

# 1. Einleitung

Frauen sind heute in Arztpraxen überrepräsentiert und konsumieren mehr Arzneimittel als Männer (Dinges 2007-2; Coca/Nink 2011). Diese gelten hingegen als „Vorsorgemuffel“ (Hentschel 2013) und so erfahren wir in der Vorberichterstattung zum ersten Männergesundheitskongress im Jahr 2013: „Gesundheit spielt im Leben vieler Männer bis heute kaum eine Rolle.“<sup>1</sup> Die historische Arztpraxenforschung konnte zeigen, dass die weibliche Dominanz in Gesundheitsfragen ein relativ junges Phänomen ist, denn erst seit ca. 1860 konsultieren Frauen häufiger einen Mediziner (oder später ggf. eine Medizinerin) als Männer (Dinges 2007-1: 37; vgl. ders. 2011: 31–33).<sup>2</sup> Daran anschließend wird in der vorliegenden Studie untersucht, ob sich der geschlechterspezifische<sup>3</sup> Arzneimittelkonsum in der Vergangenheit veränderte. Kernfragen des Projekts sind, ob Frauen auch schon in den letzten Jahrhunderten mehr Medikamente als Männer einnahmen.<sup>4</sup> Ist also der heute diskutierte weibliche Mehrkonsum eine historische Konstante? Erhielten weibliche und männliche Personen unterschiedliche Arzneimittel? Und veränderte sich dies alles im Untersuchungszeitraum? Diese Fragen werden hier anhand von Rezeptkopierbüchern (RKB) untersucht. Rezeptkopierbücher sind Register, in die Apotheker und Apothekerinnen individuell angefertigte Medikamente eintrugen.<sup>5</sup>

- 1 <<http://www.maennergesundheitsportal.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/?artikel2=475>> (28.01.2013). Der erste Männergesundheitskongress wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit durchgeführt. Er versammelte zahlreiche Expertinnen und Experten zum Thema Männergesundheit in Berlin und fand ein breites Medienecho.
- 2 Die neueste Forschung verweist inzwischen auf einen früheren Wandel zu Beginn des 19. Jahrhunderts, doch dazu später mehr (Baschin/Dietrich-Daum/Ritzmann 2013: 5–8). Hier und im Folgenden wird das Manuskript des Artikels von Baschin, Dietrich-Daum und Ritzmann mit dem Erscheinungsjahr 2013 zitiert, die Publikation befindet sich in Vorbereitung.
- 3 Ich verwende hier die Bezeichnung „geschlechterspezifischer Arzneimittelkonsum“, um zu betonen, dass sich die Analyse gleichermaßen auf beide Geschlechter bezieht. Eine eingehende Differenzierung zwischen dem biologischen und gesellschaftlichen Geschlecht (sex/gender) findet hier allerdings nicht statt. Die analysierte Quellengattung Rezeptkopierbuch lässt auf die Kategorien sex und gender ebenso wenig einen systematischen Blick zu, wie auf Dimensionen jenseits der Zweigeschlechtlichkeit.
- 4 Dabei wird der ärztlich verordnete Arzneimittelkonsum untersucht, denn nur die auf Vorlage eines Rezepts hin abgegebenen Medikamente können heute noch bezüglich der Geschlechterverteilung der Konsumenten und Konsumentinnen analysiert werden. Da ein Rezept per definitionem durch einen approbierten Arzt oder eine approbierte Ärztin ausgestellt wurde, ist der hier untersuchte Gegenstand in gewisser Weise eine von der Nutzung des ärztlichen Angebots abhängige Variable.
- 5 Wenn im Folgenden von Apothekern als denjenigen die Rede ist, die die RKB führten, sind damit auch alle anderen Personen gemeint, die möglicherweise Rezepturen in die Register eintrugen. Die Geschichte von Frauen in der Pharmazie behandeln Beisswanger et al 2001. Als Rezepturen bezeichne ich hier Arzneimittelzubereitungen für einzelne Patientinnen oder Patienten, die im Untersuchungszeitraum in aller Regel aus mehreren Substanzen bestanden. Für eine ausführliche Erörterung zum Begriff der Rezeptur und

Für die vorliegende Studie wurden Quellen aus fünf deutschen und einer schweizerischen Apotheke sowie eine aus (dem damals preußisch besetzten) Polen und schließlich die Rezeptsammlung eines Arztes untersucht. Insgesamt wurden rund 60.000 Rezepte ausgewertet, die zwischen dem 15. und 20. Jahrhundert entstanden. Dabei ist der Schwerpunkt der Analyse das 19. Jahrhundert und insbesondere die Zeit um 1860.

Das Projekt „Geschlechterspezifischer Arzneimittelkonsum ca. 1800 bis 1950“ wurde am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (IGM) in Stuttgart durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Es schließt an das Vorgängerprojekt von Bettina Blessing (2009; 2011) an, die in einer Pilotstudie den Gegenstand „Geschlechterspezifischer Arzneimittelkonsum 1700–2000“ behandelte. Insbesondere jene Kapitel, die nach der Art der konsumierten Medikamente fragen, verfolgen hier ausdrücklich eine heuristische Funktion. Es wird untersucht, wie wir heute Wissen über den Arzneimittelgebrauch in der Vergangenheit gewinnen können.<sup>6</sup>

## 1.1 Ausgangsfrage, Forschungsumgebung und Untersuchungszeitraum

Im Folgenden sollen die Ausgangsfrage präzisiert, der Untersuchungszeitraum umrissen und die vorliegende Studie in den geschichtswissenschaftlichen Forschungsstand eingeordnet werden. Zunächst werfen wir aber einen Blick auf Untersuchungen zur heutigen geschlechterspezifischen Verteilung des Arzneimittelkonsums.

### 1.1.1 Geschlechterspezifischer Arzneimittelkonsum heute

„Frauen bekommen mehr Arzneimittel“ überschrieb das Magazin Stern einen Artikel im Juni 2012 und bezog sich damit auf die Veröffentlichung des Arzneimittelreports 2012 der Barmer GEK<sup>7</sup>, nach dem Frauen im Jahr 2011 22,3% mehr Medikamentenverordnungen erhielten als Männer (Ohne Autor 2012-1; Glaeske/Schicktanz 2012: 13). Die These eines Frauenvorsprungs beim Konsum von Medikamenten war im Jahr 2012 also noch eine Meldung wert, auch wenn Valentina Coca und Katrin Nink (2011: 943) konstatieren, der Einfluss des Geschlechts auf den Arzneimittelverbrauch sei „seit langem belegt“.<sup>8</sup>

ihren unterschiedlichen Bedeutungen sei auf Hirter-Trüb (2011: 10) verwiesen. In die RKB wurden Rezepturen mit weiteren Vermerken eingetragen (s.u.).

- 6 Aus diesem Grund wird an manchen Stellen, etwa zu historischen Hintergrund der Analyse, auf Aspekte aufmerksam gemacht, die eine noch genauere Einordnung der Ergebnisse erlauben würden.
- 7 2010 schlossen sich die 1884 gegründete Barmer Ersatzkasse und die Gmünder Ersatzkasse (GEK) von 1878 zur Barmer GEK zusammen.
- 8 Nicht nur der Stern, sondern zahlreiche regionale wie überregionale Zeitungen veröffentlichten Artikel zum Thema, etwa die Süddeutsche Zeitung (<<http://www.sueddeutsche.de/>

Seit einigen Jahren betreiben unterschiedliche Krankenkassen Analysen zum Medikamentengebrauch ihrer Versicherten, die auch die Kategorie Geschlecht einbeziehen.<sup>9</sup> Nachteil dieser Studien ist, dass mit der Betrachtung einer einzelnen Krankenkasse stets eine spezifische Grundgesamtheit von Personen analysiert wird, bei der geschlechterspezifische Besonderheiten nicht ausgeschlossen sind.<sup>10</sup> Dies kann gravierende Auswirkungen auf das Untersuchungsergebnis haben. Nimmt man etwa (wie im Fall der Techniker Krankenkasse (TK)) nur die Berufstätigen als Datenbasis und bezieht sich auf die Anzahl der erhaltenen Tagesdosen<sup>11</sup>, liegen die Herren minimal vorn: 2010 erhielten die bei der TK versicherten Männer mit 177 definierten Tagesdosen geringfügig mehr Arzneimittel als Frauen (175) (Techniker Krankenkasse 2010: 128).

Beispielhaft sei hier dennoch die umfassende und aktuelle Analyse von Gerd Glaeske und Christel Schicktanz (2012) vorgestellt, die auf den Daten der Barmer GEK beruht und Basis der eingangs zitierten Zeitungsmeldung war. Die Barmer GEK ist die gesetzliche Krankenkasse mit den meisten Versicherten in Deutschland, wodurch die Datenbasis des Reports sehr umfassend ist. Es wurden die auf Kassenrezept abgegebenen Medikamente für rund 9,1 Millionen Menschen ausgewertet (Glaeske/Schicktanz 2012: 5). Unter den Versicherten der Barmer GEK erhielten Frauen 22,3% mehr Arzneimittelverordnungen als Männer (Glaeske/Schicktanz 2012: 13).<sup>12</sup> Die geschlechterspezifischen Unterschiede variierten dabei in den verschiedenen Altersklassen erheblich: Während die Null- bis Zehnjährigen männlichen Versicherten der Barmer GEK noch minimal mehr Arzneien erhielten als ihre weiblichen Pendanten (+0,4%), konsumierten die Mädchen und Frauen aller folgenden Gruppen mehr als die Jungen und Männer. Besonders stark war die Differenz bei den 20 bis 30 Jahre alten Frauen, die 18,6% mehr Medikamente erhielten als die entsprechenden Männer.<sup>13</sup> Bei den älteren Jahrgängen (ab 60 Jahren) glich

gesundheit/arzneimittel-report-frauen-nehmen-deutlich-mehr-psychopharmaka-als-maenner-1.1394156> (13.11.2012)) oder die Badische Zeitung (<<http://www.badische-zeitung.de/deutschland-1/arzneimittelreport-risiko-tablettensucht-ist-bei-frauen-besonders-hoch-61061729.html>> (13.11.2012)).

- 9 Beispielsweise haben neben Glaeske und Schicktanz (2012) für die BARMER GEK die Innungskrankenkassen (IKK) (Kiewel/Thürmann 2002) und die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) (2008) derartige Studien veröffentlicht. Zudem publizierte das wissenschaftliche Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) bereits vor einiger Zeit eine solche Untersuchung (Ferber et al 1996).
- 10 Dass die Daten des BARMER Gesundheitsreports nicht jener der Gesamtbevölkerung entsprechen, betonen auch die Autoren der Studie (vgl. Glaeske/Schicktanz 2012: 38).
- 11 Defined Daily Dose (DDD), die angenommene mittlere Tagesdosis eines Medikaments, ist eine heute gängige Vergleichsgröße.
- 12 2011 wurden „im Durchschnitt pro 100 Versicherte 864 Arzneimittel verordnet [...], pro 100 Männer waren es 763 Verordnungen, pro 100 Frauen dagegen deutlich mehr, nämlich 937 (+22,3%)“ (Glaeske/Schicktanz 2012: 13).
- 13 Da die Kosten für die „Pille“ nur bis zum Alter von 19 Jahren von der GKV übernommen werden, kann die Abgabe von Verhütungsmitteln an junge Frauen nicht der Auslöser dieses Überhangs sein, doch hierzu später mehr.

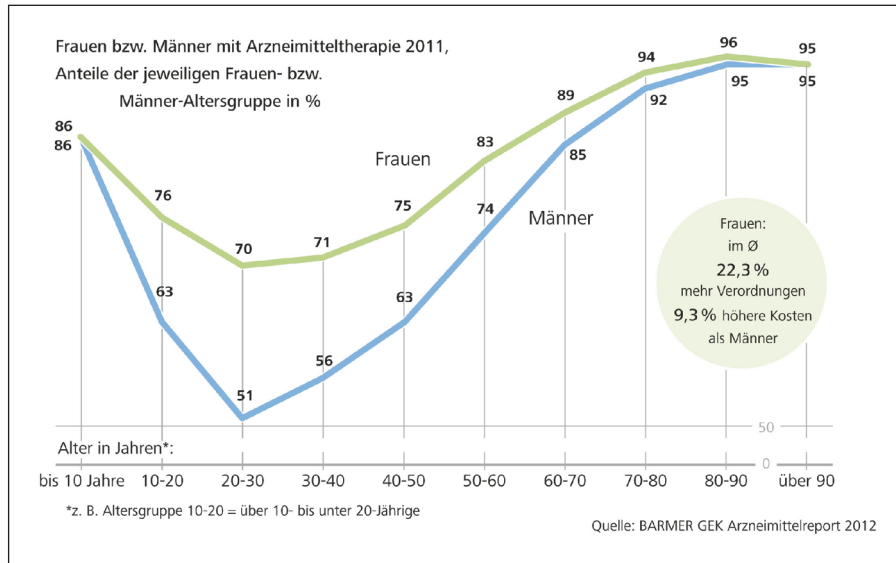


Abb. 1: Frauen bekommen häufiger Arzneimittel verordnet<sup>14</sup>

sich die Differenz deutlich an, wie der abgebildeten Grafik zu entnehmen ist (Glaeske/Schick Tanz 2012: 15 f.).

Der prägnanteste Unterschied liegt laut den Studienleitern Glaeske und Schick Tanz (2012: 11) darin, dass Frauen 56 % mehr Psychopharmakaverordnungen erhalten als Männer. Bei den Migränemitteln liegt ihr Anteil 5,4-mal so hoch. Es sei „auffällig, dass Frauen eher Mittel mit Wirkung auf die Psyche bekommen, Männer eher Mittel mit Wirkung auf körperliche Störungen, vor allem des Herz-Kreislauf-Systems“, betonen die Autoren (Glaeske/Schick Tanz 2012: 12).

Valentina Coca und Katrin Nink (2011) präsentieren einen geschlechter-sensiblen Vergleich, der auf einer deutlich umfassenderen Basis beruht. Ihre Quellen sind alle an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgegebenen Arzneimittel.<sup>15</sup> Ein Problem der Datengrundlage besteht aber selbst bei derart umfassenden Analysen: So können Coca und Nink (2010; 2011) neben den privat oder überhaupt nicht versicherten Personen die Selbst-medikation (also z. B. auch den Erwerb von homöopathischen Arzneien) nicht

- 14 Grafik: Barmer GEK. Quelle: <[https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Bildmaterial/Infografiken/Arzneimittelreport/Bilder-Arzneimittelreport-2012/Thema-Arzneimittelreport-2012.html?appInstanceId=421540&appView=showImageListView&webflowTraceContainerToken=1340811562476904&w-cm=CenterColumn\\_t399730](https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Bildmaterial/Infografiken/Arzneimittelreport/Bilder-Arzneimittelreport-2012/Thema-Arzneimittelreport-2012.html?appInstanceId=421540&appView=showImageListView&webflowTraceContainerToken=1340811562476904&w-cm=CenterColumn_t399730)> (27.06.2012).
- 15 Datengrundlage der Untersuchung sind Rezepte, die von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu Lasten der GKV ausgestellt und in öffentlichen Apotheken eingelöst wurden (Coca/Nink 2011: 946).

erfassen.<sup>16</sup> Zudem wandelt sich die Datengrundlage der Analyse, wenn sich beispielsweise bei einzelnen Medikamenten oder größeren Gruppen von Arzneimitteln der Status der Verschreibungsfähigkeit ändert.<sup>17</sup> Die Autorinnen weisen darauf hin, dass solche Umgestaltungen Auswirkungen auf die Geschlechterverteilung der Stichprobe haben (Coca/Nink 2011: 952). Dies bestätigt ein Vergleich der 2010 und 2011 von ihnen veröffentlichten Analysen, denn dort blieb in der Gesamtschau trotz der veränderten Ausgangsparameter zwar das grundlegende Ergebnis bestehen: „Die durchschnittlich verordnete Menge für Frauen liegt 2009 mit 515 Tagesdosen um knapp 13% über dem Durchschnittswert der Männer mit 457 Tagesdosen“, stellten die Autorinnen 2010 fest (Coca/Nink 2010: 943). Ein Jahr später lagen die Zahlen aber bei 551 Tagesdosen für Frauen und 458 für Männer, was einem Überwiegen der Patientinnen um 20% entspricht (Coca/Nink 2011: 952). Durch das modifizierte Studiendesign veränderten sich die Ergebnisse also erheblich, was sich beispielsweise durch Verschiebungen des Geschlechterverhältnisses im Arzneimittelverbrauch ganzer Altersgruppen zeigt: Für das Jahr 2009 konstatierten Coca und Nink (2010: 942) noch, dass „Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahre mehr Arzneimittel verordnet [werden] als Männern“, hingegen „bei Kindern zwischen 5 und 14 Jahren und älteren Versicherten ab 50 Jahre [...] bei Männern die verordnete Menge an Tagesdosen höher“ sei. Nur ein Jahr später lagen auch die Jungen bis vier Jahre vor den gleichaltrigen Mädchen, die Frauen zwischen 50 und 59 Jahren vor den Männern und auch die Patientinnen ab 75 konsumierten mehr Medikamente als jene Patienten (Coca/Nink 2011: 953). Es hatte sich demnach das Geschlechterverhältnis in sieben der 19 Altersgruppen verschoben. Die veränderte Datenbasis führte außerdem zu grundlegend anderen Kernaussagen: „Im Trend über die vergangenen Jahre haben sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen kontinuierlich verringert“, lautete eine

- 16 Der Anteil nicht versicherter Personen an der deutschen Gesamtbevölkerung ist gering. Ende 2008 lag er nach einer durch die Hans Böckler Stiftung geförderten Untersuchung bei ca. 90.000, also etwa 0,1% (Hans Böckler Stiftung 2008). Dabei werden allerdings Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht berücksichtigt, deren Zahl schwer geschätzt werden kann. Die Bundesärztekammer geht von 200.000 bis 600.000 aus (<<http://www.bun- desaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.9972.10865.10917>> (20.03.2013), dort sowie unter <<http://medibueros.m-bient.com>> (20.03.2013) auch Informationen zur medizinischen Versorgung von Menschen, die sonst keinen Zugang zum Gesundheitswesen finden).
- 17 Im Fall hormonellen Kontrazeptiva wird dieser Konstruktcharakter der Variablen besonders deutlich: Die „Pille“ wird von den gesetzlichen Krankenkassen lediglich bis zum Alter von 20 Jahren erstattet, wodurch 15–19-jährige Patientinnen einen extrem erhöhten Wert bei der Arzneimittelabgabe aufweisen, der sowohl die angrenzenden Altersgruppen als auch den Konsum der gleichaltrigen Patienten bei Weitem übertrifft (vgl. Coca und Nink 2011: 953). Aber auch gesetzliche Änderungen können den Arzneimittelabsatz stark beeinflussen: Seit 2004 sind rezeptfreie Produkte nicht mehr durch die Krankenkasse erstattungsfähig, was zu einer deutlichen Veränderung des Absatzes dieser Gruppe führte: „Tatsächlich wurden in der Folge jährlich rund 100 Millionen Packungen weniger verkauft“, konstatiert Heike Korzilius (2011) im Deutschen Ärzteblatt. Der Einfluss auf das Verhältnis von Handverkauf und Abgabe von Arzneimitteln auf Rezept ist bei derartigen Veränderungen ebenfalls erheblich.

der zentralen Thesen des Beitrags von Coca und Nink (2010: 942) zum Arzneiverordnungs-Report, der auf den Daten des Jahres 2009 beruhte (Schwabe/Paffrath 2010). An den Daten der ein Jahr später veröffentlichten Studie lässt sich dieses Ergebnis hingegen nicht mehr unmittelbar ablesen, problematisieren auch Coca und Nink (2011: 952). Zuverlässige Aussagen über den geschlechterspezifischen Arzneimittelkonsum der Gesamtbevölkerung sind demnach selbst für die jüngste Vergangenheit schwer zu treffen.<sup>18</sup>

Die wissenschaftliche Forschung konstatiert also heute einen höheren Arzneimittelkonsum von Frauen gegenüber Männern. Ulrich Schwabe (2009) betonte zudem in einem Vortrag bei einem Forum der Bundesärztekammer zum „pharmakoepidemiologischen Hintergrund der geschlechtsspezifischen Arzneimitteltherapie“: „Frauen haben traditionell einen höheren Arzneiverbrauch als Männer.“ Obwohl der Mitherausgeber des renommierten und jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Reports nur Ziffern aus den vergangenen zwei Jahrzehnten nannte, erweckt seine Charakterisierung des Frauenüberhangs als „traditionell“ den Eindruck, dieses Phänomen sei eine historische Konstante. Wie es um den geschlechterspezifischen Arzneimittelkonsum in den letzten Jahrhunderten bestellt war, ist dabei allerdings weitgehend unbekannt.

### 1.1.2 Historische Forschung zur geschlechterspezifisch orientierten Krankheitstherapie

Die gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen der letzten Jahrzehnte rücken genderspezifische Fragen – oder „die ‚gemachten‘ Unterschiede“ zwischen Männern und Frauen im Gesundheitsversorgungssystem (Kuhlmann/

18 Der höhere Arzneimittelkonsum von Frauen liege heute nicht etwa darin begründet, dass sie pro Arztbesuch häufiger Arzneimittel verordnet bekämen. Frauen suchen am Beginn des 21. Jahrhunderts vielmehr „deutlich häufiger“ einen Arzt oder eine Ärztin auf als Männer und nehmen öfter Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsangebote in Anspruch (Coca/Nink 2011: 952). Glaeske und Schicktanz (2012: 15) weisen darauf hin, dass die weiblichen Versicherten der Barmer GEK häufiger zu mehreren Ärzten und Ärztinnen gingen als die männlichen. Hierin könne eine Erklärung für das weibliche Überwiegen beim Arzneimittelerwerb liegen: „Danach haben etwa 43% aller Patientinnen und Patienten der BARMER GEK, die im Jahre 2011 ein Rezept erhielten, nur einen einzigen Arzt konsultiert, weitere 30% zwei Ärzte, rund 15% drei Ärzte. Circa 10% gehen zu vier oder fünf Ärztinnen oder Ärzten, danach folgen die restlichen 2% mit deutlich mehr aufgesuchten Ärzten oder Ärztinnen. Vor allem bei der Kontaktaufnahme mit mehreren Ärztinnen und Ärzten liegen Frauen deutlich vor den Männern. Dies ist sicherlich einer der Gründe dafür, dass auch die Anzahl der verordneten Arzneimittel für Frauen höher als für Männer ausfällt.“

Arzneimittelgruppen mit einem hohen Mehrverbrauch der Frauen sind heute laut Schwabe (2009) Sexualhormone, Schilddrüsentherapeutika, Psychopharmaka und Analgetika/Antirheumatika. Ursache des Mehrverbrauchs der Schilddrüsentherapeutika sei vor allem die Autoimmunthyreoiditis, eine Autoimmunkrankheit; die häufigste Ursache einer Schilddrüsenunterfunktion. Arzneimittelgruppen mit einem hohen Mehrverbrauch der Männer seien Lipidsenker, Thrombozytenaggregationshemmer, Urologika und Gichtmittel.



Kolip 2008: 191) – immer mehr in den Fokus.<sup>19</sup> Dabei bleibt allerdings in der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Auseinandersetzung eine Historisierung der Debatte auch dahingehend überwiegend aus, dass schon in früheren Zeiten eine geschlechterspezifisch orientierte Krankheitstherapie stattfand. Etwa bezog die Dosenlehre vom 18. bis zum beginnenden 20. Jahrhundert laut Blessing (2009: 100; vgl. Blessing 2011: 76) auch die Dimension Geschlecht mit ein:

„Die Arzneiverordnungslehren des 18. und 19. Jahrhunderts sowie noch vereinzelt des beginnenden 20. Jahrhunderts erwähnen im Rahmen der Dosierung der Arzneistoffe das Geschlecht. Allerdings bezog sich die sog. Dosenlehre nicht allein auf das Geschlecht, sondern auf die gesamten ‚individuellen Verhältnisse‘ der Patienten; d. h. berücksichtigt werden musste das Alter, das Gewicht, die Konstitution, das Klima usw. Dass Frauen eine niedrigere Dosierung erhielten, wurde darauf zurückgeführt, dass sie sowie auch Kinder und ältere Menschen eine schwächere Konstitution besäßen. Die Kategorie Geschlecht scheint nicht nach qualitativen, sondern nur nach quantitativen Maßstäben beurteilt worden zu sein. Hin und wieder gab es allerdings bezüglich der Darreichungsform geschlechtsspezifische Unterschiede. Im 18. Jahrhundert war man sich aber auch darüber im Klaren, dass Art und Dosierung der gewählten Arzneimittel vom verordnenden Arzt abhängig waren.“

Teilweise wurde das Geschlecht noch nach dem Zweiten Weltkrieg thematisiert (Blessing 2009: 56).<sup>20</sup>

In seiner 1927 erschienenen Dissertation zum Thema „Arzneimittelverkehr und die Apotheke“ schrieb Heinrich Hertlein im Kapitel „Die Konsumenten“:

„Ganz ohne Bedeutung ist für den Arzneimittelhandel der Unterschied zwischen Mann und Frau als Konsumenten. Die Warenkenntnis ist bei beiden gleich gering. Von einer Einwirkung auf die Absatzbedingungen des Arzneimittelhändlers kann nicht die Rede sein.“

Zu Konsumgewohnheiten und -vorlieben bzw. der Menge der an Frauen und Männer abgegebenen Arzneimittel erfahren wir bei Hertlein nichts, wir können aber feststellen, dass er nicht von einer weiblichen Dominanz in puncto Arzneimittelerwerb ausgeht. Seine etwas knappe Feststellung ist darüber hinaus ein Hinweis darauf, dass diese Frage unter den Zeitgenossen kein Streitpunkt war, grenzte Hertlein sich doch nicht von anderen Meinungen ab.<sup>21</sup>

- 19 Dass in klinischen Studien geschlechterspezifische Unterschiede weiterhin nicht angemessen berücksichtigt würden, beklagen beispielsweise Gerd Glaeske und Christel Schicktanz (2012: 35). Hinsichtlich der Arzneimittel werden neben der Frage nach verschieden hohem Verbrauch auch unterschiedliche Wirkungen und Nebenwirkung mancher Medikamente bei Frauen und Männern thematisiert. Einen Überblick gibt Mueck (ohne Jahr).
- 20 Eine solche Achtlosigkeit gesundheitswissenschaftlicher und medizinischer Fachdiskurse für die eigene (auch jüngere) Geschichte begegnen wir übrigens ebenfalls im Feld Betäubungsmittel, wo beispielsweise Diskussionen, die schon in der Zwischenkriegszeit um Entzugsmethoden geführt wurden, heute nicht mehr bekannt sind und sehr ähnlich wieder aufleben (vgl. Hoffmann 2012).
- 21 Offen bleibt, auf welche Basis Hertlein diese Aussage stützt und auf welchen Zeitraum sie sich bezieht. Er behandelt in diesem Kapitel primär den Absatz von Arzneimitteln und

Im Verhältnis zu anderen historischen Forschungsgebieten ist das Thema Geschlecht bezüglich der Arzneimittelgeschichte erst seit vergleichsweise kurzer Zeit etabliert (vgl. Friedrich/Müller-Jahncke 2005: 543). Behandelt wird es etwa im von Bettina Wahrig (2004) herausgegebenen Sammelband mit dem Titel *Arzneien für das „schöne Geschlecht“*. Eine Untersuchung dazu, wie der Arzneimittelkonsum in den letzten Jahrhunderten zwischen Männern und Frauen verteilt war, steckt erst in den Anfängen (vgl. Blessing 2009).

So hat Beisswanger (1996: 128 f.) für den Braunschweiger Raum im 18. Jahrhundert Kassen-Extrakte, also „monatliche Aufstellungen der verschiedenen Einnahmen und Ausgaben“, analysiert und konstatiert: „Die meisten Rezeptkunden waren männlichen Geschlechts. Nur gelegentlich tauchten Frauen auf“. Sofern angenommen werden kann, dass diejenige Person, auf die das Rezept ausgestellt war, mit jener übereinstimmt, die im Kassen-Extrakt notiert wurden, handelt es sich um ein sehr interessantes Ergebnis. Möglich wäre allerdings, dass zumindest gelegentlich der Schuldner oder die Schuldnerin und nicht der Patient oder die Patientin eingetragen wurde, weshalb eventuell mehr Männer als Frauen im Kassen-Extrakt auftauchten (sofern das zu meist männliche Familienoberhaupt als Schuldner vermerkt worden wäre).<sup>22</sup> Dieses Beispiel verdeutlicht, dass Rezeptkopierbücher aufgrund ihrer unmittelbaren, täglichen Verwendung zur Dokumentation der Arzneimittelabgabe und aufgrund der teilweise gegebenen staatlichen Verpflichtung zu ihrer Führung besonders zuverlässige Quellen darstellen.

Die Historikerin Bettina Blessing (2011: 85) konstatiert für das 18. Jahrhundert, „dass die Nürnberger Ärzte deutlich mehr Rezepte für Männer ausstellten.“ Allerdings schwankte der Anteil der an Männer und Frauen abgegebenen Verordnungen „erheblich“ (Blessing 2011: 85). Ihre Stichprobe zu den Verordnungen von zehn Nürnberger Ärzten in zwei Monaten des Jahres 1798 ergab, dass für Frauen im Februar 1798 25% und im Oktober 30% der in die Rezeptierbücher eingetragenen Rezepte bestimmt waren.<sup>23</sup> In einer zweiten Stichprobe analysierte Blessing (2011: 86) die Verordnungen eines einzelnen Nürnberger Arztes, Dr. Gottfried Thomasius, während eines ganzen Jahres. 1728 stellte Thomasius ebenfalls deutlich weniger Rezepte für Frauen aus, nämlich 33%.

Claudine Romann (2001) analysierte eine Stichprobe aus der Rezeptsammlung der Apotheke Brunner aus Diessenhofen im Schweizer Kanton Thurgau. Die Sammlung umfasst 14.740 geheftete Einzelzettel.<sup>24</sup> Romann hat

die Frage, ob die Kundschaft beispielsweise die Möglichkeit hatte, durch Preisvergleiche Kosten im Arzneimittelerwerb zu sparen. Laut Hertlein waren beide Geschlechter ähnlich wenig über Arzneimittel informiert.

- 22 Dies ist angesichts des hohen Anteils von Rezepten, die nicht unmittelbar bezahlt wurden, nicht ausgeschlossen (vgl. Beisswanger 1996: 130).
- 23 Unter diesen zehn Ärzten stellte ein Arzt mehr Rezepte für Frauen als für Männer aus.
- 24 Die in der Datenbank erfassten Rezepte wurden im Jahr 1867 vom Gailinger Arzt Konrad Castell (ca. 1807–1881) ausgestellt (Romann 2001: 199). Auf eine eigene Auswertung der Quelle wurde hier verzichtet, da ihr hinsichtlich der Aussagekraft zur Geschlechterverteilung der abgegebenen Arzneimittel nicht dieselbe Zuverlässigkeit bescheinigt wer-