

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Bergdolt

Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Universität zu Köln

Heilerinnen, Ärztinnen – der weibliche Part der Heilkunst

Lange Zeit schien die Frage nach dem “Weiblichen in der Heilkunst” in Deutschland wie im westlichen Ausland positiv und nachhaltig beantwortet. Kaum jemand dürfte heute bestreiten, daß Frauen in besonderer Weise geeignet sind, Medizin zu studieren und als Ärztinnen den klinischen Alltag positiv und kreativ zu gestalten. Weibliche Empathie, die “weibliche Sicht der Dinge”, eine von der Natur geschenkte besondere Fähigkeit, mit Kindern, mit Schwachen, mit Verzweifelten, mit Gebärenden, mit Sterbenden umzugehen, lassen sie eben nicht nur, wie es Jahrhunderte üblich war, den Beruf der Krankenschwester ergreifen, sondern eben auch den der in klassischer Weise akademisch gebildeten Ärztin. Selbst in Osteuropa, in der Türkei und sogar in Saudi-Arabien ist dieser Trend seit Jahrzehnten unübersehbar. Nun hat man in jüngster Zeit – unter dem nachhaltigen Einfluß der amerikanischen Philosophin Judith Butler, nach der das Geschlecht eines Menschen ein bloßes soziales Konstrukt darstellt, spezifisch weibliche Gefühle und Begabungen – auch auf dem Feld der Medizin – zwar nicht in Frage gestellt, aber zum Resultat bestimmter Erziehungsmuster sowie nachhaltiger gesellschaftlicher und kultureller Zwänge reduziert. Wir tragen, folgen wir Butler, fast ausnahmslos geschlechtliche *Masken*. Unser Körper und unser Geist, unsere Begabungen und Leidenschaften sind ihrer Theorie entsprechend alles andere als “natürlich” bzw. “genetisch” festgelegt, sondern im wesentlichen post partum konstruiert. Im Zeitalter des medienumjubelten Frauenfußballs und staatlich subventionierten Frauenboxens scheinen demnach nicht nur die kleinen und großen Unterschiede zwischen Mann und Frau zu verschwinden. Politisch korrekten Vorträgen zum Thema muß vielerorts unverhandelbar zumindest die modische Siebenzahl der angeblich durch soziale Konstruktvarianten möglichen Geschlechtsausrichtungen des Menschen zugrunde liegen – homo- und heterosexuell sind nur zwei davon!

Teilt man Butlers Ansicht – der pseudoaufklärerische Tenor ihrer These findet sich auch in angesehenen Zeitungen und im Argumentationsreservoir einflußreicher opinion-makers der säkularen Gesellschaft, gibt es also zwischen Ärztinnen und Ärzten keinen Unterschied außer antrainierten Empfindungen und Verhaltensweisen, läßt das Argument, mehr “Weibliches” täte der Gesellschaft und der Medizin ganz gut, vor allem folgenden Schluß zu: Männer, Jungen, Kinder müssen einfach weiblicher erzogen werden. Dabei sind, folgen wir dem radikalen Gender-Streaming, möglichst viele sexuelle Varianten zwischen Frau und Mann erwünscht, da dadurch erst, so die provokante These, ungeahnte kreative Potentiale frei werden.

Gendertheorie und klassische “Frauenemanzipation” stehen sich freilich nicht selten im Weg. Trotz eines beachtlichen Zuspruchs seitens der Politik und auch einiger sich dem Zeitgeist weit öffnender innerkirchlicher Gruppierungen erfährt die Gendertheorie Judith Butlers seit einiger Zeit Widerspruch. Eltern und Pädagogen, Biologen und Verhaltensforscher haben enorme Schwierigkeiten, die Theorie mit der alltäglichen Erfahrung unter einen Hut zu bringen. Und sie äußern das auch. Weite Teile der Gesellschaft, welche die Frauenförderung an sich mit großer Sympathie betrachten, stehen Butler und der ihre Thesen kolportierenden Genderforschung skeptisch bis ablehnend gegenüber.

Der klassische Weg der Frauenemanzipation in der Medizin war, wie man weiß, jedenfalls ein anderer. Zunächst einmal erforderte der bis heute dominierende wissenschaftliche Positivismus seit Virchow eine kompromißlose, von Männern geschaffene, objektivierbare, ja angeblich “objektive” medizinisch-wissenschaftliche Methodik, der sich Frauen wie Männer in gleicher Weise fügen sollen. Wissenschaft ist demnach geschlechtslos. Tatsächlich wünschen wir uns alle, daß Ärztinnen und Ärzte technisch in gleicher Weise optimal eine Herzkatheteruntersuchung oder eine Koloskopie durchführen. Gefühlsmäßig tendieren wir, was den naturwissenschaftlichen, kalten Bereich der Diagnostik bzw. technisch akzentuierten Untersuchungen angeht (den der Psychosomatiker Emil von Gebattel nur durch die Ergänzung durch das einfühlsame, warme, menschliche Gespräch zumutbar fand), zu der Vorstellung, daß es nur diesen sachlich-positivistischen Weg der Diagnosestellung gibt. Im Klinikbetrieb wird zudem suggeriert, daß – egal welcher Arzt und welche

Ärztin die Untersuchung ausführt – bei optimaler Expertise und unter Beachtung der Regeln ein optimales, identisches und reproduzierbares Ergebnis resultieren muß. Doch stimmt das? Reicht der naturwissenschaftlich-positivistische Zugang wirklich für eine sichere und umfassende Indikationsstellung, bei der nicht selten auch auf ärztlicher Seite Mut oder Verzagtheit eine Rolle spielen? Wird er allen Aspekten der “Aufklärung” gerecht, reicht er aus für begleitende, tröstende oder ermutigende Worte, für Mitleid und kommunikative Kompetenzen, für die (sich in der Regel zwischen Empathie und kühler “Objektivität” bewegende) adäquate Einstellung der Untersuchenden, für die Berücksichtigung vieler scheinbar nebensächlicher Fakten, welche die Begegnung von Ärztinnen bzw. Ärzten und Patienten beeinflussen? Hier wird man unsicher, wiesen doch herausragende Psychosomatiker wie Viktor von Weizsäcker oder Viktor von Gebsattel schon vor mehr als 50 Jahren nach, daß das naturwissenschaftliche Paradigma aus vielerlei Gründen nicht das einzige sein kann, das die Medizin prägt. Dem Patienten in seiner Not wird es, wie wir wohl alle wissen, nur bedingt gerecht.

Der Anteil der Ärztinnen in Deutschland liegt heute bei über 45 Prozent, die Tendenz ist seit mehreren Jahren steigend. Unter den Studierenden der Medizin befanden sich 2014 bereits über 60 Prozent Frauen! Rein quantitativ gesehen scheint die Medizin also tatsächlich weiblicher zu werden. Der Kampf für das Frauenstudium, wie er für Europa seit dem frühen 19. Jahrhundert mit prägend war, scheint zu Beginn des 21. Jahrhunderts auch in der Heilkunde siegreich beendet zu sein, ein Kampf, der – in der Medizin wie in den Naturwissenschaften, man darf daran erinnern – viele tragische Opfer forderte, von Clara Immerwahr bis zu Luise Meitner und zahlreichen weniger bekannten Begabungen, die wegen ihres Geschlechts an den Universitäten und Fakultäten auf der Strecke blieben und deren zunächst beruflich akzentuiertes Lebensglück nicht selten auch privat zerstört wurde.

Bis zum späten 19. Jahrhundert blieben die deutschen Universitäten strikt Männern vorbehalten. 1867 promovierte die 24jährige Russin Nadeschda Suslowa als erste Frau im deutschen Sprachraum in Medizin – an der Universität Zürich. In Deutschland war die Situation schizophoren. Seit 1878 praktizierten hier rund 20 Ärztinnen, die ebenfalls in der Schweiz studiert hatten. Marie Heim-Vögtlin war die erste Schweizerin, die in

ihrem Heimatland ein Medizinstudium absolvierte und 1874 in Zürich promoviert wurde. 1889 gründete sie übrigens – eine erste Konsequenz – das erste Schweizer Frauenspital. 1901 wurde auch in Deutschland eine Ärztin approbiert, Ina Democh in Halle. An derselben Universität wurden 1901 Irma Klausner und Else Doktorinnen der Medizin. 1899, hatte – auf Antrag einer Gruppe von Ärztinnen, die wiederum in der Schweiz studiert hatten – der Deutsche Bundesrat beschlossen, Frauen allgemein zu den Staatsexamina in Medizin, Pharmazie und Zahnmedizin zuzulassen – sofern sie im Ausland (faktisch hieß das in der Schweiz) die notwendigen „Scheine“ erworben hatten. In Freiburg konnten sie das immerhin ab 1900, in Heidelberg 1901, in Bayern 1903 und in Württemberg (Tübingen) 1904. In Preußen war ein komplettes Frauenstudium inklusive Promotion nach dem Vorbild der süddeutschen Länder bemerkenswerterweise erst 1908 möglich! Vergessen wir nicht, dass auch Promotionen in anderen Fächern bei Frauen zunächst sehr selten waren: Richarda Huch, die hochgebildete Schriftstellerin, die auch als Historikerin glänzte, wurde 1892 wiederum in Zürich mit einer historischen Arbeit Doktorin der Philosophie – damals eine sensationelle Ausnahme. Der wegen seines Hasses auf Juden, Katholiken, Italiener und Polen berüchtigte preußische „Hofhistoriker“ Treitschke akzeptierte in seinen Lehrveranstaltungen selbstverständlich keine Frauen. 1895 erlaubte sein nicht weniger berühmter Kollege Gustav Droysen in Halle der Lehrerin Hildegard Ziegler, die als erste Frau das preußische Abitur bestanden hatte (bezeichnenderweise in der schwäbisch-preußischen Exklave Sigmaringen!), nach einigem Hin und Her mit den Verwaltungsbehörden als Hörerin seiner Vorlesung in Geschichte zugelassen zu werden. Zum Vergleich: 1849 war an der London University das erste College für Studentinnen (wenn auch nicht für Medizinerinnen) eröffnet worden, eine Sensation, worauf sich – nach 1860 – langsam auch in anderen europäischen Ländern das Frauenstudium etablierte. In den USA, damals in vielen Bereichen ein Pionierland, waren Frauen im Übrigen bereits um 1850 zum Medizinstudium zugelassen worden, in Frankreich 1863, in der Schweiz 1864, in Schweden 1870, in England 1874, in Dänemark 1875, in Holland 1878, in Griechenland 1890, in Österreich-Ungarn 1897. Der Kampf um die Zulassung von Medizinstudentinnen war in Deutschland – und auch in Preußen! – nach 1900 freilich in überraschend kurzer Zeit entschieden. 1913 wurde

Rahel Hirsch, die ebenfalls in Zürich studiert und in Straßburg 1903 das Staatsexamen abgelegt hatte, als erster deutscher Medizinerin der Professorentitel verliehen (an der Charité für ihre Untersuchungen der Darmschleimhaut). 2006 wurde eine Strasse am Berliner Hauptbahnhof nach der Wissenschaftlerin benannt, die 1938 nach London emigrieren musste. Beispiele früherer weiblicher Universitätskarrieren in der Medizin, gab es so gut wie keine. Auch Rahel Hirsch blieb der wirkliche akademische Durchbruch verwehrt – die Professorin eröffnete schließlich in Berlin eine Praxis, zum Neid und Leid anderer „Niedergelassener“, die ihr kompetenzversprechender Titel störte.

Blicken wir an dieser Stelle noch weiter zurück! Wirklich belegt ist in Europa keine Promotion einer Frau vor dem 17. Jahrhundert, als die gebürtige Venezianerin Elena Piscopia Cornaro 1678 in Padua – beide Städte, Venedig wie Padua, erinnern heute stolz in Gedenktafeln daran – nach einem Privatstudium der Freien Künste und alten Sprachen Doktorin der Philosophie wurde – nicht ohne familiäre Beziehungen, aber auch mit Unterstützung ihres Ordens, der Dominikanerinnen, der ihr jede weltliche Verpflichtung und Belastung abnahm. Sie war prominenter Herkunft, Tochter des Prokurators von San Marco, also aus dem Patriziat Venedigs. Ihr Thema bezog sich auf die aristotelische Logik, ein Gebiet, das als Propädeutikum an den Universitäten diente, übrigens auch für künftige Mediziner. Die nächsten Jahre verbrachte sie mit Schreiben und öffentlichen Vorträgen, sie wurde Mitglied verschiedenster angesehener Akademien in Padua, Rom, Venedig und Siena. 38jährig starb Elena Piscopia Cornaro in Padua, wobei ihre historische Rolle bereits von den Zeitgenossen gewürdigt wurde. Ihr Grab befindet sich in der Kirche Santa Giustina. Später wurde ein Einschlagkrater auf der Venus nach ihr „Piscopia“ genannt. Im 20. Jahrhundert war man plötzlich auf solche Frauen stolz.

Es bedeutete auch noch keinen Paradigmenwechsel, als knapp hundert Jahre später Dorothea von Erxleben (1715 geboren), die aus Quedlinburg stammende Arzttochter, die man durch die Beziehungen ihres Vaters durch eine persönliche Intervention Friedrichs des Großen in Halle zur Promotion zugelassen hatte, 1741 erste deutsche Doktorin der Medizin wurde („Academische Abhandlung von der gar zu geschwinden

und angenehmen, aber deswegen öfters unsicheren Heilung der Krankheiten“ lautete der Titel ihrer Arbeit). Die Tatsache, dass sie ihr medizinisches Wissen von Bruder und Vater privat (und nicht an der Universität) erworben hatte, wurde ihr von den männlichen Kollegen ihrer Heimatstadt postwendend zum Vorwurf gemacht. Die Aufklärung war, wie man sieht, was die Anerkennung weiblicher Begabung für die Medizin (und andere Wissenschaften) betraf, im Grunde weniger offen und tolerant als die italienische Renaissance, die rund 200 Jahre vorausging. 1741 wehrte sich Dorothea von Erxleben in einem programmatischen Aufruf „Gründliche Untersuchung der Ursachen, die das weibliche Geschlecht vom Studieren abhalten“, einer bemerkenswerten, etwas umständlich formulierten Kampfschrift gegen die männliche Vorherrschaft in der Medizin: „Die Verachtung der Gelehrsamkeit zeigt sich besonders darin, dass das weibliche Geschlecht vom Studieren abgehalten wird. Wenn etwas dem größten Teil der Menschheit vorenthalten wird, weil es nicht allen Menschen nötig und nützlich ist, sondern vielen zum Nachteil gereichen könnte, verdient es keine Wertschätzung, da es nicht von allgemeinem Nutzen sein kann. So führt der Ausschluss vieler von der Gelehrsamkeit zu ihrer Verachtung. Dieses Unrecht ist ebenso groß wie dasjenige, das den Frauen widerfährt, die dieses herrlichen und kostbaren Gegenstandes beraubt werden.“ Ihr Einsatz war noch vergeblich. Die großen Philosophen der Aufklärung, Voltaire, Rousseau, Diderot „glaubten“ – ich verweise hier auf die Untersuchungen von Andreas Pecar und Damien Tricoire – an eine natürliche Unterlegenheit des weiblichen Geschlechts“. Frauen konnten, so auch Voltaires These, nichts zum Fortschritt des Geistes beitragen.

Eine Hochschullaufbahn kam – mitten im Zeitalter der Aufklärung, wo kluge und gebildete Frauen in den Salons männliche intellektuelle ins Staunen brachten – für die frischgebackene Doktorin Erxleben jedenfalls nicht in Frage. Als Dorothea von Schlözer, aus einer ehrgeizigen Professorenfamilie stammend, 1787 in Göttingen zur Doktorin der Philosophie promoviert wurde, galt das eher als Skandal, der u.a. auch von Schiller kritisiert wurde. Wir bewundern heute solche Vorkämpferinnen der Frauenemanzipation, die, wenn auch zunächst mehr im privaten Bereich, ein zentrales gesellschaftliches Problem des gesamten 18. und 19. Jahrhunderts darstellte. Wieviel Mühe, wieviel Wut, wieviel Frust mag es in den damaligen Salons gegeben haben, wo

die Ideen der Männer letzten Endes nur deshalb mehr Gewicht hatten, weil sie über die entscheidende Verbindung zur Öffentlichkeit verfügten. Allerdings sammelte man häufig und gerne Briefe, die in großer Zahl ausgetauscht wurden. Der Briefwechsel wurde bis ins frühe 20. Jahrhundert auch in medizinischen Fragen eine aussagekräftige Quelle, ja ein Zeitdokument. Hier war die Frau gleichberechtigt. Die Briefkultur verschwand, quantitativ wie qualitativ, mit den Erfolgen der Emanzipationsbewegung – ein interessantes Phänomen.

Bildungschancen in- und außerhalb der Medizin gab es auf akademischem Niveau bis dahin – entgegen allen Klischees – vor allem in kirchlichen Institutionen. Man kann diesen Punkt kaum überschätzen! Seit dem frühen Mittelalter hatte man hier – zunächst ist das einfach ein Faktum – weibliche Hilfe und weibliche Pflege schätzen gelernt, und zwar – auch das ist erstaunlich – oft auf höchst akademischem Niveau. Wenn auch Frauen nicht an Universitäten studieren durften – was dort in den „lectiones“ präsentiert wurde, nämlich die Schriften antiker, arabischer und westlicher Autoritäten, konnte man auch für Klosterbibliotheken kopieren. Seit Benedikt von Nursia, dem Gründer des ersten westlichen Klosters im frühen 6. Jahrhundert und seinem Zeitgenossen Cassiodor, der eine Art Kanon mönchischer Literatur verfasste, war die Beschäftigung nicht nur mit theologischen und philosophischen, sondern auch mit medizinischen Texten beste abendländische Klostertradition. Es ist bezeichnend, dass die berühmteste Persönlichkeit in der Medizin des deutschen Mittelalters eine Frau war: Hildegard von Bingen. Herrad von Landsberg, kaum weniger bedeutend und Autorin des „Hortus deliciarum“, war eine ebenbürtige Wissenschaftlerin und ebenfalls Äbtissin eines großen Klosters (auf dem Odilienberg im Elsaß). Die Kirche war also keinesfalls „frauenfeindlich“, wie das – methodisch fragwürdig, nämlich unter Zugrundelegung heutiger Kriterien und Forderungen – immer wieder kolportiert wird. Hier wurde die Tradition weiblicher Pflege, die alte Aufgabe der Witwen und Pflegeorden, aber auch die wissenschaftliche Tradition der Klöster in den Vordergrund gerückt, freilich auch die Fähigkeit von Frauen zu lenken, zu herrschen, zu organisieren und koordinieren. In seinem Buch „Frauen im Leben der Kirche“ hat Norbert Ohler eine Vielzahl von Beispielen geliefert, wie Frauen sich in der Kirche engagierten, ja regelrecht Wissenschaft betrieben, oder als Kaiserinnen, Königinnen

und Fürstinnen, nicht nur im Witwenstand, z.B. über die Gründung von Spitälern oder Hohen Schulen, die Wissenschaften und die Medizin förderten.

Wenn auch die immer wieder gerühmte salernitanische Ärztin Trotula, angeblich Autorin eines gynäkologischen Fachbuchs des 12. Jahrhunderts, als historische Figur gesehen wird – nähere zeitgenössische Dokumente über sie selbst, ihre Ausbildung und ihren Alltag, gibt es leider nicht. Salerno, an dessen Hochschule sie gewirkt haben soll, war und blieb, wie das ganze mittelalterliche Universitätssystem, eine männliche Domäne. Namen einzelner Ärztinnen – etwa einer gewissen Francesca di Romano, einer Constantia Calenda oder der „Jüdin Rebecca“ – sind schwer zu fassen, geschweige denn mit Biographien zu verbinden. Wie dem auch sei, der Unterricht war fast ganz und gar theoretischer Art – man las und diskutierte die Werke der berühmten antiken und mittelalterlichen Autoritäten.

Es waren die Frauenklöster und großen Familien, die Höfe und Spitäler, die sich demonstrativ mit der Krankenpflege schmückten. Wohltätige Stiftungen spielten dabei eine große Rolle. Hier stand auch der notwendige Organisationsapparat zur Verfügung. Die Schattierungen weiblichen Engagements, was die Pflege und Therapie Kranker betraf, waren beachtlich. Viele weibliche Heilige, wie Elisabeth von Thüringen oder Agnes von Ungarn, eine Königin, wurden Vorbilder. Ihr Movers war übrigens nur bedingt der Emanzipationsgedanke, im Gegenteil. Sie wurden einfach durch das Gebot christlicher Nächstenliebe getrieben, das im Hoch- und Spätmittelalter für Europa kulturtragend wurde. Keine Stadt, auch keine kleinere, wo nicht Spitäler zum Weichbild gehörten (wie das Rathaus, die Kirchen und Kathedralen, die Getreidespeicher oder die Bettelordensklöster), wo Frauen Dienst taten. Agathe Streicher in Ulm, um nur einen Namen zu nennen, und zahlreiche Beguinen waren als Laienheilerinnen fest in das Gesundheitssystem ihrer Kommunen eingebunden. Das Wissen wurde von Frau zu Frau, von Persönlichkeit zu Persönlichkeit weitergegeben, wobei die charismatische Eignung eine wichtige Voraussetzung war. Die „weisen Frauen“ – in Frankreich später die Bezeichnung der Hebammen („sages femmes“) – kannten die diversen Heilkräuter und wussten, wie sie kultiviert wurden und wo sie zu finden waren. Wie die Patienten glaubten sie an die magische Kraft solcher Pflanzen. Einige wurden als Hexen verfolgt. Während die *theoretische*

Geburtshilfe, das Abfassen von Lehrbüchern, Männern zukam (auf der Basis antiker Autoritäten wie Soranus von Ephesus, eines Zeitgenossen von Galen im 2. Jahrhundert nach Christus), blieb die *praktische* Betreuung Gebärender, die Hebammenkunst im weiteren Sinn, eine Domäne der Frau. Die scholastische Medizin, die ganz wesentlich durch die Rezeption arabischer Kommentare antiker Autoritäten gesteuert wurde, beschäftigte sich fast ausschließlich theoretisch mit der Frauenheilkunde – jede konkrete Objektivierung bzw. Kontrolle der Befunde am Körper der Patientin wäre bis zum 14. Jahrhundert als Skandal erschienen, nicht nur wegen der körperlichen Untersuchung, sondern weil sie Zweifel an den Autoritäten des Faches verraten hätten. So war es möglich, dass Albertus Magnus, der große Kölner Dominikaner-Gelehrte, über Jahrhunderte auch als Autor eines (ihm im Übrigen fälschlich zugeschriebenen) Buches zur Gynäkologie berühmt war. Dieses mittelalterliche Prinzip der scheinbar natürlichen Unterscheidung der Aufgaben und Begabungen der Geschlechter hielt sich lange. Es war dann eine Frage der Schicklichkeit, nämlich ob Frauen auch Männer pflegen durften, die dann gegen 1500 in Spanien zur Gründung des Ordens der Barmherzigen Brüder führte, die sich nur um männliche Kranke und Pflegebedürftige kümmerten. Vorbild waren wahrscheinlich die mittelalterlichen Ritterorden, wo ebenfalls Männer von Männern gepflegt und therapiert wurden, später aber auch die einheimischen Hintersassen der Kreuzfahrerburgen, übrigens auch die muslimischen. Die regionale bzw. ländliche Betreuung Kranker wurde im Osten wie im Westen bis zum 18. Jahrhundert hauptsächlich von Klöstern aus organisiert, auch nach Unfällen und bei Katastrophen, selbst wenn es sich um „intellektuelle“ bzw. „meditative“ Orden handelte!

Dennoch blieb das Pflegesystem, ich wiederhole, sehen wir von einigen Männerorden ab, prinzipiell weiblich. Im 19. Jahrhundert gab es, was die Pflegeorden betraf, im katholischen wie im protestantischen Bereich einen regelrechten Boom, wobei das Rheinland um Köln und Düsseldorf (Stichwort Kaiserswerth!) mit Westfalen eine Vorreiterrolle einnahm. Schon die Zeitgenossen spürten hier eine Gegenbewegung gegen den Zeitgeist dominierenden Positivismus. Im Moment gibt es übrigens in Paderborn eine wunderbare, eher kleine, kunsthistorisch orientierte Ausstellung über

die Geschichte des christlichen und nichtchristlichen Engagements für die Armen und Kranken seit der Antike – mit wunderbaren Exponaten aus vielen Ländern.

Auch außerhalb der westlichen Kultur blühte das mittelalterliche Spitalsystem. Der Islam hat es vom Christentum übernommen. Hospize und Spitäler für die Armen profitieren von der Verpflichtung zur tätigen Barmherzigkeit. Lange wurde in jüngster Zeit von einigen Sozialwissenschaftlern vehement, ja fanatisch die These vertreten, in der Aufklärung und unmittelbar vorher hätten männliche Ärzte – böse Menschen in weißen Kitteln – die Macht in der europäischen Medizin übernommen und das Wissen der „weißen Frauen“ als diabolisch gebrandmarkt. Die Medizin zuvor, so die zunächst vor allem von Michel Foucault propagierte These, sei milde, weich, empathisch gewesen und nun männlich, kalt, hierarchisch und bald auch positivistisch geworden. Leider hält sie einer quellenmäßigen Überprüfung nicht stand, was nicht verhindert, dass sie von einigen Ideologinnen und Ideologen immer noch vertreten wird.

Die frühbürgerliche Gesellschaft und die monastischen Systeme konnten sich offensichtlich an Universitäten ausgebildete Ärztinnen nicht vorstellen – aus Gründen der Schicklichkeit, wie man sagte, wegen des „weiblichen Nervenkostüms“, wegen der angeblich geringeren körperlichen Belastbarkeit, wegen der im Vergleich zu den Männern reduzierten Begabung, logisch zu denken, was umgekehrt den Männern selbstverständlich zugestanden wurde. Doch muss man differenzieren. Luther sah in der Frau „ein tolles Tier“, während sein italienischer Zeitgenosse Baldassare Castiglione, der von Raffael portraitierte Autor des berühmten „Cortigiano“ („Hofmann“), eines in kürzester Zeit in zahlreiche europäische Sprachen übersetzten Benimmbuchs, notierte: „Sind diese zufälligen Eigenschaften geistiger Art, so erwidere ich, dass alles, was die Männer begreifen können, auch von den Frauen begriffen werden kann und dass, wohin der Verstand des einen dringt, der der anderen auch dringen kann“. Castiglione wurde nicht müde, in einem „Frauenspiegel“ zu erwähnen, dass auch Frauen Kriege geführt und „herrliche Siege“ erfochten hätten, dass auch Frauen „Staaten mit großer Klugheit und Gerechtigkeit regiert und alles das verrichtet haben, was für Sache der Männer gilt...“ Entsprechend hat Jakob Burckhardt hat in seinem epochalen Werk „Die Kultur der Renaissance in Italien“ (1860) im Hinblick auf das späte 15. und das 16. Jahrhundert bewundernd festgestellt: „Vor allem ist [in der

Renaissance] die Bildung des Weibes in den höchsten Ständen wesentlich dieselbe wie beim Manne. Es erregt“, so Burckhardt, „den Italienern der Renaissance nicht das geringste Bedenken, den literarischen und selbst den philologischen Unterricht auf Töchter und Söhne gleichmäßig wirken zu lassen... Wir sahen bis zu welcher Virtuosität selbst Fürstentöchter im lateinischen Reden und Schreiben gelangten. Andere mußten wenigstens die Lektüre der Männer teilen, um dem Sachinhalt des Altertums, wie er die Konversation größtenteils beherrschte, folgen zu können.“ Der bereits erwähnte Historiker Treitzschke, Rektor der Berliner Universität, dürfte den „Cortigiano“ wie auch Burckhardts These allerdings kaum verinnerlicht haben. Als Hildegard Ziegler, wie ausgeführt die erste preussische Abiturientin, 1895 einen Antrag auf Immatrikulation im Fach Medizin stellte, lehnte er sie selbst als Gasthörerin ab. „Ein Student, der sich nicht besaufen kann? – Unmöglich!“ – lautete sein Statement. Wer nicht eine Nacht durchzechern kann, kann auch die Last des Arztberufs nicht tragen – so dachten viele!

Es war merkwürdig. Die Intelligenz und die Bildungsfähigkeit, ja Beispiele höchster Bildung von Frauen wurden früh gewürdigt, doch verpufften ihre Begabungen weitgehend im privaten Bereich. Es galt als ausgemacht, daß es bestimmte natürliche Talente und Eignungen von Frauen gibt. Zu ihnen gehörten, wie sich die Professoren und männlichen Akademiker gegenseitig versicherten, nicht die Universitätslaufbahn und nicht die Jurisprudenz und nicht die Medizin – nicht wegen des dort geforderten logischen Denkens (das gestand man Frauen ja samt der Bildungsfähigkeit zu!), sondern, wie das bürgerlich bestimmte 19. Jahrhundert vorgab, eher wegen des öffentlichen Auftritts, des öffentlichen Kampfes, der Behauptung inmitten der Konkurrenz und der Seilschaften. Hier hieß es fürsorglich-paternalistisch, könnten Frauen nicht mithalten. Sie waren vor der Härte des Alltags zu schützen...

Heute haben sich nicht wenige Frauen dieser Machthebel, die einst als männliche Domänen galten, recht erfolgreich bedient. Die Gender-Ideologie mahnt zum Teil in aggressivem Ton, alle gesellschaftlichen Mittel zu nutzen, um Frauen in wichtige gesellschaftliche Positionen zu bringen. Auch in der Medizin. Der Heilkunde wird dies gut tun, wobei – allen Gendertheorien zum Trotz – die Begabung auch künftig eine wichtige Voraussetzung bleibt. Um eine objektiv-positivistische Methodik der

Diagnostik und Therapie etabliert sich so zunehmend ein weiblicher Zug, der das Verhältnis von Krankem und Arzt verändern wird. Ökonomische Reduktionen, Zeitdruck und nicht primär ärztliche Verpflichtungen sollten diese Chance nicht vereiteln. Allerdings: Neu ist das weibliche Engagement in der Medizin, historisch gesehen, allerdings keinesfalls. Ärztinnen im heutigen Sinn gibt es allerdings, zumindest in Deutschland, erst seit den Siebzigerjahren des 19. Jahrhunderts.