

Beate A. Schücking

Editorial: Die Medizin und die Frauen

Glauben Sie an Biologie, d.h. daß das derzeitige Verhältnis zwischen Mann und Frau unabänderlich ist, oder halten Sie es beispielsweise für ein Resultat der jahrtausendelangen Geschichte, daß die Frauen für ihre Denkweise keine eigene Grammatik haben, sondern auf die männliche Sprachregelung angewiesen sind und infolgedessen unterlegen?

Max Frisch, Tagebuch 1966-71 (Frankfurt/Main 1972, S.148)

Auf den ersten Blick möchte es scheinen, als sei die Medizin ein Fach, das der Frauenforschung nicht bedarf: immer schon gab es männliche und weibliche Kranke, und für die geschlechtsspezifischen Erkrankungen der Frau gibt es ein eigenes Fach, die Frauenheilkunde, die ihr männerbezogenes Pendant nur als sehr kleinen, späten Bruder in der Andrologie gefunden hat. Dennoch mehren sich derzeit die Stimmen, die gerade der Medizin einen Mangel an Geschlechtsspezifität vorwerfen.

Welche Perspektiven fehlen der Medizin in bezug auf die Frauen bisher? Unter dem Aspekt Geschlechtsspezifität oder auch Genusforschung kann sich dabei herausstellen, daß trotz jahrhundertelanger Männerdominanz im Fach auch ein männliches Defizit zu entdecken wäre.

Die Frau als Patientin

Wie schon eingangs erwähnt, kann niemand der Medizin vorwerfen, Frauen nicht als wissenschaftliches wie klinisches Objekt wahrgenommen zu haben. Dennoch fördert die bereits in den Anfängen der neuen Frauenbewegung begonnene Analyse der Situation der Frau als Patientin Material zu Tage: Frauen werden als Kranke anders behandelt als Männer, häufiger auch durch die Medizin in die eher passive Rolle gebracht. Es ist schon seit dem Beginn der amerikanischen Frauengesundheitsbewegung in den siebziger Jahren (Boston Women's Health Collective) bekannt, daß Frauen häufig unnötig gynäkologisch operiert werden – und daß sie, als »Das verrückte Geschlecht« (Phyllis Chesler) häufiger in der Psychiatrie landen und dort anders behandelt werden als Männer.

Seltsamerweise ist dieser ersten Gegenbewegung kaum eine Veränderung therapeutischen Handelns gefolgt – obwohl die Beschreibungen der nachteiligen Folgen für Frauen zunehmen (u.a. Schindele 1994).

Darüber hinaus – und das betrifft eine weit größere Gruppe von Frauen – fehlt der Blick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede in all den Bereichen, in denen die Medizin von einem kranken Menschen ausgeht, ohne zu reflektieren, daß dieses »Modell Mensch« fast immer männlich ist. So sind beispielsweise über viele Jahrzehnte bevorzugt junge Frauen mit der Fehldiagnose akute oder chronisch rezidivierende Blinddarmentzündung diagnostiziert worden. Auf eine »echte« Blinddarmentzündung kommen 4-5 Fehldiagnosen (Pflanz) und von den unnötigen Operationen sind 72 % Frauen mit adoleszenztypischen familiären psychosexuellen Konfliktsituationen. Die Unterbauchbeschwerden junger Frauen werden kaum psychosomatisch fundiert behandelt: die Mehrzahl der Betroffenen wird derzeit in die Gynäkologie überwiesen, wo sie in der Regel einer Bauchspiegelung (ebenfalls ein Eingriff in die Bauchhöhle in Vollnarkose) zugeführt werden. (Hontschik 1992).

Hontschik nennt diese Art der Therapie, die nicht auf die sozialen und familiären Begleitumstände der Erkrankung eingeht »Familientherapie mit dem Skalpell«. Sie mag ein besonders krasses Beispiel des männlich-medizinischen Blicks auf den Frauenkörper sein – es ist nicht das einzige.

Erst vor kurzem stellte sich heraus, daß zahlreiche pharmakologische Medikamentenerprobungen wegen der Schwangerschaftsproblematik ausschließlich mit männlichen Probanden durchgeführt wurden – selbst wenn dem Hersteller klar war, daß die Wirkstoffe, wie z.B. manche blutdrucksenkenden Mittel, häufiger bei Frauen als bei Männern zur Anwendung kommen würden. Amerikanische Expertinnen in »Gender Studies« wiesen außerdem nach, daß Frauen mit Herzinfarkt anders behandelt werden als Männer: gerade die initialen Symptome werden weniger ernst genommen, es dauert länger, bis die Intensivbehandlung beginnt.

Im klinischen Bereich zeigt sich häufig, daß das geschlechtstypisch etwas andere Beschwerdebild, ähnlich wie die andere Anatomie und Physiologie der Frau, entweder nicht zur Kenntnis genommen oder pathologisiert werden. So zeigt sich bis heute die Vorstellung von der Ursache der weiblichen Blasenentzündung in der Anatomie und der Urologie geprägt von der unüberprüften These, die weibliche Harnröhre sei einfach zu kurz und zudem

ungünstig gelegen (Voss und Herrlinger, Alken). Nur im Vergleich zum Mann als Norm wird eine solche Sichtweise verständlich, die nicht einmal daran denkt, etwa die häufigen psychosexuellen Bedingtheiten der Erkrankung oder das andere Miktionsverhalten der Frauen in die Ursachenforschung miteinzubeziehen. Die Frage nach den der Allgemeinmedizinerin vertrauten Zusammenhängen zwischen weiblichen Lebensgewohnheiten wie geringen Trinkmengen, seltener Blasenentleerung (z.B. weil's der Frau peinlich ist, öfters rauszumüssen) und chronisch rezidivierenden Blasenentzündungen und die Frage danach, ob hier nicht viel näherliegende Ursachen für die Erkrankung zu suchen wären, findet sich jedenfalls in keinem einschlägigem Lehrbuch – trotz der Häufigkeit der Erkrankung.

Vergeblich sucht mensch auch in orthopädischen Lehrbüchern nach geschlechtsspezifischen Erklärungen und Therapieansätzen für die geschlechtstypischen Erkrankungen des Bewegungsapparats. So sind etwa offensichtliche typisch weibliche Bewegungsgewohnheiten wie z.B. die einseitige Immobilisierung der Schulter durch das Tragen von Umhängetaschen (fast allen Frauen fällt es leichter, die Rumpfmuskulatur mitzubeneutzen, weil Bizeps und Trizeps meist wenig trainiert sind – Muskeln in diesem Bereich entsprechen nicht gerade dem weiblichen Schönheitsideal) und der mögliche Zusammenhang mit Rückenschmerzen und Schulterarmsyndrom bisher noch nicht einer Untersuchung für Wert befunden worden. Erst seit kurzem entdecken Neurologen und Neurophysiologen, daß weibliches Denken sich offenbar auch innerhalb des Gehirns anderer Strukturen bedient als männliches Denken; so zeigt sich in der Erforschung der Sprachzentren, daß Sprechen bei Männern in der linken Hirnhälfte lokalisiert ist, bei Frauen dagegen beide Hirnhälften in Aktion treten – eine Erkenntnis, die auch therapeutische Folgen etwa bei der Rehabilitation nach Hirnverletzungen hat (Shaywitz).

Selbst in den im letzten Jahrzehnt neu errichteten Schmerzkliniken und Schmerzambulanzen fehlt zumeist der geschlechtsspezifische Ansatz in Diagnose und Therapie – obwohl zumindest Kopfschmerzen und Unterbauchschmerzen bei Frauen sehr viel häufiger und in anderen Formen auftreten als bei Männern (Wandtner).

Auch die sich entwickelnde Geriatrie übersieht noch, daß ihr Klientel – je nach Altersgruppe – z.T. weit überwiegend weiblich ist (selbst bei gerontologischen Fachveranstaltungen wird dieser Aspekt selten oder nie berücksichtigt – selbst wenn das Thema

Pflegebedürftigkeit heißt und die Pflegestation des veranstaltenden Hauses zu 99 % mit Frauen belegt ist.) Hier müßte der frauenspezifische Blick eine Selbstverständlichkeit sein – statt dessen wird gerne betont geschlechtsneutral vom »alten Menschen« gesprochen.

Diese Beispiele mögen genügen, um darzulegen, daß in weiten Bereichen der Medizin Frauen als Patientinnen noch unerforschte Wesen sind; Leserinnen und Leser werden sicherlich noch eigene Beispiele ergänzen können; andere Hinweise finden sich in anderen Beiträgen dieses Bandes. Im Kontext »Frauen und Medizin« interessiert aber nicht nur der Aspekt der Frau als Patientin; daß sie sowohl als »deuxième sexe« in der Gesellschaft wie als Patientin in der Medizin Gefahr läuft, nur Objekt zu sein, hat sowohl mit den Ärzten wie mit der Philosophie ihres Faches zu tun. Wenn wir uns hier auf die Suche nach den weiblichen Anteilen bzw. Utopien begeben, wird vielleicht etwas deutlicher, was Frauenforschung in der Medizin sein bzw. verändern könnte.

Die Ärztin als Frauenforscherin

Die sich in den letzten zehn Jahren in den Geistes- und Kulturwissenschaften etablierende Frauenforschung hat die Medizin erstaunlich wenig tangiert. Frauengesundheitsthemen wurden – wenn überhaupt – von Sozialwissenschaftlerinnen aufgegriffen und sind auch in den neuen Gesundheitswissenschaften/Public Health-Studiengängen nur marginal vertreten. Die Beschäftigung mit diesem Phänomen erfordert zunächst eine Begriffsklärung: Was ist unter Frauenforschung zu verstehen? Als Tochter der Frauenbewegung definiert sie sich im Sinne eines weiten Spektrums der Forschung von Frauen über Frauen im Interesse von Frauen – sie beinhaltet damit eine gewisse Parteilichkeit (was ihr oft zum Vorwurf gemacht wurde) und grenzt sich vom neutraleren Begriff der Genusforschung (»gender studies« im amerikanischen Sprachgebrauch) ab (Bock und Landweert). Der Begriff legt zunächst nicht fest, ob die Frau als forschendes Subjekt oder ihre Problemlage als Gegenstand der Untersuchung gemeint ist. Ihr Anspruch ist häufig, beides zu verbinden, da die zugrundeliegende feministische Theorie sowohl das »andere Denken« wie die geschlechtsspezifische Sozialisation und Betroffenheit als Grundvoraussetzung zur Entdeckung des »dark continent« Frau begreift.

Anders als in allen anderen Fächern kommt in der Medizin noch die eigene Körpererfahrung, gewissermaßen als Selbsterfahrung des

Studien»objektes« als gewichtiges Argument für die Frau als Forscherin hinzu. Mit dieser Begründung haben sich übrigens u.a. die ersten Ärztinnen im späten 19. Jahrhundert ihre Daseinsberechtigung gesichert. Ihre vorwiegend weibliche Klientel folgte per »Abstimmung mit den Füßen«, während die männliche Kollegenschaft den Zustrom zu den weiblichen Polikliniken, z.B. in Berlin (Franziska Tiburtius) lieber mit dem Hinweis auf das Schamgefühl der Patientinnen erklärte, das den Weg zu männlichen Ärzten erschwere. (Brinkschulte). Obwohl der Zugang zum Arztberuf als eine der ersten akademischen Bastionen von Frauen erkämpft wurde, und gerade in den letzten 20 Jahren der Anteil der Ärztinnen deutlich gestiegen ist, scheint das Interesse an Frauenforschung innerhalb der Medizin dennoch gering. Wie u.a. Färber und Mixa in diesem Band darlegen, sind die Arbeits- und Karrierebedingungen für Ärztinnen auch nicht dazu angetan, Eigenaktivitäten solcher Art zu fördern; die meisten Frauen tun sich schwer genug, einen sicheren Platz innerhalb der herkömmlichen Medizin, insbesondere an den Universitäten zu finden. Dennoch muß mensch wohl über das Erklärungsmuster der Berufssozialisation hinausgehen, um den eklatanten Mangel an medizinischer Frauenforschung wirklich zu verstehen. M.E. liegt die Wurzel des Problems im medizinischen Paradigma – das in wesentlichen Teilen trotz kritischer Einwände (Uexküll und Wesiack) unverändert in der Tradition des 19. Jahrhunderts zur Anwendung kommt. Da auch Ärztinnen in aller Regel entlang dieser Denklinien, die den Körper nach wie vor als Maschine (inzwischen allerdings als kybernetisch organisiertes Computermodell) begreifen, ausgebildet werden, ist ihre Mittäterinnenschaft im Mißverstehen weiblicher Körperzusammenhänge vorprogrammiert. Am Beispiel der Gynäkologie und ihrer Geschichte läßt sich besonders deutlich zeigen, wie sehr die Verwissenschaftlichung der Medizin im 19. Jahrhundert das Bild der Frau verändert und neu geprägt hat. Die Reduzierung der Frau auf ein von Fortpflanzungsorganen und deren »niederen« Funktionen im höchstem Maße abhängiges *Naturwesen* im Vergleich zum *Kulturwesen* Mann ging von der Medizin aus und wurde nicht nur innerhalb der Fachöffentlichkeit, sondern rasch auch populärwissenschaftlich der Allgemeinheit präsentiert (Honegger; Jörg). Auffällig ist, daß gerade die von den ersten Gynäkologen ausführlich beschriebene Differenz der Frau im körperlichen Bereich zur Grundlage sowohl ihrer Abwertung im Geschlechtervergleich wie auch einer neuen psychophysiologischen Theorie gemacht wurde (Honegger). Anknüpfend an das

oben erwähnte Beispiel der Urologie und ihrer Auffassung der insuffizienten weiblichen Harnröhre heute sei hier als historische Parallele erwähnt: Jörg beschreibt 1809 diesen anatomischen Bereich im Geschlechtsvergleich.¹ Jörg kommt so zu dem Schluß, »alle die psychischen Eigentümlichkeiten des Weibes aus dem Somatischen desselben abzuleiten«, eine Ansicht, die bis zum Ende des 19. Jahrhunderts durchgängig vertreten wurde und den Münchner Anatomen und Physiologen v. Bischoff noch 1872 dazu brachte, aus den von ihm penibel untersuchten anatomischen Differenzen die Untauglichkeit der Frau zu wissenschaftlicher medizinischer Tätigkeit zwingend abzuleiten.

Das Erstaunliche ist nun, daß sich an diesem Bild der sozio-psycho-somatischen Natur der Frau – als Patientin wie als Ärztin – so wenig geändert hat. Nach wie vor gilt »Der weibliche Körper als Schicksal« (Shorter) und eine genauere Analyse der derzeitigen gynäkologischen Strategien, die Frau von der Pubertät bis zum Greisinnenalter für hormonsubstitutionsbedürftig (Schücking) zu erklären, fördert deutliche Parallelen zu den Reflex- und Ovartheorien des 19. Jahrhunderts zutage. (Shorter)

Der heutigen Ärztin wird die Weiblichkeit häufig deshalb zum Nachteil, weil sie oft mit unberechenbarer Reproduktionsfähigkeit gleichgesetzt wird – allein die bloße Möglichkeit des eventuellen Ausfalls durch Mutterschutzzeiten wirkt als deutliche Bremse bei der Stellenvergabe durch Klinikchefs. So stellt die Frauenbeauftragte eines großen medizinischen Fachbereichs, eine der wenigen Professorinnen, fest: »Frauen ... bekommen bevorzugt die schlechteren Stellen bzw. Verträge und werden am ehesten bei Stipendien berücksichtigt, denn da haben sie den 'Riesenvorteil, nichts zu kosten', wie ein Klinikchef sich ausdrückt.« (Hesse) Selbst wenn sie dann eine Stelle an der Universitätsklinik hat, wird ihr zur eigenen Forschung noch mancher Stein in den Weg gelegt – anders als ihre männlichen Kollegen wird sie seltener zu eigener wissenschaftlicher Tätigkeit freigestellt und darin unterstützt. Auch wenn sie sich innerhalb ihres Berufsfeldes durchsetzt, muß sie noch oft genug mit den Widrigkeiten mangelnder Akzeptanz oder auch simplen Organisationsproblemen kämpfen, wenn sie z.B. außerhalb der Arbeitszeiten Kongresse besuchen will. Die Spielregeln der internationalen »scientific community« sind die eines »old boys network«, in dem Frauen nur begrenzt und unter der Voraussetzung großer Anpassung akzeptiert werden. Eigenständige Positionen für Frauen in der medizinischen Wissenschaftshierarchie, die eine Entwicklung entsprechender

Theorie und Praxis ermöglichen würden, fehlen bisher. – So ist zu befürchten, daß auch eine sich allmählich dem allgemeinen Paradig-mawandel anpassende moderne Humanmedizin (etwa im Sinne Uexkülls) die Frauen wiederum nicht bzw. nur in bisheriger Weise wahrnimmt – eine pessimistische Schlußfolgerung in Parallele zum Anfangszitat von Max Frisch. Ohne die Gefahr solcher Wiederholungen zu unterschätzen, will ich aber doch versuchen, abschließend eine andere Position zu vertreten:

Gerade auf dem jetzigen Kenntnisstand zu den Schwierigkeiten der Frauenforschung in der Medizin müßte es möglich sein, eine kritische und konstruktive feministische Theorie und Praxis dieses Bereiches zu entwickeln.

Eigene Modelle – und ein Diskurs darüber unter Wissenschaftlerinnen – werden nötig sein, um der Männerwelt Medizin fundierte Konzepte entgegen halten zu können. Es ist sicherlich kein Zufall, daß gerade in der Geburtshilfe eine solche Konfrontation als Streit um die Effizienz technischer Geburtsüberwachung und die angebliche Unsicherheit der Hausgeburtshilfe beginnt, seitdem Hebammen sich zunehmend auch in der Forschung ihres Faches engagieren. So schwierig auch ihre Position aus einem nichtakademischen, über lange Zeit marginalisierten Frauenberuf heraus ist, ihre Stimmen werden zunehmend gehört, und ihr Gewicht auch im Kontext internationaler Organisationen wie der WHO steigt. So gehen Empfehlungen der WHO an die GesundheitspolitikerInnen, im Zuge der »Frauengesundheitsförderung« (das Programm heißt: »Investing in Women's Health«) kompetente Hebammen einzusetzen; eine ergebnisreiche Frauenforschung im geburtshilflichen Bereich ist sicherlich nur mit Einbeziehung der Hebammen möglich und als besonders fruchtbar zu erwarten.

In anderen Fächern wird es schwieriger sein, Bündnispartnerinnen zu finden und entsprechende Strukturen aufzubauen, selbst wenn dies durch Frauen-Gesundheits- und Wissenschaftsministerien unterstützt wird, wie es derzeit in einigen Bundesländern geschieht. In diesem Bereich engagierten Frauen – es wäre wünschenswert, wenn es zunehmend nicht nur Sozialwissenschaftlerinnen, sondern auch kritische Ärztinnen wären! – ist wohl zu raten, sich auf die Suche nach eigenen Forschungsprogrammen zu machen, Nischen und Freiräume dafür zu entdecken, (wie sie derzeit, wenn auch in bescheidenem Umfang, die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses durch die Hochschulsonderprogramme ermöglicht). Eine bundesweit erste Professur für Frauengesundheitsforschung in einer

medizinischen Fakultät (Münster) kann vielleicht erste wirksame Akzente in die noch karge Landschaft bringen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Beate A. Schücking
Hildeboldstraße 3, 80797 München

Anmerkung

- 1 Im weiblichen Organismus ist die Beziehung zur Fortpflanzung, zur Gattung, im männlichen die Individualität und deren Erhaltung vorherrschend. Dies spricht sich schon im Verhältnis der Zeugungswege ... zum Harnweg aus; in dem beide ineinander münden, aber in entgegengesetztem Verhältnisse, bei dem Weibe sind die Zeugungswege vorherrschend, in dem der Fruchtgang den Stamm bildet, in welchem die kurze Harnröhre sich einenkt, in daß beim Manne die verlängerte und durch die anliegenden Zellkörper zum Zeugungsgliede gewordene Harnröhre der Stamm ist, welcher wie beiläufig die Mündungen der untergeordneten kurzen Samengänge aufnimmt. Überhaupt sehen wir, daß die Fortpflanzung für das weibliche Leben fördernder und mehr Bedürfnis ist.

Literaturverzeichnis

- Alken, C. E.: Leitfaden der Urologie. G. Thieme Verl., Stuttgart 1973, S.203
- Bischoff, Th. von: Das Studium und die Ausübung der Medizin durch Frauen. München 1872, S.18ff.
- Bock, V., H. Landweert: Frauenforschungsprofessuren. Feministische Studien Nr. 1 1994, 12:99.
- Boston Women's Health Collective: Our Bodies, ourselves. New York 1971 (übersetzt: Unser Körper, unser Leben, roro tb seit 1980, überarb. u. erg. 1991).
- Brinkschulte, E.: Weibliche Ärzte. Berlin 1993, S.10-33
- Hesse, I.: Klinik, Karriere, Kongresse, Kinder In: C. Färber, M. L. Jeschke (Hrsgin): Gleichstellungspolitik an Universitätsklinika. FU Berlin 1993, S.113.
- Honegger, C.: Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert. In: Labisch, A., R. Spree (Hrsg.): Medizin. Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. (Psychiatrie Verlag) Bonn 1989, S.181-192.
- Hontschik, B.: Theorie und Praxis der Appendektomie. Köln 1987, S.192 f
- Hontschik, B.: persönl. Mitteilung in einem Brief an B. Schücking vom 15.11.1992.
- Jörg, J.C.G.: Handbuch der Krankheiten des menschlichen Weibes. Leipzig 1809, S.22.
- Pflanz, M.: Daten zur Epidemiologie der Appendizitis, Münch. Med. Wschr. 118, S.933-36, 1976 (beeindruckend ist auch, wie wenig sich die von Pflanz publizierten Daten auf die chirurgische Praxis auswirkten, so daß der Chirurg Hontschik noch von 1980-84 unverändert hohe Fehldiagnoseraten fand).
- Raspe, H.H., Erkrankungen des Bewegungsapparates. In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg München-Wien-Baltimore 1990 (4. überarbeitete Auflage), S.819f.
- Schindele, E.: Pfusch an der Frau. Hamburg 1994.

- Schücking, B.: Anatomie als Schicksal – die Abhängigkeit vom weiblichen Körper.
In: H. Neubeck-Fischer (Hrsg.): Frauen und Abhängigkeit, München 1993, S.18.
- Shaywitz, B. Nature Nr. 65/5, S.607 f., London 1995
- Shorter, E.: Medizinische Theorien spezifisch weiblicher Nervenkrankheiten im Wandel. In: Labisch, A., R. Spree (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. Psychiatrie Verlag, Bonn 1989, S.171-179.
- Uexküll, Th. von, W. Wesiack: Theorie der Humanmedizin Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1988.
- Voss/Herrlinger: Anatomie. G. Fischer Verlag, Stuttgart 1972, S.173 (seitdem unverändert auch in den Neuauflagen).
- Wandtner, R.: Schmerzliches; und: Der Kopfschmerzpatient als Arzt, beides in FAZ 15.03.95, Nr. 63, S.N 1

C LIO

EINE FEMINISTISCHE ZEITSCHRIFT ZUR
GESUNDHEITLICHEN SELBSTHILFE

Informationen zu frauenspezifischen Gesundheitsthemen wie Sexualitäten, gynäkologischen Erkrankungen, Möglichkeiten der Selbsthilfe, feministische Analysen, aktuelle Berichte, Buchbesprechungen...

Clio erscheint halbjährlich und kostet im Abonnement (4 Ausgaben) 34.- DM, Frei-Abo bei Jahresspende ab. 150.- DM, Bestellungen gegen Vorauszahlung

F Feministisches
F Frauen
G Gesundheits
Z Zentrum e.V.

Bamberger Str. 51, 10777 Berlin-Schöneberg
Tel.(030) 213 95 97 Fax (030) 214 19 27
Postbank Berlin Kontonr. 78338-104 BLZ 10010010