GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Geschlechterforschung in Medizin und Public Health. Editorial Medizin - Gesundheit - Geschlecht

Zemp, Elisabeth

2015

https://doi.org/10.25595/3855

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Zemp, Elisabeth: *Geschlechterforschung in Medizin und Public Health. Editorial Medizin - Gesundheit - Geschlecht*, in: FZG (FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien), Jg. 21 (2015) Nr: 2, 5–14. DOI: https://doi.org/10.25595/3855.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20933

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE
UNIVERSITÄT
BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 21/2: 5-14

Elisabeth Zemp

Geschlechterforschung in Medizin und Public Health

Editorial Medizin – Gesundheit – Geschlecht

Die Frage nach der Rolle von Geschlecht in Gesundheit und Medizin wird in diesem Heft vor dem Hintergrund einer regen Forschungs- und Publikationstätigkeit in der Medizin aufgegriffen. In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl wissenschaftlicher ‚Gendermedizin'-Publikationen in bio-medizinischen Zeitschriften vervielfacht (Oertelt-Prigione 2012: 13) und innert weniger Jahre sind fünf breit angelegte Gendermedizin-Lehrbücher erschienen (Kautzky-Willer 2012; Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek 2012; Schenck-Gustafsson et al 2012; Goldman/Troisi/Rexrode 2013; Miemitz/Polikashvili 2013). Worauf weisen diese Aktivitäten? Wird derzeit in der Medizin, wie von Harding (1991) gefordert, besonders intensiv an einem Nachtrag zur Wissenschaftsgeschichte gearbeitet, geht es um Qualitätsverbesserung in der Forschung und der medizinischen Betreuung (Oertelt-Prigione/Regitz-Zagrosek 2012), oder auch darum, den Geschlechterbegriff aus dieser disziplinären Perspektive erneut zu beleuchten? Seit langem wird in Körperdebatten die Thematisierung von Geschlecht aus unterschiedlichen disziplinären und methodischen Ansätzen vorgenommen, etwa auf der Grundlage von performativen Materialisierungskonzepten, handlungstheoretischen und praxeologischen Perspektiven, mittels Analysen von Verkörperungsprozessen, Repräsentationen, identitätsstiftenden körperlichen Materialisierungen oder von Gestaltungszugriffen und Existenzweisen geschlechtlicher oder vergeschlechtlichter Körper (Mangelsdorf/Palm/Schmitz 2013: 5). Wo lässt sich nun die aktuelle Beschäftigung mit Geschlecht im Bereich von Gesundheit und Medizin situieren? Wie wird Geschlecht in dieser Forschung konzeptionalisiert? Was wird zum Gegenstand von auf Gesundheit beziehungsweise auf medizinische Fragen bezogenen sex/gender-Analysen? Wie werden diese Analysen durchgeführt, und wie ihre Ergebnisse interpretiert? Wie wird mit den Kategorien sex und gender und wie mit Geschlechtsunterschieden umgegangen, und womit wird ihre Relevanz begründet? Und nicht zuletzt: Gibt es eine Rückbindung an die sozial- und geisteswissenschaftliche Geschlechterforschung? Von besonderem Interesse ist auch, was mit diesen neueren Arbeiten in die medizinische Literatur einfliesst, und welche Konsequenzen sie für die klinische Praxis haben.

Das Forschungsfeld Geschlecht, Gesundheit und Medizin weist mehrere Besonderheiten auf. So ist Gesundheit ein mehrdimensionales Konzept, medizinische und Public Health-Forschungen haben eine ausgeprägte Ausrichtung auf eine praktische Anwendung in der ärztlichen Betreuung und gesundheitlichen

© 2015 Budrich Unipress. 10.3224/fzg.v21i2

Versorgung, und eine Fokussierung auf (Geschlechts-) Differenzen erscheint vordergründig.

Gesundheit, in der WHO-Verfassung als ‚physical, mental and social well-being' definiert (World Health Organisation 1948), wird in ihrer inhärenten Mehrdimensionalität noch immer kaum verstanden. Dies trifft besonders für die vielfältigen Interaktionen zwischen biologischen und sozialpsychologischen beziehungsweise kulturellen Prozessen zu. Da sich innerhalb der Medizin die meisten Subdisziplinen vorwiegend mit einzelnen Dimensionen von Gesundheit befassen – so die klinischen Fächer mit der biologischen, Psychiatrie/Psychologie mit der psychischen, Public Health mit der sozialen Dimension –, dürfte sich dies auch nicht so schnell ändern. Explizite Schnittstellen wie etwa die Psychosomatik gibt es wenige. Diese partiellen beziehungsweise marginalisierten Sichtweisen betreffen auch den Umgang mit der Kategorie Geschlecht, die in ihrer Komplexität und Mehrdimensionalität der Gesundheit nicht unähnlich ist.

Medizin und Public Health sind Disziplinen, die gleichzeitig Wissenschaft und berufliche Praxis beinhalten und ihre Forschung zielt stärker als jene anderer Disziplinen nicht (nur) auf Erkenntnisgewinn, sondern muss unabdingbar Wissen generieren, welches in der Berufspraxis nutzbar gemacht werden kann. Dasselbe gilt für die Geschlechterforschung in diesen Fächern. Geschlechtsabhängige Risiken, Manifestationen und Verläufe zu erkennen und zu berücksichtigen (‚geschlechtersensible Betreuung'), wird denn auch als qualitätsverbessernde und qualitätssichernde Massnahme in der Medizin angesehen (Zon Mw 2015). Es ist allerdings eine beträchtliche Herausforderung, in der Fokussierung auf Geschlechtsunterschiede inadäquate Geschlechterstereotypisierungen zu vermeiden und vergeschlechtlichte Phänomene von vergeschlechtlichenden Prozessen zu unterscheiden. Eindrücklich illustrieren dies neuere (experimentelle) Forschungsarbeiten zu Schmerz (Icenhour 2015). Auch das Gehirn findet nach einem regelrechten Boom biologischer geschlechter-differenzierender Forschung inzwischen wegen seiner ausgeprägten Plastizität und Reaktivität auf Umwelteinflüsse wieder stärker als *sozial* vergeschlechtlichtes Organ Interesse. Franks bezeichnet es sogar als ein „basically social organ" (Franks 2010, zitiert nach Wade 2013: 286), und Wade schreibt den herkömmlichen Begriff von Biologie um: „Biology is, literally, the flesh and blood of society" (Wade 2013: 287).

Die berufliche Praxis von Medizin und Public Health eröffnen darüber hinaus den Blick auf mehr als auf Gesundheit: auf den Umgang von Professionellen mit Patient_Innen, darauf, wie Geschlechtervorstellungen ins berufliche Handeln einfliessen und wie unterschiedliche Genderkonstellationen die Interaktionen zwischen Professionellen und Patient_Innen beeinflussen. Sie ist ein Ort der interaktiven und situationsspezifischen Konstruktionspraxis von Geschlecht; in anderen Worten: Kein *doing medicine* ohne *doing gender*. Daher ist der Begriff *Gendermedizin* trotz der oft monierten ‚medizinisch-biologischen' Forschungsausrichtung höchst adäquat, wie einige Arbeiten dieses Schwerpunktheftes beleuchten.

Die ausgeprägte Fokussierung und Beachtung von Geschlechtsunterschieden in der Gesundheitsforschung findet reichlich Kritik, da damit eine Geschlech-

terbinarität und Geschlechternomierung verfestigt und auch hergestellt wird. Und doch können Geschlechtsunterschiede Ausganspunkt für spannende Forschungswege sein. Dies gilt besonders für Public Health – einer Disziplin, für welche Unterschiede geradezu den Hauptgegenstand der Forschung ausmachen. Allerdings liegt in dieser Disziplin das Interesse vornehmlich auf Unterschieden, die eigentlich nicht sein müssten, und die verändert werden können, veränderlich sind. Warum soll die Lebenserwartung in südlichen Ländern bis zu 30 Jahre tiefer sein als in nördlichen Ländern, warum soll sie in tieferen sozialen Schichten bis zu zehn Jahre kürzer sein als in höheren sozialen Schichten, warum soll sie bei Männern rund sieben Jahre kürzer sein als bei Frauen? Aus dieser disziplinären Sichtweise werden Gruppen – auch ‚Männer' und ‚Frauen' – weniger auf der Basis von fixen Merkmalen definiert, sondern vielmehr aufgrund eines Bündels an gemeinsamen Erfahrungen und Lebensbedingungen, die deren Gesundheitschancen beeinflussen (Maschewsky-Schneider/Babitsch/Ducki 1998) und ihre Spuren in Körper und Gesundheit hinterlassen. Während Harding noch in den frühen 1990er Jahren argumentierte, dass biologische Unterschiede keine Ressource für feministische Analysen seien (Harding 1991: 133), kann dies nicht mehr aufrechterhalten werden. Es trifft nur unter einem bestimmten Verständnis von biologischen Phänomenen zu, nämlich, dass diese fix und unabhängig von soziokulturellen Einflüssen seien, – ein Verständnis, von welchem wir uns zunehmend entfernen. Auch biologische Differenzen können zum Ausgangspunkt feministischer Analysen gemacht werden, – vorausgesetzt, dass eine normative Herstellung von Differenzen sowie die Definition von Gruppen (bezüglich Geschlecht, Ethnien, Alter) kritisch reflektiert werden. Körper sind Ausdruck der gelebten, gestalteten Welt in einem bestimmten historischen Kontext, wie Krieger (2013) nicht müde wird zu thematisieren, und nicht das isolierte Ergebnis von genetischen Programmen. In einer ihrer Arbeiten zu Brustkrebs zeichnet Krieger die sich historisch verändernde Reaktivität von Östrogenrezeptoren auf äussere Signale nach und prägt für den aus dieser Entwicklung hervorgehenden Rezeptorstatus den Ausdruck „emergent embodied phenotype" (Krieger 2013: 25). Diesen Begriff stellt sie dem Konzept der angeborenen Biologie entgegen. Momente solcher ‚Korporealisierungen' zu erkennen, dies hat sowohl wissenschaftliche, gesundheitspolitische wie gesellschaftliche Bedeutung. Das Feld der Interaktionen zwischen biologischen, sozialpsychologischen und kulturellen Faktoren im Gesundheitsbereich sollte daher vermehrt zum Gegenstand gendermedizinischer Forschung gemacht werden. Es ist ein Bereich, dessen Vielfalt erst noch zu erschliessen ist.

Noch immer besteht allerdings eine Kluft im Verständnis der Kategorien *sex* und *gender* zwischen der sozialwissenschaftlichen Geschlechterforschung und der meist dualen und rein biologisch bergründeten Geschlechterkonzeption in einem Großteil der klinischen und tierexperimentellen medizinischen Forschung. Auch kommen derzeit verschiedene Konzepte nebeneinander zur Anwendung, so das ‚male only model', gegen das in klinischen Trials noch immer mit behördlichen Auflagen angekämpft wird (Schiebinger/Klinge 2015: 29), das in der Medizin verbreitete duale Geschlechterkonzept, aber auch sozialkonst-

ruktivistische Konzeptionen und eine sozialwissenschaftlich informierte Genderforschung stellt für jeden Schritt des Forschungsprozesses bestimmte Fragen zu Geschlecht (Schiebinger/Klinge 2015: 31f.). Eine Erweiterung zu einem Mehrgeschlechtermodell oder in Richtung Auflösung des dualen Geschlechtermodells (Springer et al. 2012) bildet derzeit in Medizin und Public Health noch eine Ausnahme. Dieses Nebeneinander unterschiedlichster Geschlechterkonzeptionen mag einen zuweilen nicht nur an den *Turmbau von Babel* erinnern... vielmehr stellt es Forschende manchmal vor beinahe unlösbare Probleme, so im Umgang mit Journal Editors und Forschungsfinanzierungsinstitutionen (Christianson 2012: 747). Bereits eine duale Geschlechterkonzeption bedeutet in Medizin und Public Health eine erhebliche Komplexitätssteigerung im Forschungsdesign und eine oft beträchtliche Erhöhung des finanziellen Aufwands – besonders evident ist dies in der pharmakologischen Forschung. Es ist zu hoffen, dass sich in der so genannten Gendermedizin in der Tat eine Forschung entwickelt, welche biologische und ‚gendertheoretisch informierte Forschung' zusammenbringt, eine stärkere interdisziplinäre Arbeitsweise realisiert und sich historischen Analysen nicht verschliesst. Auf diesem Weg könnten wir, wie Londa Schiebinger im Interview in diesem Schwerpunktheft prophezeit: ‚…see new things'.

Zu den Beiträgen

Die Einladung zur Eingabe von Beiträgen für den Themenschwerpunkt Medizin – Gesundheit – Geschlecht richtete sich ebenso an genderforschende Mediziner_Innen wie an Genderforschende, die sich aus geisteswissenschaftlicher, wissenschaftssoziologischer oder inter-/transdisziplinärer Perspektive mit Körper, Körperlichkeit, Gesundheit, gesundheitlicher Betreuung, Public Health oder mit Gesundheitspolitiken befassen.

Die Beiträge dieses Schwerpunktheftes beleuchten denn auch ganz unterschiedliche Felder: Der Beitrag von Sarah Singh und Ineke Klinge sowie das Interview mit Londa Schiebinger bilden eine Klammer: Während Sarah Singh und Ineke Klinge von der epistemologischen Seite her den Blick auf Genderanalysen richten und theoretische Konzepte und Methodologien feministischer Forschung nachzeichnen (‚paving the way' für bessere Forschung in Biomedizin und Public Health), thematisiert Londa Schiebinger im Interview das kreative Potential der Anwendung und Nutzung von Genderanalysen und stellt den Gewinn für die Erschliessung neuen Wissens im Technikbereich in den Vordergrund (‚putting gender analysis into action to see new things'). Einer der Beiträge beleuchtet den Bereich Männlichkeit und Gesundheit (Nina Wehner et al.), und drei befassen sich mit verschiedenen Facetten des Berufsfelds Medizin: Mit der Art, wie Patientinnen von Gesundheitsinstitutionen beziehungsweise Natalitätskontexten adressiert werden (Rhea Seehaus), mit Denkweisen, was eine gute gynäkologische Betreuung beinhaltet (Bettina Schwind et al.) und mit geschlechterbezogenen Einstellungen von Medizinstudent_Innen (Sandra Steinböck et al.).

Sarah Singh und **Ineke Klinge** thematisieren in ihrem Beitrag „Mining for Methods A Critical Review of the Theoretical and Methodological Contributions of Feminist Science Scholars for Biomedicine and Public Health Research", dass Forschende durch internationale Policies, Finanzierungsinstitutionen und wissenschaftliche Journals zunehmend mit der Forderung nach Berücksichtigung von sex/gender und Rasse/Ethnizität konfrontiert werden, ohne dass diese Konzepte oder ihre Analyse einer vertieften Diskussion unterzogen worden wären. Die Autorinnen sichten in ihrem Review unterschiedliche methodologische Vorgehen und Konzepte von sex, gender und race bzw. Ethnizität aus der feministischen Forschung im Hinblick auf deren Nutzung in der biomedizinischen und Public Health-Forschung. Sie zeichnen drei verschiedene feministisch-methodologische Perspektiven nach, die – in Kombination oder einzeln – als geeignet angesehen werden, medizinische Forschung ‚anders' zu betreiben, sprich Konzepte von sex, gender, race, bzw. Ethnizität zu integrieren: Die erste Perspektive, das ‚strong objectivity framework', das auf feministische Empirie und Standpunkttheorien von Sandra Harding zurückgeht, bekommt durch Reflexivität Hintergründe, Einstellungen und ideologische (Gender-, Rassen-) Arrangements in den Blick, und baut diese bewusst in wissenschaftliche Forschung ein (‚starting off with women's lives'). Mit dieser Entkoppelung von Neutralität und Objektivität wird auf eine ‚bessere Wissenschaft' abgezielt. Fehlt die Komponente der kritischen sozialen Analyse – was in Gendermedizin oft der Fall ist –, ‚verkommt' diese zu Differenzforschung. Die zweite Perspektive, das ‚partial perspectives framework', entstanden aus der theoretischen Tradition von Donna Haraway, transformiert Wissenssysteme und dekonstruiert die wissenschaftliche Praxis und den Prozess des Erkennens unter Berücksichtigung der eigenen Position und unter Nutzung von Wissensnetzwerken. Das Ziel dieses Ansatzes ist es nicht nur, multiple Standpunkte sichtbar zu machen, sondern auch bedeutungsvoll werden zu lassen. Zwei Beiträge dieses Heftes lassen sich dieser Perspektive zuordnen: Bettina Schwind et al. und Rhea Seehaus untersuchen die Informationsvermittlung an gynäkologische Patientinnen beziehungsweise an Schwangere unter einer solchen kritischen Perspektive. Der Beitrag von **Rhea Seehaus** verdeutlicht besonders, wie diskursive Prozesse in die Herstellung von Körpern eingreifen. Der dritte Ansatz beruht darauf, interdisziplinäre Expert_Innen zusammenzubringen, um Methoden der Sex- und Genderanalysen auszuarbeiten. Entwickelt hat ihn Londa Schiebinger, und sie bringt ihn in den ‚Gendered Innovations' zur Anwendung (s. auch Interview mit Londa Schiebinger). Er zielt darauf, unter Anwendung von sex-, gender- und race/ethnicity-bezogenen Analysen neue Wissensbestände zu eröffnen und zu nutzen.

Anknüpfend an bisherige Frauengesundheits- und Männergesundheitsforschung verschränkt der Beitrag „„Mir geht es gut!" Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt" von **Nina Wehner, Diana Baumgarten, Frank Luck, Andrea Maihofer** und **Elisabeth Zemp** medizinische und geisteswissenschaftliche Wissensbestände und fokussiert in einem empirischen Teil auf das Gesundheitshandeln gesunder, 30- bis 60-jähriger Männer. Auf der Grundlage von 40 qualitativen Interviews

haben die Autor_Innen untersucht, welche Formen subjektiven Gesundheitshandelns beschrieben werden, und inwiefern darin Männlichkeit relevant gemacht und aktualisiert wird. Mit einer sozialkonstruktivistischen Sicht auf Gesundheitshandeln werden Aussagen über gegenwärtige Männlichkeitskonzepte hergeleitet. Explizit geht dieser Beitrag davon aus, dass gesundheitliches Handeln zugleich vergeschlechtlicht und vergeschlechtlichend ist. Es wird nicht einseitig als vorgängig durch Männlichkeit /Weiblichkeit erklärt, sondern auch als Resultat der Ausgestaltung von Männlichkeits-/Weiblichkeitskonzepten. Einige Bestandteile ‚klassischer' hegemonialer Männlichkeiten erscheinen noch immer als wirksam. So beschreiben die interviewten Männer eine funktionale Nutzung von Gesundheit, die sie als eine Ressource begreifen, die es zu bewahren gilt, um leistungsfähig zu bleiben, und zwar, um im Beruf erfolgreich zu sein. Zu diesem Zweck wird Sport getrieben, wenig Alkohol getrunken, nicht geraucht und auf die Ernährung geachtet. Leistungsfähigkeit wird als eine zentrale Grösse der Bemessung der persönlichen Gesundheit beschrieben und im Sport wird eine besondere Verbindung von körperlicher Leistungsfähigkeit und Männlichkeit möglich und physisch erfahrbar. Neu erscheint, dass ein *sich fit halten* mit *sich gesund erhalten* gleichgesetzt wird, und in dieser Verknüpfung als eine neue Anforderung an Männlichkeit erscheint. Es geht beim sich gesund Erhalten darum, sich selbst zu optimieren, nicht darum, Gesundheit an sich anzustreben. In dieser Konfiguration ist Gesundheit selbst hegemonial geworden. Bereits in den biographischen Schilderungen der Kindheit wird ein entsprechender Normalisierungsprozess erkennbar: Obwohl zahlreiche Krankheiten und Verletzungen aufgezählt werden, gelten diese jedoch nicht als relevant. Es wird hervorgehoben, dass Mann ‚eigentlich' gesund war, selbst bei Schilderungen von potentiell tödlichen Krankheiten. Interessant sind in dieser Studie auch die Ergebnisse bezüglich Schmerz. In den Äusserungen zum Sprichwort *Ein Indianer kennt keinen Schmerz* etwa zeigt sich ein ambivalenter Umgang mit Schmerz: Einer reflexiven Abwehr folgt dessen Bestätigung. Schmerzaushalten ist offenbar noch immer männlich und als normative Anforderung wirksam. Auch wenn diese Männlichkeitsnorm brüchiger geworden zu sein scheint, zeigen sich die Männer stolz, ihr zu genügen. Wegen Schmerz zum Objekt von Mitleid und Fürsorge zu werden, gilt hingegen als unmännlich.

Der Beitrag „Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informationsund Bildungsveranstaltungen" von **Rhea Seehaus** untersucht auf der Grundlage von Beobachtungsprotokollen von Geburtsvorbereitungskursen und Informationsveranstaltungen, wie Schwangere von Geburts-Institutionen adressiert, – im Sinne von Althusser ‚angerufen' – werden. Die Autorin beleuchtet, wie in der Informationsweitergabe die Aufforderung zu bestimmten Verhaltens- und (Be-)Handlungsweisen vermittelt wird und macht deutlich, wie sich hier in den letzten Dekaden ein Wandel vollzogen hat. Während in den 1970er und 1980er Jahren die Weitergabe von Information und Wissen an Frauen der Selbstbestimmung und dem Empowerment diente und Frauen ermöglichen sollte, sich aus einer Situation der Unmündigkeit zu lösen und gegen den in der Medizin üblichen Paternalismus besser

gewappnet zu sein, zeigt sich nun in diesen Protokollen eine andere Bedeutung der Informationsweitergabe: Frauen wird nicht nur zugestanden, sich und ihre Körper selbstbestimmt auf die Geburt vorzubereiten, sondern es wird von ihnen *erwartet*, dass sie sich für eine ihnen passende Art der Geburt entscheiden, und dies auch zum richtigen Zeitpunkt, um ‚erfolgreich' zu gebären (schneller, schmerzärmer, verletzungsärmer, ungestörter). Selbstbestimmung ist nicht nur ein Recht, es wird zur Pflicht, und Autonomie wird zu ‚Selbststeuerung'. Schwangere werden auf individueller Ebene als eigenverantwortliche, autonome Subjekte adressiert, welche die Folgen des eigenen Handelns individuell tragen (müssen). Patientinnen werden zu Kundinnen/Nutzerinnen eines wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems auf dem ‚Markt der Geburtshilfe'.

Der Beitrag „Variations in gynaecologists' reasoning over a pelvic pain vignette: What does it tell us on empowering approaches?" von **Bettina Schwind, Karin Gross, Sibil Tschudin, Nina Wehner und Toine Lagro-Janssen** untersucht Argumentationsweisen von Gynäkolog_Innen zur Betreuung von Patientinnen, die am Beispiel einer Fall-Vignette zu Bauchbeschwerden geäussert werden und analysiert, was aus diesen Argumentationsweisen über Empowerment von Patientinnen erfahren werden kann. Grundlage des Artikels sind halbstrukturierte qualitative Interviews mit Ärzt_innen aus verschiedenen gynäkologischen Betreuungssettings.

Ein Patientinnen-Empowerment scheint am ehesten möglich, wenn über eine biomedizinische Sichtweise hinausgegangen wird und Patientinnen bereits bei der Symptom-Interpretation einbezogen werden, da sich daraus neue Erklärungsperspektiven und Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Ähnlich wie der Beitrag von Rhea Seehaus thematisiert auch dieser Artikel, wie die frühere emanzipatorische Absicht der Informationsweitergabe an Patientinnen sich in den letzten Dekaden transformiert hat. Die derzeit verwendete Begrifflichkeit heisst ‚informed decision making' und legt nahe, dass Patientinnen als ‚Nutzerinnen' gesehen werden, selbst wenn es um Beschwerden unklarer Ursache geht. Die Ergebnisse weisen zudem auf eine komplexe Interaktion von Geschlecht und beruflicher Sozialisierung für die Herausbildung der Sichtweisen, worin eine gute gynäkologische Betreuung besteht. Die Ärzt_Innen dieser Studie wählen tendenziell unterschiedliche Arbeitssettings und Subspezialisierungen: Während die in der Studie interviewten Männer in Einzelpraxen und als spital-affiliierte Ärzte tätig sind und sich in technisch-biomedizinischen Schwerpunkten weitergebildet haben, arbeiten die interviewten Frauen in Doppel- oder Gruppenpraxen und haben sich in psychosomatischer Gynäkologie weitergebildet oder eine psychotherapeutische Zusatzausbildung absolviert. Entsprechend wurden sie in unterschiedlichen Arbeitskontexten geprägt. Die möglicherweise nur scheinbar vergeschlechtlichte Weise des Argumentierens entsteht (auch) durch die vergeschlechtlichte Wahl und Gestaltung des Berufswegs.

Der Beitrag „Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien – Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen" von **Sandra Steinböck, Sonja Lydtin,**

Angelika Hofhansl und **Alexandra Kautzky-Willer** beschäftigt sich mit Einstellungen von künftigen Generationen von Ärzt_Innen und Medizinstudierenden. Mithilfe eines validierten Fragebogens, des ‚Nijmegen Gender Awareness in Medicine' (N-GAMS), wurden die ‚Gender Awareness' und deren Komponenten ‚Gender Sensitivity' und ‚Gender Role Ideology' von Medizinstudierenden im ersten und sechsten Studienjahr an der Universität Wien untersucht. ‚Gender Awareness' bezieht sich auf ein sensibles und bewusstes Handeln gegenüber den biologischen, sozialen und psychologischen Bedürfnissen von Patient_Innen, wobei Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Geschlechter berücksichtigt und Geschlechterstereotypisierungen vermieden werden sollen. Insgesamt zeigte sich in der vorliegenden Erhebung eine ausgeprägte Gendersensibilität bei Frauen und Männern in beiden Semestergruppen. Interessanterweise war jedoch der Faktor Gender Role Ideology towards patients (Geschlechtersterotypisierungen gegenüber Patient_Innen) stärker ausgeprägt als der Faktor Gender Role Ideology towards doctors (Geschlechterstereotypisierungen gegenüber Ärzt_Innen). Studierende schreiben offenbar dem Geschlecht der Patient_Innen mehr Einfluss zu als dem Geschlecht der Ärzt_Innen, – Selbstreflexion über das eigene berufliche Handeln scheint weiterhin hohe Hürden zu haben.

Auf die historische Entwicklung angesprochen, zeichnet **Londa Schiebinger**, eine auf die Geschichte des 18. Jahrhunderts spezialisierte Historikerin, im Interview ein ausgesprochen positives Bild der Entwicklung der Genderforschung im Bereich Gesundheit: Die zunehmenden Forderungen von Sex-/Gender-Analysen durch Finanzierungsinstitutionen und wissenschaftliche Zeitschriften werden von ihr positiv beschrieben und als Fortschritt bezeichnet, und sie hofft, dass solche Änderungen von Policies zu methodologischen Innovationen führen. Auf Änderungen im Verständnis von sex (und gender) angesprochen, verneint sie anfänglich, dass die Kategorie *sex* wenig Gegenstand der Überlegungen der Geisteswissenschaften gewesen sei, spricht aber gleichwohl darüber, wie gegen den biologischen Determinismus von Fähigkeiten angekämpft wurde. Erst später im Gespräch kommt sie wieder auf den Umgang der Geisteswissenschaften mit der Kategorie *sex* zurück und fasst es in folgende Worte: Sex wurde vom ‚Feind' zu etwas, das man analysieren soll (‚sex as the enemy to something to analyse'). Eines ihrer Schlüsselinteressen besteht darin, wie Wissen selbst vergeschlechtlicht ist. Diesem Phänomen möchte sie mit dem Ansatz von Gendered Innovations näher kommen (s. Beschreibung im Interview: 119), und an dieser Stelle im Gespräch ist auch ihr Herzblut spürbar: Disziplinäres nutzen für interdisziplinäre Vorgehensweisen an der Schnittstelle zu Technologie und Gesundheit. Sie beschreibt, wie in einer interdisziplinären Arbeitsweise Case Studies erarbeitet werden, die sich in wachsender Anzahl auf der Gendered Innovations-Website finden. Diesen Case Studies liegt allerdings weiterhin eine klare Unterscheidung der Kategorien sex und gender zugrunde, und sie basieren weitgehend auf dem klassischen Zweigeschlechtermodell, was nicht ausschließlich auf Zustimmung trifft (Schmitz 2015). Im Interview auf diese klare Unterscheidung angesprochen, führt Londa Schiebinger als Begründung ‚teaching moments' an. Sie verweist jedoch auch darauf, dass eine Genderanalyse durch

den gesamten Forschungsprozess gehen muss und in jeder Forschungsphase bestimmte Fragen gestellt werden müssen, und dass erst in diesem schrittweisen interdisziplinären Prozess neues Wissen entstehen kann.

Korrespondenzadresse/correspondence address

Elisabeth Zemp
Swiss Tropical and Public Health Institute
Associated Institute of the University Basel
Socinstrasse 57, P.O.Box, CH-4002 Basel/Switzerland
elisabeth.zemp@unibas.ch

Literatur

Christianson, Monica/Alex, Lena/ Fjellman Wiklund, Anncristine/Hammarström, Anne/Lundman, Berit (2012): Sex and gender traps and springboards: A focus group study among gender researchers in Medicine and Health Sciences. In: Health Care for Women International 33, S. 739-755.

Goldman, Marlene/Troisi, Rebekka/Rexrode, Kathryn M (Hrsg.) (2013): Women's Health. London/Waltham/San Diego: Academic Press

Harding, Sandra (1991): Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives. Ithaka: Cornell University Press.

Kautzky-Willer, Andrea (Hrsg.) (2012): Gendermedizin. Wien: Böhlau Verlag.

Krieger, Nancy (2013): History, Biology, and Health Inequities: Emergent Embodied Phenotypes and the Illustrative Case of the Breast Cancer Estrogen Receptor. In: American Journal of Public Health 103, 1, S. 22-27.

Icenhour, Adriane/Eisenbruch, Sigrid/ Benson, Sven (2015): Biologische und psychosoziale Einflussfaktoren auf geschlechterbezogene Unterschiede beim Schmerz. In: GENDER 2, 5, S. 11-28.

Mangelsdorf, Marion/Palm, Kerstin/ Schmitz, Sigrid (2013): Körper(-sprache) – Macht – Geschlecht. In: Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien 19, 2, S. 5-18.

Maschewsky-Schneider, Ulrike/Babitsch, Brigit/Ducki, Antie (1998): Geschlecht und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa Verlag, S. 357-379.

Miemitz, Bärbel/Polikashvili, Nino (Hrsg.) (2013): Medizin und Geschlecht. Perspektiven für Lehre, Forschung & Krankenversorgung. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Oertelt-Prigione, Sabine/Regitz-Zagrosek, Vera (Hrsg.) (2012): Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. London: Springer Verlag.

Oertelt-Prigione, Sabine (2012): Sex and Gender in Medical Literature. In: Oertelt-Prigione, S./Regitz-Zagrosek, V. (Hrsg.) (2012): Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine. London: Springer Verlag, S. 9-15.

Schenk-Gustafsson, Karen/DeCola, Paula R./Pfaff, Donald W./Pisetsky, David S. (Hrsg.) (2012): Handbook of Clinical Gender Medicine. Basel: Karger.

Schiebinger, Londa/Klinge, Ineke (2015): Gendered innovation in health and medicine. In: GENDER 2, 5, S. 29-50.

Schmitz, Sigrid (2015): Gender in Science: Bis hierhin und wie weiter? Potenziale und Grenzen Gender bezogener Interventionen in/mit den MINT-Fächern. In: Paulitz, T./Hey, B./Kink, S./Prietl, B. (Hrsg.): Akademische Wissenskulturen und soziale Praxis. Geschlechterforschung zu natur-, technik- und geisteswissenschaftlichen Fächern im Vergleich. Reihe: Forum Frauen- und Geschlechterforschung der DGS-Sektion. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 228-250.

Springer, Kristen W./Mager Stellman, Jeanne/Jordan-Young, Rebecca M. (2012): Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. In: Social Science & Medicine 74, 11, S. 1817-1824.

Verdonk, Petra/Benshop,Yvonne W.M./ de Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Janssen Toine L.M. (2009): From gender bias to gender awareness in medical education. Advances in Health Sciences Education 14: S. 135-152.

Wade, Lisa (2013). The new science of sex difference. In: Sociology Compass 7, 4, S. 278-293.

World Health Organisation (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

ZonMw The Netherlands Organisation for Health research and Development (Hrsg.). (2015): Gender and health. Knowledge Agenda. The Hague: ZonMw.