

Zeitschrift: Frauezeitig : FRAZ
Herausgeber: Frauenbefreiungsbewegung Zürich
Band: - (1995-1996)
Heft: 4

Artikel: Brustimplantate : die medizinische Konstruktion des weiblichen Körpers
Autor: Jacobson, Nora
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1054094>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 12.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Brustimplantate – Die medizinische Konstruktion des weiblichen Körpers

Zuerst war die medizinische Technologie der plastischen ChirurgInnen da. Dann kam das Bedürfnis nach kosmetischen Brustvergrößerungen und die Pathologisierung zu kleiner Brüsten. Nach anfänglicher Euphorie und nachdem sich in den USA 100'000 Frauen jährlich Silikonimplantate einpflanzen liessen, verlangte die US-amerikanische Arzneimittelbehörde ein Moratorium.

Von Nora Jacobson*

1992, mitten in die kontrovers geführte öffentliche Diskussion um Silikon-Brustimplantate hinein, verlangte die US-amerikanische Arzneimittelbehörde (FDA) ein Moratorium gegen den uneingeschränkten Gebrauch von silikonhaltigen Brustimplantaten. Sie schränkte damit die Verfügbarkeit dieser Implantate für Frauen ein, die sich in einer Brustwiederaufbau-Behandlung befanden und bereit waren, an einer kontrollierten medizinischen Studie teilzunehmen. Die FDA warb mit dem Argument für das Moratorium, dass dem «legitimen gesellschaftlichen Bedürfnis» nach Brustimplantaten die «(lange) Liste unbeantworteter Fragen über deren Sicherheit» gegenübergestellt werden müsse.

In diesem Artikel wird der Geschichte der Brustimplantationen nachgegangen, um dieses «legitime gesellschaftliche Bedürfnis» in den Vereinigten Staaten unter die Lupe zu nehmen. Es wird argumentiert, dass der Entwicklung der Brustimplantationstechnologie kein «Bedürfnis» vorausgegangen ist. Vielmehr wurde es geschaffen, als die Technologie schon eingeführt und später weiterentwickelt worden war. Sobald Brustimplantate verfügbar waren, wurden Grösse und Form der weiblichen Brust zuerst problematisiert und danach pathologisiert. Zur Behandlung der «Krankheit 'Kleine Brüsten'» boten plastische ChirurgInnen Implantate an.

Pathologisierung anatomischer Unterschiede

Die Geschichte der Brustimplantationen ist eng mit der Geschichte dreier chirurgischer Eingriffe, in denen sie zur Anwendung kommen, verwoben. Diese drei Eingriffe sind: Vergrößerung von kleinen Brüsten, Wiederaufbau einer operationell entfernten Brust (Mastektomie), sowie prophylaktische subkutane Mastektomie (Entfernung von gutartigem Brustgewebe bei Verdacht auf spätere Krebszellbildung). Obwohl die drei Eingriffe auf verschiedenen Indikationen beruhten, unterschiedliche Patientinnensegmente betrafen und verschieden beschrieben wurden, wiesen sie zwei wichtige Gemeinsamkeiten auf. Jedes Verfahren leistete einen Beitrag zur Perfektionierung der Brustimplantatetechnologie und jedes folgte dem Muster der Problematisierung und Pathologisierung anatomischer Unterschiede. In diesem Artikel

wollen wir das Augenmerk auf die Brustvergrößerung richten.

Kleine Brüsten wurden erst Mitte der 30er Jahre problematisiert. Zuvor waren sie kaum ein Thema, obwohl in medizinischen Zeitschriften Fälle von Brustatrophie (Brustschwund) und Brustprolaps (schlafes Herunterhängen der Brüsten) beschrieben worden sind. Zu deren Behandlung wurden Paraffinjektionen direkt in die Brust, das Einpflanzen von Glaskugeln unter das Brustgewebe oder die Transplantation von Fettgewebe aus anderen Körperregionen (Bauch und Gesäss) vorgeschlagen.

Ab 1935 jedoch begannen plastische ChirurgInnen Artikel über kleine Brüsten zu publizieren. Sie umschrieben diese körperliche Veranlagung mit «Hypomastie» (abnorme Kleinheit der weiblichen Brust), stellten Kategorien von verschiedenen Typen von kleinen Brüsten auf und unterbreiteten eine Reihe von Krankheitsursachen wie exzessives Abmagern oder endokrine Mangelkrankheiten. Die einzige damals zur Verfügung stehende Behandlung war die Fetttransplantation. Diese wurde jedoch selten empfohlen, weil die Gefahr bestand, dass sich das Fett nach der Transplantation verflüssigen würde und vom Körper reabsorbiert werden könnte.

Die eigentliche Pathologisierung kleiner Brüsten erfolgte zwischen den späten 30er und frühen 50er Jahren. Zur gleichen Zeit also wie sich die plastische Chirurgie in den Vereinigten Staaten zu einem anerkannten medizinischen Spezialgebiet entwickelte und die Zahl der ausgebildeten plastischen ChirurgInnen rasch anstieg. Die kosmetische Chirurgie wurde damals in erster Linie mit Anekdoten über die psychischen Probleme, die schlechtes Aussehen zur Folge haben könne, legitimiert. «Abnormale» Brüsten stellten einen solchen Makel im Aussehen dar. Mit «Hypomastie» wurde sodann ein physisch-psychischer Komplex bezeichnet, der zu Gefühlen unzureichender Weiblichkeit, zu Schüchternheit, sozialer Zurückgezogenheit, Depression und in einigen Fällen zu Selbstmordversuchen und Psychosen führen konnte.

Material-Experimente

Die während des Krieges in der Kunststoffherstellung und in der Entwicklung komplizierter chirurgischer Eingriffe erzielten Fortschritte verhalfen der Brustimplantationstechnologie in den Nachkriegsjahren zum Durchbruch. In den 50er Jahren wurde von der chemischen

Industrie eine Reihe synthetischer Materialien eingeführt, darunter Polyvinylalkohol, Polyethylen, Polyurethan und Teflon. Plastische ChirurgInnen experimentierten mit jedem dieser Materialien, um Brustprothesen herzustellen. Es entstanden brustförmige Schwämme, die nach Vorstellungen der «idealen» Brust geformt waren und die zwischen den Brustmuskeln und dem Brustgewebe eingepflanzt werden konnten.

Die einfache Anwendung dieser Materialien und ihre (anfänglich) fast ausschliesslich positiven Ergebnisse führten zu einer Zunahme an plastischen ChirurgInnen, die immer mehr Brustvergrößerungen vornahmen. Mit der Zunahme der Anwendung wurden aber auch die problematischen Reaktionen des Körpers ein Thema. Im speziellen die Gefahr von Wucherungen, die in die Schwämme eindrangen und das Implantat (und somit die Brust) schrumpfen und hart werden liessen. Die plastischen ChirurgInnen reagierten unterschiedlich auf die offensichtlichen Schwierigkeiten mit den Schwammimplantaten. Eine Reaktion bestand in der wiederholten Unterstreichung der psychischen Krankheitssymptome bei Hypomastie.

Es wurden Studien über Frauen gemacht, die sich zu einer Brustvergrößerung entschlossen hatten. Die Studien ergaben, dass die Frauen vor der Operation an Depressionen, Neurosen und Frigidität gelitten hatten. Subjektive Patientinnenberichte schienen darauf hinzuweisen, dass sich diese Leiden nach dem chirurgischen Eingriff verringerten. Eine andere Reaktion war, die verfügbare Technologie in den Dienst der Entwicklung eines qualitativ «idealen Implantats» zu stellen. Das ideale Implantat sollte nicht hart werden, chemisch und physisch inert (nichtaktiv), nicht kanzerogen (krebserregend), belastungsresistent, leicht sterilisierbar und leicht formbar sein. 1963 glaubten plastische ChirurgInnen das ideale Implantat gefunden zu haben: das Silikon-Brustimplantat.

Das erste Silikon-Brustimplantat wurden von zwei plastischen ChirurgInnen aus Houston, Texas, in Zusammenarbeit mit der Dow Corning Corporation entwickelt und bestand aus einem Silikonkunststoffkissen, das mit Silikon gefüllt war. Das Implantat war auf der einen Seite flach, auf der anderen konvex. Die flache Seite war mit einer Dacron-Stoffschicht bezogen um die Fixierung des Implantats an der Brustkorbwand

zu erleichtern. Als die Brustprothese, die sich «natürlich anfühlt», angepriesen, versprach das erste Silikongel-Implantat die Probleme der Schwammimplantate zu lösen, vor allem das der Verhärtung.

Probleme mit Silikon

Innerhalb von ein paar Jahren nach seiner Einführung wurde für Brustvergrößerungen fast nur noch dieses Implantat verwendet. 1970 schätzte Dow Corning die Verkaufszahl auf 50'000 Implantate. Wie auch die vorhergehenden Implantate wurde das Silikongel-Implantat mit dem Auftauchen von Anwendungsschwierigkeiten modifiziert. Grösse und Form des Implantats änderten sich, und die Dacronstoffschicht verschwand.

Doch trotz des anfänglichen Versprechens hatten auch die Silikongel-Implantate eine Verhärtung der Brust zur Folge. Die Verhärtung entstand durch die Bildung einer Gewebekapsel um das eingepflanzte Material herum und die darauffolgende Kontraktur der Kapsel Fasern. Dieses Phänomen ist als kapsuläre Kontraktur bekannt. Einige Nimmermüde versuchten das Problem der kapsulären Kontraktur zu lösen, indem sie kochsalzhaltige Implantate oder Modelle, die mit einer Polyetheranschauumschicht umgeben waren, entwickelten. Zwar schienen diese neuen Stoffe das Problem der Verhärtung zu vermindern, bargen jedoch neue Schwierigkeiten.

Das Bedürfnis nach Brustimplantaten wurde als psychisches und soziales konstruiert: ein individueller Wunsch, entstanden aus den Imperativen einer «busenbewussten» Gesellschaft. Plastische ChirurgInnen rechtfertigten ihre Tätigkeit mit der Begründung, einem gesellschaftlichen Bedürfnis nach Implantaten beziehungsweise den «Forderungen der Patientinnen» nachzukommen. In den 70er und 80er Jahren, zur Zeit als die Silikongel-Implantate geändert wurden, änderten sich auch die sexuellen Moralvorstellungen. Eine populäre Version der «Selbstverwirklichungspsychologie» wurde gesellschaftlich gutgeheissen. Plastische ChirurgInnen änderten sofort die Motiveinschätzung ihrer Patientinnen: Frauen, die sich einer Brustvergrößerung unterziehen wollten, waren nicht länger Psychopathinnen, sondern folgten dem natürlichen Wunsch nach grösstmöglichem Wohlbefinden. Diese Sichtweise vergrösserte natürlich die Zahl potentieller Brustvergrößerungspatientinnen.

«Prophylaktische» Brustoperationen

In den 80er Jahren bis zu Beginn der Kontroverse um die Implantate haben in den USA schätzungsweise 100'000 Frauen pro Jahr Brustimplantate einsetzen lassen. Die Technologie wurde während dieser Zeit immer angepasst und darauf ausgerichtet, das vertrackte Problem der kapsulären Kontraktur zu lösen.

Wie bei den Brustvergrößerungen wurde auch beim Wiederaufbau der Brust nach einer Mastektomie wegen Krebs oder bei einer prophylaktischen subkutanen Mastektomie aufgrund einer fibrozystischen Erkrankung das Silikongel-Implantat als Lösung der medizinischen Probleme vorgeschlagen. Im Fall eines Wiederaufbaus nach einer Mastektomie war das Problem das «Post-Mastektomie-Syndrom», eine psychosoziale Funktionsstörung, die durch Gefühle mangelnder Weiblichkeit verursacht wird. Bei prophylakti-

scher Mastektomie lag das Problem beim Versagen der Medizin, Brustkrebs operativ, radiologisch oder chemotherapeutisch behandeln zu können. BefürworterInnen der prophylaktischen subkutanen Mastektomie behaupteten, dass durch diesen Eingriff die «präkanzeröse» Brustmasse entfernt und damit die Menge an möglicherweise einmal betroffenen Brustgewebe verringert werden könne. Sie behaupteten weiter, dadurch könne die Sterberate bei Brustkrebs herabgesetzt werden und versuchten, Frauen zu einer vorsorglichen Behandlung zu überreden. Im Verlaufe der Implantate-Diskussion wurde die prophylaktische Mastektomie kaum mehr diskutiert, da sie zu dieser Zeit bereits in breiten Kreisen diskreditiert worden war.

* Nora Jacobson arbeitet im Department of Health Policy and Management an der Johns Hopkins University in Baltimore, USA.
Aus dem Englischen übersetzt von Dorian Occhiuzzi.

Inserate



Indisch-Ceylonische Küche

- Curry unter Sternen
- Tandoori unter Palmen
- Mittags und abends Buffet à Discretion

Die Frauen, die unser Inserat mitbringen, erhalten ein Glas «Wein des Monats» gratis.

Some Like it hot...

CURRY-BEIZ
SCHLÜSSEL

Unterehrendingen, Tel. 056 222 56 61



coiffure flamingo

Zeughausstrasse 55
4. Stock
8004 Zürich
Telefon 01 242 91 14

Dienstag bis Freitag
9 bis 18.30 Uhr

Samstag
9 bis 16 Uhr