



Ernst Gräfenberg: Ende der 20er-Jahre hatte er eine erfolgreiche Praxis in Berlin.

## Ernst Gräfenberg

# Wer (er)fand den G-Punkt?

Medizinhistorische Anmerkungen zur Erstbeschreibung vor 61 Jahren

Matthias David, Frank C. K. Chen, Jan-Peter Siedentopf

Selten fand ein medizinischer Fachbegriff so breiten Eingang in die populärwissenschaftliche Literatur wie der Terminus „G-Punkt“, obwohl kritische Stimmen immer wieder betonen, dass es sich bei dieser besonderen erogenen Zone der Frau weniger um eine Entdeckung als vielmehr um eine Erfindung handele (10). Weitgehend unbekannt ist, wem der G-Punkt seinen Namen verdankt und wer oder was sich hinter dem Buchstaben G verbirgt.

Vor 61 Jahren, im August 1944, wurde im amerikanischen *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology* eine Arbeit von Ernst Gräfenberg und Robert Latou Dickinson veröffentlicht, die als Ursprung der „Idee des G-Punkts“ gelten kann (7). Aus diesem Anlass soll an den bis Ende der 30er-Jahre in Berlin praktizierenden Gynäkologen jüdischen Glaubens Ernst Gräfenberg erinnert und auch auf die Entstehungs- und aktuelle Rezeptionsgeschichte des G-Punkts eingegangen werden.

### Ernst Gräfenberg – zur Person

Gräfenberg wurde am 26. September 1881 in Adelebsen, Provinz Hannover, geboren. Das Medizinstudium absolvierte er in München und Göttingen. Das medizinische Staatsexamen legte er im Januar 1905 in Göttingen ab (4).

Gräfenberg nahm die ärztliche Tätigkeit an der Augenklinik der Universität

Würzburg auf. 1905 wechselte er zur Kieler Universitätsfrauenklinik und begann seine Weiterbildung unter der Leitung von Richard Werth, der durch die Entwicklung der Schichtnaht in die Geschichte der Chirurgie eingegangen ist; später war Hermann Johannes Pfannenstiel sein Chef. 1910 zog Gräfenberg nach Berlin, wo er sich als Gynäkologe im Stadtteil Schöneberg niederließ. Im selben Jahr übernahm Walter Stoeckel das Ordinariat in Kiel (17).

Ernst Gräfenberg war für kurze Zeit mit der Schriftstellerin Rosie Waldeck verheiratet. Die Ehe blieb kinderlos und wurde „wegen Disharmonie in beiderseitigem Einverständnis geschieden“ (14, 16). Ende der 20er-Jahre befand sich Gräfenberg auf dem Höhepunkt seiner Karriere in Berlin. In seiner Praxis am Kurfürstendamm 24 behandelte er Frauen von Geschäftsleuten und Diplomaten, unter seinen Patientinnen waren Berühmtheiten aus der Berliner Theater- und Opernszene. Aber er war nicht nur der viel frequentierte Prominentenarzt. Im Dezember 1928 fand auf Initiative engagierter linksliberaler Ärzte ein Kurs über Geburtenregelung statt. Hier berichtete Gräfenberg erstmals über die von ihm entwickelte Intrauterinspirale, den so genannten Gräfenberg-Ring, der als Vorläufer aller modernen Intrauterinpressare gilt (5).

Anfang der 20er-Jahre hatte Gräfenberg mit der intrauterinen Einlage von Seidenfäden, später von Ringen aus gedrehtem Silberdraht zur Schwangerschaftsverhütung begonnen. Sie bestanden – wie Untersuchungen aus den 70er-Jahren gezeigt haben – wohl aus Gründen der Festigkeit aus techni-

chem Silber, das Verunreinigungen von Zinn, Cadmium und bis zu 28 Prozent Kupfer enthält (21). Gräfenberg, der zuletzt „mikrochemische Umwandlungen“ für die temporäre Sterilität verantwortlich machte, hat also unbewusst das erste Kupfer-Intrauterinpressar erfunden. Gräfenberg wurde zu internationalen Kongressen der Geburtenkontroll- und Sexualreformbewegung eingeladen; allerdings war die herrschende Lehrmeinung eindeutig gegen die von ihm vertretene Methode gerichtet. Die Kritiker unterlagen einem tragischen Missverständnis: Die Angst vor den häufig mit Stiftpressaren verbundenen Komplikationen, die auf eine „Infektionsbrücke“ zwischen Vagina und Uterus zurückzuführen war, wurde mit ei-

*Selten fand ein medizinischer Fachbegriff so breiten Eingang in die populärwissenschaftliche Literatur.*

nem bemerkenswerten Mangel an Differenzierungsvermögen auf die völlig intrauterin liegenden Gräfenberg-Ringe übertragen (3).

Von 1930 bis 1933 leitete Gräfenberg neben seiner Praxistätigkeit die 60 Betten zählende gynäkologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Berlin-Britz. 1933 wurden drei Chefärzte des Krankenhauses, darunter Gräfenberg, aufgrund ihres jüdischen Glaubens von den Nationalsozialisten entlassen. Die gynäkologische Abteilung wurde im gleichen Jahr in das Städtische Krankenhaus Neukölln überführt.

Ungeachtet der prominenten Lage seiner Praxis konnte Gräfenberg bis 1937 seiner ärztlichen Tätigkeit weitgehend unbehelligt nachgehen. Dann folgte die sicher wesentlichste Zäsur in seinem Le-

ben – ein Zuchthausaufenthalt im nationalsozialistischen Deutschland.

In der erst vor kurzem entdeckten Personalakte des Zuchthaus Brandenburg/Havel über Dr. Ernst Gräfenberg, der seit dem 1. Januar 1939 als Jude den Zwangsvornamen „Israel“ zu führen hatte, heißt es: „Gegen den Ernst Israel Gräfenberg aus Berlin ist durch Urteil des Landgerichts in Berlin am 9. November 1938 wegen Devisenvergehen eine Zuchthausstrafe von drei Jahren und eine Geldstrafe von insgesamt 199 000 Reichsmark erkannt worden. Die bürgerlichen Ehrenrechte werden dem Angeklagten auf die Dauer von fünf Jahren aberkannt.“ Die Straftat bestand im Außerlandesbringen und Verkauf wertvoller Briefmarken (16).

Sein Aufenthalt im Zuchthaus Brandenburg dauerte bis zum 15. August 1940. Dann waren offenbar unter Veräußerung seiner sämtlichen Vermögenswerte die Geldstrafe bezahlt und mit der Hinterlegung einer größeren Lösegeldsumme durch die US-amerikanische Gründerin der weltweiten Geburtenkontrollbewegung Margaret Sanger die Voraussetzungen für die Freilassung und Ausreise Gräfenbergs in die USA geschaffen worden (13).

Ein Dankesbrief vom Dezember 1941 an Margaret Sanger zeigt, dass Gräfenberg wie viele jüdische Flüchtlinge in dieser Zeit nur über die Sowjetunion und Shanghai/Südostasien in die USA einreisen konnte (6). Unter anderen half der Schriftsteller Erich Maria Remarque Gräfenberg beim Aufbau einer neuen Existenz in den Vereinigten Staaten (13). Er arbeitete zunächst als Pathologe in Chicago und bereitete sich auf das Medical-Board-Examen vor, das er noch als 60-Jähriger 1941 absolvierte. Trotz einer hohen Arztdichte in New York ließ er sich dort nieder und vergrößerte rasch seine (gynäkologische) Privatpraxis. Die Auswirkungen seiner Parkinsonschen Erkrankung zwangen ihn 1953 zur Aufgabe seiner praktischen Arbeit, und er war schließ-

lich nur noch im Margaret-Sanger-Research Bureau tätig.

Im Alter von 76 Jahren starb er – weitgehend unbeachtet – am 28. Oktober 1957 in New York. Lediglich in der in New York erscheinenden deutschsprachigen jüdischen Wochenzeitschrift „Aufbau“ erschien ein Nachruf (14).

Gräfenberg konnte sowohl die Rehabilitierung und Renaissance seiner intrauterinen Verhütungsmethode in den 60er-Jahren, aber auch die Diskussionen über seine sexualwissenschaftlichen Erkenntnisse in den 80er-Jahren nicht mehr miterleben.

In den USA begrenzte Gräfenberg seine Kontrazeptiva-Verordnung auf die Anwendung von Zervikalkappen und Diaphragmen, mit denen er sich in seinen frühen „amerikanischen Jahren“ auch publizistisch befasste. In der gemeinsam mit dem einflussreichen amerikanischen Gynäkologen und Geburtshelfer R. L. Dickinson 1944 im *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology* veröffentlichten Arbeit heißt es auf Seite 338: „Gelegentlich berichtete eine Patientin über das Fehlen eines Orgasmus, wenn sie ein Vaginaldiaphragma trug, dies . . . betraf nur eine erogene Zone, die entlang der suburethralen Oberfläche der vorderen Vaginalwand lokalisiert war . . .“ Das Pessar bedeckte dieses Areal, während eine stattdessen verwendete Portiokappe die Orgasmusfähigkeit der Frau wieder herstellte, weil sie diesen Bezirk der Vagina frei lässt (7). Dies ist die erste, in einem Nebensatz erfolgende Erwähnung

der später nach Gräfenberg benannten Zone, des G-Punktes.

Als Meilenstein in der Sexualkunde wird aber vor allem Gräfenbergs viel zitierte Arbeit im *International Journal of Sexology* von 1950 angesehen. Er fasste dort zusammen: „Einige Untersucher der weiblichen Sexualität glauben, dass die meisten Frauen keine Erfah-

rung mit dem vaginalen Orgasmus haben, weil es keine Nerven in der Vaginalwand gibt. . . . Dieser kurze Artikel hat, hoffe ich, zeigen können, dass die vordere Vaginalwand unterhalb der Urethra der Sitz einer ausgeprägten erogenen Zone ist und dass diese bei der

Behandlung weiblicher sexueller Mangelzustände eine größere Bedeutung erhalten sollte.“ (8) Dieses Areal – Gräfenberg hat nie den Ausdruck

Spot, also Punkt gebraucht – befindet sich vier bis fünf Zentimeter vom Scheideneingang entfernt in der vorderen Vaginalwand unterhalb, um und entlang der Urethra. Hier soll auch der Ursprung der so genannten weiblichen Ejakulation zu finden sein (9, 11, 22).

Gräfenberg war aber offenbar nicht der Erste, der auf die Bedeutung dieser Strukturen für die weibliche Sexualität hingewiesen hat. Anhand der Untersuchung einiger bedeutender Werke der altindischen Sexualwissenschaft (zum Beispiel Kamasutra, 4. Jahrhundert n. Chr.) konnte Syed aufzeigen, dass den Verfassern dieser Texte die Phänomene „Gräfenberg-Zone“ und weibliche Ejakulation bekannt waren (20). Aus dem europäischen Raum wird immer wieder der niederländische Anatom Regnier de Graaf erwähnt. In einer 1672 erschienenen Arbeit beschreibt er unter anderem das später nach Gräfenberg benannte besondere Areal in der vorderen Vaginalwand und eine weibliche Prostata (2).

Gräfenbergs Aufsatz fand in den 50er-Jahren nicht die ihm gebührende Beachtung. Auch Masters und Johnson bezeichneten in ihren wichtigen sexualmedizinischen Studien Mitte der 60er-Jahre die weibliche Ejakulation als ein „irrtümliches, wenn auch weit verbreitetes Konzept“ (9).

Erst Anfang der 80er-Jahre erwachte in den USA das Interesse an den Entdeckungen Gräfenbergs. Die US-amerikanischen Sexualforscher John D. Perry und Beverly Whipple haben 1981 in zwei Artikeln über die weibliche Ejakulation diesem Areal im Gedenken an Gräfenberg den Namen G-Spot gegeben (1, 22). Perry und Whipple glauben, mit dem Gräfenberg-Spot das Trigger-

*Vielleicht muss der G-Spot als eine Art gynäkologisches UFO angesehen werden.*



Cover des US-Bestsellers von 1982; im Jahr darauf gab es eine deutsche Übersetzung.

areal für den pelvinen, nerval-uterinen Orgasmus identifiziert zu haben (15).

Bis heute ist der G-Punkt Projektionsfläche verschiedenster Fantasien, Ratschläge und Geschäftsideen, wie man im Internet leicht überprüfen kann. Die kontroverse Diskussion um die G-Zone geht im 21. Jahrhundert weiter. Ist sie Realität oder nur ein unbewiesener oder nicht beweisbarer Mythos?

Im Rahmen einer in den 90er-Jahren durchgeführten Studie wurden in den USA und Kanada 2 350 Frauen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zum G-Spot befragt. Bei einer Antwortrate von 85 Prozent waren 84 Prozent der Frauen dieser Stichprobe davon überzeugt, dass es ein hochsensibles Areal in der vorde- ren Vaginalwand gibt (10).

Andererseits kommt Hines (2001) nach Sichtung der vorhandenen Literatur und Bewertung der Studie nach „evidenzbasierten“ Kriterien zu folgender Schlussfolgerung: „Die weit verbreitete Akzeptanz des Vorhandenseins eines G-Spots bewegt sich jenseits der vorhandenen Evidenz. Auf der Basis der existierenden anatomischen Studien kann man feststellen, dass es unwahrscheinlich ist, dass ein reich innerviertes Gewebeareal über die Jahre unentdeckt geblieben ist. Bis eine gründliche und sorgfältige histologische Untersuchung des relevanten Gewebes unternommen worden ist, muss der G-Spot als eine Art gynäkologisches Ufo angesehen werden. Viel gesucht, viel diskutiert, aber nicht verifiziert durch objektive Daten.“ (10) Vielleicht ist die evidenzbasierte Medizin hier an ihre Grenzen gestoßen. In jedem Fall ist Haerberle zuzustimmen, der erhebliche ethische Probleme bei der Erforschung der Existenz, Lokalisation und Bedeutung der G-Zone sieht (9).

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 2853–2856 [Heft 42]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/pp/lit1105](http://www.aerzteblatt.de/pp/lit1105) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:  
**Priv.-Doz. Dr. med. Matthias David**  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Virchow-Klinikum  
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
E-Mail: [matthias.david@charite.de](mailto:matthias.david@charite.de)

## „Enhancement“

# Schon Jakob betrieb es

Philosophisches aus den USA zur medizinischen Aufbesserung des Menschen

Wer nicht bibelfest war, tat gut daran, hinterher nachzulesen. Denn Prof. Erik Parens setzte voraus, dass seine Zuhörer die Geschichten über Stammvater Jakob, dessen Frau Rachel und die Übertölpelung von Schwiegervater Laban kannten. Parens exemplifiziert am Beispiel Jakobs die beiden Grundhaltungen, die aus philosophischer Sicht zur medizinischen Verbesserung des Menschen möglich sind.

Mit der Frage „Auf dem Weg zum besseren Menschen?“ hatte der von Kanzler Gerhard Schröder eingereichte Nationale Ethikrat zu einem seiner öffentlichen bioethischen Foren eingeladen. Man wollte über den Einsatz der Medizin zur Steigerung körperlicher und geistiger Fähigkeiten sprechen. Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert vom Ethikrat erhoffte sich Hinweise, nach denen die verwirrende Vielfalt der Enhancement-Techniken (so der inzwischen gebräuchliche terminus technicus, kurz ET) geordnet werden kann. Lassen sich also Doping, Viagra- und Prozac-Konsum, Brustvergrößerung, Zahnregulierung und Geschlechtsumwandlung gedanklich auf einen Nenner bringen? Und: Wo liegen die Grenzen? Philosoph Parens vom Hastings Center, New York, der zu ET schon vielfach veröffentlicht hat und ein gefragter Gutachter ist, konzentrierte sich pragmatisch auf die Kategorisierung der Phänomene. Von einer ethischen Bewertung sah er ab. Kritikern wie Befürwortern von ET gehe es um Authentizität, so Parens. Die

Kritiker befürchten, durch medizinische Aufbesserung werde die Person verfälscht oder daran gehindert, sich aus sich heraus zu entwickeln oder mit ihrem Schicksal fertig zu werden. Die Befürworter meinen hingegen, der Mensch werde durch ET, falls sie in freier Entscheidung angewandt werden, erst zu dem, was er ist oder zu sein glaubt.

Parens brachte als Beispiel Prozac (dessen Konsum in den USA offenbar alltäglich ist). Stimmungsaufheller befreien den Menschen, er ist wieder er selbst, sagen die Befürworter (in Übereinstimmung mit der Pharmawerbung). Nein, sie verhindern die Auseinandersetzung mit der Krankheit und eine Therapie, sagen die Gegner. Diese gegensätzlichen Grundhaltungen erläuterte Parens anhand des Alten Testaments.

Als sich Rachel bei Jakob beklagt, keine Kinder bekommen zu können (Genesis 30, 1 f), verweist der auf Gottes Wille, der anzunehmen sei. Das ist Haltung eins, Parens nannte sie den „Dankbarkeitsrahmen“. Haltung zwei, der „Kreativitätsrahmen“, offenbart sich in der listigen Aufteilung der Ziegenherde Labans. Jakob wählt die starken Tiere, macht sie brünstig und kommt so bald zu einer großen Herde. Seinem Schwiegervater überlässt er die genetisch schlechteren Tiere (Genesis 30, 31–43).

Parens: Im Dankbarkeitsrahmen sind die Wahlentscheidungen begrenzt, im Kreativitätsrahmen hat der Mensch die Freiheit, sein Lebensprojekt zu wählen. Das sei die vorherrschende Einstellung in den USA.

Auf einige Berliner Zuhörer wirkten solche Aussagen (die Parens nicht für sich gelten ließ, er neigt mehr den Kritikern zu) verstörend. Parens Antwort, lakonisch und wiederholt: „Ich gebe keinen Rat und spende keinen Trost.“ Auf die hartnäckige Frage, wer für medizinische Verbesserungen die Verantwortung zu übernehmen habe, befand Parens: das Individuum. Man müsse die Wahl einer Person, die wohl informiert sei und frei entscheide, akzeptieren. Norbert Jachertz



Foto: The Hastings Center

„Ich gebe keinen Rat und spende keinen Trost.“

Erik Parens