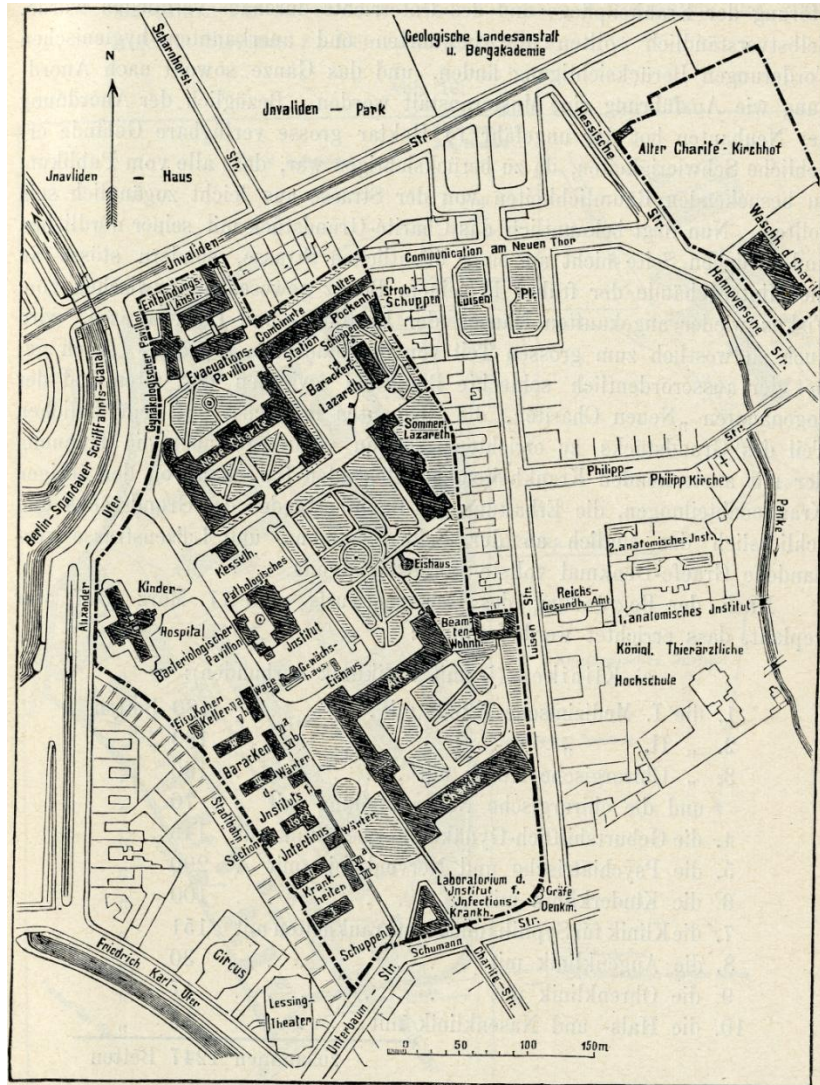


Abb. 15: Lageplan der Charité-Gebäude von 1897 vor Beginn der Um- und Neubauten (Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 245)

Um die Jahrhundertwende gab es Pläne von Minister Friedrich Theodor Althoff (1839-1908), alle klinischen Institute in Dahlem zu vereinigen. Diese wurden aber nicht realisiert. Stattdessen wurde 1897 ein umfangreiches Bauprogramm für die Neugestaltung der Charité genehmigt. Zwischen 1897 und 1916 fanden zahlreiche Umbaumaßnahmen statt [Abb. 15 und Abb. 16], in dessen Zuge auch die Erweiterung des gynäkologischen Pavillons vorgenommen wurde. Von allen Bauten blieben nur die Entbindungsanstalt, der gynäkologische Pavillon, das Sommer-Lazarett, die Nebenabteilung der chirurgischen Klinik und ein Gebäude der Infektiologie als Bausubstanz erhalten. Die Charité-Frauenklinik erhielt die wenigsten Gelder (Wirth/Luther/Grosser 1983, Stoeckel 1929 S. 550).

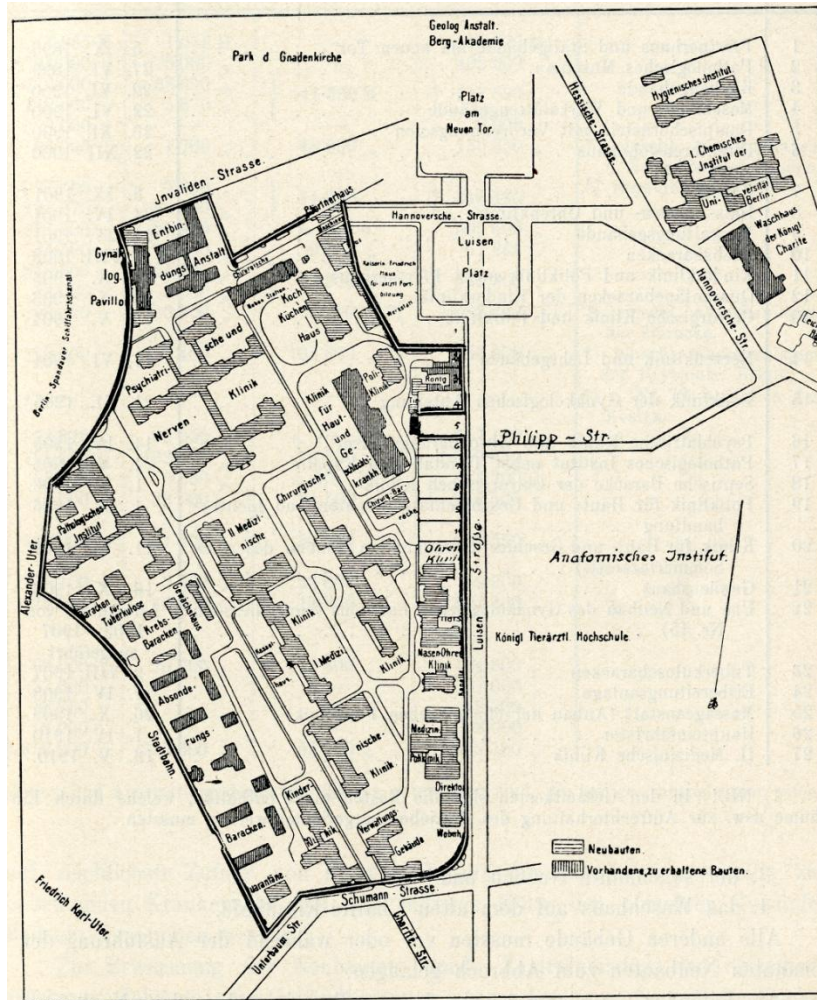


Abb. 16: Lageplan der Charité-Gebäude nach Abschluss der umfassenden Neugestaltung 1897-1916 (Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 247)

Während des 2. Weltkrieges wurden die Gebäude auf dem Charité-Gelände zu 65 % zerstört. Besonders hart traf es auch die Frauenklinik. Der geburtshilfliche und der gynäkologische Pavillon waren ausgebrannt, der nördliche Anbau schwer beschädigt. Bombeneinschläge in der unmittelbaren Umgebung verursachten weitere Schäden durch die Druckwellen. Aus diesem Grund musste die Patientenversorgung von anderen Kliniken mitgetragen werden (Wirth/Luther/Grosser 1983).

In den Nachkriegsjahren wurde das Gebäude der Frauenklinik von 1952-59 wieder aufgebaut, erweitert und zur universitären Geschwulstklinik umfunktioniert. Der Gebäudekomplex war nun in U-Form entlang der Invalidenstraße um das alte Pockenhaus herum errichtet (Hinz 1992 S. 171 f).

4.1.1 Das Pockenhaus

Das Pockenhaus war ein freistehender, zweistöckiger Längsbau im florentinischen Renaissance-Stil. Es wurde vom Hofbaumeister Ludwig Hesse (1795-1876) entworfen und 1836/37 für die Pockenkranken gebaut. Der Eingang befand sich in der Mitte im Souterrain. Die Bogenfenster ließen es wie ein Bethaus aussehen und wirkten auf den Betrachter



Abb. 17: Das sogenannte Pockenhaus (Institut für Geschichte der Medizin)

imposant, wie Wollheim in seiner Topographie 1844 schreibt [Abb. 17]. Der Umbau zur Gebäranstalt erfolgte 1854. Nach Abschluss der Umbauarbeiten konnte die Gebäranstalt 1856 dort ihren Betrieb aufnehmen (Wille 1927, Scheibe 1910 S. 68 ff, Wollheim 1844 S. 208 f).

Die Grundrisse beider Etagen wurden identisch angelegt, um eine alternierende Benutzung möglich zu machen [Abb. 18]. Die Größe der Zimmer wurde kleiner als bisher üblich gewählt. So glaubte man, das Puerperalfieber in den Griff zu bekommen. In jeder Etage gab es sechs Zimmer mit jeweils sechs Betten, außerdem einen Kreißsaal und zwei kleine Räume mit Toiletten. Die Zimmer waren untereinander durch Türen verbunden. Zusätzlich wurden Zimmer für Assistenzärzte und Schwestern eingerichtet. Der Souterrain beherbergte im Sommer Schwangere und im Winter Hebammenschülerinnen. Trotz der isolierten Lage und des eigenen Gebäudes gab es immer wieder Epidemien von Kindbettfieber, so dass die Gebäranstalt in den kommenden Jahren zeitweilig Unterkunft im Sommer-Lazarett fand (Issmer 1959/60 S. 164, Murken 1972).

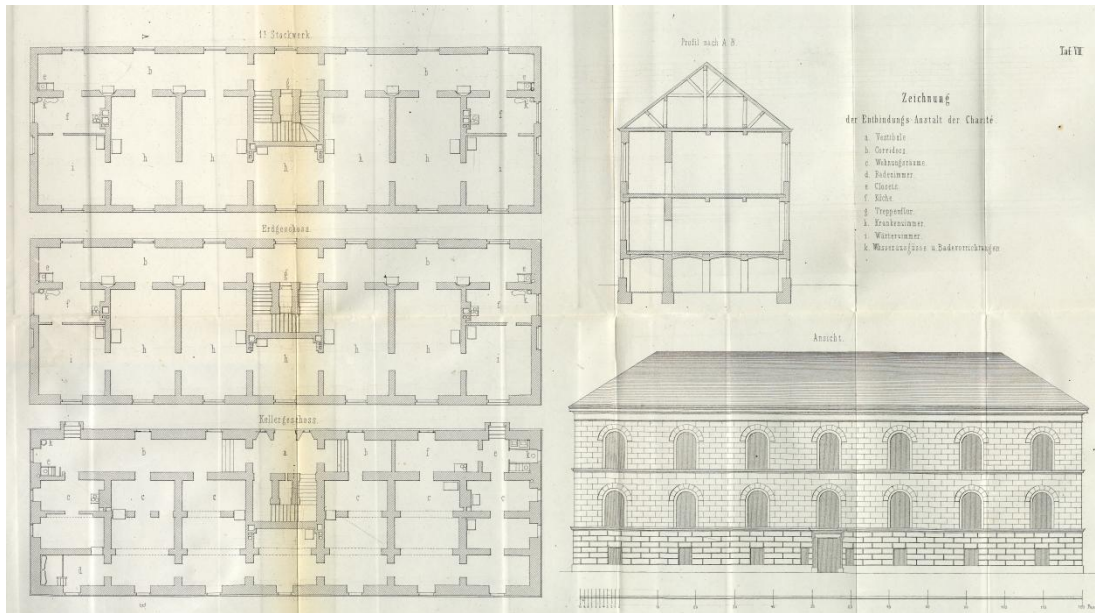


Abb. 18: Ansicht und Grundrisse des Pockenhauses (Esse 1857 Tafel VII)

1877 schreibt Mehlhausen, dass die Betten zu jeder Zeit komplett belegt waren. Die Desinfektion und Reinigung einer Etage waren deshalb nicht möglich, und die Mortalitätsrate war ungewöhnlich hoch. Infektiöse Schwangere konnten nicht isoliert entbinden, da man nur über einen Kreißsaal verfügte. Die räumliche Enge war fast unzumutbar und besonders nachts machte sich der beengte Raum durch die schlechte Luft deutlich bemerkbar: „...namentlich erwies sich der Entbindungssaal bei nicht selten gleichzeitiger Anwesenheit von 4 bis 5 Kreisenden als ganz unzulänglich. Bei dem Mangel an allen Nebenräumen, die von den Studirenden und Hebammenschülerinnen zum vorübergehenden Aufenthalt, als Warteräume hätten benutzt werden können, war das gesammte, an den Entbindungen beteiligte Personal andauernd auf den Aufenthalt im Kreißsaal angewiesen.“ (Mehlhausen 1892 S. 7). Auch der Umstand, dass kein Arzt in der Anstalt wohnte, um für sofortige Hilfe dazusein, wurde bemängelt (Mehlhausen 1877, Mehlhausen 1888 S. 4 f).

4.1.2 Der Neubau des geburtshilflichen Pavillons (sog. Evacuations-Pavillon) 1877

In der Krankenhausarchitektur definiert man einen Pavillon als ein „ein- bis dreigeschossiges massives Gebäude, welches einen oder zwei Krankensäle auf jeder Etage besitzt, die von beiden Längsseiten Tageslicht erhalten und ein Sockelgeschoß aufweist. Die Krankenbetten stehen mit dem Kopfteil in der Regel an der Außenwand.“ (Murken 1979 S. 229). Der eingeschossige Backsteinbau wurde parallel zum Pockenhaus gebaut. Er

bestand aus einem Mittelbau, der eine überdachte und seitlich verglaste Verbindung zur Entbindungsanstalt erhielt, sowie zwei Seitenbauten [Abb. 19]. Eine Verzierung aus bemalten Platten befand sich am obersten Mauerrand. Der Mittelbau war spiegelbildlich aufgebaut. In der Mitte befand sich der Entbindungssaal. An diesen schlossen sich links und rechts je ein Wärterinnenzimmer an. Im Eingangsbereich, der ein Vestibül mit verglastem Oberlicht hatte, gab es zwei Teeküchen, Sanitäreanlagen und Badezimmer sowie eine Kammer für Putzutensilien. In den beiden Seitenflügeln befanden sich zwei große Krankensäle für jeweils 14 Patientinnen. An den südwestlichen Flügel grenzte eine verglaste Halle, die von dem Saal durch Flügeltüren getrennt werden konnte und außerdem von außen begehbar war (Mehlhausen 1877, Boerner 1882 S. 218).

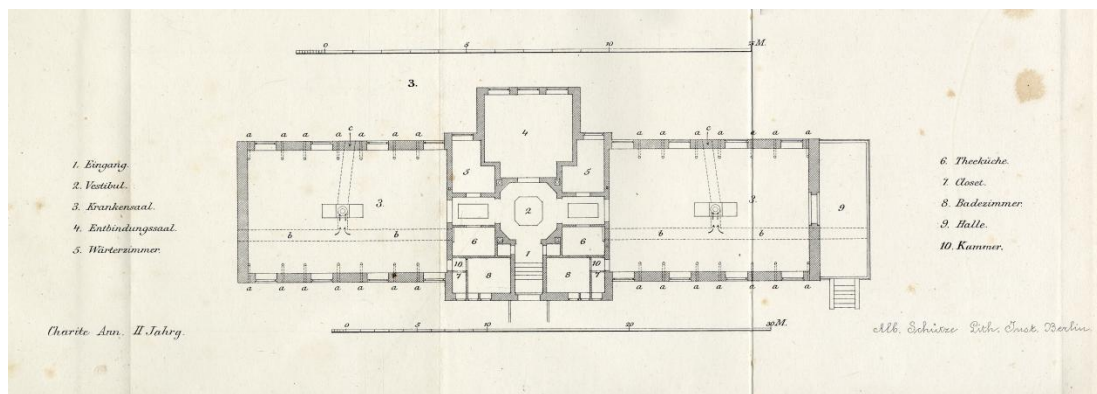


Abb. 19: Grundriss geburtshilflicher Pavillon (Mehlhausen 1877 Tafel IV)

Der Fußboden in den Patientensälen wurde mit geöltem und lackiertem Eichenstabparkett ausgelegt, um den Frauen Fußwärme zu geben. Die Wände wurden zur besseren Reinigung mit matt-gelblichgrauen Kacheln gefliest. Die Fußböden der übrigen Räume waren mit Mettlacher Fliesen belegt und die glatt verputzten Wände mit Ölfarbe bestrichen. Das Mobiliar, wie in der gesamten Charité, bestand aus eisernen Bettgestellen mit Schnürboden, Krankentischen mit Schieferplatten, Rohrsthühlen und hellpolierten Schränken für Inventar. In jedem Saal gab es zwei Waschtische mit Waschschüsseln, die fließend warmes und kaltes Wasser hatten. Geheizt wurde mit Kachelöfen (Mehlhausen 1877).

4.1.3 Die Erweiterung durch den Kreißaalflügel 1891

1891 wurde der Kreißaalflügel als ein zur Invalidenstraße gelegener Anbau fertiggestellt. Dieser hatte zwei Stockwerke. Im Erdgeschoss gab es ein Wartezimmer für Studierende und jeweils eine Wohnung für einen Assistenz- und Unterarzt. Die erste Etage umfasste einen großen und kleinen Kreißaal, ein Badezimmer sowie einen Aufenthaltsraum für die Hebammen mit Nebenräumen. Als Fußbodenbelag in den Kreißsälen und Fluren wurde Granitstrich verwendet (Mehlhausen 1892 S. 6 f).

In dem neuen Gebärsaal konnten sechs Schwangere niederkommen. In einem angrenzenden Durchgangszimmer, das als Untersuchungsraum für die aufzunehmenden Frauen genutzt wurde, konnte man bei Bedarf noch zwei zusätzliche Betten für Kreißende hinstellen. Trotz dieser baulichen Erweiterungen war in den folgenden Jahren eine Überbelegung an der Tagesordnung. Es kam häufig vor, dass Schwangere abgewiesen werden mussten. Aus Platzmangel wurden septische Kreißende zur Geburt in das Untersuchungszimmer der Wochenbettstation gelegt, in der auch gleichzeitig die Neuaufnahmen untersucht werden mussten (Hocheisen 1907, Pütter 1906).

Die Wochenbettstation umfasste gegen Ende des 19. Jahrhunderts 73 Betten. Auch hier herrschte Platzmangel, denn *„die Säle sind räumlich und hygienisch durchaus nicht den Ansprüchen der Neuzeit entsprechend und dauernd überfüllt.“* (Hocheisen 1907 S. 557). Die Betten in den Zimmern waren so eng gestellt, dass die Kinderbettchen kaum noch Platz hatten. Für Patientinnen mit Problemen im Wochenbett wurde eine Nebenabteilung auf der gynäkologischen Station eingerichtet. Die alte Bausubstanz machte sich auch bei den Sanitäreinrichtungen bemerkbar. Das Badezimmer im Hauptgebäude war eigentlich ein Durchgangszimmer und Spülraum (Hocheisen 1907, Pütter 1906).

4.1.4 Der Neubau der geburtshilflichen Klinik von 1924



Abb. 20: Neue geburtshilfliche Klinik mit Front zur Invalidenstraße (Wille 1927 S. 430)

Die Direktoren der Frauenklinik kämpften schon länger für einen Neubau. Karl Franz (1870-1926) konnte schließlich den Neubau trotz vorangegangem Weltkrieg und Inflation durchsetzen. Das dreistöckige Gebäude wurde 1924 direkt an der Invalidenstraße zwischen der Entbindungsanstalt und der Universitätszahnklinik erbaut [Abb. 20]. Die alte Entbindungsanstalt, das Pockenhaus, wurde umgenutzt. Der Westflügel der 1. Etage wurde u. a. als Studenteninternat und der Ostflügel als Personalwohnung genutzt. Die 2. Etage diente vorwiegend als gynäkologisch-septische Station. 1932 zog das wissenschaftliche Labor der Frauenklinik in die 1. Etage [vgl. Kapitel 4.2 S. 56] (Hinz 1992 S. 8). Der Abriss des Kreißsaalflügels erfolgte vermutlich um 1924 mit dem Baubeginn der geburtshilflichen Klinik.

Der Giebelrest ist heute noch an der Nordfront des Pockenhauses erkennbar. Auf dem Lageplan der Charité von 1924 ist er nicht mehr verzeichnet (Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 248).



Abb. 21: Der OP-Saal der Frauenklinik nach den Um- und Neubauten 1897-1916 (Institut für Geschichte der Medizin)

In der neuen Klinik gab es 74 Betten für Wöchnerinnen und Kreißende. Mit der gynäkologischen Klinik zusammen ergab das 143 Betten. Die Räumlichkeiten gestalteten sich wie folgt beschrieben:

„Im Sockelgeschoss befanden sich Wohnungen für Schwangere und die Zentralheizung, im Erdgeschoss die

Röntgenstation für Tiefentherapie und Diagnostik, einen kleinen Hörsaal, Aufenthaltsräume für Studierende und Verwaltungszimmer; im ersten Stockwerk den großen und kleinen Kreissaal, den aseptischen Operationssaal und die Aufnahme- und Vorbereitungsräume für die Kreißenden. Im zweiten und dritten Stockwerk liegt die Wochenbettstation, im obersten Stockwerk ein septischer Operationssaal. In allen Stockwerken sind Wohnräume für Ärzte, Schwestern und Hebammenschwestern.“ [Abb. 21] (Pütter 1928 S. 37).

4.1.5 Der Neubau des gynäkologischen Pavillons 1884

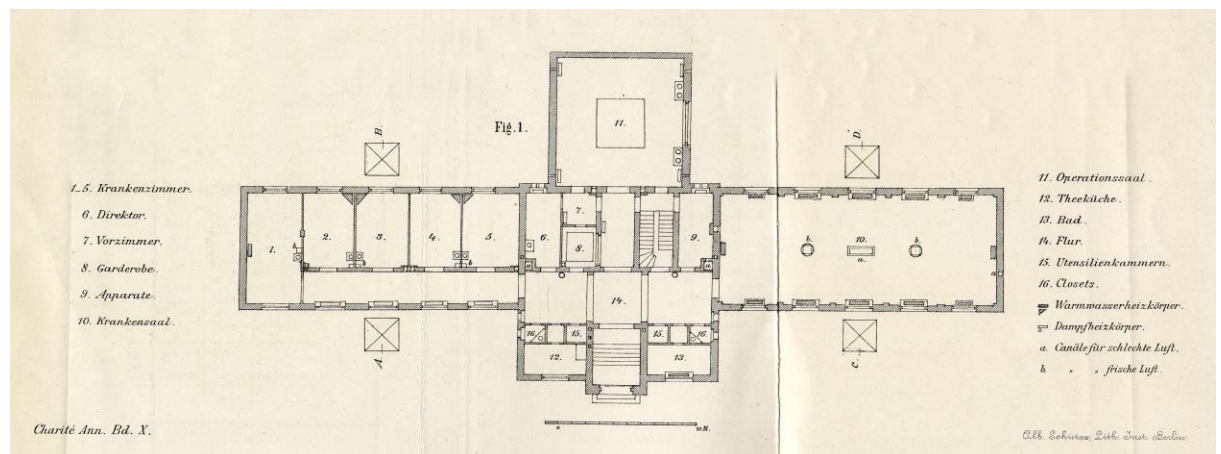


Abb. 22: Grundriss des gynäkologischen Pavillons (Mehlhausen 1885 Tafel I)

Die unter Eduard Arnold Martin (1809-1875) im Oktober 1858 eröffnete gynäkologische Abteilung mit 30 Betten in der Alten Charité befand sich im ersten Stockwerk im westlichen Flügel in den Räumen der chirurgischen Abteilung [vgl. Kapitel 4.2.3 S. 51 f]. Durch die wachsende Popularität des Fachgebiets der Gynäkologie erwiesen sich die Räumlichkeiten allerdings als zu klein. Von 1882 bis 1884 wurde daher der gynäkologische Pavillon an der Stelle des alten Waschhauses in unmittelbarer Nachbarschaft zur Entbindungsanstalt gebaut (Mehlhausen 1885).

Der Pavillon bestand aus einem Mittelbau, der zwei Stockwerke hoch war, und den beiden eingeschossigen, langgestreckten Seitenbauten [Abb. 22]. Die Verblendung der Außenmauern erfolgte mit Backsteinen. Das Drempegeschoss¹⁴ war geputzt und gestrichen.

Die Baufluchtlinie orientierte sich am Alexander-Ufer. Der Mittelbau hatte einen vorgelagerten Gebäudeteil, in dem sich das Auditorium befand, welches gleichzeitig als Operationssaal benutzt wurde [Abb. 23]. Im Mittelbau selbst befanden sich das Direktorenzimmer, eine Garderobe für Studenten, ein Geräteraum, Toiletten, eine Teeküche und ein Badezimmer. Im ersten Stock gab



Abb. 23: Hörsaal der Charité-Frauenklinik um 1905 (Institut für Geschichte der Medizin)

es eine Zweizimmer-Wohnung für den Assistenz-Arzt und drei Zimmer für Wärterinnen.

¹⁴ Das Drempegeschoss wird auch Kniestock genannt: „Der Teil der Außenmauern eines Gebäudes, der über die Decke des obersten Geschosses bzw. den Fußboden des Dachbodens hochgeführt ist.“ (Kleines Wörterbuch der Architektur 1998 S. 72).

Der linke Seitenbau hatte einen Flur, von dem vier Krankenzimmer mit zwei bzw. drei Betten abgingen. Der rechte Seitenbau umfasste ausschließlich einen großen Krankensaal für 17 Frauen. Hier war die Decke höher als in den übrigen Räumen. Insgesamt gab es Platz für 29 Patientinnen. Die Fußböden in den meisten Zimmern hatten Granitestrich, ansonsten Holzdielen. Wände und Decken waren verputzt und im Bad mit Ölfarbe bestrichen. Auditorium und Teeküche hatten nur ein Paneel in Ölfarbe. Die Arztzimmer waren tapeziert. Alle Fenster waren Doppelfenster und hatten eine Mechanik zum Öffnen der oberen Hälfte. In jedem Zimmer gab es Waschbecken mit Zu- und Abfluss-Vorrichtung. Das Bad hatte zwei Badewannen und Duschen mit warmem und kaltem Wasser. Geheizt wurde mit Rippenheizkörper, die vor den Fenstern angebracht waren (Mehlhausen 1885).

1905 bekamen die beiden Seitenbauten einen Anbau, da man dringend einen aseptischen Operationssaal benötigte. In dem südlichen Anbau befanden sich dann die Poliklinik, die bis dahin in der Luisenstraße war, eine Bibliothek und ein Hörsaal. Die septische Abteilung und ein Operationssaal wurden im nördlichen Anbau untergebracht. Der alte Hörsaal im Mittelbau wurde zu einem Laboratorium umfunktioniert. Zusätzlich wurde der Mittelteil 1906 für Wohnungen für Pflegepersonal aufgestockt (Pütter 1906-1914 S. 9, Pütter 1907, Issmer 1959/60 S. 175).



Abb. 24: Der überdachte Gang zwischen der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik (Institut für Geschichte der Medizin)

Zwei Jahre später wurde zwischen der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik ein überdachter Gang in Höhe des ersten Stockwerks gebaut [Abb. 24], in der sich auch der Operationssaal befand, damit die zu operierenden Wöchnerinnen nicht die Treppen hinauf- und hinuntergetragen werden mussten (Pütter 1908).

Nach den Um- und Ausbauten war die Bettenkapazität stark erhöht. Auf der gynäkologischen Station war Platz für 60 Patientinnen. Die Gebäranstalt hatte Betten für 57 Wöchnerinnen, 20 Schwangere und 52 Säuglinge (Seebacher 1990 S. 26).

4.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Im fortschreitenden Jahrhundert wuchsen die Charité und die Einrichtungen der medizinischen Fakultät weiter zusammen. Die seit 1858 an der Charité bestehende gynäkologische Klinik wurde von dem Direktor der geburtshilflichen Klinik der Universität bis 1882 geleitet. Aufgrund der demographischen Entwicklung in Berlin mit stetig steigenden Bevölkerungszahlen und der sich daraus ergebenden notwendigen medizinischen Betreuung, beschloss die Berliner Universität, einen zweiten Lehrstuhl, neben dem in der 1882 fertiggestellten Frauenklinik in der Artilleriestraße, für Geburtshilfe und Gynäkologie mit dem Ziel einzurichten, alles unter eine Leitung zu stellen. Der zweite Lehrstuhlinhaber war für die gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung auf dem Charité-Gelände sowie für die Hebammenschule zuständig. Seitdem wurde die Frauenklinik in der Charité II. und die in der Artilleriestraße I. Universitäre Frauenklinik genannt (Ebert/Pritze/Ulrich 1994).

Eine Neuheit an einer deutschen Frauenklinik war die Einrichtung eines wissenschaftlichen Labors 1866 für chemische und mikroskopische Untersuchungen an der Charité durch Eduard Martin (1809-1875). Bis 1905 war das Labor räumlich provisorisch untergebracht, bis es dann in den Südflügel der gynäkologischen Klinik in das Dachgeschoss einzog. Im Jahr 1932 zog das Labor in die alte Entbindungsanstalt (Pockenhaus) um, in dem dann 1951 durch Walter Hohlweg (1902-1992) das „Institut für Experimentelle Endokrinologie“ gegründet wurde. In dem Labor wirkten bekannte Persönlichkeiten wie Carl Ruge (1846-1926), Robert Meyer (1864-1947), Selmar Aschheim (1878-1965) und Bernhard Zondek (1891-1966). Heute ist das Pockenhaus das älteste erhaltene Gebäude auf dem Charité-Gelände und beherbergt immer noch das Endokrinologische Institut [vgl. Kapitel 9.2.2 S. 133] (Winter 1958, Ebert/David 1994b, Rohde/Hinz 2010).

Die Hebammenschule wurde 1917 aufgelöst. Ihre Funktion wurde 1918 von der neugegründeten „Provinzial-Hebammenlehranstalt“ in Neukölln übernommen. Eine Ausbildung von Hebammenschülerinnen fand und findet jedoch weiterhin in der Charité statt (Issmer 1959/60 S. 180, Wille 1927, Wolff/Wolff 1987).

Nach dem 2. Weltkrieg (1939-1945) wurde die Charité-Frauenklinik am 31.8.1951 aufgelöst und 1952 mit der Universitäts-Frauenklinik in der Tucholskystraße, der früheren Artilleriestraße, zusammengelegt. Bis zum Sommer 1968 bestand auf dem Charité-Gelände noch eine zweite Frauen-Poliklinik im südlichen Teil der ehemaligen gynäkologischen Klinik, die zur Frauenklinik in der Tucholskystraße gehörte. Sie bezog dann einen Flachbau in der Monbijoustraße (Hinz 1992 S. 176).

4.2.1 Die Direktoren

Julius Viktor Schöller (1811-1883) übernahm nach dem Tod von Joseph Herrmann Schmidt (1804-1852) 1852 das Direktorat der Frauenklinik an der Charité und eine Stelle als Professor bei der Pépinière [Tab. 3]. Ab 1871 leitete er auch die Hebammenschule. Schöller hatte bereits seit Abschluss seines Studiums ab 1836, mit Unterbrechungen bis 1841, als Assistenzarzt bei Heinrich Wilhelm Busch (1788-1858) an der Universitäts-Frauenklinik in Berlin gearbeitet. Danach habilitierte er als Privatdozent an der Universität (Schneck 1995 S. 191, Wille 1927 S. 425, Fasbender 1964 S. 263).

Schöller selbst sowie die Stabs- und Unterärzte wohnten in der Klinik, um immer direkt vor Ort zu sein. Für die Versorgung der Patientinnen waren zwei Hebammen angestellt, die von einer unbezahlten Gehilfin sowie sechs Wärterinnen unterstützt wurden. Nach Einrichtung einer gynäkologischen Station 1858 [vgl. Kapitel 4.2.3 S. 61 f] war der Stabsarzt der geburtshilflichen Klinik auch gleichzeitig für die gynäkologische Station verantwortlich, auf der ein Subchirurg arbeitete (Mehlhausen 1885, Rigler 1873 S. 87, ebd. S. 112 f).

Adolf Gusserow (1836-1906) wurde als Nachfolger von Schöller 1878 berufen [Abb. 25]. Vor Amtsantritt stellte er klar, dass er seinen Schwerpunkt auf die Geburtshilfe legen werde, die Gynäkologie aber nicht vernachlässigt werden dürfe, denn sie hat sich *„in den letzten Decenien mit uns aus der Geburtshilfe in einer Weise entwickelt, dass ein wissenschaftlich gebildeter Geburtshelfer ohne gynäkologische Kenntnisse und umgekehrt ein Gynäkologe ohne geburtshilfliche Erfahrungen nicht mehr denkbar erscheint.“* (Ebert/Pritze 1994 S. 54). Gusserow erhielt 1882 die zweite Professur für Geburtshilfe und Gynäkologie der Universität. 1881 eröffnete er eine geburtshilfliche und 1882 eine gynäkologische Poliklinik. Seine Ausbildung zum Geburtshelfer erhielt Gusserow bei Eduard Arnold Martin (1809-1875) an der Berliner Universitäts-Frauenklinik (Ebert/Pritze 1994 S. 59, Issmer 1959/69 S. 173).



Abb. 25: Adolf Gusserow (Issmer 1959 S. 173)

Unter Gusserow hatte sich mittlerweile auch die Anzahl des Personals erhöht. Es waren fünf Hebammen angestellt, von denen zwei tagsüber und eine nachts im Kreißsaal Dienst hatten. Die Oberhebamme war für den Operationssaal verantwortlich, d.h. sie musste die Instrumente sterilisieren und das Materiallager auffüllen. Zusätzlich musste sie noch die Hebammenschülerinnen unterrichten. Eine Krankenschwester hatte für 15 Wöchnerinnen mit ihren Kindern zu sorgen. Gusserow hatte zwei Assistenzärzte angestellt, von denen einer

militärisch und der andere zivil war. Diese wechselten sich alle vier Wochen zwischen Kreißsaal und Wöchnerinnenstation ab. Unterstützt wurden sie von fünf Unterärzten, von denen vier im Kreißsaal und einer auf der Wochenbettstation tätig waren. Tagsüber waren immer zwei von ihnen im Kreißsaal und nachts hatte einer Rufbereitschaft (Hocheisen 1907).

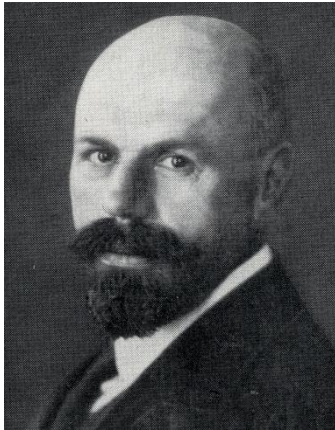


Abb. 26: Karl Franz (Issmer 1959 S. 178)

Nach Gusserows Ableben übernahm Ernst Bumm (1858-1925) für sechs Jahre die Leitung, danach wechselte er in die Universitäts-Frauenklinik in der Artilleriestraße und wurde dort Direktor bis 1924 [vgl. Kapitel 9.2.1 S. 131]. Karl Franz (1870-1926) übernahm 1910 das Direktorat von Bumm, deren berufliche Wege sich mehrfach gekreuzt hatten [Abb. 26]. Bereits 1904 arbeitete er als Assistenzarzt unter Bumm in der Charité-Frauenklinik. Zwischenzeitlich war er Professor in Jena und Kiel. Obwohl er als Lehrender „*knapp, klar, ohne Ausschmückungen, oft derb und drastisch*“ (Stoeckel 1926 S. 2804) sprach und lehrte, war er dennoch bei seinen Studenten beliebt. Diese hatten ein etwas anderes Bild von ihm. Sie beschrieben ihn auf der Trauerfeier als einen Lehrer, der Vorträge mit Humor hielt, immer ein offenes Ohr für seine Studenten hatte und nannten ihn „Studentenvater“. In dem Neubau, den er nach dem 1. Weltkrieg durchsetzte, richtete er für seine Studenten einen Aufenthaltsraum ein (Issmer 1959/60, Wagner 1926, Stoeckel 1926, Pritze/Ebert 1994a).

Nachdem kurzzeitig Erich Bracht (1882-1969) die Leitung kommissarisch für zwei Jahre nach Gusserows Tod übernommen hatte, wurde 1928 Georg August Wagner (1873-1947) nach Berlin als Direktor der Charité-Frauenklinik berufen, wo er bis zu seiner Emeritierung 1945 arbeitete [Abb. 27]. Wagner schrieb selber über sich, dass er aus seinem Aufgabenbereich die Lehre am liebsten mochte. Für ihn war die Umsetzung der Theorie in die Praxis sehr wichtig und so förderte er die frühzeitige Mitarbeit der Studenten in der Poliklinik (Issmer 1959/69, Ulrich/Ebert 1994).



Abb. 27: Georg August Wagner (Issmer 1959 S. 180)

Leitung Gebäranstalt der Charité	Leitung Gynäkologie der Charité	Leitung Hebammenschule der Charité bis zur Auflösung 1917
		1852-56 Karl Sigmund Franz Credé (1819-1892)
		1856-71 Moritz Nagel (1808-1871)
	1858-75 Eduard Arnold Martin (1809-1875)	
1852-77 Julius Viktor Schöller (1811-1883) ab 1872 Vertretung durch Samuel Kristeller (1820-1900), später Heinrich Fasbender (1843-1914)		1871-77 Schöller ab 72 Vertretung durch Gottwald , später durch Fasbender
1876-82 Carl Schröder (1838-1887)	1876-82 Carl Schröder (1838-1887)	1876-82 Carl Schröder (1838-1887)
1878-1904 Adolf Gusserow (1836-1906)	1878-1904 Adolf Gusserow (1836-1906)	1878-1904 Adolf Gusserow (1836-1906)
1904-1910 Ernst Bumm (1858-1925)	1904-1910 Ernst Bumm (1858-1925)	1904-1917 Richard Heinrich Freund (1878-1943)
1910- 1926 Karl Franz (1870-1926)	1910- 1926 Karl Franz (1870-1926)	1904-1917 Erich Bracht (1882-1969)
1926-28 kommissar. Erich Bracht (1882-1969)		
1928-1945 Georg August Wagner (1873-1947)		
1945-47 Carl Kaufmann (1900-1980)		
1947-51 komm. Friedrich Schopohl (1907/1986-)		

Tab. 3: Direktoren der Gebäranstalt, der Hebammenanstalt und Leiter der gynäkologischen Abteilung in der Charité (Wille 1927, Issmer 1959/69, Ebert 2010)

4.2.2 Der Unterricht

Unter Schöller erfolgte der Unterricht für die angehenden Militärärzte von April bis September. Er bot Vorlesungen in Geburtshilfe und einen geburtshilflichen Operationskurs bis zu seinem Ruhestand 1878 an, wobei er sich die letzten zwei Jahre von Heinrich Fasbender (1843-1914) vertreten ließ. Im Winter wurden die Hebammen von Moritz Nagel

(1808-1871) unterrichtet. Auf der gynäkologischen Station, die von der universitären Frauenklinik geleitet wurde, fand der Unterricht für die Studenten ab 1858 dreimal die Woche montags, mittwochs und freitags von 10-11 Uhr statt (Mehlhausen 1885, Rigler 1873 S. 112 f, Schneck 1995 S. 191). Auch ärztliche Kollegen waren gern gesehene Gäste in den Morgenstunden. „Zu einer eingehenderen Besichtigung sämtlicher Einrichtungen der Anstalt bedarf es der Erlaubnis der Direktion, doch wird eine solche stets auf das Bereitwilligste erteilt.“ (Rigler 1873 S. 88).

Bei Gusserow fanden die Untersuchungskurse in der Geburtshilfe, die sogenannten Touchirübungen, für Studenten zweimal in der Woche statt. Dafür mussten sich die Hausschwangeren zur Verfügung stellen. Dies waren schwangere Frauen, die längere Zeit vor dem Entbindungstermin aufgenommen wurden. Da deren Anzahl aber oft nicht ausreichte, wurden die kurz vor der Entbindung stehenden Schwangeren zusätzlich für den Unterricht genommen. Im Kreißaal wechselten sich die Studenten mit den Hebammenschülerinnen ab. Fünf Studenten hatten von acht Uhr morgens bis acht Uhr abends Dienst. Nachts waren die Hebammenschülerinnen im Kreißaal. Sie halfen zusätzlich auf der Wochenbettstation aus. Jedem Studenten wurde eine Kreißende zugeordnet, die er während seiner Anwesenheit betreute. Unter Aufsicht des Arztes konnten die Studenten auch alle anderen unter der Geburt stehenden Frauen nach Wunsch untersuchen. Aufgrund der

hohen Studentenzahlen und der Ausbildung der Hebammenschülerinnen war die Frequenz der Untersuchungen pro Schwangere gewiss nicht unerheblich. Um Krankheitsübertragungen zu reduzieren, wurden die Schwangeren mit eitrigem Ausfluss, Geschwüren und Syphilis vom Unterricht



Abb. 28: Sterilisationsraum der Frauenklinik um 1908 (Institut für Geschichte der Medizin)

ausgeschlossen. Vor jeder Untersuchung und Operation war es Pflicht, dass der Untersucher seine Hände und die Patientin desinfizierte: „Dann wird die ganze Unterbauchgegend und Genitalien mit Sublimatlösung¹⁵ desinfiziert und die Scheide mit Sublimat ausgespült, wobei

¹⁵ Sublimat ist chemisch ein Quecksilberchlorid, welches man im 19. Jahrhundert zur Desinfektion und als Ätzmittel benutzt hat (Pschyrembel 1998 S. 1524 f).

die Hebamme mit zwei in die Scheide eingeführten Fingern die Scheidenwände gleichzeitig mechanisch abreibt.“ (Hocheisen 1907 S. 559). Zusätzlich zu diesen Maßnahmen waren alle Materialien, die mit den Genitalien und Brustwarzen in Berührung kamen, steril. Die Ärzte und Hebammen benutzten zur Untersuchung Handschuhe, die mehrfach verwendet wurden, meistens jedoch nur bei Patientinnen mit ansteckenden Erkrankungen. Nach jeder Benutzung wurden diese sterilisiert [Abb. 28]. Doch auch hier waren die Kosten wichtiger als die Hygiene. Studenten und Hebammenschülerinnen durften keine Handschuhe tragen. Für die Händedesinfektion galt ein strenger Reinigungsablauf (Hocheisen 1907). Noch im Jahr 1874 konnte man in den Charité-Annalen lesen: *„Ein direct nachweisbarer ungünstiger Einfluss durch Touchirübungen bei Schwangeren seitens der Studirenden und Hebammenschülerinnen wurde nicht beobachtet. Waschungen der Hände mit Carbolsäurelösung¹⁶ vor und nach jeder Untersuchung wurden zur Pflicht gemacht.“* (Beinlich 1874 S. 652).

4.2.3 Die Anfänge der Gynäkologie in der Charité

Die Gynäkologie erkämpfte sich mit dem Einsatz von Karl Sigmund Credé (1819-1982), Moritz Nagel (1808-1871) und vor allem Eduard Arnold Martin (1809-1875) ihre Eigenständigkeit und fand diese mit dem Einzug in ein eigenes Gebäude im Jahr 1884. Doch bis dahin galt es einige Hindernisse zu überwinden. Kranke Frauen wurden bisher entweder in der Abteilung für innerlich oder äußerlich kranke Frauen als chirurgische Fälle behandelt. Credé war der Ansicht, dass die Geburtshilfe und die Frauenkrankheiten in einer Hand liegen sollten. So bekam er auf Antrag beim Ministerium einige Zimmer auf der inneren Abteilung im zweiten Stockwerk der Alten Charité zugewiesen, deren Leiter Heinrich Quincke (1842-1922) war. Credé war nur der behandelnde Arzt, konnte also nicht bestimmen, welche Frauen aufgenommen wurden. Ihm wurden meist nur Frauen mit fortgeschrittenen Krebsleiden an den Sexualorganen zugewiesen. Die Gründe, vermutete Mehlhausen, lagen zum einem darin, *„dass dem Vertreter der neuen Spezialität, der alte Rechte der anderen Aerzte zu schmälern drohte, mit nicht besonderem Wohlwollen Seitens dieser begegnet wurde“*, zum anderen, *„dass die Ansichten, welche Krankheitsfälle aus dem grossen Gebiete der innerlichen Krankheiten auszuscheiden und den Frauenkrankheiten, im engeren Sinne, zuzuzählen seien, sich noch nicht geklärt hatten“* (Mehlhausen 1885 S. 119). Auch unter Moritz Nagel (1808-1871), der die Leitung der Hebammenschule und der neuen Abteilung für Frauenkrankheiten 1856 von Credé übernahm, änderte sich die Situation in keiner Weise.

¹⁶ Carbolsäure ist ein Synonym für Phenol, welches eine hohe Toxizität hat und heute nicht mehr als Desinfektionsmittel eingesetzt wird (Pschyrembel 1988 S. 1235).

Genau wie Credé hatte dieser eine Assistentenstelle bei Busch, war dann einige Jahre Privatassistent von Johann Christian Jüngken (1793-1875), dem Direktor der chirurgischen Klinik und der Augenklinik der Charité, und erhielt 1855 eine Stelle als Bezirks-Physicus. Die Leitung der Hebammenschule führte er bis zu seinem Tod 1871 weiter.

Erst mit der Berufung Eduard Arnold Martins (1809-1875) zum Professor für Geburtshilfe 1858 an die Universität wurde offiziell eine gynäkologische Klinik an der Charité „zur Vervollständigung des practischen Unterrichts in die Behandlung der, den weiblichen Geschlechtsorganen eigenthümlichen Krankheiten“ eingerichtet (Mehlhausen 1885 S. 12). Die Räumlichkeiten wurden in der chirurgischen Abteilung im ersten Stockwerk der Alten Charité im Westflügel untergebracht [Abb. 29]. An die Krankenzimmer schloss sich zu Unterrichtszwecken ein Auditorium an. Anfänglich hatte die Station 20 Betten, später lagen dann im Durchschnitt 30 Patientinnen auf der Station.

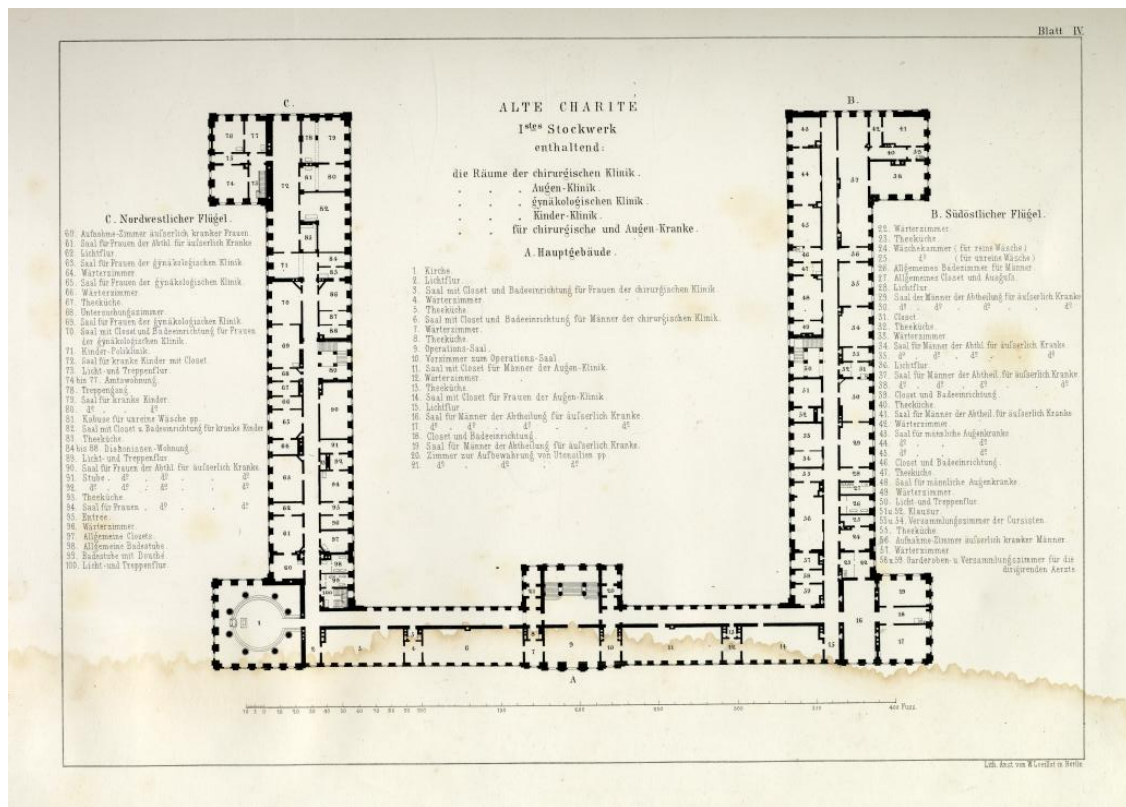


Abb. 29: Grundriss der Alten Charité, 1. Stockwerk mit gynäkologischer Abteilung (Grundrisse 1865 Blatt IV)

Das Fachgebiet der Gynäkologie entwickelte sich immer mehr zu einem eigenständigen operativen Fach. Doch bisher wurde an der Charité nur in der Chirurgie operiert, und auch nur hier gab es chirurgische Instrumente. Der Streit um diese und um die Operationsgebiete entbrannte zwischen Martin und Johann Christian Jüngken (1793-1875), dem Direktor der chirurgischen Klinik. Das Kompetenzgerangel musste schließlich der Minister beenden. Er entschied, dass Martin nur an den Sexualorganen operieren dürfe und Operationen an den

Brüsten müssten abwechselnd vorgenommen werden. Diese Streitigkeiten endeten erst mit der Emeritierung Jüngkens im Jahr 1868. Noch im Jahr 1873 war es üblich, dass alle „innerlich kranken Weiber“ in die medizinische Klinik überwiesen wurden. Die gynäkologische Abteilung hatte nur an einem Tag in der Woche das Vorrecht, Kranke aufzunehmen (Rigler 1873 S. 88, Ebert/David 1994b S. 29 ff, Scheibe 1910 S. 107 ff).

4.3 Die Patientinnen

An der Struktur der Patientinnen im Vergleich zum 18. Jahrhundert hatte sich nicht wesentlich etwas geändert. Die Auswertung der Statistiken der Charité-Annalen ergab, dass die Patientinnen im 19. Jahrhundert und bis in das 20. Jahrhundert hinein zum größten Teil unverheiratet waren. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts waren es nahezu 90 %, Anfang des 20. Jahrhunderts 80 %. Die Schwangeren waren meist Dienstmädchen und Handarbeiterinnen der untersten sozialen Schichten. Der kleine Anteil der Verheirateten oder Verwitweten waren Frauen von Arbeitern und armen Handwerkern, „vereinzelt auch Schauspielerinnen, Sängerinnen, Erzieherinnen“, die sich eine Entbindung zu Hause nicht leisten konnten. Gut 30 % der Patientinnen waren zwischen 16 und 20 Jahre alt und 44 % zwischen 21 und 25 Jahre, d.h. dass 75 % der Patientinnen unter 26 Jahre waren. Der Trend wandelte sich jedoch im Verlauf des 20. Jahrhunderts, so dass bereits kurz vor dem 2. Weltkrieg 67,5 % aller Geburten in der Frauenklinik stattfanden [vgl. Kapitel 8.3.1 S. 110 f] (Charité-Annalen 1850-1869, Charité-Annalen 1874-1913).

4.3.1 Die Aufnahme in die Charité

Allgemein fand die Aufnahme in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in die Charité statt, wenn die Kranken ein ärztliches Attest hatten, von der städtischen Armenverwaltung zugewiesen wurden oder auf polizeiliche Anordnung. Auch war eine Behandlung möglich, wenn sich die Kranken selber meldeten. Sie sollten aber ein ärztliches Attest vorweisen und mussten die Verpflegung für einen Monat im Voraus bezahlen. Für Notfälle galt, dass „*Verunglückte und solche Kranke, deren Zurückweisung ohne Gefahr nicht thunlich erscheint, [...] in der Charité jederzeit sofortige Aufnahme*“ fanden (Rigler 1873 S. 78).

In der Charité mussten sich alle Patienten im Aufnahmebüro melden. Von dort schickte sie ein „Bureau-Beamter“ in die entsprechende Abteilung. Kranke Schwangere wurden von den entsprechenden Abteilungen aufgenommen und von dort zur Geburt auf die Entbindungsstation geschickt (Pohl 1864, Rigler 1873 S. 87 f).

Generell wurden in der Gebäranstalt nur Schwangere ab dem 10. Monat aufgenommen. Falls aber eine Früh- oder Fehlgeburt drohte, so bekamen auch diese Frauen ein Bett zugewiesen. Für ein Abweisen von Schwangeren wurde von Mehlhausen folgende Begründung gegeben: *„Zieht man in Erwägung, dass die Räume der Entbindungsanstalt seit dem Jahre 1876 keine Erweiterung mehr erfahren haben, so geben die in dem Spezialbericht näher dargelegten günstigen Resultate, die trotz des sehr erheblichen Anwachsens der Zahl der Entbindungen erzielt worden sind, ein beredtes Zeugnis für die Wachsamkeit der behandelnden Aerzte, sowie für die Salubrität des Hauses. Einer weiteren Steigerung der Zahl der Entbindungen wird allerdings durch zeitweises Abweisen von Aufnahme suchenden Schwangeren entgegengearbeitet werden müssen, falls ernstliche Gefahren von der Anstalt ferngehalten werden sollen.“* (Mehlhausen 1888 S. 4 f).

Auch Anfang des 20. Jahrhunderts mussten sich die Frauen in der allgemeinen Charité-Aufnahme melden, von wo sie ohne Untersuchung in die Gebäranstalt geschickt wurden. Nach einem Bad, Einkleidung in Anstaltskleidung und Desinfektion untersuchte sie die diensthabende Hebamme. Falls die Geburt kurz bevor stand, kamen sie sofort in den Kreißaal. Patientinnen im ersten bis vierten Monat wurden auf die gynäkologische Station, ab dem fünften Monat auf die Gebärabteilung gelegt, immer vorausgesetzt, dass es Platz gab. Wenn sich die Frauen dem Unterricht zur Verfügung stellten, erhielten sie als Gegenleistung unentgeltliche Verpflegung im Wochenbett bzw. während der Krankheit (Bumm 1904, Hocheisen 1907).

Allerdings konnten auch jetzt nicht alle Schwangeren aufgenommen und versorgt werden. Wegen der chronischen Überbelegung der Charité, die auch besonders in der Gebäranstalt an der Tagesordnung war und täglich Probleme mit sich brachte, mussten Schwangere aus Platzmangel abgewiesen werden: *„die Zahl der abgewiesenen Frauen ist ganz bedeutend“* (Hocheisen 1907 S. 559). Pütter drückte darüber in seinem Verwaltungsbericht Bedauern aus: *„Auch die Entbindungsanstalt ist dauern überfüllt. [...] Trotz alledem wurde wiederholt notwendig, die Aufnahme von Schwangeren für kurze Zeit (24 Stunden) ganz auszusetzen. Die Notwendigkeit Schwangere, sogar Gebärende [!], abzuweisen, wurde stets besonders schwer empfunden, zumal die Entbindungsanstalt der Charité und die Königl. Frauenklinik in der Artilleriestrasse die einzigen derartigen Institute in Berlin sind.“* (Pütter 1906 S. 20). Der Zustand der Frauen war oft erschreckend. Sie kamen meist *„zu Fuss in Strassenkleidern und im Strassenschmutz [...], nicht selten ist bei der Aufnahme der Kopf schon sichtbar oder erfolgt die Geburt im Charitégarten oder im Treppenhaus“*. Teilweise boten sie ein *„entsetzliches Bild der Verwahrlosung“* (Hocheisen 1907 S. 558 f).

4.3.2 Die Geburt und das Wochenbett

Aufgrund der beengten räumlichen Verhältnisse war es für die Gebärenden sicherlich keine angenehme Erfahrung, in der Charité zu entbinden. Geburtshilfliche Operationen wurden vor allen Beteiligten ausgeführt. Doch manchmal wurden Bedenken aufgrund dieser beengten Situation geäußert: „*es auch als eine durchaus berechtigte Forderung der Humanität [schien A. d. A.], dass Kreissende, an denen grössere Operationen vorgenommen werden müssen, von andern getrennt werden*“ (Mehlhausen 1892 S. 7). Privatsphäre war ein Fremdwort, denn neben bis zu sechs Kreißenden befand sich noch einmal mindestens die doppelte Anzahl an Personal, bestehend aus Hebammen, Schülerinnen, Schwestern, Studenten und Ärzten, in einem Raum. Es gab auch Befürchtungen, dass das Personal nicht mehr richtig kontrolliert werden konnte, so dass Keime von infizierten Schwangeren auf Gesunde übertragen werden könnten.

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts wurde das Wochenbett noch strikt eingehalten. Erstgebärende mussten das Bett acht und Mehrgebärende sieben Tage hüten. Aufgrund der Bettenknappheit konnte dies jedoch nicht immer eingehalten werden: „*Der Einfluss des Frühaufstehens auf das Auftreten von Fieber im Wochenbett lässt dies als ein zu bedauerndes, aber leider nicht zu umgehendes Vorgehen erscheinen, das allerdings den Wünschen der Mütter meist entspricht. Nach unseren Erfahrungen ist das von anderer Seite wieder gepriesene Aufstehen am 2. oder 3. Tag verwerflich.*“ (Hocheisen 1907 S. 561). Wenn alles gut verlief, wurden die Frauen zwei Stunden nach der Geburt, bei operativen und Zwillingsgeburten nach sechs Stunden auf die Wochenbettstation verlegt. Bei Zwischenfällen blieb die Patientin so lange im Kreißaal, bis ihr Zustand stabil war. Wert wurde darauf gelegt, dass die Mütter ihre Kinder stillten. Dies stieß aber häufig auf Widerstand, denn „*...hierbei müssen häufig die grössten Schwierigkeiten bei den Müttern und Angehörigen durch mildes oder strenges Zureden beseitigt werden. Trotz aller Säuglingsfürsorge und Mütterbelehrung wird zweifellos der Säugling nach Entlassung aus der Anstalt, sei es nun aus Unlust der Mutter oder sozialen Gründen die Mutterbrust nie mehr gereicht bekommen.*“ (Hocheisen 1907 S. 560 f).

5. Zur Gesundheitspolitik, Entwicklung der Gebäranstalten, des Frauenarztes sowie der rechtlichen Stellung der Frau im 19. Jahrhundert

In diesem Kapitel skizziere ich kurz die historischen Entwicklungen, die zum Verständnis der weiteren Entwicklung der Universitäts-Frauenklinik beitragen. Wie auch im ersten Kapitel werde ich auf die bauliche Entwicklung des Krankenhauses im Allgemeinen und der Gebäranstalten im Speziellen, auf den beruflichen Werdegang des Arztes als Geburtshelfer, der im 19. Jahrhundert zum Frauenarzt wurde, sowie auf die Frau als Patientin im Krankenhaus und auf ihre rechtliche Situation eingehen.

5.1 Das Gesundheitswesen des deutschen Staates und die bauliche Entwicklung der Krankenhäuser und Entbindungsanstalten

Im 19. Jahrhundert wurden neue Wege in der Gesundheitspolitik beschritten. Diese Neuerungen spiegelten sich natürlich auch in der baulichen Weiterentwicklung des Krankenhauses und der Entbindungsanstalten wider.

5.1.1 Die Einführung der Sozialgesetzgebung

Durch die rasch fortschreitende Industrialisierung wurden die sozialen Probleme, ausgelöst durch die Landflucht und der daraus resultierenden katastrophalen hygienischen Bedingungen in den Städten, verschärft. Die ursprünglichen Familienstrukturen waren durch die Abwanderung junger Arbeitskräfte in die Städte zerrissen. Bei Krankheit und Unfall standen die schlecht bezahlten Arbeiter alleine ohne familiäre und finanzielle Unterstützung da. Um ihre Rechte durchsetzen zu können, schlossen sie sich in Vereinen zusammen und gründeten eigene Gewerkschaftskassen, die im Krankheitsfall mit Lohnfortzahlung und ärztlichen Behandlungskosten einsprangen. Um diese „wildes Kassen“ einzudämmen, wurden 1845, 1849 und 1854 Gesetzgebungen erlassen, die Gesellen, Gehilfen und Arbeiter Kassen zuordneten und schließlich die Gemeinden ermächtigten, eigene Ortskassen zu gründen. Da diese Erlasse aber keine großen Erfolge aufwiesen, führte Otto von Bismarck (1815-1898) die Sozialgesetzgebung in den 1880er Jahren ein, um die Selbstbestimmung der Arbeiter zu kontrollieren. Dies war ein Schachzug, um die innenpolitische Stabilität in

Deutschland zu erhalten. Die erstarkende Arbeiterklasse sollte von einer wohlwollenden Monarchie überzeugt und der Einfluss der Sozialdemokraten geschwächt werden. 1883 wurden die gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiter, 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Rentenversicherung eingeführt (Frevel/Dietz 2004 S. 22 ff).

Die gesetzliche Krankenversicherung von 1883 war Pflicht für Lohnarbeiter, deren Jahreseinkommen unter 2000 Mark lag. Dies galt auch für die Frauen, die als Arbeiterinnen in den Fabriken beschäftigt waren. Allerdings machten sie von den erwerbstätigen Frauen nur einen Bruchteil aus, denn der Großteil arbeitete in Bereichen wie Heimarbeit, als Dienstmägde und in anderen niedrigen Stellungen. In den kommenden Jahren wurde die Versicherungspflicht auf andere abhängig Beschäftigte ausgedehnt, so dass die Mitgliedszahlen von 10 % 1885 auf 34 % im Jahr 1929 anstiegen (Hausen 1997, Lindner 2003).

Die Pflichtleistungen umfassten die unentgeltliche ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arzneien und Hilfsmitteln sowie den Lohnausgleich von 50 % im Krankheitsfall. Das primäre Ziel bestand darin, dass die Arbeiterfamilien davor bewahrt werden sollten, der städtischen Armenkasse zur Last zu fallen. Krankenhausaufenthalte waren „Kann-Leistungen“. Es kam oft zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Armenkassen über die Bezahlung der Krankenhauskosten. Die Unterstützung der wirtschaftlich abhängigen Familienmitglieder war eine freiwillige Leistung der Krankenkassen, die bereits ab 1923 die Regel und ab 1930 als Familienversicherung Pflicht war (Hausen 1997, Huerkamp 1985 S. 194 ff, Lindner 2003).

5.1.2 Die Einführung von Rechten für berufstätige Frauen

Da immer mehr Frauen erwerbstätig waren, begann man, zu ihrem Schutz Gesetze festzulegen. Mit §13 in der Reichsgewerbeordnung von 1878 wurde festgelegt, dass Wöchnerinnen drei Wochen nach ihrer Entbindung nicht arbeiten durften. Für diese Zeit erhielten sie allerdings keinen Lohnausgleich. Dieser wurde erst in Form der Wochenhilfe für krankenversicherte Arbeiterinnen ab 1883 gewährt. Die Frauen erhielten für die Zeit des Beschäftigungsverbots 50 % ihres Lohns. Da ihr Einkommen aber generell niedriger war als das der Männer, gerieten sie in große finanzielle Not (Hausen 1997).

Der Zeitraum des Mutterschutzes wurde 1908 auf zwei Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt erweitert, zuzüglich der Erlaubnis, anschließend zweimal pro Tag eine halbe Stunde zu stillen. In der neuen Gesetzgebung von 1927 war die in Lohn stehende Frau sechs Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt unkündbar und der vorgeburtliche

Arbeitsschutz auf sechs Wochen erweitert. Mit Beginn des 1. Weltkriegs ab 1914 bekamen alle Frauen, auch die nichtkrankenversicherten, finanzielle Zuwendung im Rahmen der sogenannten Reichswochenhilfe. Diese umfasste einen Entbindungsbeitrag, Hebammendienste, Stillgeld sowie Wochengeld für 8 Wochen (Lindner 2003, Labisch 1996, Frevel/Dietz 2004, Hausen 1997, Neyer 1997).

5.1.3 Die bauliche Weiterentwicklung des Krankenhauses

Mitte des 19. Jahrhunderts gab Louis Pappenheim (1818-1875) folgende Definition des Krankenhauses für die damalige Zeit: *„Krankenhäuser sind Anstalten, welche zur Heilung solcher Kranken bestimmt sind, die sich zur Zeit in ungünstigen Wohn- und Wartungsverhältnissen, eventuell auch in ungünstigen Nahrungs- und Kleidungsverhältnissen befinden.“* (Labisch 1996 S. 273). Diese Äußerung beschreibt ganz treffend die Funktion des frühmodernen Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Als Seuchenprophylaxe und für die Versorgung der Armen, v. a. der sogenannten „labouring poor“, entstanden in den industrialisierten Städten Deutschlands viele Krankenhausneubauten, die aus der Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen entstanden sind. Einerseits forderte der Staat per Gesetz Isolationsmöglichkeiten aufgrund der vielen Cholera-Wellen, die über Europa fluteten, andererseits hatte die Stadt die rechtliche Verantwortung, für die Armen zu sorgen. Auch im 19. Jahrhundert blieben die Krankenhäuser also weiterhin eine letzte Zufluchtsstätte für soziale Problemfälle (Labisch 1996 S. 253 ff).

Der Krankenhausbau als architektonische Leistung wurde im 19. Jahrhundert nicht durch medizinische Wissenschaft und Bedürfnisse sondern durch den Zeitgeist geprägt. Es sollte ein künstlerischer Bau in historischer Bauweise sein, der die Architekturgeschichte der Jahrhunderte in der Fassade widerspiegelte. Meist waren es Gebäude mit drei bis vier Geschossen in H- oder Hufeisenform. Im Grundriss gab es wenig ausgewiesene Räume, denen eine besondere Funktion zugeschrieben war. Neue diagnostische Mittel wie Temperaturmessung, Auskultation und Perkussion, die langsam ab Mitte des 19. Jahrhunderts Einzug in die Krankenhäuser hielten, konnten gut in den Krankenzimmern angewendet werden. Es galten auch weiterhin die Grundsätze, die man gegen Ende des 18. Jahrhunderts beim Bau eines Krankenhauses für nötig erachtete: viel Luft und Licht, trockener Boden, eine Lage am Stadtrand, sauberes Wasser und eine strenge Hausordnung. Erhöhte Ansprüche an die Baumaterialien und an die Hygiene wie z. B. der Einbau sanitärer Anlagen, fugenloser Bodenbelag und der Einsatz von abwaschbaren Materialien, setzte man immer häufiger um (Murken 1979 S. 135 ff).

Ab den 1860er Jahren baute man Krankenhausanlagen im sogenannten Pavillonstil, um durch die weitläufigen Anlagen eine Luftübertragung der Krankheiten zu vermeiden. Ein- bis zweigeschossige Gebäude lagen in einer weiträumigen Parklandschaft verteilt. Diese Bauweise wurde an Zelte und Lazarettbaracken aus dem nordamerikanischen Sezessionskrieg (1861-65) und dem Preußisch-Österreichischen Krieg (1866) angelehnt. Dort wurde eine wesentlich geringere Infektionsrate beobachtet als in den massiven Krankenhausgebäuden. Auch in Berlin entstanden mehrere Krankenhäuser im Pavillonstil, wie das Krankenhaus „Im Friedrichshain“ und das „Rudolf-Virchow-Krankenhaus“. Berlin bildete als Hauptstadt Preußens einen Mittelpunkt der architektonischen Krankenhausreform. Die Reparationsleistungen aus Frankreich ermöglichten etliche Neubauten, u. a. auch die Frauenklinik in der Artilleriestraße 1882 [vgl. Kapitel 9.1 S. 115 ff]. In diesem Neubau wurde das Baukonzept der Pavillons mit der Zellenbauweise in abgewandelter Weise umgesetzt (Murken 1995 S. 122 ff, ebd. 141 ff).

Nach Einzug der Anti- und Asepsis in die deutschen Krankenhäuser gegen Ende des 19. Jahrhunderts und der Entdeckung der Bakteriologie durch Robert Koch (1843-1910) wandte man sich wieder mehrgeschossigen Baukomplexen zu, die mit pflegeleichten und stabilen Materialien wie Linoleum, Fliesen und Zement ausgestattet wurden. Mit der Weiterentwicklung der Medizin gab es auch eine Ausweitung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsräume (Murken 1979).

Um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert kam die Diskussion auf, das Krankenhaus für alle Bürgerschichten zu öffnen. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren ließen sich mittlerweile nur noch im Krankenhaus durchführen. So hielt z. B. das Röntgen-Gerät Ende des 19. Jahrhunderts einen Siegeszug in die Krankenhäuser. Operationen in der Wohnung des Patienten oder der Arztpraxis waren aus hygienischen Gründen passé. Operationssäle waren mittlerweile Standard in den Krankenhäusern. Man konzentrierte sich auf individuelle Medizin, und alle, die keinen Anspruch auf eine Heilung hatten wie Geisteskranke und Pflegebedürftige, wurden in separaten Einrichtungen untergebracht. Der Krankenhausaufenthalt sollte nicht mehr nur das „Privileg“ der Arbeiter sein, sondern allen Bürgern zu Gute kommen (Labisch 1996 S. 283 ff, Murken 1971).

5.1.4 Die bauliche Entwicklung der Entbindungsanstalten

Nach der Gründungswelle von Krankenhäusern um die Jahrhundertwende vom 18. zum 19. Jahrhundert setzten etliche Neubauten in der Mitte des 19. Jahrhunderts neue Akzente in die aufsteigende Bedeutung der Geburtskliniken. Als Ignaz Semmelweis (1818-1865) Mitte des 19. Jahrhunderts das Puerperalfieber als Kontaktinfektion, verursacht durch Ärzte und

anderes Personal, beschrieb, ignorierten die meisten ärztlichen Kollegen seine Ratschläge zur Händedesinfektion [vgl. Kap. 5.2.6 S. 75]. Die Neubauwelle von Entbindungsanstalten in mehreren deutschen Städten sollte den Gegenbeweis zu den Erkenntnissen von Semmelweis liefern. Man suchte weiterhin die Ursachen des Kindbettfiebers in der Luftübertragung wie bei den hochinfektiösen Erkrankungen Typhus und Diphtherie und richtete hiernach die Architektur der Entbindungsanstalten aus. Diese Einstellung sollte sich bis weit in die 1880er Jahre halten. Als einzige Gegenmaßnahme sah man oft nur den häufigen Wechsel der Räume, da man an die Grenzen des medizinisch Machbaren gelangte. Manchmal mussten die Entbindungsstationen auch komplett geschlossen werden, weil die Sterberate überhandnahm (Wille 1927).

Ausgehend von dieser Hypothese begann man eigene Entbindungsanstalten zu bauen, um die räumliche Nähe zur Chirurgie zu vermeiden, da hier häufig Patienten mit Wundinfektionen lagen. Dabei wendete man die Zellenbauweise zur strengen Isolation an. Idealerweise sollten die Frauen möglichst alleine im Zimmer untergebracht werden, um die Umstände einer Hausgeburt zu simulieren. Im Vergleich schnitten nämlich Privatentbindungen mit einer Mortalität von 0,5 % im Gegensatz zu den Klinikentbindungen mit Schwankungen zwischen 1-25 % deutlich besser ab. Zusätzlich sollten die Zimmer nur vom Korridor aus zugänglich sein. Realisiert wurden aber meistens kleine Zimmereinheiten mit höchstens vier bis sechs Betten und zahlreichen Abtrennungsmöglichkeiten auf der Station. Idealerweise sollte die Klinik über einen identischen Grundriss in den verschiedenen Etagen verfügen, um diese abwechselnd zu belegen. In dem zu einer Gebärenanstalt umgebauten Pockenhaus der Charité, in das die geburtshilfliche Abteilung im Jahr 1856 einzog, wurde dies in Ansätzen verwirklicht [vgl. Kapitel 4.1 S. 49 f]. Von dem Konzept der Zellenbauweise in der Geburtshilfe nahm man mit den neuen hygienischen Entwicklungen Abstand [vgl. Kapitel 5.2.6 S. 75] und legte die Geburtshilfe und Gynäkologie in einem Klinikbau zusammen (Murken 1971, Murken 1979 S. 279 ff, Murken 1995, Murken 1996).

5.2 Die Entwicklung des Arztberufes und der Geburtshilfe sowie die Anfänge der Gynäkologie

Der Arztberuf konnte sich im laufenden Jahrhundert weiter in der Gesellschaft etablieren. Auch Frauen wurde es gestattet, diesen Beruf gegen Ende des 20. Jahrhunderts zu ergreifen. Die Hebammen wurden weiter aus ihrer ehemaligen führenden Stellung in der Geburtshilfe verdrängt. Die Frauenheilkunde begann sich mit dem neuen Teilgebiet der Gynäkologie als Ergänzung zur Geburtshilfe herauszubilden.

5.2.1 Die Entwicklung des ärztlichen Standes

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wandelte sich der Arztberuf immer mehr vom studierten Gelehrten zum Praktiker. Dies hing zum einen mit mehreren Vorschriften und Regelungen zusammen, die im 19. Jahrhundert erlassen worden sind, zum anderen auch mit der wachsenden beruflichen Konkurrenz.

Im Rahmen der Prüfungsordnung von 1825 in Preußen wurde die Chirurgie für jeden Studenten an der Universität Pflichtfach. Der erste Schritt zur Wiedereingliederung der Chirurgie in die Medizin wurde damit vollzogen¹⁷. Nach Abschluss des Medizinstudiums konnte sich der junge Arzt entweder nur zur Ausübung der Inneren Medizin als Medikus oder in Kombination mit der Chirurgie als Mediko-Chirurg approbieren lassen. Für die Zusatzbezeichnung „Geburtshelfer“ musste er eine eigene Prüfung abschließen. Die Voraussetzung hierfür war die Ableistung eines vollständigen Kurses in der Geburtshilfe sowie die Durchführung von zwei Geburten.

Als weiterführender Schritt zur Zusammenführung der Chirurgie mit der Medizin wurde am 08.10.1852 in Preußen der Einheitsstand beschlossen. Dies bedeutete, dass jeder, der erfolgreich das Medizinstudium abgeschlossen hatte, die Bezeichnung „Praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer“ trug (Huerkamp 1985 S. 45 f, ebd. S. 59, ebd. S. 157, Rönne/Simon 1844 S. 384 ff, Bleker/Schleiermacher 2000, Beaufays 1997).

Die Ausbildung an der Universität wurde im Laufe der Zeit praxisbezogener, so dass die Ärzte zusätzlich zu dem Fachwissen auch über bessere praktische Fähigkeiten verfügten. Im Laufe des 19. Jahrhunderts war der Wissenszuwachs exponentiell. Die Klassifikation der Krankheiten anhand der histologischen Aufarbeitung und Lokalisierung der Krankheiten in den Organen ließ die Medizin prosperieren. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts begannen sich dadurch die einzelnen Spezialgebiete herauszubilden. Die Zahl der Studenten stieg an, der Beruf „Arzt“ wurde beliebter und gewann an Ansehen. Dadurch vergrößerte sich der Konkurrenzdruck. Wer mehr Leistungen anbot, hatte größere Chancen auf mehr Patienten und somit mehr Einkommen. Das ärztliche Tätigkeitsfeld umfasste fast ausschließlich die eigene Praxis. Als Arzt im Krankenhaus zu arbeiten war eher die Ausnahme als die Regel. Um jedoch möglichst viel Erfahrung vor einer Niederlassung zu sammeln, arbeiteten einige Ärzte nach dem Studienabschluss für einige Zeit im Krankenhaus. 1876 entschieden sich 2,5 % der Berufsanfänger, im Jahr 1909 bereits 10 % für diesen Weg (Huerkamp 1985 S. 119 ff, ebd. S. 98 ff, ebd. S. 50 ff, ebd. S. 94 ff).

¹⁷ Die Chirurgie wurde im Konzil von Tours (1215) von der Medizin getrennt. Der Hintergrund war der, dass fast alle Ärzte Priester waren und Todesfälle vor oder nach chirurgischen Eingriffen nicht mit dem klerikalen Amt vereinbar waren. Die Chirurgie wurde ein Handwerksberuf, der fortan von Badern und Wundärzten ausgeführt wurde (Schadewaldt 1986 S. 23).

5.2.2 Die Ausweitung des Patientengutes auf alle Gesellschaftsschichten

Durch die Einführung der Krankenkassenpflicht für Lohnarbeiter bekamen die Ärzte Zugang zu den unteren Gesellschaftsschichten. Die Krankenkassen schlossen Verträge mit Ärzten ab, die sich verpflichten mussten, Kassenmitglieder kostenfrei zu behandeln und Rezepte auszustellen. Die einfachen Arbeiter hatten bisher keinen direkten Kontakt zu den studierten Ärzten, da sie sich zum einen eine Behandlung nicht leisten konnten, zum anderen auch nicht ausreichend Vertrauen in ihre akademischen Fähigkeiten hatten. Durch die Pflicht, bei Krankheit einen Arzt aufzusuchen, um eine Krankschreibung oder kostenlose Arzneien zu erhalten, wuchs das Zutrauen und die Akzeptanz in die Ärzte. Die Frequenz der Arztbesuche stieg an, um einer schlimmeren Erkrankung vorzubeugen und um die Beiträge auszunutzen. Dies rief des Öfteren Unmut bei den Ärzten aus, denn sie bekamen pro Patient nur eine fixe Vergütung, unabhängig davon, wie häufig er sie aufsuchte (Frevert 1984a S. 272ff, Huerkamp 1985 S. 202 ff).

Auch in den gehobenen Gesellschaftsschichten zeichnete sich gegen Ende des Jahrhunderts ein Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis ab. Die „Patronage-Beziehung“ wandelte sich langsam in eine unpersönlichere Beziehung um. Die gut situierten Patienten suchten nun auch die Ärzte in ihrer Praxis auf. Die Sprechstundenpraxis, besonders auch bei Spezialärzten, wurde zunehmend üblicher.

Ein weiterer Wandel war in der Behandlung zu erkennen. Körperliche Untersuchungen wurden immer wichtiger und zur Diagnoseerhebung unerlässlich. Die bisher akzeptierten Scham- und Tabugrenzen mussten in der Arztpraxis Stück für Stück abgebaut werden. Der Arzt sollte in Hinblick auf die Geschlechter ein neutraler Diagnostiker sein (Huerkamp 1985 S. 157 f).

5.2.3 Der Beginn der „weiblichen Medizin“

Als 1865 im Deutschen Bund bzw. 1871 im Deutschen Reich die Ärzte mit den Gewerbetreibenden gleichgestellt wurden, konnten im Rahmen dieser Kurierfreiheit auch Frauen als Ärztinnen praktizieren. Dies war allerdings nur für im Ausland studierte und approbierte Frauen möglich, denn in Deutschland waren sie erst 1899 zum Medizinstudium zugelassen. Die ausländische Approbation wurde aber nur in Ausnahmefällen in Deutschland anerkannt. Im Rahmen der Kurierfreiheit durfte nur derjenige die Berufsbezeichnung „Arzt“ tragen, der ein Abitur und ein abgeschlossenes Medizinstudium absolviert hatte. Die meisten männlichen Zeitgenossen sahen die Entwicklung, dass Frauen als Ärztinnen praktizierten, sehr skeptisch: *„Es fehlt dem weiblichen Geschlechte nach göttlicher und natürlicher*

Anordnung die Befähigung zur Pflege und Ausübung der Wissenschaften und vor Allem der Naturwissenschaften und der Medicin.“ (Bleker/Schleiermacher 2000 S. 14).

5.2.4 Die männliche Geburtshilfe

Rudolf Dohrn (1836-1915), Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie, beschrieb die Situation der Geburtshilfe in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts folgendermaßen: *„In dieser Zeit, um das Jahr 1840, wo es galt, mit dem Wust nicht bewährter Anschauungen aufzuräumen, bot der Zustand der Geburtshilfe dem Geschichtsforscher ein unerquickliches Bild. Noch waren nicht die Grundlagen unseres Fachs so fest gelegt, dass es sich aus eigener Kraft auf die ihm gebührende Stellung hinaufarbeiten konnte, und an vielen Stellen fehlte es an dem der Forschung nöthigen Entgegenkommen der Behörden. [...] Wer sich zu dem Fach eines Geburtshelfers ausbilden wollte, glaubte für sein Ansehen als Frauenarzt nur durch auswärtige Reisen die richtige Weihe erhalten zu können. Viele deutsche Geburtshelfer, welche später zu berühmten Namen gelangten, betrachteten Reisen in die Großstädte, namentlich nach Paris, als eine unumgängliche Vorstufe für ihre spätere Lebensstellung...“* (Dohrn 1903 S. 2). Die Direktoren der neugegründeten Entbindungsanstalten hatten keinen leichten Stand zu dieser Zeit und mussten sich gegen viele Hindernisse zur Wehr setzen. In der Bevölkerung wurden die Anstalten als unsittlich angesehen, es gab nicht genügend „Unterrichtsmaterial“ und die Stadtväter scheuten die Folgekosten. Denn oft kam es zu Rechtsstreitigkeiten über die Heimatzugehörigkeit eines Neugeborenen, falls die Mütter verstarben oder das Kind weggaben, so dass die Stadt für den Unterhalt aufkommen musste. Trotz dieser Widerstände gründeten viele Hochschulen im Verlauf des 19. Jahrhunderts Gebärenanstalten und richteten Lehrstühle ein, so dass im Jahr 1893 alle 20 Universitäten im deutschen Reich „Frauenkliniken“, Geburtshilfe in Kombination mit Gynäkologie, mit insgesamt 2000 Betten besaßen. In Berlin gab es als Ausnahme zwei Frauenkliniken: in der Charité und die Universitäts-Frauenklinik (Fasbender 1964 S. 279, Dohrn 1903 S. 71, Murken 1972).

Obwohl durch die gesetzliche Regelung von 1852 jeder approbierte Arzt mit Abschluss seines Medizinstudiums die Bezeichnung „Geburtshelfer“ erhielt, führten in der Realität die Hebammen den immer noch weitaus größten Teil der Geburten durch. Die meisten Frauen bevorzugten auch weiterhin weibliche Hilfe bei der Entbindung. Ein gegenläufiger Trend war bei den Damen der Oberschicht zu sehen. Seit Ende des 18. Jahrhunderts präferierten sie männliche Geburtshelfer. Dies geschah wahrscheinlich als Nachahmung in Anlehnung an den königlichen Hof. So dominierten die Hebammen weiterhin bevorzugt bei den ländlichen

und städtischen Unterschichten die Geburtshilfe. In Berlin wurde das Tätigkeitsfeld der Hebammen 1828 wieder erweitert. Es war ihnen gestattet, Blutegel und Klistiere zu setzen, und dies nicht nur bei Wöchnerinnen, sondern auch bei Frauen, die sich keinem männlichen Arzt anvertrauen wollten (Münch 1995 S. 146, Frevert 1986).

5.2.5 Die Anfänge der Gynäkologie

Alle Operationen, auch die an den weiblichen Geschlechtsorganen, wurden in der Regel bis dato von den Chirurgen ausgeführt. Die Geburtshelfer vertraten jedoch die Meinung, dass sie durch die Geburtshilfe die weibliche Anatomie am besten kennen würden und die Krankheiten der Geschlechtsorgane in einer Hand besser aufgehoben wären. *„Dazu kommt ferner, dass das hauptsächliche diagnostische Mittel für die grösste Zahl der Frauenkrankheiten die Exploration, wie sie von Geburtshelfern angestellt wird, bildet“* so Siebold (Metz-Becker 1997 S. 199). Teilweise behandelten von Siebold und Busch in der Berliner universitären Entbindungsanstalt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bereits Frauen mit gynäkologischen Leiden.

Als sich dann Schritt für Schritt die operative Gynäkologie mit Beginn der abdominalen Ovariectomie entwickelte, entstanden nach und nach an den geburtshilflichen Kliniken gynäkologische Abteilungen, die mit der Geburtshilfe zu dem Fach der Frauenheilkunde zusammenwuchsen. Mit der langsamen Loslösung der „weiblichen Chirurgie“ aus den Händen der Chirurgen und der Vereinigung mit der Geburtshilfe begann der wissenschaftliche Aufschwung des Faches Gynäkologie. Den Begriff „Gynäkologie“ prägte sprachlich als Erster der Arzt und Philosoph Carl Gustav Carus (1789-1869) im deutschen Sprachraum. Er umriss erstmals eine eigenständige „Wissenschaft vom Weib“, die in der Medizin bisher so noch nicht existierte (Honegger 1991 S. 200 ff).

Wie bereits dargelegt, eröffnete 1858 die erste gynäkologische Abteilung in der Charité nach langen Kämpfen mit den Chirurgen. Die Basis für die Entstehung des heutigen „Frauenarztes“ war damit gelegt. Auch die fachspezifischen Publikationsorgane, die regelmäßig seit Mitte des 19. Jahrhunderts erschienen, untermauerten die wissenschaftliche Institutionalisierung. Die Gynäkologie war seit den 1870er Jahren auch ein Teil der medizinischen Staatsprüfung (Ebert/David 1994b, Martin 1910 S. 391, Eulner 1970, Heuvelmann 1999). Ein unbekannter Verfasser schrieb 1889 über die Notwendigkeit einer gynäkologischen Abteilung in einer Klinik: *„Wir fürchten nicht die Missstimmung des Chirurgen, dem ein oder der andere Fall zur Operation entgeht; zuerst wird derselbe nach wie vor einzelne gynäkologische Fälle operieren, allmählig werden die Erfolge des*

Gynäkologen auf der Nebenabtheilung ihm kaum mehr diese zuführen und er selbst wird schliesslich dankbar anerkennen, von einem lästigen Material befreit zu sein. Noch mehr wird dies für die innere Medicin zutreffen; scheinbar hysterische Frauenzimmer, deren ewige Klagen der modernen Exactheit der Diagnose zu spotten scheinen, werden ihr entzogen und vielleicht gelingt es dem Gynäkologen, einige derselben zu bessern oder zu heilen.“ (N.N. Berliner Klinische Wochenschrift 1889 S. 988).

5.2.6 Grundlegende Errungenschaften in Geburtshilfe und Gynäkologie

Als wichtigste Faktoren für den Fortschritt und die Weiterentwicklung der Fächer Gynäkologie und Geburtshilfe sind die Einführung der Antisepsis und der Anästhesie in den Krankenhäusern zu sehen. Diese zwei bahnbrechenden Entdeckungen waren für die Entwicklung der Geburtshilfe und Gynäkologie äußerst entscheidend.

Die hohe Mortalitätsrate in den Gebäranstalten wurde immer noch durch das nicht kontrollierbare Puerperalfieber bestimmt. Der Wiener Ignaz Semmelweis (1818-1865) bemerkte in seiner Klinik eine unterschiedlich hohe Mortalitätsrate zwischen der Abteilung, wo die Hebammen und der, wo die Medizinstudenten ausgebildet wurden, mit zwei bis drei bzw. 15 %. Durch diese Beobachtung zog er die Schlussfolgerung, dass die Übertragung auf die Patientinnen durch die Hände der Untersucher erfolgen musste. Er führte eine Desinfektion der Hände vor und nach jeder Untersuchung mit Chlorwasser ein. Damit senkte er die Mortalitätsrate. Diese Beobachtung wurde allerdings von Seiten der ärztlichen Kollegen mit Vorbehalten betrachtet [vgl. Kapitel 3.3.2 S. 44 und Kapitel 5.1.4 S. 69 f]. Erst mit der von dem Chirurgen Joseph Lister (1827-1912) entwickelten Antisepsis¹⁸ wurde Semmelweis Entdeckung nach seinem Tod in einer psychiatrischen Klinik gewürdigt. Damit konnte man die Entbindungsanstalten von der größten Geißel des 19. Jahrhunderts befreien (Murken 1971 S. 258).

Der Geburtshelfer James Simpson (1811-1870) aus Edinburgh führte Mitte des 19. Jahrhunderts die Narkose mittels Äther und Chloroform ein, die in Deutschland aber erst nach Überwindung einiger Skepsis angewandt wurde. Dadurch konnten Operationen wie Kaiserschnitte und Ovariotomien zum Standard und gefahr- und schmerzlos durchgeführt werden. Nicht nur die Erleichterung für die Patientin, sondern auch für den Operateur wurde gelobt: „Jeder, der die oft gewaltsamen Entbindungsversuche der vergangenen Zeit erlebt hatte, konnte sich nicht des Gefühls erwehren, dass die früheren Operationen sowohl an die

¹⁸ Lister war Professor für Chirurgie an der Universität Glasgow und führte Karbolsäure zur Bekämpfung der Bakterien ein. Der OP-Saal wurde vor und nach einer Operation mit Karbol vernebelt und Wunden mit karbolgetränkten Verbänden verbunden (Zey 1997 S. 281 f).

Ertragungsfähigkeit der Kreissenden, als auch an die körperliche Leistung des Geburtshelfers, schwere Anforderungen gestellt hatten.“ (Dohrn 1903 S. 81).

Das 19. Jahrhundert brachte neben Semmelweis und Simpson viele brillante Wissenschaftler und Ärzte in der Geburtshilfe und Gynäkologie hervor, deren Entdeckungen heute die Grundsteine der modernen Frauenheilkunde bilden. Exemplarisch sollen hier nur der Erfinder des Spekulum, James Sims (1813-1883) aus New York und Joseph Récamier (1774-1856) aus Frankreich, der die Curette entwickelte, genannt werden. Die Begründer der Histopathologie Carl Ruge (1846-1926) und Robert Meyer (1864-1947) in Berlin sowie die Anfänge der gynäkologischen Endokrinologie um die Jahrhundertwende, die später zur medikamentösen Empfängnisverhütung verhelfen, gaben ebenfalls entscheidende Anstöße für die wissenschaftliche Weiterentwicklung (Zander 1986).

5.2.7 Zwei konkurrierende Strömungen in der Geburtshilfe

Zu Anfang des 19. Jahrhunderts konkurrierten im deutschsprachigen Raum zwei gegensätzliche Auffassungen in der Geburtshilfe: die aktiv-französische und die exspektativ-englische. Erstere wurde von Friedrich Osiander (1759-1822) in Göttingen vertreten. Osiander sah es als Ziel, die Geburt schnellstmöglich mit allen operativ zur Verfügung stehenden Maßnahmen aktiv zu beenden. Die Geburtshilfe war seiner Meinung nach eine Kunst und das höchste Ziel des Geburtshelfers sei die operative Gewandtheit. Johann Boer (1751-1835) in Wien hingegen sah die Geburt als physiologischen Vorgang an, in dem nur im Notfall eingegriffen werden durfte.

Im Vergleich mit England und Frankreich waren die deutschen Geburtshelfer in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts am operationsfreudigsten. In Berlin wurden unter Dietrich Wilhelm Busch (1788-1858) 1 von 11 und unter Elias von Siebold (1775-1828) 1 von 7 Geburten instrumentell beendet. James Simpson in Edinburg hatte eine Quote von 1:354 und Boer in Wien von 1:199. Dohrn begründete diesen Umstand in seiner „Geschichte der Geburtshilfe“ damit, dass die Geburtshilfe ein „*Appendix der Chirurgie*“ war und „*sich Operationsgewohnheiten in die spätere Zeit hineingeschleppt*“ (Dohrn 1903 S. 71) hatten. Auch waren viele Instrumente in den Geburtskliniken angeschafft worden, die man, um die hohen Anschaffungskosten zu rechtfertigen, benutzen musste (Martin 1910, Issmer 1959/60, Dohrn 1903 S. 71 f, Metz-Becker 1997 S. 71). Zudem „*bot das stellenweise geringfügige Material deutscher Gebäranstalten die Versuchung, den Ruhm instrumenteller Erfindungen praktisch zu erproben, und die grosse Gefahr, welche darin lag, wurde in der damaligen Zeit in ihrer richtigen Bedeutung gar nicht gewürdigt.*“ (Dohrn 1903 S. 73 f). Jedoch blieb diese hohe Operationsfrequenz auch damals und in der Rückschau nicht ohne, wenn auch

zaghafte, Kritik unter den eigenen Kollegen: *„Ungleich ernster waren die Folgen, welche die Mangelhaftigkeit des Unterrichtsmaterials nach sich zog. Es machte sich von selbst, dass bei dem berechtigten Wunsch des Lehrers zur Einübung seiner Schüler, trotz aller Gewissenhaftigkeit des Anstaltsdirectors, einige Fälle operirt wurden, welcher besser unoperirt geblieben wären.“* (Dohrn 1903 S. 84).

5.3 Die Frau als Patientin in der Entbindungsanstalt und als Rechtsperson

Die Entbindungsanstalten hatten in der Bevölkerung einen schlechten Ruf, so dass die Frauen diese nur in allerletzter Verzweiflung aufsuchten. Die rechtliche Stellung der ledigen Mutter wurde im Laufe des Jahrhunderts gestärkt, aber einige gesetzliche Besserstellungen wurden wieder zurückgenommen.

5.3.1 Die schwangere Frau in der Entbindungsanstalt

Auch im 19. Jahrhundert waren die Patientinnen der Entbindungshäuser weiterhin vornehmlich die sozial schwach Gestellten wie Dienstmädchen, Arbeiterinnen und Prostituierte. Die Leiter der Entbindungsanstalten mussten sich gegen Vorbehalte in der Bevölkerung für die Einrichtung derselben rechtfertigen. Dagegen wehrte sich Adolf Gusserow (1836-1906), Leiter der Berliner Universitätsfrauenklinik: *„Die Gebärhäuser sind nicht allein unbestritten eine soziale Notwendigkeit, sondern sie sind Humanitätsanstalten im eigentlichsten Sinne. Wohl weiß ich, dass da viele Stimmen hier und da laut werden, welche Gebäranstalten als im Prinzip unsittliche Einrichtungen betrachten.“* (Murken 1971 S. 255). Auch der Leiter der Leipziger Anstalt Johann Christian Jörg (1779-1856) hatte zu kämpfen: *„...Viele [...] denken ja [...] besonders an die unehelichen Geburten, die in solchen Instituten vorkommen, und meinen deshalb, dass da verbotene Ereignisse zugelassen würden. [...] Welches Sitten- und Staatsgesetz verbietet denn aber das Niederkommen im unehelichen Zustande?“* (Murken 1972 S. 73). Die allgemeine Skepsis und Amoralität, die mit den Entbindungshäusern durch die Bevölkerung verbunden war, ließ die Frauen nur in Notsituationen die Kliniken aufsuchen. Die Ärzte hatten hier freie Hand und konnten nach Belieben „experimentieren“, wie es in einer Privatpraxis unmöglich gewesen wäre. Denn wie Siebold beschreibt, ist die wichtigste Aufgabe des Frauenarztes, tief in die Materie einzudringen: *„Frauenzimmer [...] ein Gegenstand der Belehrung für den sich bildenden Frauenarzt.[...] Denn wir alle streben vorwärts und erkennen nur um so mehr die*

Schwierigkeit einer Doctrin, jemehr wir einzudringen und sie aufzuhellen suchen, während der, welcher sie nur oberflächlich berührt, sie auch nur so kennen lernt und beurtheilt!“ (Siebold 1824 S. 465 f)

Seit Anfang des 19. Jahrhunderts gab es in Berlin neben der Aufnahme in die Charité eine weitere Möglichkeit für die mittellosen Schwangeren, kostenlos zu entbinden. Sie konnten sich an eine Hebamme wenden, die die Kosten für die Entbindung aus der städtischen Armenkasse erstattet bekam. Diese Maßnahme wurde mit dem chronischen Platzmangel in der Charité begründet. Ab den 1820er Jahren waren die Hebammen verpflichtet, bei jeder ihrem Wohnort nächstgelegenen Geburt anwesend zu sein. Die Wöchnerin musste in den ersten acht Tagen nach der Geburt täglich besucht werden, unabhängig davon, ob sie in der Charité oder zu Hause entbunden hatte. Wer sich als Hebamme in Berlin niederlassen wollte, musste die Erlaubnis der Polizeibehörde bzw. des Landrats einholen. Es gab strenge Vorschriften, dass nur die Stadthebammen Entbindungen durchführen durften. So sollten Abbrüche und Verhütungen unterbunden werden. Allerdings ist anzunehmen, dass es trotzdem eine große Grauzone gab (Münch 1995, S. 140 ff, ebd. S. 166, Metz-Becker 1997, Frevert 1986).

5.3.2 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft

Bevor in Deutschland im Jahr 1900 das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingeführt wurde, war die Rechtsprechung ein unübersichtlicher „Flickenteppich“ in den deutschen Kleinstaaten mit unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. In den deutschsprachigen Ländern gab es vier große Rechtskreise. In Preußen wurde nach dem „Allgemeinen Landrecht“ von 1794 Recht gesprochen, im restlichen Deutschland zum größten Teil entweder nach dem „Code civil“ von 1804, der von Napoléon eingeführt wurde, nach dem „gemeinen Recht“, das sich aus dem römischen Recht vermischt mit deutschrechtlichen Traditionen herleitete oder nach dem sächsischen Recht, das auf mittelalterlichen deutschen Rechtsbüchern fußte (Gerhard 1990 S. 144 ff).

Das 1794 eingeführte Allgemeine Landrecht (ALR) in Preußen übernahm die Geschlechtsvormundschaft explizit nicht mehr. Die rechtliche Situation der Frau war für diese Zeit fortschrittlich zu nennen. Ledige Frauen wurden dem Mann dadurch geschäftlich gleichgestellt und waren prozessfähig, sofern sie geschieden, verwitwet oder aus der väterlichen Obhut entlassen waren. Allerdings galt weiterhin die Regelung, dass verheiratete Frauen ihrem Ehemann und ledige Töchter ihrem Vater unterstanden und gesetzlich von diesen vertreten wurden (Weber-Will 1997, Holthöfer 1997).

Die Ausrichtung der Sozialpolitik im 19. Jahrhundert zielte auf eine Stärkung der Familie mit dem Mann als Oberhaupt und Ernährer ab. Nach Meinung zeitgenössischer Beobachter zerstörten die modernen Produktions-, Markt- und Lohnarbeitsverhältnisse die Familientraditionen und die sittliche Ordnung. Auch in den Familien der Lohnarbeiter sollte die Ernährerposition gestärkt werden, wie es in den Mittel- und Oberschichten üblich war. In den Unterschichten mussten viele Frauen noch zum Unterhalt der Familie beitragen. Das soziale Ordnungsmodell mit der Ehefrau als Hausfrau und Mutter wies sie als schutzbedürftig aus und verstärkte ihre wirtschaftliche Abhängigkeit (Hausen 1997).

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts begannen die Frauen, sich öffentlich zu äußern und in die Politik einzumischen. Mit der Deutschen Revolution von 1848/49 wurden verschärfte Gesetze erlassen, die die Frauen weitestgehend vom öffentlichen Leben und Rechtssystem ausschlossen. Es war ihnen verboten, Mitglied in politischen Vereinen zu sein, an politischen Veranstaltungen teilzunehmen und der Zugang zu öffentlichen Ämtern war ihnen verwehrt. Das hielt sie jedoch nicht davon ab, weiter für ihre Rechte zu kämpfen. 1918 erhielten Frauen das Wahlrecht. Diese Gleichstellung im öffentlichen Recht täuschte jedoch nicht darüber hinweg, dass erst im Jahr 1977 die Frau in der Bundesrepublik Deutschland privatrechtlich gleichgestellt war (Gerhard 1997).

5.3.3 Die rechtliche Situation der Frau als ledige Mutter

Bei Einführung des ALR für die preußischen Staaten 1794, welches die Carolina¹⁹ und das Partikularrecht ablöste, wurden Paragraphen erlassen, die Schwangerschaft, Abtreibung, Geburt und Kindsmord en détail regelten. Die Ehe wurde nun eindeutig durch die Trauung definiert. Die Grundlage der Ehe wurde nicht mehr auf ein ökonomisches, sondern auf ein christliches Fundament gestellt. Eine Heirat sollte aus Liebe erfolgen und die Sexualität in diesem Rahmen stattfinden. So wurde der Spielraum um die „Unehelichkeit“, wie sie vor Einführung des ALR bestand, aufgehoben.

Im ALR wurden Mutter und Kind unter bestimmten Umständen der eheliche Status eingeräumt: *„Um den Kindsmord möglichst zu verhüten, haben die Gesetze unbescholtenen ledigen Weibspersonen, wenn sie unter dem Versprechen der Ehe geschwängert worden, die Rechte und Würden einer Ehefrau, oder wo die Ehe nicht stattfinden kann, einer Hausfrau beigelegt.“* (Harms-Ziegler 1997 S. 338). Das geschah allerdings nicht aus Mildtätigkeit und Gnade, sondern aus rationalen Gründen im Zuge der Bevölkerungspolitik.

¹⁹ Die Carolina, eigentlich Constitutio Criminalis Carolina, war das erste deutsche Strafgesetzbuch und wurde im Jahr 1532 von Kaiser Karl V. erlassen (Ulbrich 1997).

Nach der neuen Rechtsprechung war ein Kind unehelich, wenn die Mutter ledig war oder wenn das Kind nach dem 302. Tag nach Beendigung der Ehe geboren worden ist. Falls die Mutter weder eine öffentliche Hure, eine nicht getrennt lebende Ehefrau noch eine Frau, „*welche die Mannspersonen zum Beyschlaf verleitet habe*“ (Harms-Ziegler 1997 S. 334), war, konnte sie eine Entschädigung sowie den Status einer unschuldig Geschiedenen vom Schwängerer verlangen. Diese Entschädigung umfasste finanzielle Unterstützung und eine Abfindung im Sinne des Scheidungsgesetzes, falls der Kindsvater eine Heirat verweigerte. Die Vormundschaft über diese Kinder hatte in der Regel der Staat, denn die Frauen waren bis zu ihrer Heirat oder der ausdrücklich erklärten Entlassung aus dem väterlichen Haushalt dem Patriarchat des Vaters unterworfen (Harms-Ziegler 1997).

Der weitere Verlauf des 19. Jahrhunderts war jedoch durch gesetzliche Rückschritte gekennzeichnet. In mehreren Revisionen, besonders in der aus dem Jahr 1854, wurden die Rechte der ledigen Mütter weitestgehend zurückgenommen unter der Begründung, dass dadurch Unzucht und Illegitimität gefördert würden. Männer konnten die „Mehrverkehrseinrede“ und die Einrede der „Bescholtenheit“ der Frau, also eines schlechten Leumundes, anbringen, um sich von den Ansprüchen der Mutter zu befreien (Harms-Ziegler 1997, Dölemeyer 1997).

6. Die universitäre Entbindungsanstalt in der Oranienburger Straße von 1817 bis 1831

In diesem Kapitel berichte ich über die erste universitäre Frauenklinik in Berlin. Zuerst werden das Gebäude und der Zustand der Räume beschrieben. Danach werden die Direktoren und deren Unterrichtsmethoden dargestellt. Anschließend werde ich die schwangeren Frauen, die als Patientinnen Hilfe in dieser Einrichtung gesucht haben, charakterisieren.

6.1 Die Einrichtung der universitären Entbindungsanstalt in der Oranienburger Straße

Für die Einrichtung der universitären Entbindungsanstalt kaufte man 1817 ein Wohnhaus in der Oranienburger Straße 29 für 16.850 Taler [Abb. 30]. Ausschlaggebend für die Entscheidung des Standorts war die räumliche Nähe zur chirurgischen Klinik in der



Abb. 30: Ansicht der universitären Frauenklinik in der Oranienburger Straße (Issmer 1959 S. 157)

Ziegelstraße und zu der Charité in der heutigen Luisenstraße. Die Studenten sollten möglichst kurze Wege haben. In seinem Buch über die „Königliche Gebäranstalt“ beschrieb Eduard Kaspar von Siebold (1801-1861) die Oranienburger Straße zudem als „*breit, sehr reinlich und mit Bäumen besetzt. Die Luft*

derselben ist gesund, wird nie durch unreine Dünste verdorben...“ (Siebold 1829 S. 1). Eröffnet wurde die Entbindungsanstalt nach Umbau des Wohnhauses schließlich zum Wintersemester 1817/18 mit 16 Betten für Schwangere und Wöchnerinnen. Die erste Schwangere wurde am 12.11.1817 aufgenommen, und die erste Entbindung fand am 26.11.1817 statt (Jolly 1910, Siebold 1829 S. 1 f).

Die Entbindungsanstalt existierte in der Oranienburger Straße bis zu ihrem Umzug in die Dorotheenstraße im Jahr 1831. Nach dem Auszug wurde das Gebäude 1832 vom königlichen

Lehrerseminar gekauft. Bis 1879 wurden hier die Lehrer Berlins ausgebildet. 1889 kaufte die Jüdische Gemeinde das Haus, das in unmittelbarer Nähe der Synagoge stand. Die Synagoge und die umgebenden Häuser der Oranienburger Straße 28 bis 31 wurden das wichtigste Zentrum jüdischen Lebens in Berlin. Nachdem das Haus im 2. Weltkrieg stark beschädigt und dann neu aufgebaut wurde, ist es heute Sitz der „Jüdischen Gemeinde zu Berlin“ (Sittner-Heinz 1996).

6.1.1 Das Gebäude

Das zweistöckige Gebäude stand in einer Reihe von Wohnhäusern. Den Hof bildeten das verbundene Vorder- und Hinterhaus, Stallungen, Remisen, ein Holzhaus sowie eine Leichenkammer. Der Eingang in die Entbindungsanstalt erfolgte über einen Torweg im Erdgeschoss. Jede Etage hatte zur Straßenfront sechs bzw. das Hochparterre wegen der Tordurchfahrt fünf Fenster. Die Etagen wurden unterschiedlich genutzt. Im Hochparterre waren die Wöchnerinnen, der Entbindungssaal und die Küche mit Speisekammer untergebracht, in der mittleren Etage wohnte der Direktor und im obersten Stockwerk gab es Zimmer für die Schwangeren und Hebammen. Insgesamt war Platz für 16 Patientinnen (Siebold 1829 S. 2). Ein Zitat, das die Grundhaltung des ersten Direktors Adam Elias von Siebold (1775-1828) und der Entbindungsanstalt widerspiegelt, war über den Wochenbetten am Gardinenhalter angebracht: *„Stille und Ruhe, Zeit und Geduld, Achtung der Natur und dem gebärenden Weibe, und der Kunst Achtung, wenn ihre Hilfe die Natur gebietet.“* (Siebold 1829 S. 9).

6.1.2 Die räumliche Aufteilung

Auf die farbliche Gestaltung hatte man in allen Zimmern großen Wert gelegt. Die Wandfarben waren entweder hellgrün oder hellblau mit dazu passenden weißen und grünen Gardinen. In den drei Wöchnerinnenzimmern mit insgesamt acht Betten standen neben dem Wasch- und Nachttisch die Kinderbettchen. Diese hatten bewegliche Schirmchen am Kopfbende und waren ebenso wie die mit Vorhängen ausgeschmückten Nischen, wo die Betten standen, korrespondierend in grüner Farbe gehalten. In der Nische befanden sich zusätzlich noch eine Kommode, Stühle, Schemel sowie ein großer und ein kleiner Tisch, der zum Wickeln genutzt wurde. Die Ausstattung der Betten war recht komfortabel. Ein Strohsack mit Matratze, Laken mit Wachstuch und leinene Unterlagen, Federdeckbett, zwei Kopfkissen und eine Baumwolldecke bildeten die Schlafstatt. Auch die Kinderbettchen

hatten einen Strohsack, Federunterbett, Kopfkissen, Deckbett aus Federn und eine zusätzliche Bettdecke (Köpke 1860 S. 254 ff, Siebold 1829 S. 6 ff, ebd. S. 32 f).

Der Entbindungssaal hatte nur ein Fenster und war deshalb recht dunkel, so dass Tag und Nacht das Licht brennen musste. Zur Beleuchtung gab es eine Deckenlampe in der Mitte des Zimmers und einen großen Wachsstock, der herumgetragen werden konnte. Für die Entbindungen standen ein normales Bett sowie ein sogenanntes „Gebärbett nach Siebold“ zur Verfügung. Adam Elias von Siebold hatte ein spezielles Gebärkissen²⁰ aus Kalbsleder entwickelt, das auf beiden Betten genutzt werden konnte. Dieses wurde vor jeder Geburt frisch bezogen und danach gereinigt. Neben den Betten stand ein Lehnstuhl, in dem die Gebärende Platz nehmen konnte, bis das Bett für sie fertig gemacht worden war. An weiterer Ausstattung waren ein Wickeltisch für die Neugeborenen, ein Waschtisch mit einem lackierten Fässchen für Wasser und Salben für die Untersuchung, ein Schrank mit Wäsche und Tische und Stühle vorhanden. Verbunden durch eine Tür mit dem Entbindungssaal befand sich das Wartezimmer für die Studenten, die von dort zur Geburt gerufen wurden. Um die Wartezeit angenehmer zu gestalten, standen in diesem ein Sofa, ein großer Tisch mit Stühlen, ein Schreibpult und eine Uhr. Zusätzlich war hier die Hausapotheke untergebracht (Siebold 1829 S. 7 ff).

Für den Unterricht gab es im obersten Stockwerk zwei Zimmer. Das eine Zimmer mit vier Fenstern wurde als Auditorium für 56 Zuhörer genutzt, in dem anderen war die Präparate- und Instrumentensammlung ausgestellt. Der Aufenthaltsraum der Schwangeren, der auch als Ess- und Handarbeitsraum genutzt wurde, diente gleichzeitig als Untersuchungsraum für die studentischen „Touchirübungen“, die auf einem Ruhebett stattfanden. Von dem Aufenthaltsraum gelangte man in die beiden Schlafzimmer für die Schwangeren, an das sich wiederum das Hebammenzimmer anschloss. Die Schwangerenzimmer hatten fünf bzw. drei Betten. Schränke für die persönlichen Gegenstände sowie Waschtische und Stühle waren ebenfalls vorhanden. Für eine Kreißende gab es noch ein zusätzliches Lager im Zimmer der Hebamme. Zum Waschen befand sich eine Badewanne mit Warm- und Kaltwasserzulauf in der Trockenkammer (Siebold 1829 S. 3 ff).

6.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Zwei Jahre nach Gründung der Friedrich-Wilhelms-Universität im Jahr 1810 beantragte die medizinische Fakultät am 28.07.1812 eine Professur für Geburtshilfe. Denn ohne

²⁰ Das Gebärkissen war ein Matratzenpolster mit einem herausnehmbaren Keil in der Mitte (Dziedzic/Renkowitz 1999 S. 63).

Geburtshilfe war das Medizinstudium nicht vollständig. Die Studenten konnten ohne dieses Fach keinen Abschluss machen, und Berlin wollte sie nicht an andere Universitäten verlieren. Dazu wurde Adam Elias von Siebold (1775-1828) berufen, der nach zweimaliger Ablehnung schließlich im Jahr 1817 die Berufung annahm [Tab. 4]. Seine Bedingung dafür war die Einrichtung einer eigenen Entbindungsanstalt. Diese wurde dann gegen die Vorbehalte von Johann Nepomuk Rust (1775-1840) durchgesetzt, der nur eine Entbindungsanstalt in Berlin an der Charité haben wollte, um Geld zu sparen. Damit verfügte die Stadt nun über zwei Entbindungskliniken in enger räumlicher Nähe. Vorrangig für die Studenten war die Ausbildung in der universitären Entbindungsanstalt in der Oranienburger Straße (Lenz 1910 S. 368 f 1(2), ebd. S. 546 f (1)).

6.2.1 Die Direktoren

Vor seinem Berliner Wirken war Siebold bereits Professor für Geburtshilfe und Hebammenlehrer in Würzburg, wo er 1805 eine Gebäranstalt nach seinen eigenen Vorstellungen bauen ließ [Abb. 31]. Dies war der erste Lehrstuhl für Geburtshilfe in Deutschland überhaupt. Für die damalige Zeit war er in seinen wissenschaftlichen Ansätzen



Abb. 31: Adam Elias von Siebold (Ebert/David 1994a S. 14)

ein Vorreiter. Er beschäftigte sich als einer der Ersten mit der Gynäkologie. Seiner Meinung nach war die Heilkunst der Geburtshilfe nur mit den „Frauenzimmer-Krankheiten“ vollständig. Denn dass „...*die meisten weiblichen Leiden von dem Genitalsystem [...], welches in seiner ganzen Ausdehnung kennen zu lernen nur dem Geburtshelfer vergönnt ist*“ (Siebold 1902 S. 632) ausgehen, davon war er überzeugt. In der Berliner Entbindungsanstalt wählte er bei der praktischen Ausübung der Geburtshilfe den Mittelweg zwischen den beiden vorherrschenden divergenten Meinungen im deutschsprachigen Raum von Oslander und Boer [vgl. Kapitel 5.2.7 S. 76 f]. So

war Siebold bemüht, „*bei Schwangerschaft und Geburt die möglichste Harmonie mit den normalen Naturgesetzen zu unterhalten...*“ (Siebold 1902 S. 634) und Gesichts- und Beckenendlagegeburten natürlich entbinden zu lassen (Martin 1910 S. 395 f, Issmer 1959/60, Köpke 1860 S. 253 f).

Als Adam Elias von Siebold 1828 starb, übernahm sein Sohn Eduard Kaspar von Siebold (1801-1858) übergangsweise die Leitung [Abb. 32]. Als ordentlicher Nachfolger wurde dann 1829 Heinrich Wilhelm Busch (1788-1858) zum Professor für Geburtshilfe berufen, der seine Professur in Marburg an Eduard Kaspar von Siebold übergab [vgl. Kapitel 7.2.1 S. 96].

Ein promovierter Assistenzarzt unterstützte Siebold in den ersten Jahren, der mit ihm zusammen die Entbindungsanstalt und seine Stadtpraxis betreute. Der Assistenzarzt war zusätzlich für das Führen der Krankenjournale, die Aufnahme der Schwangeren, die mehrmalige tägliche Visite, den Studentenunterricht, der die „Touchirübungen“ zusammen mit dem Direktor sowie den poliklinischen Unterricht beinhaltete, und die Betreuung der Poliklinik verantwortlich. Später arbeiteten noch fortgeschrittene Medizinstudenten als Assistenten mit, die bereits Erfahrungen in der Geburtshilfe gesammelt hatten. Ab 1829 waren drei promovierte Ärzte in der Anstalt angestellt (Siebold 1829 S. 15 ff).

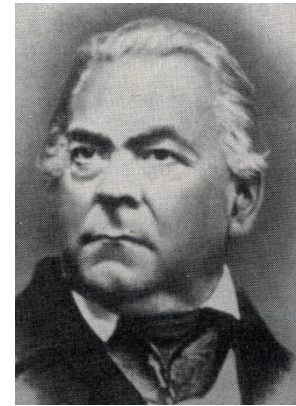


Abb. 32: Eduard Kaspar von Siebold (Issmer S. 158)

Leitung der königlichen Entbindungsanstalt in der Oranienburger Straße
1817-1828 Adam Elias von Siebold (1775-1828)
1828-1829 (komm.) Eduard Kaspar Jakob von Siebold (1801-1861)
1829-1858 Dietrich Heinrich Wilhelm Busch (1788-1858)

Tab. 4: Direktoren der königlichen Entbindungsanstalt (nach Ebert 2010)

Um die Patientinnen gut zu versorgen, wohnte das Personal in der Entbindungsanstalt. Neben der Wohnung des Direktors in der mittleren wohnte der Assistenzarzt in der oberen Etage. Die Wärterinnen schliefen auf Feldbetten in den Zimmern der Patientinnen, die morgens zusammengeklappt und weggeräumt wurden. Auch die Hebamme und die Wirtschaftlerin hatten ihre Wohnräume im gleichen Gebäude (Köpke 1860 S. 254 ff, Siebold 1829 S. 7 ff).

Die Hebammen in der Entbindungsanstalt waren für die Betreuung der Schwangeren zuständig. Bei Ankunft der Schwangeren mussten sie diese untersuchen und dem Direktor Bericht erstatten. Sie durften keine Anleitung zu „geburtshilflichen Verrichtungen“ geben, denn die Geburt war alleinige Aufgabe der Ärzte. Ihre Aufgabe bestand darin, die Kreißenden für die Geburt vorzubereiten, während der Geburt Trost zu spenden, Tee zu reichen und das Neugeborene und die frisch Entbundene zu versorgen. Theoretisch mussten sie allerdings über geburtshilfliches Wissen verfügen und auch eine Entbindung durchführen können: *„Die Hebamme führt zunächst die Aufsicht über die Schwangeren [...]. Sie muss bei allen Entbindungen zugegen sein, unmittelbar für die Gebärende sorgen [...]; jedoch muss sie sich alles Mitsprechens beim Unterrichte der Studirenden enthalten, darf durchaus keine Anleitung zu irgend einer geburtshilflichen Verrichtung geben, was bloß Sache des Directors und seiner Assistenten ist. [...] Uebrigens braucht es keine approbirte Hebamme zu sein, da sie mit der Entbindungskunst selbst in der Anstalt nicht zu thun hat, welche hier*

nur von männlichen Händen geübt wird: sie muss aber besonders erfahren im Untersuchen sein, auch im Nothfalle eine normale Geburt selbst besorgen können.“ (Siebold 1829 S. 16 ff).

6.2.2 Der Unterricht

Zum Unterricht an der „Königlichen Entbindungsanstalt“ waren nur die an der Friedrich-Wilhelms-Universität immatrikulierten Studenten zugelassen. Sie mussten sich vorher ausreichend mit der Theorie beschäftigt und genügend am Phantom²¹ geübt haben, denn *„die Klinik soll ja nur ein Anwenden aller der früher aufgefassten Lehren sein“* (Siebold 1829 S. 49). Für die Ausbildung der Absolventen der militärärztlichen Bildungsanstalten war die Charité zuständig. Auch Ärzte, die sich nach ihrem Studium auf einer wissenschaftlichen Reise befanden, wie es damals oft üblich war, hatten Gelegenheit, in dem Gebärdhaus für ein bis zwei Semester bei Siebold zu lernen.

Unter Adam von Siebold fand der geburtshilfliche Unterricht in Form von Vorlesungen, Übungen von geburtshilflichen Operationen am Phantom und dem praktischen Unterricht in der Gebärdanstalt und der Poliklinik statt. Sehr wichtig war Siebold, den Ruf der Anstalt nicht zu gefährden, um das Ausbleiben der Patientinnen zu vermeiden: *„Jede Schwangere und Gebärende ist vorzüglich während der Touchirübungen mit dem größten Anstande, mit aller Schonung und der dazugehörigen Decenz zu behandeln, und alles zu vermeiden, was nur immer das Decorum beleidigen, und zugleich die Entbindungsanstalt der Universität in einen zweideutigen Ruf setzen könnte.“* (Siebold 1829 S. 59).

Gerade die Poliklinik fand Siebold bedeutend, denn: *„insofern der Geburtshelfer in diesem Theil der praktischen Medizin um Rath gefragt wird: und um so nothwendiger, weil nicht jederzeit in medizinischen Lehranstalten grade die Krankheiten des weiblichen Genitalsystems deren Wichtigkeit, deren großer Einfluß auf den ganzen weiblichen Organismus von jedem praktischen Arzt anerkannt wird, theils aus Mangel an der Zeit, theils aber auch wirklich aus Mangel einer genauen Untersuchung gewöhnlich oberflächlich behandelt werden.“* (Siebold 1822 S. 37).

Siebold richtete 1819 als Erster eine Poliklinik in der Entbindungsanstalt für die *„Behandlung von Krankheiten der Weiber und neugebornen Kindern“* in Deutschland überhaupt ein (Siebold 1822 S. 37). Die Aufgaben der Poliklinik bestanden darin, schwierige Geburten zu Hause zu unterstützen und Frauen und Mädchen zu behandeln, die sich in der Poliklinik mit Beschwerden vorstellten. Die Sprechstunden fanden zweimal wöchentlich für eineinhalb bis zwei Stunden statt. Zusätzlich konnten sich Hebammen an die Anstalt wenden

²¹ „Phantome“ sind weibliche Unterleiber aus Pappmaché, Leder oder sogar echten Skeletteilen (Siebold 1829 S. 69 f).

und um Hilfe bei Hausgeburten bitten. Der Direktor ging dann mit einem Praktikanten, der die Geburt leitete und die Frau weiter im Wochenbett betreute, zu der Gebärenden nach Hause (Siebold 1829 S. 37 ff). Der Lerneffekt der Poliklinik war laut Siebold bedeutend für die berufliche Karriere: *„Außer den in der Entbindungsanstalt vorfallenden Geburten bietet auch die Poliklinik nicht selten Gelegenheit zum Unterricht dar, besonders in Fällen, wo Hebammen um Hülfe nachsuchen müssen. Dergleichen Fälle, meistens schwierige, oft wohl gar von den Hebammen schon verpfuschte, werden dem Schüler doppelt lehrreich; denn außer der grade angezeigten Hülfeleistung, lernt er auch, da die Hülfesuchenden gewöhnlich zu der ärmsten Volksklasse gehören, sich in einem engen, beschränkten Raume unter den ungünstigsten Verhältnissen frei und mit Umsicht bewegen: er wird auf Vorkehrungen aufmerksam, die er in der Entbindungsanstalt, wo er bei seiner Ankunft schon alles zugerüstet findet, wo ihm in jedem Augenblicke alle Hilfsmittel zu Gebote stehen, gar leicht übersehen kann, und wird dadurch allmählich zu der ihm bevorstehenden praktischen Laufbahn hingeleitet.“* (Siebold 1822 S. 34 f).

Für den theoretischen Unterricht diente die Instrumenten- und Präparatesammlung im zweiten Stockwerk. Dort wurden ein echtes Skelett, Phantome und Gebärmütter aus den verschiedensten Materialien wie Leder und Ton aufbewahrt. An diesen Modellen wurden die Zangengeburt und Wendungen mit einer Kinderleiche geübt, die in Weingeist aufbewahrt wurde. Denn bevor ein Praktikant am weiblichen Körper Untersuchungen vornahm, musste er sich gewissenhaft vorbereiten: *„Fuer Uebungen in der praktischen Geburtshilfe ist das Phantom, und sollte man nie Gebärende zu solchen Maschinen erniedrigen.“* (Siebold 1829 S. 63). Zusätzlich befanden sich in diesem Zimmer Anschauungsmaterialien wie eine Beckensammlung und Gläser mit Embryonen und Feten in den verschiedensten Entwicklungsstadien.

Der klinische Unterricht wurde vier Mal die Woche nachmittags von 16-17 Uhr angeboten und folgte einem genauen Ablauf. Zuerst untersuchten der Direktor und sein Assistent die Schwangere vor. Danach wurden die Studenten oder Praktikanten einzeln hereingerufen. Sie mussten die Schwangere äußerlich, inklusive der Brüste, und vaginal untersuchen und währenddessen dem anwesenden Direktor über die Befunde berichten. Maximal durften drei bis vier Studenten eine Patientin untersuchen. Für den klinischen Unterricht verlangte von Siebold: *„Die höchste Decenz wird vor allem hierbei zur Pflicht gemacht.“* (Siebold 1829 S. 38). Um ein möglichst großes Spektrum an Krankheitsbildern und Stadien der Schwangerschaft zeigen zu können, wurden sowohl die Schwangeren aus der Entbindungsanstalt als auch die Patientinnen, die sich in der gynäkologischen Sprechstunde vorstellten, zum Unterricht herangezogen. Zu diesen Fällen äußerte sich Siebold folgendermaßen: *„Der Schüler sieht hier die traurigen Folgen einer ungeschickten, rohen*

Geburtshilfe, er wird auf manche Misgriffe in der Behandlung der Weiberkrankheiten ohne vorangegangene Untersuchung aufmerksam.“ (Siebold 1822 S. 37).

Neben der täglichen morgendlichen Visite, an der auch die Studenten teilnehmen durften, fand auch oft noch eine Lehrvisite statt, in der der Direktor über den Krankheitsverlauf der Patientinnen berichtete: *„Jeder der Herren hat das Recht, die Wöchnerinnen genau zu untersuchen, sie zu befragen, nach den Brüsten zu sehen, und sind unsere Individuen darauf angehalten, Rede und Antwort zu stehen, ohne verdrüßliche Gesichter zu machen, und so den Forschenden abzuschrecken.“* (Siebold 1829 S. 44).

Zusätzlich gab es noch das sogenannte „Examen der Schwangeren“. Hierbei wurde die Patientin zuerst zu ihrer Schwangerschaft befragt, danach untersuchte der Student die Schwangere öffentlich im Auditorium und referierte über sie. Er war dann für den gesamten Aufenthalt für diese Patientin verantwortlich, d.h. er entband und betreute sie im Wochenbett. Als Lernziel gab Siebold Folgendes an: *„...wie überhaupt durch diese Uebung der Schüler gleichsam eingeführt werden soll in die künftige Praxis, und er das Benehmen hier erlernt, wie es die Frauen, die ihn zu ihrem Helfer in der Geburtsstunde erwählen, von ihm verlangen, da er doch oft schon in der Schwangerschaft aufgefordert wird, sie zu besuchen. [...] Auch steht es ihm frei, in Gegenwart des Directors und Assistenten, sie öfters zu sehen und Manches sowohl im Examen als in der Exploration nachzuholen, was ihm vielleicht früher entgangen ist...“* (Siebold 1829 S. 39 f).

Falls eine Patientin während des Aufenthalts verstarb, wurde sie in Anwesenheit aller Praktikanten in der Leichenkammer sezirt. Die Sektion nahm der Praktikant vor, der zu ihrer Betreuung eingeteilt war (Siebold 1829 S. 65).

6.3 Die Patientinnen

Die Mehrzahl der Frauen war unverheiratet und kam aus den niedrigsten sozialen Schichten. Aber es waren auch Witwen oder Gattinen von einfachen Handwerkern wie Weber oder Schneider darunter. Die hilfeschuchenden Patientinnen wurden von Siebold in seinem „Journal für Geburtshilfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten“ folgendermaßen beschrieben:

„Wilhelmine H., eine 19jährige, unverheirathete, zum erstenmale schwangere Blondine, aus Spandau gebürtig, von schwächlicher Konstitution, von zartem doch regelmäßigem Körperbau, wurde in den letzten Tagen des Novembers in die Anstalt aufgenommen. Sie war von Jugend auf gesund gewesen, seit ihrem 17ten Jahre regelmäßig menstruiert, und ihrer Angabe nach seit Anfang April schwanger...“ (Siebold 1822 S. 3).

„*Louise S., 35 Jahr alt, aus Potsdam, eine kleine, schwächliche, durch die in ihrer Jugend gehabte Rhachitis sehr verunstaltete, unverheirathete Person*“ (Siebold 1822 S. 30).

„*Caroline H., 19 Jahr alt, eine kleine feurige Brünnette, wurde schon im 13ten Jahre menstruiert und von innerm Drang getrieben, sich nicht zu lange dem vertrautern Umgange mit dem männlichen Geschlecht aufzusparen. Ihr Wunsch wurde bald über alle Erwartungen erfüllt...*“ (Siebold 1824 S. 291).

Die Patientinnen, die mit gynäkologischen Leiden die Hilfe der Poliklinik in Anspruch nahmen, kamen auch aus dem weiteren Berliner Umland, z.T. aus Städten Vorpommerns. Bei ihrer Vorstellung war das Krankheitsbild oft schon weit fortgeschritten. Eine Heilung war meist nicht mehr möglich. Siebold schrieb, dass diese „*Individuen aus der ärmsten Volksklasse sind*“ (Siebold 1829 S. 42). Zu Hause war Pflege und Bettruhe nicht möglich, da die Frauen mitarbeiten mussten, um Geld zu verdienen. Oft wurden sie auch von ihren Ehemännern misshandelt. Zudem verlangten die Männer „*selbst noch die Ausübung des Coitus, wenn die Frau bereits an Scirrhus oder Carcinom leidet, und die wüthendsten Schmerzen bei der Befriedigung der viehischen Begierden des Mannes erduldet*“ (Siebold S. 42). Für gynäkologisch erkrankte Patientinnen hatte die Anstalt keine Betten, aber in Siebold „*macht sich denn wirklich der Wunsch, einige Betten für kranke Frauenzimmer in der Anstalt zu haben, rege*“ (Siebold 1829 S. 42).

6.3.1 Die Aufnahme in die Entbindungsanstalt

Die Bedingungen für eine Aufnahme wurden damals in der Zeitung veröffentlicht. Die Schwangere sollte sich zwischen drei und vier Uhr nachmittags bei der Hebamme in der Entbindungsanstalt melden. Sie musste ein Attest mitbringen, welches ihr ein sittliches Leben bescheinigte. Dieses konnte entweder von ihrem Dienstherrn, der Polizei oder, falls sie verheiratet war, von ihrem Ehemann ausgestellt worden sein. Wenn diese Voraussetzungen gegeben waren und die Schwangere weder verwahrlost noch mit ansteckenden Krankheiten wie Syphilis infiziert war, durfte sie den kostenlosen Aufenthalt in Anspruch nehmen. Dieser umfasste Essen, Arzneien und die Behandlung. Ausgeschlossen davon waren Kosten für eine Taufe oder Beerdigung. Auch Kinderwäsche sollte selber mitgebracht werden. Im Gegenzug dazu musste sie sich für die Unterrichtsstunden zur Verfügung stellen: „*Dafür dient sie vom ersten Tage ihrer Aufnahme im Receptions-Journale zum Unterrichte, dem sie sich auf keiner Weise und unter keiner Entschuldigung entziehen darf.*“ (Siebold 1829 S. 22). Die Schwangeren mussten in der Zeit vor ihrer Aufnahme immer zu den Unterrichtsstunden erscheinen, damit der Zeitpunkt der Geburt

nicht verpasst und das Kind nicht auf der Straße entbunden wurde. In der Regel wurde die Schwangere 14 Tage vor Entbindung aufgenommen und 14 Tage nach Entbindung wieder entlassen. Abgewiesene Schwangere konnten die unentgeltliche Hilfe der Poliklinik in Anspruch nehmen, d.h. dass sie bei der Geburt zu Hause betreut werden konnten.

Die Buchführung wurde sehr exakt geführt. Jede Schwangere bekam eine Nummer. Alter, Familienstand, der Vater des Kindes, ihre Eltern, der Tag der Empfängnis, Untersuchungsergebnisse, die Umstände der Geburt und der Wochenbettverlauf wurden genau niedergeschrieben. Schwangere, die für ihren Aufenthalt bezahlen wollten, wurden nicht aufgenommen, denn der Komfort war unzureichend (Siebold 1829 S. 23 f).

Aufgrund des hohen Andrangs und der beschränkten Räumlichkeiten mussten viele Schwangere abgewiesen werden. Auch kam es vor, dass eine aufgenommene Patientin wegen „großer Unreinlichkeit“ vor der Entbindung wieder entlassen werden musste. Deshalb empfahl von Siebold, *„dass sich Schwangere bei dem immer mehr zunehmenden Wunsche hier entbunden zu werden und bei der dadurch bis zur Ueberfüllung entstehenden Concurrenz, so zeitig als möglich melden, nicht allein damit man bei der geringen Anzahl der Betten (denn dass der Raum der Anstalt jetzt in der That zu klein ist, hat die Erfahrung schon oft bewiesen) immer berechnen kann, wie viel man für jeden Monat anzunehmen im Stande ist, um nicht in die drückende Nothwendigkeit versetzt zu werden, solche, die erst mit Wehen in die Anstalt kommen, wegen gänzlichem Mangel an Raum wieder fortschicken zu müssen...“* (Siebold 1825 S. 51 f).

6.3.2 Die Geburt und das Wochenbett

Sobald die Wehen anfangen, musste die Hebamme den Direktor bzw. den Assistenten benachrichtigen. Er gab dann Anweisungen für das weitere Vorgehen. Die Schwangere wurde in den Entbindungssaal gebracht, wenn der Muttermund in der Größe eines „Achtgroschenstücks“ geöffnet war. Erst dann wurde eine Gruppe von acht bis zehn Praktikanten von zu Hause gerufen, die sich dann in dem Wartezimmer neben dem Entbindungssaal aufhielten, denn: *„Das verweilen im Gebärzimmer selbst kann, theils weil es sich mit der Schicklichkeit nicht verträgt, theils weil es die Gebärende nur ängstigt, unter keiner Bedingung gestattet werden.“* (Siebold 1829 S. 62). Die Gebärende bekam ein Klistier und wurde neu mit Unterrock, Nachtjacke, Halstuch, Nachtmütze und Strümpfen ohne Strumpfbänder eingekleidet. Bis das Bett fertig war, saß sie in einem Lehnstuhl. Sobald dann der Muttermund in der „Größe eines Talers“ geöffnet war, wurde sie auf das Gebärkissen gelegt. Die wartenden Studenten wurden einzeln zur Untersuchung

hereingerufen. Jeder Student untersuchte die Schwangere in jeder Phase der Geburt einmal, bei pathologischen Vorgängen auch mehrmals. Dabei wurde großen Wert auf Anstand und Sitte gelegt: *„Die Gebärende ist mit einem Deckbette, und wenn ihr dies zu warm ist, mit einer dichten wollenen Decke bedeckt, unter welcher die Herren die Untersuchung vornehmen.“* (Siebold 1829 S. 30). Ein Student wurde bestimmt, die Gebärende zu entbinden. Dieser durfte dann auch öfters als die anderen die Patientin untersuchen, unterstützte den Damm und kümmerte sich um die Nachgeburt.

Sobald dann die Austreibungsphase begann, wurden alle Studenten zur Beobachtung in den Entbindungssaal gerufen. Selbst dabei war es wichtig, die Schwangere nicht zu sehr zu entblößen: *„Die Gebärende wird zu dem Ende mit der größten Decenz bis an den Schamberg entblößt, jedoch die Schenkel so viel als möglich bedeckt gehalten.“* (Siebold 1829 S. 31). Auch nach der Geburt musste die frisch Entbundene wieder mehrfache Untersuchungen über sich ergehen lassen. Schwierige Geburten, die ein instrumentelles Eingreifen erforderten, wie die Entbindung mit der Zange oder die Wendung im Mutterleib, übernahm der Direktor oder sein Assistent selbst. Das Neugeborene wurde gewaschen, gewogen, gemessen und gewickelt und danach zu der Mutter ins Bett gelegt. Diese Aufgaben übernahm in der Regel die Hebamme. Aber auch die Praktikanten wurden dazu angehalten, damit sie die Hebammen später ordentlich überwachen konnten (Siebold 1829 S. 30 ff).

Für das Wochenbett galten strenge Regeln. Das Bett musste strikt für neun Tage gehütet werden. Die Neugeborenen schliefen in einem eigenen Bettchen neben der Mutter und sollten zum Stillen angelegt werden. Morgens wurden die Kleinen gebadet und abends gewaschen. Der Direktor gab gerne eine Prognose für die Erfolgsaussichten des Stillens und somit für das Gedeihen des Kindes ab, wenn er sich die Warzen unter der Geburt besah: *„Die Kultur der Warzen ist aber umso nöthiger, da gewiß nirgends so schlechte und zum Stillen untaugliche Warzen vorkommen, wie grade in Berlin. Sie sind zu klein, oft ganz in die Brust hineingedrückt.“* (Siebold 1829 S. 32 f). Trotz dieser „Missstände“ waren diese mittellosen Frauen gerne als Amme gefragt. Der Lohn war so gut, dass sie die eigenen Kinder bei einer „Päppelfrau“ unterbringen konnten (Siebold S. 36).

Über die Hygiene und Desinfektion der Hände erfahren wir nichts. Für Untersuchungen wurde eine Salbe aus reinem Schweinefett, die mit Rosenwasser versetzt war, genutzt. Vorsorge gegen das gefürchtete Puerperalfieber wurde nach damaligem Verständnis durch Putzen und Räuchern getroffen. Es schlief immer nur eine kleine Anzahl von Wöchnerinnen in den Zimmern. Die Wärterinnen räumten die Feldliegen, auf denen sie nachts schliefen, morgens aus den Zimmern. Wenn ein Raum leer stand, wurde er *„von Grund aus gereinigt,*

geliiftet, und mit Essigdämpfen durchräuchert; es werden die Strohsäcke, Matrazen u. s. w. an die Luft gebracht...“ (Siebold 1829 S. 7).

6.3.3 Der Alltag in der Entbindungsanstalt

Es gab einen streng geregelten Tagesablauf mit Essens- und Arbeitszeiten. Die Mahlzeiten wurden im Aufenthaltsraum gemeinsam mit der Hebamme eingenommen. Die Zusammenstellung der Speisen war ein wichtiger Bestandteil der Heilung und des Wohlergehens der Frauen. Im Wochenbett galt eine besondere Diät. Die Wöchnerin bekam überwiegend Suppen mit Brot und gekochten Pflaumen, ab dem achten Tag auch etwas Fleisch. Da der Aufenthalt für die Frauen unentgeltlich war, konnten sie zu leichten Hausarbeiten herangezogen werden, falls es der Gesundheitszustand erlaubte. Sie halfen bei der Reinigung des Hauses, beim Ausbessern der Wäsche und ähnlichen Arbeiten.

Besuche waren nur an zwei Wochentagen gestattet. Dabei war auch immer die Hebamme anwesend. Sobald die Schwangere in das Institut aufgenommen war, durfte sie es nur in Ausnahmefällen mit Erlaubnis des Direktors für einen Ausgang verlassen (Siebold 1829 S. 19 ff).

7. Die universitäre Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße von 1831 bis 1882

In diesem Kapitel beschreibe ich das neue Domizil der Entbindungsklinik in der Dorotheenstraße, wohin sie aufgrund von Platzmangel aus der Oranienburger Straße gezogen ist. Auch werde ich wieder die Direktoren vorstellen, die Unterrichtsmethoden sowie ein Porträt der Patientinnen liefern.

7.1 Die Einrichtung der universitären Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße

Mehrere Faktoren bewogen Dietrich Wilhelm Busch (1788-1858), der seit 1829 Direktor der königlichen Entbindungsanstalt war, in ein größeres Gebäude umzuziehen. Durch die steigenden Bevölkerungszahlen wurde die geburtshilfliche Klinik vermehrt in Anspruch



Abb. 33: Ansicht der Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße (Issmer 1959 S. 160)

genommen. Zusätzlich gab es auch immer mehr Medizinstudenten, die ausgebildet werden mussten. Dafür war das Gebäude in der Oranienburger Straße einfach zu klein. Deshalb wurde ein dreistöckiger Bau in der Dorotheenstraße 1-2 angekauft und die Klinik im August 1831 dorthin verlegt [Abb. 33]. Busch sah das Gebäude „durch seine vorzügliche

Lage in der Nähe der Universität und in der Mitte der Stadt sich sowohl als Universitäts-Institut, wie auch für die lebhafteste Betreibung der geburtshilflichen Poliklinik ganz besonders geeignet...“ (Busch 1837 S. 71). Anfänglich gab es Platz für 34 Patientinnen. Bis 1839 wurden die Betten durch Umbau auf 40 aufgestockt, so dass auch zahlende Patientinnen aufgenommen werden konnten (Busch 1837 S. 72 f, Busch 1850 S. 61).

Die Angaben der Kosten für den Kauf differierten zwischen 52.000 Taler und 32.100 Taler. Auch die vorherige Nutzung des Hauses wurde einmal als Wohnhaus, ein anderes Mal als ehemaliges russisches Gesandtschaftspalais angegeben. Issmer spricht vom Kauf zweier verschiedener Gebäude. Zum einen von dem Wohnhaus in der Dorotheenstraße 2, das

32.100 Taler kostete, aber von Busch für ungeeignet gehalten wurde, zum anderen von dem früheren russischen Gesandtschaftspalais in der Dorotheenstraße 5, das dann für 52.000 Taler angekauft wurde. Dies widerspricht jedoch den Angaben in den Berliner Adressbüchern. Die „Königliche Entbindungsanstalt“ wurde bis 1846 unter der Adresse „Dorotheenstraße 2“, danach aufgrund einer Änderung der Häusernummerierung unter „Dorotheenstraße 5“ geführt. Im Laufe der Jahrhunderte wechselte die Dorotheenstraße mehrfach ihren Namen. Bis 1822 hieß sie „Letzte Straße“ und von 1951 bis 1995 „Clara-Zetkin-Straße“.

Nach dem Umzug in die neugebaute Frauenklinik in der Artilleriestraße 1882 wurde das Gebäude in der Dorotheenstraße umgebaut. Verschiedene Institute und Fakultäten sowie die medizinische Poliklinik nutzten es danach. Heute existiert das Gebäude nicht mehr (Berlingeschichte 2010, Issmer 1959, Adressbücher von Berlin, Jolly 1910, Martin 1910, Köpke 1860 S. 254, Stoeckel 1929, Kraatz 1958).

7.1.1 Das Gebäude

Äußerlich war das Gebäude ein „*charakteristisches Beispiel der zu Anfang dieses Jahrhunderts herrschenden neoklassischen Stilfassung*“ (Architekten-Verein 1896 S. 260). Figurenreliefs und Rankenfriesen zierten seine Fassade. Das Haupthaus hatte drei Hintergebäude, die alle dreistöckig waren und einen Hof umschlossen. Gegenüber dem Gebäude befanden sich der botanische Garten und der Kastanienwald des Universitäts-Hauptgebäudes. Im Jahr 1838/39 wurden die alten Hintergebäude abgerissen und als Ersatz ein neuer Seitenflügel mit einer Front von 13 Fenstern gebaut (Busch 1837 S. 71, Busch 1850 S. 61).

7.1.2 Die räumliche Aufteilung

Busch beschrieb die Funktion der Räume und deren Ausstattung in seinem Bericht von 1837 detailgenau. Im Erdgeschoss bzw. Hochparterre befanden sich das Warte- sowie Untersuchungszimmer für die Patientinnen. Letzteres hatte ein Sofa für die Untersuchung im Liegen und war „*mit vier Schirmen zur möglichst decenten Ausführung der Untersuchung*“ ausgestattet (Busch 1837 S. 77). Für die Ausbildung und Lehre gab es einen Hörsaal mit vier Fenstern und ein Kabinett mit Sammlungen von Instrumenten und Präparaten.

Die Räume der Patientinnen lagen im mittleren Stock des Hauptgebäudes bzw. ab 1838/39 im Seitenflügel. Die Wöchnerinnen waren in vier Zimmern mit insgesamt 18 Betten im

mittleren Stock untergebracht. Zwei Zimmer waren jeweils durch breite, große Flügeltüren miteinander verbunden. Wände und Decken, Jalousien sowie die Bettgestelle aus Eisen oder Holz waren farblich grün gehalten. Ein Ventilator vor allen Fenstern sorgte für Luftzirkulation. Die Kinderbettchen standen auch mit im Zimmer. Für die älteren Wöchnerinnen gab es in den Vorzimmern räumlich abgetrennte Latrinen.

Auf der gleichen Etage befand sich auch das Gebärmutterzimmer. Ausgestattet war es mit zwei Geburtsbetten, die mit dem Kopfende zur Wand gegenüber den Fenstern standen. Für die Neugeborenen gab es einen Wickeltisch und eine Badevorrichtung. Für die Ärzte und Hebammen waren ein Schreibpult, eine Wanduhr und ein Waschbecken mit einem Gefäß für Wasser vorhanden. Licht kam durch zwei große Fenster zum Hof und von einer Deckenhängeleuchte. Für die Studenten bzw. Praktikanten schloss sich an das Gebärmutterzimmer ein Warteraum mit Sofa, Tisch und der Hausapotheke an, die in einem Schrank untergebracht war (Busch 1837 S. 72 f, Köpke 1860 S. 256).

Die Schlafzimmer für die Schwangeren mit 16 Betten waren auf fünf Zimmer verteilt. Tagsüber mussten sich die Patientinnen in dem Aufenthaltsraum aufhalten, denn *„...es wird streng darauf gehalten, dass die Schwangeren sich während des Tages nicht in denselben aufhalten, sondern dass sie vielmehr sorgfältig ausgelüftet werden, ein Verfahren, welches ich für Entbindungs-Anstalten besonders wichtig halte, indem es sehr nachtheilig auf die Beschaffenheit der Luft einwirkt, wenn die Schwangeren sich auch am Tage in ihrem Schlafzimmer aufhalten, auf den Betten sitzen oder liegen u.s.w.“* (Busch 1837 S. 73).

Der Direktor hatte seine Wohnung im obersten Stock, wo es auch drei Zimmer für zahlende Patientinnen gab. Der Sekundärarzt, der erste Assistent und der Portier wohnten im Erdgeschoss. Die Hebamme hatte ein Wohnzimmer im mittleren Stockwerk auf der Etage der Schwangeren. Die Wirtschaftsräume wie Küche und Vorratskammer und die Wohnung der Wirtschaftlerin lagen im Seitenflügel. Zusätzlich gab es noch eine Waschküche und eine Leichenkammer im Hintergebäude (Busch 1837 S. 72 f, Wollheim 1844).

7.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Dietrich Wilhelm Heinrich Busch (1788-1858) baute die Poliklinik in der Dorotheenstraße weiter aus. Sein Nachfolger Eduard Arnold Martin (1809-1875) war mit dem Ziel nach Berlin gekommen, die erste gynäkologische Klinik in Deutschland zu gründen. Dieses Vorhaben verwirklichte er dann auch Schritt für Schritt trotz starker Widerstände und Kompetenzstreitigkeiten seitens Jüngken, dem Chef der Chirurgie in der Charité [vgl. Kapitel 4.2.3 S. 62 f]. Martin hatte damit einen Grundstein der heutigen Gynäkologie gelegt.

Er war dann offiziell ab Oktober 1858 Direktor der universitären Entbindungsanstalt und der gynäkologischen Abteilung in der Charité (Ebert/David 1994b, Martin 1910 S. 397). Sein Sohn August Martin hob später die Einmaligkeit hervor: *„Eine gynäkologische Klinik war für die damalige Zeit ein vollständiges Novum.“* (Martin 1910 S. 387).

Nicht nur in dieser Hinsicht wollte Martin Veränderungen in Berlin durchsetzen. Die praktische Ausbildung der Studenten sollte ausgeweitet werden, was aber vom Minister abgelehnt worden ist. Auch für einen Neubau einer zweiten Frauenklinik neben der Abteilung in der Charité setzte Martin sich ein. Vom Ministerium erhielt er dann auch 1871 die Zusage, jedoch wurde mit dem Bau erst nach seiner Amtszeit im Jahr 1880 begonnen.

7.2.1 Die Direktoren



Abb. 34: Heinrich Wilhelm Busch (Issmer 1959 S. 159)

Unter der Leitung von Dietrich Wilhelm Busch (1788-1858) wurde der Schwerpunkt der Entbindungsanstalt auf die Geburtshilfe gelegt [Abb. 34]. Der Standpunkt von Busch war: *„Der wichtigste und bedeutendste Theil der Thätigkeit unserer geburtshülflichen Klinik muß stets die Behandlung der Geburten bleiben, und die Behandlung der Geschlechtskrankheiten des Weibes muß stets, der inneren Einrichtung des Instituts gemäß, einen kleineren Wirkungskreis erhalten...“* (Busch 1837 S. 80). Vor seinem Amtsantritt in Berlin hatte er seit 1820 eine Professur für Geburtshilfe in Marburg inne, wo er bereits seit 1814 Professor für Chirurgie war. Als Nachfolger von Siebold wurde er dann 1829 nach Berlin an die universitäre Entbindungsanstalt gerufen, in der er bis zu seinem Tod 1858 wirkte [Tab. 5] (Issmer 1959 S. 160, Martin 1910 S. 396). Den neuen wissenschaftlichen Theorien Semmelweis über die Entstehung des Puerperalfiebers und dem Einsatz der Chloroformnarkose stand er ablehnend gegenüber: *„Es ist dieses augenscheinlich der trefflichen Beschaffenheit der Wochenzimmer in der Entbindungsanstalt, so wie der Pünktlichkeit zuzuschreiben, mit welcher darauf gehalten wird, dass dieselben nicht zu lange Zeit ohne Unterbrechung mit Wöchnerinnen besetzt sind, sondern vielmehr abwechselnd gelüftet und gereinigt werden. Dieses Verfahren ist nach meiner Beobachtung das einzige, welches gegen das epidemische Ausbrechen des Kindbettfiebers in einer Entbindungs-Anstalt schützen kann.“* (Busch 1837 S. 85).

Leitung der universitären Entbindungsklinik in der Dorotheenstraße
1829-1858 Dietrich Wilhelm Heinrich Busch (1788-1858)
1858-1875 Eduard Arnold Martin (1809-1875)
1875-1887 Carl Schröder (1838-1887)

Tab. 5: Direktoren der universitären Entbindungsklinik (nach Ebert 2010)

Nach Buschs plötzlichem Tod im Jahr 1858 wurde Eduard Arnold Martin (1809-1875) von Jena nach Berlin berufen [Abb. 35]. In Jena arbeitete Martin bereits seit 1837 als Professor in der Geburtshilfe. Dort errichtete er eine der ersten Polikliniken für Geburtshilfe und Gynäkologie. Martin war stets an neuen, wissenschaftlichen Erkenntnissen interessiert, die er dann auch in die tägliche Praxis einführte. So wendete er die Chloroformnarkose bei Geburten an, führte Bluttransfusionen bei Müttern und Neugeborenen sowie die Auskultation durch. Die Theorie von Semmelweis



Abb. 35: Eduard Arnold Martin (Issmer 1959 S. 165)

bezüglich des Kindbettfiebers akzeptierte er erst in seinen späten Lebensjahren. Am Berliner wissenschaftlichen Leben nahm er u. a. aktiv als Mitglied der „Gesellschaft für Geburtshilfe“ in Berlin teil. Doch nicht alle teilten Martins Standpunkt, dass die Gynäkologie die Geburtshilfe erweiterte und einen neuen Schwerpunkt darstellen würde. Und so zog er aus den Differenzen innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft die Konsequenz. Er trat aus der Berliner „Gesellschaft für Geburtshilfe“ aus und gründete im Dezember 1873 die „Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin“. Diese wurde dann von Schröder fünf Monate nach Martins Tod mit der geburtshilflichen Gesellschaft wieder vereinigt (Ebert/David 1994b S. 32 f, Martin 1910, Issmer 1959/60 S. 166).

7.2.2 Der Unterricht

Bei Busch nahmen außer den Studenten der Universität auch „reisende Ärzte und sonstige fremde Fachgenossen“ am klinischen Unterricht teil (Busch 1837 S. 79). Dieser fand täglich zwischen 16-17 Uhr statt und umfasste die Geburten der Klinik und Poliklinik sowie Krankheiten der weiblichen Geschlechtsteile und der Kinder. Wollheim berichtete, dass „nur die unentgeltlich aufgenommenen Frauenzimmer zum Unterricht verwendet“ wurden (Wollheim 1844 S. 417). Dabei wurde streng darauf geachtet, „dass nicht die Kreissenden zu Phantomen herabgewürdigt und ohne Noth gewaltsame Eingriffe gemacht werden“ (Wollheim 1844 S. 417).

Montags wurden die Geburtsfälle der vorangegangenen Woche besprochen, donnerstags die Geschlechtskrankheiten anhand klinischer Fälle in Form einer Sprechstunde. Zuerst wurden die Patientinnen im Hörsaal vorgestellt und eine ausführliche Anamnese erhoben. Die anschließende Untersuchung fand allerdings nicht vor allen Studenten statt, sondern in einem Untersuchungszimmer hinter Sichtschirmen unter Anleitung des Direktors. Die Untersuchung selbst erfolgte manuell und falls nötig mit dem Speculum vaginae. Anschließend wurde der Befund im Hörsaal vorgetragen und die Diagnose und Therapie bestimmt. Falls die Patientin operativ behandelt werden sollte, wurde sie in die Anstalt aufgenommen und vom Direktor operiert: *„Die Zahl der an Krankheiten der Geschlechtstheile leidenden Frauen, welche zum klinischen Unterricht benutzt werden, muss verhältnismäßig zu der Zahl der Hülfsuchenden sehr beschränkt werden, und es werden daher vorzüglich solche Kranke ausgewählt, bei welchen eine Operation nothwendig wird, oder bei welchen die Diagnose und Behandlung von besonderem Interesse ist.“* (Busch 1837 S. 75).

Die übrigen Tage wurden *„zu der Uebung in der geburthülflichen Untersuchung verwendet, und auf die möglichst fruchtbringende Ausführung dieser Uebung vorzüglich Bedacht genommen.“* (Busch 1837 S. 77) Dieser Unterricht fand auch im Untersuchungszimmer statt. Der Direktor, der Sekundärarzt und die beiden Assistenten untersuchten jeweils eine Schwangere hinter einem Schirm. Der Praktikant untersuchte nach und stellte seinen Befund vor. Busch lobte den Fleiß der Studenten: *„Es muss auch rühmend anerkannt werden, mit welchem ausdauernden Fleiße die Practicanten stets diese Touchirübungen besuchen.“* (Busch 1837 S. 77). Die Zahl der Teilnehmer lag im Durchschnitt bei 50 Studierenden (Wollheim 1844 S. 418).

Zur Veranschaulichung des Unterrichts besaß das Institut Präparate von missgebildeten und normalen Früchten aus verschiedenen Schwangerschaftsmonaten, von Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, abnormen Nachgeburten und über 90 weibliche normale und anormale Becken (Köpke 1860 S. 254).

Unter Martin war der Unterricht anders geregelt, da er der Gynäkologie einen gleichwertigen Stellenwert einräumte. Er hielt jeweils dreimal wöchentlich klinischen Unterricht für Geburtshilfe in der Dorotheenstraße und für Gynäkologie in der Charité ab. Martin forderte von den Studenten, dass sie mit den Grundbegriffen der gynäkologischen Therapie und Diagnostik vertraut sein sollten (Martin 1910).

Die Änderung der Prüfungsordnung in Preußen aus dem Jahr 1867, in dem jeder Student während seines Studiums vier Geburten geleitet haben musste, konnte im universitären Alltag praktisch nur unzureichend umgesetzt werden. Da die Zahl der Studenten wesentlich

schneller anstieg als die der Dozenten, war diese Anforderung oft nicht durchführbar. Der praktische Teil wurde meist nur pro forma auf dem Papier bestätigt (Huerkamp 1985 S. 98 ff).

7.3 Die Patientinnen

Auch in der Klinik in der Dorotheenstraße hatte sich an der Patientenstruktur nicht wesentlich etwas geändert. Die Mehrheit der Patientinnen kam immer noch aus den untersten sozialen Schichten und war unverheiratet (Busch 1837). Typische Beschreibungen der Patientinnen lauteten folgendermaßen: *„eine 27jährige Frau von sanguinischem Temperamente und zarter etwas reizbarer Constitution“* oder *„eine 17jährige Erstgebärende von plethorischem Habitus und kräftigem, schönem Körperbau“* (Busch 1837 S. 90). Allerdings betonte Busch, dass auch mittlerweile Frauen kleiner Handwerker und Arbeiter die Klinik aufsuchten: *„...durch die in bedeutender Zunahme stets begriffene Bevölkerung Berlins und das in gleichem Maasse wachsende Vertrauen des Publikums konnte es geschehen, dass die Zahl der Entbindungen gegen den früheren gleichen Zeitraum sich verdoppelt hat, und daher eine reiche Ausbeute für die Erfahrung am Kreissbette geliefert hat.“* (Busch 1850 S. 60).

7.3.1 Die Aufnahme in die Klinik

Falls die schwangeren Frauen die Hilfe der Klinik für ihre Entbindung in Anspruch nehmen wollten, sollten sie sich spätestens zwei Monate vor der Entbindung anmelden. Die Aufnahme erfolgte dann 14 Tage vor dem Entbindungstermin und falls alles gut lief, wiederum zwei Wochen nach Entbindung die Entlassung. Persönliche Angaben und der Verlauf während des Aufenthalts wurden schriftlich in Journalen festgehalten.

Da jedoch die finanzielle Situation beschränkt war, konnte nur eine begrenzte Anzahl von Schwangeren unentgeltlich aufgenommen werden. Deshalb wurden mit Einwilligung vom Ministerium auch solche Patientinnen aufgenommen, die ihre Verpflegung selbst bezahlten, *„...und es ist auf diese Weise dem klinischen Unterrichte ein bedeutender Zuwachs erworben worden.“* (Busch 1837 S. 75). 1834 machten diese Patientinnen bereits ein Drittel aus. Bei den zahlenden Patientinnen gab es zwei Klassen. Die erste Klasse erhielt ein eigenes Zimmer, wobei eine Wärterin drei Schwangere betreute. Die zweite Klasse bezahlte lediglich für die Befreiung von der Untersuchung und Entbindung durch Praktikanten und der häuslichen Arbeit. Die Kosten beliefen sich pro Monat für die erste Klasse auf 15 Taler im

Sommer und 20 Taler im Winter, für die zweite Klasse musste man 7 Taler pro Monat bezahlen.

Schwangere, die für ihren Aufenthalt nicht bezahlten, konnten bereits länger vor der Niederkunft in der Klinik aufgenommen werden. Auch wurden sie mit Kleidung für sich und das Neugeborene ausgestattet. Die Entbindung fand allerdings durch einen Praktikanten unter Aufsicht des Assistenzarztes statt, und sie mussten häusliche Arbeiten verrichten. Gynäkologisch erkrankte Frauen nahm Busch nur stationär auf, wenn er eine operative Therapie für nötig befunden hatte (Busch 1837 S. 74 ff).

7.3.2 Die Geburt und das Wochenbett

Die Aufgabenverteilung war streng geregelt. Der Direktor leitete die Geburten der Entbindungsanstalt und der Sekundärarzt die der Poliklinik. Die Assistenzärzte wechselten wöchentlich zwischen beiden Abteilungen. Von den Praktikanten wurden die Anfänger in der Entbindungsanstalt und die Geübteren in der Poliklinik eingesetzt. Durch die Einrichtung der Poliklinik war die Anzahl der betreuten Geburten bei den Frauen zu Hause wesentlich größer, so dass die Studenten viel praktische Erfahrung sammeln konnten. Der Portier des Hauses benachrichtigte die jeweiligen Studenten rund um die Uhr, sobald die Wehen einer Patientin in der Anstalt eingesetzt hatten. Bei interessanten Fällen wurden alle Studenten gerufen (Busch 1850, Wollheim 1844 S. 417). Busch betonte die gute Behandlung in seiner Klinik: *„Bei sorgfältiger Behandlung kam in keinem Falle ein Sturz des Kindes auf den Fußboden vor, und eben so wenig entstand ein anderer nachtheiliger Einfluß dadurch, als dass die Nachwehen gewöhnlich ziemlich stark wurden.“* (Busch 1837 S. 104).

Jeden Morgen gab es eine Visite, bei der die Praktikanten, die eine Patientin entbunden hatten, mitgehen durften. Bei Bedarf wurde zusätzlich abends eine Visite durchgeführt. Ansonsten war es den Praktikanten nicht erlaubt, die Patientenzimmer zu betreten (Busch 1837 S. 78).

8. Zur Gesundheitspolitik, der Weiterentwicklung des Arztberufes und der Frauenheilkunde sowie der rechtlichen und sozialen Stellung der Frau in der Gesellschaft im 20. Jahrhundert

Dieses Kapitel beinhaltet die historischen Entwicklungen im 20. Jahrhundert. Da dies eine sehr ereignisreiche Zeit war, kommen in diesem Kapitel drei verschiedene politische Systeme zum Tragen: die Weimarer Republik, das 3. Reich unter der Herrschaft der NSDAP und der Sozialismus in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR). Diese Systeme hatten jeweils sehr unterschiedliche, z.T. auch gegensätzliche, Ansätze und Umsetzungen zu den Themen der Gesundheitspolitik, der Rolle des Arztes und der Frauenheilkunde im politischen System sowie der Frau in Recht und Gesellschaft.

8.1 Die Gesundheitspolitik Deutschlands und die Entwicklung des Krankenhauses

Die extremen politischen Umbrüche im 20. Jahrhundert in Deutschland spiegelten sich auch besonders in der Gesundheitspolitik und deren praktischen Umsetzung in den verschiedenen Systemen wieder. Während in der Weimarer Republik die Gesundheitspolitik zugunsten der Bevölkerung ausgerichtet wurde, benutzte die NSDAP mit ihrer Ideologie die Medizin und deren Akteure für ihre Zwecke. In der DDR wurde die Medizin im Sinne des Sozialismus geprägt.

8.1.1 Liberale Ansätze in der Weimarer Republik

Beginnend mit der Industrialisierung und der damit einhergehenden Umwälzung der Gesellschaft änderte sich die bis dahin traditionelle Rolle der Frau. Immer häufiger beteiligte sie sich am Lebensunterhalt der Familie. Der 1. Weltkrieg und die Weltwirtschaftskrise 1929-1932 verschärften die sozialen Missstände der Familien. Je mehr Kinder die Frau gebar, desto mehr war die Familie auf einen Zusatzerwerb angewiesen. Allerdings war das nur bis zu einem bestimmten Umfang möglich, denn mehr Kinder bedeuteten auch mehr Betreuungsverpflichtungen. Dies war ein Teufelskreis, den die verzweifelten Frauen oft nur durch Abtreibung zu durchbrechen wussten.

Im Rahmen der aufkommenden Sozialhygiene und der daraus erwachsenden sozialen Gynäkologie [vgl. Kapitel 8.2.3 S. 107] mit seinen Begründern Max Hirsch (1877-1948) und Wilhelm Liepmann (1878-1939) entstanden in der Weimarer Republik Sexualberatungsstellen sowie ein vielfältiges Fürsorge- und Beratungsangebot für Mütter, Kinder und andere Bevölkerungsgruppen. Diese kommunalen Einrichtungen hatten allerdings nur einen präventiven Charakter, das kurative Therapiemonopol lag weiterhin bei den Ärzten und war Kassenleistung. Ein umstrittener Punkt war auch schon damals §218²², der die Selbst- und Fremdbtreibung beinhaltete. Bereits seit 1871 war eine Abtreibung unter diesem Paragraphen gesetzlich verboten und wurde unter Strafe gestellt. Seit 1927 war eine Abtreibung aufgrund einer medizinischen Indikation erlaubt. Unter den Befürwortern zur Liberalisierung dieses Paragraphen war auch Max Hirsch, der für eine medizinische und soziale Indikation eines Schwangerschaftsabbruchs eintrat, da die Mortalität durch unsachgemäße Schwangerschaftsabbrüche sehr hoch war (Kretschmar 1997, Lindner 2003, Frevel/Dietz 2004, Schneck 1976).

8.1.2 Unter der Herrschaft der NSDAP

Als die Nationalsozialisten an die Macht kamen, schlossen sie sofort alle Sexualberatungsstellen und anderen kasseneigenen Einrichtungen wie Ambulatorien und Kliniken. Das Gesundheitswesen wurde verstaatlicht und zentralisiert. Oberste Priorität hatte die Vermehrung der „arischen Rasse“. Dazu diente eine forcierte Familienpolitik. Durch Verbote der Empfängnisverhütung und Verschärfung der Strafe bis zum Tod bei Verstoß gegen §218 waren die Möglichkeiten einer bewussten Familienplanung rechtlich nicht mehr möglich. Interessant dabei ist, dass die Zahl illegaler Schwangerschaftsabbrüche, besonders bei ledigen Frauen, trotzdem weiterhin sehr hoch war. Um dies zu unterbinden, unterstützte die NSDAP mit mehreren Organisationen und Hilfswerken ledige Mütter. Obwohl die Politik auf Ehe und Familie ausgerichtet war, wollten die Machthaber nicht auf „rassisch gesunde“ Kinder im Zuge der Bevölkerungserhaltung und -vermehrung verzichten (Kretschmar 1997, Lindner 2003).

In der Weimarer Republik brachte die Auseinandersetzung mit den existierenden Problemen die Entwicklung von diversen Wohlfahrtsmaßnahmen hervor. Unter der Macht der Nationalsozialisten wurde dieser Ansatz jedoch pervertiert und die Gesundheitsfürsorge für die erbliche und rassische Volksgesundheit missbraucht. Legalisierung eugenischer

²² Paragraph 218 regelt den Schwangerschaftsabbruch. Seit dem 1.10.1995 gilt in der Bundesrepublik folgende Regelung: Grundsätzlich ist der Schwangerschaftsabbruch strafbar, kann jedoch durch einen Arzt nach §218a StGB straffrei bzw. rechtmäßig durchgeführt werden. Dies kann aufgrund einer sozialmedizinischen Indikation, bei sexuellem Missbrauch und bei dem sogenannten beratenden Schwangerschaftsabbruch erfolgen (Psyhyrembel 1998 S. 1437 f).

Schwangerschaftsabbrüche, Zwangssterilisation, Eheverbote und die Euthanasie seien hier nur als einige Punkte aufgeführt. Der Begriff „Rassenhygiene“, also Eugenik²³, war keine Erfindung der Nationalsozialisten. Er hatte seinen Ursprung im ausgehenden 19. Jahrhundert, wo Lösungen für soziale Konflikte, besonders in der Gesundheitsfürsorge, im Rahmen des Darwinismus gesucht wurden (Kretschmar 1997, Lindner 2003, Frevel/Dietz 2004, Frei 1988).

8.1.3 Die Gesundheitspolitik in der DDR

Das Gesundheitswesen der DDR richtete sich nach dem Grundsatz der Gleichberechtigung von Mann und Frau im gesellschaftlichen als auch im Familienleben. Die Vor- und Fürsorge der Frauen und Mütter wurde besonders bedacht und ausgebaut, um ihnen die Teilnahme am Arbeitsleben auch bei Kinderwunsch zu ermöglichen und zu erleichtern. Ein umfangreiches „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ sollte dies gewährleisten. Daher eröffneten in den 1950er Jahren viele Schwangeren- und Mütterberatungsstellen. Das Ziel bestand darin, letztlich alle Schwangeren zu erfassen. Um dies zu erreichen, bekamen die Schwangeren bis 1958 zusätzliche Lebensmittelrationen, danach Kinderbeihilfen, wenn sie die Beratungsstellen aufsuchten bzw. die vorgeschriebenen Untersuchungen in der Mutterkarte nachweisen konnten.

Ab den 1960er Jahren wurde die Klinikentbindung forciert, um die Sterblichkeit der Mütter und der Säuglinge auf ein Minimum zu reduzieren. Der Ausbau der Entbindungskliniken und die Erhöhung der Bettenzahlen wurden vorangetrieben, so dass man in den 70er Jahren das Ziel mit nahezu 100 % erreicht hatte, dass alle Frauen in der Klinik entbinden konnten (Major 2003).

Auch im Arbeitsschutz gab es wesentliche Verbesserungen. Sechs Wochen vor und 22 Wochen nach der Geburt erhielt die Mutter bezahlten Urlaub. Ledige Mütter erhielten besondere Geldleistungen im Krankheitsfall des Kindes und bevorzugt einen Krippenplatz (Rücker 1990).

Bis 1972 war die Schwangerschaftsunterbrechung nur aus medizinischen oder eugenischen Gründen möglich. Aus sozialer Indikation war der Abbruch kurz nach dem Krieg von 1947 bis 1950 und danach ab 1965 bedingt wieder zulässig. Zum Aufbau der Bevölkerung war dieser Grund zwischenzeitlich obsolet. Frauen wurde das Gebären von Kindern durch Betreuungsmöglichkeiten und besonderen Gesundheitsschutz trotz Berufsleben attraktiv

²³ Eugenik ist die „historische Bezeichnung für die Anwendung der Erkenntnisse der Humangenetik auf Bevölkerungen“ (Pshyrembel 1998 S. 473).

gestaltet. Der Staat sah durch seine Maßnahmen keinen Grund mehr, der einen sozialen Abbruch rechtfertigen würde. Allerdings wurden 60 % der Aborte weiterhin illegal ausgeführt. Das führte zu einer Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Ab 1972 bezahlte der Staat Abbrüche. Paragraph 218 wurde aus dem Strafgesetzbuch gestrichen. Die Abtreibung erfolgte nun in der Klinik inklusive Krankschreibung. Um dieser Art von Verhütung vorzubeugen, waren Verhütungsmittel wie orale Kontrazeptiva kostenlos (Thietz 1992).

8.1.4 Die Entwicklung des Krankenhauses

Die Anforderungen an die Architektur des Krankenhausbaus änderten sich im Laufe des 20. Jahrhunderts durch die rasante Entwicklung in der Medizin. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten forderten immer mehr Raum, besonders auch durch die Weiterentwicklung der Medizintechnik wie Röntgen, Überwachungsgeräte und aufwendige OP-Verfahren.

Bereits nach der Jahrhundertwende wandte man sich von der Pavillonbauweise ab und baute konzentrierter und mehrgeschossiger. Die nun vier- bis fünfgeschossigen Gebäude im Korridorsystem²⁴ waren auf dem Gelände verteilt und meist durch überdachte Gänge untereinander verbunden. Durch die Anti- und Asepsis verloren die weitschweifigen Anlagen ihre Bedeutung. Da Tuberkulose- und Infektionserkrankungen eine große Bedeutung hatten und diese Patienten den größten Teil der Räumlichkeiten beanspruchten, ließ man die guten Erfahrungen, die mittels Lufttherapie gewonnen wurden, in die Krankenhausarchitektur mit großen Sonnenterrassen, breiten Fensterfronten und Grünanlagen einfließen. Daraus entwickelte sich ein aufgelockerter Baustil mit Terrassenbauten. Diesen verließ man wieder mit verbesserten Therapiemöglichkeiten durch die Entwicklung von Antibiotika und Tuberkulostatika ab den 1950er Jahren (Murken 1995 S. 217 ff).

Besonders nach dem 2. Weltkrieg wirkte die Optimierung der Funktionsbereiche und Abläufe bestimmend auf die Krankenhausarchitektur in Deutschland ein. Ein wichtiger Faktor war auch die Erkenntnis, dass durch die sich ständigen Neuerungen in der Medizin die Räumlichkeiten flexibel nutzbar sein mussten, d.h. Abteilungen sollten ohne großen Aufwand verkleinert bzw. vergrößert werden können. Man versuchte eine Optimierung der Abläufe durch eine vertikale und horizontale Gliederung des Krankenhauses zu erreichen.

²⁴ Bei dem Korridorsystem sind alle Zimmer vom Flur aus betretbar, aber untereinander in der Regel nicht verbunden (Murken 1995 S. 21 ff).

In den USA begann man seit den 1930er Jahren die Krankenhäuser verdichtet als Hochhäuser bzw. mehrgeschossig zu bauen. In Deutschland setzte sich die Hochgeschossbauweise ab den 1960er Jahren durch. Das erste Zentralklinikum nach amerikanischem Vorbild entstand 1969 in Berlin-Steglitz an der Freien Universität. Man wandte sich ab von den großflächig angelegten einzelnen Kliniken aus Kosten- und auch aus Platzgründen. Unter diesem Gesichtspunkt wurde auch das Chirurgisch orientierte Zentrum der Charité (COZ) in den Jahren 1976-1982 errichtet [vgl. Kapitel 10.1 S. 141 f].

Mit Zunahme der zentralisierten Bauweise wurden die Geburtshilfe und die Gynäkologie in die kompakten Krankenhausanlagen integriert. Auch sie beanspruchten immer mehr Räumlichkeiten. Eine angeschlossene Neonatologie und Überwachungsstationen waren unabdingbar für eine universitäre Frauenklinik geworden. Nicht zu vergessen, dass die Klinikgeburten mittlerweile die Regel geworden waren (Murken 1995 S. 234 ff, ebd. S. 253 ff).

8.2 Die Zusammenführung von Gynäkologie und Geburtshilfe zu einem Fachgebiet

Im 20. Jahrhundert machte die Entwicklung in der Medizin große Sprünge. Sowohl der Arztberuf mit Zulassung der Frauen zum Studium und die Entstehung des Frauenarztes mit Zusammenführung der Geburtshilfe und Gynäkologie als auch die Benutzung des Faches für politische Zwecke prägten diese Zeit.

8.2.1 Die Diversifizierung des Arztberufes

Das Arbeitsfeld der Ärzte erfuhr im Verlauf des 20. Jahrhunderts eine Wandlung. Durch die weitere Differenzierung der Medizin fächerte sich das Spektrum der Spezialisierungen immer weiter auf. Neben den Allgemeinärzten, die die ganze Bandbreite der Behandlungen als Hausärzte ausführten, gewann die Ausrichtung auf eine Fachrichtung eine immer größere Bedeutung. Bis 1908 konnte sich jeder Arzt als Spezialist für ein Fachgebiet ausweisen, ohne dass er einen Nachweis für eine Berufserfahrung auf diesem Gebiet vorweisen musste. Danach galt die Regelung, dass für eine Spezialisierung eine praktische Ausbildung von drei Jahren sowie wissenschaftliche Grundkenntnisse erforderlich sein mussten. Ab 1924 wurde die Bezeichnung „Facharzt“ eingeführt. Eine Ausbildungszeit von drei bzw. vier Jahren in dem entsprechenden Fachgebiet musste absolviert werden, um diese Bezeichnung tragen zu können (Bleker 2000 S. 100 ff).

Da die Krankenhäuser immer mehr für alle Bevölkerungsschichten eine akzeptierte Institution geworden waren und bald jede Stadt ein Krankenhaus hatte, eröffnete sich den Ärzten ein breiteres Tätigkeitsfeld. Die Niederlassung nach dem Studienabschluss war nur eine Möglichkeit von vielen. Arbeit in der Forschung, die mittlerweile an den Universitätskliniken ein wichtiger Bestandteil war, und im staatlichen Gesundheitswesen mit Einrichtungen wie Beratungsstellen stellten Alternativen dar. Der Arzt erreichte mittlerweile alle Gesellschaftsschichten und hatte sich sozial und professionell etabliert. Ein Arztbesuch war für die meisten Bürger kein soziales Hindernis mehr und gehörte zum Alltag.

In der DDR arbeiteten durch die Verstaatlichung des Gesundheitssystems fast alle Ärzte in Krankenhäusern oder anderen staatlichen Einrichtungen. Frei praktizierende Ärzte waren die Ausnahme. Eine private Niederlassung war auf solche Regionen beschränkt, in denen die medizinische Versorgung durch den Staat nicht gedeckt werden konnte. Dies betraf meist dünn besiedelte Landstriche. Der Arzt war als gesellschaftliches Mitglied im Sozialismus den Bürgern gleichgestellt. Eine Sonderstellung bzw. Prestigedenken aufgrund seines Berufes war nicht erwünscht. *„Entscheidend war und ist, dass der Arzt im Sozialismus frei von kommerziellen Belastungen und Interessen, frei vom Einfluss pharmazeutischer und medizintechnischer Konzerne, unabhängig von Versicherungsträgern und Standesorganisationen seinem Beruf, seiner Berufung, seiner Aufgabe, den Menschen zu dienen, nachgehen kann.“* (Bibergeil 1987 S. 17).

8.2.2 Frauen als Ärztinnen

Ab 1895/1896 war das Studium für Frauen als Gasthörerin möglich. Dazu bedurften sie des Einverständnisses des vorlesenden Professors. Ein Abschlussexamen war aber nur im Ausland möglich. Zur gleichen Zeit legten erstmals junge Frauen als Externe an Knabengymnasien in Berlin das Abitur ab. Außer einigen wenigen privaten Mädchengymnasien sowie „Gymnasialkurse für Frauen“, die finanziell von der Frauenbewegung getragen wurden, gab es keine staatlichen Einrichtungen. Erst ab 1908 führte Preußen einen gymnasialen Ausbildungszweig für Mädchen ein, sogenannte Studienanstalten. Diese Möglichkeit bestand aber mit wenigen Ausnahmen nur in Großstädten. Auch konnten sich Frauen in Preußen seitdem regulär an den Hochschulen immatrikulieren (Bleker 2000 S. 11 ff, Nave-Herz 1997 S. 38).

Am 24.04.1899 wurde ein Gesetz erlassen, welches Frauen in Deutschland erlaubte, die ärztlichen Staatsprüfungen abzulegen. An der deutschsprachigen Universität in Zürich konnten Frauen hingegen bereits ab den 1870er Jahren studieren. Deutsche Frauen mit einem ausländischen Dokortitel waren bei ihren deutschen Kollegen nicht anerkannt. Auch wenn

sie im Ausland studiert hatten, durften sie in Deutschland nicht promovieren. Kurioserweise akzeptierten die deutschen Fachgesellschaften ausländische Medizinerinnen, die auch Vorträge auf Fachtagungen halten durften. Studierten Frauen nichtdeutscher Herkunft war es auch gestattet, in Deutschland zu promovieren [vgl. Kapitel 5.2.3 S. 72 f]. Die ärztliche Männerwelt hatte jedoch Zweifel an den wissenschaftlichen Fähigkeiten der deutschen Frauen. 1897 wies Robert von Olshausen (1835-1915) darauf hin: *„Ich kenne persönlich weibliche Ärzte, deren Charakter und Geistes Eigenschaften sie vollauf zum ärztlichen Beruf befähigen...Nur das ist meine Überzeugung, dass die medizinische Wissenschaft dabei nicht viel profitieren, dass der Fortschritt der Medizin durch das Studium der Frauen nicht besonders gefördert wird.“* (Bleker 2000 S. 113).

Zu Anfang des 20. Jahrhunderts praktizierten die meisten Frauen als praktische Ärztinnen in Niederlassungen, wo sie überwiegend Frauen und Kinder behandelten. Als Fachärztin spezialisierten sie sich zu 50 % auf Kinder- und Frauenheilkunde, wobei der Hauptanteil in der Kinderheilkunde lag (Bleker 2000).

8.2.3 Die Entwicklung von Gynäkologie und Geburtshilfe bis 1933

Die entscheidenden Errungenschaften des 19. Jahrhunderts halfen der Gynäkologie und Geburtshilfe, sich als Fach zu etablieren. In der Umbruchphase der Jahrhundertwende kristallisierten sich zunehmend neue Problemstellungen in der Gesundheitspolitik und -forschung heraus. Die Umstrukturierung der Gesellschaft mit der Industrialisierung und allen daraus entstehenden Problemen brachte neue Umweltbedingungen hervor, denen die Wissenschaft sich in der Sozialhygiene annahm. Die Müttersterblichkeit und die Gesundheitsrisiken waren nicht mehr nur mit dem Puerperalfieber und der Unterversorgung mit Geburtshelfern und Hebammen zu erklären. Die Fabrikarbeit, die schlechten Wohnverhältnisse und die hohen illegalen Abtreibungsraten hatten ebenfalls Einfluss auf die weibliche Gesundheit und Mortalität. Einige Vertreter der Ärzteschaft wie Hirsch und Liepmann in Berlin untersuchten die Auswirkungen der Frauenerwerbsarbeit [vgl. Kapitel 8.1.1 S. 101 f]. Sie etablierten die Subspezialisierung „Sozialgynäkologie“, die u. a. Fragen zu Mutterschutzbestimmungen erörterte und die Schwangeren- und Mütterberatung einführte. Es entstand eine ganzheitlich orientierte „Frauenkunde“, die die Frau nicht nur auf die Fortpflanzungsorgane reduzierte. Von den Krankenkassen initiiert, wurde in Berlin 1925 das Institut für Frauenkunde gegründet, dem Liepmann vorstand. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit erhielt er 1929 einen Ruf an die Berliner Universität für den neugegründeten Lehrstuhl für Soziale Gynäkologie. Hirsch brachte in den Jahren 1914-1933

das „Archiv für Frauenkunde“ heraus. Unter der Herrschaft der NSDAP wurden diese Institutionen aufgelöst und die Zeitung eingestellt (Schneck 1976, Heuvelmann 1999).

Bereits nach dem 1. Weltkrieg kam die Diskussion der Ärzte für das Pro und Contra der Hausgeburt versus Klinikentbindung auf. Da sich keine Verbesserung in der Mütter- und Säuglingssterblichkeit ergeben hatte, forderte Hirsch 1927 auf der Versammlung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie eine Neuordnung der Geburtshilfe. Er forderte, dass lediglich die operativ zu versorgenden Geburten in der Klinik durchgeführt werden sollten. Eine komplette Verlagerung aller Entbindungen in die Klinik war aus Kosten-, Platz- und Personalgründen nicht möglich. Trotz entschiedener Gegner wurden die Indikationen für eine Klinikentbindung erweitert und nach und nach in die Praxis umgesetzt (Major 2003).

8.2.4 Die Entwicklung von Gynäkologie und Geburtshilfe im 3. Reich

Diese Diskussion setzte sich im Rahmen der Familienpolitik mit besonderem Augenmerk auf die Geburtshilfe innerhalb der NSDAP nach 1933 weiter fort. Der Arzt Leonardo Conti (1900-1945), bis 1939 Staatskommissar im Preußischen Gesundheitswesen, danach Reichsgesundheitsführer, und seine Mutter, die Hebamme Nanna Conti (1881-1951), ab 1939 Leiterin der Reichshebammenschaft, wandten sich entschieden gegen die Klinikentbindung.

In einer Anordnung vom September 1939, die sich an einem Runderlass von 1934 des preußischen Ministeriums des Inneren anlehnte, legte man verschärfte Indikationen für eine Klinikentbindung fest. Diese sollte nur noch bei pathologischen Schwangerschaften sowie bei beengten Wohnverhältnissen in der Klinik stattfinden. Schwangere sollten möglichst zu Hause gebären. Die Begründung setzte sich aus verschiedenen Argumenten zusammen. Zum einen fördere die Hausentbindung den Familiensinn und rege die Mütter zum Stillen an, zum anderen sei eine kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme gegeben. Die Kosten für den Staat würden sich dadurch verringern. Dieser Erlass führte zu einer massiven Kritik der führenden Geburtshelfer, die sich in ihren Leistungen und Errungenschaften nicht gewürdigt sahen. Nach einer Auseinandersetzung mit den Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, u. a. durch Walter Stoeckel (1871-1961) und Gustav Döderlein (1893-1980), lenkte Conti schließlich ein und entwarf „Leitsätze für die Neuordnung der Geburtshilfe“, die sich auf eine Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe stützten. Hierin wurde u. a. festgelegt, dass die Schwangere

selbst zwischen Hausgeburt und Klinikentbindung entscheiden durfte. Danach flaute die Diskussion über dieses Thema ab.

Auch der Berufsstand der Hebammen wurde unter Conti gestärkt. Im Dezember 1938 wurde ein neues Gesetz verabschiedet, das die Berufsordnung der Hebammen entscheidend veränderte und bis heute Gültigkeit hat. Es besagte, dass bei jeder Geburt immer eine Hebamme anwesend sein muss, unabhängig davon, ob die Entbindung in der Klinik oder zu Hause stattfindet oder ob ein Arzt anwesend ist. Weitere Gesetze von 1939 und 1940 erweiterten die Kompetenzen der Hebammen, so dass sie u. a. nach eigenem Ermessen Medikamente in Notsituationen verabreichen durften (Major 2003, Zander /Goetz 1986).

Eine Aufarbeitung über die Geschehnisse in der Zeit der Nationalsozialisten ist bisher nur teilweise erfolgt. Heuvelmann sieht die bisherigen die Geburtshilfe und Gynäkologie betreffenden Arbeiten in Analyse und Detailfragen als unzureichend an. Ein wichtiger Faktor ist dabei auch, dass von den akademischen Berufen die Ärzteschaft am meisten mit den Nationalsozialisten sympathisierte. 45 % der Ärzte waren Mitglieder der NSDAP, 26 % zusätzlich Mitglied in der SA. Frauenärzte spielten besonders im Rahmen der Zwangssterilisation eine bedeutende Rolle, auch beteiligten sie sich an inhumanen Forschungstätigkeiten, u. a. auch in den Konzentrationslagern. Bis in die 1990er Jahre wurden oft gedankenlos Lehrpräparate von Opfern aus dem Dritten Reich für das Medizinstudium benutzt. An einigen deutschen Universitäten wurden diese anatomischen Objekte mit einem Gedenkgrabstein beerdigt (Stauber 1994, Heuvelmann 1999).

8.2.5 Die Frauenheilkunde in der DDR

Eine gegensätzliche Politik verfolgte die DDR. Die Bestrebungen in einen möglichst risikofreien Geburtsablauf durch die Forcierung der Klinikentbindung mündeten Ende der 1960er Jahre in der vor allem auch in West-Deutschland propagierten „programmierten Geburt“. Man begann, die Entbindungen auf den errechneten Termin und passend in die Arbeitsabläufe der Klinik hinein zu legen. Allerdings zeigte diese Form der „aktiven Geburtshilfe“ nicht die erwünschten Erfolge wie eine Senkung der Säuglingsmortalität, so dass man wieder zu dem natürlichen Geburtsverlauf überging (Major 2003).

Der Gedanke der Sozialgynäkologie aus der Weimarer Republik wurde in der DDR wieder aufgegriffen. Seit Anfang der 1970er Jahre gab es den Fachbereich „Soziale Gynäkologie“. Das Ziel und der Sinn der Einrichtung werden in den Charité-Annalen folgendermaßen beschrieben: *„Die Aufgaben, die von dieser Abteilung erfüllt werden, betreffen das soziale*

Umfeld der Frau, Partnerbeziehungen, Sexualität, Fertilität, Klimakterium und Menopause und die psychische Bewältigung gynäkologischer Erkrankungen. Die Zusammenarbeit von Gynäkologen, Soziologen, Psychologen und Fürsorgerinnen hat zum Aufbau von Gruppengesprächen bei bestimmten Patienten geführt, wie z.B. Krebspatienten, Frauen mit Früh- und Totgeburten u.a. Die Abteilung versteht sich auch als Beratungsstelle für psychisch und sozial belastete Frauen und die Erkennung psychosomatischer Zusammenhänge.“ (Charité-Annalen 1990 S. 109 f).

In den 1970er und 1980er Jahren gab es noch einmal entscheidende Fortschritte durch verfeinerte Diagnoseverfahren wie der Amniozentese und der Mikroblutuntersuchung, eine bessere Erkennung von Stoffwechselerkrankungen und Fortschritte in der Biomedizin durch Ultraschall und Kardiotokographie. Die Einführung der modernen Biomedizintechnik in die Geburtshilfe fand allerdings langsamer und in einem kleineren Umfang Anfang der 1970er Jahre statt als in der Bundesrepublik. Da die DDR-Industrie diese Produkte noch nicht herstellen konnte, mussten sie aus dem Westen teuer importiert werden. So fanden die Geräte ihren Einsatz nur an großen Kliniken, bis Mitte der 1980er Jahre die Nachfrage aus eigener Produktion gedeckt werden konnte.

Das Berufsbild der Hebamme erfuhr im Laufe des Bestehens der DDR eine grundlegende Wandlung. Durch die stärkere Förderung des Ausbaus der Entbindungsanstalten fanden die Geburten fast ausschließlich in der Klinik statt und die Zahl der niedergelassenen Hebammen nahm deutlich ab. Mitte der 1960er Jahre gab es nur noch vereinzelt frei praktizierende Hebammen. Das Tätigkeitsfeld verlagerte sich in das Krankenhaus mit regulären Schichtdiensten und in die Schwangerenberatungsstellen (Major 2003, Uebe 2000).

8.3 Die Frau als Patientin im Krankenhaus und als Rechtsperson

Auch die Rolle der Frau, rechtlich wie gesellschaftlich, wurde wie das Gesundheitssystem und der Arztberuf den verschiedenen politischen Systemen angepasst. Einziger konstanter Faktor des Jahrhunderts der Umbrüche war die stetige Verlagerung der Geburten in die Klinik.

8.3.1 Die schwangere Frau im Krankenhaus

Im Laufe des 20. Jahrhunderts verlagerten sich die Geburten nahezu vollständig in die Klinik. Eine Entbindung im Krankenhaus wurde immer selbstverständlicher und akzeptierter in allen Bevölkerungsschichten. Kurz vor dem 2. Weltkrieg wurden bereits zwei Drittel aller Kinder in Frauenkliniken geboren.

Durch die Auswertung einer handschriftlichen Quelle von Stürzbecher aus dem statistischen Landesamt ist ein Wandel zur Klinikentbindung hin erkennbar. Diese gibt Auskunft über die Haus- und Anstaltsgeburten der Jahre 1903-1938. Die Anstaltsgeburten stiegen kontinuierlich von 8,1 % im Jahr 1903, über 35,4 % im Jahr 1922 an, um schließlich kurz vor dem 2. Weltkrieg auf 67,5 % zu kommen.

Wenn man sich die Zahlen anschaut, kann man erkennen, dass diese Möglichkeit in der Mehrzahl von ledigen Müttern in Anspruch genommen wurde. Anfang des 20. Jahrhunderts entbanden diese überwiegend im Krankenhaus. 39% der unehelich geborenen im Gegensatz zu 2,4 % der ehelich geborenen Kinder waren keine Hausgeburten. Im Jahr 1938 näherten sich die Anteile der in den Berliner Frauenkliniken ehelich und unehelich geborenen Kinder an. Hier waren es 66,3 % bzw. 74,4 % aller Geburten, die im Krankenhaus stattfanden. Der Wandel der Frauenkliniken zu einer akzeptierten Institution als Alternative zur Hausgeburt vollzog sich auch in den Köpfen der verheirateten Frauen. Im Gesamtgebiet der DDR konnte durch das umfassende Gesundheitsprogramm eine Klinikentbindung von 99,1 % erreicht werden. Jede Frau, ob Arbeiterin oder Akademikerin, entband ihr Kind in der Klinik. Es gab keine Unterschiede zwischen den Bevölkerungsschichten mehr. Das Krankenhaus hatte durch die Erfolge in der Geburtshilfe das Stigma des Armenkrankenhauses verloren. Eine Entbindung in der Klinik wurde als „moderne Errungenschaft“ angesehen (Major 2003, Stürzbecher 1972).

8.3.2 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als ledige Mutter bis 1933

Während ledige Frauen weitestgehend durch das Gesetz eigenständige Rechtspersonen waren, war die verheiratete Frau weiterhin ihrem Ehemann unterstellt. Der Mann galt immer noch als der „Herr im Haus“. Im Familienrecht des BGB von 1896 hatte der Ehemann die alleinige Entscheidungsbefugnis über alle das gemeinschaftliche Leben betreffende Angelegenheiten sowie die Verfügungsmacht über Arbeit und Körper der Frau. Er bestimmte über die Kindererziehung, den Wohnort, die Arbeitssituation der Frau und durfte sogar einen bestehenden Arbeitsvertrag der Ehefrau kündigen. Verträge durften Frauen nicht

alleine abschließen und die erwirtschafteten Finanzen standen dem Mann zu. Im allgemeinen Personen- und Vermögensrecht war die Frau jedoch dem Mann gleichgestellt, d.h. sie besaß die gleiche Rechts- und Geschäftsfähigkeit.

Mit der Weimarer Reichsverfassung aus dem Jahr 1919 wurde die staatsbürgerliche Gleichberechtigung gesetzlich festgelegt: *„Männer und Frauen haben grundsätzlich dieselben staatsbürgerlichen Rechte und Pflichten“* (Schwab 1997 S. 796). Ein Jahr zuvor wurde bereits das Wahlrecht für alle männlichen und weiblichen Personen über 20 Jahre eingeführt. Zivilrechtlich aber gab es weiterhin keine Gleichstellung. Das Familienrecht erfuhr keine Änderungen. In der Familie und der Gesellschaft blieb das Patriarchat weiterhin unangetastet. Der Mann hatte hier weiterhin das Sagen (Gerhard 1997, Gerhard 1990 S. 103 ff, Schwab 1997).

Im BGB von 1896 war das uneheliche Kind dem ehelichen insofern gleichgestellt, als dass es im Verhältnis zu seiner Mutter und den Verwandten mütterlicherseits die gleiche rechtliche Stellung wie ein eheliches Kind hatte. Zu dem leiblichen Vater bestand jedoch keinerlei Rechtsbeziehung. Vater und Kind galten als nicht verwandt. Für den Unterhalt musste der Vater bis zum 16. Lebensjahr aufkommen, in Abhängigkeit der finanziellen Situation der Mutter. Dieser wurde lediglich ein Sorgerecht für das Kind eingeräumt. Ein gesetzlicher Vormund musste trotzdem immer bestellt werden. Im Jahr 1922 wurde in der Weimarer Zeit das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz verabschiedet, in dem automatisch die Vormundschaft für uneheliche Kinder vom Jugendamt getragen wurde. Weitere geplante Reformen wurden nicht verwirklicht und durch den Regimewechsel blockiert (Schwab 1997).

8.3.3 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als ledige Mutter im 3. Reich

Unter der Macht der NSDAP entspann sich ein „Mutterschaftskult“. Im Sinne der expansiven Bevölkerungspolitik wurde die Frau gefördert. Dies geschah allerdings nur vordergründig und auch nur im Rahmen ihrer „traditionellen“ Rolle als Mutter und „Hüterin des Herdes“. Sie wurde in der NS-Ideologie als „Gefährtin des Mannes“ bezeichnet. Laut BGB war die Frau auch weiterhin dem Mann rechtlich untergeordnet (Schwab 1997).

Die Propaganda schuf ein Frauenbild, das die deutsche Frau als ordentliche und saubere deutsche Mutter zeigte, die wertvolle Arbeit im Sinne des Volkes leistete. Wer in der Realität von dieser Idealvorstellung abwich, d.h. promiskuitiv und unsittlich lebte, die Kinder nicht richtig erzog, den Haushalt schlecht führte, bekam Sanktionen auferlegt wie

Heiratsverbot, Sterilisation, Zwangsabtreibung bis hin zu Anstaltsverwahrung. Ehemänner konnten sich leichter scheiden lassen und waren auch nicht zur Zahlung von Unterhalt verpflichtet, wenn die Ehefrau sich nicht entsprechend diesem Idealbild verhielt. Als „Bestrafung“ mussten die Frauen in diesem Fall auch mit mehreren Kindern ihren Unterhalt selbst verdienen. Der berufliche Aufstieg in Führungspositionen war ihnen allerdings erschwert. Akademische und gehobene Berufe wie Juristen, Ärzte und Beamte waren den Männern vorbehalten. Eine Doppelbelastung von Familie und Beruf war laut der Ideologie nur bei leichter Arbeit zumutbar. Während der fortschreitenden Ausnahmesituation im Krieg wurde die Rolle der Frau jedoch an die ökonomische Situation angepasst (Kretschmar 1997, Kannappel 1999).

Die NSDAP unterstützte mit mehreren Organisationen und Hilfswerken ledige Schwangere, die „biologisch hochwertig“ waren, um eine Abtreibung zu verhindern. Obwohl die Priorität bei der Familie lag, wollte sie nicht auf „rassisch gesunde“ Kinder im Zuge der Bevölkerungsvermehrung und -erhaltung verzichten. Die Frau als „Hüterin der Rasse“ war sie allerdings nur, wenn sie mit den „richtigen“ Männern Kinder gezeugt hat. Ob ehelich oder unehelich spielte dann keine große Rolle. Die NSDAP gründete u. a. im Dezember 1935 den „Lebensborn e. V.“. Hier hatten Schwangere die Möglichkeit, nach strenger Überprüfung ihre Kinder zu gebären. Die Vaterschaft, ebenso wie die komplette Schwangerschaft, konnte auf Wunsch geheimgehalten werden. Die Kinder konnten auch in eine Pflegefamilie vermittelt werden. Die rechtliche Aufsicht für die unehelich geborenen Kinder übernahm in der Regel das Jugendamt. Wurden die Kinder in den Lebensbornheimen geboren und entsprachen den „arischen Kriterien“, dann übernahm dieser Verein die Vormundschaft. Eine Forcierung der Erhaltungspolitik ab 1939 war die Aufforderung an die SS-Mitglieder, die als arische Elitemänner der Gesellschaft galten, außerehelich Kinder zu zeugen. Diese Haltung widersprach eigentlich dem Aushängeschild „Familie“ und den gängigen Moralvorstellungen, wurde aber zugunsten der expansiven Bevölkerungspolitik gewünscht (Kretschmar 1997).

8.3.4 Die rechtliche Situation der Frau in der Gesellschaft und als ledige Mutter in der DDR

Das Frauenbild in der DDR orientierte sich an den sozialistischen Grundgedanken und dem Aufbau eines sozialistischen Staates. Ohne eine Gleichstellung von Mann und Frau könne sich weder die Frau noch der Sozialismus verwirklichen, so die Grundthese Lenins. Deshalb wurde in der Verfassung vom 7. Oktober 1949 eine Gleichberechtigung im

gesellschaftlichen wie auch familiären Leben verankert: *„Mann und Frau sind gleichberechtigt und haben die gleiche Rechtsstellung in allen Bereichen des gesellschaftlichen, staatlichen und persönlichen Lebens.“* (Adomeit 1988 S. 14). Schubert sieht die ökonomische Unabhängigkeit der Frau durch die Teilnahme am Berufsleben als Voraussetzung einer Entfaltung der Persönlichkeit, da sie wie der Mann vollständig am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann und soll. Um dies zu verwirklichen, wurden viele Gesetze zum Schutz der Mutter und zur Erleichterung bei der Kinderbetreuung erlassen. Dies geschah allerdings auch aus ökonomischen Erwägungen heraus, um genügend Arbeitskräfte zur Verfügung zu haben. De facto hatte die Frau jedoch meist eine doppelte Belastung mit Haushalt und Kindern. Der Mann sah sich meist immer noch in der Rolle des Hauptnährers (Schubert 1980, Major 2003).

Bereits in der ersten Verfassung von 1949 war das unehelich geborene Kind dem ehelich geborenen rechtlich gleichgestellt. In einem Zusatz im §17 Abs.1 von 1950 heißt es: *„Die nichteheliche Geburt ist kein Makel. Der Mutter eines nichtehelichen Kindes stehen die vollen elterlichen Rechte zu, die nicht durch die Einsetzung eines Vormundes für das Kind geschmälert werden dürfen“* (Berghahn/Fritsche 1991 S. 166 f). Es sollte keine Diskriminierung der Mütter oder der Kinder durch unterschiedliche Rechtsverhältnisse in der sozialistischen Gesellschaft erfolgen (Berghahn/Fritsche 1991).

Der Begriff „nichtehelich“ oder „außerehelich“ existierte im späteren Familiengesetzbuch der DDR nicht mehr. Er wurde durch die Umschreibung *„Kind, dessen Eltern bei seiner Geburt nicht miteinander verheiratet sind“* ersetzt (Schubert 1980 S. 145). Ledige Mütter genossen besonderen Schutz vom Staat. Sie hatten das alleinige Sorge- und Erziehungsrecht in vollem rechtlichen Umfang, u. a. erhielten sie bevorzugt Kinderbetreuungsmöglichkeiten, besserbezahlte Freistellung bei Krankheit des Kindes gegenüber verheirateten Müttern und einen erweiterten Kündigungsschutz bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Die Väter waren zum Unterhalt verpflichtet, sofern die Vaterschaft festgestellt worden war, entweder durch freiwillige Anerkennung des Vaters oder durch Einklage der Mutter. Kurz vor der Wende wurde jedes dritte Kind unehelich geboren. Jedoch lebte ein Großteil der Mütter mit den Kindsvätern zusammen (Schubert 1980, Berghahn/Fritsche 1991).

9. Die Frauenklinik im Gebäudekomplex der Artillerie- /Monbijou-/Ziegelstraße von 1882 bis 1982

Mit wachsender Bedeutung des Fachgebiets der Geburtshilfe und Gynäkologie kam man dem wissenschaftlichen Fortschritt nach und schuf einen Neubau für das aufstrebende Fachgebiet. Dies schlug sich natürlich auch in einem erweiterten Lehrplan für die Studenten nieder. Auch die Patientinnen vertrauten immer mehr dem ärztlichen Wissen, so dass mit dem fortschreitenden 20. Jahrhundert Frauen aus allen Gesellschaftsschichten in der Klinik ihre Kinder entbanden.

9.1 Die bauliche Entwicklung

Eduard Arnold Martin (1809-1875) hatte bereits während seiner Amtszeit einen Neubau der universitären Frauenklinik gefordert, der dann aber erst unter Carl Schröder (1838-1887) verwirklicht wurde. Der Staat kaufte das Eckgrundstück an der Artilleriestraße 18, die nach dem 2. Weltkrieg in Tucholskystraße umbenannt wurde, und der Ziegelstraße 14-19 für 2.400.000 Mark an. Als natürliche Grenze hatte es die Spree im Süden. Im Osten grenzte ein mit Speichern bebautes Gelände an, welches bis zur Monbijoustraße reichte. Auf diesem



Abb. 36: Ansicht der Frauenklinik von der Ebertsbrücke aus gesehen, ca. 1885 (Institut für Geschichte der Medizin)

Gelände wurde dann Berlins erster Neubau einer Frauenklinik von 1880-1882 durch das Architekturbüro Gropius & Schmieden realisiert [Abb. 36 und Abb. 37]. Der Neubau wurde spezifisch auf die Anforderungen einer modernen Frauenklinik ausgerichtet. „*Es war eine Forderung der Wissenschaft*“ (Ewald 1883 S. 123) an die

Architekten, die Geburtshilfe und die Gynäkologie räumlich zu trennen, da man von einer hochinfektiösen Genese des Kindbettfiebers ausging. Es wurden kleinere Raumeinheiten gewählt, die Abtrennungsmöglichkeiten zur Isolation gaben. In einer Mischung aus dem Korridor- und Pavillonsystem wurde dies in der Frauenklinik verwirklicht [vgl. Kapitel 5.1.4 S. 69 f]. Der Klinikneubau wurde wegen seiner Modernität gerühmt: „*Der Eindruck, den*

dieses neue Krankenhaus selbst auf einen verwöhnten und vielfältig erfahrenen Besucher macht, ist der, dass hier eine Musteranstalt geschaffen ist, wie sich deren, soweit wir es wissen, keine andere Stadt rühmen kann...“ (Ewald 1883 S. 124). Bezogen wurde er im August und eingeweiht im Oktober 1882 mit 58 Betten für die Geburtshilfe und 40 Betten für die Gynäkologie (Kraatz 1958, Ewald 1883, N.N. 1887, Demps 1998, Murken 1971).

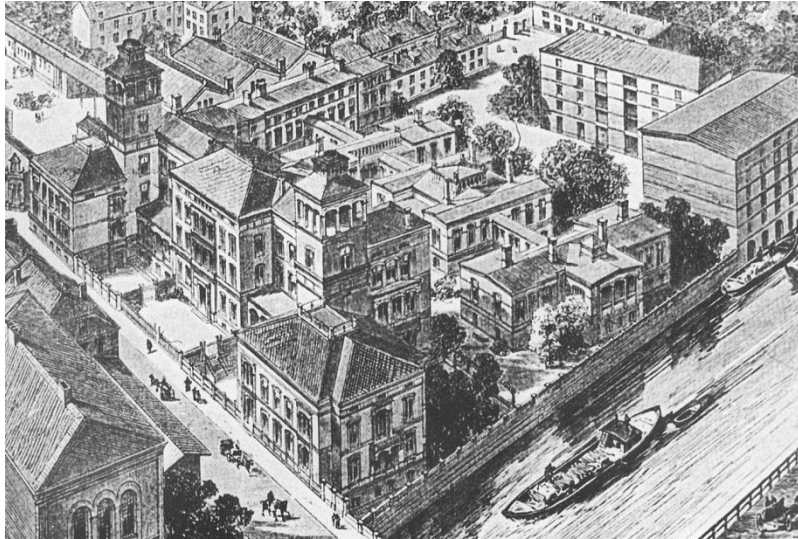


Abb. 37: Holzschnitt der Frauenklinik von 1884 (Institut für Geschichte der Medizin)

durch, der in den Jahren 1892-93 realisiert wurde. Dieser umfasste 180 Sitz- und 60 Stehplätze. Er wurde in der Achse des mittleren Pavillons erbaut und mit diesem durch einen überdachten Gang verbunden. Die äußere Fassade lehnte sich architektonisch an die der übrigen Gebäude an. Der alte Hörsaal hatte lediglich Platz für 110 Studenten gehabt und konnte aufgrund der baulichen Gegebenheiten nicht vergrößert werden. Zusätzlich wurde noch ein neues Kesselhaus und die Klinik der Ida-Simon-Stiftung gebaut [vgl. Kapitel 9.1.2 S. 120 ff]. Ernst Bumm (1858-1925) erneuerte den gynäkologischen Operationstrakt und baute den Hörsaal nach aseptischen Aspekten um, so dass er auch als Operationssaal benutzt werden konnte (Kraatz 1958, Stoeckel 1929, Küster 1894).

Bis zum 2. Weltkrieg erfolgten etliche Um- und Neubauten, um mit der Zeit Schritt zu halten. 1886 erhielt die Klinik ein Obduktionshaus, in das auch das Labor einzog [vgl. Kapitel 9.2 S. 129]. Robert von Olshausen (1835-1915) setzte den Neubau eines größeren Hörsaals

Zwischen den beiden Weltkriegen plante die Preußische Staatshochbauverwaltung ursprünglich eine komplette Neubebauung bzw. –gestaltung des Geländes zwischen Friedrich- und Monbijoustraße mit Klinikbauten. Dieser Plan bezog die klinischen Universitätsinstitute der Ziegelstraße 5-9 und die Frauenklinik mit ein. Die Aussicht zur Spree sollte freigehalten und der Uferbereich durch große Terrassen zugänglich gemacht werden [Abb. 38]. Allerdings wurde nur ein Bruchteil davon verwirklicht. Es entstanden der Neubau der Frauenklinik an der Ziegelstraße in den Jahren 1927-33 und der der Universitäts-

Augenklinik 1931. Die Kosten für den Neubau der Frauenklinik beliefen sich insgesamt auf 1,325 Millionen

Reichsmark. Die alten Gebäude der Frauenklinik wurden in diesem Rahmen umgebaut und modernisiert (Stoeckel 1929,

Architekten- und Ingenieurverein 1997).

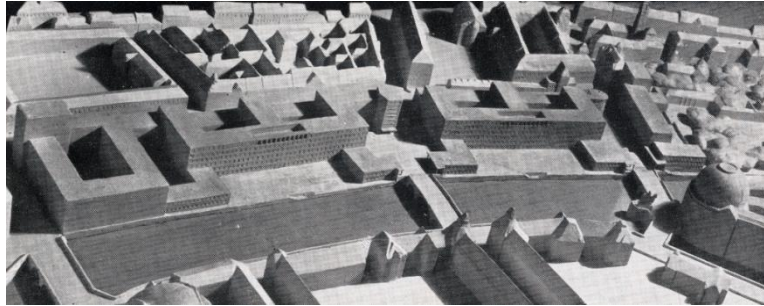


Abb. 38: Entwurf zur Umgestaltung der Kliniken an der Spree (Stoeckel 1932 S. 671)

Unter dem DDR-Regime wurde die stark zerstörte Frauenklinik nach dem 2. Weltkrieg wieder aufgebaut und genutzt, bis sie 1982 in das Bettenhochhaus in der Luisenstraße im Rahmen der Umstrukturierung verlegt worden ist [vgl. Kapitel 10.1.2 S. 143]. Bis zum Verkauf im Jahr 2010 wurde das Gebäude von der medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität genutzt.

9.1.1 Der Gebäudekomplex

Die neue Frauenklinik war ein unregelmäßiger Häuserkomplex mit dazwischengeschalteten Grünanlagen [Abb. 39]. Die Straßenfronten zur Artillerie- und Ziegelstraße waren

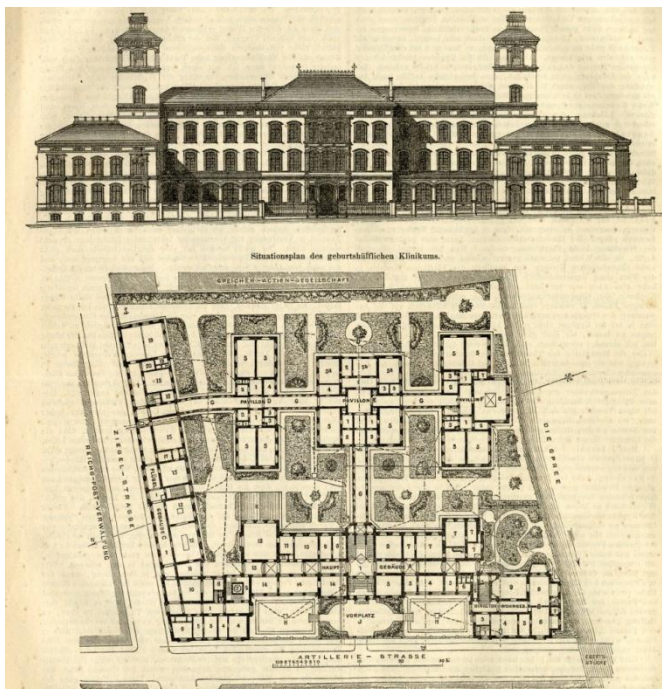


Abb. 39: Ansicht und Lageplan der Frauenklinik in der Artilleriestraße (Ewald 1883 S. 122)

durchgehend bebaut. An der Spreeseite begrenzte eine Kaimauer mit Kolonnaden das Ufer, welche die Spree kanalisierte. Das dreigeschossige Haupthaus mit Haupteingang stand zurückgesetzt von der Artilleriestraße, um mit einem Wagen vorfahren zu können [Abb. 40]. Es wurde von zwei Türmen im Renaissancestil flankiert, die Schornsteine und Ventilationsschächte verdeckten und an die sich die zwei Eckgebäude anschlossen.

Angrenzend an das linke Eckgebäude lag ein Flügelbau entlang der Ziegelstraße. Überdachte Gänge verbanden das Haupthaus, den Flügelbau und drei eingeschossige Pavillons, die im Hof zur Spree lagen, miteinander. Zwischen den Pavillons und Gebäuden waren Grünanlagen angelegt. Die Fassaden waren mit gelben Klinkern eingefasst, Gliederungen erfolgten aus roten Verblendsteinen und waagerechten Gesimsen. Die Straßenfronten zierten farbige Terrakotta-Schmuckelemente (Ewald 1883, Murken 1971, Architekten- und Ingenieurverein 1997, Architekten-Verein 1896, Demps 1998).

Die Gynäkologie war im Vorderhaus und die Geburtshilfe im hinteren Flügelbau und den Pavillons untergebracht. Gemäß der vorherrschenden Meinung der damaligen Zeit waren die Zimmer der Schwangeren und Wöchnerinnen in den Pavillons so angeordnet, dass eine



Abb. 40: Der Haupteingang der Frauenklinik von der Artilleriestraße (Institut für Geschichte der Medizin)

Isolierung von kleinen Teilbereichen à vier oder acht Betten möglich war. Diese befanden sich in den symmetrisch aufgebauten Pavillons, von denen jeder sechzehn Betten mit Zwei-, Drei- und Vierbettzimmern hatte. Die Zimmer der Wärterinnen lagen direkt neben den Krankenzimmern. Die räumliche Aufteilung war so gestaltet, dass die Patientenzimmer an der Außenmauer Richtung Süden und Westen und die Funktionsräume sowie Sanitäreinrichtungen im Gebäudeinneren lagen. Für die Studenten gab es in jedem Pavillon Wartezimmer, die auch als Wohnräume für junge Ärzte genutzt wurden. Im spreeseitigen Pavillon befand sich ein gekachelter Kreißsaal, der aus dem Grundriss herausgeschoben war. Zusätzlich gab es am Ende des Flügelbaus noch eine kleine Station mit zehn Betten und einem Kreißsaal [Abb. 41].

Die gynäkologische Abteilung hatte ihre Krankenzimmer in den beiden oberen Etagen des

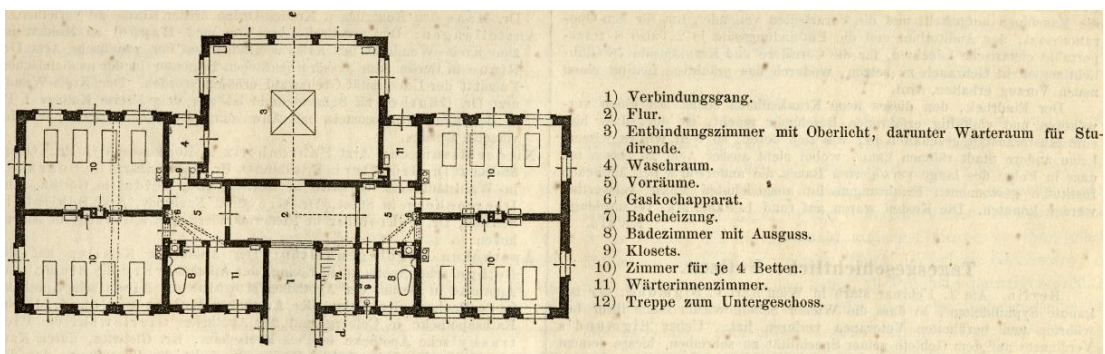


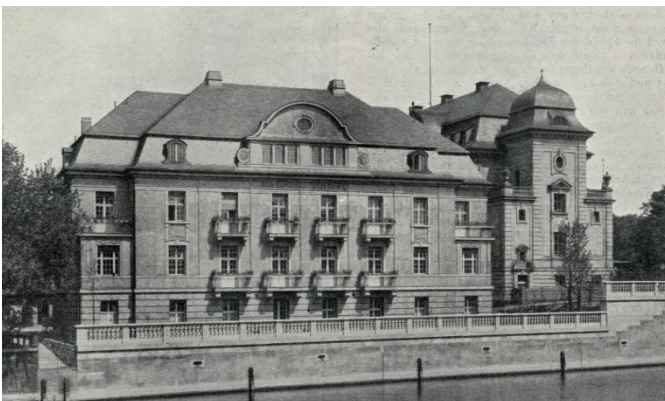
Abb. 41: Grundriss des Entbindungspavillons (Ewald S. 1883 S. 123)

Hauptgebäudes. Im linken Eckgebäude gab es eine Privatstation. Die Zimmergrößen variierten zwischen einem Neunbettzimmer, Vier- und Sechsbettzimmern sowie zwölf Einbettzimmern. Ein kleiner gekachelter Operationssaal für Laparotomien war im ersten Stock und ein großer Operationssaal im zweiten Stock untergebracht. Der große Operationssaal besaß eine breite Fensterfront Richtung Norden mit Blick auf die Synagoge und das neue Postgebäude und hatte 110 amphiatralisch angeordnete Sitz- sowie 40 Stehplätze.

Im Erdgeschoss des Hauptgebäudes lagen die Räume der Poliklinik mit Wartezimmer für die Patientinnen und ein Untersuchungsraum. Daran schlossen sich ein Mikroskopierzimmer, eine kleine Bibliothek und der Hörsaal an. Für den Transport der Kranken im Bett war ein Aufzug eingebaut worden. Ein Sektionshaus war in dem ursprünglichen Plan nicht eingezeichnet, lag aber hinter dem mittleren Pavillon (Murken 1971, Ewald 1883, Stoeckel 1929).

Für das Personal gab es etliche Wohnräume. Der Direktor hatte seine Wohnung im rechten Eckgebäude mit einem Garten im Hof zur Spree hin. Für die Assistenzärzte gab es Wohnungen mit Bad und Toilette im linken Eckgebäude. Die Hebamme hatte ihr Zimmer im Erdgeschoss des Hauptgebäudes. Weitere Dienstwohnungen und Schlafräume für Schwangere befanden sich im Keller des Hauptgebäudes. In den Souterrains der Pavillons gab es Wohn- bzw. Schlaf- und Aufenthaltsräume für junge Ärzte, Hebammenschülerinnen und auch Schwangere. Die Wirtschaftsräume lagen im Flügelgebäude. Alle Korridore waren mit polierter Steinmasse, sogenanntem Granito-Fußboden, bedeckt. Die Zimmer, inklusive der Krankenzimmer, waren mit amerikanischen Pinien-Holzdielen ausgelegt (Murken 1971, Ewald 1883, Stoeckel 1929).

9.1.2 Die Ida-Simon-Stiftung



Die Ida-Simon-Klinik wurde aufgrund einer Spende einer reichen Witwe namens Ida Simon (1838-1907), geborene Leweß, eingerichtet. Ida Simon verfügte testamentarisch, dass eine Summe von 300.000 Mark zur Gründung einer Stiftung verwendet werden

Abb. 42: Ansicht der Ida-Simon-Stiftung von der Spreeseite (Brüstlein 1911 S. 345)

sollte, deren Zweck die „Unterstützung solcher Frauen und Mädchen, ohne Unterschied des Glaubens, bestimmt, welche mit akuten oder chronischen Frauenleiden behaftet sind.“ (Stürzbecher 1994 S. 294). Dabei dachte sie an solche Frauen, die keine Sozialversicherung und kein Geld für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung hatten. Ursprünglich sollte das Geld für ambulante Behandlungen verwendet werden, aber die Erben erhöhten die Stiftungssumme auf 500.000 Mark und fassten Pläne mit dem damaligen Direktor der Frauenklinik Ernst Bumm (1858-1925) zur Errichtung eines eigenen Gebäudes. Die Klinik wurde schließlich am 5. Mai 1911 eröffnet (Stürzbecher 1994).

Erbaut wurde sie auf einem schmalen Grundstücksstreifen entlang der Spree unter der Adresse Monbijoustraße 2. Sie war ärztlich und betriebswirtschaftlich der Frauenklinik angeschlossen. Das dreigeschossige Gebäude lehnte sich an die Architektur der nahen Museumsbauten an. Dieses zeigte sich in einer Streifenquaderung im Erdgeschoss, gliedernden Teilen aus Sandstein, dem Mansardendach im wilhelminischen Neobarock und dem geschweiften Ziergiebel. Äußerlich war es in seiner Typologie nicht als Krankenhaus erkennbar. Die Hauptfront zeigte zur Spree hin nach Süden und hatte einen schmalen Vorgarten [Abb. 42]. Der Eingang erfolgte über die Monbijoustraße. Zusätzlich konnte man das Gebäude über das angrenzende Klinikgelände der Frauenklinik betreten (Brüstlein 1911, Architekten- und Ingenieurverein 1997).

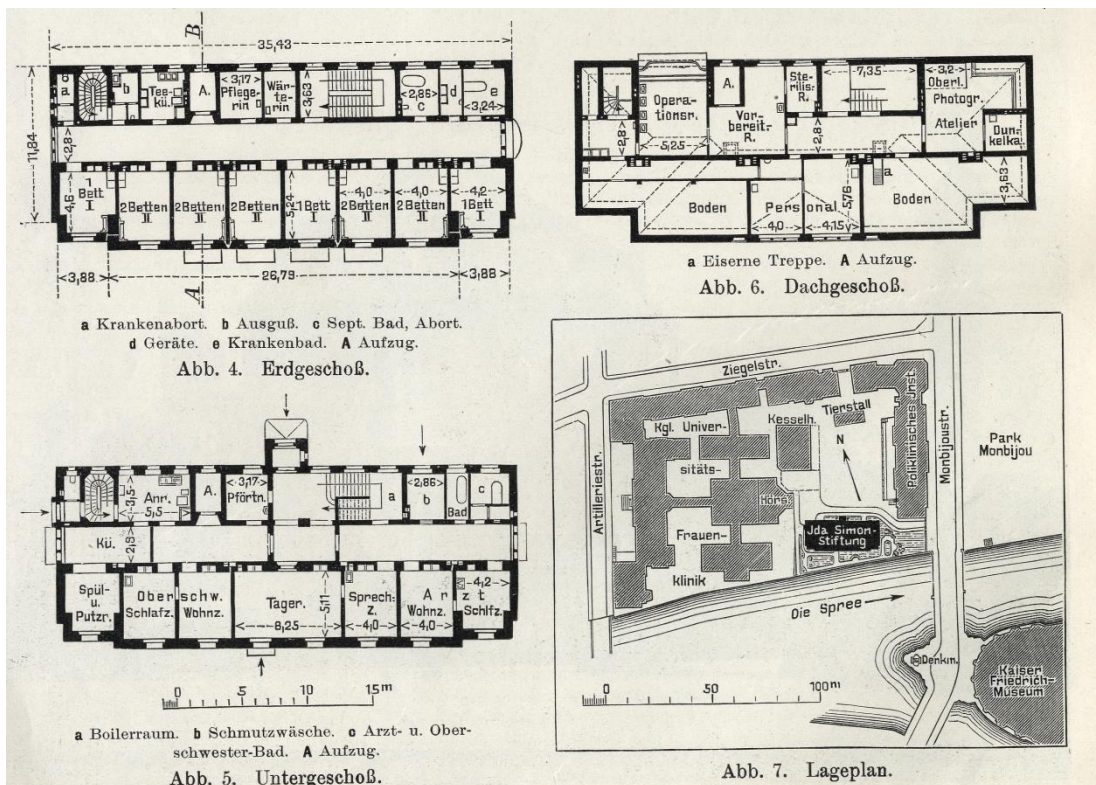


Abb. 43: Lageplan und Grundriss der Ida-Simon-Stiftung (Brüstlein 1911 S. 346)

Der Grundriss war einfach gehalten. Ein breiter Längsflur, von dem Richtung Süden die Patientenzimmer, Sprech-, Arzt- und Wartezimmer abgingen und Richtung Norden die Personalräume und Bäder, durchzog das Gebäude [Abb. 43]. Im Mansardengeschoss gab es

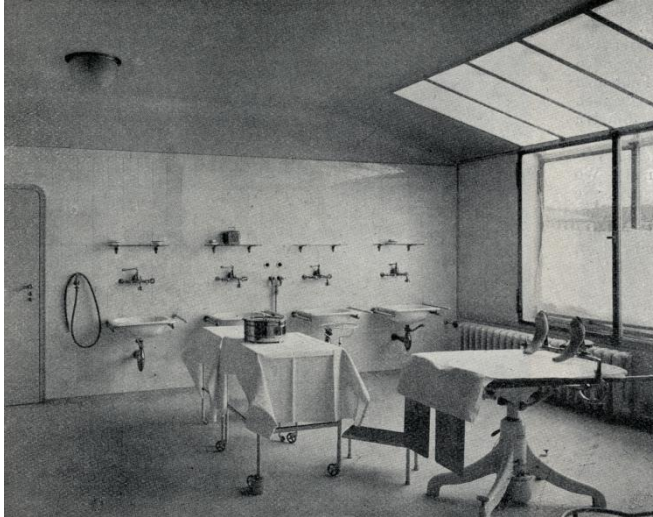


Abb. 44: Ansicht des Operationssaals der Ida-Simon-Klinik (Brüstlein 1911 S. 355)

einen Kreißsaal und einen Operationssaal mit Oberlicht [Abb. 44]. Insgesamt hatte die Klinik fünfzehn Betten, die sich auf acht Patientenzimmer mit ein bis zwei Betten für die Kranken verteilten. Falls die Patientinnen es wünschten, konnte eine Begleiterin mit im Zimmer übernachten. Die mittleren Zimmer hatten bepflanzte Balkone: „Diese Blumenbehälter, deren Pflege erfahrungsgemäß von

den Wärterinnen als Erholung angesehen wird, sollen nicht nur das Haus von außen und den Blick aus den Krankenzimmern freundlich gestalten, sondern auch den Kranken auf den Balkonen das Schwindelgefühl benehmen.“ (Brüstlein 1911 S. 346).

Die Zimmerausstattung war bestens durchdacht und wird auch heutzutage noch lobend erwähnt: „Die umfassende Detailpräzision in bezug auf hygienische und nutzungstechnische Fragen macht diese kleine Klinik zu einem sehr frühen Beispiel innovativer Krankenhausplanung.“ (Architekten- und Ingenieurverein 1997 S. 18). So wurden zur besseren Hygiene hängende Heizkörper und WC-Becken, eine zentrale Staubsaugeranlage und Badewannen in Fußbodenebene eingebaut. Die Patientenzimmer hatten zur Wahrung der Privatsphäre doppelte Türen. Bunte Muster aus Glas über der Tür und um die Deckenlampe herum sollten eine angenehme Atmosphäre



Abb. 45: Ansicht Krankenzimmer (Brüstlein 1911 S. 355)

schaffen [Abb. 45]. Der Linoleumfußboden war terrakottafarben und Türen und Fenster elfenbeinweiß gehalten. Alle Zimmer verfügten über ein Waschbecken mit fließendem Wasser (Brüstlein 1911).

Während des 1. Weltkrieges war in dem Gebäude zwischenzeitlich ein Vereinslazarett eingerichtet worden. Walter Stoeckel (1871-1961) benutzte während seiner Amtszeit die Klinik wahrscheinlich teilweise als Privatstation für seine Patientinnen. Die Nationalsozialisten stuften die Stiftung als „jüdisch“ ein und lösten sie während des 2. Weltkrieges auf. Das Vermögen wurde dem Staat bzw. der Hochschulverwaltung überschrieben (Stürzbecher 1994).

9.1.3 Der Neubau in der Ziegelstraße (Z-Bau)

Als Stoeckel die Klinik 1926 als Direktor übernahm, hatte er wenig wohlwollende Worte für den einstigen Vorzeigebau: *„Als ich mir anlässlich meiner Berufung die Klinik im Mai 1925 genau ansah, fand ich sie so abgebraucht, so eng, räumlich so unzureichend und vom sozialhygienischen Standpunkt aus der Kritik so zugänglich, dazu in vielen wichtigen Punkten so unmodern und so primitiv, dass ich eine durchgreifende Reform verlangte. Wirklich gut und sogar sehr hohen Ansprüchen genügend war nur die Privatklinik.“* (Stoeckel 1929 S. 550). Stoeckel hatte seine eigenen Vorstellungen vom Neubau einer Frauenklinik, die er in einem Artikel genauestens beschrieb: *„Bezüglich des Bausystems ist alles diskutabel-nur nicht das Pavillonssystem. Es scheint jetzt allgemein abgelehnt zu werden; für eine Frauenklinik ist es jedenfalls völlig ungeeignet.“* (Stoeckel 1928 S. 570). Genau dies war damals der Grundgedanke beim Bau der Frauenklinik 1882 gewesen. Stoeckel kämpfte um Gelder für eine Modernisierung der Klinik. Als Kompromiss zu einer kompletten Neubebauung wurde das Gebäude an der Ziegelstraße abgerissen und durch einen Neubau ersetzt. Dieser schloss sich an die dritte medizinische Klinik an, die im Jahr 1905 auf dem Gelände zwischen Monbijoustraße und der Frauenklinik, wo ehemals Speicher standen, unter der Adresse Monbijoustraße 2 erbaut worden war. Nach Umbau wurde auch dieses Gebäude Teil der Frauenklinik. Somit gehörte das komplette Gelände zwischen Artillerie-, Ziegel- und Monbijoustraße zur Frauenklinik [Abb. 46] (Stoeckel 1929, Stoeckel 1928).

Äußerlich war der Flachbau weiß verputzt, hatte quadratische Fenster, die von Sandstein



Abb. 47: Ansicht des Neubaus von der Ziegelstraße (Stoekel 1932 S. 676)

eingefasst wurden und deren Fensterrahmen aus bronzefarbenem Eisenblech waren. An der Artilleriestraße war der Bau an das Eckgebäude und an der Monbijoustraße an die ehemalige Medizinische Klinik angeschlossen. Der Haupteingang lag zurückgesetzt in der Ziegelstraße mit einem weit auf die Straße hinausreichenden Vordach [Abb. 47] (Architekten- und Ingenieurverein 1997).

Die prominente Nachbarschaft der Museumsinsel inspirierte den Architekten. Die Frauenklinik trat in einen Dialog mit dem Bodemuseum auf der anderen Spreeseite. Dies äußerte sich in der gleichen Anzahl der vertikalen Achsen. Das Bodemuseum hat sieben Rundbögen und die Frauenklinik sieben Fensterachsen. Zur Monbijoustraße war die

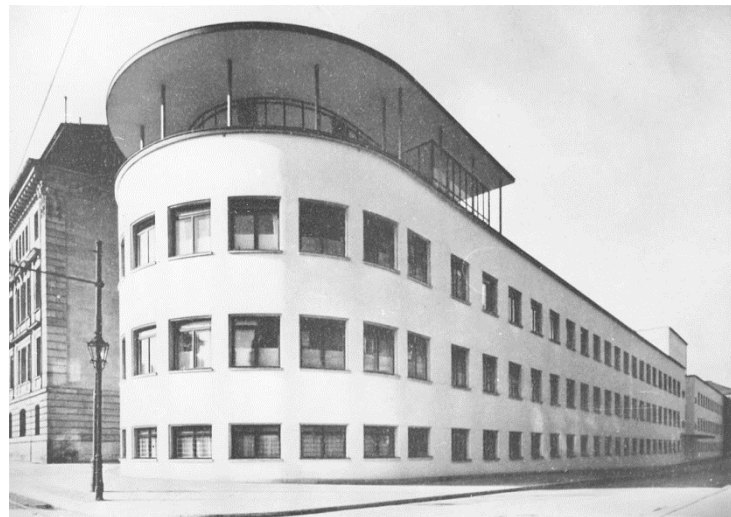


Abb. 48: Ansicht des Z-Baus von der Monbijoustraße (Institut für Geschichte der Medizin)

Frauenklinik halbrund abgeschlossen und hatte einen zurückgesetzten, von Säulen getragenen Glasaufbau, der die Kuppel des Bodemuseums widerspiegelt [Abb. 48] (Cordes 1999).

Das zentrale Element des Grundrisses war ein langer Mittelflur mit Treppenanlagen an beiden Enden und in der Mitte beim Haupteingang. Tageslicht kam durch die großen, offenen Räume und Hallen herein, die zur Ziegelstraße abgingen und für den Aufenthalt außerhalb der Zimmer genutzt wurden. Die Ausrichtung der Zimmer war so gestaltet, dass die Betriebs- und Funktionsräume wie Spül- und Gerätezimmer nach Norden zur Ziegelstraße, die Patientenzimmer, Kreiß- und Operationssäle hingegen Richtung Süden zur Spree lagen [Abb. 49 und Abb. 50].

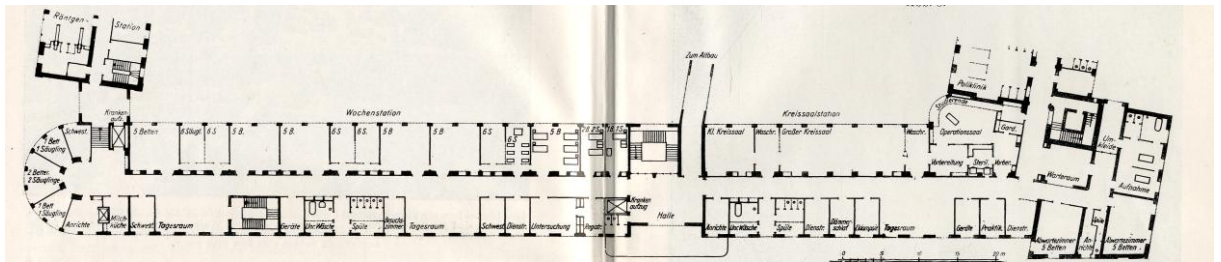


Abb. 49: Grundriss erstes Obergeschoss Z-Bau (Stoeckel 1932 S. 672 f)

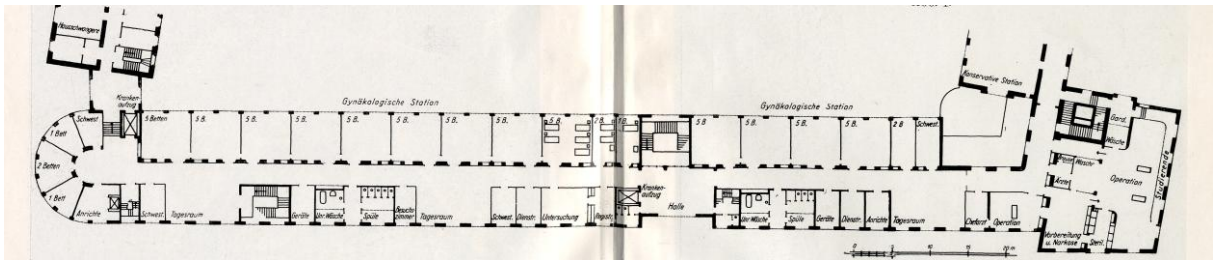


Abb. 50: Grundriss zweites Obergeschoss Z-Bau (Stoeckel 1932 S. 672 f)

Die geburtshilfliche Station war im ersten Obergeschoss untergebracht. Im linken Eckgebäude, das direkt in den Neubau überging, war die Aufnahmestation. Darauf folgten der Operationssaal mit Waschraum, Patienten-Vorbereitung und Sterilisation. Er war an den Wänden graugrün und auf dem Boden weiß gefliest. Für die Studenten gab es im Halbrund Stehplätze. Die beiden Kreißsäle waren sowohl an den



Abb. 51: Ansicht Kreißsaal (Stoeckel 1932 S. 675)

Wänden als auch an den Böden gefliest. Der große Kreißsaal umfasste wenigstens sechs Betten. Ausgestattet war er mit Wickeltisch, Säuglingswaage, Wärmebett, Badewanne,

Plazententisch und –spüle [Abb. 51]. Zwischen den beiden Sälen war ein Waschraum für das Personal.

Jedes Patientenzimmer mit maximal fünf Betten hatte ein eigenes Säuglingszimmer [Abb. 52]. Alle Zimmer waren untereinander durch sogenannte Schlupftüren verbunden. Die Wochenbettzimmer mit ein oder zwei Betten im Halbrund am Ende des Baus waren sogenannte „rooming-in“



Abb. 52: Ansicht Säuglingszimmer (Stoeckel 1932 S. 674)



Abb. 53: Ansicht Krankenzimmer (Stoeckel 1932 S. 674)

Zimmer, d.h. die Säuglinge schliefen bei der Mutter im Zimmer. Die farbliche Gestaltung der Patientenzimmer sollte Behaglichkeit vermitteln. Türen und Vorhänge hatten korallenrote Farbe, die Wände waren in warmer, gelber Wachsfarbe gehalten und der Fußboden mit beigefarbenem Linoleum ausgelegt. Die Fenster ließen sich schiebend öffnen und von außen waren Jalousien angebracht. Über jedem Bett gab es eine Lampe

[Abb. 53].

Im zweiten Oberstock war die gynäkologische Abteilung untergebracht. Auch hier gab es einen Operationssaal mit Stehplätzen für die Studenten, der sich aber bereits im Gebäude an der Artilleriestraße befand [Abb. 54]. Direkt neben dem OP lagen die Zimmer für die frischoperierten Patientinnen, im Anschluss daran die Bettenstation mit Ein-, Zwei- und Fünfbettzimmern. Im Erdgeschoß waren



Abb. 54: Ansicht gynäkologischer OP-Saal mit Studententribüne (Stoeckel 1932 S. 675)

die Räume für das Personal. Hier gab es getrennte Essräume für Ärzte, Schwestern, Hausschwangere und Studenten sowie Wohnräume für Studenten (Stoeckel 1932).

Im Rahmen der Baumaßnahmen wurde die Klinik komplett renoviert. Die Pavillons erhielten teilweise neue Funktionen. Der zur Spree gelegene Pavillon wurde eine Abortusstation, in den mittleren Pavillon wurde ein Hörsaal mit allen damaligen technischen Raffinessen wie Projektor, Filmvorführungsapparat und elektrischen Jalousien eingebaut. Der linke Pavillon blieb als Wochenbettstation erhalten. Nach dem Umbau des Hauptgebäudes waren in diesem eine septische Station mit einem septischen Operationssaal, eine konservative Station sowie die Ruhmeshalle zur Ehrung der Vorgänger untergebracht. Der Direktor-Block im rechten Eckgebäude wurde im Erdgeschoss mit einer Bibliothek, einem Zeitschriftenlesezimmer und einem Redaktionszimmer für das Zentralblatt für Gynäkologie und der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, deren Herausgeber Stoeckel war, ausgestattet (Stoeckel 1929, Stoeckel 1932).

9.1.4 Der 2. Weltkrieg und die Folgen

Die Kriegseignisse trafen die Frauenklinik hart. Bomben zerstörten in den Jahren 1943/44 nahezu 60 % der Gebäude und beschädigten den Rest schwer. Intakt blieben nur die Erdgeschosse der Privatstation, des Gebäudes in der Ziegelstraße und des Monbijoubaus. Die Anlage in der Artilleriestraße war komplett zerstört und ausgebrannt. Die Kellergeschosse waren durch steigendes Grundwasser gefährdet. Deshalb zog die Frauenklinik im Jahr 1943 in den Kranken- und Operationsbunker unter den Park des Schlosses Monbijou, der Platz für bis zu 120 Betten bot. Unterirdische Gänge verbanden die Klinik und den Ida-Simon-Bau mit dem Bunker (Kraatz 1958).

In den ersten Kriegsjahren wurden die Patientinnen bei Fliegerangriffen in die Keller gebracht. Adolf Hitler (1889-1945) erfuhr über die Strapazen von Goebbels Ehefrau Magda (1901-1945), die ihre Kinder in der Ida-Simon-Klinik entbunden hatte, und ordnete ohne Rücksicht auf Kosten den Bau sicherer Unterkunftsmöglichkeiten für Frauen und Kinder an. Insgesamt entstanden vier Bunker mit insgesamt 500 Betten. Übergangsweise verbrachten die Patientinnen die Abende zum Essen in der Reichskanzlei und die Nacht in dem darunter liegenden Luftschutzkeller in der Vossstraße (Stoeckel 1966 S. 467 ff).

Über die Arbeitsbedingungen während des Krieges schrieb Stoeckel folgendes: „*Zwischen Magen- und Darmeingriffen erfolgten auf demselben Operationstisch Zangenoperationen, Kaiserschnitte, Placenta- praevia-Fälle und Extrauterin graviditäten. Alles musste schnell*

gehen. Langwierige Vorbereitungen konnten nicht getroffen werden. Die Asepsis kam stets



Abb. 55: Aufbauarbeiten der zerstörten Frauenklinik nach dem 2. Weltkrieg (Institut für Geschichte der Medizin)

zu kurz. Und trotzdem erlebten wir keinen einzigen Fall von Wochenbettfieber! [...] Sechzig Prozent der Klinik waren völlig zerstört, der Rest, außer dem leidlich erhaltenen Ida-Simon-Bau, so stark beschädigt, dass es unmöglich schien, ihn noch zu verwenden. [...] Wir schlofen in dem vollgepfropften Bunker neben der Wochenstation.

Die Säuglinge schrien die ganze Nacht hindurch...“ (Stoeckel 1966 S. 501 ff).

Nach dem Krieg erfolgte der Wiederaufbau nur verzögert. Aufgrund der schweren Beschädigung sollte die komplette Klinik eigentlich abgerissen werden. Dagegen wehrten sich Stoeckel und sein damaliger Oberarzt Helmut Kraatz (1902-1983). Sie arbeiteten und operierten weiterhin im Bunker, während oberirdisch aufgeräumt und aufgebaut wurde [Abb. 55 und Abb. 56]. Da aber auch das Personal im Bunker wohnen musste, konnten längst nicht so viele Patientinnen aufgenommen werden. Aufenthalts- und Essräume wurden im verwaisten Institut für experimentelle Krebsforschung eingerichtet. Die Charité erhielt eine Vorrangstellung beim Wiederaufbau unter den Berliner Krankenhäusern. Da das Baumaterial knapp war, konnte der forcierte Aufbau der Frauenklinik erst ab dem Jahr 1952-1956 unter dem Direktorat von Kraatz erfolgen. Bei der Gestaltung war es Kraatz wichtig, dass nicht allein die Funktionalität im Vordergrund stand, sondern die Patientin sich auch wohlfühlen sollte:



Abb. 56: Haupteingang der Frauenklinik in der Artilleriestraße (Institut für Geschichte der Medizin)

„Niemand darf Angst haben, eine Klinik zu betreten, darf etwas aufgeben von seinem Ich, von der Würde seiner Persönlichkeit. Die Patientin soll sich nicht vor Kassenschalter der Verwaltung gestellt, nicht in einem kahlen Untersuchungszimmer oder einem nüchternen Büro über ihre Anamnese befragt sehen. Zu viele Schilder, was verboten und erlaubt ist, schockieren. Stets muss die Patientin spüren, dass sich alles nur um sie und ihre Gesundheit dreht.“ (Kraatz 1985 S. 129). Äußerlich wurde die Klinik ganz schlicht verputzt und war kein Bild einer architektonisch gelungenen Baukunst. Die Abteilungen im Bau der Artillerie- und Ziegelstraße, die Pavillons inklusive des Ida-Simon-Baus sowie das Monbijouhaus wurden alle neu errichtet oder umgebaut (David 2004, Kraatz 1958).

9.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Durch die Zusammenlegung der Geburtshilfe und Gynäkologie in dem neuen Gebäude wurde Carl Schröder (1838-1887) gleichzeitig für diese beiden Fächer Professor. Dadurch wurde aus der bisherigen Entbindungsanstalt eine in unserem Sinne moderne „Frauenklinik“. Die Forderung bei seinem Amtsantritt nach einem Neubau sowie die Einrichtung eines zweiten Lehrstuhls an der Charité hatte Schröder damit verwirklicht.

Mit dem Neubau erhielt die Frauenklinik ein eigenes pathologisch-anatomisches Institut mit einem Labor, welches seit 1886 in dem Sezierhaus, das hinter dem linken Pavillon gelegen war, auf zwei Etagen untergebracht war. Unter Stoeckel war es in das Souterrain des Spreepavillons und unter Kraatz in große Teile des Gebäudes an der Ziegelstraße verlegt worden. Während sich an der Charité-Frauenklinik die Forschung auf die Endokrinologie spezialisierte, wurde in der Artilleriestraße an gynäkologisch-pathologischen Fragestellungen geforscht (Winter 1958, Kraatz 1958, Rohde/Hinz 2010).

Nach dem 2. Weltkrieg wurde am 22. Januar 1952 die I. und II. Frauenklinik zur „Universitäts-Frauenklinik der Charité“ unter Kraatz räumlich und personell in der Tucholskystraße zusammengelegt. Zu Kraatz Zeiten existierte noch bis in das Jahr 1968 eine zweite gynäkologische Poliklinik in der alten Frauenklinik der Charité und eine Abteilung für Rekonvaleszenten, die längerer Pflege bedurften, in Radensleben in der Nähe von Neuruppin, heute Land Brandenburg (Kraatz 1960, Kraatz 1958).

9.2.1 Die Direktoren



Abb. 57: Carl Schröder
(Issmer 1959 S. 167)

Schröder [Abb. 57] übernahm 1875 die Leitung der königlichen Entbindungsanstalt von Eduard Arnold Martin [Tab. 6]. Das Vorhaben des Neubaus der Frauenklinik von Martin verwirklichte er. Wissenschaftlich setzte er die Erkenntnisse der Entstehung des Kindbettfiebers von Semmelweis in die Praxis um, indem er eine besondere Abteilung für septische Fälle in der neuen Frauenklinik einrichtete. Zusätzlich gründete er 1877 eine Puerperalfieber-Kommission, die Vorschriften zur Desinfektion der Instrumente, Überwachung des Hebammenpersonals und eine Meldepflicht für Erkrankungen erließ. Sein Schwerpunkt und Können lag in der operativ-gynäkologischen Disziplin, wo er etliche Verbesserungen und Neuerungen erzielte. Sein Geschick und seine Forschungen waren so prägnant, dass er Berlin zum gynäkologischen Mittelpunkt Deutschlands und darüber hinaus machte. Im Jahr 1876 vereinigte er die beiden Berliner Gesellschaften für Geburtshilfe bzw. Gynäkologie zur „Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin“, deren Vorsitz er mehrere Jahre innehatte (Martin 1910, N.N. 1887, Ebert/Pritze/Ulrich 1994, Schwenke/Bayer 1988, Hirsch 1962 S. 143 f).

Leitung der I. Universitätsfrauenklinik in der Artilleriestraße
1875-1887 Carl Schröder (1838-1887)
1887-1910 Robert von Olshausen (1835-1915)
1919-1924 Ernst Bumm (1858-1925)
1924-1925 (komm.) Kurt Warnekros (1882-1849)
1926-1950 Walter Stoeckel (1871-1961)
1950-1951 (komm.) Herbert Lax (1909-1987)
1952-1970 Helmut Kraatz (1902-1983)
1970-1973 Hans Igel (geb. 1918)
1973-1991 Hans Bayer (geb. 1926)

Tab. 6: Direktoren der Frauenklinik (Ebert 2010 S. 370)

Als Schröder plötzlich mit 47 Jahren an den Folgen eines Hirnabszesses starb, wurde Robert von Olshausen (1835-1915) im Jahr 1887 zu seinem Nachfolger berufen [Abb. 58]. Olshausen war bereits als Professor in Halle habilitiert, wo er die aufkommende operative Gynäkologie aufbaute. Er wurde zu einem der führenden Gynäkologen und gründete 1886 die „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie“. Da er ein Verfechter von althergebrachten, bewährten Methoden war, sorgte er dafür, *„dass es nicht durch Schlechteres unberechtigterweise verdrängt und ersetzt werde.“* (Pritze/Ebert 1994b S. 72 f). Die Antiseptik führte er erst in späteren Lebensjahren in der Klinik ein (Pritze/Ebert 1994b, Küstner 1915).



Abb. 58: Robert von Olshausen (Issmer 1959 S. 170)

Nachdem Olshausen altersbedingt sein Amt 1910 aufgab, wechselte Ernst Bumm (1858-1925) als Direktor der Frauenklinik der Charité zur Artilleriestraße über [Abb. 59]. Er war bereits für sechs Jahre Direktor der Charité-Frauenklinik gewesen und hatte etliche bauliche Verbesserungen erkämpft [vgl. Kapitel 4.2.1 S. 58]. Sein Weg nach Berlin führte über Professorenstellen in Basel, wo er den Neubau einer der modernsten Frauenkliniken Europas eröffnete, und Halle (Schneck/Ebert 1994). Bumm hatte auch einen Blick für seine Patientinnen außerhalb der Klinik und äußerte sein Verständnis, dass Frauen aus den unteren sozialen Schichten nicht ein Kind nach dem anderen gebären wollten. Ein Schüler berichtete über ihn: *„Er machte keinen Unterschied, ob reich oder arm, und hatte ein tiefes Verständnis für soziale Fragen und soziale Nöte, besonders der armen Bevölkerung. Nur sehr wenig bekannt ist, dass er mir öfters größere Summen zur Verteilung an arme Wöchnerinnen gab, die ich in der geburtshilflichen Poliklinik kennengelernt hatte, und auch an Operierte nach der Entlassung, denen es wirtschaftlich schlecht ging.“* (Schneck/Ebert 1994 S. 118 f).

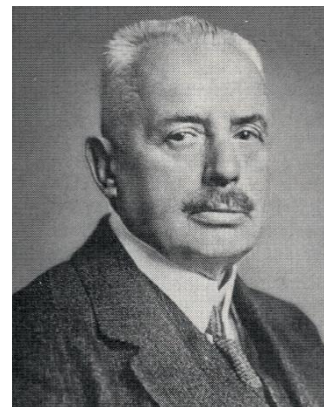


Abb. 59: Ernst Bumm (Issmer 1959 S. 175)



Abb. 61: Walter Stoeckel (Schagen 2010 S. 215)

Nach Bumms Tod aufgrund eines Gallenblasenempyems im Januar 1925 leitete Kurt Warnekros (1882-1949) zwischenzeitlich für zwei Jahre die Klinik bis Walter Stoeckel (1871-1961) auf den Lehrstuhl der Frauenklinik in der Artilleriestraße berufen wurde [Abb. 60]. Vor seiner Berufung 1925 nach Berlin war er Chef der Frauenkliniken in Marburg, Kiel und Leipzig. Die Berliner Klinik führte er mit einer militärischen, harten Zucht, der nicht alle Assistenzärzte gewachsen waren, obwohl er in seinen Anschauungen auch menschliche Züge zeigte: *„Vor dem Krieg war die Anstellung verheirateter Assistenten verboten; verheiratete Oberärzte waren Ausnahmerecheinungen. Jetzt sind verheiratete Assistenten fast die Regel und verheiratete Oberärzte Selbstverständlichkeiten – bei mir wenigstens [...] ...sie hat aber nicht, wie ich befürchtete, eine Verschlechterung der Arbeit und der Aufsicht gebracht-eher das Gegenteil.“* (Stoeckel 1928 S. 593). Stoeckels wissenschaftliche Arbeit war breit gefächert. Geburtshilfe, operative Gynäkologie und die urologische Gynäkologie waren Gegenstände seiner Forschung. Zusätzlich leitete Stoeckel die Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, das Zentralblatt für Gynäkologie und die Zeitschrift für chirurgische Urologie. Nachdem Stoeckels Emeritierung mehrfach verschoben wurde, um dann schließlich 1950 in Kraft zu treten, übernahm 1952 sein ehemaliger Oberarzt Helmut



Abb. 60: Helmut Kraatz (Issmer 1959 S. 187)



Abb. 62: Zimmer des Chefarztes (Institut für Geschichte der Medizin)

Kraatz (1902-1983) die Geschicke der Frauenklinik [Abb. 61 und Abb. 62]. Zwischenzeitlich leitete Herbert Lax (1909-1987) kommissarisch die Klinik (Ulrich/Ebert/Pritze 1994).

Nachdem Kraatz 1930 als Assistenzarzt bei Stoeckel anfang, avancierte er schnell zum Oberarzt und habilitierte 1940. Nach einem mehrjährigen Einsatz bei der Marine während des 2. Weltkrieges erreichte es Stoeckel, dass er wieder in der Frauenklinik in Berlin arbeitete. Im Februar 1948, nachdem sein Verfahren zur Entnazifizierung

abgeschlossen war²⁵, konnte er dann wieder als Dozent anfangen. Bevor er 1952 als Nachfolger von Stoeckel berufen wurde, leitete er zwischenzeitlich die Frauenklinik in Halle für zwei Jahre. Nach dem Mauerbau belebte er die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie neu. Durch sein politisches Engagement und seine guten Beziehungen zur staatlichen Führung der DDR war es ihm gelungen, dass die Klinik und die Mitarbeiter unter seiner Leitung politisch nicht behelligt wurden. Den Spagat mit der Zusammenarbeit des sozialistischen Regimes ging Kraatz ein, um die wissenschaftliche Arbeit zu schützen und zu fördern (Ernst 1997, Issmer 1959/69, Lamm 1994).

9.2.2 Der Unterricht

Schröder führte 1882 die sogenannten „Hauspraktikanten“ ein. Dies waren Studenten der höheren Semester, die für drei Monate in der Klinik wohnten. Betreut wurden sie von einem älteren Assistenten, der sie unterrichtete und klinische Fälle mit ihnen besprach. Bei weiterem Interesse war es ihnen auch möglich, für zwei Monate in der gynäkologischen Poliklinik zu famulieren, um dort die Frauen zu untersuchen und zu behandeln. Die Hauspraktikanten leiteten in der Regel die Geburten der Poliklinik, d.h. sie gingen zu den hilfeschuchenden Frauen nach Hause. Wenn Probleme auftraten, kam ein Assistenzarzt der Klinik zu Hilfe. Wichtig waren für Schröder die Erfahrungen, die die Studenten in der Poliklinik und bei den Frauen zu Hause „ohne grossen klinischen Apparat“ (Jolly 1910 S. 1890) machen konnten und die damit gewonnenen Einblicke in die sozialen Verhältnisse. Der Unterricht umfasste sowohl die Gynäkologie als auch die Geburtshilfe. Zur praktischen Einweisung gab es Untersuchungskurse, in denen die Studenten Schwangere unter Anleitung des Direktors oder des Assistenten untersuchen konnten. Vorlesungen mit Vorstellung klinischer Fälle wurden abgehalten. Ein Schwerpunkt wurde auf mikroskopische Untersuchungen und Diagnostik gelegt. Dies war ein neuer wissenschaftlicher Zweig. Zu diesem Zweck war in der Frauenklinik extra ein Mikroskopieraum eingerichtet worden. Dieser war Teil des neuen pathologisch-anatomischen Instituts seit 1883, das auch über Räume für bakteriologische Untersuchungen und Sektionen verfügte. In den folgenden Jahrzehnten verlagerte sich durch Carl Ruge und Robert Meyer der Forschungsschwerpunkt auf die Gynäkopathologie, während sich das Labor der Frauenklinik in der Charité zu einem Zentrum für Endokrinologie entwickelte [vgl. Kapitel 4.2 S. 56] (Kraatz 1958, Jolly 1910, Schwenke/Bayer 1988, N.N. 1889, Dohrn 1903 S. 103 f).

²⁵ Kraatz war seit 1933 Mitglied der SA und seit 1937 der NSDAP gewesen (Schneider/David 2010).

Die Zahl der Studenten vergrößerte sich immer mehr. Früher wurde der Unterricht oft vom Direktor allein abgehalten, aber dies war schon zu Olshausens Zeit nicht mehr möglich: *„Wie ist es möglich, diese grosse Zahl in die Fächer der Geburtshilfe und Gynäkologie praktisch einzuführen und so weit, wie es für den angehenden Arzt nötig ist, auszubilden? Es gehört dazu zunächst ein grosses Material von Demonstrationsobjekten, ein grosses Material an normalen und pathologischen Geburten, sowie an gynäkologischen Kranken; sodann auch eine entsprechende Zahl von Assistenten, da sonst schon die Lehraufgabe bezüglich der Ausbildung im Untersuchen nicht zu erfüllen ist.“* (Olshausen 1894 S. 50). Der unter Olshausen erbaute Hörsaal diente der Vorstellung aller gynäkologisch Kranken und Wöchnerinnen. Er sollte nur in Ausnahmefällen als Operationssaal genutzt werden. Der Hörsaal hatte zu beiden Seiten jeweils ein Nebenzimmer. Der eine Raum war ein Wartezimmer, wo die Patienten gewaschen und desinfiziert wurden, der andere ein Demonstrationsraum für klinische Befunde und anatomische und mikroskopische Präparate. Hier stand ein Schrank mit Gegenständen für den Unterricht mit Abbildungen, Becken, Präparaten, Puppen und Geburtszangen. Für die Darstellung anatomischer Präparate gab es einen Rolltisch. Zur Vorstellung klinischer Befunde bei Patientinnen waren vier Untersuchungsstühle aus Stabeisen gebaut: *„Sollen Kranke mit Speculumbefunden demonstriert werden, so geschieht dies am Ende des klinischen Unterrichts. Die Studierenden steigen die zwei vorhandenen Treppen des Amphitheaters in den Halbkreis hinab und gelangen der Reihe nach im Gänsemarsch, durch Barrieren in Ordnung gehalten, an die Mikroskope oder an die Stühle, auf welchen die Kranken liegen.“* (Olshausen 1894 S. 55). Zum Waschen und Desinfizieren vor der Untersuchung der Patientinnen standen Waschschüsseln bereit (Küster 1894).

Allerdings wurde von der öffentlichen Anamnese, wie es bisher üblich war, Abstand genommen, denn die Frauen waren nicht bei Bewusstsein: *„Es ist in der klinischen Stunde selbst zu zeitraubend, die Kranken vor Erhebung des objektiven Befundes einem vollständigen, mündlichen Examen zu entwerfen. Zumal wenn der Praktikant dies thun sollte, würde dadurch eine immense Zeit verloren gehen, die für die Zuhörenden wenig anregend und interessant verliefte. Endlich ist diese Methode, die klinischen Kranken vorzustellen, in einer Frauenklinik schon deshalb meistens nicht angebracht, weil eine grosse Zahl der Kranken schon chloroformiert vorgestellt wird.“* (Olshausen 1894 S. 55). Gleichzeitig gab er aber zu bedenken: *„Diese ganze Methode hat aber doch grosse Nachteile. Es tritt die Wichtigkeit der Anamnese und der Krankheitsbeschwerden für die Diagnose doch den Studierenden nicht recht vor Augen.“* (Olshausen 1894 S. 55 f).

Deswegen sollte der Student die Patientin einen Tag vorher im Warteraum befragen und anschließend dem Lehrer vorstellen.

Im klinischen Unterricht wurden keine gynäkologischen Operationen vor großem Publikum gezeigt, denn das OP-Feld war klein und nur begrenzt einsehbar. Der Nutzen war nur für wenige Studenten vorhanden. Die Operationen wurden in den „ersten Morgenstunden“ ausgeführt mit einer kleinen Anzahl von maximal zehn Studenten als Zuschauer.

Bei dem geburtshilflichen Unterricht verhielt es sich jedoch genau umgekehrt. Alle wichtigen Operationen wurden im klinischen Unterricht in einem gut ausgeleuchteten Kreißaal durchgeführt. Anwendungen der Zange, der Extraktion und Perforation sowie die Ausführung der Wendung und künstlichen Frühgeburt sollten für alle dargestellt werden. Die Studenten durften auch selbst Geburten ausführen. Vorher mussten sie schriftlich erklären, dass sie in den letzten 24 Stunden kein infektiöses Material angefasst hatten (Plöger 1904).

Bumm füllte den Unterricht mit Theorie und Praxis. In den theoretischen Vorlesungen erläuterte er Grundwissen anhand von Präparaten, Abbildungen und Phantomen. Der praktische Teil fand in klinischen Vorlesungen mit Fallbesprechungen und Untersuchungskursen statt. Zusätzlich konnten Geburten in der Poliklinik und im Gebärsaal betreut werden. Bumms Ansinnen war: „...in der Hauptsache aber wird die medicinische Ausbildung stets zwei Forderungen zu erfüllen haben: sie muss im Stande sein, dem jungen Mediciner einerseits ein umfassendes medicinisches Wissen, andererseits aber auch ein tüchtiges ärztliches Können mit auf den Weg zu geben. [...] Der Arzt, der sein Wissen nicht in praktisches Können umzusetzen vermag, hat seinen Beruf verfehlt.“ (Bumm 1904 S. 690). Er legte viel Wert auf praktische Übungen. Zwar bedauerte er die Frauen, die häufig untersucht werden mussten, aber er sah es als notwendiges Opfer der Wissenschaft an, das gebracht werden musste: „Wir müssen [...] vielen ungeübten Anfängern gestatten, mit dem Finger die Wunden im Innern des Genitalcanals wiederholt zu berühren. Denn nur dadurch, dass wir Sie häufig untersuchen und auch operiren lassen, können wir Sie zu praktischen Geburtshelfern heranbilden.“ [...] Fleissige haben Gelegenheit, sogar wiederholt Entbindungen durch die Zange und die Wendung, Abortausräumungen u. dgl. vorzunehmen.“ (Bumm 1904 S. 692). Bumms Meinung nach war der Unterricht der Geburtshilfe wichtiger, da er in der späteren Praxis weitaus mehr Bedeutung hätte als die Gynäkologie. Der praktische Mediziner würde häufiger zu Geburten gerufen und weniger mit Frauenkrankheiten konfrontiert werden, die auch meist nicht sofort behandlungsbedürftig wären (Bumm 1904).

Eine Neuerung von Stoeckel war die geburtshilfliche Poliklinik. Bisher wurden die Geburten von selbständigen Hebammen betreut und nur bei Problemen ein Arzt hinzugezogen. Stoeckel änderte es dahingehend, dass er ein Betreuungssystem einrichtete, in dem die Hebammen und Ärzte enger zusammenarbeiteten und laut Bayer „einmalig war, den Frauen



Abb. 63: Waschraum des OP-Saals (Institut für Geschichte der Medizin)

zum Segen gereichte und für Assistenten und Studenten zu einer hervorragenden Schule qualifizierter Ausbildung und Erfahrung wurde.“ (Bayer 1982 S. 268). Während des 2. Weltkrieges waren die Unterrichtsbedingungen erschwert: „Wir blieben nicht nur, wir versuchten auch den Lehrbetrieb aufrechtzuerhalten. In dem kalten, fensterlosen Hörsaal saß alles in Mänteln. Sogar Prüfungen nahm ich vor, einmal während eines Angriffs, ein anderes Mal in tiefster Dunkelheit.“ (Stoeckel 1966 S. 496 f). Nach dem 2. Weltkrieg hatte Stoeckel bereits im Sommer 1945 auf eigene Faust den Lehrbetrieb wieder aufgenommen und ein geburtshilflich-gynäkologisches Bunkerseminar mit anfangs sieben Studenten abgehalten (Stoeckel 1966 S. 496 ff).

Für Kraatz hatte die Lehre oberste Priorität. Der klinische Alltag begann erst nach der morgendlichen Vorlesung, bei der alle Ärzte anwesend sein mussten. Kraatz stellte den Unterricht aus mehreren Elementen zusammen. Vorbereitend auf die klinische Hauptvorlesung, in der die Patientin im Mittelpunkt stand, wurden die propädeutische Vorlesung, die die Grundlagen der Gynäkologie und Geburtshilfe umfasste, und die begleitenden Untersuchungskurse durchgeführt. Ein weiteres Seminar,

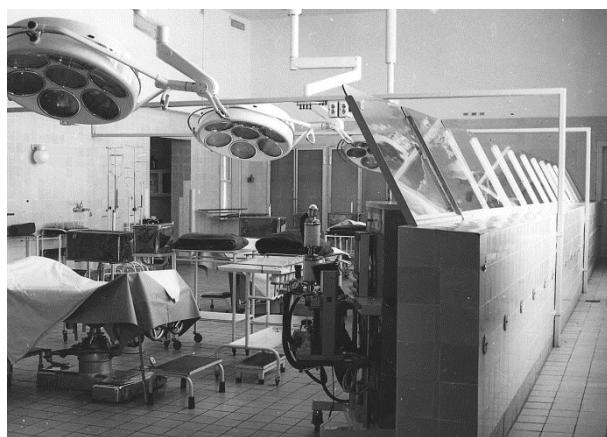


Abb. 64: OP-Saal ca. 1960 (Institut für Geschichte der Medizin)

das sich auf die Hauptvorlesung bezog, vertiefte den Stoff. Für praktische Übungen gingen die Studenten auf die Stationen und in den Kreißsaal. Zusätzlich konnten Studenten älterer

Semester bei Operationen assistieren und auch in der poliklinischen Sprechstunde mitarbeiten [Abb. 63 und Abb. 64].

Der neue Hörsaal, der im Mai 1955 im Rahmen des Wiederaufbaus der Klinik eingeweiht wurde, hatte auf der Rednerseite eine hochziehbare Stirnwand, hinter der Vorbereitungen für Operationen getroffen werden konnten. Die eigentliche Operation fand dann im Hörsaal statt, ausgeführt durch Kraatz. In den Vorräumen des Hörsaals, die als praktische Unterrichtsräume dienten, standen kleine Untersuchungsboxen, in denen die Patientinnen separat vaginal und auch endoskopisch untersucht werden konnten. Als Unterstützung für den Unterricht gab es Präparate, Phantome und auch neue Techniken wie Filmvorführungen wurden eingesetzt (Kraatz 1954/55, Halle 2010).

9.3 Die Patientinnen

Bis zum 2. Weltkrieg fand ein Wandel der Patientenstruktur in den Frauenkliniken statt. Wie bereits in Kapitel 8.3.1 beschrieben [vgl. S. 110 f], stieg die Anzahl der Klinikentbindungen bis 1933 auf 63 %. Der Wandel von einer Armenanstalt zu einer akzeptierten Entbindungsanstalt hatte sich langsam vollzogen. Die soziale Struktur der Patientinnen durchmischte sich. Während der nationalsozialistischen Herrschaft behandelte der damalige Direktor Stoeckel auch viele prominente Frauen (Stürzbecher 1994, Major 2003, Schagen 2010).

Noch in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts beschrieb ein Assistenzarzt die Patientinnen, die zur Klinik kamen und aufgenommen wurden, als „...in bereits erkranktem bis zum desolatesten Zustande[...]. Einmal bringt es die Lage unserer Klinik inmitten der Weltstadt schon an und für sich mit, dass die meisten schwierigeren, langwierigen und pathologischen Geburten aus den Kreisen der ärmeren Bevölkerung ihrem Wirkungskreis zufallen.“ (Bokelmann 1886 S. 144). Er wies auch darauf hin, dass Wöchnerinnen aufgenommen wurden, die bereits an dem Kindbettfieber erkrankt waren, so „...dass für den später eintretenden Tod die Klinik in keiner Weise verantwortlich gemacht werden kann.“ (Bokelmann 1886 S. 144). Auch folgender Satz aus einem Bericht aus dem Jahr 1904 bestätigte die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorherrschende soziale Herkunft der Patientinnen aus den untersten Schichten, denn Damen aus gehobenen Kreisen ließen sich nicht als Lehrobjekte degradieren: „Dem Charakter der Anstalt entsprechend dient natürlich das gesamte Material in ausgedehntestem Maße Unterrichtszwecken.“ (Ploeger 1904 S. 242).

9.3.1 Die Aufnahme in die Frauenklinik

Es bestand die Möglichkeit für schwangere Frauen, längere Zeit vor dem Entbindungstermin in der Klinik aufgenommen zu werden. Dies waren dann die Hausschwangeren. Ansonsten kamen die Frauen erst kurz vor der Entbindung, manche auch erst in der Austreibungsphase, zur Klinik. Die diensthabende Hebamme untersuchte sie in einem Untersuchungszimmer, machte einen Einlauf und reinigte die Schwangere im Vollbad oder unter der Dusche. Danach bekam sie frische Kleidung (Ploeger 1904).

Es war auch weiterhin unter Bumm und dann auch unter Stoeckel so geregelt, dass die Frauen kostenlosen Aufenthalt und Behandlung hatten, wenn sie sich für den Unterricht als „Lehrobjekt“ zur Verfügung stellten. Stoeckel formulierte es so: *„mit völlig entblößten Genitalien den Blicken eines großen Auditoriums preisgegeben zu sein. [...] Das lässt sich aber nur durchführen, wenn es in humanster Weise und in taktvollster Form geschieht.“* (Stoeckel 1966 S. 522). Auch Bumm wies auf eine menschliche Behandlung hin: *„Es ist schlimm genug, dass wir im Interesse des Unterrichtes gezwungen sind, Frauen in schwerer Stunde und Kranke öfters mit Untersuchungen zu belästigen, als die Leitung der Geburt und die Heilung an sich erfordern würde. Die Gegenleistung, welche wir bieten können, die unentgeltliche Verpflegung während der ersten Wochenbettzeit und während der Krankheit, ist gewiss nicht gross, und jede der Frauen, die Ihnen als Object zum Lernen dient, hat deshalb zum Mindesten das Recht, so zart und schonend behandelt zu werden als nur immer möglich ist. Hierauf werde ich mit allem Nachdruck bestehen...“* (Bumm 1904 S. 692).

9.3.2 Der Ablauf einer Geburt



Abb. 65: Kreißsaal ca. 1950er Jahre (Institut für Geschichte der Medizin)

In der Zeit um die Jahrhundertwende wurden zur Geburtsvorbereitung die Genitalien vor jeder Untersuchung mit Wasser und Seife gereinigt und mit dem Desinfektionsmittel Lysol abgespült. Eine Rasur der Schamhaare fand nicht statt. Die Scheide wurde nur bei

übelriechendem Ausfluss oder vor operativen Maßnahmen mit Lysollösung ausgespült. Davor war es üblich, die Scheide innerlich auszuspülen. Jeder, der

die Patientin anfasste oder untersuchte, musste sich die Hände gründlich reinigen und desinfizieren. So lautete eine Anweisung aus dem Jahr 1904: „Gründliche Säuberung mit heißem Wasser und Seife. Abtrocknen der Hände. Reinigung des Unternagelraumes und Nagelfalzes. Nochmaliges minutenlanges Bürsten in heißem Wasser und Seife, Abbürsten in Alkohol für 1 Minute und 3 Minuten langes Bürsten in Sublimat.“ (Ploeger 1904 S. 242).

Die Kreißende wurde zuerst äußerlich untersucht, dann einmal vor und nach dem Blasensprung. Dies geschah durch zwei Studenten, dem Assistenten und im Winter zusätzlich durch eine Hebammenschülerin. Bei

pathologischen Geburten wurden auch noch die Studenten der benachbarten ablaufenden Geburten hinzugerufen um nachzutasten. Dies geschah natürlich nicht einmal, sondern von jedem Untersucher mehrmals im Verlauf der Geburt. In den Jahren 1889-1902 untersuchten durchschnittlich 3,2 Personen eine



Abb. 66: Kreißsaal in den 1980er Jahren (Institut für Geschichte der Medizin)

Schwangere. Nach der Geburt im Wochenbett wurden die Frauen dazu angehalten, ihre Kinder zu stillen [Abb. 65 und Abb. 66] (Ploeger 1904).

9.3.3 Der Alltag in der Entbindungsanstalt



Abb. 67: Ansicht der Südfront mit den Krankenzimmern und der Dachterrasse (Stoeckel 1932 S. 677)

Die Krankenhausarchitektur spiegelte die veränderten sozialen Betrachtungsweisen und Patientenstrukturen wider. So wurden im Neubau in der Ziegelstraße verschiedene Sozialräume eingeplant, welche die Möglichkeit für Aufenthalte und Tätigkeiten außerhalb des Krankenzimmers boten. Es wurde z. B. ein multifunktionaler Raum eingerichtet, dessen Hauptfunktion ein Gymnastiksaal war, wo aber auch Unterricht abgehalten und Taufen vollzogen werden konnten. Auf dem Flachdach gab es eine Liegehalle in Ermangelung eines

größeren Gartens, die windschützende Scheiben und eine Markise als Sonnenschutz hatte [Abb. 67]. Jede Etage besaß drei große Tagesräume und ein kleines Besuchszimmer. Der Ablauf des Alltags war längst nicht mehr so streng gestaltet (Stoeckel 1932, Architekten- und Ingenieurverein 1997).

10. Der Neubau und die Rekonstruktion der Charité in der Luisenstraße von 1976 bis 1989

Um den Anforderungen der Medizin des fortgeschrittenen 20. Jahrhunderts zu genügen, zog die Frauenklinik aus dem unzureichenden Altbaukomplex der Tucholskystraße aus und in den modernen Neubau trakt, dem Prestigeobjekt der DDR, ein. In der Lehre war auch weiterhin die praxisnahe Ausbildung sehr wichtig. Das Wohlbefinden der Patientinnen und die emotionale Bindung zu den Neugeborenen wurden wesentlich bei der Planung des Neubaus bedacht.

10.1 Die bauliche Entwicklung

1975 beschloss das Politbüro des Zentralkomitees der SED und des Ministerrats der DDR einen großangelegten Neubau- und Rekonstruktionsplan der Charité. Ursprünglich war eine Verlagerung der Charité geplant, welche aber aus Kostengründen wieder verworfen worden war. Die bestehende Altbausubstanz und architektonische Konzeption sollte weitestgehend erhalten bleiben und durch Neubauten ergänzt werden. Die Analyse der bestehenden Bausubstanz ergab, dass nur 11,8 % der Gebäude in einem gutem Zustand und 13,2 % unbrauchbar oder gesperrt waren. Immerhin 16,6% der Bauten wurden vor 1900 und 37,6 % zwischen 1900 und 1918 errichtet. Nur ein kleiner Anteil von 13,3 % der Gebäude entstand in den Jahren 1919-1945.

In der ersten Bauphase von 1976-1982 waren der Neubau des Versorgungszentrums, des Chirurgisch-orientierten-Zentrums (COZ) und Wohnräume für Mitarbeiter geplant [Abb. 68]. Die zweite Phase umfasste die Rekonstruktion der Altbausubstanz und die Einrichtung der Zentralen Poliklinik. In der dritten Bauphase sollte schließlich ein Zentrum für theoretisch-experimentelle Disziplinen in dem Altbaukomplex der Frauenklinik in der Tucholskystraße gegründet werden. Geplant war weiterhin, den Bunker der Frauenklinik zentral für alle Institute als tierexperimentellen Trakt zu nutzen und das Ida-Simon-Haus als Teil eines geplanten Biotechnologie-Zentrums auszubauen.

Nach der Grundsteinlegung im September 1977 konnte im Juni des Jahres 1982 der Neubau an der Luisenstraße nach nur fünf Jahren Bauzeit mit 1050 Betten, 106 Intensivmedizinischen Betten und acht Entbindungsplätzen eröffnet werden. Die Stationen zogen nach und nach ein. Die erste Operation fand am 14. Juli 1982 statt. In der zweiten Baustufe wurde ein Lehrtrakt an das Charité-Hochhaus angegliedert und die Zentrale Poliklinik gebaut. In dem Lehrtrakt waren ein Hörsaal für 350 Personen, vier Konferenz- und Seminarräume, biochemische und elektrophysiologische Labore sowie ein Fotolabor untergebracht. Die Fertigstellung fand Ende 1986 statt. Der

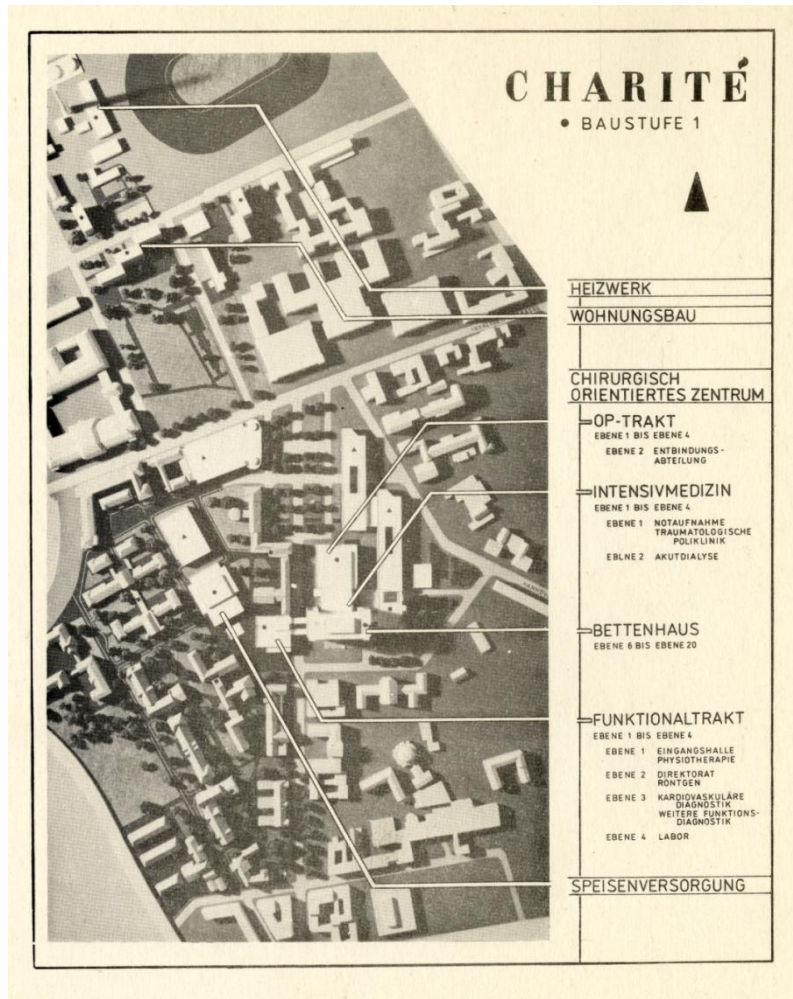


Abb. 68: Übersichtsplan der Charité Baustufe 1 (Charité 1977 BL.-Nr. 0.02)

Der Komplex der Zentralen Poliklinik mit dem Haupteingang an der Luisenstraße befand sich ab 1986 in alten, rekonstruierten Gebäudeteilen, die durch einen Neubau miteinander verbunden waren. In das ehemalige Chirurgie-Gebäude zog die Frauen-Poliklinik ein (Dellas/Kolaczowski/Otto 1984, David 2004 (2) S. 766 ff, Dellas 1982).

10.1.1 Das Gebäude

Anders als bisher üblich bei Krankenhausneubauten wurde das bisherige Prinzip der baulichen Trennung der einzelnen Abteilungen nicht durchgeführt. In dem Bettenhochhaus mit seinem Sockelbau waren die chirurgischen Disziplinen interdisziplinär zusammengefasst [Abb. 69]. Dies wurde so gehandhabt, weil sie medizintechnisch aufwendiger waren.

Das Bauprinzip bestand aus einer Kombination aus Flachtrakt und Hochhaus im Stil der 1950er und 1960er Jahre. Dabei wurden die tragenden Etagen, welche die zwei Kelleretagen und die vier Ebenen des Funktionaltraktes umfassten, und die Techniketage als Skelettbau



Abb. 69: Das Bettenhochhaus der Charité (Charité Annalen Neue Folge 1994, Umschlag)

und die übrigen Etagen als Wandbau ausgeführt. Um das Gewicht der höher liegenden Geschosse möglichst leicht zu halten, wurde auf einen Verputz der Wände und Decken sowie Fußbodenestrich verzichtet. Man

entwickelte neue Materialien aus

Glasfasergeweben und Kunststoffen, mit denen dann alle Oberflächen wie Wände, Türen und Schränke bezogen wurden. Für die Operationssäle und Badezimmer wurden spezielle Wandfolien hergestellt, die fugenlos und desinfizierbar waren. Der Fußbodenbelag bestand aus einer Schaumunterlage mit Linoleum und wurde auf die Betondecken aufgelegt.

Der Neubau erstreckte sich auf dem nordöstlichen Gelände der Charité beidseits der Luisenstraße. Nördlich des Anatomiegebäudes entstand ein viergeschossiger Sockelbau, auf den ein Bettenhaus mit 15 Etagen gesetzt wurde. Der Sockelbau setzte sich als dreigeschossiges Brückengebäude über die Luisenstraße, die zu DDR-Zeiten Hermann-Matern-Straße hieß, fort und verband die älteren Bauteile mit dem Neubau. Die Architektur und Farben der Altbauten spiegelten sich in den roten Keramikplatten der Sockel, Treppenhäuser und den goldbraun eloxierten Fensterrahmen der Neubauten wider. Die restlichen Flächen bestanden aus Kieselwaschbeton.

Der vierstöckige Funktionstrakt umfasste das Gebäude westlich der Luisenstraße, setzte sich über den Brückenbau fort und nahm die Ebenen eins bis fünf des Hochhauses ein. Hier befanden sich allgemeine diagnostische Einrichtungen der Forschung und der Krankenversorgung. Nördlich schloss sich an das Hochhaus ein weiterer vierstöckiger Bau an, in dem die Intensivstationen und der Operationstrakt mit 26 Einheiten lagen, die untereinander austauschbar waren. Dieser Block war von dem übrigen Krankenbetrieb durch strenge Hygienebarrieren getrennt. In den Hochhausebenen 6 bis 20 befanden sich pro Stockwerk zwei Stationen mit jeweils 32-36 Betten auf insgesamt 30 Stationen. Diese wurden jeweils in zwei Pflegegruppen à 12 bis 16 Betten unterteilt. Die Stationen waren in L-Form aufgebaut. Die Krankenzimmer lagen vorwiegend nach Süden, z. T. auch in West-

oder Ostlage. Jedes Krankenzimmer hatte einen angeschlossenen Sanitärraum, der vom Zimmer aus zu betreten war. Die Zimmergrößen variierten zwischen Ein-, Zwei- und Vierbettzimmern. Um die Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal zu erleichtern, wurde eine sogenannte „Schwesternrufanlage und Patientensprechanlage“ installiert. In der Mitte der Etagen befanden sich die fensterlosen Betriebs- und Funktionsräume und nach Norden die Dienstzimmer und Seminarräume. Bei der Verteilung der Räumlichkeiten in den ersten vier Ebenen wurde darauf geachtet, dass stark frequentierte Institutionen wie die Direktorate und Bibliotheken in der ersten Etage bzw. zweiten Ebene untergebracht wurden. Auch der Funktionsablauf der Operationssäle wurde baulich so umgesetzt, dass es prä- und postoperativ getrennte Wege gab (Architekten- und Ingenieurverein 1997 S. 12 ff, ebd. S. 186 ff, Giske/Dellas/Korneli 1981, Giske 1982).

10.1.2 Die Abteilungen der Frauenklinik

Die Inbetriebnahme der geburtshilflichen Station erfolgte vom 1.11. bis zum 10.11.1982 und die der gynäkologischen Station vom 11.11. bis zum 20.11.1982. Zur gleichen Zeit wurde die Neonatologie in Funktion genommen. Die Stationen in der alten Frauenklinik in der Artilleriestraße wurden parallel weitergeführt, bis alle Patientinnen entlassen waren. Bis 1986 existierten dort noch zwei Stationen. Die eine Station war für Frauen mit Komplikationen in der ersten Schwangerschaftshälfte, die andere für Wöchnerinnen (Charité-Annalen 1986 S. 142 ff, Giske 1982, Dellas 1982).

Die Entbindungsabteilung umfasste acht Entbindungsplätze, eine präpartale Intensivüberwachungsstation und vier Operationssäle. Von den acht Entbindungsplätzen waren drei für Risikoentbindungen mit einem angeschlossenen Reanimationsraum vorgesehen. Zusätzlich gab es noch einen septischen Kreißsaal mit eigenem Vorbereitungsraum, einen Operationssaal für Kaiserschnitte sowie eine präpartale Überwachungseinheit für Risikoschwangerschaften. Funktions- und Personalräume für Hebammen, Studenten und Ärzte und Aufenthaltsräume für Patienten waren miteingeplant. Die Entbindungsabteilung bildete mit der Neonatologie in der zweiten Ebene des OP-Traktes eine Einheit [Abb. 70]. Die Neonatologie musste durch eine extra Schleuse betreten werden und hatte Platz für 34 Neugeborene mit zehn Intensivtherapiebetten. Die drei gynäkologischen Operationssäle lagen in der vierten Ebene des OP-Traktes.

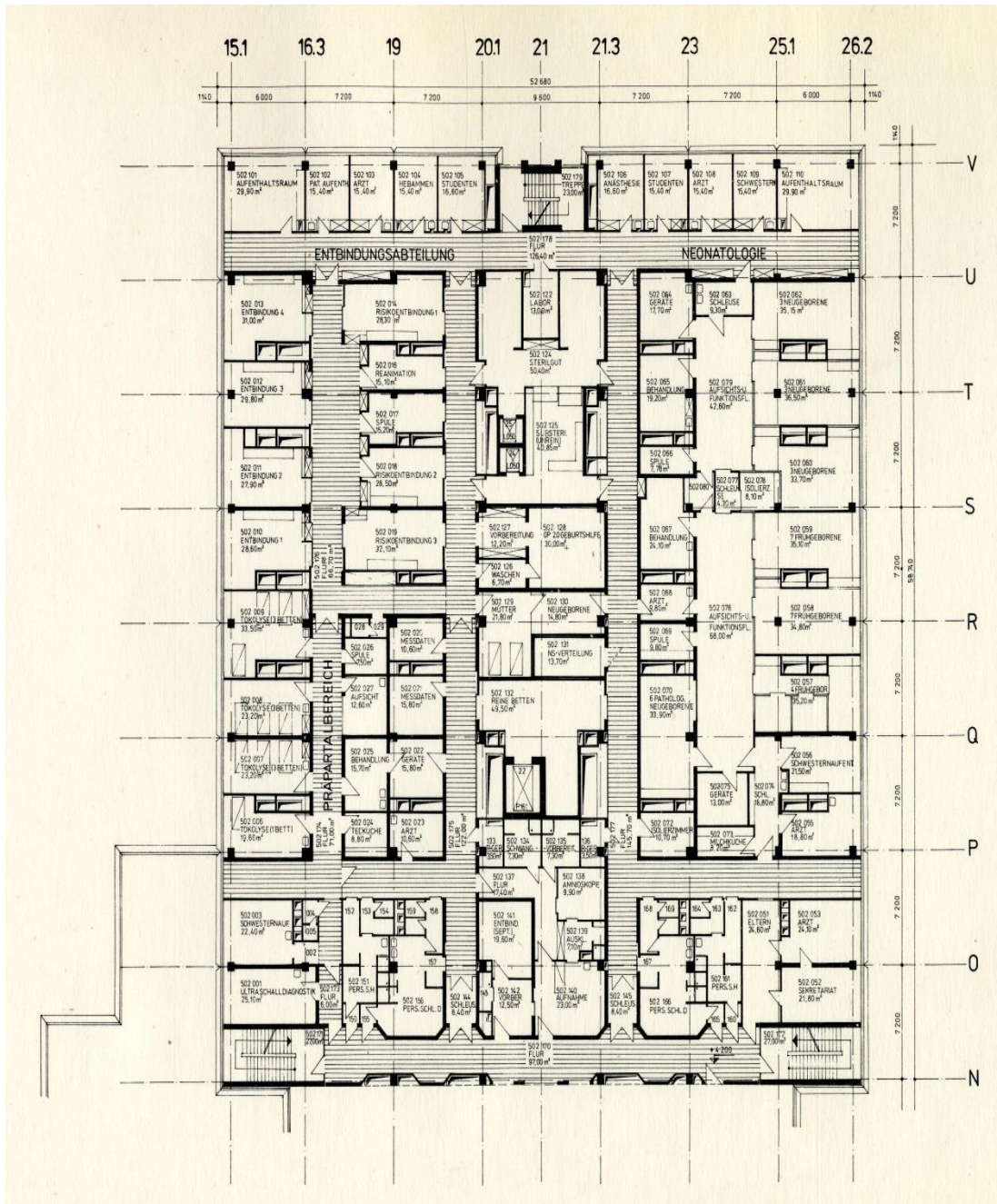


Abb. 70: Grundriss der Entbindungsabteilung und Neonatologie, zweite Ebene OP-Trakt (Charité 1977 BL.-Nr.01.34)



Abb. 71: Wöchnerinnenzimmer mit „rooming-in“ (Institut für Geschichte der Medizin)

Im Bettenhochhaus gab es zwei geburtshilfliche Stationen auf der elften und zwölften Ebene. Hier wurden die Pflegegruppen kleiner gehalten als auf den übrigen Stationen. Station Nr. 11 umfasste im westlichen Hausbereich eine Wöchnerinstation mit 26 Betten, Station 12a eine Wöchnerinnenstation mit 18 Betten und Station 12b eine präpartale Station mit 12 Betten [Abb. 72]. In drei

Pflegegruppen wurde ein intermittierendes „rooming-in“ System eingeführt. Zwischen zwei Patientenzimmern lag jeweils ein Säuglingszimmer, welches sowohl vom Flur als auch von den Patientenzimmern betreten werden konnte. Daran schloss sich ein Wickel- und Baderaum an. Die vierte Pflegegruppe hatte ein kontinuierliches „rooming-in“ System, d.h. die Neugeborenen schliefen mit den Müttern in einem Zimmer [Abb. 71] (Charité 1977, Charité 1981 S. 119 f, Giske 1982, Charité Annalen 1986).

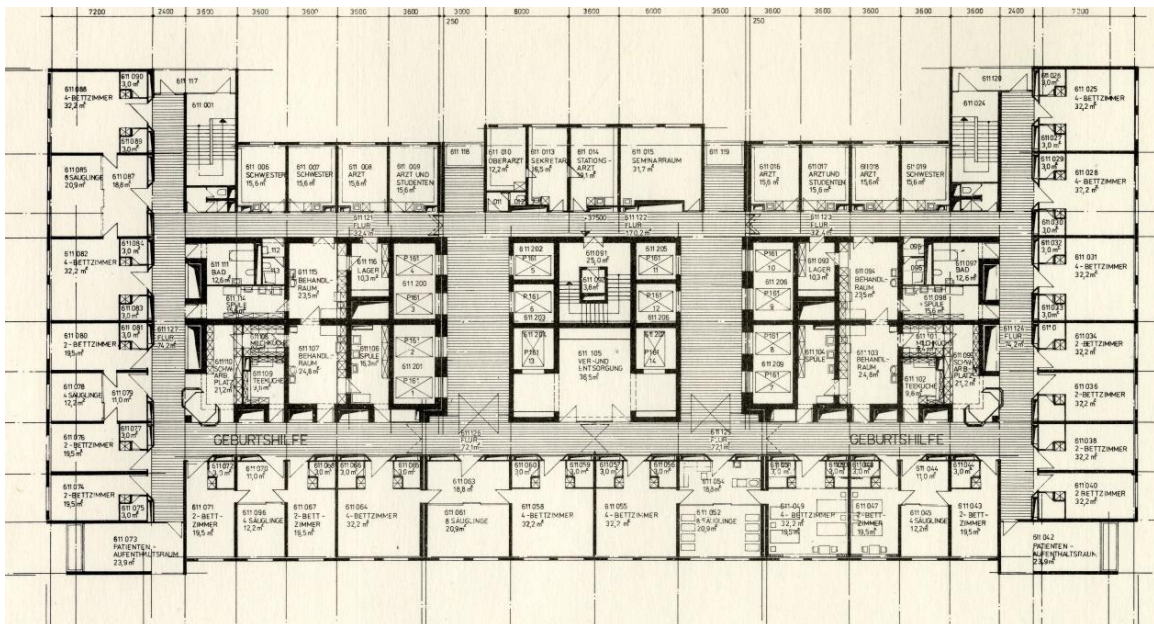


Abb. 72: Grundriss der geburtshilflichen Station Ebene 11 (Charité 1977 BL.-Nr. 01.44)

Auf der 12. und 13. Ebene gab es drei Bettenstationen mit jeweils 34 Betten. Die Unterteilung erfolgte in „Gyn I“ = Frischoperierte, „Gyn II“ = Rekonvaleszente und „Gyn III“ = Sterilität, Endokrinologie und Aufnahme. Die 13. Ebene mit Station 16 war der Uro- und Tumorgynäkologie vorbehalten (Charité 1981 S. 119 f).

10.2 Die ärztliche Versorgung und der Unterricht

Ab 1970 verteilte sich die Leitung der Frauenklinik auf drei Lehrstühle. Zu diesen gehörte die Frauenheilkunde mit der Geburtshilfe und Gynäkologie und die neugebildeten Professuren für Neonatologie und Soziale Gynäkologie, jeweils vertreten durch Hans Igel (geb. 1918), Ingeborg Syllm-Rapaport (geb. 1912) und Klaus Tosetti (1916-2002). Aber bereits 1972 gliederte man die Neonatologie in die Kinderheilkunde ein, so dass die dreifache Leitungsform wieder aufgegeben wurde.

Die Neonatologie wurde unter der Leitung und Initiative von Prof. Syllm-Rapaport gegründet. Aber erst im Jahr 1970, in dem Kraatz emeritiert wurde, konnten in der Frauenklinik in der Tucholskystraße einige Räume im Rundbogen des Z-Baus hierfür eingerichtet werden. Kraatz hatte sich gegen eine solche enge räumliche und fachliche Zusammenarbeit gestäubt (Halle 2010, Wauer 2010).

Die Soziale Gynäkologie untersuchte die „Reproduktionsprobleme der DDR“, „Partnerschaft, Ehe und Familie im Sozialismus“ und unterstützte die Frauen bei der psychischen Bewältigung gynäkologischer Erkrankungen. Die psychosoziale Frauenheilkunde stützte sich auf die Tradition von Liepmann, der Ende der 1920er als Erster einen eigenen Lehrstuhl in diesem Fachgebiet in Deutschland erhalten hatte [vgl. Kapitel 8.1.1 S. 102 und 8.2.3 S. 107]. Das Behandlungskonzept der Klinik war durch dieses Aufgabenspektrum abgerundet und behandelte die Frau in ihrer Gesamtheit. In den 1980er Jahren umfasste das Personal der Frauenklinik nicht nur Gynäkologen sondern auch Sozialhygieniker und Psychologen. In den 1980er Jahren wurde die Abteilung Reproduktionsmedizin etabliert, so dass 1984 die ersten Kinder unter assistierter Reproduktion geboren werden konnten (Charité-Annalen 1981 S. 98-101, Charité-Annalen 1990 S. 107 ff).

Durch den Mauerfall ergaben sich etliche Veränderungen. Die Stellen der Hochschullehrer wurden komplett neu ausgeschrieben, so dass sich jeder bewerben konnte, auch auf seine eigene Position. Im Jahr 1994 erfolgte eine Umstrukturierung der medizinischen Hochschullandschaft Berlins. Das Virchow-Klinikum, welches im Westteil Berlins liegt und bis dato zur Freien Universität Berlin gehörte, wurde der Medizinischen Fakultät der

Humboldt-Universität zugeordnet. Seit 2007 wurden die vier Universitätskliniken mit den Standorten in Buch (CBB), Mitte (CCM), Steglitz (CBF) und Wedding (CVK) zu einer Medizinischen Fakultät zusammengefasst. Joachim Wolfram Dudenhausen (geb. 1943) leitete schließlich bis 2010 die Geburtshilfe der Campi Mitte, Wedding und Steglitz. Sein Nachfolger ist Ernst Beinder (geb. 1959). Als Leiter der gynäkologischen Kliniken der Standorte CBF und CCM ist seit 2006 Achim Schneider (geb. 1950) im Amt. Bis April 2011 leitete Werner Lichtenegger (geb. 1942) die Klinik für Gynäkologie im Wedding. Sein vorläufiger Nachfolger ist Jalid Sehouli (geb. 1968) (Halle 2010, Ebert 2010).

10.2.1 Die Direktoren

Nach Kraatz wurde Igel als Direktor der Frauenklinik der Charité eingesetzt [Abb. 73]. Igel spielte schon in jungen Jahren eine zentrale Rolle bei der Einführung des vaginalen Abstrichs zur Diagnostik des Uteruskarzinoms in das Vorsorgeprogramm der Frauenärzte im Jahr 1973. Bereits 1946 hatte er einen englischsprachigen Aufsatz über dieses Thema gelesen.



Abb. 73: Hans Igel (Lamm 2010 S. 302)

Ein Jahr später hielt er darüber auf der ersten Tagung der Gynäkologen nach dem Krieg einen Vortrag. Allerdings stieß er hier nur auf allgemeine Ablehnung. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete er bereits unter Friedrich Schopohl (1907-1986) an der Charité-Frauenklinik. Schopohl unterstützte Igel und hatte ihm sogar einen mikroskopischen Arbeitsplatz eingerichtet. Nachdem Igel 1965 die Professur erhielt, wurde er Chef der Frauenklinik in Schwerin, bis er schließlich 1970 Leiter der Frauenklinik in Berlin wurde. Diese leitete er wesentlich liberaler als sein Vorgänger, was den politischen Druck stark erhöhte. Einige seiner Klinikärzte flüchteten in dieser Zeit in den Westen. 1973 wurde Igel selbst bei einem Fluchtversuch aus der DDR verhaftet und für viereinhalb Jahre inhaftiert, bis er nach Westdeutschland ausgewiesen wurde. Dort arbeitete er wieder als Gynäkologe, konnte aber an seine früheren Erfolge nicht anknüpfen. Sein Nachfolger Hans Bayer (geb. 1926) hatte in dem schwierigen Klima, das nach dem Fluchtversuch von Igel an der Frauenklinik herrschte, keinen leichten Einstieg [Abb. 74]. Jeder misstraute jedem. Die Staatssicherheit hatte die Klinik

Ein Jahr später hielt er darüber auf der ersten Tagung der Gynäkologen nach dem Krieg einen Vortrag. Allerdings stieß er hier nur auf allgemeine Ablehnung. Zu diesem Zeitpunkt arbeitete er bereits unter Friedrich Schopohl (1907-1986) an der Charité-Frauenklinik. Schopohl unterstützte Igel und hatte ihm sogar einen mikroskopischen Arbeitsplatz eingerichtet. Nachdem Igel 1965 die Professur erhielt, wurde er Chef der Frauenklinik in Schwerin, bis er schließlich 1970 Leiter der Frauenklinik in Berlin wurde. Diese leitete er wesentlich liberaler als sein Vorgänger, was den politischen Druck stark erhöhte. Einige seiner Klinikärzte flüchteten in dieser Zeit in den Westen. 1973 wurde Igel selbst bei einem Fluchtversuch aus der DDR verhaftet und für viereinhalb Jahre inhaftiert, bis er nach Westdeutschland ausgewiesen wurde. Dort arbeitete er wieder als Gynäkologe, konnte aber an seine früheren Erfolge nicht anknüpfen. Sein Nachfolger Hans Bayer (geb. 1926) hatte in dem schwierigen Klima, das nach dem Fluchtversuch von Igel an der Frauenklinik herrschte, keinen leichten Einstieg [Abb. 74]. Jeder misstraute jedem. Die Staatssicherheit hatte die Klinik



Abb. 74: Hans Bayer (Fischer 2010 S. 20)

unter Observierung. Das änderte sich erst mit dem Umzug der Frauenklinik in das Bettenhochhaus (Fischer 2010, Lamm 2010).

Direktoren der Frauenklinik in der Charité-Campus Mitte
1970-1973 Hans Igel (geb. 1918)
1973-1991 Hans Bayer (geb. 1926)
1992-1995 Hans-Ulrich Lau (1930-1999)
1995-2006 Werner Lichtenegger (geb. 1942)
2006-2007 (komm.) Rainer Bollmann (geb. 1942), nur Geburtshilfe
2007-2010 Joachim Wolfram Dudenhausen (geb. 1943), nur Geburtshilfe
2010(komm.) Wolfgang Henrich (geb. 1961), nur Geburtshilfe
2010 bis jetzt Ernst Beinder (geb. 1959), nur Geburtshilfe
2006 bis jetzt Achim Schneider (geb. 1950), nur Gynäkologie

Tab. 7: Direktoren der Frauenklinik (nach Ebert 2010)

10.2.2 Der Unterricht

In seinem Lehrkonzept entwickelte Bayer die Grundsätze von Kraatz und Stoeckel weiter. Wichtig war ihm, dass die Studenten Zugang zu allen Arbeitsbereichen hatten, um sie so in die Klinik einzubeziehen. In den Vorlesungen, die ab 1986 in dem neuen Hörsaal des Lehrtraktes stattfanden, wurden immer Patienten vorgestellt. Dies wurde durch die räumliche Angliederung an das Bettenhochhaus wesentlich erleichtert. Zu den Vorlesungen gab es noch ein Hauptkolleg, das die zentrale Lehrveranstaltung bildete, und ein sogenanntes Internat. Dort wurden die Studenten einer Abteilung zugeordnet und arbeiteten wochenweise mit. *„Diese Varianten der praktischen Ausbildung wurden eingeführt, um Erfahrungen zu sammeln und die effektivsten Wege der Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten herauszuarbeiten.“* (Charité-Annalen 1986 S. 142) Die Lehrmittel waren im Lehrtrakt zentral aufbewahrt, um sie in den Seminarräumen auf allen 15 Ebenen einzusetzen. Auch wurden neue Techniken wie Film- und Fernsehübertragung einbezogen. Bis zu drei Ärzte aus der ganzen DDR oder dem Ausland konnten zur Facharztweiterbildung, Vertiefung von Spezialkenntnissen oder Einarbeitung in Spezialmethoden an der Charité-Frauenklinik hospitieren. Anfang der 1990er Jahre hielt der Lehrplan auch weiter an diesen Grundprinzipien fest. Der Unterricht war an den Grundlagen und der Praxis orientiert (Charité-Annalen 1981 S. 98-101, Charité-Annalen 1986 S. 142-144, Charité-Annalen 1990 S. 107 ff). Spezialkenntnisse und Vertiefungen fanden in fakultativen Veranstaltungen statt: *„Im geburtshilflichen Unterricht werden darüber hinaus auch Noteingriffe dargestellt und geübt, die von jedem approbierten Arzt beherrscht werden müssen. Insgesamt gilt für alle*

Lehrveranstaltungen eine bewusste, auch traditionsgemäß vorhandene Praxisbezogenheit. Vor jeder Hauptvorlesung werden Patientendemonstrationen auf den Stationen durchgeführt. In der Vorlesung selbst werden ebenfalls Patienten vorgestellt. Neben dem dreitägigen Kreißsaalpraktikum stehen den Studenten ständig das OP-Programm und die Visiten zur Teilnahme zur Verfügung. In den Seminaren wird der Vorlesungsstoff vertieft und ebenfalls mit Demonstrationen am Patienten verbunden.“ (Charité-Annalen 1990 S. 108).

10.3 Die Patientinnen

Die DDR forcierte nach dem 2. Weltkrieg die Klinikgeburten. In den 1970er Jahren lag der Anteil der Hausgeburten bei nur 0,9 %. Da war es eine Ausnahme, wenn eine Frau ihr Kind zu Hause gebar.

Die Charité nahm in der Betreuung der Schwangeren eine besondere Stellung ein. Die Spezialisierung lag auf der pränatalen Diagnostik und der Schwangerenbetreuung von Hauptrisikogruppen. Auch in der Gynäkologie wurden Problemfälle wie komplizierte Operationen bzw. erwartete schwere Operationsverläufe in die Charité verlegt. Ansonsten war der Einzugsbereich auf den Bezirk Mitte und die angrenzenden Bezirke fokussiert. Da die Charité das Universitätsklinikum der Hauptstadt und das größte Krankenhaus der DDR war, erfolgten Überweisungen aus allen Bezirken der DDR und auch aus dem Ausland, vorzugsweise aus den „sozialistischen Bruderländern“ (Charité Annalen 1990 S. 107 ff).

10.3.1 Die Aufnahme in die Charité

Bei der Planung der Funktionsabläufe des Neubaus hatte man sich genaue Abläufe bzw. Wege vorgestellt. Schwangere, die gefähig waren, sollten über die Eingangshalle des Charité-Hochhauses in die zweite Ebene des OP-Traktes zur Schwangerenaufnahme gehen. Dort wurde die eigene Kleidung gegen ein Charité-Nachthemd ausgewechselt. Der Arzt und die Hebamme führten die Anamnese, allgemeine Untersuchung, Kardiotokographie, gynäkologische-geburtshilfliche Untersuchung und evtl. Ultraschall oder Amnioskopie durch. Nach den Ergebnissen wurde das weitere Procedere festgelegt. Entweder erfolgte die Verlegung auf die präpartale Intensivüberwachungsstation oder die Entbindungsabteilung, die Einschleusung in den geburtshilflichen Operationssaal oder die Entlassung nach Hause. Im letzteren Fall sollten die weiteren Kontrollen in der Schwangerenberatungsstelle der Frauenpoliklinik stattfinden.

Bei der Einlieferung über die Notaufnahme sollten liegende Schwangere sofort auf die zweite Ebene des OP-Traktes transportiert werden. Dort erfolgte die Umbettung und ggf. die Einschleusung in den OP (Charité 1981 S. 276 ff).

10.3.2 Der Ablauf einer Geburt

Bis Ende der 1960er Jahre achtete man in den Krankenhäusern auf strikte Hygiene. Die Babys schliefen in einem separaten Raum und hatten so wenig Kontakt wie möglich zu den Müttern. Der einzige enge Kontakt bestand beim Stillen. Darauf wurde viel Wert gelegt, weil es in der Anfangsphase der DDR noch keine geeignete Säuglingsmilch gab. Auch das Wickeln wurde von den Krankenschwestern übernommen. Eine Mutter-Kind-Bindung konnte in den ersten Lebenstagen nicht aufgebaut werden. Selbst Besuche von den Kindsvätern waren nicht erwünscht.

In den 1970er Jahren setzte in der BRD eine Entwicklung zur „familienorientierenden Geburtshilfe“ ein. Die Themen wie „rooming-in“ und die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt wurden in der DDR erst zögerlich in den 1980er Jahren aufgegriffen. Man begann zu erkennen, dass durch die intensiv-technisierte Geburtshilfe die Frau keinen Platz mehr für einen natürlichen Bezug zum Geburtsvorgang hatte (Major 2003).

Im neuen COZ fand die Vorbereitung auf die Geburt im Schwangerenvorbereitungsraum in der zweiten Ebene statt. Die Patientin bekam einen Einlauf, wurde rasiert und geduscht und zog sich dann ein frisches Nachthemd an. In dringenden Fällen wurde auf den Einlauf und die Dusche verzichtet. Danach wurde sie entsprechend der Indikation in den OP zum Kaiserschnitt, zum septischen oder zum normalen Entbindungsplatz gebracht. Zu Risikogeburten kamen ein Neonatologe und eine Kinderkrankenschwester dazu. Eine kontinuierliche Überwachung fand durch die Kardiotokographie statt. Anfang der 1990er Jahre war der Vater bei mittlerweile der Hälfte der Entbindungen mit dabei. Dafür gab es extra einzelne Entbindungsplätze.

Die Versorgung des Neugeborenen fand entweder durch die Hebamme oder bei pathologischen Ereignissen durch den Neonatologen statt. Wenn die Geburt sowohl für die Mutter als auch für das Kind komplikationslos abgelaufen war, wurde das Baby zur Mutter gelegt. Neugeborene, die eine Risikogeburt waren, blieben zur Überwachung in der Neonatologie. Ansonsten kamen sie mit der Mutter auf Station, nachdem beide für zwei Stunden nachbeobachtet wurden (Charité 1981 S. 281 ff, Charité Annalen 1990 S. 107 ff).

10.3.3 Alltag im Krankenhaus

Das Erdgeschoss des COZ-Hochhauses war für damalige Verhältnisse gut eingerichtet. Hier gab es einen Frisör, ein Restaurant, Telefonzellen, Einkaufsläden etc. David würdigte dies folgendermaßen: *„Die Betreuungs- und Aufenthaltsbedingungen für Patienten sind entsprechend den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und modernen pflegerischen Vorstellungen so entwickelt, dass sie den Lebensbedingungen in unserer sozialistischen Gesellschaft voll entsprechen.“* (David 1982 S. 18).

11. Zusammenfassung

Anhand der Baugeschichte der Charité lassen sich sehr gut die Entwicklung und die wachsende Bedeutung des Fachgebietes der Gynäkologie und Geburtshilfe über die letzten fast drei Jahrhunderte darstellen. Zu Anfang des 18. Jahrhunderts begann sie in einigen Zimmern im sogenannten Pesthaus. Ledige Schwangere aus den niedrigsten sozialen Schichten der Gesellschaft sollten hier unter Aufsicht gebären, damit sie keine Möglichkeit zur Vertuschung der Geburt bzw. Tötung des Kindes hatten. Dieser Gedanke stand hinter dem ministerialen Erlass zur Einrichtung der Gebärmutter. Anfang des 19. Jahrhunderts war der Geburtshilfe bereits eine eigenständige Abteilung in der Alten Charité eingeräumt worden. Mitte des 19. Jahrhunderts bezog sie ein eigenes Gebäude auf dem Charité-Gelände. Parallel zu dieser Entwicklung in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts begann sich die Gynäkologie von der Chirurgie abzulösen. An der Schwelle zum 20. Jahrhundert fungierten die Geburtshilfe und die Gynäkologie bereits als eigenständige Klinik der Charité in verschiedenen Gebäuden und Pavillons.

Kurz nach der Gründung der Universität im Jahr 1817 wurde die Geburtshilfe als Fach mit einer eigenen Klinik etabliert, anfänglich in der Oranienburger, später in der Dorotheenstraße. Sie sollte der Ausbildung der Medizinstudenten der neugegründeten Universität dienen, denn die Charité war primär für die Militärärzte gedacht. Als die Frauenklinik im Jahr 1882 ein Gebäude in der Tucholskystraße bezog, welches für die Geburtshilfe und Gynäkologie gemeinsam entworfen und gebaut wurde, richtete man in der Charité einen zweiten Lehrstuhl für Gynäkologie und Geburtshilfe neben dem der Universität ein. Ab diesem Zeitpunkt hieß die geburtshilflich-gynäkologische Klinik der Charité „II. Universitäts-Frauenklinik“ und die universitäre Frauenklinik „I. Universitäts-Frauenklinik“. Im Jahr 1952 wurden beide Kliniken in dem Gebäudekomplex in der Tucholskystraße zusammengelegt. Als dann zu Zeiten der DDR eine umfassende Renovierung der alten Charité-Gebäude mit zusätzlichen Neubauten geplant wurde, zog die Frauenklinik 1982 in das auch heute noch als Wahrzeichen der Charité bekannte Bettenhochhaus um. Hier wurden alle chirurgischen Abteilungen im Sinne eines „multifunktional-verzahnten“ Krankenhauses vereint.

Durch die Hervorhebung der Rolle der Hebammen und Patientinnen erhält die Geschichte der Geburtshilfe eine „weibliche Sichtweise“. Nachdem der weibliche Körper für die

Wissenschaft entdeckt wurde, sind die Hebammen aus ihrem ursprünglich autarken Berufsfeld von den Medizinerinnen nach und nach verdrängt worden. Sie wurden in ihrer Berufsausübung immer mehr durch Regelungen kontrolliert und eingeschränkt bis schließlich die Kontrolle über den Geburtsablauf in die Hände der Ärzte überging. Es vollzog sich so langsam eine Wandlung von der weiblichen zur männlichen Geburtshilfe. Die Beziehung in den letzten drei Jahrhunderten zwischen Ärzten und Hebammen war von Konkurrenz und Machtansprüchen geprägt, die zwischen Ärzten und Patientinnen von Abhängigkeit und Unterordnung. Eine rechtliche Stärkung erfuhren die Hebammen erst durch einen Gesetzerlass im 3. Reich, welcher in Grundzügen bis heute gilt. Dieser schrieb vor, dass bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein muss. Aktuell erfährt der Beruf der Hebamme wieder eine Aufwertung.

Was die Rolle der Patientinnen angeht, so kamen bestimmte gesellschaftliche Strukturen und Rechtsverhältnisse den Ärzten damals zugute. Ein wesentlicher Punkt war die rechtliche Situation der Frau als ledige Mutter und generell als Rechtsperson in der Gesellschaft. Als vom Mann sowohl rechtlich als auch sozial abhängige Person konnte sie besonders in der gesellschaftlich ausgrenzenden Situation als ledige Mutter zum „Subjekt“ degradiert und für die medizinische Forschung in den Geburtskliniken genutzt werden. Die Ärzte konnten dank ihrer männlichen Vormachtstellung die Körper der Frauen ohne Scham- und Tabugrenzen untersuchen. Als Rechtfertigung galt der Fortschritt der Wissenschaft. Der Geburtsvorgang wurde der Natürlichkeit enthoben, als technische Sache angesehen und dem Einklang mit dem weiblichen Körper entfremdet. Erst zu Ende des letzten Jahrhunderts begann man sich wieder auf einen natürlichen Geburtsablauf zu besinnen. Die Struktur der Patientinnen in den Frauenkliniken repräsentiert heute alle gesellschaftlichen Schichten.

Der Versuch, die historische Darstellung nicht nur allein aus Sicht der Ärzte, sondern auch aus Sicht der Frauen als Hebammen und Patientinnen zu erzählen, soll den bisher in der Medizingeschichte gesetzten Schwerpunkt verlagern und ergänzen. Die meisten der bisher erschienen Bücher oder Abhandlungen über die Geschichte der Geburtshilfe sind von Männern mit Blick auf die ärztliche Leistung geschrieben. Erst in den letzten Jahren erfolgte eine andere Art der Geschichtsschreibung, in der die beteiligten Frauen „zu Wort kommen“. Die Darstellung der Rolle der Hebammen und Patientinnen, die meist von Historikerinnen geleistet wird, zeigt eine kritische Auseinandersetzung mit den ärztlichen Handlungen.

12. Literaturverzeichnis

Adomeit, Ursula (Hrsg.): Förderung der Frau in der Deutschen Demokratischen Republik: Gesetzesdokumentation. Staatsverlag der Deutschen Demokratischen Republik: Berlin 1988

Adressbücher von Berlin, Zentrale Landesbibliothek in Berlin

Architekten-Verein zu Berlin und Vereinigung Berliner Architekten: Berlin und seine Bauten. Wilhelm Ernst & Sohn: Berlin 1896

Architekten- und Ingenieurverein zu Berlin: Berlin und seine Bauten, Teil VII, Band A: „Krankenhäuser zu Berlin“. Ernst und Sohn: Berlin 1997

Artelt, Walter: Medizinische Wissenschaft und ärztliche Praxis im alten Berlin in Selbstzeugnissen. Urban&Schwarzenberg: Berlin 1948

Bayer, Hans: Die Berliner Universitäts-Frauenklinik-100 Jahre Lehre, Forschung und Krankenbetreuung. In: Charité-Annalen, Neue Folge (2) 1982, S. 265-274

Beaufays, Sandra: Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß. Deutscher Universitätsverlag: Wiesbaden 1997

Beinlich: Jahresbericht pro 1874. In: Charité-Annalen (1) 1874, S. 651-672

Benedum, Jost: Die Geburtshilfe in Deutschland zur Zeit der Gründung der Accouchieranstalt in Gießen. In: Frauenarzt (41) 2000, S. 418-426

Berghahn, Sabine und Fritsche, Andrea: Frauenrecht in Ost- und Westdeutschland: Bilanz, Ausblick. Basisdruck Verlagsgesellschaft: Berlin 1991

Bibergeil, Horst: Zur Stellung des Arztes in der sozialistischen Gesellschaft. In: Thom, Achim (Red.): Arztpersönlichkeit in der sozialistischen Gesellschaft: Rolle und Aufgaben der Ärzte und Zahnärzte in der medizinischen Grundbetreuung. Verlag Volk und Gesundheit: Berlin 1987, S. 15-23

Bleker, Johanna: Der gefährdete Körper und die Gesellschaft-Ansätze zu einer sozialen Medizin zur Zeit der bürgerlichen Revolution in Deutschland. In: Arthur E. Imhof: Der Mensch und sein Körper: von der Antike bis heute. Beck Verlag: München 1983, S. 226-242

Bleker, Johanna und Schleiermacher, Sabine: Ärztinnen aus dem Kaiserreich. Lebensläufe einer Generation. Deutscher Studien Verlag: Weinheim 2000

Boerner, Paul: Hygienischer Führer durch Berlin. Max Pasch: Berlin 1882

Bokelmann, Wilhelm: Die Mortalität der königl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin während der letzten 16 Semester. In: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe (12) 1886, S. 143-152

Böhme, Karl-Heinz: Untersuchungen über die Charité-Patienten von 1731-1742. Eine Studie zur Funktion und Soziologie eines Krankenhauses im 18. Jahrhundert. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 1970

Böhme, Gernot: Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft (22) 1980, S. 445-463

Bremer, Jost: Die Geschichte des Krankenhauses in medizinisch-psychologischer Sicht. In: Historia Hospitalium (12) 1977-1978, S. 5-16

Brositter: Erinnerungsblätter zur Zweihundertjahrfeier des Königlichen Charité-Krankenhauses und zur Einweihung des Neubaus der II. Medizinischen Klinik. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1910 II, S. 901-1043

Broman, Thomas: Der ärztliche Beruf zwischen 1750 und 1820: einige Bemerkungen zum Thema „Professionalisierung“. In: Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Hrsg. Peter Schneck und Hans-Uwe Lammel (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 67). Matthiesen Verlag: Husum 1995, S. 241-253

Brüstlein: Der Bau der Ida-Simon-Stiftung bei der Universitäts-Frauenklinik in Berlin. In: Zentralblatt der Bauverwaltung (31) 1911, S. 344-346, S. 354-358

Bruß, Jochen und Orlt, Anton: Studia latina medica. Lateinisches Lehrbuch für medizinische Studienrichtungen. VEB Verlag Enzyklopädie Leipzig: Leipzig 1989

Bumm, Ernst: Die Universitäts-Frauenklinik der Charité. In: Berliner klinische Wochenschrift 1910, S. 1888-1889

Bumm, Ernst: Wissen und Können des Arztes. Rede, gehalten zum Antritt des Lehramtes. In: Berliner Klinische Wochenschrift (41) 1904, S. 689-692

Bumm, Ernst: Über das Frauenstudium. Rede zur Gedächtnisfeier des Stifters der Berliner Universität König Friedrich Wilhelm II in der Aula am 3. August 1917 gehalten von Ernst Bumm. Berlin 1917

Busch, Dietrich Wilhelm Heinrich: Die geburtshilfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. In: Neue Zeitschrift für Geburtskunde (5) 1837, S. 70-150, S. 161-316

Busch, Dietrich Wilhelm Heinrich: Die geburtshilfliche Klinik an der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Zweiter Teil. In: Neue Zeitschrift für Geburtskunde (28) 1850, S. 60-104, S. 201-273, S. 352-397

Charité-Annalen, 1. Zyklus von 1850 (I. Jahrgang) bis 1869 (XXX. Jahrgang)

Charité-Annalen, 2. Zyklus von 1874 (1. Jahrgang) bis 1913 (37. Jahrgang)

Charité-Annalen, 3. Zyklus „Neue Folge“ von 1981 (Band 1) bis 1995 (Band 15)

Charité: COZ [bestätigte Pläne]/Humboldt-Universität, Bereich Medizin.-Stand 1.10.1977. Berlin 1977

Charité: Funktionstechnologie sowie Leitungs- und Betriebsorganisation im Charité-Neubau. Berlin 1981

Cordes, Axel: Die Frauenklinik in der Ziegelstraße. In: Bredekamp, Horst (Hrsg.): Architektur und Sammlungen der Humboldt-Universität zu Berlin – ein Projekt des Kunstgeschichtlichen Seminars (Kunstgeschichte), 1999

David, Heinz: Aus der Laudatio, vorgetragen vom Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. H. David. In: Charité Annalen Neue Folge (2) 1982, S. 17-19

David, Heinz: „...es soll das Haus die Charité heißen...“: Kontinuitäten, Brüche und Abbrüche sowie Neuanfänge in der 300 jährigen Geschichte der Medizinischen Fakultät (Charité) der Berliner Universität. Akademos Wissenschaftsverlag: Hamburg 2004

Dellas, Geerd: Die Inbetriebnahme des Charité-Neubaus. In: Charité-Annalen Neue Folge (2) 1982, S. 64-66

Dellas, G., Kolaczkowski, G., und Otto, S.: Die Fertigstellung der Zentralen Poliklinik-wichtigstes Investitionsvorhaben in den Jahren 1984-1986. In: Charité-Annalen Neue Folge (4) 1984, S. 58-60

-
- Demps, Laurenz: Die Oranienburger Straße. Von der kurfürstlichen Meierei zum modernen Stadtraum. Parthas-Verlag 1998
- Diepgen, Paul und Heischkel, Edith: Die Medizin an der Berliner Charité bis zur Gründung der Universität. Ein Beitrag zur Medizingeschichte des 18. Jahrhunderts. Verlag von Julius Springer: Berlin 1935
- Dölemeyer, Barbara: Frau und Familie im Privatrecht des 19. Jahrhunderts. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 633-658
- Dohrn, Rudolf: Geschichte der Geburtshilfe der Neuzeit. Zugleich als dritter Band des „Versuches einer Geschichte der Geburtshilfe“ von Eduard von Siebold. Verlag von Franz Pietzacker: Tübingen 1903
- Dziedzic, Daniela und Renköwitz, Ute: Zur Kulturgeschichte der Gebärhaltung. In: Marita Metz-Becker (Hrsg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Jonas Verlag: Marburg 1999, S. 57-69
- Ebert, Andreas: Die letzten gemeinsamen Jahre: 1945-1961. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 243-261
- Ebert, Andreas und David, Matthias: Carl Wilhelm Mayer und die Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 11-24 [1994a]
- Ebert, Andreas und David, Matthias: Eduard Arnold Martin-Gründer der Berliner Gesellschaft für Gynäkologie (1873-1875). In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 25-37 [1994b]
- Ebert, Andreas und Pritze, Wolfgang: Adolf Gusserow, Ehrenpräsident der Gesellschaft. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 51-64
- Ebert, Andreas, Pritze, Wolfgang und Ulrich, Uwe: Carl Schröder, die Vereinigung der Fachgesellschaften. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 38-50

Ebert, Andreas: "Entscheidend ist nicht ihr äußeres Bild, sondern der Geist, der in ihr herrscht"- Chronologie der Direktoren der Frauenkliniken in der Charité, in der Artilleriestrasse und am heutigen Standort Mitte seit der Gründung der Institute bis 2010. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 369-370

Eckart, Wolfgang Uwe (Hrsg.): Ärzte Lexikon: von der Antike bis zur Gegenwart. Springer Verlag: Heidelberg 2006

Eller, Johann Theodor: Nützlich und auserlesene Medicinische und chirurgische Anmerckungen sowohl von innerlichen als auch äusserlichen Kranckheiten, und bey selbigen zum Theil verrichten Operationen, Welche bishero in dem von Sr. Königl. Maj. in Preussen gestifteten grossen Lazareth der Charité zu Berlin, vorgefallen; Nebst einer vorangegangenen kurtzen Beschreibung der Stiftung, Anwachs und jetzigen Beschaffenheit dieses Hauses. Berlin 1730

Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus.“ Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Waxmann: Münster; New York; München; Berlin 1997

Esse, Carl Heinrich: Geschichtliche Nachrichten über das Königliche Charité-Krankenhaus zu Berlin. In: Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin 1850, S. 1-45

Esse, Carl Heinrich: Ueber die Verwaltung des Charité-Krankenhauses. IX. Das Sommer-Lazareth und die neuen Einrichtungen im älteren Charité-Gebäude. In: Annalen des Charité-Krankenhauses (3) 1854, S. 1-25

Esse, Carl Heinrich: Die Krankenhäuser, ihre Einrichtung und Verwaltung. Enslin: Berlin 1857

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Enke-Verlag: Stuttgart 1970

Ewald, Carl Anton: Die Krankenhäuser Berlins. In: Berliner klinische Wochenschrift (19) 1882, S. 263-740

Ewald, Carl Anton: Die Krankenhäuser Berlins. In: Berliner klinische Wochenschrift (20) 1883, S. 122-124

Fasbender, Heinrich: Geschichte der Geburtshilfe. Georg Olms Verlagsbuchhandlung: Hildesheim 1964

Fischer, Wolfgang: Höhen und Tiefen in der Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenklinik. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 12-23

Formey, Johann Ludwig: Versuch einer medicinischen Topographie von Berlin. Berlin 1796

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Verlag: Frankfurt/Main 1991

Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin im Nationalsozialismus. Kolloquien des Instituts für Zeitgeschichte. Oldenbourg Verlag: München 1988

Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770-1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 1984 [1984a]

Frevert, Ute: Die „Geheimnisse der Frauenzimmer“ oder die Folgen von Unwissenheit und Fehlverhalten. In: Journal für Geschichte (1) 1984, S. 24-29 [1984b]

Frevert, Ute: Frauen und Ärzte im späten 18. und 19. Jahrhundert-zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses. In: Frauen in der Geschichte II. Annette Kühn und Jörg Rösen (Hrsg.). Verlag Schwann-Bagel: Düsseldorf 1986, S. 177-210

Frevel, Bernhard und Dietz, Berthold: Sozialpolitik kompakt. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden 2004

Gerhard, Ute: Gleichheit ohne Angleichung: Frauen im Recht. Beck: München 1990

Gerhard, Ute: Grenzziehungen und Überschreitungen. Die Rechte der Frauen auf dem Weg in die politische Öffentlichkeit. In: Gerhard, Ute: Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Verlag C.H. Beck München 1997, S. 509-546

Gisske, Erhardt, Dellas, Geerd, Korneli, Peter u. a.: Das Investitionsvorhaben Neubau und Rekonstruktion der Charité. In: Charité-Annalen Neue Folge (1) 1981, S. 148-158

Gisske, Ehrhardt: Danksagung von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Erhardt Gisske. In: Charité-Annalen Neue Folge (2) 1982, S. 19-24

Göbel, Ulf: Die Berliner Charité: vom Collegium medico-chirurgicum zum Universitätsklinikum. Medizinische Fakultät Charité: Berlin 1996

Grundrisse und Pläne von den Gebäuden des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin. Loeillot: Berlin 1865

Hakemeyer, Uta und Keding, Günther: Zum Aufbau der Hebammenschulen in Deutschland im 18. und frühen 19. Jahrhundert. In: Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Lutwin Beck. Springer-Verlag: Berlin 1986, S. 63-88

Halle, Horst: Zur Geschichte der Geburtshilfe an der Charité und der Berliner Universitäts-Frauenklinik. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 73-87

Hanke, Clemens: Untersuchungen über die Charité-Patienten von 1743-1752. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 1981

Harig, Georg und Lammel, Hans-Uwe: Zur Geschichte der Beziehungen der Charité und Berlin (1710-1945). In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe (36) 1987, S. 14-21

Harms-Ziegler, Beate: Außereheliche Mutterschaft in Preußen im 18. und 19. Jahrhundert. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 325-344

Hausen, Karin: Arbeiterinnenschutz, Mutterschutz und gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Zur Funktion von Arbeits- und Sozialrecht für die Normierung und Stabilisierung der Geschlechterverhältnisse. In: Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Hrsg. Ute Gerhard. Verlag C.H. Beck München 1997, S. 713-743

Heuvelmann, Magdalene: Auf dem Weg zur Abschaffung der weiblichen Mutterschaft? Deutschsprachige akademische Gynäkologie 1920 bis 1939. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main 1999

Hilf, Eric: Zur Geschichte der Charité-Direktion im 19. Jahrhundert. Aufbau, Struktur und Personen der Charitéverwaltung zwischen 1820 und 1870. In: Jahrbuch für Universitätsgeschichte (3) 2000, S. 49-67

Hinz, Georg: Zur Geschichte des Instituts für experimentelle Endokrinologie (1951-1989) zugleich ein Beitrag zur Geschichte der Charité-Frauenklinik; Festschrift anlässlich des 40 jährigen Institutsjubiläums im Selbstverlag herausgegeben vom Autor: Berlin 1992

Hirsch, August (Hrsg.): Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Urban & Schwarzenberg: München, Berlin 1962

Hocheisen: Bericht über die Zeit vom 1. April 1905 bis zum 31. März 1906. In : Charité-Annalen (31) 1907, S. 556-591

Holthöfer, Ernst: Die Geschlechtsvormundschaft. Ein Überblick von der Antike bis ins 19. Jahrhundert. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 390-451

Honegger, Claudia: Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaften vom Menschen und das Weib; 1750-1850. Campus Verlag: Frankfurt/Main 1991

Horn, Wilhelm: Das Preussische Medicinalwesen. Aus amtlichen Quellen dargestellt. Verlag von August Hirschwald: Berlin 1863

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 1985

Huerkamp, Claudia: Das unterschiedliche Verhältnis von Arzt und Patient in der Krankenhauspraxis und der privaten ärztlichen Praxis im 19. Jahrhundert. In: Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Hrsg. Peter Schneck und Hans-Uwe Lammel (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 67). Matthiesen Verlag: Husum 1995, S. 254-268

Imhof, Arthur E.: Zur Funktion des Krankenhauses in der Stadt des 18. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege (4) 1977, S. 215-241

Issmer, Renate: Zur geschichtlichen Entwicklung der Universitäts-Frauenklinik Berlins. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin 1959/1960, Beiheft zum Jubiläumsjahrgang IX, S. 155-214

Jolly, R.: Die Universitäts-Frauenklinik und der Unterricht in der Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Berliner klinische Wochenschrift 1910 II., S. 1889-1890

Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus: 16.-19. Jahrhundert. In: Adolf Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Campus Verlag: Frankfurt, New York 1996, S. 31-50

Kannappel, Petra: Die Behandlung von Frauen im nationalsozialistischen Familienrecht unter besonderer Berücksichtigung der Rechtssprechung des Reichsgerichts sowie der Erbgesundheitsgerichte Kassel, Marburg und Hanau. Selbstverlag der Hessischen Historischen Kommission Darmstadt und der historischen Kommission für Hesse: Darmstadt und Marburg 1999

Karenberg, Axel: Lernen am Bett der Schwangeren. Zur Typologie des Entbindungshauses in Deutschland 1728-1840. In: Zentralblatt für Gynäkologie (113) 1991, S. 899-912

Keyhan-Falsafi, Sabine, Kinke, Ruth und Schütz, Cornelia: Geburtshelfende um 1800. Ein Geschlechterkonflikt? In: Marita Metz-Becker (Hrsg): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Jonas Verlag: Marburg 1999, S. 21-30

Kleines Wörterbuch der Architektur. Philipp Reclam jun.: Stuttgart 1998

Koehler, Albert: Die Kriegschirurgen und Feldärzte Preussens und anderer deutscher Staaten in Zeit- und Lebensbildern. I. Teil. Verlag von August Hirschwald: Berlin 1899

Köpke, Rudolf: Die Gründung der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Nebst Anhängen über die Geschichte der Institute und den Personalbestand. Gustav Schade: Berlin 1860

Kraatz, Helmut: Vergangenheit und Zukunft der Universitäts-Frauenklinik Berlin, Artilleriestraße 18. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin 1952/53 II, S. 13-19

Kraatz, Helmut: Die Entwicklung des klinischen Unterrichts in der Frauenheilkunde und seine Verwirklichung durch den Hörsaalneubau der Universitäts-Frauenklinik, Berlin. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin. Mathematisch-naturwissenschaftliche Reihe (5) 1954/55, S. 171-179

Kraatz, Helmut: Die Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenklinik. In: Zentralblatt für Gynäkologie (80) 1958, S. 1359-1375

Kraatz, Helmut: Zwischen Klinik und Hörsaal. Verlag der Nation Berlin: Berlin 1985

Krecker, Thea: Untersuchungen über die Charité-Patienten von 1754-1772. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 1978

Kretschmar, Heike: Zur Praxis der Geburtenpolitik und des Schwangerschaftsabbruchs in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland von 1933-1945. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 1997

Krünitz, Johann Georg: Ökonomische Encyclopädie oder allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- und Landwirtschaft: in alphabetischer Ordnung. Pauli: Berlin 1798

Küster: Der Hörsaalbau für die Königliche Universitäts-Frauenklinik zu Berlin. In: Klinisches Jahrbuch (5) 1894, S. 119-125

Küstner: Robert von Olshausen (Nachruf). In: Zentralblatt für Gynäkologie (39) 1915, S. 177-185

Labisch, Alfons und Spree, Reinhard: Entwicklung, Stand und Perspektiven einer Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. Eine Einführung. In: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Campus Verlag: Frankfurt, New York 1996, S. 13-28

Labisch, Alfons: Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts. In: Alfons Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Campus Verlag: Frankfurt, New York 1996, S. 253-296

Lamm, Dieter: Im Schatten von H. Kraatz: die Ostberliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 261-285

Lamm, Dieter: Hans Igel (*1918)-Wendepunkte. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 300-304

Lazusch, Karl: Die medizinisch-chirurgische Pépinière in Berlin und die Charité als deren klinische Ausbildungsstätte. In: Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Hrsg. Peter Schneck und Hans-Uwe Lammel (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 67). Matthiesen Verlag: Husum 1995, S. 40-43

Lenz, Max: Geschichte der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Verlag der Buchhandlung des Waisenhauses: Halle a.d.S. 1910

Major, Sabine: Zur Geschichte der außerklinischen Geburtshilfe in der DDR. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 2003

Mamlock, G.L.: Zur Geschichte des Charitékrankenhauses in Berlin. In: Charité-Annalen (24) 1905, S. 61-86

Martin, August: Geburtshilfe und Gynäkologie im ersten Jahrhundert der Berliner Hochschule 1810-1919. In: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (32) 1910, S. 385-590

Mehlhausen: Bericht über den Neubau eines Evacuations-Pavillons für die Entbindungs-Anstalt in dem Charité-Krankenhaus. In: Charité-Annalen (4) 1877, S. 751-757

Mehlhausen: Entwicklung der gynäkologischen Klinik in der Charité und Beschreibung eines neuen gynäkologischen Pavillons. In: Charité-Annalen 1885, S. 119-126

Mehlhausen: Statistik. In: Charité-Annalen (13) 1888, S. 1-121

Mehlhausen: Statistik. In: Charité-Annalen (17) 1892, S. 1-123

Metz-Becker, Marita: Gebären im Dienst der Wissenschaft. Zum Medikalisierungsprozeß unehelich schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Volkskunde (90) 1994, S. 210-229

Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Campus Verlag: Frankfurt/Main, New York 1997

Metz-Becker, Marita: Akademische Geburtshilfe im 19. Jahrhundert: Der Blick des Arztes auf die Frau. In: Marita Metz-Becker (Hrsg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Jonas Verlag: Marburg 1999, S. 37-42

Müller, Helmut M.: Schlaglichter der deutschen Geschichte. Bundeszentrale für politische Aufklärung: Bonn 2003

Münch, Ragnhild: Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel. Akademie Verlag: Berlin 1995

Murken, Axel Hinrich: Zur Entwicklung der geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken in Deutschland von 1751-1900. In: Das Krankenhaus (63) 1971, S. 255-264

Murken, Axel Hinrich: Die wichtigsten Neubauten deutscher Entbindungsanstalten um die Mitte des 19. Jahrhunderts (1852-1862). In: Medizinische Monatsschrift (26) 1972, S. 72-78

Murken, Axel Hinrich: Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen 1979

Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Dumont: Köln 1995

Murken, Axel Hinrich: Eigene Krankenhäuser für die Geburtshilfe-Zur Entwicklung der klinischen „Entbindungskunst“ in Deutschland im 19. Jahrhundert. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (56) 1996, S. M131-137

Nave-Herz, Rosemarie: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland. Bundeszentrale für Politische Bildung: Bonn 1997

N.N.: Karl Schröder. Nachruf. In: Zentralblatt für Gynäkologie (11) 1887, S. 137-138

N.N.: Zur Organisation der grossen Krankenhäuser Berlins. In: Berliner Klinische Wochenschrift 1889, S. 987-988

Neyer, Gerda: Die Entwicklung des Mutterschutzes in Deutschland, Österreich und der Schweiz von 1877 bis 1945. In: Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Hrsg. Ute Gerhard. Verlag C.H. Beck München 1997, S. 744-758

Olshausen, Robert: Über den Unterricht in geburthshülfflichen Kliniken mit Bezug auf den neuen Hörsaal der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin. In: Klinisches Jahrbuch (5) 1894, S. 48-57

Paul, Norbert: „Zum Zwecke der Verpflegung dürftiger Kranker, Erziehung geschickter Ärzte und Beförderung und Erweiterung der Heilwissenschaft“. Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus. In: Adolf Labisch und Reinhard Spree (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Campus Verlag: Frankfurt, New York 1996, S. 91-122

Ploeger: Statistischer Bericht über die Geburten der königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin während 15 Jahren mit besonderer Berücksichtigung der Morbidität und Mortalität. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (53) 1904, S. 235-268

Pohl, R.: Bericht über die Vorgänge im Gebärhause der Königlichen Charité zu Berlin im Wintersemester 1863/64. In: Charité-Annalen (12) 1865, S. 34-73

Pritze, Wolfgang und Ebert, Andreas: Karl Franz, der ungekrönte König der Berliner Gynäkologie. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 134-145 [1994a]

Pritze, Wolfgang und Ebert, Andreas: Robert von Olshausen, Wegbereiter der operativen Gynäkologie. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 65-75 [1994b]

Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter: Berlin, New York 1998

Pütter, Ernst: Verwaltungsbericht. In: Charité-Annalen (15) 1906, S. 1-27

Pütter, Ernst: Verwaltungsbericht. In: Charité-Annalen (31) 1907, S. 1-58

Pütter, Ernst: Verwaltungsbericht. In: Charité-Annalen (32) 1908, S. 1-33

Pütter, Ernst: Erinnerungen an die Charité in Berlin. Rhenania-Verlag: Düsseldorf 1928

Pulz, Waltraud: „Nicht alles nach der Gelehrten Sinn geschrieben“-Das Hebammenanleitungsbuch von Justina Siegemund. Zur Rekonstruktion geburtshilflichen Überlieferungswissens frühneuzeitlicher Hebammen und seiner Bedeutung bei der Herausbildung der modernen Geburtshilfe. Münchner Vereinigung für Volkskunde: München 1994

Rigler, Johannes: Das medicinische Berlin. Verlag von Elwin Stande: Berlin 1873

Rönne, Ludwig von und Simon, Heinrich: Das Medicinal-Wesen des Preußischen Staates. Georg Philipp Aderholz: Breslau 1844

Rohde, Wolfgang und Hinz, Georg: Endokrinologische Forschung an der Charité-Frauenklinik (II. Universitäts-Frauenklinik) 1908-1951, zugleich Keimzelle des 1951 gegründeten Instituts für Experimentelle Endokrinologie der Charité. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 131-162

Rücker, Kerstin: Soziale Netze für Mutter und Kind. In: Thiele, Wilhelm: Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat, Asgard-Verlag: Hippe 1990, S. 61-68

Rüster, Detlef: Über die Anfänge des klinischen Unterrichts an der Berliner Charité. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe (36) 1987, S. 33-39

Rüster, Detlef: Aspekte der Beziehungen zwischen Pépinière, Charité und Universität in Berlin. In: Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Hrsg. Peter Schneck und Hans-Uwe Lammel (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 67). Matthiesen Verlag: Husum 1995, S. 209-221

Schadewaldt, Hans: Einführung. In: Der kranke Mensch in Mittelalter und Renaissance. Hrsg. Peter Wunderli. Droste Verlag: Düsseldorf 1986, S. 13-26

Schagen, Udo: Walter Stoeckel (1871-1961) als (un)politischer Lehrer-Kaiser der deutschen Gynäkologen? In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 200-218

Scheibe, Oskar: Zweihundert Jahre des Charité-Krankenhauses zu Berlin. Mitteilungen aus der Geschichte und Entwicklung der Anstalt von ihrer Gründung bis zur Gegenwart. In: Charité-Annalen 1910, S. 1-178

Scherzer, Ricarda: Hebammen. Weise Frauen oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes (=Notizen/Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie der Universität Frankfurt am Main, Band 29). Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie: Frankfurt am Main 1988

Schmeisser, G. und Lazusch, Karl: Die Herausbildung der militär-medizinischen Lehre an der Charité im 18. Jahrhundert. In: Charité-Annalen, (4) 1984, S. 264-270

Schmidt, Joseph Hermann: Die geburtshülflich-klinischen Institute der Königlichen Charité. In: Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin (1) 1850, S. 485-523

Schneck, Peter: Sozialmedizinische Aspekte in der deutschen Geburtshilfe und Gynäkologie des 19. Jahrhunderts. In: Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19. und 20. Jahrhundert: ausgewählte Beiträge vom 1. Medizinhistorischen Symposium der Gesellschaft für Geschichte der Medizin in der DDR und der Wissenschaftlichen Allunionsgesellschaft der Medizinhistoriker der UdSSR in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft Sozialhygiene der DDR, 23. - 25.06.1975 Halle, Berlin 1976, S. 242-247

Schneck, Peter: Das Schicksal der sozialen Gynäkologie in der Zeit des Faschismus in Deutschland. In: Achim Thom (Hrsg.): Medizin im Faschismus: Symposium über das Schicksal der Medizin in der Zeit des Faschismus in Deutschland 1933-1945. Verlag Volk und Gesundheit: Berlin 1985, S. 148-157

-
- Schneck, Peter und Ebert, Andreas: Ernst Bumm, Arzt und Lehrer mit Charisma. In: Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel (Hrsg.): Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 109-121
- Schneck, Peter: Die Anfänge der wissenschaftlich-klinischen Geburtshilfe an der Berliner Universität 1810-1850. In: Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850. Hrsg. Peter Schneck und Hans-Uwe Lammel (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Heft 67). Matthiesen Verlag: Husum 1995, S. 178-191
- Schneck, Peter: Charité: Ein Name als Programm? Zur Sozialgeschichte eines Berliner Universitätsklinikums. In: Historia Hospitalium (21) 1998-1999, S. 91-110
- Schneider, Nadja und David, Matthias: Leben ist subjektiv-Überlegungen zur Auto-/Biographie von Helmut Kraatz (1902-1983). In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 251-266
- Schubert, Friedel: Die Frau in der DDR. Ideologie und konzeptionelle Ausgestaltung ihrer Stellung in Beruf und Familie. Leske und Budrich: Opladen 1980
- Schwab, Dieter: Gleichberechtigung und Familienrecht im 20. Jahrhundert. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 790-827
- Schwenke, A. und Bayer, Hans: Carl Ludwig Ernst Schroeder (11.9.1838-7.2.1887)-Hauptvertreter der deutschen Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Charité-Annalen Neue Folge 1988, S. 279-282
- Seebacher, Marieluise: Der Neubau der Charité um die Jahrhundertwende auf dem Charité-Hauptgrundstück. Die Vorbereitungen und Ausführungen in den Jahren 1888 bis 1916. Medizinische Dissertation der Humboldt-Universität: Berlin 1990
- Shorter, Edward: Der weibliche Körper als Schicksal: zur Sozialgeschichte der Frau. Piper: München 1984
- Siebold, Elias von: Erster Bericht der Entbindungsanstalt der königlichen Universität zu Berlin und der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshilfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinderkrankheiten, vom Winter-Semester 1817-18. In: Journal für Geburtshilfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten (3) 1822, S. 1-58

Siebold, Elias von: Zweiter Bericht der Entbindungsanstalt der königlichen Universität zu Berlin und der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinderkrankheiten, vom Sommer-Semester 1818, (3) 1821 Zweiter Teil, S. 171-226

Siebold, Elias von: Dritter Bericht der Entbindungsanstalt der königlichen Universität zu Berlin und der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinderkrankheiten, vom Winter- und Sommersemester 1818 bis 1819, (3) 1822 Dritter Teil, S. 377-451

Siebold, Elias von: Fünfter Bericht der Entbindungsanstalt der königlichen Universität zu Berlin und der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinderkrankheiten, vom 1. November 1820 bis zum 31. Dezember 1822, (4) 1824 Teil 2, S. 265-341 und Teil 3 443-506

Siebold, Elias von: Sechster Bericht der Entbindungsanstalt der königlichen Universität zu Berlin und der damit in Verbindung stehenden Poliklinik für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und neugeborner Kinderkrankheiten, vom Jahre 1823, (5) 1825 Teil 1, S. 1-62

Siebold, Eduard Caspar Jakob von: Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. Erster Band. Verlag Pietzcker: Tübingen 1901

Siebold, Eduard Caspar Jakob von: Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe. Zweiter Band. Verlag Pietzcker: Tübingen 1902

Siebold, Eduard Caspar von: Die Einrichtung der Entbindungsanstalt an der Königlichen Universität zu Berlin, nebst einem Ueberblicke der Leistungen derselben seit dem Jahre 1817. Theodor Christian Friedrich Enslin: Berlin 1829

Sittner-Hinz, Kerstin (Hrsg.): Lustwandel: ein Streifzug durch die Geschichte der Oranienburger Straße. Trescher Verlag: Berlin 1996

Stauber, M.: Gynäkologie im Nationalsozialismus-oder „Die späte Entschuldigung“. In: Gynäkologie und Geburtshilfe 1994, S. 753-772

Stoeckel, Walter: Karl Franz. In: Zentralblatt für Gynäkologie (50) 1926, S. 2801-2806

Stoeckel, Walter: Über die neue Leipziger Frauenklinik und über das Bauen von Frauenkliniken überhaupt. In: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 1928, S. 561-600

Stoeckel, Walter: Einiges über Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Universitätsfrauenklinik in Berlin. In: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe (95) 1929, S. 547-562

Stoeckel, Walter: Vortrag zum Geburtstag der Berliner Universitätsfrauenklinik und die Umgestaltung der Klinik. In: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 1932, S. 669-686

Stoeckel, Walter: Erinnerungen eines Frauenarztes. Kindler Verlag: München 1966

Stürzbecher, Manfred: Beiträge zur Berliner Medizingeschichte. Quellen und Studien zur Geschichte des Gesundheitswesens vom 17. bis zum 19. Jahrhundert. De Gruyter: Berlin 1966

Stürzbecher, Manfred: Anstalts- und Hausentbindungen in Berlin (1903-1970). In: Bundesgesundheitsblatt (15) 1972, S. 273-280

Stürzbecher, Manfred: Einige Bemerkungen über die Ida-Simon-Stiftung an der Berliner Universität. In: Charité-Annalen Neue Folge (14) 1994, S. 294-298

Thietz, Kirsten (Hrsg.): Ende der Selbstverständlichkeit?: die Abschaffung des §218 in der DDR; Dokument. Basis-Druck Verlag: Berlin 1992

Tuchman, Arleen Marcia: Ein verwirrendes Dreieck: Universität, Charité, Pépinière. In: Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Hrsg. Rüdiger vom Bruch (=Jahrbuch für Universitätsgeschichte, 3/2000). Franz Steiner Verlag: Stuttgart 2000, S. 36-48

Tutzke, Dietrich: Entwicklung der bürgerlichen Sozialhygiene in Deutschland. In: Dietrich Tutzke (Red.): Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19.-20. Jahrhundert. Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR: Berlin 1976, S. 1-18

Tutzke, Dietrich; Burmeister, K. u. a.: Charité 1710-1985. Verlag Volk und Gesundheit: Berlin 1985

Uebe, Annemarie: Die rechtliche Situation der Hebammen in der Geburtshilfe in Deutschland seit 1871. Elwin Staude Verlag: Hannover 2000

Ulbricht, Otto: Kindsmord in der Frühen Neuzeit. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 235-247

Ulrich, Uwe und Ebert, Andreas: G.A. Wagner: In schwerer Zeit. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 193-205

-
- Ulrich, Uwe, Ebert, Andreas und Pritze, Wolfgang: Vom Kaiserreich zur Teilung Deutschlands: Walter Stoeckel. In: Die Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1844-1994. Hrsg. Andreas Ebert und Hans Karl Weitzel. De Gruyter: Berlin, New York 1994, S. 161-178
- Wagner, Georg August: Nachruf. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie (90) 1926, S. I-IV
- Wauer, Roland R.: Die Entwicklung der Neonatologie als Teil der Perinatologie an der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin-Mitte. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Hrsg. Matthias David und Andreas Ebert. De Gruyter: Berlin, New York 2010, S. 88-130
- Weber-Will, Susanne: Geschlechtsvormundschaft und weibliche Rechtswohlthaten im Privatrecht des preußischen Allgemeinen Landrechts von 1794. In: Ute Gerhard (Hrsg.): Frauen in der Geschichte des Rechts: von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart. Beck: München 1997, S. 452-459
- Wille: 200 Jahre „Entbindungsanstalt der Charité“, zugleich ein Beitrag zur Geschichte der Geburtshilfe in Berlin. In: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 1927, S. 408-430
- Wille, Paul: Die Entwicklung des Berliner Krankenhauswesens. Ein Beitrag zur 7. Säkularfeier der Stadt Berlin. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (34) 1937, S. 480-484
- Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Walter de Gruyter: Berlin, New York 1987
- Winter, G.F.: Zur Geschichte der Laboratorien der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. In: Zentralblatt für Gynäkologie (80) 1958, S. 1381-1385
- Wirth, Ingo, Luther, Bernd, Grosser, J.: Zur Topographie und baulichen Entwicklung der Charité. In: Charité-Annalen Neue Folge 1983, S. 233-254
- Wirth, Ingo und Luther, Bernd: Grundzüge der baulichen Entwicklung der Berliner Charité von den Anfängen bis zur Gegenwart. In: Historia Hospitalium (17) 1986-1988, S. 78-88
- Wolff, Horst-Peter und Wolff, Jutta: Die Berliner Hebammen-Schule. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe (36) 1987, S. 47-49
- Wollheim, Hermann: Versuch einer medicinischen Topographie und Statistik von Berlin. Verlag von August Hirschwald: Berlin 1844
- Wulf, K-H.: Adademia Sieboldiana Wirdeburgensis. In: Die Hebamme (6) 1993, S. 175-183

Zander, Josef: Meilensteine der Gynäkologie und Geburtshilfe-100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Lutwin Beck. Springer Verlag: Berlin 1986, S. 27-62

Zander, Josef und Goetz, Elisabeth: Hausgeburt und klinische Entbindung im Dritten Reich (Über eine Denkschrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie aus dem Jahre 1939). In: Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. Lutwin Beck. Springer-Verlag: Berlin 1986, S. 143-158

Zey, René (Hrsg.): Lexikon der Forscher und Erfinder. Rowohlt: Reinbeck bei Hamburg 1997

Internetquellen:

Berlingeschichte 2010 in www.berlingeschichte.de/lexikon/mitte/articles/dorotheenstrasse (letzter Zugriff 24.06.2011)

Lindner, Ulrike: Chronische Gesundheitsprobleme, Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik. Bundeszentrale für politische Bildung; Aus Politik und Zeitgeschichte (B33-34/2003), www.bpb.de/publikationen/JAJRID.html (letzter Zugriff 24.06.2010)

12. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Leiter der Gebäranstalt und der Hebammenschule (Wolff/Wolff 1987, Ebert 2010)	28
Tab. 2: Direktoren der Gebäranstalt und Leiter der Hebammenschule (Scheibe 1910 S.105ff, Wolff/Wolff 1987, Schneck 1995, Ebert 2010)	41
Tab. 3: Direktoren der Gebäranstalt, der Hebammenanstalt und Leiter der gynäkologischen Abteilung in der Charité (Wille 1927, Issmer 1959/69, Ebert 2010)	61
Tab. 4: Direktoren der königlichen Entbindungsanstalt (nach Ebert 2010).....	87
Tab. 5: Direktoren der universitären Entbindungsklinik (nach Ebert 2010).....	99
Tab. 6: Direktoren der Frauenklinik (Ebert 2010 S. 370)	132
Tab. 7: Direktoren der Frauenklinik (nach Ebert 2010).....	151

13. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die Charité im Jahr 1730, Grundriss, Kupferstich von J.D. Schleuen	
(Göbel 1996 S. 1)	18
Abb. 2: Die Charité um die Zeit ihrer Gründung, Kupferstich von Matthias Seutter um 1750 (Charité Annalen Neue Folge 1995, Umschlag).....	19
Abb. 3: Grundriss der unteren Etage der Charité (Scheibe 1910 S. 26).....	20
Abb. 4: Grundriss der mittleren Etage der Charité (Scheibe 1910 S. 28)	22
Abb. 5: Die „Alte Charité“ (Scheibe 1910 S. 55)	23
Abb. 6: Ansicht der Alten Charité (Grundrisse 1865 Blatt II)	24
Abb. 7: Grundriss der Alten Charité, Erdgeschoss (Grundrisse 1865 Blatt III)	25
Abb. 8: Gabriel Senff (Sammlung der HU)	26
Abb. 9: Johann Theodor Eller (Institut für Geschichte der Medizin)	26
Abb. 10: Johann Philipp Hagen (Sammlung der HU).....	31
Abb. 11: Situationsplan der Charité ca. 1850 (Grundrisse 1865 Blatt 1).....	36
Abb. 12: Alexander Ferdinand Kluge (Institut für Geschichte der Medizin)	40
Abb. 13: Joseph Hermann Schmidt (Sammlung der HU)	41
Abb. 14: Situationsskizze der Gebäude der Geburtshilfe und Gynäkologie (Archiv der Humboldt-Universität).....	48
Abb. 15: Lageplan der Charité-Gebäude von 1897 vor Beginn der Um- und Neubauten (Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 245).....	49
Abb. 16: Lageplan der Charité-Gebäude nach Abschluss der umfassenden Neugestaltung 1897-1916 (Wirth/Luther/Grosser 1983 S. 247).....	50
Abb. 17: Das sogenannte Pockenhaus (Institut für Geschichte der Medizin).....	51
Abb. 18: Ansicht und Grundrisse des Pockenhauses (Esse 1857 Tafel VII)	52
Abb. 19: Grundriss geburtshilflicher Pavillon (Mehlhausen 1877 Tafel IV).....	53
Abb. 20: Neue geburtshilfliche Klinik mit Front zur Invalidenstraße (Wille 1927 S. 430)	54
Abb. 21: Der OP-Saal der Frauenklinik nach den Um- und Neubauten 1897-1916 (Institut für Geschichte der Medizin)	55
Abb. 22: Grundriss des gynäkologischen Pavillons (Mehlhausen 1885 Tafel I).....	56
Abb. 23: Hörsaal der Charité-Frauenklinik um 1905 (Institut für Geschichte der Medizin)	56
Abb. 24: Der überdachte Gang zwischen der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik (Institut für Geschichte der Medizin).....	57

Abb. 25: Adolf Gusserow (Issmer 1959 S. 173).....	59
Abb. 26: Karl Franz (Issmer 1959 S. 178).....	60
Abb. 27: Georg August Wagner (Issmer 1959 S. 180).....	60
Abb. 28: Sterilisationsraum der Frauenklinik um 1908 (Institut für Geschichte der Medizin).....	62
Abb. 29: Grundriss der Alten Charité, 1. Stockwerk mit gynäkologischer Abteilung (Grundrisse 1865 Blatt IV).....	64
Abb. 30: Ansicht der universitären Frauenklinik in der Oranienburger Straße (Issmer 1959 S. 157).....	83
Abb. 31: Adam Elias von Siebold (Ebert/David 1994a S. 14).....	86
Abb. 32: Eduard Kaspar von Siebold (Issmer S. 158).....	87
Abb. 33: Ansicht der Entbindungsanstalt in der Dorotheenstraße (Issmer 1959 S. 160).....	95
Abb. 34: Heinrich Wilhelm Busch (Issmer 1959 S. 159).....	98
Abb. 35: Eduard Arnold Martin (Issmer 1959 S. 165).....	99
Abb. 36: Ansicht der Frauenklinik von der Ebertsbrücke aus gesehen, ca. 1885 (Institut für Geschichte der Medizin).....	117
Abb. 37: Holzschnitt der Frauenklinik von 1884 (Institut für Geschichte der Medizin).....	118
Abb. 38: Entwurf zur Umgestaltung der Kliniken an der Spree (Stoeckel 1932 S. 671).....	119
Abb. 39: Ansicht und Lageplan der Frauenklinik in der Artilleriestraße (Ewald 1883 S. 122).....	119
Abb. 40: Der Haupteingang der Frauenklinik von der Artilleriestraße (Institut für Geschichte der Medizin).....	120
Abb. 41: Grundriss des Entbindungspavillons (Ewald S. 1883 S. 123).....	120
Abb. 42: Ansicht der Ida-Simon-Stiftung von der Spreeseite (Brüstlein 1911 S. 345).....	121
Abb. 43: Lageplan und Grundriss der Ida-Simon-Stiftung (Brüstlein 1911 S. 346).....	122
Abb. 44: Ansicht des Operationssaals der Ida-Simon-Klinik (Brüstlein 1911 S. 355).....	123
Abb. 45: Ansicht Krankenzimmer (Brüstlein 1911 S. 355).....	123
Abb. 46: Übersicht über den Gebäudekomplex (Stoeckel 1932 S. 680).....	125
Abb. 47: Ansicht des Neubaus von der Ziegelstraße (Stoeckel 1932 S. 676).....	126
Abb. 48: Ansicht des Z-Baus von der Monbijoustraße (Institut für Geschichte der Medizin).....	126
Abb. 49: Grundriss erstes Obergeschoss Z-Bau (Stoeckel 1932 S. 672 f).....	127
Abb. 50: Grundriss zweites Obergeschoss Z-Bau (Stoeckel 1932 S. 672 f).....	127
Abb. 51: Ansicht Kreißsaal (Stoeckel 1932 S. 675).....	127
Abb. 52: Ansicht Säuglingszimmer (Stoeckel 1932 S. 674).....	128
Abb. 53: Ansicht Krankenzimmer (Stoeckel 1932 S. 674).....	128

Abb. 54: Ansicht gynäkologischer OP-Saal mit Studententribüne (Stoeckel 1932 S. 675)	128
Abb. 55: Aufbauarbeiten der zerstörten Frauenklinik nach dem 2. Weltkrieg (Institut für Geschichte der Medizin)	130
Abb. 56: Haupteingang der Frauenklinik in der Artilleriestraße (Institut für Geschichte der Medizin)	130
Abb. 57: Carl Schröder (Issmer 1959 S. 167)	132
Abb. 58: Robert von Olshausen (Issmer 1959 S. 170)	133
Abb. 59: Ernst Bumm (Issmer 1959 S. 175)	133
Abb. 60: Helmut Kraatz (Issmer 1959 S. 187)	134
Abb. 61: Walter Stoeckel (Schagen 2010 S. 215)	134
Abb. 62: Zimmer des Chefarztes (Institut für Geschichte der Medizin)	134
Abb. 63: Waschraum des OP-Saals (Institut für Geschichte der Medizin)	138
Abb. 64: OP-Saal ca. 1960 (Institut für Geschichte der Medizin)	138
Abb. 65: Kreißsaal ca. 1950er Jahre (Institut für Geschichte der Medizin)	140
Abb. 66: Kreißsaal in den 1980er Jahren (Institut für Geschichte der Medizin)	141
Abb. 67: Ansicht der Südfront mit den Krankenzimmern und der Dachterrasse (Stoeckel 1932 S. 677)	141
Abb. 68: Übersichtsplan der Charité Baustufe 1 (Charité 1977 BL.-Nr. 0.02)	144
Abb. 69: Das Bettenhochhaus der Charité (Charité Annalen Neue Folge 1994, Umschlag)	145
Abb. 70: Grundriss der Entbindungsabteilung und Neonatologie, zweite Ebene OP-Trakt (Charité 1977 BL.-Nr.01.34)	147
Abb. 71: Wöchnerinnenzimmer mit „rooming-in“ (Institut für Geschichte der Medizin)	148
Abb. 72: Grundriss der geburtshilflichen Station Ebene 11 (Charité 1977 BL.-Nr. 01.44)	148
Abb. 73: Hans Igel (Lamm 2010 S. 302)	150
Abb. 74: Hans Bayer (Fischer 2010 S. 20)	150

14. Abkürzungsverzeichnis

A. d. A.	Anmerkung des Autors
ALR	Allgemeines Landrecht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CBB	Campus Berlin Buch
CBF	Campus Benjamin Franklin
CCM	Campus Charité Mitte
COZ	Chirurgisch orientiertes Zentrum der Charité
CVK	Campus Virchow Klinikum
DDR	Deutsche Demokratische Republik
ebd.	Ebenda
f	folgende
ff	und folgende
geb.	geboren
ggf.	gegebenenfalls
m	Meter
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
OP	Operationssaal
Prof.	Professor
S.	Seite
SA	Sturmabteilung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SS	Schutzstaffel
u. a.	unter anderem
u. s. w.	und so weiter
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche

z. B. zum Beispiel

z. T. zum Teil

Erklärung

„Ich, Yvonne Schwittai, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zur Geschichte der Frauenklinik(en) der Charité in Berlin von 1710 bis 1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller Entwicklungen“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

10.10.2011

Yvonne Schwittai

Danksagung

Ich möchte besonders meinem Doktorvater Prof. Matthias David für die große Unterstützung, Geduld und schnelle Bearbeitung danken! Des Weiteren bedanke ich mich bei meinen Freunden für die kontinuierliche Motivation und Korrekturlesungen. Ganz besonders möchte ich Doreen für wertvolle Tipps bei der Handhabung von Microsoft Word danken.

Curriculum vitae

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Yvonne Schwittai und Matthias David: „Die Geschichte der Frauenkliniken der Charité und der Berliner Universität von der Gründung bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts, dargestellt anhand der baulichen Entwicklung“. In: Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Verlag de Gruyter 2010, S. 27-51