

Medizin und Geschlecht



Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot (1825–1893) demonstriert in der psychiatrischen Anstalt La Salpêtrière in Paris einen hysterischen Fall (Ölgemälde von Pierre-André Brouillet, 1887).

Foto: Universal Images Group/Fionline

Eine historische Perspektive

Karen Nolte

In der Medizin werden Frauen oft noch immer als „Abweichung“ von der männlichen Norm betrachtet. Diese Vorstellung reicht zurück bis ins ausgehende 18. Jahrhundert. Unsere Autorin zeichnet die historische Entwicklung der Frauenheilkunde nach und wirft einen näheren Blick auf die Phänomene Schmerz und Hysterie.

Das in der Medizin noch relativ junge Gebiet der Gendermedizin entstand in Deutschland zum Ende der 1990er-Jahre als Reaktion auf die bundesdeutsche Frauengesundheitsbewegung, die seit den 1970er-Jahren die Pathologisierung von Frauen kritisierte und zugleich eine Medizin eingefordert hatte, die den spezifischen Bedürfnissen von Frauen gerecht werden sollte. Dieses sehr verzögerte Aufgreifen feministischer Gesundheitspolitik geschah in einer Zeit, in der schon die strikt zweigeschlechtlich organisierte Gesellschaft und Wissenschaft im Rahmen der Queer Studies kritisiert wurde. Vermutlich wird es erneut etliche Jahre dauern, bis Konzepte von transgener und die Bedürfnisse von trans* Personen in der Mainstream-Medizin ankommen. Eher langsam ver-

abschiedet sich die Medizin davon, den männlichen Körper als Modell und den weiblichen Körper meist als das Besondere, die Abweichung vom Normalen zu denken und wahrzunehmen.

Der heutige Umgang mit der Kategorie Geschlecht in der Medizin ist noch sehr geprägt durch Vorstellungen, die sich seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert gebildet und im Laufe des 19. Jahrhunderts verfestigt haben. Die „Ordnung der Geschlechter“ (Claudia Honegger), die in dieser Zeit entstand, zeichnet sich durch eine biologische Fundierung der Geschlechterdifferenz und der Zweigeschlechtlichkeit aus. In diesem Prozess kam der Medizin eine Schlüsselrolle zu.

Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Mitte des 18. Jahrhunderts begannen Mediziner an den Universitäten, sich in Deutschland für Geburtshilfe zu interessieren. Insbesondere die erst 1737 gegründete Universität in Göttingen bot gute Bedingungen für die Entstehung von Geburtshilfe als medizinische Disziplin. Dort wurde zunächst unter bescheidenen Bedingungen 1751 ein Akademisches Entbindungshospital mit wenigen Bet-

ten in einem Armenhospital gegründet. Der damals junge Mediziner Johann Georg Roederer (1726–1763) prägte die akademische Geburtshilfe, die wesentlich durch die Abgrenzung von der Hebammenkunst charakterisiert war.

Die Frau und ihr Körper waren für Mediziner ein ebenso unbekanntes Terrain wie Schwangerschaft und Geburt. Bis dahin fanden Geburten in der Regel im Kreise von Frauen, Hebammen und „weisen Frauen“ statt. Nur bei Komplikationen wurden männliche Wundärzte und Chirurgen hinzugezogen, die entweder einen Notkaiserschnitt durchführten, um das Leben von Mutter und/oder Kind zu retten, oder aber das bereits im Geburtskanal verstorbene Kind „herausschneiden“ mussten. Doch auch Hebammen hatten damals schon Methoden entwickelt, um ein Ungeborenes, das unmittelbar vor der Geburt nicht mit dem Kopf im Becken lag, im Mutterleib mithilfe von Handgriffen oder eines Wendestabs zu drehen. Im 19. Jahrhundert kam es häufig vor, dass das weibliche Becken durch Rachitis so verengt

„Frauen, die nicht auf ein Netzwerk von helfenden Frauen zurückgreifen konnten, durften in den frühen Kliniken kostenlos entbinden.“

war, dass der Kopf des Kindes nicht durch den Geburtskanal passte. Dann war das Leben von Mutter und Kind in höchster Gefahr – selten überlebten sie eine solch komplizierte Geburt.

Diese Geburten mit häufig lebensgefährlichen Komplikationen waren eine Herausforderung, der sich die Mediziner stellen wollten. Akademische Geburtshelfer forschten intensiv über Schwangerschaft und den weiblichen Körper. Schwangerschaften sollten für den Arzt möglichst früh und unabhängig von den Aussagen der Schwangeren selbst zu erkennen sein, um die „Verheimlichung“ und möglicherweise den Abbruch der Schwangerschaft

sowie den Kindsmord an Neugeborenen zu verhindern. Auch erforschten Mediziner Form und Funktion des weiblichen Beckens, um mit möglichst exakten Messmethoden Komplikationen einer Geburt vorhersagen zu können. Diese Forschungen waren eingebunden in biopolitische Interessen der Obrigkeit, weshalb die Gründung von universitären Entbindungshospitälern vielerorts gefördert wurde. Mittellose Frauen, die nicht auf ein Netzwerk von helfenden Frauen zurückgreifen konnten, durften in den frühen Kliniken kostenlos entbinden. Der Preis dafür war, dass sie sich für Forschung und Lehre in der Geburtshilfe zur Verfügung stellen mussten. Viele dieser sogenannten Hausschwangeren waren Dienstmädchen, die vom Land in die Stadt gekommen und ledig schwanger geworden waren. Sie hatten daher keine andere Möglichkeit zu entbinden.

Mit der akademischen Geburtshilfe entstand die Frauenheilkunde und somit eine – wie Claudia Honegger diese treffend bezeichnet hat – „Sonderanthropologie“, derzufolge die Frau, ihr Körper und ihre Krankheiten als das Besondere gegenüber dem Allgemeinen verstanden wurden. Das Allgemeine war zwar faktisch das Männliche, wurde jedoch nicht geschlechtlich markiert. So entstand die Vorstellung, dass das Weibliche das schwache und kranke Geschlecht sei, da physiologische Vorgänge wie die Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium von der Medizin als behandlungsbedürftig konstruiert wurden.

Fortan sollte der „Frauenarzt“ der Spezialist für den weiblichen Körper sein. Diese Position wurde Ärzten erst mit der Frauengesundheitsbewegung ab den 1970er-Jahren wieder streitig gemacht. Damals begannen Frauen, sich selbst mit Spekulum, Taschenlampe und Spiegel zu untersuchen und sich so ihren Körper zurückzuerobern. Dazu gehörte auch die Selbstbehandlung: Frauen begannen, Menstruationsbeschwerden und Scheidenpilze selbst zu therapieren und historische Rezepte von „weisen Frauen“ zu reaktivieren.

Geschlecht und Schmerz

Zu dieser Sonderanthropologie gehörte auch die Vorstellung, dass Frauen als Wesen mit einem weniger komplexen Organismus zwar als das schwache Geschlecht häufiger als Männer Schmerzen empfinden, diese jedoch besser aushalten konnten als männliche Leidende. Frauen galten

als das Geschlecht mit den empfindlicheren Nerven. Auch wurde angenommen, dass sie in höherem Grad von nervöser Hyperästhesie, das heißt von Schmerzempfindlichkeit, betroffen waren als Männer. Paradoxe Weise wurde ebenfalls festgestellt, dass eine „geistige Empfindlichkeit“ gegen Schmerzen „gerade bei den stärksten Männern“ häufiger vorkomme. Die „zarten“, „nervösen“ Frauen hätten dagegen nicht selten „die Fähigkeit, Schmerzen mit Gleichmuth zu ertragen“. Der Göttinger Professor Karl Friedrich Heinrich Marx (1796–1877) spitzte die geschlechtsspezifische Dimension von Schmerzempfindung auf den einfachen Satz zu: „Das Weib, empfindlicher als der Mann, erträgt leichter als dieser Schmerzen.“

Chirurgische Fallbeschreibungen aus der Zeit, als operative Eingriffe noch ohne wirksame Anästhesie durchgeführt wurden, geben Einblick in einen geschlechtsspezifisch geprägten Umgang mit Schmerz und Schmerzempfindlichkeit. Generell lässt sich beobachten, dass dem eigentlichen chirurgischen Eingriff meist ein langer Entscheidungsprozess voranging. Die Furcht vor den unvorstellbar großen Schmerzen während einer Operation war so groß, dass chirurgische Eingriffe jahrelang hinausgeschoben wurden, bis der Leidensdruck so groß war, dass die Schmerzen bei der Operation in Kauf genommen werden konnten.

Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde eine wirksame Narkose entwickelt. Mit der Einführung der Narkose in den USA zeigte sich, dass Frauen aufgrund der ihnen zugeschriebenen höheren Empfindlichkeit der Nerven häufiger narkotisiert wurden als Männer. In Deutschland hingegen ist zu beobachten, dass Frauen in der Zeit vor Einführung der Anästhesie bei chirurgischen Eingriffen nicht so häufig schmerzlindernde Mittel bekamen wie Männer. Aus Operationsberichten der Zeit lässt sich sehr deutlich eine geschlechtsspezifische Dimension des Umgangs mit Schmerzen herauslesen. Der Chirurg am Würzburger Juliusspital Karl Kaspar von Siebold (1736–1807) erwähnte in seinen Fallschilderungen von Brustkrebsoperationen – also von Amputationen einer Brust oder vom Herausschneiden einer Geschwulst – Schmerzen während des Eingriffs überhaupt nicht. Dagegen nehmen Schmerzschilderungen in seinen Berichten über Operationen von Männern am Hoden oder am Penis breiten Raum ein.

Schienen diese Schmerzen von Frauen nicht der Rede wert, da die Frauen sie geduldig und still ertrugen? Diese Vermutung bestätigt sich, schaut man in ärztliche Beschreibungen von Operationen bei Frauen mit Gebärmutterkrebs. So schilderte Johann Nepomuk Sauter (1766–1840) in seinem Operationsbericht über eine „Extirpation einer carcinomatösen Gebärmutter“ aus dem Jahr 1822, wie „die Geduld der Patientin wankte“, nachdem er einige Zeit vergeblich versucht hatte, die Gebärmutter durch die Vagina der Frau herabzuziehen. Als die Patientin ihn bat, die Operation zu beenden, redete er ihr energisch zu und stellte fest, dass die Patientin sich sogleich wieder „er-mannte“. Diese Formulierung ist bemerkenswert: Bedeutete das Sich-Ermannte, die vorübergehende „geistige Empfindlichkeit“, die dem Mann zugeschrieben wurde, wie ein Mann zu überwinden?

Heutzutage wird Schmerz immer wieder unter der Vorannahme untersucht, dass Frauen und Männer Schmerz unterschiedlich empfinden. Frauen werden medizinischen Studien zufolge noch immer als schmerzempfindlicher eingeschätzt. Doch inzwischen stehen Schmerzmittel zur Verfügung – und die werden Frauen signifikant häufiger verordnet als Männern.

Hysterie um 1900

Bereits in dem vorigen Abschnitt wurde deutlich, dass das weibliche Geschlecht im 19. Jahrhundert als das schwache Geschlecht konstruiert wurde. Frauen galten als das Geschlecht mit den empfindlicheren Nerven, weshalb sie nicht nur als schmerzempfindlicher angesehen wurden. Frauen galten vielmehr generell als das nervöse Geschlecht, da angenommen wurde, dass ihre Geschlechtsorgane beson-

ders stark mit Nerven durchsetzt seien. Daher gingen Mediziner davon aus, dass Frauen in Intervallen „irre“ seien: während der Menstruation, während der Schwangerschaft oder während des Klimakteriums – auch wenn Frauen nicht schwanger wurden, wenn sie zu viel oder zu wenig Geschlechtsverkehr hatten, konnte dies nach Auffassung von Gynäkologen und Psychiatern zu Hysterie führen.

Hysterie wurde – wie der Krankheitsname schon verrät – als eine mit der Gebärmutter eng verknüpfte Erkrankung angesehen. Das Krankheitsbild gab es bereits in der Antike, als man davon ausging, dass die Gebärmutter, die zu selten mit männlichen Samen „genährt“ wurde, unbefriedigt durch den Körper der Frau wanderte, manchmal sogar wütete. So wurde die Krankheit, bei der die Frau Anfälle hatte, die denen bei Epilepsie ähnelten, in der Vormoderne auch als „furor uterinus“ bezeichnet.

Im 19. Jahrhundert kam noch der „hysterische Charakter“ dazu. Als seine Merkmale wurden in den Lehrbüchern und Schriften über Hysterie um 1900 folgende „Symptome“ genannt: ein „theatralisches“ und „posenhaftes“ Auftreten, Boshaftigkeit, Rachsucht, ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, „Eigensinn“ sowie die Neigung zu Intrigen, Lügen und Verleumdung. Diese Eigenschaften von Hysterikerinnen galten quasi als Steigerung des weiblichen Geschlechtscharakters.

Mit dem „hysterischen Charakter“, der potenziell jeder Frau zugeschrieben wurde, begründeten Mediziner im ausgehenden 19. Jahrhundert, warum Frauen kein Zugang zu höherer Bildung und Universitäten gewährt werden sollte. Doch waren die Forderungen der bürgerlichen Frauenbewegung so vehement und der

Druck durch die Zulassung von Frauen zum Universitätsstudium in den umliegenden europäischen Ländern so hoch, dass Frauen schließlich um 1900 an deutschen Universitäten dennoch zugelassen wurden. Frauen fingen an, Medizin zu studieren. Einige Ärztinnen engagierten sich in der Weimarer Zeit besonders in der „Eugenischen Bewegung“ und setzten sich für Sexualaufklärung und mehr reproduktive Selbstbestimmung von Frauen ein, zugleich förderten sie auch biopolitische Interessen im Kontext qualitativer Bevölkerungspolitik.

Bis heute prägen Geschlechterkonzeptionen der Medizin des 19. Jahrhunderts Wahrnehmungen von Weiblichkeit und Krankheit in unserer Gesellschaft, die nach wie vor auf der Vorstellung einer dichotomen Geschlechterordnung basieren. ■

Literatur

- Nolte, Karen (2018): „Leiden mit Geduld“ – Schmerz und Geschlecht im 19. Jahrhundert: Praxistheoretische Rekonstruktionen. In: *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 10, 1, S. 29–46. <https://doi.org/10.3224/gender.v10i1.03>
- Nolte, Karen (2003): *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900* [Reihe: Geschichte und Geschlechter, Bd. 42]. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Schmersahl, Katrin (1998): *Medizin und Geschlecht: Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts*. Opladen: Leske & Budrich.



Prof. Dr. phil.

Karen Nolte, M. A.

ist Professorin und Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. karen.nolte@histmed.uni-heidelberg.de

Reparaturprojekt Mann Erholungsgebiet Frau

Frauen beraten Frauen

Feministische psychosoziale Beratung bei Beziehungskonflikten, Gewalterfahrung, Trennung und im Umgang mit Arbeit, Geld und Körper.

reinlesen

Bettina Zehetner

NEU 1. Aufl. 07. 2020
9783938580745/€ 18,90 (D)
Auch als eBook (epub + PDF) erhältlich.

diametric-verlag.de

DIAMETRIC
VERLAG