

GUTE BESSERUNG

In der Geschichte der Menschheit sind Kultur und Medizin kaum voneinander zu trennen. Im Museum für Medizingeschichte in Philadelphia liegen in einer Vitrine drei Bücher über Frauenheilkunde (beziehungsweise das, was man mal dafür hielt) aus dem späten 19. Jahrhundert. Doch anders als die anderen ausgestellten Bücher liegen sie dort zugeklappt, denn es ist das Material ihres Einbands, das sie so besonders macht: Frauenhaut. Es ist die Oberschenkelhaut von Mary Lynch, die 1869 an Trichinellose starb und von einem Doktor namens John Stockton Hough autopsiert und anschließend gehäutet wurde. Warum (zur Hölle) hat er das gemacht? Das weiß wohl nur Stockton Hough selbst, aber eine Erklärung könnte sein, dass er seine Allmachtsgefühle noch einmal voll ausleben wollte, bevor es zu spät sein würde. Wie im Zusammenhang mit den Haushaltsgeräten (Kapitel 3) und der Kultur (Kapitel 7) bereits erwähnt, hat die Industrialisierung vielen Bürger:innen in Europa und den USA nicht nur großen Reichtum gebracht, auch der Bildungsstatus in der Bevölkerung stieg an – wodurch einige Ärzte ihre herausgehobene soziale Stellung gefährdet sahen und handelten: Die besonders seltene Büchersammlung wurde zum Statussymbol eines Humanmediziners.¹⁵³ Die meisten werden einfach ein Vermögen für seltene Drucke, Erstauflagen und solche Dinge ausgegeben haben, aber in einigen seltenen Fällen waren eben auch eigenhändig mit Frauenhaut veredelte Bücher die *Pièces de résistance* einer Sammlung. Ausgerechnet ein Buch über weibliche Jungfräulichkeit in die Oberschenkelhaut seiner Patientin einbinden zu lassen, ist besonders gruselig. Vielleicht war es auch nicht nur ein

verzweifelter Versuch, den eigenen Status zu erhalten, sondern zusätzlich den der untergeordneten Frau? Oder ein Racheakt an all den Frauen, die Ende des 19. Jahrhunderts für mehr Gleichberechtigung und Sichtbarkeit auf die Straße gingen?

Stockton Hough mag ein extrem makabres Exemplar gewesen sein, aber er war nicht der Einzige. 2014 gab die Harvard University bekannt: Untersuchungen hätten ergeben, dass das sich in ihrem Besitz befindliche Exemplar des Buches »Des destinées de l'âme« (Schicksale der Seele) des französischen Autors Arsène Houssaye auch über einen Einband aus Frauenhaut verfüge. Das stand in dem Buch eigentlich schon drin, denn der ehemalige Besitzer, Ludovic Bouland – ebenfalls Franzose, ebenfalls Arzt – hatte es 1880 selbst stolz vermerkt. Die Haut stammt vom Rücken einer seiner Patientinnen, einer heute namenlosen Frau, die – als würde es die Sache weniger fürchterlich machen – »geisteskrank« gewesen sein soll und an einem Schlaganfall gestorben war. Auch hier gibt es eine ekelhafte metaphorische Verbindung zwischen dem Inhalt des Buches und der Frau, in deren Haut es steckt.

Diese Geschichten, so krude sie auch sind, offenbaren auf überspitzte, horrorfilmtaugliche Art das Selbstverständnis einer Zunft und deren Macht über Frauenkörper. Egal, ob beim Thema Sport, Arbeit oder Masturbation, an so vielen Stellen in diesem Buch geht es darum, dass Frauen etwas verboten war, weil Mediziner davor warnen, diese Freiheit schade der weiblichen Gesundheit. Man könnte beim Lesen ja fast den Eindruck gewinnen, dass kaum etwas so ausgiebig erforscht worden wäre, wie die Frau, wo ihr doch stets ein so ausgiebiges Interesse zuteilwurde. Oder war es – au contraire – vielleicht doch eher der Mangel an Forschung, der die Macht der Mediziner über Frauenkörper solange konsolidierte?

Wir stehen hier vor einem interessanten Widerspruch: Unsere westliche Medizin ist – mit Ausnahme der Gynäkologie¹ – auf den

I Wobei auch die Gynäkologie, die sogenannte »Bikini-Medizin«, einen tief misogynen Ursprung hat, der leider den Umfang dieses Buches komplett sprengen würde.

cis Mann geeicht. Sie ging lange Zeit davon aus, dass Mann und Frau innendrin identisch sein müssten, bis auf die Klitzekleinigkeit der reproduktiven Organe natürlich – logisch, Gott hat Eva schließlich aus Adams Rippe gebastelt, dabei hat er wohl kaum das Rad neu erfunden.

Doch schon in der Antike war das Kind in den Brunnen gefallen, als der Universalgelehrte Aristoteles verkündete, der weibliche Körper sei eine beschnittene Version des männlichen – weniger also. Bis ins 20. Jahrhundert hinein mussten die weiblichen Organe als Ursache für eine ganze Reihe Leiden herhalten, die ausschließlich an Frauen diagnostiziert wurden ... Hysterie, Nymphomanie und mein Favorit, zugleich die »Ursache« der beiden anderen: »Wandering womb«, ein frei herumspazierender Uterus, dem eigene dämonische Eigenschaften zugeschrieben wurden, für die die Frau nichts beziehungsweise nur eines tun konnte – sich in ärztliche Behandlung begeben. Das heißt natürlich, nur für den Fall, dass sie nicht zuvor als Hexe verbrannt worden war. Dennoch, auch diese übermenschlichen »Defizite« waren kein Grund, sich über Gebühr mit der Erforschung der Frau zu beschäftigen, schließlich war der cis Mann doch irgendwie wichtiger. Bis heute.

Aktuelles Beispiel: Autistische Mädchen und Frauen werden viel seltener und später diagnostiziert als männliche Personen, weil sich die klassische Autismus-Diagnose als männliches Modell herausgestellt hat. Es wurde anhand von Patienten, nicht Patientinnen entwickelt. Da Mädchen allerdings zu anderen Anzeichen neigen und durch ihre Sozialisation weniger »auffällige« Verhaltensweisen gegenüber Betreuer:innen und Lehrer:innen zeigen, fallen sie häufiger durchs Raster und erhalten seltener die Hilfe und Förderung, die sie bräuchten.¹⁵⁴

Dabei ist eine gleichberechtigte Medizin, ein Bemühen um den gleichen Grad an Expertise bei der Untersuchung, der Behandlung und beim Erkenntnisgewinn über Frau und Mann und alle Menschen dazwischen, ein Menschenrecht.

Doktor Baileys Herzinfarkt

Vielleicht tut sich etwas, wenn man das Bewusstsein dafür schärft, dass es geschlechtsspezifische Lücken in der medizinischen Versorgung von Frauen und allen gibt, die nicht als cis Männer geboren wurden. Nachdem es in der US-Fernsehserie *Grey's Anatomy* schon um den nahezu unerforschten klitoralen Orgasmus ging und seine Fähigkeiten, Schmerzen zu lindern, überraschte die recht dramatische Folge 11 in Staffel 14 (Achtung Spoiler) mit Komplikationen rund um einen weiblichen Herzinfarkt. Chefärztin Miranda Bailey (gespielt von Chandra Wilson) sitzt im Auto, spürt, dass etwas mit ihr nicht stimmt, und sucht ein nahegelegenes Krankenhaus auf, wo die behandelnden Kardiologen allerdings weder sie noch ihre Symptome ernst nehmen. Sie sagt den Ärzten klipp und klar, dass sie gerade einen Herzinfarkt erleidet, doch das Elektrokardiogramm zeigt keine Anzeichen. Sie bittet darum, die Sensoren nicht vorne, sondern hinten an ihrem Rücken anzubringen, da sie selbst einen Verdacht auf einen Schaden der Hinterwand ihres Herzens hat. Vergeblich. In den nächsten Minuten, während Bailey sich bemüht, ihr eigenes Leben zu retten, beschreibt sie genau ihre Symptome: Kurzatmigkeit, Beklemmungsgefühle, Schwindel, kalte Schweißausbrüche. Sie rattert Studien herunter, wonach 63 Prozent aller Frauen, die einen plötzlichen Herztod sterben, in der Vergangenheit über keinerlei Herzbeschwerden geklagt hätten. Und Studien, wonach Schwarze Frauen, wie Bailey selbst, einem noch größeren Risiko ausgesetzt sind als alle anderen.

Die Wissensvermittlung via Fernsehserien ist limitiert, auch nach etlichen Staffeln *Emergency Room* und *Grey's Anatomy* habe ich keine Ahnung, wie man einen Blinddarm entfernt, aber was die Sensibilisierung für so ein Thema angeht, stellen sie zumindest einen begrüßenswerten Vorstoß in den Mainstream dar. Die beschriebene Folge von *Grey's Anatomy* ist kein Zufallsprodukt, sondern eine von vielen fikionalisierten Erfahrungen, die Elizabeth Finch, eine

der Drehbuchautorinnen der Serie, gemacht hat. Da Finchs Leiden auch nach der vierten Knieoperation infolge eines Wanderunfalls anhielten, verschrieb ihr Arzt ihr Antidepressiva und scherzte allen Ernstes: »Neurotische jüdische Frauen sind meine Spezialität«, statt weitere Untersuchungen vorzunehmen. Im Laufe der Zeit ging es ihr zunehmend schlechter, sie schlief nicht, hatte stechende Rückenschmerzen und Selbstzweifel. In der *Elle* schrieb sie: »Er nannte mich ›ungeduldig‹ und ›emotional‹. Es ist mir nie in den Sinn gekommen, dass ›weiblich‹ vielleicht das gefährlichste Label von allen ist.«¹⁵⁵ Finch hatte einen seltenen Knochenkrebs, noch seltener in ihrer Altersgruppe, der der Mitte 30-Jährigen. Nachdem ihre Erkrankung von ihrem Arzt über Jahre hinweg übersehen und fehl-diagnostiziert worden war, begab sie sich während ihrer Genesung auf eine Recherche in die Untiefen der Gendermedizin, fest entschlossen, diese Themen in ihre Drehbücher mit aufzunehmen. Ein Ergebnis davon ist die Weiblicher-Herzinfarkt-Folge.

Cis Männer erleiden zwei Drittel aller tödlichen Herzinfarkte, denn sie haben einfach insgesamt mehr Herzinfarkte.¹⁵⁶ Doch die Wahrscheinlichkeit, wenn man einen hat, daran zu sterben, ist in der Altersgruppe unter 50 Jahren für eine cis Frau mehr als doppelt so hoch wie für einen cis Mann¹. Erst ab einem Alter von 74 aufwärts spielt das Geschlecht bei der Sterblichkeit keine Rolle mehr.¹⁵⁷ Was aber einfach daran liegen könnte, dass die Frauen mit Herzinfarkt beim Eintreffen der Mediziner:innen schon tot sind und in den Krankenhausstatistiken gar nicht erst auftauchen. Neben der mangelhaften Diagnose und der Unwissenheit über die weiblichen Symptome seitens des medizinischen Personals¹⁵⁸ liegt eine weitere Ursache darin, dass Frauen aus Angst davor, nicht für voll genommen zu werden, weil sie nicht den »Hollywood-Herzinfarkt« (stechender

I Die Statistiken umfassen in der Regel nur die Kategorien weiblich und männlich. Es ist aber anzunehmen, dass alle trans, inter und nonbinären Personen von ähnlichen Bias seitens ihrer Ärzt:innen betroffen sind wie cis Frauen.

Schmerz in der Brust und Zusammenbruch) erleiden, seltener medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Befürchtung, als hypochondrisch abgestempelt zu werden, ist sehr konkret, sagen die Forscher:innen. Und diese Befürchtung haben sie gar nicht zu Unrecht: Eine Studie, die die Behandlung von Patient:innen nach einer Koronararterien-Bypass-Operation (Herz-OP) untersucht hat, kommt zu dem Ergebnis, dass über Schmerzen klagende Männer Schmerzmittel erhielten, während über Schmerzen klagende Frauen Beruhigungsmittel bekamen. Die Frauen wurden also behandelt, als wären sie bloß emotional labil, als läge der Beschwerde ein psychisches Problem zugrunde, die Schmerzen der cis Männer wurden hingegen ernst genommen.¹⁵⁹ Die Medaille hat für die cis Männer aber auch eine Kehrseite, denn psychische Probleme und Depressionen werden bei ihnen deutlich seltener diagnostiziert, weil eben meist nach einer körperlichen Ursache gesucht wird, für den depressiven Mann hat das verheerende Folgen.¹⁶⁰ Ein weiterer Faktor, der besonders deutlich zeigt, dass hier ein systemisches Gender-Bias-Problem vorliegt, ist die Frage nach dem Geschlecht der behandelnden Ärzt:innen. Eine Studie von 2018 hat festgestellt, dass die Wahrscheinlichkeit, als Frau einen Herzinfarkt zu überleben, höher ist, wenn die Behandlung im Krankenhaus durch eine Ärztin statt durch einen Arzt erfolgt.¹⁶¹ Außerdem braucht eine Frau bei einem Herzinfarkt durchschnittlich 45 Minuten, bis sie sich auf den Weg zum Arzt macht, ein cis Mann hingegen ist schon nach 20 Minuten dort – Zeit, in der immer mehr Teile des Herzmuskels absterben können.¹⁶²

Die Gründe liegen in den vielen Jahrhunderten der androzentrischen Medizin. Diejenigen, die in Deutschland über Lehrpläne und Inhalte im Medizinstudium entscheiden, sind immer noch zu 90 Prozent Männer, und das, obwohl es seit 20 Jahren mehr Studentinnen gibt als Studenten.¹⁶³ Das strukturelle Ungleichgewicht zieht sich wie ein roter Faden durch die akademische Welt: Im Unter- und Mittelbau gibt es Frauen, trans, inter und nicht-binäre Personen, weiter oben wird's dünn. 2019 schrieb Mareike Nieberding dazu

im Magazin der *Süddeutschen Zeitung*, dass die Lobby für gendersensible Medizin, also eine Medizin, die sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht berücksichtigt und dazu forscht, bis heute kaum Einfluss hat. Gendermedizin ist immer noch eine Nische. Von den mehr als 90 000 Medizinstudent:innen in Deutschland studieren lediglich diejenigen geschlechtersensibel, die am Universitätsklinikum der Charité in Berlin gelandet sind.¹⁶⁴ »Undone Science« nennt man das in der Wissenschaft, wenn ein Forschungsbereich so unterfinanziert, unterforscht und von den Institutionen links liegen gelassen wird, obwohl eine breite Öffentlichkeit von den Ergebnissen profitieren würde. In diesem Fall etwa 50 Prozent der Weltbevölkerung.

Zurück zur fiktiven Notaufnahme und der Herzinfarkt-Patientin Miranda Bailey. Die Diagnose der behandelnden Ärzte lautet Panikattacke und Nervenzusammenbruch, eine Frau mit so viel Verantwortung im Job und einem Kind zu Hause – ist doch klar, dass ihr das irgendwann alles zu viel wird und sie psychische Probleme bekommt. »Gibt es große Stressfaktoren in Ihrem Leben?«, fragt der Arzt. Woraufhin No-Bullshit-Bailey entgegnet: »Schlagen Sie gar nicht erst diesen Ton bei mir an: Eine Frau mit körperlichen Symptomen tauch in einer Notaufnahme auf, und Sie entscheiden, dass die einzige Ursache darin liegt, dass sie nicht mit all ihren Gefühlen umgehen kann. Nein, hier geht es nicht um Ängste. Ich habe kein gebrochenes Herz, das geheilt werden muss, es ist mein organisches Herz, das repariert werden muss.« Das sind nicht nur die Worte, die Drehbuchautorin Finch Doktor Bailey in den Mund gelegt hat, es sind die, die Finch selbst gerne an ihren Arzt gerichtet hätte, hätte sie damals nur schon genug darüber gewusst. Deswegen hat sie sich in der Serie einen kleinen Moment der Katharsis gegönnt und gleichzeitig Tausende Menschen darauf aufmerksam gemacht, dass diese Bias real sind und Leben kosten. Und die eine oder andere Patientin kann so vielleicht bessere Behandlung einfordern, weil sie zumindest eine Ahnung davon hat, was nicht stimmen könnte.

Auch wenn es die Aufgabe und Verantwortung der Mediziner:innen bleibt, besser zu werden und diese Bias aktiv zu bekämpfen.

Nicht die Regel

Soweit Jana¹ zurückdenken kann, war ihre Periode immer eine schmerzhaft Angelegenheit. Bei ihrer besten Freundin auch, also war das eben so und wurde von ihr nicht hinterfragt.

Schmerz lässt sich nicht gut vergleichen. Wir hatten beide starke Schmerzen, also musste das normal sein. Und ich habe einfach jedes Mal Schmerzmittel genommen, Ibuprofen 800 muss man sich verschreiben lassen, aber man kann auch einfach zwei 400er nehmen.

Sylvia Mechsner, Leiterin des Endometriose-Zentrums der Berliner Charité, sagt, so geht es vielen jungen Frauen und Mädchen. Periodenschmerzen sind im Bewusstsein so sehr Teil des Frauseins, dass sie als normal gelten und nicht viel darüber gesprochen wird.¹⁶⁵ Jana hat auch nicht viel darüber gesprochen. Manchmal hat sie deswegen in der Schule gefehlt, wenn ihr Kreislauf so richtig »ausgeknockt« war, sagt sie. Ihre Gynäkologin verschreibt ihr eine Pille, als Verhütungsmittel und »für schöne Haut«. Niemand klärt sie darüber auf, was sie da eigentlich nimmt und welche Nebenwirkungen damit verbunden sind. Fünf Jahre nimmt sie sie, und die Regelschmerzen lassen nach. Dann, mit 20, setzt sie die Pille ab. Die Schmerzen kommen schon bei der ersten natürlich einsetzenden Periode wieder und werden stärker – Krämpfe, Durchfall, Kopfschmerzen und sehr viel Blut. Eine ganze Woche dauert Janas Periode inzwischen, sieben Tage, an denen ihr normales Leben mehr oder weniger pausiert. Und das alle drei Wochen. Nach fast 15 Jahren ist irgendwann der Punkt erreicht, an dem die Schmerzen so extrem geworden sind, dass die rezeptfreien Mittel aus der Apo-

I Das ist ein Pseudonym, zur Frage warum, komme ich noch.

theke nicht mehr helfen. Sie muss berufliche Termine absagen, lässt Verabredungen mit Freund:innen platzen, während sie sich zu Hause vor Schmerzen krümmt. Inzwischen dauert Janas Periode etwa zwei Wochen, und auch die psychische Belastung hat zugenommen. »Vielleicht ist es Endometriose?«, sagt eine Freundin schließlich zu ihr. Da ist Jana 35 Jahre alt und hört das Wort zum ersten Mal. Sie googelt, macht online einen Selbsttest, gleicht ihre Symptome mit denen anderer Menschen ab, vieles passt.

Endometriose ist nicht neu. Wir können davon ausgehen, dass Menschen mit Uterus schon seit Tausenden von Jahren darunter leiden. Hervorgerufen wird sie durch Zysten und Entzündungen (Endometrioseherde), die sich zum Beispiel an Eierstöcken, Darm oder Bauchfell ansiedeln. Manchmal passiert das auch außerhalb des unteren Bauchraums, in der Lunge zum Beispiel. Diese Herde ähneln der Gebärmutter Schleimhaut, und das Gewebe kann mit dem hormonellen Zyklus wachsen und bluten, wenn die Periode einsetzt. Endometrioseherde können Metastasen bilden, also streuen, und bleibende Schäden an Organen verursachen.

Dennoch hat Endometriose in der Medizin lange Zeit keine besondere Forschung ausgelöst, und so wissen wir immer noch viel zu wenig über diese Erkrankung, die alles andere als selten ist. Die Zahl der Betroffenen ist schwer zu schätzen und schwankt bei Menschen mit Uterus im fruchtbaren Lebensalter zwischen fünf und 15 Prozent, für einige gehen die Schmerzen sogar noch jenseits der Menopause weiter. Das sind allein in Deutschland zwei Millionen Menschen, die an dieser chronischen Krankheit leiden. Sie gilt als eine der wichtigsten Ursachen für weibliche Unfruchtbarkeit. Bei etwa 40 bis 60 Prozent der Menschen mit Uterus, die ungewollt kinderlos bleiben, steckt eine Endometriose dahinter.¹⁶⁶ »Dass die Anzahl der Erkrankungen überhaupt geschätzt werden muss, liegt daran, dass Endometriosen im ambulanten Bereich von Gynäkolog:innen oft nicht codiert werden – dass die Information also nicht an die Krankenkasse weitergeleitet wird«, sagte Mechsner in einem Interview im MDR.¹⁶⁷ Das ist in etwa so, als würden Kardiologen

die Information über einen Herzinfarkt nicht an die Krankenkasse weitergeben, woher sollte die dann wissen, wie viele Menschen Herzinfarkte haben?

Im Durchschnitt müssen Menschen mit Endometriose 10,6 Jahre leiden und drei Ärzt:innen aufsuchen, bevor sie die richtige Diagnose bekommen. Jana hat noch länger gelitten, jedoch stumm. Als sie redet, hat sie Glück, die Gynäkologin glaubt ihr, weiß aber selbst zu wenig darüber und überweist Jana an ein Fachzentrum. Im Vorgespräch wird ihr bestätigt, dass sie Recht haben könnte, doch mit Sicherheit ließe sich das erst nach einer sogenannten Laparoskopie, einer Bauchspiegelung, sagen. Laut Mechsner sind mittlerweile auch die neuesten Ultraschall-Geräte in der Lage, Endometriose sonographisch zu erkennen, aber das ist der neueste Standard und noch nicht die Regelausstattung in einer gynäkologischen Praxis. Drei Monate nach dem Anamnesegespräch hat Jana ihren Termin für die Bauchspiegelung.

Ich wusste, wenn die Ärzte nichts finden, wache ich nach 30 Minuten auf, wenn sie etwas finden, dauerts länger. Ich war um acht Uhr im OP-Raum und bin um 13 Uhr wach geworden. Dann kam als Erstes der Anästhesist und plapperte drauflos: »Wir haben ordentlich was gefunden, wir haben ordentlich was weggemacht!« Das war's, keine Information darüber, was das heißt, gar nichts.

Im Anschluss ist sie drei Wochen krankgeschrieben. Beim nächsten Besuch bei der Gynäkologin kriegt Jana eine neue Pille verschrieben, eine rein gestagenhaltige, weil das zur Therapie gehört. Das Hormon Gestagen suggeriert dem Körper eine Schwangerschaft, dadurch soll der Aufbau von Gebärmutter Schleimhaut und auch der Aufbau von Endometrioseherden verhindert werden. Doch Jana geht es nicht besser, ihr geht es schlechter. Die Schmerzen sind schlimmer als vor der OP, und sie blutet jetzt fast durchgehend, hat vielleicht mal ein bis zwei Tage Pause. Das zerrt an ihrem Körper und an ihren Nerven. Durch die neue Hormonpille ist

sie psychisch noch mehr aus dem Gleichgewicht geraten, ihr wird wieder eine neue verschrieben.

Inzwischen ist Jana bewusst, dass sie die Managerin ihrer Krankheit werden muss und dass Endometriose nicht mit einer OP erledigt ist, sondern dass diese Diagnose sie noch viele Jahre begleiten wird. Sie findet Hilfe in Selbsthilfegruppen, Frauen unterschiedlicher Generationen geben sich dort gegenseitig Kraft und begegnen einander mit Respekt vor der jeweiligen Krankengeschichte. Klar wird dort aber auch: Zwei Menschen können dieselbe Diagnose haben, ihre Lebensqualität ist trotzdem komplett verschieden. Sie kennt Frauen, die an den Schmerzen kaputtgegangen sind, ohne dass sie von Mediziner:innen ernst genommen wurden. Und wenn sie das so sieht, dann ist es schwer, nicht die Ungewissheit ihrer eigenen Zukunft zu spüren, denn die Herde wachsen auch nach der OP weiter, nur an anderer Stelle.

Ich habe jetzt diese Adenomyose in der Gebärmutter, das ist Endometriose in der Gebärmutter. Dann habe ich noch Myome, Zysten ... das ist so, als könntest du in meinem Unterleib *Pokémon Go* spielen, da findest du irgendwie alles. Und an einem der Bänder an der Gebärmutter, das zum Steißbein geht, habe ich auch einen Endometrioseherd, der wahrscheinlich für meine Rückenschmerzen verantwortlich ist.

Jana hat studiert, sie hat einen guten Job, die Zeit, die Bildung und das Geld, um Kongresse zu besuchen, sich Hilfe durch Osteopathie, alternative Heilverfahren, Yoga, eine Umstellung der Ernährung zu suchen. Andere können sich das nicht leisten.

Und für sie, wie für viele andere Menschen auch, ist der Wunsch, mehr Sichtbarkeit, mehr Wissen und mehr Öffentlichkeit für dieses Thema zu erreichen und zugleich nicht die Person zu sein, deren Leben von der Endometriose bestimmt wird, eine Gratwanderung. Aus diesem Grund möchte sie lieber anonym bleiben. Nur ihre Familie und ihre engsten Freunde wissen von Janas Erkrankung. Bei ihrer Arbeit weiß niemand davon, zu groß ist die Angst

davor, im Job diskriminiert oder für unzuverlässig und wenig leistungsfähig gehalten zu werden.

Aber warum ist eine Krankheit, die so verbreitet ist, so wenig erforscht? Mechsner zufolge sind die weiter oben erwähnten fehlerhaften Statistiken der Krankenkassen ein großes Problem. Um Forschung zu beantragen und zu finanzieren, muss erstmal von allen Seiten verstanden werden, wie verbreitet die Krankheit ist. Gleiches gilt für die Etablierung von Früherkennungsprogrammen. Das sei mit ein Grund dafür, dass es bis heute jenseits der Einnahme von Hormonen noch keinen Durchbruch bei den Therapien gebe, sagt Mechsner.¹⁶⁸ Außerdem sei für eine frühzeitige Erkennung ein langes und ausführliches Anamnesegespräch (40 bis 60 Minuten) notwendig, zumal sich in der Anfangszeit die Herde noch nicht so gut im Ultraschall erkennen ließen. Aber Zeit für Patient:innen, um Themen wie beispielsweise Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zu besprechen, gibt es in gynäkologischen Praxen nicht, da es sich nicht gewinnbringend abrechnen lässt. Es handelt sich also auch schlicht um eine komplizierte Diagnose, die sich finanziell nicht lohnt.¹

Es gibt allerdings inzwischen immer mehr Endometriosezentren in Krankenhäusern, Forschungsgruppen und Endometriose-Sprechstunden, die Patient:innen beraten und begleiten. Wer in seiner gynäkologischen Praxis keine Hilfe bekommt, kann sich von der Hausarztpraxis eine Überweisung in ein Endometriosezentrum geben lassen. Ein bisschen was tut sich also im gesellschaftlichen Bewusstsein. Prominente wie Lena Dunham, Whoopi Goldberg und Alexa Chung sprechen öffentlich über ihren Umgang mit der Krankheit, und das deutsche Model Anna Wilken, bekannt aus *Germany's Next Topmodel*, hat 2019 ein Buch über ihr Leben mit Endometriose geschrieben.¹⁶⁹ Auch in die Literatur hat Endometriose Einzug gehalten: In ihrem Bestsellerroman *Gespräche mit Freunden* (Luchter-

I Die Tatsache, dass unser Gesundheitssystem ein kapitalistisches ist und Praxen und Krankenhäuser profitabel sein müssen, ist ohnehin völlig gaga.

hand Literaturverlag 2019) lässt die irische Autorin Sally Rooney die Protagonistin Frances sehr eindrucksvoll von ihren Schmerzen und den Einschränkungen erzählen, die sich dadurch für ihr Leben allgemein und ihr Liebesleben im Speziellen ergeben. Doch im Unterschied zum realen Leben erhält Frances recht schnell eine Diagnose. Vielleicht hängt es damit zusammen, dass Endometriose in den letzten paar Jahren etwas bekannter geworden ist, auch Lai:innen davon gehört haben und ihren Ärzt:innen Expertisen abverlangen. Wir sind auf dem Weg, das Tabu um die Leiden der Menstruation zu brechen und den Umgang damit normaler zu machen. Was allerdings nie normal sein wird, sind die Schmerzen.

Ein Mittel für alle

Jana nimmt wegen ihrer Endometriose also bereits seit 20 Jahren Ibuprofen ein, um die Schmerzen zu lindern. Gut, jetzt hat sie schon als Teenagerin damit begonnen, ihre eigene Dosis festzulegen, und schon damals deutlich mehr genommen, als der Beipackzettel ihr riet, aber hätte sie die Packungsbeilage studiert, hätte sie Folgendes vorgefunden: Einer kleingedruckten Tabelle, nach Alter und/oder Körpergewicht geordnet, sollte jede Person entnehmen können, welche Dosis für sie die vermeintlich richtige ist. In dieser Tabelle steckt aber mal wieder die Annahme, dass Frauen und Kinder schlicht kleinere, leichtere Männer sind und dass das deswegen schon irgendwie hinhaut. Doch: Pustekuchen!

Die WHO gab 2001 die Empfehlung heraus, in Zukunft mehr an Frauen zu testen, und seit 2004 werden nun auch in Deutschlands Pharmakonzernen gesetzlich empfohlene¹ Medikamente, die auch

I »Gesetzlich empfohlen«, »gesetzlich gefordert«. Was heißt das überhaupt? Wenn bei der Bewilligung der verschiedenen Testphasen Frauen nicht ausreichend vorgesehen sind, sodass über Wirksamkeit oder Unbedenklichkeit geschlechtsspezifischer Unterschiede keine Feststellung getroffen werden kann, »kann die Genehmigung verweigert werden«. Es ist also gar kein Gesetz, sondern ein halbherziger und unverbindlicher Erziehungsversuch.

Frauen verschrieben werden sollen, vorher an Frauen getestet. Seit 2004! Es ist davon auszugehen, dass vorher ausschließlich an cis Männern getestet wurde, aus Sorge um die empfindliche Frau natürlich. Ironischerweise hat der in Kapitel 3 erwähnte Contergan-Skandal dazu beigetragen, dass die amerikanische Zulassungsbehörde (FDA) 1977 eine Anweisung herausgab, wonach »gebärfähige Frauen« von frühen klinischen Prüfungen der meisten Arzneimittel auszuschließen seien. Dieser Anweisung haben Pharmakonzerne sich weltweit angeschlossen. Nicht nur Schwangere sollten ausgeschlossen werden, sondern einfach mal alle Frauen zwischen 18 Jahren und Menopause, zum Schutz des ungeborenen und in diesem Fall komplett ungezeugten Lebens.¹⁷⁰ Es ging nie darum, Leben zu retten, sondern nur darum, Schadensersatzklagen vorzubeugen, auf Kosten von Frauen. Und wieder einmal ist die angebliche Sorge um die Gebärfähigkeit das Einfallstor für eine misogynen Praxis, die zeigt: Der Wert der Frau ist nie so hoch wie ihr Wert als Kinderfabrik. Ein weiterer Grund für den Ausschluss von Frauen war die Sorge darum, dass die zyklusbedingten Schwankungen im Hormonhaushalt die Studienergebnisse verfälschen könnten ... haha. Ach so, ja, nee, dann lieber nur cis Männer nehmen, bei denen Ergebnisse konstant stabil und nicht übertragbar auf alle anderen sind. Patriarchat: Da weiß Mann, was Mann hat.

1993 dann eine kleine Kehrtwende der FDA: Frauen sind ab jetzt als Probandinnen zugelassen. Das Aufkommen der Gendermedizin als kleines, aber eigenes Forschungsfeld sorgte zum ersten Mal für ein Bewusstsein darüber, dass anhand von cis Männerkörpern nicht alles erklärt und erforscht werden kann. Zum Beispiel kam 1983 eine Studie zur Wirkung von Aspirin in der Thrombose-Behandlung zu dem Schluss, dass die Unterschiede in der Wirkdauer, die zwischen männlichen und weiblichen Laborkaninchen beobachtet wurden, möglicherweise Rückschlüsse auf unterschiedliche Dosierungen bei männlichen und weiblichen Menschen zuließen.¹⁷¹ Ein weibliches Labortier ist seit Jahrzehnten unser bestes Proxy. Und selbst

heute ist es in Tierexperimenten so, dass mehr an männlichen Tieren geforscht wird, weil die angeblich »einfacher« in der Handhabung sind, weibliche Versuchstiere dagegen gelten als »unberechenbar«.¹ Laut einer Studie von 2007 werden in knapp 90 Prozent der Medikamentenstudien die Wirkstoffe ausschließlich an männlichen Mäusen und Ratten getestet.¹⁷² »Am besten, Sie entfernen die Eierstöcke oder verzichten ganz auf weibliche Versuchstiere. Dann sind Sie das leidige Problem mit den weiblichen Hormonen los«, lautet ein Ratschlag, den die Neurobiologin Rebecca Shansky am Anfang ihrer Karriere immer wieder erhielt. So ließen sich die Forschungsergebnisse stabilisieren und besser vergleichen. Weil diese gut gemeinten Ratschläge einen sexistischen Nachgeschmack bei ihr hinterließen, untersuchte sie stattdessen gezielt die unterschiedliche Eignung der Labormäuse und fand heraus: Das ist Quatsch! Es gab bei männlichen Mäusen ebenso Hormonschwankungen wie bei weiblichen. Teilweise waren deren Schwankungen sogar noch größer, bedingt durch Rangordnungskämpfe hatten einige dominante Mäuseriche fünfmal höhere Testosteronwerte.¹⁷³ Das heißt also, der Ausschluss von Weibchen (menschlichen wie tierischen) hat Forscher:innen die Arbeit gar nicht leichter gemacht, sondern bloß schlechter.

Jetzt sind Frauen und Männer keine Mäuse. Es ist schon richtig, dass Hormonschwankungen durch den weiblichen Zyklus, Verhütungsmittel oder Wechseljahre die Ergebnisse weniger einheitlich machen als bei cis Männern und daher eine wesentlich größere Anzahl Probandinnen erforderlich ist, um belastbare Zahlen zu bekommen. Außerdem leidet die Vergleichbarkeit zu älteren Studienergebnissen, wenn auf einmal cis Frauen dabei sind. Statt alte Äpfel mit neuen Äpfeln zu vergleichen, tauchen auf einmal Birnen in der Gleichung auf. »Wo kommen wir denn hin, wenn wir alles auch an Frauen testen müssen? Nachher würde sich herausstellen, dass Frau-

I Interessant, dass Sexismus und Misogynie der Menschen sich auch artenübergreifend äußern!

en andere Medikamente brauchen. Das ist doch viel zu kompliziert für die Ärzte!«, bemerkte die Gendermedizinerin Vera Regitz-Zagrosek von der Berliner Charité in einer Dokumentation von STR_F ironisch.¹⁷⁴

Ja, wo kämen wir denn hin? Nun, dahin, dass Frauen nach Einnahme eines Herzmedikaments wie Digoxin nicht sterben müssten, sondern überleben könnten. Eine Doppelblindstudie (2002) an chronisch kranken Herzpatient:innen nach einer OP kam zu dem Ergebnis, dass das Mittel den Männern half, es war also ein positiver Effekt zu messen, der über dem der Kontrollgruppe lag, die Placebos bekam. Die Frauen in der Studie hingegen hatten höhere Überlebenschancen mit dem Placebo – das Medikament verringerte ihre Überlebenswahrscheinlichkeit um 4,2 Prozent (gegenüber der Kontrollgruppe).¹⁷⁵ Spätere Studien fanden heraus, dass (wie so oft) die Dosis das Gift macht, Frauen also eher an einer Vergiftung durch zu hoch dosiertes Digoxin sterben, die gleiche Dosis bei Männern jedoch ungiftig ist.¹⁷⁶ Das wäre doch eine wertvolle Info für den Beipackzettel gewesen, oder?

Abhängig von der Anzahl der X-Chromosomen und der An- oder Abwesenheit eines Y-Chromosoms stellt der Körper Hormone her, die wiederum für die Enzyme im Körper verantwortlich sind, unsere Körperchemie wird davon bestimmt. Die Stoffwechselprozesse in Leber und Niere spielen zum Beispiel eine große Rolle bei der Frage, wann und wie viel Wirkstoff freigesetzt wird und wie lange er aktiv ist, bevor er vom Körper abgebaut wird. Wir müssen uns nur anschauen, wie unterschiedlich lang Alkohol im Körper abgebaut wird, um uns vor Augen zu halten, dass es da Unterschiede gibt. Die Stoffwechselenzyme in der Leber einer cis Frau werden nicht so zahlreich produziert wie die in der Leber eines cis Mannes. Für die Einnahme eines Medikaments wie Metoprolol – ein Beta-blocker, der beispielsweise bei Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Beschwerden verschrieben wird, aber auch gegen bestimmte Formen der Migräne hilft und in der Leber abgebaut wird –, bedeutet das, dass es viel länger und stärker im weiblichen Körper wirkt (bis zu

40 Prozent).¹⁷⁷ Die Folge ist oft eine Überdosierung. Andere Wirkstoffe müssen durch die Enzyme in der Leber erst aktiviert werden, das heißt, hier dauert es bei einer cis Frau deutlich länger, bis das Medikament wirkt. Auch der Magen-Darm-Trakt spielt eine große Rolle, denn der arbeitet bei Frauen deutlich langsamer, wobei nicht unbedingt der Weg durch Magen, Dünn- und Dickdarm länger ist, doch bis eine Mahlzeit oder eine Tablette wieder ausgeschieden wird, dauert es etwa ein Drittel länger.¹⁷⁸ Und die höhere Verweildauer der Medikamente im Körper bedeutet aufgrund der unterschiedlichen Körperfettanteile – cis Frauen haben in der Regel mehr davon – auch eine andere Verteilung.

Neben der gewünschten Wirkung und der Option »keine Wirkung« bleiben noch die unerwünschten Nebenwirkungen. Grundsätzlich treten die 1,5 Mal häufiger bei Frauen als bei Männern auf,¹⁷⁹ was wiederum eine logische Konsequenz des unterrepräsentierten Frauenanteils in den Studien ist.

Anderes Thema: Das Immunsystem von cis Frauen funktioniert anders als das von cis Männern – mit allen Vor- und Nachteilen. Ein Vorteil ist, dass manche Impfungen bei uns schon ab einer geringeren Dosis wirksam sind. Dieses Wissen ist in einer Pandemie recht praktisch, wäre es nur besser untersucht. Was wir aber inzwischen wissen: Sexualhormone spielen offenbar eine wichtige Rolle bei der Immunreaktion auf eine Virusinfektion, Östrogen stärkt die körpereigene Abwehr, Testosteron hingegen drosselt sie, ebenso haben Gene auf dem X-Chromosom eine wichtige Funktion bei der Immunantwort, und weil cis Frauen in der Regel¹ zwei davon haben, haben sie einen Vorteil bei der Produktion von Abwehrkräften. Cis Frauen können auch nach einer Grippe-Infektion mehr Antikörper bilden, was super klingt, aber auch dazu führen kann, dass ihre Reaktionen auf Impfungen anders ausfallen, denn die wurden in der

I Es gibt auch cis Frauen mit drei X-Chromosomen und cis Männer mit zwei X-Chromosomen (und einem Y-Chromosom).

Vergangenheit auch nicht so wirklich an Frauen getestet. Und heute? Für die im November 2020 gestarteten Zulassungsverfahren zu einem Covid19-Impfstoff lassen sich alle Details zur Diversität in Bezug auf Ethnie und Altersgruppe problemlos nachschlagen, aber wenn man sich wie ich fragt, wie viele der über 43 000 Teilnehmer:innen weiblich sind, lassen sich auf den Webseiten der Konzerne keine Informationen darüber finden.¹⁸⁰ Man gewinnt den Eindruck, die Info sei unwichtig. Abgesehen davon, dass es unterforscht ist, ist eine weitere Schwäche des weiblichen Immunsystems, dass es sich auch schon mal grundlos gegen den Körper richtet, was in einer Autoimmunkrankheit resultieren kann. 75 Prozent aller autoimmunkranken Patient:innen sind cis weiblich, doch häufig dauert es im Schnitt fünf Jahre und fünf Ärzt:innen, bis sie die richtige Diagnose gestellt bekommen.¹⁸¹ Eine Studie von 2014 fordert, dass das Geschlecht das Hauptkriterium bei der Untersuchung der Ursachen sowie bei der Entwicklung von Therapien und Wirkstoffen sein soll, doch auch das bleibt in der Praxis Wunschdenken.¹⁸²

Abgesehen vom Mangel an Forschung zu diesem Thema und dem Widerstand der Pharmaindustrie, sich von ihrer androzentristischen Praxis zu lösen, ist die Wissensvermittlung unter Mediziner:innen ein großes Problem. Wie zuvor anhand der Beispiele Herzinfarkt und Endometriose gezeigt, ist es immer noch nicht in das kollektive Bewusstsein aller Ärzt:innen und Forschenden gedrungen, dass es Unterschiede gibt und dass die im Extremfall über Leben und Tod entscheiden können. Laut Regitz-Zagrosek ist das der Grund, weshalb diese Gedanken beim Verschreiben und bei den Dosierungsempfehlungen für Arzneimittel in der Regel kaum eine Rolle spielen.¹⁸³

Ein Feld, auf dem die Pharmaindustrie sich hingegen eine Zeit lang sehr um das Wohl der Frau zu bemühen schien, war die Suche nach dem Heiligen Gral für sexuelle Lust. Spätestens seit der Zulassung von Viagra 1998 drängte es sich schon fast wie ein Ruf nach Gleichberechtigung auf: »Wo bleibt das Viagra für Frauen? Wo bleibt das

pinke Viagra?«, fragten Frauenmagazine und Zeitungen weltweit, als handle es sich bei sexueller Erregung auf Knopfdruck um eine Errungenschaft, vergleichbar mindestens mit dem Frauenwahlrecht. Aber worum genau geht es hier?

Viagra, die kleine blaue Pille mit dem Pfizer-Logo, ist trotz ihrer Nebenwirkungen (zum Beispiel Herzrhythmusstörungen) innerhalb von kürzester Zeit in aller Munde gewesen. Also nicht wörtlich natürlich – Erektionsstörungen betreffen einer Studie zufolge jeden zehnten cis Mann im Laufe seines Lebens, in den USA verhilft Viagra 74 Prozent der Betroffenen zu einer Erektion¹⁸⁴ –, aber in der Popkultur war Viagra kultig und allgegenwärtig. Es war also logisch, dass viele Frauen die Wunderdroge auch wollten. Bloß war in diesem Bestreben nach sexueller Lust und Befreiung schnell vergessen, was Viagra eigentlich ist: ein Mittel, das die Blutzufuhr steigert, nicht eines, das die Libido entfacht. Es begünstigt einzig und allein den Druck in den Schwellkörpern, sodass der Penis hart wird. Wenn's vorbei ist, ist's vorbei, das Mittel ist innerhalb weniger Stunden wieder raus aus dem System. Die Geilheit, die in der breiten Öffentlichkeit mit der Einnahme assoziiert wurde, war nichts, was in der Tablette steckte, sondern in den Köpfen der cis Männer. Und genau das wollte man jetzt auch für die cis Frau haben – nur ist es da mit einem Blutdruckmittel nicht getan, dafür muss man im Gehirn ansetzen. »Das wird eine neue Krankheit für Frauen schaffen«, kritisierte die Professorin für Klinische Psychiatrie an der New York University School of Medicine, Leonore Tiefer, das Vorhaben schon in seiner Frühphase.¹⁸⁵ Die Tatsache, dass eine Frau keine Lust auf Sex hat, könne viele gute Gründe haben, und die Pathologisierung weiblicher Sexualität mit dem Zweck, dass sich die Pharmaindustrie daran bereichern kann, sei ein grundfalscher und patriarchaler Ansatz, so Tiefer. Das Problem ist, dass dadurch Erwartungen geweckt werden, wie sich eine »normale« Libido zu verhalten hat, also wie viel Lust normal ist. Als krankhaft, aber pharmazeutisch heilbar, wird alles deklariert, was von dieser Norm abweicht, und die Abweichung wird nicht zuletzt von der Erwartung des Mannes

an seine Partnerin bestimmt. Was als »normale sexuelle Lust« gilt, folgt persönlichen, kulturellen, religiösen und historischen Normen. Der Pharmaindustrie war all das natürlich vollkommen egal, die blieb dran am Projekt »pink Viagra«. Und nachdem die FDA die Zulassung des Mittels zweimal verweigert und sich damit zur Zielscheibe für Sexismusvorwürfe von pseudo-feministischen Kampagnen wie »Even the Score« gemacht hatte^I, wurde Addyi, 17 Jahre nach Viagra, 2015 schließlich in den USA zugelassen^{II}. Wie Tiefer schon zehn Jahre zuvor prophezeit hatte, war das »weibliche Viagra« im Grunde ein Antidepressivum. Der enthaltene Wirkstoff Flibanserin war als solches entwickelt worden, nur half er nicht besonders zuverlässig. Stattdessen beobachteten die Forscher:innen an ihren Versuchstieren einen erhöhten Sexualtrieb^{III}, also dachten sie sich: »Prima, machen wir ein Upcycling draus und vermarkten es an die lustlose Frau.« Addyi muss im Gegensatz zu Viagra nicht nur bei Bedarf, sondern jeden Tag eingenommen werden, der Wirkstoff verändert die Chemie im Gehirn, und es kann Monate dauern, bis ein Effekt einsetzt, wenn überhaupt. Studien dazu verzeichnen nur sehr geringfügig mehr Sex während der Behandlung (oder keine Veränderung), aber die Vergleichsgruppe, die das Placebo einnahm, hatte ebenfalls ein bisschen mehr oder gleichbleibend viel Sex.^{IV} Die Liste der Nebenwirkungen für Addyi ist lang und schwerwiegend. Unter anderem sind Wechselwirkungen mit Alkohol zu erwarten. Sprout Pharmaceuticals hatte das zwar untersucht, doch – Überraschung – von den 25 Proband:innen waren nur zwei weiblich.¹⁸⁶

I Die Begründung der Selbstbezeichnung war, dass die Kampagne »geschaffen wurde, um als Stimme für amerikanische Frauen zu dienen, die glauben, dass es an der Zeit ist, bei der Behandlung sexueller Funktionsstörungen von Frauen gleiche Ausgangsbedingungen zu schaffen«. Tatsächlich stellte sich nach der Zulassung raus, dass die Produzenten Sprout Pharmaceuticals selbst für die Kampagne verantwortlich waren. Haha!

II Das Mittel wurde in Europa nie zugelassen.

III Ob es sich um weibliche oder männliche Tiere handelte, ist leider nicht bekannt.

IV Vielleicht resultiert die Tatsache, dass man während der Einnahme häufiger an Sex denkt, in häufigerem Sex, so wie ich im Sommer mehr an Eis denke und deshalb auch mehr Eis esse.

Übrigens: Einen Tag nach der Zulassung von Addyi für den US-Markt verkaufte Sprout Pharmaceuticals das Mittel für eine Milliarde US-Dollar an eine Konkurrenzfirma, als hätten sie eine Ahnung gehabt, dass das, was sie da versprochen, niemals gehalten werden könnte. Am Ende sah das alles nach einer PR-Masche aus mit dem einzigen Ziel, sich zu bereichern. Auf Kosten von Frauen, die dachten, sie selbst seien die Ursache ihrer eigenen Lustlosigkeit. Dabei sollten wir es doch inzwischen besser wissen: Der eigentliche Lustkiller ist das Patriarchat. Bloß hilft dagegen keine rosa Pille.

Geburtskultur

Von künstlichen Prozessen, die zu Sex führen sollen, kommen wir zu einem ganz natürlichen Vorgang, der sich hin und wieder als Folge daraus ergibt: die Geburt.

Als ich schwanger war, dachte ich, ich hätte die Wahl: Krankenhausgeburt, Geburtshaus oder Hausgeburt. Dann stellte ich fest, dass die meisten Menschen sich diese Frage sehr viel früher stellen und nicht erst am Ende des sechsten Monats, und wie an einem beliebten Ferienort, wo man mindestens ein halbes Jahr im Voraus reservieren muss, war alles schon ausgebucht. Was blieb, war ein ganz normales Krankenhaus mit einer kürzlich renovierten Geburtsstation, die nicht überlaufen war, da sie sich in einem sogenannten sozialen Brennpunkt befand. Ich hatte Glück: Coole Ärztin und nette Hebammen, ich durfte ambulant entbinden und am Ende einer anstrengenden Nacht mein Baby in den Morgenstunden mit nach Hause nehmen. Aber wann und warum wir Geburten überhaupt vom Privaten ins Öffentliche, also ins Krankenhaus, verlagert haben, diese Frage stelle ich mir seitdem ständig. Die Kurzwort: Der Kapitalismus und das Patriarchat sind der Grund.

Die ersten modernen Krankenhäuser tauchten bei uns im 18. Jahrhundert auf, allerdings waren das Orte, die man mied, wenn man nicht sehr krank und/oder arm war. Denn standardmäßig teilten

sich anfangs bis zu fünf Menschen ein Bett – nicht ein Zimmer, ein Bett! Außerdem steckte die westliche Medizin, wie wir sie kennen, noch in ihren Anfängen, und das Wissen um den menschlichen Körper (insbesondere den weiblichen) und seine Funktionen war noch sehr basal, weshalb viel ins Blaue hinein experimentiert wurde, was nicht selten mehr Schaden als Heilung verursachte. Trotz der raschen Verbreitung wäre in den ersten 100 Jahren keine Frau, die es sich irgendwie leisten konnte, auf die Idee gekommen, für eine Geburt in ein Krankenhaus zu gehen. Auch in den 1840er-Jahren waren Krankenhausgeburten die Ausnahme, nur Frauen aus ärmlichen Verhältnissen und solche, die keinen Partner hatten, mussten diesen Weg wählen. Auch Sexarbeiterinnen oder Frauen, die infolge von unehelichem Sex schwanger geworden waren und nicht davon ausgehen konnten, dass eine kundige Person aus ihrem Umfeld bei der Geburt helfen würde, blieb nichts anderes übrig, als ein Krankenhaus aufzusuchen. In dem Wissen, dass es einen Preis haben würde, denn die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zahlten die Frauen, indem sie den Lehrkrankenhäusern als Forschungsobjekt zur Verfügung standen. Bis dahin waren Geburten das Spezialgebiet von Hebammen gewesen, und Ärzte erkannten allmählich ihren Nachholbedarf in Sachen Geburtsmedizin und weiblicher Anatomie. Gleichzeitig verbot es die damalige Etikette, sich als Frau vor einem fremden Mann unten herum nackt zu machen – was so ziemlich die Basis für jede gynäkologische Untersuchung ist. Da kamen die armen, mittellosen und von der Gesellschaft an den Rand gedrängten Frauen den Klinikärzten gerade recht, denn sie dienten als Gegenleistung für Nachhilfe.

Auffällig war, dass die Sterblichkeitsrate der Mütter bei einer Geburt im Krankenhaus wesentlich höher lag als bei einer Heimgeburt. Gesunde junge Frauen brachten unter ärztlicher Aufsicht ein Kind zur Welt, bekamen dann Fieber, gefolgt von eitrigen Infektionen, und starben binnen weniger Tage. Bis zu 30 Prozent der in Krankenhäusern gebärenden Frauen starben auf diese Weise. Die Diagnose, sofern man das Phänomen damals benennen konnte, lau-

tete: Kindbettfieber. Ursache: unbekannt. Das war nichts Neues, bereits aus der Antike wusste man von einer Krankheit, an der junge Frauen kurz nach der Geburt unter ungeklärten Umständen starben. Später lautete in der westlichen Welt dann die gängigste Erklärung, dass Frauen mit Kindbettfieber moralisch unrein wären, weshalb sie erkrankten und ihrer Unreinheit schließlich erliegen würden. Nun, Unreinheit war schon die Ursache, aber weniger die der Frauen als die der Krankenhausärzte.

Als ein junger ungarischer Arzt namens Ignaz Semmelweis 1846 im renommierten und hochmodernen Wiener Krankenhaus einen Blick auf die Statistiken der beiden Geburtsstationen warf, wurde ihm klar, dass er und seine Kollegen einen nicht unerheblichen Anteil daran hatten, dass so viele Frauen starben. Denn die Sterblichkeit der Mütter in seinem von Ärzten geleiteten Kreißsaal war zehnmal so hoch wie die Sterblichkeit der Mütter, die in dem von Hebammen geleiteten Kreißsaal entbanden. Was machten die Ärzte falsch?

Das Wiener Krankenhaus war ein Lehrkrankenhaus, morgens wurden dort im Namen der Wissenschaft Leichen auseinandergenommen und untersucht. Die Ärzte hatten buchstäblich bis zu den Ellenbogen in toten Körpern gesteckt, als sie nachmittags in die Geburtsstation gingen, um dort Babys auf die Welt zu holen. Mit lauter »Kadaverpartikeln« an den Händen, wie Semmelweis es nannte. Der Effekt des Händewaschens und Desinfizierens war damals noch unbekannt, denn Bakterien waren noch nicht entdeckt worden, und Hygiene war bis zum Ende des 19. Jahrhunderts eher eine geistige als eine körperliche Praxis. Erst mit den Anfängen der medizinischen Forschungsarbeit, durch das Sezieren von Leichen also, gab es beim Kindbettfieber paradoxerweise noch nie dagewesene Rekordzahlen in den Lehrkrankenhäusern.

Bis sich in den Krankenhäusern Hygienestandards durchsetzten, sollte es dann auch noch eine Weile dauern und Semmelweis den Verstand kosten, denn vor allem ältere Ärzte weigerten sich einzu-

sehen, dass sie die Ursache für den Tod der Frauen waren. Doch mit der Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse verschwand das Kindbettfieber fast komplett. Zeitgleich erzielte die westliche Medizin Erfolge, Krankenhäuser wurden profitabler, und eine Krankenhausgeburt wurde auch für die Mittel- und Oberschicht attraktiver.

Das Wissen um Bakterien eröffnete einen völlig neuen Markt, und Frauenmagazine aus der Zeit waren plötzlich voller Werbung für Reinigungsprodukte, mit denen man sich für den Kampf gegen die »Keime« wappnen konnte. Bis heute. Unsichtbare Keime waren auf einmal eine potenziell tödliche Gefahr für alles und jeden, und eine regelrechte Hygiene-Hysterie nahm ihren Anfang. Außerdem brachten Erkenntnisse aus dem Ersten Weltkrieg über die Nutzung von Betäubungsmitteln ein neues Verkaufsargument hervor, mit dem Frauen in die Krankenhäuser gelockt wurden: Der »Dämmerschlaf«^I nahm nicht nur die größten Schmerzen weg, sondern auch die Erinnerung an die Geburt. Die Frau kam zu sich, und das Baby war da.

Geburten wurden zu einer neuen, sehr lukrativen Wissenschaft: Babys wurden von ihren Müttern getrennt und lagen nach der Untersuchung auf der Säuglingsstation, wo sie von Krankenschwestern versorgt wurden. Nachdem man festgestellt hatte, dass man Säuglingen auch Mixturen aus Kuhmilch verabreichen konnte, waren Mutter und Kind oft über mehrere Tage getrennt. Ab den 1920er-Jahren war die Krankenhausgeburt in den Städten schon so etabliert, dass eine Frau, wollte sie zu Hause gebären, sich oftmals gegen den Wunsch ihres Arztes aktiv dafür entscheiden musste. Zehn Jahre später war es dann schon keine Frage mehr: Geboren wird im Krankenhaus.

Für die nächsten Jahrzehnte war das Krankenhaus der Goldstandard, auch 2018 kamen in Deutschland noch fast alle Babys im Krankenhaus zur Welt, der Prozentsatz, der nicht im Krankenhaus

I Auch als »Twilight Sleep« bekannt – eine Mischung aus Morphinum, einem Halluzinogen namens Scopolamin und Äther.

beendeten Geburten, betrug gerade mal 1,3 Prozent.¹⁸⁷ Das sind inzwischen mehr, doch die Versicherungen, die Hebammen abschließen müssen, um für Hausgeburten zugelassen zu werden, sind so astronomisch hoch, dass die wenigsten freiberuflichen Hebammen sich das leisten können. In meinem Fall war es so, dass der Haftpflichtversicherungsschutz meiner Hebamme für Hausgeburten am 1. März 2015 ablief. Wäre mein Kind vor diesem Stichtag auf die Welt gekommen, hätte die Hebamme die Geburt zu Hause begleiten können, bloß dass das Kind da noch nicht ganz fertig war. Also: Krankenhausgeburt. Nach einer halben Nacht in den Wehen ging es kaum voran, man sprach von einem »Geburtsstillstand«, woraufhin ein Oberarzt, den ich noch nie gesehen hatte, den Kopf durch die Tür steckte und einen Kaiserschnitt anordnete. Alles in mir schrie »NEIN!!!«, ich war nicht so weit gekommen, um mich jetzt aufschneiden zu lassen, nur weil es irgendeinem Typen nicht schnell genug ging. Ich muss sehr entschieden gebrüllt haben, dass ich das so hinkriegen würde, und ich hatte das große Glück, dass die Hebamme und die Ärztin auf meiner Seite waren und ihren Chef überzeugten, mir noch etwas mehr Zeit zu geben.^I

Laut WHO ist eine Kaiserschnitttrate von zehn bis 15 Prozent bei allen Geburten weltweit medizinisch sinnvoll.¹⁸⁸ Trotzdem hat sie sich in den letzten drei Jahrzehnten in Deutschland verdreifacht.¹⁸⁹ Fast ein Drittel aller Babys kommt hierzulande so auf die Welt (30,5 Prozent).^{II} Das verwundert nicht, denn der durchschnittliche

I Dazu noch Folgendes: Ich bin eine privilegierte Frau, die sich nicht nur ohne Probleme auf Deutsch ausdrücken kann, sondern zufällig auch noch die diensthabende Ärztin auf der Geburtsstation kannte, die, wie sich bei meinem Eintreffen auf der Station herausstellte, die Kommilitonin eines Exfreundes war. Hätte es eine Sprachbarriere und keine persönliche Verbindung gegeben, ich wäre wohl aufgeschnitten worden.

II Interessant ist, dass es große regionale Unterschiede gibt: In den neuen Bundesländern werden Kinder sehr viel häufiger natürlich geboren als in den alten. Und in privaten Kliniken werden deutlich mehr Kaiserschnitte vorgenommen als in öffentlichen.

Kaiserschnitt dauert 30 Minuten, wohingegen die natürliche (Erstlings-)Geburt im Schnitt 13 Stunden dauert. Und trotz dieser Unterschiede in Zeit und Aufwand bezahlen Krankenkassen einem Krankenhaus für einen Kaiserschnitt fast doppelt so viel wie für eine natürliche Geburt. Aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist es für ein Krankenhaus also absolut sinnvoll, möglichst viele Kaiserschnitte durchzuführen. Kapitalismus auf Kosten der Gesundheit, denn – auch das haben Untersuchungen gezeigt – das Risiko einer Erkrankung, beispielsweise der Atemwege, oder sonstiger Entwicklungsstörungen, ist bei Kaiserschnitt-Babys höher, was auch noch lange nach der Geburt hohe Folgekosten verursachen kann. »Angesichts dieser Ergebnisse lässt sich die These aufstellen, dass Kaiserschnittgeborene ein geringeres Gesundheitskapital als Vaginalgeborene aufweisen«, heißt es dazu in einer ausführlichen Analyse der Techniker Krankenkasse.¹⁹⁰

Geringeres Gesundheitskapital bei Kindern zugunsten von ... ja, was? Kapitalanhäufung bei Krankenhäusern?

Vulva obscura

Ein Mythos, der sich seit Jahrhunderten hartnäckig hält, ist, wie in Kapitel 7 besprochen, die Jungfräulichkeit. Wenn ich an Jungfräulichkeit denke, dann fällt mir sofort der Hinweis auf Marmeladengläsern ein, deren Inhalt man nur dann sicher genießen kann, wenn es beim Öffnen ploppt. Das sichere Zeichen für ein unversehrtes Vakuum. Anders als bei Konfitüre hat der Genuss einer Vagina allerdings absolut nichts mit einem irgendwie gearteten Vakuum zu tun, denn anatomisch gesehen ist das Hymen – die Bezeichnung, die wesentlich angemessener ist als Jungfernhäutchen – kein Verschluss, sondern eher eine Art ausgeleiertes Haargummi. Auch der Umstand, dass man in den meisten Sprachen seine Jungfräulichkeit beziehungsweise seine Unschuld »verliert«, also der Verlust von etwas im Vordergrund steht, statt ein Erfahrungsgewinn, untermauert sprachlich unsere krude und falsche Auffassung vom »ersten

Mal«. Dennoch ist die Erzählung der »unbefleckten Frau« bis heute ein Kriterium für den Wert einer unverheirateten Frau. Die BBC hat Ende 2020 berichtet, dass in einigen Privatkliniken in Großbritannien sogenannte Jungfräulichkeitstest verkauft werden. Die »Tests« entbehren jeglicher wissenschaftlichen Grundlage und wurden von der WHO und den UN als Verletzung der Menschenrechte eingeordnet. Trotzdem ist der Test, ebenso wie operative Eingriffe zur »Wiederherstellung« des Hymens, nicht illegal, weder in Großbritannien noch in Deutschland. Würden diese Eingriffe verboten werden, würden Frauen und Mädchen, deren Kultur Wert auf ein Jungfernhäutchen legt, in die Illegalität gezwungen, wodurch sie einem weitaus größeren Risiko ausgesetzt wären und absolut nichts gewonnen wäre. Das Prinzip der Jungfräulichkeit ist im Grunde genommen ein fleischgewordenes patriarchales Design, und die Macht, die dem innewohnt, gehört abgeschafft.

Doch die Unwissenheit über das, was da »untenrum« eigentlich los ist, betrifft innen wie außen, Lai:innen wie Mediziner:innen. Ein Beispiel aus der Praxis: Eines Tages fragte sich ein Gynäkologe, ob er nicht irgendeine Studie heranziehen könnte, um seine verunsicherten Patientinnen zu beruhigen, die ihn wegen der Beschaffenheit ihrer Vulva um Rat baten. Er suchte und stellte zu seiner Überraschung fest, dass er kaum eine repräsentative Veröffentlichung mit Vermessungen von Vulven fand.^I Also beschloss er, in Zusammenarbeit mit einigen Kolleg:innen, selbst eine Studie durchzuführen, die sogenannte Luzerner Vulva-Studie. Zum ersten Mal wurden Vulven medizinisch vermessen, ihre verschiedensten Variationen erhoben und dokumentiert. Genitalien von 657 Frauen zwischen 15 und 84 Jahren.^{II} Das Ergebnis war für Menschen, die sich regelmäßig in einem Schwimmbad in der Frauendusche waschen, so selbst-

I Es gibt eine kleine britische Studie über die Vermessung von 50 Frauen im Alter von 18 bis 50 Jahren. Lloyd u. a., »Female Genital Appearance«.

II Eine Einschränkung der Studie ist, dass sie ausschließlich unter weißen Schweizerinnen durchgeführt wurde. Weitere Studien in anderen Gesellschaften müssten durchgeführt werden, um Aussagen über alle Vulven treffen zu können.

verständlich, wie es umgekehrt für einige, die dies nicht – oder bloß mit geschlossenen Augen – tun, überraschend war: Vulven unterscheiden sich in Größe und Farbe, teilweise sind sie asymmetrisch, und überhaupt gleicht keine der anderen. Die Studienmacher:innen haben äußere Schamlippen von 1,2 bis 18 Zentimetern gemessen. Auch bei den inneren Schamlippen waren die Variationen von 0,076 Zentimetern bis zu 7,62 Zentimetern groß. Die angewandten Messmethoden erfordern keine Technik, die erst hätte erfunden werden müssen. Im Gegenteil, seit der Erfindung von Maßeinheiten wurde am menschlichen Körper eigentlich schon immer alles vermessen – außer eben die Vulva. Die versammelte Weltpresse interessierte sich für die Ergebnisse der Luzerner Vulva-Studie, und der Arzt gab viele Interviews.

Ein kleines Detail, das ich bis jetzt nicht erwähnt habe, aus dem aber unmissverständlich hervorgeht, warum diese Studie nicht schon Mitte des 19. Jahrhunderts durchgeführt wurde, sondern erst 2018, ist der Auslöser für die Studie: der Umstand, dass Andreas Günthert in seinem Institut immer mehr Patientinnen sah, deren Vulva mithilfe plastischer Chirurgie »normaler« gemacht worden war. »Normaler« heißt in diesem Fall: an ein Schönheitsideal angeglichen, das sich an den glatt rasierten Vulven in Pornos orientiert, die zu erheblichen Teilen ebenfalls chirurgisch verändert werden.

Vorab: Es geht mir nicht darum, die Motive von Menschen zu beurteilen, die ihre Vulva operativ verschönern lassen wollen, jeder Mensch sollte das Recht haben, sich in seinem Körper wohlfühlen, und wenn er dazu ein Schönheitsideal verfolgen möchte, dann steht es niemandem zu, darüber zu urteilen. Interessant finde ich eher die Beobachtung, wie wenig das weibliche Genital und auch die weibliche Lust erforscht sind und wie wenig die vorhandene Forschung es in den Kanon des Allgemeinwissens geschafft hat. Die Informationsgrundlage, auf deren Basis eine Entscheidung darüber getroffen wird, dass die eigene Vulva nicht »normal« ist und deswegen auch nicht schön sein kann, ist biased und erinnert mich an

ein Experiment. In der Statistik gibt es das Prinzip der Normalverteilung, das ist eine Art Weltformel, die besagt, dass alle natürlichen messbaren Aufkommen normal verteilt sind – wie zum Beispiel Größe, Gewicht, Blutdruck, Anzahl der Haare, Anzahl der Blätter an einem Baum und und und –, das heißt eine Art gleichmäßige Kurve bilden. Nehmen wir Körpergrößen von cis Frauen in Deutschland: Durchschnittlich ist die Frau hier 1,66 Meter groß. Die Normalverteilung besagt, dass sich die meisten Frauen in diesem Umfeld bewegen, denn auch wenn es mathematisch durchaus möglich ist, dass in Deutschland nur Frauen leben, die zur Hälfte um die zwei Meter groß sind und zur anderen Hälfte knapp über 1,30 Meter, ist es statistisch gesehen sehr unwahrscheinlich. Über zwei Meter große Frauen wird es nur wenige geben, ebenso wenige unter 1,30 Meter. 1,90 Meter große Frauen gibt es schon etwas mehr, genau wie 1,40 Meter große, und so steigt die Kurve von beiden Seiten gleichmäßig an, bis sie schließlich bei 1,66 Meter ihren Höhepunkt erreicht hat. Was für die Körpergröße gilt, gilt auch für die Labiengröße, die meisten Frauen liegen irgendwo im Durchschnitt.

Das Galtonbrett veranschaulicht dieses Prinzip – man zieht an einem kleinen Hebel, und viele kleine Kugeln finden ihren Weg durch das Hindernislabyrinth, bevor sie in den unteren Fächern normal verteilt ankommen. Wenige erreichen die äußeren Enden, in Richtung Mitte steigt die Zahl, das mittlere Fach ist am höchsten gefüllt. Was aber, wenn das Brett in dem Moment, in dem die Kugeln von oben losgelassen werden, nicht gerade steht, sondern – sagen wir mal – ein Klötzchen namens Patriarchat das Brett in Schrägstellung gebracht hat? Dann verschiebt sich die Verteilung, sie wird schief.

»At the present time, the field of female cosmetic genital surgery is like the old Wild, Wild West: wide open and unregulated«¹ – das ist extrem catchy als Zitat in einem wissenschaftlichen Artikel¹⁹¹, weshalb es auch in so ziemlich jeder Publikation zum Thema

1 »Gegenwärtig ist das Gebiet der weiblichen kosmetischen Genitalchirurgie vergleichbar mit dem Wilden Westen: offen und unreguliert.«

Plastische Intimchirurgie zu finden ist. Aber der Mangel an Gesetzen, Leitlinien und Regularien erinnert tatsächlich an den Wilden Westen, ebenso wie die Goldgräber-Mentalität, wenn es darum geht, mit diesen Operationen an schnelles Geld zu kommen. Die Soziologin Kathy Meßmer hat sich für ihre Promotion die Websites vieler Anbieter:innen von Intimchirurgie und ihre Versprechen angeschaut und festgestellt, dass es nichts gibt, was untenrum nicht pathologisiert wird. Es wird suggeriert, dass ein Großteil der Frauen an den eigenen Labien leide, wodurch der Griff zum Skalpell als feministischer Befreiungsschlag vermarktet werden soll.¹⁹² Während, wie oben ausgeführt, in vielen Bereichen der Medizin die Frau schlicht als kleinerer Mann verstanden wird und es nicht genug Forschung zum weiblichen Krankheitsverlauf gibt, wird der weibliche Körper in der Plastischen Chirurgie sehr genau unter die Lupe genommen. Eine Frau gilt dort grundsätzlich als mangelhaft und unvollkommen, mit Makeln behaftet, weshalb es gilt, sie aus dem Korsett ihres defizitären Körpers zu befreien.

In der von Expert:innen im Bereich der plastischen Vulva-Rekonstruktion oft herangezogenen wissenschaftlichen Arbeit war von einer äußeren Schamlippengröße von drei Zentimetern die Rede, alles, was größer war, fiel in den Bereich des Pathologischen, bedurfte also angeblich einer chirurgischen Behandlung. Nun wusste Andreas Günthert aus seiner Praxis, dass Vulven unterschiedlich aussehen können und dass dies nicht heißt, dass irgendetwas mit ihnen nicht stimmt, also pathologisch ist. Gewebe altert, erschlaft, hängt, da ist die Vulva auch keine Ausnahme vom restlichen Körper. Das Problem ist nur, dass nicht viele von uns in einer gynäkologischen Abteilung oder Praxis arbeiten, und auch wenn Schwimmbadduschen ein ganz gutes Indiz für die Vulven-Diversität sein können, so glotzen die wenigsten von uns der anderen interessiert in den Schritt. Viele heterosexuelle cis Frauen kennen (wenn überhaupt) nur ihre eigene Vulva persönlich und andere Vulven bloß aus dem Fernsehen oder dem Internet. Und das ist ein Problem – es ist genau dieses Klötzchen, das die Normalverteilung

in Schiefelage geraten lässt und eine kleine, straffe, pfirsichhäutige Vulva als Norm etabliert, obwohl diese in der Welt nur am äußersten Ende der Verteilung vorkommt – sprich: selten.

Weiße Medizin

Wenn es um das Patriarchat in der westlichen Medizin geht, dann reicht es nicht, sich ausschließlich das Machtgefälle zwischen Mann und Frau anzuschauen, es lohnt unter anderem auch ein Blick auf ihre Weißnormierung.

Eine Studie von 2016 fand heraus, dass 50 Prozent der Medizinstudent:innen und Ärzt:innen in der Fachärzt:innenausbildung der Meinung waren, dass Schwarze Menschen ein anderes Schmerzempfinden hätten als weiße, weil »ihre Haut dicker sei« und »sie andere Nervenenden« hätten.¹⁹³ Um es ganz klar zu sagen: Es gibt keinen neurologischen Unterschied im Schmerzempfinden, der irgendetwas mit der Hautfarbe, mit der Ethnie eines Menschen zu tun hat – nein! Dass nicht nur medizinische Lai:innen, sondern auch das Fachpersonal einen solchen Bias mit sich herumträgt und dass auf Grundlage dieser falschen Annahme gravierende medizinische Fehldiagnosen gefällt werden, ist ein Problem, dessen Relevanz kaum überbewertet werden kann. Neben einer unzureichenden medizinischen Behandlung, die zum Tod führen kann, zeigt sich darin auch, wie tief verwurzelt rassistisches Gedankengut noch immer ist. Denn die vermeintliche biologische Verschiedenheit der Menschen und infolgedessen die Legitimation, sie hierarchisch zu ordnen, war die Rechtfertigung für Misshandlung, Mord und Genozid während der vergangenen Jahrhunderte. Umso erschreckender, dass diese falschen Annahmen unser Menschenbild noch immer unschwellig bestimmen und dass immer noch Menschen daran sterben.

Unwissenheit kann auch bei der Diagnose von Neugeborenen- gelbsucht durch einen Hautscanner gefährlich sein. Der Scanner

wird in Deutschland seit 2013 auf Neugeborenenstationen eingesetzt und gilt als wesentlich schonendere Methode zur Feststellung von Gelbsucht bei Babys als die sonst übliche Blutabnahme.¹ Dabei misst das Gerät den Wert des Bilirubins, des Abbauprodukts aus der Galle, das, wenn der Körper es nicht richtig umsetzen kann, zu einer Gelbverfärbung führt. Die Verfärbung wird beim Hautscan mit einem optischen Verfahren durch ein Lichtspektrum an der Hautoberfläche des Babys gemessen. Das Ergebnis gilt als zuverlässig – solange das Baby weiß ist, denn auch dieses Gerät ist hier häufig auf weiße Haut geeicht. Eine Krankheit, die bei Neugeborenen häufig vorkommt und leicht zu behandeln ist, kann, wenn sie unerkannt bleibt, lebensbedrohlich werden. Und Mediziner:innen, die sich alleine auf den Scanner verlassen, ohne die Weißnormierung des Gerätes beim Auswerten des Ergebnisses auf dem Schirm zu haben, riskieren dadurch, ein Baby fälschlicherweise für gesund zu erklären.

Schwarze Babys und Babys of Color sind noch auf andere Weise gefährdet. Eine jährlich durchgeführte US-Studie über das erste Lebensjahr hat erschreckende Zahlen zutage gefördert: In den USA erleben sechs von 1000 Babys ihren ersten Geburtstag nicht. Und die Kindersterblichkeit von nicht-weißen Babys ist mehr als doppelt so hoch wie die von weißen Babys.¹⁹⁴ Die Ursachen hierfür sind vielfältig und systemisch und haben nicht nur mit der Ungleichbehandlung in medizinischen Einrichtungen zu tun. Doch wenn man einen Blick auf die Müttersterblichkeit wirft, also die Anzahl der Frauen, die während der Schwangerschaft, der Geburt oder unmittelbar danach sterben, dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Schwarze Frau mehr als dreimal so hoch wie für eine weiße Frau. Dieses Ungleichgewicht gibt es nicht nur in den USA, in Großbritannien sieht es beispielsweise noch schlimmer aus, dort hat eine Schwarze Frau sogar ein fünfmal höheres Sterblichkeitsrisiko beim Kinderkriegen als eine weiße Frau.¹⁹⁵ Dabei sind die häufigsten Todesur-

I Die vor allem für Frühchen als besonders stressig gilt.

sachen¹ statistisch gesehen vollkommen gleich verteilt, doch die Art und Weise, wie medizinisches Personal auf Beschwerden und Symptome einer Patientin reagieren, sind unterschiedlich.

»Blass sein« oder »blaue Lippen« haben, so lernen wir schon als Kinder, gelten als Anzeichen, dass es einer Person nicht gut geht – einer *weißen* Person. Dunklere Haut wird nicht blass, und die Lippen werden auch nicht blau. Malone Mukwende, Medizinstudent aus London, konnte das unmittelbar an sich selbst beobachten. Überhaupt fiel ihm schon im ersten Semester auf, dass alle äußeren Symptome, die die Studierenden sich in ihren Büchern und während der Vorlesungen anschauten, nur auf weiße Patient:innen zutrafen. Aber Hautveränderungen können nicht 1:1 von weißer Haut auf braune und schwarze Hauttöne übertragen werden, Informationen darüber, wie die beschriebenen Symptome auf nicht-weißer Haut aussehen, suchte Mukwende vergeblich. Ein Beispiel, das Mukwende in einem Interview nennt, ist das Kawasaki-Syndrom, eine Gefäßentzündung, die vor allem kleine Kinder betrifft^{II}. Bei weißer Haut bildet sich oft ein rotes, juckendes Ekzem, bei dunklerer Haut kann die Rötung komplett wegfallen und damit auch eines der Haupterkennungsmerkmale der Krankheit, die im schlimmsten Fall zu einem tödlichen Herzinfarkt führt. Auch der standardmäßig angewandte Pricktest, mit dem Allergien festgestellt werden, misst die Schwellung und die Rötung als Indiz für eine Allergen-Empfindlichkeit – bloß sieht die bei schwarzer und brauner Haut anders aus als auf der weiß-normierten Vergleichstabelle. Aus der Notwendigkeit für eine bessere Diagnostik heraus hat Mukwende mithilfe seiner Uni selbst klinische Symptome auf brauner und schwarzer Haut fotografiert und dokumentiert. *Mind the Gap – A handbook of clinical signs on Black and Brown skin* heißt das Buch, das dabei herausgekommen ist, und es ist tatsächlich das erste seiner Art. Dabei,

I Herzkrankheiten, Blutgerinnsel, Epilepsien und Schlaganfälle.

II Und kürzlich auch in Verbindung mit Covid-19 bei Kindern aufgetaucht ist, weshalb diese Erkenntnisse noch wichtiger geworden sind.

so Mukwende, sei dieses Wissen nicht nur für medizinisches Personal dringend notwendig, auch Patient:innen fühlten sich viel besser aufgehoben, wenn das, was man ihnen zu Krankheit und Diagnose zeigt, tatsächlich zu dem passt, was sie an eigenen Symptomen aufweisen.¹⁹⁶ Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Dekolonialisierung westlicher Medizin.

Diesen Weg sollte man aber auch beschreiten, wenn es darum geht, wie Sachverhalte grundsätzlich präsentiert werden. Die Medizinstudentin und Aktivistin LaShyra Nolen bemerkte 2020, dass in allen Büchern, mit denen in Harvard Medizin gelehrt wird, immer wieder Sätze stehen wie: »Black people are more likely to develop ...«, oder: »African Americans have the highest rates of ...«, und zwar ohne dass dort jemals ein Wort über die Ursachen dieser Extreme verloren wird. Struktureller Rassismus. Das zementiere unter Mediziner:innen die Vorstellung, dass Schwarze Menschen inhärent »kaputt« seien. Symptome werden hier als irreparable Wesenszüge etabliert, statt dass in der Bekämpfung der Ursachen eine Chance für mehr Gesundheit gesehen wird.¹⁹⁷

Kapitel 9 NOCHMAL »ANDERS«

Bis auf das letzte Teilkapitel ging es weitestgehend um Dinge, Strukturen und Designs, die sich auf das Machtgefälle zwischen Mann und Frau beziehen, egal, ob es sich dabei um gesellschaftlich konstruierte Gender- oder körperlich bedingte Sex-Unterschiede handelt. Diese konstruierte Binarität hat reale Konsequenzen für alle, aber es wäre naiv anzunehmen, dass wir alle gleichermaßen davon betroffen sind: Neben der Frage, ob Mann oder Frau, gibt es natürlich auch noch die dritte Option, die zwar ein Kästchen zum Ankreuzen ist, doch in Wahrheit vielmehr einem Spektrum als einer Box entspricht. Und auch damit ist noch lange nicht alles geklärt, denn wie bereits erwähnt spielen neben der geschlechtlichen Identität ebenso Hautfarbe (und die damit verbundenen sonstigen unterschiedlichen körperlichen Merkmale), sexuelle Orientierung und nicht zuletzt Ableismus¹ eine Rolle, wenn es um die Verteilung von Macht geht.

Nun schreibe ich aus der Perspektive einer weißen, hetero, able-bodied cis Frau – was nichts anderes heißt, als dass ich mich in diesem Kapitel weit aus dem Fenster lehne, um mit dem Finger auf Erfahrungen zu zeigen, die ich selbst nicht mache. Und auch wenn es meine Aufgabe ist, mich zu informieren, zuzuhören und zu verstehen, wie die täglichen Erfahrungen von marginalisierten Menschen

I Das ist die Beurteilung von Menschen nach ihren körperlichen Fähigkeiten und der implizite Standard des able-bodied als Norm für Design, Sprache und so weiter.