

Gassner | von Hayek | Manzei | Steger [Hrsg.]

Geschlecht und Gesundheit

Unter Mitarbeit von Ann Kristin Augst, M.A.



Nomos



Universität Augsburg
Zentrum für Interdisziplinäre
Gesundheitsforschung



Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven

herausgegeben von

Prof. Dr. Elisabeth André

Prof. Dr. Ulrich M. Gassner

Dr. Julia von Hayek

Prof. Dr. Alexandra Manzei

Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann

Band 1

Ulrich M. Gassner | Julia von Hayek
Alexandra Manzei | Florian Steger [Hrsg.]

Geschlecht und Gesundheit

unter Mitarbeit von Ann Kristin Augst



Nomos

Die Reihe ist assoziiert mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg.



Gestaltung des Covers einschl. ZIG-Visual:
Waldmann & Weinold Kommunikationsdesign

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-5192-1 (Print)

ISBN 978-3-8452-9387-5 (ePDF)

1. Auflage 2018

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2018. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Editorial

Wissenschaftliches Wissen zu Gesundheit und Krankheit vermehrt und vervielfältigt sich heute in zunehmend kürzeren Zeitabständen. Die ebenso rasante Entwicklung digitaler Medien trägt zudem dazu bei, dass für immer mehr Menschen immer mehr Informationen zur Gesundheits- und Krankheitsthemen, zu Prävention, Diagnostik und Therapie immer schneller verfügbar sind. Nicht nur für Betroffene, sondern gerade auch für Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen stellt sich mit diesem quantitativen Zuwachs die Frage nach Qualität: Wie gelingt es, aus der Vielfalt an Informationen qualitativ hochwertiges, fundiertes Wissen über Gesundheit und Krankheit herauszufiltern? Diese Frage wird umso drängender, als zwar heute hinreichend belegt und weitgehend unbestritten ist, dass soziale und natürliche Umwelt, Verhalten und Veranlagung des Menschen untrennbar verbunden sind. Gleichwohl bedarf es nicht nur zwischen den verschiedenen wissenschaftlichen Fächern, sondern auch zwischen der Forschung und den vielfältigen Multiplikatoren im Gesundheitswesen (wie bspw. Bildungseinrichtungen, Krankenkassen, Ärzte- und Pflegeverbänden) einer guten, bereichsübergreifenden Vermittlung.

Hierzu will die Buchreihe *Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven (G.IP)* einen fundierten Beitrag leisten. In einmal jährlich erscheinenden Schwerpunktbänden sollen aktuelle und gesellschaftlich brisante Gesundheits- und Krankheitsthemen disziplinübergreifend aufgegriffen und aus wissenschaftlicher Perspektive beleuchtet werden. International renommierte Expertinnen und Experten aus verschiedenen Gesundheitsdisziplinen und der Medizin sollen diesen Transfer wissenschaftlichen Wissens leisten. Ziel ist es, neueste Forschungsergebnisse zu aktuellen Themen aus der Gesundheitsforschung über einzelne Fächer hinweg zur Verfügung zu stellen.

Herausgegeben wird die Reihe von einem interdisziplinären Kreis von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die seit Jahren am *Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG)* der Universität Augsburg zusammenarbeiten: Elisabeth André (Informatik), Ulrich M. Gassner (Rechtswissenschaft, u. a. Kodirektor des Instituts für Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht), Julia von Hayek (wissenschaftliche Geschäftsführerin des ZIG), Alexandra Manzei (Gesundheitssoziologie) und Claudia Traidl-

Hoffmann (Umweltmedizin am Universitären Zentrum für Gesundheitswissenschaften am Klinikum Augsburg UNIKA-T; Technische Universität München).¹ Mit dem Format der G.IP soll ein hohes wissenschaftliches Niveau der Beiträge mit einem breiten interdisziplinären und multiprofessionellen Anspruch verbunden werden. Dabei generieren sich die Themen für die Schwerpunktbände aus dem Interesse der Forscherinnen und Forscher vor Ort sowie aus aktuellen wissenschaftlichen und gesellschaftsrelevanten Diskursen.

In diesem Sinne freuen wir uns sehr, die Buchreihe mit dem vorliegenden Band zu eröffnen, in dem wir das zunehmend wichtigere, und als solches auch wahrgenommene, Thema *Geschlecht und Gesundheit* aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Der zweite Band der Reihe G.IP erscheint im Jahr 2019 zum Thema *Umwelt und Gesundheit*.

Augsburg, den 23. Juli 2018

Prof. Dr. Elisabeth André
Prof. Dr. Ulrich M. Gassner
Dr. Julia von Hayek
Prof. Dr. Alexandra Manzei
Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann

1 Weitere Informationen zum *Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung* und zur Buchreihe *Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven* siehe S. 355 f.

Vorwort

„Mann oder Frau: Wer ist gesünder?“ fragt die Wochenzeitung *Die Zeit* in ihrer Ausgabe vom 24. Mai 2017 und greift damit – wie viele andere Medien in letzter Zeit auch – ein Thema auf, das gesundheitspolitisch zunehmend relevanter wird. Dass Männer und Frauen sich aufgrund unterschiedlicher sozialer Rollen und Verhaltensmuster in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten voneinander unterscheiden, wird von der Geschlechtergesundheitsforschung schon seit den 1970er Jahren thematisiert. Männer, so konnte gezeigt werden, verhalten sich in der Regel risikobereiter und betrachten ihren Körper eher als Werkzeug denn als Teil ihrer Identität. Das führe dazu, dass sie häufiger in Unfälle verwickelt seien, eher gewaltsame Konflikte eingingen, unregelmäßiger essen würden und seltener zum Arzt bzw. zur Ärztin gingen. Frauen hingegen verhielten sich gesundheitsbewusster, achteten mehr auf ‚gute‘ Ernährung und gingen häufiger zur Vorsorge. Vor diesem Hintergrund sei es also erklärlich, dass Frauen in Deutschland im Schnitt zwar ca. fünf Jahre länger lebten als Männer, dass sie jedoch in ihrem Leben auch häufiger krank seien.

Ging man bislang davon aus, dass diese Differenzen soziale und psychische Ursachen hätten, so kann die seit den 1990er Jahren entstandene Gendermedizin heute zeigen, dass auch die unterschiedliche Biologie der Geschlechter für gesundheitliche Ungleichheit eine zentrale Rolle spielt: Männer und Frauen, so zitiert *Die Zeit* die erste deutsche Professorin für Geschlechtermedizin Vera Regitz-Zagrosek, unterscheiden sich biologisch nicht nur aufgrund ihrer Hormone, der Keimdrüsen und der äußeren Geschlechtsmerkmale voneinander. Unterschiede gäbe es vielmehr auch in Gewicht, Fett- und Wasseranteil des Körpers, in der Durchblutung der Organe, der Filterwirkung der Nieren, der Konzentration der Enzyme in der Leber und nicht zuletzt der Haut, die bei Frauen dünner und empfindlicher sei als bei Männern. Alles, was auf den Menschen aus seiner natürlichen und sozialen Umwelt einwirke, werde deshalb bei Frauen und Männern unterschiedlich relevant und auch medikamentöse Therapien schlugen bei den Geschlechtern unterschiedlich an.

Geschlechtsspezifische Differenzen spielen jedoch nicht nur auf Seiten der Patientinnen und Patienten¹ eine Rolle, auch der wissenschaftliche und ärztliche Blick weist androzentrische Engführungen auf, die letztlich beiden Geschlechtern zum Nachteil gereichen. So galt noch bis in die 2000er Jahre hinein der männliche, weiße Körper als Normgröße in Forschung, Diagnostik und Therapie. In Versuchsanordnungen bspw. wurden Frauen mit dem Hinweis nicht berücksichtigt, dass die Folgen der Versuche für eine mögliche Schwangerschaft unberechenbar seien.² Folglich führte auch der auf den Normkörper trainierte Blick der Ärztinnen und Ärzte zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei beiden Geschlechtern: Männer und Frauen zeigen bspw. bei Herzinfarkten unterschiedliche Symptome (Männer geben häufig Schmerzen an, die in den linken Arm ausstrahlen, während Frauen eher über diffuse Schmerzen im Magen- und Rückenbereich klagen), was zur Folge hat, dass Herzinfarkte bei Frauen seltener erkannt werden und häufiger zum Tode führen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik bei Depressionen hingegen führen oftmals dazu, dass die Erkrankung bei Männern übersehen wird, zeigen sie doch Symptome, wie aggressives Verhalten, höhere Risikobereitschaft oder Spielsucht, die bei depressiven Erkrankungen nicht als typisch erachtet werden.

Für die Medizin und die Gesundheitsforschung haben diese Erkenntnisse weitreichende Bedeutung. In allen Bereichen des Gesundheitswesens, von der Gesundheitsförderung und Prävention über medizinische Diagnostik und Therapie bis hin zur pflegerischen Betreuung, so weiß man heute, werden geschlechtsspezifische Unterschiede relevant. Seit Anfang der 1990er Jahre ist auch hinsichtlich der Förderung geschlechtersensibler Gesundheitsforschung und -versorgung einiges passiert: Spezielle Gesundheitsberichte für Frauen und Männer sind erschienen, *Models of Good Practice* im Bereich Mädchen- und Frauengesundheit wurden entwickelt und seit 2015 verpflichtet das Sozialgesetzbuch Teil 5 die gesetzlichen Krankenkassen dazu, den unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedarfen von Männern und Frauen bei allen Leistungsausgaben Rechnung zu tragen. Gleichzeitig macht der erweiterte Fokus auf Geschlechterdifferenzen jedoch auch die weiter bestehenden enormen Defizite in Forschung

1 Wir haben den Autorinnen und Autoren dieses Bandes offen gelassen, wie sie sich zum generischen Maskulinum der deutschen Sprache verhalten wollen.

2 Was jedoch nicht erklärt, dass auch in Tierversuchen häufiger männliche Tiere zum Einsatz kamen.

und Versorgung deutlich, die bezüglich der gesundheitlichen Ungleichheit der Geschlechter noch bestehen: Dies beginnt bei geschlechtsspezifischen Fragestellungen und Settings in der Forschung, geht über neue Untersuchungsbereiche wie Magersucht und psychischen Störungen bei Männern oder der Erforschung der speziellen Versorgungsbedarfe Geflüchteter und endet (noch lange nicht) bei Fragen der Integration geschlechtsspezifischer Ausbildungsinhalte in Medizinstudium und Gesundheitsberufen.³

So wichtig diese Konzepte einer wissenschaftlichen und politischen Kritik des standardisierten männlich-weißen Normkörpers auch waren und weiterhin sind, mit ihren normativen Vorstellungen von binärer Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität bleiben sie selbst wiederum blind für die Bedürfnisse und Bedarfe all jener, die diesen Normen nicht entsprechen können oder wollen, wie trans- oder intergeschlechtliche, homo- oder bisexuelle Menschen. Von besonderer Bedeutung ist deshalb die weitere Entwicklung der Diversifizierung und Vervielfältigung der Geschlechtervorstellungen, die sich aus grundsätzlich zwei Quellen speist: zum einen aus einem gesellschaftlichen Prozess der Flexibilisierung und Individualisierung, Globalisierung und Entgrenzung und zum anderen aus der kritischen Reflexion der Erkenntnisse der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung und Medizin der letzten Jahre.

Politische Bewegungen ebenso wie sozial-, kultur- und naturwissenschaftliche Studien konnten mittlerweile zeigen, dass die skizzierten Differenzen zwischen Frauen und Männer selbst noch stereotypen Geschlechterbildern gehorchen und in ihrer Dualität viel zu kurz greifen. Will man den Bedürfnissen und Bedarfen der Geschlechter in der Gesundheitsversorgung und Medizin gerecht werden, müssen – auf allen Ebenen der Forschung und Versorgung – auch jene Probleme reflektiert werden, die sich in Folge binärer Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit manifestiert haben. Das heißt, zum einen müssen auch jene Formen von Geschlechtlichkeit und Sexualität in den Blick genommen werden, die heteronormativen Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit nicht entsprechen, wie Inter- und Transgeschlechtlichkeit bzw. -sexualität. Zum anderen muss auch innerhalb der Genusgruppen selbst differenziert werden: Nicht alle Männer und nicht alle Frauen empfinden und verhalten sich gleich. Nicht zuletzt müssen geschlechtsspezifische Eigenschaften zu anderen sozialen,

3 Vgl. zu dieser Problemeinschätzung auch den kurzen, aber sehr gelungenen Überblick in *impu!se* 2017.

biologischen und psychologischen Merkmalen in Bezug gesetzt werden, wie Klasse, Milieu, Bildung, Einkommen, Alter, Herkunft, Religion usw.

Entsprechend dieser weit gefächerten und komplexen Problemlagen hat sich die Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin inzwischen breit ausdifferenziert. Idealtypisch können ihre Arbeitsbereiche in drei Ausrichtungen beschrieben werden. Zum einen *gendermedizinische Studien*: Sie fokussieren sowohl geschlechtsspezifische Differenzen im Rahmen vielfältiger Krankheitsbilder, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose u. v. m. als auch Geschlechtersensibilität bezogen auf einzelne Fächer, wie Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie etc.⁴ Zweitens *gesundheitswissenschaftliche Studien*: Sie nehmen allgemeine Fragen geschlechtsspezifischer Versorgung in den Blick, wie bspw. in der Pflege, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement oder der Betreuung von Menschen mit spezifischen Bedürfnissen, von älteren Menschen, Menschen mit Behinderung oder geflüchteten Menschen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund. Sie fokussieren Probleme einer geschlechtersensiblen Epidemiologie ebenso wie methodische Fragen zum Lebenslagenansatz, zu Intersektionalität oder Individualisierter Medizin. Darüber hinaus wird hier immer wieder gut begründet eingefordert, Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen im Medizinstudium und der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu implementieren.⁵ Nicht zuletzt mehren sich in den letzten Jahren auch in Deutschland *Studien, die sich differenzieren mit den Bedürfnissen und Bedarfen von trans- und intergeschlechtlichen Menschen auseinandersetzen*.⁶

Resümierend lässt sich für den vorliegenden Band also festhalten, dass wir uns zum Start unserer Reihe mit dem Thema *Geschlecht und Gesundheit* einem gesellschaftlich aktuellen, gesundheitspolitisch höchst relevanten, inhaltlich hoch komplexen und genuin interdisziplinären Thema widmen. Mit den hier zusammengestellten Aufsätzen versuchen wir jedoch nicht, einen der im vorigen Absatz genannten, allesamt sehr empfehlens-

4 Vgl. dazu bspw. die eher klinisch ausgerichteten Überblicksbände von Gadebusch Bondio/Katsari (Hg.) 2014; Kautzky-Willer (Hg.) 2011; Rieder/Lohff (Hg.) 2008.

5 Vgl. die gesundheitswissenschaftlich-interdisziplinär ausgerichteten Überblicksbände von Kolip/Hurrelmann (Hg.) 2016 und Hornberg/Pauli/Wrede (Hg.) 2016 sowie international ausgerichtet Kuhlmann/Annandale (Hg.) 2012.

6 Vgl. hierzu aus historischer Perspektive Klöppel 2010, Stahnisch/Steger (Hg.) 2005; aus ethischer und juristischer Perspektive Schochow et al. (Hg.) 2016 sowie als interdisziplinärer Überblick Sauer (Hg.) 2015.

werten Überblicksbände neu und besser aufzulegen. Wir haben uns vielmehr vorrangig gefragt, wo die aktuellen Probleme und die bisher eher wenig bearbeiteten oder randständigen Fragestellungen der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin liegen und wollen mit den hier präsentierten Beiträgen einige davon thematisieren. Ziel des vorliegenden Bandes ist es insofern, Diskussionen zu Themen anzuregen, die im anwendungsorientierten Alltag der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin wenig Raum finden.

Teil I: Geschlechterkonstruktionen. Reflexionen aus der Perspektive der Wissenschaftsforschung

Als eines der grundlegenden Probleme, das implizit oder explizit nahezu alle Beiträge durchzieht, hat sich in diesem Sinne die Frage herauskristallisiert, wie Geschlechtlichkeit angesichts der Differenzierungen der letzten 20 Jahre überhaupt noch begriffen und konzeptionalisiert werden kann. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Frage, ob und wie an der Sex-Gender-Unterscheidung noch festgehalten werden kann. Die Autorinnen *des ersten Teils* setzen sich explizit mit diesen Fragen auseinander und nehmen dafür eine metatheoretische Perspektive ein: Aus der Sicht der Wissenschaftsforschung fokussieren sie die Konstituierung der Geschlechterkategorie in der sozialwissenschaftlichen Geschlechterforschung und der Biomedizin.

Die Soziologin *Alexandra Manzei* geht in ihrem Beitrag von der Annahme aus, dass es in der Frauen- und Geschlechterforschung bezüglich der Geschlechterkategorie in den vergangenen 20 Jahren zu einem tiefgreifenden Konflikt zwischen sozial- bzw. kulturwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Disziplinen gekommen ist, der sich für die anwendungsorientierte Geschlechtergesundheitsforschung und die Gendermedizin negativ auswirkt. In einem historischen Rückblick auf die Entwicklung der Geschlechtervorstellungen der Frauen- und Geschlechter(gesundheits)forschung seit Mitte des 20. Jahrhunderts arbeitet sie als Kern dieses Konflikts den *Gegensatz von identitätspolitischem Feminismus und radikal identitätskritischem Postfeminismus* heraus, der in seinen Folgen von der Community der Frauen- und Geschlechterforschung nicht ausreichend reflektiert werde. Mit Blick auf die drei heute existierenden Richtungen der Geschlechtergesundheitsforschung diskutiert sie abschließend

die Möglichkeiten, den Konflikt für die anwendungsorientierte Geschlechtergesundheitsforschung konstruktiv zu wenden.

Ebenfalls aus Sicht der Wissenschaftsforschung fokussiert die Biologin *Ruth Müller* die Entwicklung der Geschlechtervorstellungen in der Biologie und Biomedizin. Sie spannt einen großen historischen Bogen von dem in der Antike dominanten aristotelischen Ein-Leib-Modell, über die Komplementaritätsvorstellungen von Mann und Frau in der Zeit der Aufklärung und die Darwinsche Naturalisierung und Universalisierung der bürgerlichen Geschlechterrollen des 19. Jahrhunderts, bis hin zur ‚Entdeckung der Geschlechtshormone‘ zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Dabei kann sie zeigen, wie es zu einer zunehmenden Biologisierung geschlechtlicher und sozialer Differenzen in den Naturwissenschaften gekommen ist. Deutlich wird dabei in allen historischen Phasen, was die Wissenschaftsforschung als *Koproduktion von Wissenschaft und Gesellschaft* bezeichnet: der wechselseitige Einfluss zwischen gesellschaftspolitischen Normen und wissenschaftlichen Kategorien. Mit einem Rekurs auf die Epigenetik, die sie als vielversprechenden Forschungszweig begreift, zeigt sie abschließend, wie sich Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen erklären lassen, ohne biologistisch zu argumentieren.

Teil II: Interdisziplinär und multiprofessionell: Theorie-Praxis-Verhältnisse in der Geschlechtergesundheitsforschung

Mittlerweile ist es zwar seit langem anerkannt, dass Geschlecht und Gesundheit schon für sich genommen genuin interdisziplinäre Themen sind, allein die Frage, wie disziplinübergreifende Forschung und Praxis gelingen kann, stellt sich immer wieder neu. Im zweiten Teil des Bandes sind deshalb Beiträge zusammengefasst, die verschiedene Formen interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitens erörtern und repräsentieren.

In diesem Sinne beleuchtet die Soziologin und Geschlechterforscherin *Ulrike Maschewsky-Schneider* in ihrem zentralen Überblicksbeitrag die Bedeutung von Geschlecht bezogen auf die *Public Health*-Forschung, die sie als „Wissenschaft und Praxis der Gesundheit der Menschen in sozialen Einheiten“ versteht. Nachdem sie dieses Verständnis in einem ersten Abschnitt näher expliziert, konkretisiert sie auf unterschiedlichen Ebenen den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit sowie die sich daraus ableitenden Maßnahmen für die *Public Health*-Praxis. In einem eigenen Abschnitt widmet sie sich dann der Frage nach den theoretischen

Zugängen zur Kategorie Geschlecht in Bezug auf Krankheit und Gesundheit in der deutschen sowie in der internationalen *Public Health*-Forschung. Als Fazit ihrer Ausführungen zeigt sich, dass eine gesundheitsbezogene Geschlechterforschung interdisziplinär und multiprofessionell anzulegen ist und daher zukünftig ein wechselseitiger theoretischer Zugang zwischen biologischem und sozialem Geschlecht geschaffen werden muss.

Der Psychologe *Toni Faltermaier* nimmt in seinem Beitrag das Thema Männergesundheit aus der Perspektive der „interdisziplinären Gesundheitswissenschaften“ in den Blick und fragt nach theoretischen Erklärungsansätzen für das besondere Gesundheitsverhalten und Krankheitserleben von Männern. Dafür belegt er unter Rückgriff auf sozialepidemiologische Daten zunächst die Differenzen zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit, gibt dann einen Überblick über die bisherigen sozialpsychologischen Erklärungsansätze und macht anschließend einen Vorschlag für ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. Auf dieser Basis erläutert er die Entstehung typisch männlicher Verhaltensweisen und Rollenmuster im biografischen Verlauf und konstatiert, dass man trotz aller belegbaren Differenzen zwischen den Geschlechtern, die Gruppe der Männer nicht als homogen ansehen dürfe, sondern nach Hierarchien und Differenzen von Männern untereinander fragen müsse. Abschließend verbindet er die verschiedenen Ansätze und entwickelt darauf aufbauend einige Vorschläge für eine bessere, zielgruppenorientierte Gesundheitsversorgung von Männern.

Am Beispiel der besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von transgeschlechtlichen Personen belegen *Andreas Köhler*, *Jana Eyssel*, *Peer Brien* und *Timo O. Nieder* die Notwendigkeit interdisziplinären Forschens und multiprofessioneller Praxis aus einer anwendungsorientierten Perspektive heraus: Aus medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer Perspektive heraus forschen und praktizieren sie am 2013 gegründeten, interdisziplinären Transgender-Versorgungszentrum (*Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg*; ITHCCH) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Beginnend mit einer Klärung der mittlerweile vielfältigen Bezeichnungen von Geschlechtlichkeit und Sexualität, umreißen sie zunächst die epidemiologische Dimension des Feldes *Transgender*, erläutern und diskutieren die diagnostischen Kriterien für Transgeschlechtlichkeit entlang der aktuellen Klassifikationskataloge in Psychiatrie und Medizin (DSM-5 und ICD-10 bzw. -11) und setzen sich anschließend kritisch mit der Frage auseinander, ob und in welcher Form es überhaupt sinnvoll ist, nach medizinischen Erklärungen für das Vorlie-

gen und die Entstehung von Transgeschlechtlichkeit zu suchen. Nach einem Überblick über die Behandlungsoptionen und die rechtliche Situation von Trans*Gesundheit reflektieren sie die Wirkung der Behandlungen und formulieren auf dieser Basis abschließend Forderungen für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Trans*Gesundheitsversorgung und mahnen ein gesellschaftliches Umdenken hinsichtlich restriktiver binärer Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit an.

*Teil III: Normative Perspektiven auf geschlechtsspezifische
Versorgungsbedarfe*

Drittens werfen die Medizin wie auch die Geschlechterforschung mit ihrem weitreichenden gesellschaftlichen und politischen Veränderungspotential auch normative Fragen auf. Daran gemessen tauchen jedoch ethische, juristische, religiöse oder politikwissenschaftliche Auseinandersetzungen in den einschlägigen Publikationen zu Geschlechtergesundheit vergleichsweise selten auf. Es scheint als würde der Diskurs unterschwellig von der Einstellung geprägt, allein die Diversifizierung und Vervielfältigung der Geschlechtervorstellung zöge – quasi automatisch – eine gute gesellschaftspolitische Handlungspraxis nach sich. Die Autorin und die Autoren des dritten Teils des Bandes zeigen jedoch, dass das Verhältnis von Beschreibung und Bewertung von Geschlechtervorstellungen weit komplexer ist und die gesellschaftliche Umsetzung diversifizierter Geschlechterkategorien elaborierter Auseinandersetzungen darüber bedarf, wie eine gute geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung aussehen soll.

In diesem Sinne diskutieren der Jurist *Ulrich M. Gassner* und der Medizinehiker *Florian Steger* normative Fragen der Geschlechtergerechtigkeit, die sich aus sich wandelnden geschlechtsspezifischen Versorgungsansprüchen ergeben. In einem ersten Schritt entfalten sie einen Maßstab für Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Den Rahmen dafür bildet das Kriterium der medizinischen Indikation mit dem darin eingelassenen Krankheitsbegriff, dessen gesundheitsökonomische und freiheitsdogmatische Dimension die Autoren zunächst herausarbeiten: Ansprüche einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung müssten hier mit dem individuellen Recht auf Selbstbestimmung in Einklang gebracht werden. Am Beispiel der religiös motivierten Beschneidung bei Jungen, den Bedürfnissen und Bedarfen medizinischer Transition bei transgeschlechtlichen Personen und der geschlechtlichen Selbstbestimmung bei intersexu-

ellen Kindern diskutieren sie anschließend die Folgen und kommen erstens zu dem Ergebnis, die Beschneidungen minderjähriger Jungen seien ethisch und verfassungsrechtlich nicht legitimierbar. Zweitens plädieren sie für die Einführung eines eigenen Leistungstatbestands in der Krankenversicherung, um die Pathologisierung von Transsexualität auszuschließen, und drittens arbeiten sie abschließend die weitreichenden Folgen heraus, die die bundesverfassungsgerichtliche Rechtsprechung zur Kritik der Geschlechterbinarität für die Rechtsstellung intersexueller Menschen hat.

Die Soziologin und Ethikerin *Helen Kohlen* spricht in ihrem Beitrag ein geschlechtsspezifisches Thema an, das im Grenzbereich zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik angesiedelt ist: Unter dem Label *Care* bzw. *Sorge-Arbeit* begreift sie die Betreuung und Versorgung von kranken, betagten, gebrechlichen, beeinträchtigten oder besonders bedürftigen Menschen als (drängende) gesellschaftliche (Zukunfts-)Aufgabe und diskutiert sie im normativen Spannungsfeld von Politik und Ethik. Sind wir es aufgrund der Ausdifferenzierung der Wissenschaften in Disziplinen und Fächer sowie auch aus der politischen Perspektive der Wohlfahrtsstaatlichkeit heraus gewohnt, zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik zu trennen, so zeigt sich in konkreten Versorgungszusammenhängen immer stärker, dass diese Trennung weder theoretisch sinnvoll noch praktisch angemessen ist. Mit den Konzepten der *Sorge-Arbeit* und der *Care-Ethik* bieten sich Modelle, so Helen Kohlen, die Folgeprobleme dieser Trennung zu überwinden. In einem historischen Rückblick arbeitet sie zunächst die deutsche Diskussion auf, die *Care-Tätigkeit* in den 1980er Jahren überwiegend als *Reproduktionsarbeit* fasste, was dazu führte, dass weder ethische Fragen nach Gerechtigkeit noch die Qualität der *Sorge-Arbeit* thematisiert wurden. In skandinavischen und angelsächsischen Ländern hingegen seien mit der *Care-Ethik-Debatte* bereits zeitgleich normative Fragen einer guten Versorgung diskutiert worden: Als relationale Ethik verweise *Care-Ethik*, mit ihren Schlüsselkonzepten der Achtsamkeit, Leiblichkeit und Verletzlichkeit, darauf, dass Menschen existenziell aufeinander angewiesen seien; Autonomie könne somit lediglich als fiktionales gesellschaftliches Leitbild verstanden werden. Die Abwehrhaltung der Frauenforschung gegenüber einer Festlegung von Frauen auf *Sorge-Arbeit* habe jedoch lange zu einer Rezeptionssperre gegenüber Diskussionen der *Care-Ethik als sorgender politischer Praxis* geführt. Abschließend diskutiert die Autorin verschiedene aktuelle Modelle gesellschaftlicher *Sorge-Arbeit* (wie *Caring Communities* oder die Delegation von Sorgearbeit an Migrantinnen) kritisch im Lichte der *Care-Ethik*.

Teil IV: Gesundheitskommunikation in den Medien und der Medizin

Nicht zuletzt spielen Fragen der – heute oftmals medial vermittelten – Kommunikation auch in der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin eine zentrale Rolle. Auf der gesellschaftlichen Makroebene prägen die Massenmedien und seit ca. 20 Jahren nun auch das Internet und die Sozialen Netzwerke die geschlechtsspezifischen Rollenbilder in Bezug auf Krankheit und Gesundheit und normieren die Vorstellungen optimaler, leistungsgerechter Körperlichkeit.

Die Kommunikationswissenschaftlerinnen *Susanne Kinnebrock* und *Anna Wagner* fragen deshalb danach, wie Geschlecht und Gesundheit in den Kommunikations- und Medienwissenschaften thematisiert wird. Nach einer Einführung in die Verwendung des Geschlechterbegriffs in ihrem Fachgebiet untersuchen sie entlang drei zentraler Hauptforschungsrichtungen – der Medieninhaltsforschung, der Nutzungsforschung und der Wirkungsforschung – das Vorkommen, die Bedeutung und die Nutzung von Geschlechterkategorien. Als Fazit konstatieren sie für die verschiedenen Bereiche zwar einerseits eine durchaus divergente Konzeption und Operationalisierung der Geschlechterkategorien. Andererseits zeige sich jedoch insgesamt eine unreflektierte, wenig kritische Vermittlung stereotyper heteronormativer Geschlechterbilder. Abschließend plädieren die Autorinnen deshalb für einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Gesundheitskommunikation.

Aber auch auf der gesellschaftlichen Mikroebene werden in der alltäglichen Interaktion – explizit und implizit, verbal und nonverbal – geschlechtsspezifische Rollenbilder kommuniziert. Die Gesundheitswissenschaftlerinnen *Claudia Hornberg*, *Andrea Pauli* und *Brigitta Wrede* nehmen deshalb im letzten Beitrag des Bandes die – für das Gelingen einer guten medizinischen Versorgung höchst bedeutsame – Arzt-Patient-Kommunikation in den Blick. Mittlerweile gäbe es eine Fülle von Studien, die belegten, dass in der sprachlichen wie auch der gestisch-mimischen Interaktion auf Seiten der Patientinnen und Patienten ebenso wie bei Ärztinnen und Ärzten geschlechtsspezifische Rollenbilder transportiert würden. Zudem zeigten Frauen und Männer auf beiden Seiten unterschiedliches Kommunikationsverhalten und hätten unterschiedliche Erwartungshaltungen an das jeweilige Gegenüber. Geschlechtersensible Gesprächsführung stellt für die Autorinnen deshalb eine Kernkompetenz in der Medizin dar, an deren Vermittlung es in der derzeitigen medizinischen Ausbildung jedoch noch mangle: „Genderkompetenzen [müssten] als unentbehrliche Bedingung

und Kernkompetenz bedarfsgerechter, geschlechterangemessener Gesundheitsversorgung konsequent in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt und gefördert werden“. Leider hinkt Deutschland in dem Bemühen, die Vermittlung von Genderkompetenzen in die Curricula aufzunehmen, im europäischen und internationalen Vergleich jedoch noch deutlich hinterher.

Abschließend möchten wir uns bei allen bedanken, die maßgeblich zum Gelingen dieses Bandes beigetragen haben. Zu nennen wäre hier zuallererst Ann Kristin Augst, M. A., die die redaktionelle Arbeit an diesem Band durch ihre fundierten Kenntnisse in der Frauen- und Geschlechterforschung bereichert und die Fertigstellung des Endmanuskripts verantwortlich betreut hat. Tatkräftig unterstützt wurde sie dabei von den studentischen Mitarbeiterinnen und dem Mitarbeiter des *Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung* und der *Professur für Gesundheitssoziologie*, namentlich Simon Caputo, Miriam Ghobrial, Leonie König, Alexandra Merz und Olga Ruhl. Nicht zuletzt bedanken wir uns herzlich bei Frau Dr. Sandra Frey, vom Nomos Verlag, die sowohl den Start der Reihe *Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven* (G.IP) wie auch die Entstehung dieses ersten Bandes freundlich, kompetent und geduldig begleitet hat.

Augsburg/Ulm im August 2018

Alexandra Manzei

Ulrich M. Gassner

Julia von Hayek

Florian Steger

Literatur

Gadebusch Bondio, M/Katsari, E (Hg.) (2014): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript Verlag.

Hornberg, C/Pauli, A/Wrede, B (Hg.) (2016): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.

impu!se (2017): Gender und Gesundheit. Was gibt es Neues? impu!se, 2017: 94.

Kautzky-Willer, A (Hg.) (2012): Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien: Böhlau Verlag.

Kolip, P/Hurrelmann, K (Hg.) (2016): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

- Klöppel, U* (2010): *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität.* Bielefeld: transcript Verlag.
- Kuhlmann, E/Annandale, E* (Hg.) (2012): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, 2. Auflage. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rieder, A/Lohff, B* (Hg.) (2008): *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.* Wien: Springer Verlag.
- Sauer, AT* (Hg.) (2015): *Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Begleitforschung zur Interministriellen Arbeitsgruppe Inter & Transsexualität.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schochow, M/Gehrmann, S/Steger, F* (Hg.) (2016): *Inter*- und Trans*Identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte.* Gießen: Psychosozial Verlag.
- Stahnisch, F/Steger, F* (Hg.) (2005): *Medizin, Geschichte und Geschlecht. Körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen.* Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Inhalt

I Geschlechterkonstruktionen Reflexionen aus der Perspektive der Wissenschaftsforschung 21

Was heißt Geschlecht? Geschlechtergesundheit zwischen
Identitätspolitik und (De)Konstruktion 23
Alexandra Manzei

Biomedizin und Geschlecht: Annäherung an ein Verhältnis aus der
Perspektive der Wissenschafts- und Technikforschung 83
Ruth Müller

II Interdisziplinär und multiprofessionell: Theorie-Praxis-Verhältnisse in der Geschlechtergesundheitsforschung 117

Geschlecht und Gesundheit in Public Health – eine interdisziplinäre
Perspektive 119
Ulrike Maschewsky-Schneider

Männergesundheit: Stand und Perspektiven eines
gesundheitswissenschaftlichen Forschungs- und Praxisfeldes 149
Toni Faltermaier

Transsexualität, Transgender, Trans*: Aktuelle Entwicklungen in
Forschung und Gesundheitsversorgung 175
Andreas Köhler, Jana Eyssel, Peer Briken und Timo O. Nieder

III Normative Perspektiven auf geschlechtsspezifische Versorgungsbedarf	207
Geschlechtergerechte Medizin – juristische und ethische Aspekte <i>Ulrich M. Gassner und Florian Steger</i>	209
Geschlechtergerechte Sorgearbeit im Horizont der Care-Ethik <i>Helen Kohlen</i>	253
IV Gesundheitskommunikation in den Medien und der Medizin	285
Geschlecht und Gesundheitskommunikation <i>Susanne Kinnebrock und Anna Wagner</i>	287
Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung <i>Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede</i>	311
Autor*innen- und Herausgeber*innenverzeichnis	335
Das ZIG und die G.IP	343

I
Geschlechterkonstruktionen
Reflexionen aus der Perspektive der Wissenschaftsforschung

Was heißt Geschlecht? Geschlechtergesundheit zwischen Identitätspolitik und (De)Konstruktion

Alexandra Manzei

Inhaltsübersicht

0. Einleitung	24
1. Feminismus = Gender Studies? Eine definitorische Klarstellung vorab	30
2. Zwischen Wissenschaft und Politik. Von der Frauenrechtsbewegung zur Frauengesundheitsforschung	32
2.1 Sex und Gender. Geschlechtervorstellungen in der 2. Welle der Frauenbewegung	33
2.2 Frauengesundheitsforschung zwischen Sozialforschung und politischer Bewegung	35
a) Frauengesundheitsbewegung	35
b) Sozialwissenschaftliche Frauenforschung	37
3. Multiple Identitäten: Die Ausdifferenzierung der Geschlechterkategorie	38
3.1 Geschlechtsspezifischer Versorgungsbedarf oder Pathologisierung? Das Beispiel AIDS	40
3.2 Methodische und politische Folgen der Ausdifferenzierung der Geschlechterkategorie	43
a) Diversifizierung und Individualisierung der Geschlechterkategorie	43
b) Queer Studies	44
3.3 Identitätspolitik oder radikale Kritik geschlechtlicher Identität? Die Spaltung der Frauenbewegung nach 1990	46
4. Gender Studies. Judith Butler und die postfeministische Wende in der Geschlechterforschung	47
4.1 Geschlechterforschung ohne Geschlecht? Zur Kritik der postfeministischen Perspektive	50
5. Geschlechtergesundheit heute	56
5.1 Gender und Public Health. Interdisziplinäre Geschlechterforschung in den Gesundheitswissenschaften	57
5.2 Gender Medicine. Geschlechterforschung in der Biomedizin	60

5.3 Inter*- und Trans*Gesundheit: Zwischen Selbstbestimmung und Pathologisierung	64
6. Fazit	69

0. Einleitung

Seit mit der zweiten Frauenbewegung, Mitte des 20. Jahrhunderts, erstmals Geschlechterfragen in Bezug auf Gesundheit thematisiert wurden, haben sich nicht nur die Konzepte von Krankheit und Gesundheit mehrfach gewandelt, auch die Frage, was es heißt, Frau oder Mann zu sein, wird seither kontrovers diskutiert.¹ Geschlechtsspezifische Medizin und Gesundheitsversorgung sehen sich heute mit einem breiten Spektrum wissenschaftlicher und politischer Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität konfrontiert. Mit dieser Vielfalt an Geschlechtervorstellungen ist ein enormer Zugewinn an Selbstbestimmung und Partizipation für Patient*innen verbunden (sowie auch für alle anderen Menschen, die von Medizin und Gesundheitspolitik adressiert werden): Menschen, die nicht den tradierten Vorstellungen der Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität entsprechen, haben heute – zumindest dem Anspruch nach – die Möglichkeit, ihre Geschlechtlichkeit und Sexualität frei zu leben und eine entsprechende, nicht diskriminierende Gesundheitsversorgung einzufordern.² In der Frauen- und Geschlechterforschung ist daher heute nicht mehr nur von Frauen und Männern die Rede, sondern auch von ‚LGBTIQ‘, einer Abkürzung für Geschlechtervielfalt, die für *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter** und *Queer* steht. Auf der anderen Seite sind mit der Diversifizierung der Geschlechterkategorien jedoch auch konzeptionelle und versorgungspraktische Probleme verbunden.³

1 Mein besonderer Dank geht an Ann Kristin Augst, Julia von Hayek und Marion Magg-Schwarzbäcker, die diesen Text kritisch gelesen haben.

2 Dass diese Rechte noch keineswegs umfassend umgesetzt werden, zeigen die Beiträge dieses Bandes.

3 Wenn ich in diesem Text über Geschlecht spreche, nutze ich dafür unterschiedliche Termini, die es vorweg zu erläutern gilt. Wenn, wie hier, von *Vorstellungen* die Rede ist, sind damit alltagsweltliche, subjektive oder kollektive Annahmen über Sachverhalte gemeint, die in Begriffsdefinitionen eingehen können. Unter *Begriffen* verstehe ich gedankliche Konstrukte, die Merkmale (oder Eigenschaften) von Sachverhalten (oder Ereignissen, Gegenständen, Erscheinungen) zusammenfassen bzw. definieren, wie z. B. ‚die Kultur‘, ‚die Politik‘, ‚der Mensch‘, ‚die Liebe‘ oder eben

Zum einen verflüssigt die Diversifizierung der Geschlechterkategorien die Bestimmung von Geschlechtlichkeit derart weitreichend, dass nicht mehr klar ist, was mit Geschlecht eigentlich gemeint ist. Geschlechtsspezifische gruppenbezogene Forschung, Prävention und Versorgung müssen dadurch neu ausgerichtet werden. Zum anderen stehen sich in der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung und -versorgung biomedizinische und kultur- bzw. sozialwissenschaftliche Fächer scheinbar unversöhnlich gegenüber: Am einen Ende des Spektrums findet sich die überwiegend naturwissenschaftlich arbeitende Gender Medicine/Geschlechtermedizin, die an einer binären Vorstellung von Zweigeschlechtlichkeit festhält und die Bedürfnisse und Bedarfe aller davon abweichenden Identitäten, wie Trans- oder Intergeschlechtlichkeit, ignoriert oder gar pathologisiert. Am anderen Ende des wissenschaftlichen und politischen Spektrums haben sich die kultur- und sprachwissenschaftlich fundierten *Gender-* und *Queer Studies* entwickelt, die Zweigeschlechtlichkeit als hegemoniale gesellschaftliche Norm infrage stellen oder gänzlich ablehnen und in allen wissenschaftlichen Disziplinen sowie auch politisch zu dekonstruieren suchen. Anwendungsorientierte Gesundheitsfragen und körperliche Aspekte des Geschlechts werden dabei entweder ausgeblendet, wie die Generativität der menschlichen Spezies oder eigenleibliche geschlechtsspezifische Erfahrungen⁴, oder sie werden ausschließlich unter dem Aspekt sozialer Konstruiertheit untersucht, wie beispielsweise hormonelle Einflüsse oder geschlechtsspezifisches Gesundheits- oder Krankheitsverhalten.

Für die Geschlechtergesundheitsversorgung sind mit diesen gegensätzlichen Forschungsrichtungen tiefgreifende theoretische, methodische und

‚die Frau‘. Welche Beziehung diese Begriffe zu den bezeichneten Sachverhalten haben, ob sie diese bspw. abbilden oder gar nach Maßgabe des Begriffs zurichten, ist je nach Theorietradition umstritten. Begriffe sind nicht das Gleiche, wie *Wörter*. Wörter sind die kleinsten bedeutungstragenden Einheiten geschriebener oder gesprochener Sätze und haben als solche symbolischen, indexikalischen oder ikonografischen Charakter. Jeder Begriff besteht zwar aus einem oder mehreren Wörtern, aber nicht jedes Wort ist ein Begriff. ‚Und‘, ‚weil‘, ‚wer‘, ‚nach‘ sind z. B. Wörter, ohne Begriffe zu sein. ‚Frau‘ hingegen ist ein Wort und ein Begriff. Unter dem Terminus *Kategorien* werden in der Philosophie Begriffsklassen oder Grundbegriffe verstanden, Arten und Weisen also, in denen Begriffe definiert werden können. In den Sozialwissenschaften (insbesondere den empirischen) ist die Abgrenzung zwischen Kategorien und Begriffen unschärfer. (Vgl. Regenbogen/Meyer 2013 oder jedes andere Lexikon philosophischer Grundbegriffe.).

- 4 Wie gebären, stillen, ejakulieren, leibliche Veränderungen in der Menopause usw. (vgl. Dörpinghaus 2013; Gahlings 2016; Gugutzer 2014).

praktische Probleme verbunden. Ellen Kuhlmann, Geschlechterforscherin und Gesundheitswissenschaftlerin, konstatiert hier nicht nur eine weitreichende theoretische „Entfremdung“ zwischen den Disziplinen der Geschlechtergesundheitsforschung, die sich seit ihren Anfängen in der Frauengesundheitsbewegung eigentlich als wissenschaftlich interdisziplinär verstand. Folge seien außerdem „anhaltende Spannungen, Ambivalenzen und Paradoxien bei der Anwendung auf den Gesundheitssektor“.⁵ Die Spaltung zwischen Sozial- und Naturwissenschaften, die die Frauenbewegung ursprünglich zu überwinden trachtete, werde hier wieder verschärft. Biologismus und binäre Heteronormativität auf der einen Seite und Kulturalismus und (De)Konstruktion⁶ des Geschlechts auf der anderen Seite stehen sich in der Geschlechterforschung heute widersprüchlich und scheinbar unversöhnlich gegenüber. Gleichzeitig belegen anwendungsorientierte empirische Studien aus der Epidemiologie sowie der *Public Health*- und

5 Vgl. Kuhlmann 2016.

6 Der Terminus Konstruktion beschreibt in den Sozialwissenschaften ein breites Spektrum an Analyseverfahren, die die Entstehung von Bedeutung (hier z. B. der Kategorie Geschlecht) auf historisch konkrete gesellschaftliche Bedingungen (Kultur, Sozialstruktur, Institutionen, Technologien, Wissensordnungen, Diskurse, Sprache usw.) zurückführt. Intention dieser Analyse sozialer Konstruktion ist es zumeist, scheinbar natürliche gegebene Evidenzen zu hinterfragen und ihre historische Gewordenheit herauszuarbeiten (De-Naturalisierung, De-Ontologisierung). Der Terminus Dekonstruktion hingegen bezieht sich im engeren Sinne auf ein literaturwissenschaftliches Analyseverfahren nach Jaques Derrida (1930-2004), das die Entstehung von Bedeutung innerhalb von Texten untersucht. Während bspw. hermeneutische Analyseverfahren Texte als Sinnzusammenhang begreifen, der sich in der Rezeptionsbeziehung zwischen Interpret und Text erschließt, geht der Dekonstruktivismus davon aus, dass Texte ihre Bedeutung (durch innere Widersprüche und Brüche) selber konstruieren. (Vgl. dazu bspw. Villa 2010a sowie Degele 2008.) Dekonstruktivismus wäre demnach ein sprachtheoretisch enggeführtes konstruktivistisches Verfahren, Konstruktivismus also der Oberbegriff. Im Folgenden unterscheide ich theoretisch nicht explizit zwischen Konstruktion und Dekonstruktion, sondern folge mit der relativierenden Schreibweise ‚(De)Konstruktion‘ einer Einschätzung Paula Irene Villas, die für die Frauen- und Geschlechterforschung heute eine ungenaue bzw. vermischte Verwendung beider wissenschaftlicher Verfahren konstatiert (vgl. Villa 2010a: 148). *(De)Konstruktion* beschreibt in diesem Sinne die m. E. typische Mischung sozialkonstruktivistischer, diskurstheoretischer und sprachwissenschaftlicher Analyseverfahren seit den 1990er Jahren, die die Genese von Bedeutung auf Wissensordnungen, Diskurse und Sprache engführen (vgl. Abschnitt 3).

der Präventionsforschung zunehmend die grundsätzliche Bedeutung von Geschlechtlichkeit für Prävention, Therapie und Pflege.⁷

Diese Problematik – einer disziplinären Kluft innerhalb der Geschlechterforschung auf der einen Seite und einem drängenden geschlechtsspezifischen Gesundheitsversorgungsbedarf auf der anderen Seite – bildet den Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen. Ich gehe im Anschluss an Ellen Kuhlmann davon aus, dass die Kluft zwischen den Forschungsansätzen – insbesondere, aber nicht nur – für die anwendungsorientierte Geschlechtergesundheitsforschung ein Problem darstellt, das bisher weder in der allgemeinen Frauen- und Geschlechterforschung noch in der Geschlechtergesundheitsforschung angemessen reflektiert wird. Im Gegenteil: Widersprüche innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung werden in der Community eher relativiert.⁸ Exemplarisch sei hier der – ansonsten zum Thema sehr empfehlenswerte – Einführungsband zum Thema *Gender- und Queer Studies* von der Geschlechterforscherin Nina Degele⁹ genannt, in welchem sie zwar fundamentale Widersprüche innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung historisch herleitet und einer immanenten Kritik unterzieht. Sie reflektiert die Genese der *Gender- und Queer Studies* jedoch nicht im Lichte der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse, die sie hervorgebracht haben (Individualisierung, Flexibilisierung, neoliberale Globalisierung). Aus dem Blick gerät infolgedessen die Verantwortung, die den *Gender- und Queer Studies* als gesellschaftlicher und politischer Akteurin innerhalb und bei der Durchsetzung dieser Verhältnisse zukommt.¹⁰

7 Vgl. als Überblick bspw. Kuhlmann/Kolip 2008; Kuhlmann/Kolip 2005; Gadebusch Bondio/Katsari (Hg.) 2014; Köchert et al. 2016; Hornberg et al. (Hg.) 2016; Kolip/Hurrelmann (Hg.) 2016; Kautzky-Willer (Hg.) 2012.

8 Ich vermute, dass hierfür bewegungspolitische Argumente eine zentrale Rolle spielen: Insbesondere in der deutschsprachigen Community werden Konflikte bisher nicht offensiv ausgetragen, um die ‚Frauenbewegung‘, die in den letzten Jahren gesellschaftlich unter Beschuss geraten ist, nicht auch noch von innen heraus infrage zu stellen. Anders im internationalen englischsprachigen Diskurs: Unter dem Schlagwort ‚Material turn‘ werden dort die blinden Flecke und Defizite der seit den 1990er Jahren in der Frauen- und Geschlechterforschung hegemonialen poststrukturalistischen Gendertheorien breit diskutiert; vgl. unten Abschnitt 3 sowie Löw et al. (Hg.) 2017 und Bath et al. (Hg.) 2017.

9 Degele 2008.

10 Vgl. Degele 2008 und kritisch dazu Frazer 2009; Benhabib et al. 1994.

Ich gehe hingegen davon aus, dass aus den fundamentalen Widersprüchen, die die Frauen- und Geschlechterforschung seit den 1990er Jahren durchziehen, eine bewegungspolitische Stagnation resultiert, die weitreichende politische und wissenschaftliche Folgen hat.¹¹ Ziel der folgenden Ausführungen ist es deshalb, diese Widersprüche herauszuarbeiten und zuzuspitzen, um davon ausgehend die Folgen für die Geschlechtergesundheitsforschung und -versorgung zu reflektieren. Im Rahmen einer fokussierten genealogischen Analyse soll im Folgenden historisch und systematisch nachvollzogen werden, wie und warum die jeweiligen Deutungen von Geschlecht und Sexualität entstanden sind, welche Geltungsansprüche daraus erwachsen und welche Möglichkeiten und Grenzen mit den jeweiligen Konzepten für die Geschlechtergesundheitsforschung und -versorgung verbunden sind.

Vorgehen:

Im ersten Abschnitt werde ich dafür zunächst auf die unklare Verwendung der Bezeichnungen ‚Feminismus‘ und ‚*Gender Studies*‘ eingehen, die aktuell sowohl in der medialen politischen Debatte als auch in der Community höchst umstritten sind (Abschnitt 1). In einem zweiten Schritt werde ich die historische Entwicklung der Frauenbewegung und der jeweiligen

11 Während in der westlichen Welt auf der einen Seite die Frauen- und Geschlechterforschung an den Universitäten seit Jahren fest etabliert ist und *Gender Mainstreaming* im öffentlichen Sektor anerkannt und umgesetzt wird, gerät Gleichstellungspolitik im gesellschaftlichen Alltag auf der anderen Seite zunehmend unter Druck oder stagniert: Nach wie vor werden Führungspositionen in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen überwiegend durch Männer besetzt und gerade bei jungen Menschen lässt sich eine Retraditionalisierung der klassischen Geschlechterrollen beobachten. Nicht zu schweigen von dem insbesondere von der politischen Rechten aggressiv vorgetragenen *Gender Studies*-Bashing sowie von den extremen Formen von Frauenfeindlichkeit, die die *me too*-Bewegung jüngst zum Vorschein gebracht hat. Sicherlich gründen diese Rückschritte auch in den derzeit sehr unsicheren gesellschaftlichen Verhältnissen, in denen die Zweigeschlechtlichkeit als eine der letzten naturwüchsigen Bastionen erscheinen muss, die dauerhaften gesellschaftlichen Bestand hat. Dennoch täte die Frauen- und Geschlechterforschung gut daran, ihre eigene Rolle bei dieser gesellschaftlichen Entwicklung selbstkritischer zu reflektieren, als sie es derzeit tut. Vgl. dazu Frazer 2009; Fleig (Hg.) 2014 sowie Holland-Cunz 1994; 2017.

Geschlechterbegriffe in drei aufeinander folgenden Wellen nachzeichnen (Abschnitt 2):¹²

- von der unhinterfragten Annahme natürlicher Zweigeschlechtlichkeit im Gleichheitsparadigma der Frauenrechtsbewegung im 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (1. Welle);
- über die heftigen Kontroversen zur Frage des Geschlechts im Differenzparadigma des Feminismus Mitte bis Ende des 20. Jahrhundert (2. Welle);
- bis hin zur radikalen Infragestellung geschlechtlicher Identität durch die (postfeministischen) *Gender-* und *Queer Studies* (Paradigma der (De)Konstruktion) seit den 1990er Jahren (3. Welle).

Der dritte Abschnitt beschreibt dann die Situation seit Ende des 20. Jahrhunderts, für die sich eine weitreichende Diversifizierung der Frauen- und Geschlechterforschung/-politik beobachten lässt, die Konzepte und Forderungen aus allen drei Wellen enthält. Der Anschein der Vielfalt, der mit dieser Diversifizierung erweckt wird, verdeckt jedoch, dass es mit Aufkommen der *Queer Studies* in den 1990er Jahren zu einer „kategorialen Rekonzeptualisierung von Geschlecht und Sexualität“¹³ kam, der eine konzeptionelle Spaltung der Bewegung in zwei Lager folgte: einer *klassisch-modernen* Richtung auf der einen Seite, die an identitätspolitischen Vorstellungen zu Geschlecht festhält, und einer *postfeministischen* Richtung auf der anderen Seite, die geschlechtliche Identität radikal infrage stellt (Abschnitt 3). Um zu veranschaulichen, welche Folgen diese konzeptionelle Spaltung zeitigt, wird im vierten Abschnitt, in einem Exkurs, auf die theoretischen Grundlagen der *Gender Studies* im Anschluss an Judith Butler eingegangen. Dieser Exkurs ist notwendig, weil der fundamentale Widerspruch, der identitätspolitische und postfeministische Konzeptionen von Geschlecht und Sexualität trennt, in der Community aus den oben vermuteten Gründen¹⁴ weder offen diskutiert noch in seinen Folgen für feministische Theorie und Politik grundlegend reflektiert wird. Abschnitt 5 wendet sich dann wieder der Geschlechtergesundheitsforschung zu und fasst sie – idealtypisch – in drei Hauptrichtungen zusammen: *Inter-*

12 Ich folge mit dieser historischen Unterteilung in drei Wellen einer in der Frauen- und Geschlechterforschung üblichen Einteilung (vgl. Frey/Dingler 2001; Bublitz 2016).

13 Hark 2009: 103.

14 Vgl. Fn. 8 und 11.

disziplinäre Geschlechterforschung in Public Health (5.1), *Gendermedizin* (5.2) und *Inter*- und Trans*Gesundheitsforschung* (5.3). Abschließend werden im Fazit einige weiterführende Fragestellungen benannt, die sich aus der konzeptionellen Spaltung der Frauen- und Geschlechterforschung in Identitätspolitik versus (De)Konstruktion ergeben sowie drei Eckpunkte, die meines Erachtens für die Geschlechtergesundheitsforschung unhintergebar sind.

1. Feminismus = Gender Studies? Eine definitorische Klarstellung vorab

Bevor ich der historischen Entwicklung der verschiedenen Geschlechterbegriffe nachgehe, soll eine alltagssprachliche Ungenauigkeit reflektiert werden, die derzeit die Feuilletons beherrscht. Ob affirmativ oder pejorativ, wenn heute in den Medien von der Frauenbewegung die Rede ist, wird zumeist pauschal von ‚den *Gender Studies*‘ oder ‚dem Feminismus‘ gesprochen. Weder meinen die beiden Bezeichnungen jedoch das Gleiche, noch lässt sich die tatsächliche Vielfalt und Gegensätzlichkeit der Frauen- und Geschlechterforschung und -politik damit abbilden.

Einerseits gilt ‚Gender‘ (nicht nur) der politischen Rechten heute als Schimpfwort und eignet sich allein schon deshalb nicht zur differenzierten Reflexion; andererseits wird ‚Gender‘ auch innerhalb der Community selbst sehr unterschiedlich verwendet, wie an den o. g. Beispielen schon deutlich wird: In der Selbstbeschreibung der Gender Medicine ist ‚Gender‘ heteronormativ und (überwiegend) biologistisch konnotiert¹⁵, während die Selbstbeschreibungen der diversen Institute und Studiengänge in Deutschland, die sich als *Gender Studies* bezeichnen, zumeist an die Kultur- und Sozialwissenschaften anschließen und – zumindest dem Anspruch nach – interdisziplinär bzw. mit einem vorrangigen Bezug auf poststrukturalistische Theorien arbeiten. Hinzu kommt, dass der Begriff ‚Gender‘ auch in der Community selbst mittlerweile politisch und wissenschaftlich sehr umstritten ist¹⁶ und dass die Widersprüche innerhalb der Frauen- und Geschlechterforschung, die hier diskutiert werden sollen, durch die pauschalisierende Rede von ‚den *Gender Studies*‘ verdeckt werden.

15 Weshalb der deutsche Ableger der Gendermedizin sich als Geschlechtermedizin begreift; vgl. zur Differenz von ‚Geschlecht‘ und ‚Gender‘ Abschnitt 2.1.

16 Vgl. Fleig (Hg.) 2014.

Aus ähnlichen Gründen ist auch die Gleichsetzung von Feminismus und *Gender Studies* problematisch. Das aktuelle Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung schlägt als allgemeine Bestimmung für Feminismus die folgende vor:

„Feminismus lässt sich als Ensemble von Debatten, kritischen Erkenntnissen sozialen Kämpfen und emanzipatorischen Bewegungen fassen, das die patriarchalen Geschlechterverhältnisse, die alle Menschen beschädigen, und die unterdrückerischen und ausbeuterischen gesellschaftlichen Mächte, die insbesondere Frauenleben formen, begreifen und verändern will.“¹⁷

Feminismus definiere sich also „nicht ausschließlich über seinen Gegenstand (Geschlecht)“, vielmehr sei geschlechtergerechte Teilhabe an Gesellschaft „nicht ohne eine grundlegende politische Veränderung von Machtverhältnissen zu realisieren“.¹⁸ Für diese, betont politische Ausrichtung des Feminismus ist jedoch „Identitätspolitik“ unabdingbar: Wenn wir nicht sagen können, wer oder was eine Frau ist, können wir Frauenunterdrückung weder wahrnehmen noch kritisieren. In diesem Sinne ist der Feminismus untrennbar mit der Bestimmung der Kategorie Frau verbunden. Anders hingegen die politische Ausrichtung der *Gender Studies* (im oben genannten engeren Sinne): Politisch und wissenschaftlich steht hier die (De)Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und der Heterosexualität im Zentrum – womit eine ausdrückliche Absage an identitätspolitische Strategien verbunden ist.¹⁹ Zugespitzt gesagt, haben die poststrukturalistischen *Gender Studies* kein politisches Subjekt, auf das sie sich beziehen. Ihre Kritik richtet sich vielmehr explizit gegen jegliche Bestimmung ‚der Frau‘, ‚des Geschlechts‘ oder ‚der Sexualität‘ (Kritik der Identitätspolitik) und unterstellt der Frauenbewegung sowie auch der Lesben- und Schwulenbewegung sogar eine Mitschuld an der gesellschaftlichen Unterdrückung von Sexualität und Geschlechtlichkeit.²⁰

In dieser politischen Differenz, zwischen feministischer Identitätspolitik und der radikalen Ablehnung der Identitätspolitik durch die postfeministischen *Gender Studies*, gründet die Spaltung, die ich in diesem Aufsatz in ihren Folgen für die Geschlechtergesundheitsforschung und -versorgung problematisieren möchte. Den Begriff *Gender Studies* verwende ich in diesem Text insofern nicht als Oberbegriff für Frauen- und Geschlecht-

17 Hennessy nach Thiessen 2010: 37f.

18 Thiessen 2010: 38.

19 Vgl. Hark 1993 sowie ausführlich unten Abschnitt 3.

20 Vgl. dazu ausführlich Abschnitt 3.

terforschung und -politik, sondern im engeren Sinne als Bezeichnung für kultur- und sozialwissenschaftliche Ansätze, die an poststrukturalistische Theoriebildung anschließen und die (De)Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität intendieren (Kritik der Identitätspolitik oder Postfeminismus). Wenn ich von Feminismus spreche, meine ich in jedem Fall identitätspolitische Strömungen, und wenn ich alle Bereiche allgemein zusammenfassen will, spreche ich, in Anlehnung an das neueste deutsche Handbuch zum Thema, von Frauen- und Geschlechterforschung.²¹

2. *Zwischen Wissenschaft und Politik. Von der Frauenrechtsbewegung zur Frauengesundheitsforschung*

„Man kommt nicht als Frau zur Welt, man wird es.“²²

Dieses berühmte Zitat von Simone de Beauvoir steht symbolisch für den Übergang zwischen der ersten Welle der Frauenbewegung, die im 19. Jahrhundert entstand und auch als Frauenrechtsbewegung bezeichnet wird, und der zweiten Welle, die sich seit Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte. Beauvoir spitzt mit diesem Statement eine Position zu, die erstmals systematisch danach fragt, was es heißt, eine Frau zu sein. Zuvor hatte diese Frage im Rahmen der Frauenrechtsbewegung nicht zur Disposition gestanden. So unterschiedlich die Positionen der ersten Welle in den verschiedenen Ländern (USA, England, Deutschland u. a.) auch waren, wer oder was eine Frau war galt als selbstevident und wurde nicht hinterfragt. Politisch einte die verschiedenen Strömungen vielmehr die Intention, Anerkennung für Frauen als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft zu erkämpfen: Das Frauenwahlrecht, das Recht auf Erwerbsarbeit, auf Bildung und Studium standen hier ebenso im Zentrum, wie der Versuch, eine Gesellschaft auf neuer sittlicher Grundlage zu schaffen (Gleichberechtigung der Geschlechter). Bezogen auf dieses unhinterfragte Selbstverständnis der Zweigeschlechtlichkeit und die Forderung, für beide Geschlechter die gleichen Rechte zu erstreiten, wird die Frauenrechtsbewegung auch als *Gleichheitsparadigma* bezeichnet.²³

21 Vgl. hierzu Becker/Kortendiek (Hg.) 2010.

22 Beauvoir 2017 [1951]: 334.

23 Vgl. Frey/Dingler 2001. Vgl. außerdem zur Trennung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht: Maihofer 1995: 19.

2.1 Sex und Gender. Geschlechtervorstellungen in der 2. Welle der Frauenbewegung

Mit der Annahme nun, dass Frau nicht als Frau geboren, sondern im Laufe des Lebens erst zu einer solchen gemacht werde, wird mit Beginn der zweiten Welle der Frauenbewegung eine für die Geschlechterkategorie politisch sowie wissenschaftlich bedeutsame Unterscheidung eingeführt, die seither als ‚Sex-Gender-Verhältnis‘ bzw. ‚Sex-Gender-Unterscheidung‘ bezeichnet wird: ‚Sex‘ steht hier für die biologische Dimension des Geschlechts und damit für jene Ausprägung von Geschlechtlichkeit, die Frau und Mann von Geburt an zukommt. Mit anderen Worten, Sex steht für die „biologische Ausrichtung des Lebewesens aufgrund der Chromosomen, seiner Reproduktionsorgane und deren Funktionen, was dann als männlich und als weiblich zugeordnet wird.“²⁴ ‚Gender‘ bezeichnet im Rahmen dieser Unterscheidung die kulturell bedingten, sozialen Verhaltensweisen der Geschlechtsidentität, die im Laufe des Lebens erlernt werden und das biologische Geschlecht überlagern. Für die zweite Welle der Frauenbewegung (die wegen ihrer differenzierten Auseinandersetzungen zur Geschlechterkategorie auch als *Differenzparadigma* bezeichnet wird) sowie auch für die sich in diesem Kontext seit den 1970/80er Jahren herausbildende Frauengesundheitsforschung hatte die Sex-Gender-Unterscheidung weitreichende politische und wissenschaftliche Bedeutung.

Für die politische Arbeit der Frauenbewegung war die Unterscheidung zwischen Sex und Gender ungeheuer produktiv, stellte sie doch die bis dahin unhinterfragte, scheinbar natürliche Gegebenheit der Geschlechtsidentitäten tiefgreifend infrage und begründete dadurch neue Formen der Kritik am Patriarchat. Mit der Unterscheidung von biologischem und sozialem Geschlecht ließ sich die Unterdrückung von Frauen aufgrund ihrer vermeintlichen Natur nun zurückweisen und auf hegemoniale männliche Interessen der bürgerlich-patriarchalen Gesellschaft zurückführen: Frauen galten im 18. Jahrhundert²⁵ und insbesondere in der Medizin des 19. Jahr-

24 Lohff/Rieder 2004: 2.

25 So schreibt bspw. der Philosoph, Georg Wilhelm Friedrich Hegel in seinem Werk „Grundlinien der Philosophie des Rechts“ (1821), § 166, zur Natur der Geschlechter: „Frauen können wohl gebildet sein, aber für die höheren Wissenschaften, die Philosophie und für gewisse Produktionen der Kunst, die ein Allgemeines fordern, sind sie nicht gemacht. Frauen können Einfälle, Geschmack, Zierlichkeit haben, aber das Ideale haben sie nicht. Der Unterschied zwischen Mann und Frau ist der

hunderts²⁶ als das von Natur aus zwar hübschere, aber auch schwächere Geschlecht, das es durch den Mann zu schützen und zu behüten, aber auch zu kontrollieren und – insbesondere in der Öffentlichkeit – zu führen galt. Diese Merkmalszuschreibungen ließen sich nun auf der Basis der Sex-Gender-Unterscheidung als historisch-kulturell bedingte Rollenerwartung an die (potentielle) Ehefrau und Mutter erkennen, die sich auf gesellschaftliche Bedingungen, wie geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, ungleiche Bildungschancen und mangelnde politische Teilhabe zurückführen ließen. Die politische Bedeutung der Sex-Gender-Unterscheidung lag für die Frauenbewegung also in der Möglichkeit, geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen der Frau als interessengeleitete Naturalisierungen zu entlarven und auf strukturell verankerte, patriarchale Herrschaftsstrategien zurückzuführen.

Für die wissenschaftliche Arbeit der Frauenforschung hingegen erwies sich die Sex-Gender-Unterscheidung in mehrfacher Hinsicht als schwierig, weil sie verschiedene Fragen aufwarf, die noch heute ungelöst sind: Welche Verhaltensweisen der Frau/des Mannes sind denn nun angeboren und welche sozialisationsbedingt? Und wie verhalten sich sozialisationsbedingte und biologische Merkmale zueinander? Sind (nur) die sozialisationsbedingten Geschlechtsmerkmale veränderbar oder auch die angeborenen? Und welchen Einfluss haben die verschiedenen kulturellen, sozialen und politischen Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, auf das Geschlecht? Nicht zuletzt stellt sich die Frage, wie sinnvoll die Unterscheidung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht tatsächlich ist, wenn man einerseits davon ausgehen muss, dass sich genetische Geschlechtsmerkmale auf das Sozialverhalten auswirken, dass sich aber andererseits erlernte Verhaltensweisen auch in den Körper einschreiben?²⁷ Vor diesem Hintergrund stellt sich bis heute die Frage, ob (und wie) es

des Tieres und der Pflanze: das Tier entspricht mehr dem Charakter des Mannes, die Pflanze mehr dem der Frau, denn sie ist mehr ruhiges Entfalten, das die unbestimmtere Einigkeit der Empfindung zu seinem Prinzip erhält. Stehen Frauen an der Spitze der Regierung, so ist der Staat in Gefahr, denn sie handeln nicht nach den Anforderungen der Allgemeinheit, sondern nach zufälliger Neigung und Meinung. Die Bildung der Frauen geschieht, man weiß nicht wie, gleichsam durch die Atmosphäre der Vorstellung, mehr durch das Erleben als durch das Erwerben von Kenntnissen, während der Mann seine Stellung nur durch die Errungenschaft des Gedankens und durch viele technische Bemühungen erlangt“ (Hegel 1970: 319).

26 Vgl. Stahnisch/Steger (Hg.) 2005.

27 Vgl. hierzu auch den Aufsatz von Ruth Müller in diesem Band.