

I. Zur Sozialgeschichte der Medizin

MEDIZIN, GESELLSCHAFT UND GESCHICHTE 36, 2018, 11–41, FRANZ STEINER VERLAG

»[...] aus freyer Wahl und Zutrauen [...]«. Eine patientinnenorientierte Fallstudie zum Wahlverhalten von Gebärenden im inneralpinen Raum Tirols und Vorarlbergs um 1830¹

Marina Hilber

Summary

“[...] based on free choice and trust [...]”. A patient-oriented case study on the choices of parturient women in inneralpine Tyrol and Vorarlberg around 1830

This contribution casts light on the social negotiating processes that unfolded in the first half of the nineteenth century regarding the legitimate medical care in childbed. Based on a regional case study from the rural inneralpine regions of Tyrol and Vorarlberg, decisive motives leading to the preference of a particular obstetric approach are identified and compared with the development of the medical market in the Habsburg Monarchy. The views of the patients – women who were pregnant, gave birth or were in childbed as well as their immediate supporting community – are reconstructed in relation to their topographical and social situation in a rural surrounding. Since the choices depended strongly on the availability and reachability of obstetric care, the slow development of the obstetric market is also critically scrutinized. Aside from these external factors, the study tries, by consulting archival sources, to explore the motives that legitimized the women's choice of obstetric support (lay-midwife, formally qualified midwife or male obstetrician). According to the sources, trust played an essential role in the formation of a positive relationship between patient and birth attendant. But economic motives and manipulation by third parties also need to be considered in this context. In addition, light is cast on the extent to which the population in question responded to the authorities' attempts at standardizing the medical market or ignored these regulatory attempts.

1 Die vorliegende Studie wurde im Rahmen eines Postdoc-Stipendiums (2016/17) aus Mitteln des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Einleitung

Seit dem Erlass des Sanitätshauptnormativs von 1770 waren die Kompetenzen der geburtshilflichen Professionen innerhalb der Habsburgermonarchie scheinbar klar verteilt. Die aufgeklärten Sanitätsreformer unter Führung des ambitionierten kaiserlichen Leibarztes Gerard van Swieten forcierten eine Hierarchisierung des geburtshilflichen Marktes, dessen breite Basis zentral approbierte Hebammen bildeten. Sie sollten das Gros der regulären Geburtsergebnisse in Stadt und Land selbständig betreuen und nur in Notfällen männliche Geburtshelfer beiziehen, welche operativ oder medikamentös in den kritischen Geburtsverlauf eingreifen konnten.² Versuche, diese obrigkeitliche Idealvorstellung umzusetzen, erfolgten in mehreren Etappen und mit unterschiedlicher Intensität seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert. Zeitgleich wurde ein verstärktes Augenmerk auf die Ausbildungstätigkeit gelegt, um nicht nur die Quantität formal qualifizierter Hebammen zu erhöhen, sondern auch den Prozess der Professionalisierung voranzutreiben. In der Bevölkerung stießen diese Maßnahmen jedoch nicht immer auf Akzeptanz.³ Das in diesem Beitrag vorgestellte Beispiel der Gefürsteten Grafschaft Tirol und des Landes Vorarlberg veranschaulicht, wie stark regionale gesellschaftliche Dynamiken den medikalen Markt prägten und abseits normativer Vorgaben nach den Wünschen und Vorstellungen der Bevölkerung formten.⁴ Dabei zeigte sich nicht nur die lange Persistenz von Laienhebammen als Charakteristikum, sondern auch der routinemäßige Beistand männlicher Geburtshelfer. Letzterem Umstand musste schließlich auch von offizieller Seite Rechnung getragen werden, indem das Dekret der Wiener Hofkanzlei vom 15. Oktober 1841 verlautbarte, dass »[j]eder Gebärenden, welche mehr Vertrauen in den Geburtshelfer setzt, als in die Hebamme, [...] es unbenommen bleiben [muss], sich an denselben zu wenden«.⁵

Damit wird ein Themenfeld eröffnet, das in krassem Gegensatz zum etablierten feministischen und medizinkritischen Paradigma steht, welches die Dichotomie weiblicher versus männlicher Geburtshilfe hervorhob und die Forschungen seit den 1980er Jahren maßgeblich beeinflusste.⁶ Dieser Forschungstradition entstammt das populäre Narrativ der unerwünschten Intrusion in die Geburtszimmer durch die männlich dominierte akademische Me-

2 Sanitätshauptnormativ für alle k. k. Erbländer vom 2. Jänner [Januar] 1770, zit. n. Macher (1846), S. 126–129; Horn (2008).

3 Hilber (2015), S. 84–90.

4 Das Konzept des medikalen Marktes umfasst die Gesamtheit medizinisch motivierter Interaktionen in der Geschichte. Ein Forschungsüberblick sowie etliche thematische Beiträge finden sich in Gafner/Ritzmann/Weigl (2012); Jütte (1991); Loetz (1993); Digby (1994); Kinzelbach (1995); Lindemann (1996); zur Entwicklung des Medizinalsystems: Wählig/Sohn (2003); Dinges (2000).

5 Gesetz Nr. 133: »Den Geburtshelfern steht die Ausübung ihrer Kunst frey, ohne eine Hebamme beyziehen zu müssen«, in: Provinzial-Gesetzsammlung (1844), S. 585–588.

6 Porter (1985), S. 182. Siehe dazu aus einer geschlechtergeschichtlichen Perspektive: Green (2008), S. 489–497.

dizin, welches bis in das frühe 21. Jahrhundert vielfach unkritisch reproduziert wurde. Die machtbasierte Aneignung eines originär weiblichen Metiers, die Verdrängung und Degradierung von Hebammen oder die Verdinglichung und Herabwürdigung von (ledigen) Frauen im Zuge der Hospitalisierung der Geburt waren weitere Schlagworte einer auf die Offenlegung zugrundeliegender Misogynie innerhalb der Medizin abzielenden Forschung.⁷ Doch gerade die einseitige Fokussierung auf den geburtshilflichen Hierarchisierungsprozess, als dessen Verliererinnen Hebammen und Patientinnen gleichermaßen wahrgenommen wurden, limitierte das Analysespektrum auf einen geschlechtsbasierten Konflikt.⁸ Der britische Medizinhistoriker Adrian Wilson hielt bereits Mitte der 1980er Jahre fest, dass durch eine patientinnenorientierte Herangehensweise⁹ nicht nur Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen als handlungsfähige und entscheidungskräftige Akteurinnen am medikalen Markt sichtbar werden, sondern zugleich auch die pauschalierend und übergeneralisierend propagierte »weibliche Sichtweise« dekonstruierbar wird. Zu Recht wies Wilson darauf hin, dass die Wünsche, Erwartungen und Ängste von Gebärenden auf der einen und Hebammen auf der anderen Seite selten deckungsgleich waren.¹⁰ Dies wird auch an der zuvor zitierten Quellenpassage deutlich. Im Zentrum stehen dabei nicht die Anbieter und Anbieterinnen geburtshilflicher Leistungen, sondern die Rezipientinnen, jene werdenden Mütter, deren Rolle im Prozess der Ausgestaltung geburtshilflicher Marktsituationen vor allem im deutschsprachigen Raum bislang nur wenig berücksichtigt wurde.¹¹ Thesen, wonach erst die Nachfrage nach operativer und medikamentöser Unterstützung das Vordringen männlicher Geburtshelfer in das obstetrische Feld begünstigte, konnten bislang nur für den städtischen Raum sowie eine gehobene

7 Zur unkritischen Tradierung des Ehrenreich-English-Topos, der in den 1970er Jahren die Opferrolle der Frau im Prozess der männlich dominierten Medikalisation und gynäkologisch-geburtshilflichen Wissensaneignung konstruierte: Green (2008), S. 489–492.

8 Fischer-Homberger (1979); Frevert (1982); Huerkamp (1985); Honegger (1989); Metz-Becker (1997); Seidel (1998); Hilpert (2000); Regenspurger (2005); Stadlober-Degwerth (2008); kritisch dazu: Green (2008), S. 492–498.

9 Der vorliegende Beitrag folgt Eberhard Wolffs Definition des Forschungsinteresses der Patientengeschichtsschreibung, das er als eine Auseinandersetzung mit »der Frage, wie Menschen sich zu dem verhielten, was sie in ihrer Zeit als Gesundheit, Krankheit oder Heilung ihrer selbst oder nahestehender Personen verstanden, wie sie diese wahrnahmen, wie sie zu den verschiedenen Heilpersonen standen, was für Vorstellungen sie von Krankheit bzw. Gesundheit hatten und wie sie von außen kommende diagnostische, therapeutische oder präventive Angebote einschätzten oder nutzten«, skizzierte. Wolff (1998), S. 313.

10 Wilson (1985), S. 130. Roy Porter hatte bereits in seinem programmatischen Beitrag »The Patient's View« die Geschichte der Geburt als patientengeschichtliches Forschungsfeld definiert. Porter (1985), S. 182.

11 Dinges (2004), S. 222f. Patientengeschichtliche Fragestellungen finden sich u. a. bei Labouvie (2001); Metz-Becker (1998); Schlumbohm (2012). Siehe auch die Analysen zu Geburt und Elternschaft im 18. Jahrhundert anhand von Selbstzeugnissen: Piller (2007), S. 108–157. Zu Schmerz- und Schamerfahrungen in einem institutionellen Umfeld siehe Hilber: Beschwerdeführung (2016).

Klientel bestätigt werden.¹² Diese Studien betonen explizit die Handlungskompetenz von Patientinnen, die männlichen Beistand bei Geburten nicht nur akzeptierten, sondern regelrecht einforderten.¹³ Denn abseits sentimentaler Verklärung wurden Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von den historischen Akteurinnen und Akteuren als mit gesundheitlichen Risiken verbundene körperliche und soziale Vorgänge wahrgenommen, welche mit spezifischen Beschwerden und Ritualen einhergingen und somit bestimmte Vorsorgen, Therapien und auch aktiven Beistand in Form einer (ausgebildeten) geburtsbegleitenden Person (Hebamme oder Geburtshelfer) nötig machten.¹⁴ Obwohl sich die Geschichte der Geburt damit unzweifelhaft zum Themenfeld der Patientengeschichte zählen lässt, suchen wir den Begriff der »Patientin« in den konsultierten Quellen vergeblich. Jürgen Schlumbohm zufolge wurde die (ledige) Gebärende erst im Zuge der Hospitalisierung der Geburt in den städtischen Gebärhäusern des ausgehenden 18. Jahrhunderts zur Patientin. Maßgeblich dafür war der wissenschaftliche Habitus der akademischen Medizin, der nicht primär an der Versorgung, sondern an der Generierung und Vermittlung von Wissen interessiert war.¹⁵ Der medikale Markt in der rural geprägten Gesellschaft Tirols und Vorarlbergs zielte dagegen auf die Abdeckung basaler medizinischer Leistungen ab, die zu einem umfänglichen Teil die Betreuung von Geburten miteinschloss. Obwohl die Quellen durchaus von den Gebärenden, den Leidenden, den Müttern oder Gesegneten sprechen, veranschaulicht der häufig verwendete Terminus der »Partheyen« den sozialen Kontext der Inanspruchnahme geburtshilflicher Leistungen im ländlichen Umfeld des frühen 19. Jahrhunderts am deutlichsten. Die spezifische Nomenklatur verweist auf ein Geschäftsverhältnis, das von zwei Vertragspartnern über die Erbringung einer medizinischen Dienstleistung eingegangen wurde.¹⁶ Wiewohl der Begriff der »Parthey« auch eine Einzelperson – die auf Gesunderhaltung ihres eigenen Körpers und den Schutz des ungeborenen Lebens bedachte Schwangere und Gebärende – definieren könnte, liegt es nahe, die »Parthey« als eine Interessengruppe zu verstehen, die sich eingebettet in ein Familien- oder erweitertes soziales Netzwerk um das Wohlergehen der Gebärenden und des Kindes sorgte. Dieses Netzwerk bestand zweifelsohne zu einem großen Teil aus jenen Frauen, die der Gebärenden nahestanden und ihre Niederkunft unterstützend begleiteten.¹⁷ Doch auch der Ehemann oder

12 Leavitt (1986), S. 38. Digby spricht von einer Art Kettenreaktion (»self-sustaining trend«) innerhalb der Frauengemeinschaft: Digby (1994), S. 260–262, 266; Wilson (1995).

13 Green (2008), S. 489.

14 Porter (1985), S. 182; Wilson (1993). Die Verfügbarkeit unterschiedlich qualifizierter Geburtsbeistände sowie die Wahlmöglichkeiten von Patientinnen untersuchten Leavitt (1986) am US-amerikanischen Beispiel sowie Reid (2011) am Beispiel Derbyshires.

15 Schlumbohm (2012), S. 245–268. Den Begriff der Patientin verwendet auch Metz-Becker (1998) in ihrem Beitrag über die Marburger Accouchieranstalt.

16 Auch Porter beschreibt die Nachfrageseite nicht nur in den vermögenden Kreisen als »paying consumers«. Porter (1985), S. 188f.; Tomes (2006).

17 Labouvie (2001), S. 13–16; Wilson (2016), S. 153–159.

Vater als Rechtsperson und ökonomisch Verantwortlicher muss als integraler Bestandteil dieses Entscheidungsnetzwerkes gesehen werden.¹⁸

Die aktive Teilhabe gebärender Frauen und ihrer unmittelbaren Hilfsge-
meinschaft war innerhalb der Habsburgermonarchie prägend für die Ausge-
staltung des medialen Marktes und wurde bereits von den Zeitgenossen als
ein gewichtiger Faktor wahrgenommen. Obwohl die Wahlfreiheit schwangerer
und gebärender Frauen in der Gefürsteten Grafschaft Tirol und dem Land
Vorarlberg im Jahre 1841 normativ zementiert wurde, zeugt der Gesetzes-
text nicht nur vom aktiv gestaltbaren Handlungsspielraum einer klar definier-
ten Gruppe, sondern auch von den bis dahin bestehenden gesellschaftlichen
Ambivalenzen rund um die legitime Wahl des Geburtsbeistandes. Der vorlie-
gende Beitrag möchte daher einerseits den Fragen nachgehen, wie und warum
es zur Gesetzgebung kam bzw. welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen
ein solches Dekret nötig machten. Anhand einer dezidiert patientinnenorien-
tierten, quellenbasierten und mikrogeschichtlich ausgerichteten Fallstudie
wird nicht nur die gängige zweidimensionale Rekonstruktion von »Professio-
nalisierungskonflikten« zwischen Hebammen und männlichen Geburtshelfern
in Frage gestellt.¹⁹ Vielmehr versucht sich die Studie der Nachfrageseite in-
nerhalb der Bevölkerung anzunähern, jener »dritten Kraft«, die von Iris Ritz-
mann auch im Kontext der Kinderheilkunde erfolgreich beschrieben wurde.²⁰
Dabei sollen die Erwartungen und handlungsleitenden Motive im Wahlverhal-
ten von Schwangeren und Gebärenden einer qualitativen Analyse unterzogen
werden. Gab es im tiefkatholischen und agrarisch geprägten Tirol und Vor-
arlberg tatsächlich Frauen, die einen Mann der Hebamme vorzogen? Wenn
ja, welche sozialen, medizinischen oder ökonomischen Motive bestimmten
ihre Wahl? Tolerierten ihre Ehemänner die vielfach postulierte Übertretung
weiblicher Schamgrenzen? Wie reagierte die Geistlichkeit im »heiligen Land
Tirol« auf das Eindringen von Männern in die weibliche Sphäre?²¹ Und gab
es tatsächlich Ärzte, die sich aus freien Stücken und ohne Not mit dem oft
langwierigen Geschäft der Geburtshilfe abgaben? Ein weiterer Aspekt klingt
im zitierten Dekret nur am Rande an, besaß in der ersten Hälfte des 19. Jahr-
hunderts jedoch noch immer Relevanz: Während die Wahlfreiheit hinsichtlich
approbierter Anbieterinnen und Anbieter betont wurde, darf kein Zweifel
daran bestehen, dass nicht geprüfte Geburtsbeistände – im gängigsten Fall
traditionelle Hebammen – in zunehmendem Maß aus dem gesetzlich erlaub-
ten Angebotsspektrum ausgeschlossen wurden.²² Es wird in diesem Zusam-

18 Thatcher Ulrich (1998). Über einen ähnlichen »Aktionsradius des Vaters« bei Geburten
in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts berichtet Hoffmann (2010), S. 282–285.

19 Hilber (2009); Amann (2000); Labouvie (1999); Loytved (2002); Seidel (1998).

20 Ritzmann (2003).

21 Zur Rolle der Geistlichkeit im Kontext von Schwangerschaft und Geburt siehe Filippini
(1994); Filippini (1998); Hilber: Fürsorge (2016).

22 Erste Maßnahmen, die auf ein Berufsverbot nicht approbierter Anbieterinnen und Anbie-
ter abzielten, wurden 1773 erlassen. Nachtrag zum Sanitätshauptnormativ vom 10. April
1773, zit. n. Macher (1846), S. 145–151.

menhang zu klären sein, ob und wie die Gebärenden auf diese Beschränkung ihrer Wahlfreiheit im Hinblick auf gesellschaftlich etablierte Laienhebammen reagierten.

Wahlmöglichkeiten

Eine Kette unermeßlicher Gebirge in den verschiedensten Größen, Formen und Krümmungen, bald kahl, bald mit ewigem Eise bedeckt; mit vielen großen und kleinen, länglichten und runden Thälern, mit wenigen Flächen, unzähligen Erhabenheiten und Tiefen; durchschnitten allenthalben von Bächen und Flüssen, von Berg- und Landseen; ausgestattet mit waldigen und grasreichen Vor- und Mittelgebirgen, Felsgruppen, Hügeln und Anhöhen [...] – dieß ist das Alpenland Tirol, und so schön und so wild, und in seiner Wildschönheit so erhaben, als außer der Schweiz kein anderes Land in Europa.²³

Die Topographie Tirols und Vorarlbergs, die Johann Jakob Staffler 1839 mit viel Pathos beschrieb, stellte für die Ausgestaltung des medikalen Marktes in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine besondere Herausforderung dar. Verfügbarkeit und Erreichbarkeit medizinischer Leistungen waren außerhalb der wenigen städtischen Zentren vielfach mit langen Anreise- bzw. Rufwegen verbunden.²⁴ Die Passierbarkeit der Straßen und Wege in den bewohnten Gebirgs- und Tallagen wurde zudem von den jahreszeitlich variierenden klimatischen Bedingungen, insbesondere während der langen und schneereichen Winter, deutlich erschwert.²⁵

Tab. 1: Verteilung des Sanitätspersonals in den deutschsprachigen Kreisen der Gefürsteten Grafschaft Tirols und dem Land Vorarlberg 1828–1838

Kreis	Ärzte	Wundärzte	Hebammen	Apotheker	Tierärzte
Vorarlberg	19	48	95	5	14
Oberinntal	13	47	122	3	6
Unterinntal	31	69	118	8	3
Pustertal	14	33	80	5	0
an der Etsch	29	61	82	9	4

Quelle: Staffler (1839), S. 483. Staffler gibt hier ein zehnjähriges Mittel wieder

²³ Staffler (1839), S. 40f.

²⁴ In den 1830er Jahren zählte Staffler in Tirol und Vorarlberg insgesamt 22 Städte, wobei lediglich Innsbruck und Trient eine Bevölkerung von über 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern aufwiesen. Daneben benannte Staffler 29 Märkte, 1.306 Dörfer und identifizierte zusätzlich 1.331 Weiler, die er als Ansammlungen von vier bis zehn Häusern ohne Kirche definierte. Staffler (1839), S. 137f.

²⁵ Zirker (1998), S. 54–59.

Obwohl das 1770 reichsweit formulierte Ziel, zumindest für zwei bis drei benachbarte Gemeinden eine approbierte Hebamme anzustellen²⁶, bis zur ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wohl erreicht war, so ließ dieses grobmaschige Betreuungsnetz jedoch einen Teil der Bevölkerung in den strukturschwachen Regionen Tirols und Vorarlbergs weiterhin un(ter)versorgt. 1835 hieß es aus dem zentralen Talort Zell im hinteren Zillertal, dass die Gebärenden der geprüften Hebamme nicht gänzlich vertrauten, daher »üben hier, was bey der gestreuten Lage der Häuser auch nicht wohl anders möglich ist, die Nachbarnweiber sehr viele Dienste«. ²⁷ Selbst in den rund um Innsbruck gelegenen Mittelgebirgsdörfern Mutters, Natters und Sellrain wurde die Geburtshilfe noch größtenteils von Empirikerinnen, sogenannten »After-Hebammen«, abgedeckt. ²⁸ In Hohenweiler, im schwäbisch-vorarlbergischen Grenzgebiet gelegen, wurde noch im Jahre 1846 dokumentiert, dass der Bevölkerung sehr daran gelegen sei, »daß sich der Wundarzt bei einer bevorstehenden Geburt nicht aus dem Ort entferne weil sie keine Hebamme haben«. ²⁹

Laut den Hauptsanitätsberichten für Tirol und Vorarlberg hielt sich die Zahl der verfügbaren Hebammen und Geburtshelfer im Untersuchungszeitraum auf einem relativ stabilen Niveau, bei leicht ansteigender Tendenz.

Tab. 2: Zahl der approbierten Hebammen und Wundärzte in den deutschsprachigen Kreisen der Gefürsteten Grafschaft Tirol und dem Land Vorarlberg 1830 und 1839

Kreis	1830		1839	
	Wundärzte	geprüfte Hebammen	Wundärzte	geprüfte Hebammen
Vorarlberg	41	97	47	109
Oberinntal	47	117	47	121
Unterinntal	57	106	67	111
Pustertal	31	88	31	87
an der Etsch	66	82	62	83
Gesamt	242	490	254	511

Quelle: TLA, Jüngerer Gubernium, Sanitätsberichte 1831–1840, Fasz. 2458, Zl. 16209 und 17761

Der Topograph Johann Jakob Staffler kam auf der Basis einer minimal von den behördlichen Sanitätsberichten divergierenden Datenbasis für die 1830er Jahre zu einer marginal erhöhten Gesamtzahl von 497 Hebammen sowie

²⁶ Sanitätshauptnormativ für alle k.k. Erbländer vom 2. Jänner 1770, zit. n. Macher (1846), S. 126–129.

²⁷ TLA, Kreisamt Schwaz 1835, Sanität Fasz. 251, Zl. 1494.

²⁸ TLA, Kreisamt Schwaz 1833, Sanität Fasz. 218, Zl. 660; TLA, Kreisamt Schwaz 1834, Sanität Fasz. 233, Zl. 844.

²⁹ VLA, Landgericht Bregenz 1846, Sanität Schachtel 173, Zl. 512.

258 Wundärzten.³⁰ Auf der Basis seiner Daten lässt sich ein Annäherungswert errechnen, welcher je nach Region einen Bezug zwischen Bevölkerung und Hebammenzahl herstellt. Dabei entfiel in Vorarlberg eine Hebamme auf 1.037 Einwohnerinnen und Einwohner, das Tiroler Unterinntal zeigte mit 1.093 Einwohnerinnen und Einwohnern je Hebamme ähnliche Werte. Das Oberinntal war hingegen mit einer Hebamme pro 762 Einwohnerinnen und Einwohnern begünstigt, während die Südtiroler Kreise Pustertal und an der Etsch mit jeweils einer Hebamme auf über 1.200 Einwohnerinnen und Einwohner die schlechtesten Verhältnisse aufwiesen.³¹ Berechnet man die Betreuungsdichte auf Basis der vorkommenden Geburten, so ergeben sich hinsichtlich der Hebammen folgende Werte: Erneut scheint das Tiroler Oberinntal als begünstigte Region auf, in welcher eine Hebamme rund 21 Geburten pro Jahr zu betreuen hatte. Für das Unterinntal waren es 28 Geburten, im Pustertal wurde eine Hebamme statistisch gesehen zu rund 31, in Vorarlberg zu 33 und im Kreis an der Etsch zu rund 35 Geburten jährlich gerufen.³²

Sämtliche Berechnungsvarianten müssen jedoch mit Vorsicht gelesen und als Annäherungswerte verstanden werden, stellen somit kein exaktes Abbild der geburtshilfflichen Verhältnisse im Land dar. Deutlich wird, dass die untersuchten Regionen unterschiedlich gut versorgt waren, wobei rein statistisch nicht von einer Unterversorgung ausgegangen werden kann. Im Monarchievergleich, der für das Jahr 1848 möglich ist, wies nur Oberösterreich höhere Zahlen hinsichtlich des Verhältnisses der Hebammen zur Bevölkerung bzw. zur Gesamtzahl der Geburten auf.³³ Das offensichtliche Auseinanderklaffen zwischen den statistisch erhobenen Daten und der historischen Realität wird nicht nur an der Tatsache deutlich, dass die Statistik lediglich einen Teil der in den 1830er Jahren praktizierenden Geburtshelferinnen miteinbezog, nämlich jene Hebammen, die über eine formale Approbation verfügten, sondern auch an den zuvor präsentierten Wahrnehmungen der Bevölkerung bzw. der lokalen Sanitätsbeamten. Der gefühlte Mangel an adäquat ausgebildeten, gesellschaftlich akzeptierten und in Rufbereitschaft befindlichen Geburtsbeiständen wurde durch die geographische Abgeschiedenheit vieler Talschaften und die gestreute Lage ihrer Siedlungen noch zusätzlich verstärkt und führte in etlichen Fällen zur Kompensation durch Laienhebammen und männliche Geburtshelfer. Noch 1884 attestierte der Ministerialbeamte Dr. Josef Daimer

30 Staffler (1839), S. 483.

31 Als Grundlage für die Bevölkerungszahlen diente Staffler die Zählung des Jahres 1837. Staffler (1839), S. 132. Knapp 50 Jahre später dokumentierte der Bericht des Landessanitätsrates eine Verbesserung der Hebammendichte. 1884 wurden im regionalen Mittelwert je eine Hebamme auf 889 Einwohnerinnen und Einwohner in Tirol sowie auf 985 Einwohnerinnen und Einwohner in Vorarlberg gezählt. Wiederum waren die Verhältnisse in Nordtirol günstiger als im heutigen Süd- und Osttirol. Daimer (1886), S. 249f.

32 Bei der Berechnung der Trauungen, Geburten und Sterbefälle verwendete Staffler ein fünfjähriges Mittel. Staffler (1839), S. 137f.

33 Auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner kamen 10,43 Hebammen; die Berechnung auf 10.000 Geburten ergab einen Wert von 341,86 Hebammen für Tirol und Vorarlberg. Bolognese-Leuchtenmüller (1978), S. 276f.

Tirol und Vorarlberg eine ungleich verteilte Versorgung, indem rein statistisch zwar jede Gemeinde über eine Hebamme verfügte; »[i]n Wirklichkeit ist das Verhältniss aber nicht so günstig, da in den Städten und grösseren Orten sich eine grössere Zahl von Hebammen befindet, auf dem Lande aber viele Gemeinden keine Hebamme haben, sondern eine solche von mehreren Gemeinden bestellt wird.«³⁴ Während den Dienst im ausgehenden 19. Jahrhundert vorwiegend approbierte Hebammen verrichteten³⁵, bestand ein halbes Jahrhundert zuvor alles andere als Einigkeit über die legitime Form der Geburtshilfe. Dementsprechend sind auch die Argumente des Landrichters von Nauders im Tiroler Oberinntal zu werten, der 1836 anstelle einer zusätzlichen Hebamme einen Wundarzt als Geburtshelfer bevorzugte. Aufgrund der ausgedehnten geographischen Lage der Gemeinde Nauders mit ihren vielen abgelegenen Weilern und Einzelhöfen war besonders »zur Winterszeit [...] das Fortkommen sehr beschwerlich«, weshalb man von der Anstellung einer Person »von schwachem Körperbau« absehen wollte.³⁶ So manche Gemeinde scheute auch die finanziellen Auslagen, die im Fall der Entsendung einer Schülerin an den Hebammenkurs in Innsbruck zu entrichten waren. Die benachbarten Gemeinden Schönberg und Mieders im vorderen Stubaital wehrten sich über Jahre hinweg vehement gegen die Bestellung einer Hebammenkandidatin. Der etablierte Geburtshelfer Michael Breit »sei gut genug«³⁷, hieß es von Seiten der Gemeindevorstände. Tatsächlich betreute Breit zwischen 1830 und 1835 die Mehrzahl der vorkommenden Geburten in Mieders, doch gab es in eben jener Gemeinde auch etliche Fälle, bei denen Frauen ohne jeglichen Beistand bzw. lediglich mit Unterstützung einer Nachbarin oder Familienangehörigen entbinden mussten.³⁸ Erst nach massiver Intervention der Kreisbehörden konnte unter Androhung einer Geldstrafe eine ernstzunehmende Hebammenkandidatin ermittelt werden, die schließlich auch für mehrere Jahre eine Alternative zum Wundarzt darstellte. Bereits 1837, ein Jahr nach ihrer Approbation, betreute die ledige Katharina Nagiller 86 Prozent der vorkommenden Geburten in Mieders. Doch ihre Popularität hielt nur wenige Jahre an; bereits 1840 teilten sich Hebamme und Wundarzt das geburtshilffliche Segment in der Region zu gleichen Teilen. Nach ihrem frühen Tod im Jahre 1847 wandten sich die Gebärenden schließlich wieder beinahe ausschließlich an den Wundarzt, der bis in die 1850er Jahre hinein als nachgefragter Geburtshelfer dokumentiert ist.³⁹

Der geburtshilffliche Markt präsentierte sich in den 1830er Jahren somit als ein heterogenes Konstrukt, das unterschiedlich qualifizierte Anbieterinnen

34 Daimer (1886), S. 249. Dies traf nicht nur auf die Geburtshilfe, sondern generell auf die medizinische Infrastruktur zu. Siehe dazu etwa das Beispiel des Südtiroler Landarztes Franz von Ottenthal: Dietrich-Daum/Hilber/Wolf (2016), S. 273–281; zur geburtshilfflichen Praxis und Kooperation mit den lokalen Hebammen: Hilber: Landarzt (2012).

35 Daimer (1886), S. 250.

36 TLA, Kreisamt Imst 1836, Sanität Fasz. 262, Zl. 27.

37 TLA, Kreisamt Schwaz 1834, Sanität Fasz. 233, Zl. 1573.

38 TLA, Pfarre Mieders, Taufbuch 1759–1832, MF 0640-1; Taufbuch 1833–1913, MF 0640-2.

39 TLA, Pfarre Mieders, Taufbuch 1833–1913, MF 0640-2.

und Anbieter miteinschloss und breiten Spielraum für die stark divergierenden Sichtweisen auf Legitimität und Qualität der verschiedenen Akteurinnen und Akteure zuließ. Die Ursachen dieser Situation sind jedoch nicht nur in den topographischen Herausforderungen des inneralpinen Raumes zu sehen, sondern im regionalspezifischen Prozess der Medikalisierung und Professionalisierung der Geburt. Die zentral erarbeiteten Richtlinien hinsichtlich adäquater Versorgung und verpflichtender formaler Approbation der Hebammen hatten sich in Tirol und Vorarlberg als schwer durchsetzbar erwiesen. Während geburtshilfliche Vorlesungen an der Universität bzw. dem Lyzeum inklusive Übungen am Phantom für Wundärzte seit 1754 möglich, seit 1770 verpflichtend waren, wurde die zentrale Ausbildungspflicht für Hebammen im Laufe der Zeit derart aufgeweicht, dass nurmehr jene Frauen, die sich in einem der städtischen Zentren oder einer Marktgemeinde niederlassen wollten, den Kurs in Innsbruck absolvierten. Im Jahr 1790 wurde ein weiterer Grundstein für die später diffuse geburtshilfliche Situation im Land gelegt, denn hatte zuvor lediglich ein einzelner Mediziner, in der Person des Professors für Geburtshilfe in der Landeshauptstadt Innsbruck, als obstetrischer Experte im Land gegolten, so erhob das Dekret vom 14. Januar 1790 sämtliche Wundärzte und jenen Teil der akademischen Ärzte, der über einen Magister der Geburtshilfe verfügte, zu legitimen Hebammenlehrern. Berichte über dezentralisierte Unterweisungen bei lokalen Wundärzten waren fortan häufig und bestimmten beispielsweise in Vorarlberg über Jahre hinweg die geburtshilfliche Ausbildung von Hebammen.⁴⁰ So wird etwa der Rankweiler Wundarzt Karl Anton Barbisch als prominenter Hebammenlehrer genannt, der allein im Jahre 1808 elf Schülerinnen ausbildete. Doch auch andere wie der Wundarzt Brändle aus Götzis, Tagwerker aus Schruns, Mayer aus Hard, Gmeiner aus Wolfurt⁴¹ oder Wundarzt Christian Hummel aus Nenzing sind als Hebammenlehrer dokumentiert.⁴² Diese soziale Praxis dürfte indirekt dazu beigetragen haben, jenes obrigkeitlich induzierte hierarchische Denken in der Bevölkerung zu fördern, das dem männlichen Geburtshelfer größere Kompetenz zuschrieb und ihn um 1800 zum nachgefragten Experten avancieren ließ. Erste Belege für die Präsenz männlicher Geburtshelfer finden sich zunächst in den Städten, wo sich vor allem akademische Ärzte im geburtshilflichen Fach profilierten. So gelang es Dr. Anton Mazegger, sich in der Salinenstadt Hall vor allem bei zahlungskräftigen Kundinnen zu etablieren. Dagegen regte sich bald Widerstand im gut organisierten städtischen Hebammenwesen, worauf der Stadtrat dem Arzt schließlich im Jahr 1807 die geburtshilfliche Praxis untersagte.⁴³ Mit einer ähnlichen Konstellation sahen sich auch die Stadtväter von Brixen konfrontiert. Auch hier petitionierten die Hebammen gegen den Stadtphysikus Dr. Philipp Wassermann und forderten 1806 ein Verbot seiner geburtshilflichen Praxis. Dabei fühlten sich nicht nur die Hebammen von der

40 Hilber (2015), S. 88–90.

41 Amann (2000), S. 51.

42 Gstach (2001), S. 84f.

43 Anton Mazegger war von 1797 bis 1828 Stadtarzt von Hall. Moser (1996), S. 293.

Tatsache bedroht, dass ihm eine ungeprüfte Hebamme assistierte, sondern auch Stadtchirurg Josef Rungger führte Beschwerde aufgrund der Verdrängung aus dem Entbindungsgeschäft.⁴⁴

Erst mit der Einrichtung eines zentralisierten, theoretischen und praktischen Ausbildungskurses an der nunmehrigen »Bildungsanstalt für Landwundärzte und Hebammen« (medizinisch-chirurgisches Lyzeum) in der Landeshauptstadt Innsbruck im Jahre 1816/18 wurde schließlich eine nachhaltige Maßnahme zur Förderung der geburtshilflichen Situation im Land gesetzt. Die erfolgreiche Absolvierung des von sechs Wochen auf sechs Monate erweiterten Kurses war fortan ohne Ausnahme für alle zukünftigen Hebammen verpflichtend. Dass diese Maßnahme nicht unmittelbar Früchte trug, beweist die 1822 erlassene Anordnung, weitere Schritte einzuleiten, um »das in Tyrol so sehr in Verhale gerathene Hebammenwesen wieder empor zu bringen«.⁴⁵ Dabei wurde einmal mehr eine Situation beschrieben, die nicht nur gekennzeichnet war vom Widerwillen potentieller Kandidatinnen, sich nach Innsbruck zur Ausbildung zu begeben bzw. das beschwerliche Amt der Hebamme zu übernehmen, das bis 1822 nicht einmal an einen Mindestverdienst gebunden war, sondern auch von der Skepsis der Schwangeren und Gebärenden, sich einer neu approbierten, formal geschulten Hebamme anzuvertrauen. Die sanitätspolitischen Entscheidungsträger setzten einmal mehr auf den Einfluss und die Kollaboration der Ortsgeistlichen, die dazu angehalten wurden, »die Würde, und Richtigkeit des Standes der Hebammen sowohl öffentlich, als in Privatunterredungen auseinanderzusetzen, um den Hebammen mehr Achtung zu verschaffen«.⁴⁶

Das obrigkeitliche Denken orientierte sich nach wie vor an der 1770 festgelegten Sanitätshierarchie. Die routinemäßige Betreuung durch männliche Geburtshelfer stellte in diesem Denkkollektiv, das die Position der Hebammen zu stärken versuchte, keine Option dar. Zumindest in Vorarlberg traf das Dekret von 1822 allerdings auf Verhältnisse, die sich konträr zum normativ festgelegten Idealzustand entwickelt hatten. Aus diesem Grund trat mit Ende des Jahres 1822 ein kreisamtlicher Erlass in Kraft, der darauf abzielte, die scheinbar bestehende Wahlfreiheit der Gebärenden zu beschränken. Die soziale Praxis sollte über ein an die Geburtshelfer gerichtetes Verbot der exklusiven Beistandsleistung ohne Hinzuziehung einer Hebamme reguliert werden. War eine geprüfte Hebamme im Ort installiert, so durfte der Wundarzt weder bei einfachen noch bei schwierigen Geburten alleine agieren.⁴⁷ Die obrigkeitliche Präferenz weiblichen Beistandes wird auch aus der Tatsache ersichtlich, dass traditionelle Laienhebammen geduldet wurden, solange keine approbierte Hebamme im Ort verfügbar war. Innerhalb von nur zwei Jahren wollte man diese tolerierten Laien jedoch flächendeckend durch zentral approbierte Heb-

44 Ritsch-Egger (1990), S. 452f.

45 TLA, Jüngerer Gubernium 1822, Sanität Fasz. 2440, Zl. 18631.

46 TLA, Jüngerer Gubernium 1822, Sanität Fasz. 2440, Zl. 18631.

47 Dekret vom 26. Dezember 1822, Zl. 5863/332, zit. n. VLA, Kreisamt I 1838, Sanität Schachtel 422, Zl. 651.