universität wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

Gendermedizin -
Eine kritische Analyse von „Sex“ und „Gender“ im Rahmen biomedizinischer Diskurse

Verfasserin

Manuela Stein, Bakk.rer.soc.oec.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 066 808
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Gender Studies
Betreuerin:	Univ.-Prof.in Dr.in Sigrid Schmitz

1. Einleitung **5**
2. Forschungsstand und Allgemeines zu Gendermedizin **7**
2.1 Zur Entwicklung 7
2.1.1 Frauengesundheitsforschung bzw. Gendermedizin: Definitionen und Konzepte 7
2.2 Objektivität, Repräsentation und Reflexivität in der Wissenschaft 12
3. Konzepte des „Geschlechts“ **14**
3.1 Geschlecht: „Natürlichkeit“ und „Differenz“ 14
3.2 Zu den Begriffen „Sex“ und „Gender“ und deren Problematiken 17
3.3 Die poststrukturalistische Auflösung von Sex in Gender 23
4. Die Debatte um den „New Materialism“ **27**
4.1 Elisabeth Grosz 27
4.2 Lynda Birke 29
4.3 Anne Fausto-Sterling 31
4.4 „Embodiment“ 33
4.5 Potenziale der Konzepte für die Frauengesundheitsforschung 36
5. Theoretische Perspektiven zum Anwendungsbeispiel „(Brust)Krebs“ **39**
5.1 Allgemeines zu Krebs 39
5.1.1 Geschlechtsspezifische Organtumore 40
5.2 Brustkrebs 40
5.2.1 Die Problematik der genetischen Merkmale und die „Feminisierung“ von Brustkrebs 42
6. Zur Wahl des Untersuchungsmaterials und Entwicklung der Forschungsfragen **46**
6.1 Zur Person Alexandra Kautzky-Willer und ihrer Position in der österreichischen Gendermedizinforschung 47
6.2 Haupt- und Nebenfragestellungen 48
6.3 Definition des Corpus 50
7. Forschungsmethode **51**
7.1 Qualitative Inhaltsanalyse 51
7.1.1 Zur Entwicklung des Kategoriensystems 53
8. Forschungsergebnisse: Zusammenfassung und Interpretation der untersuchten Literatur **57**
8.1 Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra (2012): Editorial. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 7-16 57
8.1.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien 57
8.1.2 Qualitative Feinanalyse 61
8.1.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation 68
8.2 Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Marosi, Christine (2012): Gender und Krebserkrankungen. Versuch einer Standortbestimmung in 2011. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 197-221 70

8.2.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien 70
8.2.2 Qualitative Feinanalyse 75
8.2.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation 79
8.3 Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Ungleich besser". In: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 7-18 80
8.3.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien 80
8.3.2 Qualitative Feinanalyse 83
8.3.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation 87
8.4. Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Im Kampf gegen Krebs". In Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 146-163 88
8.4.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien 88
8.4.2 Qualitative Feinanalyse 93
8.4.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation 97
8.5 Zur Gegenüberstellung der beiden untersuchten Bücher 98
9. Resümee 99
10. Literatur 102
11. Anhang 108
11.1 Abstract (Deutsch) 108
11.2 Abstract (English) 108
11.3 Lebenslauf 109
11.4 Extrahierte Textpassagen mit den jeweils zugeordneten Kategorien 110

1. Einleitung

Die Definitionen und Forschungsergebnisse, welche im Rahmen der *Gendermedizin* entstehen, sind vielfältig. Jedoch scheint als Basis dieser Fachrichtung das Sex/Gender-Konzept zu dienen, in welchem biologische und soziale Faktoren in den Fokus genommen werden und mithilfe dessen „geschlechtsspezifische" Aspekte in biomedizinischen Bereichen ausfindig gemacht werden sollen. In der vorliegenden Forschungsarbeit wird ein kritischer Blick auf genau diese Sex/Gender-Konzeptionen und deren Verwendung in der Gendermedizin geworfen. Am Beispiel ausgewählter Literatur der Herausgeberin Alexandra Kautzky-Willer, welche als die erste österreichische Professorin für Gendermedizin an der Medizinischen Universität Wien tätig ist, werden dabei zwei Facetten untersucht: Zum einen geht es um allgemeine Beschreibungen gendermedizinischer Inhalte, das heißt um die einführenden Aussagen und Zielsetzungen der Gendermedizin; zum anderen werden die Erklärungen zu Krebserkrankungen mit einem vertiefenden Einblick auf Brustkrebs hinsichtlich jener Aspekte analysiert, welche die *Vergeschlechtlichung* und *Biologisierung* des Körpers durch den biomedizinischen Diskurs konstruieren.

Ziel dieser Arbeit ist es, die ausgewählte Literatur zu Gendermedizin auf Erklärungen hinsichtlich der Verbindung von Geschlecht und ursächlicher Faktoren von Krankheiten zu untersuchen, wobei auch die diesbezügliche Rolle anderer Kategorien wie Alter und Ethnizität beachtet wird. Um diesen Fragestellungen auf den Grund zu gehen, wird das Verhältnis von Biologie und Sozialität in den gendermedizinischen Darstellungen von körperlichen Krankheiten in den Fokus genommen und auf die inhaltlichen Botschaften hin überprüft. Als theoretischen Hintergrund dienen dabei feministisch-konstruktivistische Richtungen und das Konzept des Embodiments, welches ein dynamisches Körperverständnis beinhaltet und vor allem auch in Bezug auf Gesundheit und Krankheit auf die Wechselwirkung biologischer, sozialer und umweltbedingter Einflüsse aufmerksam macht. In Anknüpfung daran geht es um die Fragen, inwiefern Geschlechterdifferenz in Bezug auf die Erklärungen eine strukturierende Wirkung innerhalb der Gendermedizin haben könnte und ob dabei mögliche essentialisierende und biologisierende Muster festzustellen sind.

Der Theorieteil fängt mit einem Kapitel über die historischen Entwicklungsprozesse aus der Frauengesundheitsforschung, der Definitionsversuche und dem aktuellen Forschungsstand der Gendermedizin an. Danach folgt das dritte Kapitel, in welchem eine

ausführliche Auseinandersetzung zur Kategorie „Geschlecht“ hinsichtlich ursächlicher Erklärungsdiskurse stattfindet. Dabei werden unter anderem die kritischen Arbeiten zu Geschlechterdifferenz-Ansätzen des Genderforschers Heinz-Jürgen Voß präsentiert. Anschließend findet eine Erläuterung der Dichotomisierungstendenzen des Sex/Gender-Konzepts bzw. eine Darstellung der Begriffe „Sex“ und „Gender“ mit den damit verbundenen Problematiken statt. Das Kapitel schließt mit der poststrukturalistischen Wende am Beispiel der Sprachtheoretikerin Judith Butler ab. Im vierten Kapitel werden die Herangehensweisen der Philosophin Elisabeth Grosz und der Biologinnen und Genderforscherinnen Lynda Birke und Anne Fausto-Sterling erklärt, die unter dem Begriff „New Materialism“ geführt werden, daran anschließend soll die Bedeutung des Embodiment-Konzepts erklärt und mithilfe der Autorinnen Ellen Kuhlmann und Birgit Babitsch hinsichtlich seiner Integration in die (Frauen-)Gesundheitsforschung beurteilt werden. Den Abschluss des Theorieteils bildet das fünfte Kapitel mit einer Einführung in die Aspekte der Krebserkrankungen im Allgemeinen, die vom Medizinwissenschaftler Dieter Borgers beschrieben werden, und des Brustkrebses und seiner „Feminisierung“ im Speziellen statt. Hier wird es hauptsächlich um die Interpretation der Brustkrebsgene und der „vergeschlechtlichten“ Wissensgenerierung gehen, welche durch den Beitrag der Wissenschaftlerin Sonja Palfner dargestellt wird.

Der empirische Teil dieser Forschungsarbeit fängt mit dem sechsten Kapitel an, in welchen der Corpus und die Haupt- und Nebenfragestellungen aufgezeigt werden. Im siebenten Kapitel erfolgt die Darstellung der Forschungsmethode (Qualitative Inhaltsanalyse) und des Kategorienschemas. Im Anschluss daran (achtes Kapitel) findet die Präsentation der Forschungsergebnisse, zu welcher die Zusammenfassung und Interpretation der untersuchten Literatur gehören, statt. Dabei wird zu jedem der insgesamt vier analysierten Kapitel jeweils eine Zusammenfassung aller Unterkapitel, eine Darstellung der quantitativen Ergebnisse (Kategorienhäufigkeit) und eine qualitative Feinanalyse mit einer Conclusio geboten. Die Arbeit schließt mit einem Resümee (neuntes Kapitel) ab.

2. Forschungsstand und Allgemeines zu Gendermedizin

2.1 Zur Entwicklung

Die Gendermedizin hat ihre Ursprünge in der Frauengesundheitsbewegung, welche in den 1970er Jahren im Rahmen der zweiten Frauenbewegung entstand. In der Frauengesundheitsbewegung wurden die Rolle des weiblichen Körpers und die Selbstbestimmung der Frau im Medizinsystem thematisiert. Ein weiterer wichtiger Punkt, der in den 1990er Jahren aufkam, war die Problematisierung des systematischen Ausschlusses der Frauen aus klinischen Forschungsstudien. (Vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005: 40) Der zweite Einflussbereich der Frauengesundheitsbewegung waren laut den Wissenschaftlern Petra Kolip und Klaus Hurrelmann die feministisch ausgerichteten Sozialwissenschaften, welche sich mit den geschlechtsspezifischen Rollenbildern in Beruf und Alltag und deren sozialen und kulturellen Einschreibungen befassten und zudem Themen wie die „Medikalisierung des weiblichen Lebenslaufs“ oder die gesundheitlichen Folgen sexueller Gewalt aufgriffen (vgl. Kolip/Hurrelmann 2002: 13).
Im Zuge dieser Diskurse kam es in den USA Mitte der 1990er Jahre durch die *National Instiutes of Women's Health* (NIH) zur Einrichtung des Office of Research on Women's Health und Ausführung des Projektes *The Women's Health Initiative*, das 15 Jahre dauern und 628 Millionen US-Dollar kosten sollte (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005: 41).

2.1.1 Frauengesundheitsforschung bzw. Gendermedizin: Definitionen und Konzepte

Der erste deutschsprachige Sammelband zum Thema Frauengesundheitsforschung wurde 1981 von Ulrike Schneider herausgegeben und trug den Titel „Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung“. Dieses Werk und ähnliche befassten sich zwar mit den Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Frau, jedoch soll dies laut Kolip und Hurrelmann – ohne die Medizin selbst zu berühren – lediglich auf einer Forschungsebene stattgefunden haben. (Vgl. Kolip/Hurrelmann 2002: 13/14) Dazu die Meinung der Autoren:

„Die sozialwissenschaftliche Frauengesundheitsforschung hat die biologischen Grundlagen der männlichen und weiblichen Gesundheit lange in den Hintergrund gerückt, auch weil damit die biologistische Sichtweise vermieden und die Gestaltbarkeit des gesundheitsbezogenen

Geschlechterverhältnisses betont werden sollte. Diese abgrenzende Sichtweise wird in Zukunft sicherlich einer mehr integrativen Perspektive weichen müssen.“ (Kolip/Hurrelmann 2002: 28)

Kolip und Hurrelmann zählen in der Einführung ihres Sammelbandes „Geschlecht, Gesundheit und Krankheit“ (2004) folgende Erkenntnisse auf, die sich im deutschsprachigen Raum im Rahmen der Frauengesundheitsforschung herauskristallisiert hätten:

- „Dass sich Männer und Frauen in ihre gesundheitlichen Lage und in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen unterscheiden und dass das Geschlecht eine zentrale Variable ist, die den Gesundheitszustand beeinflusst, gehört mittlerweile zum gesundheitswissenschaftlichen Basiswissen. […]
- Es ist mittlerweile deutlich geworden, dass sich die Gesundheit von Frauen nicht auf Fragen der Reproduktion und der Geschlechtsorgane beschränkt, sondern dass eine geschlechtersensible Betrachtung in allen Bereichen der Gesundheitsforschung eine Rolle spielen muss. […]
- Der Gender-Bias, also Verzerrungen in Forschungsprojekten, die auf einer geschlechtersensiblen Planung, Auswertung und Interpretation von Forschungsergebnissen zurückzuführen sind, gerät zunehmend in den Blick. […]
- Die Frauengesundheitsforschung hat deutlich gemacht, dass Frauen keine homogene Gruppe sind, sondern dass weitere Differenzierungen eingeführt werden müssen. […]
- Schließlich werden Themen zur Frauengesundheitsforschung inzwischen auch auf die politische Tagesordnung gesetzt. […]“ (Kolip/Hurrelmann 2002: 13-15)

Im Schlusswort merken die Autoren hinsichtlich der Geschlechterunterscheidung in der Medizin Folgendes an:

„Die geschlechtersensible Gesundheitsforschung tut gut daran, sich von statischen Körpermodellen abzuwenden, die von einer genetischen oder gesellschaftlichen Programmierung von allgemeinen und insbesondere auch gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ausgehen. Körpermodelle aus dem Reich der Biologie und Physiologie sollten berücksichtigt werden, aber mit einem Körper-Psyche-Umwelt-Modell flexibel verbunden werden.“ (Kolip/Hurrelmann 2002: 28)

Dieser Hinweis auf die Verschränkungseffekte der Einflussfaktoren findet sich auch einen Absatz weiter, in dem es heißt:

„Die geschlechtsbezogene Gesundheit wird also nicht primär vom biologischen Substrat gesteuert und auch nicht primär von den gesellschaftlichen Bedingungen, sondern in einem Wechselspiel beider Faktoren. Eine einseitige reduktionistische Sicht sowohl der biomedizinischen als auch der psychosozialen Modelle muss deshalb überwunden werden.“ (Kolip/Hurrelmann 2002: 28)

2004 erschien im deutschsprachigen Raum das nach eigener Angabe erste Textbuch zur Thematik Gendermedizin in der klinischen Praxis. Herausgegen wurde es von den Wissenschaftlerinnen Anita Rieder (Medizinische Universität Wien, Österreich) und Brigitte Lohff (Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland). Darin wird den

Fragestellungen nachgegangen, welche Bedeutung Geschlechterunterschiede und auch Gemeinsamkeiten im klinischen Bereich hätten, welche klinischen Erfahrungen diesbezüglich bestünden und welche Einflüsse dies wiederum auf medizinische Diagnosen und Therapien haben könnte. Auch befassen sich die Autorinnen mit möglichen Empfehlungen für den Praxisbereich (vgl. Rieder/Rohff 2004: 5).
Für die Entwicklung der Gendermedizin in Europa ist laut Rieder und Rhoff neben den Feldern der Sozial- und Gesundheitswissenschaften bzw. der Frauengesundheitsforschung auch die Public Health Forschung von Bedeutung. Den mit der Etablierung des Public Health-Programmes „Gender Working Group" im Jahre 1996 konzentrierte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum ersten Mal konkret auf genderspezifische Fragen in medizinischen Bereichen. (Vgl. Rieder/Rohff 2004: 2-5) Dazu heißt es:

„Dass die Frauengesundheitsberichte in den unterschiedlichen Ländern der EU die Beschäftigung mit der Männergesundheit möglich gemacht haben, ist sicher von großer Bedeutung für die Integration von Gender Aspekten in der Medizin." (Rieder/Rohff 2004: 2)

Im Rahmen der Wissenschaftsrichtung „Public Health", welche als Ziel die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung der Bevölkerung hat, wird davon ausgegangen, dass Krankheitsursachen durch physische und psychische, durch den sozialen Kontext und auch das individuelle Gesundheitsverhalten erklärt werden könnten. Die Integration einer solchen geschlechtsspezifischen Herangehensweise hätte laut Rieder und Rhoff eine besondere Relevanz. (Vgl. Rieder/Rohff 2004: 2/3) Denn

„in gewisser Hinsicht nimmt sie hier eine Vermittlerrolle für die klinische Medizin ein, da sich anhand der Frauen- und Männergesundheitsberichte konkrete Problembereiche und Aufgabenstellungen für die zukünftige Medizin allgemein und die Forschung generell ableiten lassen und bewusst gemacht werden[…]." (Rieder/Rohff 2004: 3)

Rieder und Rhoff beziehen sich zu Beginn des Sammelbandes auf die Bedeutung der beiden Begriffe „Sex" und „Gender" in der Gendermedizin und erklären dies folgedermaßen:

„Gender ist ein Begriff, der zwar die biologischen Funktionen im Hintergrund mit transportiert, jedoch die Prägung ‚Mann' und ‚Frau' als etwas begreift, was vornehmlich durch die Umwelt, das soziale Umfeld und die Erfahrungen des einzelnen Individuums entwickelt wird. Die Begriffe ‚Sex' und ‚Gender' werden vor allem seit Erscheinung des Berichtes des National Institute of Medicine, Washington, immer öfter auch im medizinischen Sprachgebrauch verwendet. ‚Sex' meint hingegen die biologische Ausrichtung des Lebewesens aufgrund der Chromosomen, seiner

Reproduktionsorgane und deren Funktionen und wird somit als männlich und weiblich zugeordnet.“ (Rieder/Rohff 2004: 1)

Die beiden Autorinnen listen dabei fünf Unterscheidungsstufen, die sich ihrer Argumentation nach zwischen ‚Sex‘ und ‚Gender‘ befinden, auf:

- „Genetisches oder Kerngeschlecht (genetic sex, nuclear sex)
- Gonadales Geschlecht (gonadal sex)
- Genitales Geschlecht (sexual phenotype)
- Psychisches Geschlecht oder sexuelle Selbstidentifikation (sex identification)
- Soziales Geschlecht, d.h. sexuelle Einordnung und Rollenzuweisung durch die Umwelt (auch in juristischer Hinsicht)=Gender.“ (Rieder/Rohff 2004: 1/2)

Rieder und Rhoff weisen in diesem Zusammenhang auf mögliche Verzerrungen hinsichtlich dieser Begriffsdefinitionen hin und Begründen diesen Gender-Bias mit möglichen historisch gewachsenen, androzentrisch geprägten Blickrichtungen in der Medizin und der Naturwissenschaften allgemein (vgl. Rieder/Rohff 2004: 2).
Im Österreichischen Frauengesundheitsbericht von 2005 heißt es, dass die ursprüngliche Definition von Gendermedizin von Marianne J. Legato, der Pionierin geschlechtsspezifischer Medizin und Gründerin der *Partnership for Gender-Specific* an der Colombia University (USA), stamme. Legato ist zudem Herausgeberin des *Journal of Gender-Specific Medicine* und Autorin populärwissenschaftlicher Bücher über genderspezifischen Thematiken, wie „The Female Heart“ (1992) oder „Eve´s Rib“ (2002). (Vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005: 42) In ihrem 2004 herausgegebenen Sammelband „Principles of Gender-Specific Medicine“ beschreibt Legato Gendermedizin folgendermaßen:

„First of all, the general scientific community assumes that ‚gender-specific medicine‘ means ‚women’s medicine’. It doesn´t: Gender-specific medicine is a study of the differences in men and women´s normal function and in their experience of the same diseases. The new science is as much about men´s health as it is about women`s health: The new data are forcing us to frame questions we never would otherwise have asked. They inspire us to pursue hypotheses of which we couldn`t even have conceived had we not looked at gender as an important variable in our research protocols. As a result, we are refashioning our male models of health and disease. The result will be better and more focused care for all our patients.” (Legato 2004: xv)

Die Medizinwissenschaftlerin Margarethe Hochleitner erklärt in einem vom *Frauengesundheitszentrum Innsbruck* veröffentlichten Beitrag, dass sich die Gendermedizin heute sowohl international als auch national an den Medizinischen Universitäten in Bezug auf Forschung und Lehre fest etabliert habe. Hochleitner merkt an dieser Stelle an, dass die einzelnen Disziplinen jedoch in vielen Fällen unterschiedliche

Ergebnisse im Rahmen gendermedizinischer Forschungsstudien liefern würden. (Vgl. Hochleitner, http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf, online 11.02.2013) Nichts desto trotz beschreibt Hochleitner Gendermedizin als eine

„[…]Querschnittsmaterie, die alle Disziplinen der Medizin umfasst, aber auch eine Einbeziehung von psychosozialen und soziokulturellen Punkten auf andere Wissenschaftszweige übergreift und damit interdisziplinär angelegt ist. Gender Medizin findet als Forschungsbereich hauptsächlich auf translationaler Basis statt, in der Form, dass von basic science Konzepte und Erkenntnisse mit klinischen Beobachtungen verbunden werden, Zusammenhänge aufgedeckt und in die Klinik gebracht werden. Damit ist Gender Medizin ein Anliegen für Frauen und Männer, da es verbesserte medizinische Angebote für Frauen und Männer bringt." (Hochleitner, http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf, online 11.02.2013)

In einem Sammelband zur Ringvorlesung „Gender Medicine" (2009) definiert Hochleitner Gendermedizin mit diesen Worten:

„D.h. alle Wahrheiten der Medizinforschung werden auf ihre Richtigkeit für beide Geschlechter geprüft und ihre Auswirkung auf vorhandene Geschlechterunterschiede dargestellt." (Hochleitner/Bader 2009: 50)

Weiters heißt es, dass neben einer deutschen und einer österreichische Gesellschaft für Gendermedizin, welche die Publikationen wissenschaftlicher Beiträge und Abhaltung von Kongressen zu dieser Thematik beinhaltet, auch hinsichtlich der fachspezifischen Lehre in Österreich Erfolge zu verzeichnen seien. (Vgl. Hochleitner, http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf, online 11.02.2013) Dazu schreibt Hochleitner:

„Es gibt an allen österreichischen Medizinuniversitäten Gender Medizin im Lehrangebot, an der Medizinischen Universität Innsbruck als Pflichtfach, an der Universität Wien ein berufsbegleitendes Masterstudium Gender Medizin, im Rahmen eines EU-Projektes versuchen wir länderübergreifend das EUGIM EU-Projekt zu erarbeiten, wo ein Gender Medizin Modul für den Einbau in die Curricula von Master Studien an Medizinischen Universitäten erarbeitet wird und bis dato an der Sommerschule an der Charité in Berlin, wo auch ein Zentrum für geschlechtsspezifische Medizin, das GIM (Institut für Geschlechterforschung an der Medizin, Charité) besteht[…]."
(Hochleitner, http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf, online 11.02.2013)

2.2 Objektivität, Repräsentation und Reflexivität in der Wissenschaft

Die eben erfolge Skizzierung der Entwicklungsphasen der Gendermedizin zeigt, dass eine kritische Analyse in Bezug auf die Konzeptionen der Gendermedizin von besonderer Notwendigkeit ist, um spezifische Begründungsmuster hinsichtlich der Geschlechterdifferenzen im Rahmen eines derartigen medizinischen Feldes sichtbar zu machen und dabei zum einen auf die Darstellungen der biologischen und sozialen Verhältnisse hinsichtlich der Einflussfaktoren und zum anderen im Zuge dessen auf die Entwicklung möglicher „Gefahren" einer Biologisierung hinzuweisen.
Mit kritisch ist in diesem Fall „genderkritisch", also der Blick auf den Inhalt mit einer bestimmten feministischen Perspektive, gemeint. Das wird jene Perspektive sein, die sich an die postmodernen Konzepte bzw. eine neuere Denkrichtung, konkret an das Konzept des Embodiments, orientiert (vgl. Kapitel 4.4). Zunächst jedoch ein Hinweis auf die Aspekte einer wissenschaftlich-feministischen Kritik und der Bedeutung von Objektivität in der Forschung. Der Sozialwissenschaftler Christian Klesse schreibt in Hinsicht auf kritische Wissensproduktion, dass

> „[…]sowohl poststrukturalistische als auch feministische Wissenskritik[..]über die letzten Jahrzehnte hinweg die epistemologische und methodologische Diskussion in den Sozial- und Geisteswissenschaften zumindest im anglophonen Sprachraum stark beeinfluss [haben]. (Klesse 2007: 39)

Es handelt sich hierbei um die bestehenden Problematiken hinsichtlich eines universalistischen Wahrheitskonzeptes bzw. einer allgemein gültigen Objektivität in der Wissenschaft, welche sich in vielen Fällen an naturwissenschaftliche Modelle orientiert (vgl. Klesse 2007: 39/40): „Die naturalistische, Empirie-zentrierte und rationalistische Methodik der Physik lieferte lange das Modell par excellence für eine auf Objektivität ausgerichtete Forschungspraxis[…]" (Klesse 2007: 40). Nach langwierigen Diskussionen und Veränderungsprozessen sei es dann zur Entwicklung von alternativen Herangehensweisen in qualitativ durchgeführten Forschungsprojekten gekommen:

> „Poststrukturalistische Differenz-Theorien und die feministische Kritik eines androzentrischen Objektivitätskonzepts haben diese Prozesse beschleunigt. Viele sprechen heute von einem neuen Wissenschaftsparadigma, innerhalb dessen ein historisierter, kontextualisierter, partikularisierter und pluralisierter Wahrheitsbegriff vertreten wird[…]." (Klesse 2007: 40)

Nicht selten handelt es sich um einen Dualismus zwischen „Objektivität" und „Repräsentation", welcher die Forscherin/den Forscher bei der Durchführung ihrer/seiner

Projekte in Bezug auf die Kategorienwahl, aber auch was die grundsätzlichen Fragestellungen betrifft, vor die Wahl stellen kann, sich für eine bestimmte Richtung zu entscheiden (vgl. Klesse 2007: 40). Klasse erklärt dies folgendermaßen:

„Während ein poststrukturalistisch begründeter Anti-Essenzialismus vielen als Argument dafür dient, Identität generell als normativ und ausschließend zu verwerfen und sich deshalb nicht subjektiv zu verorten, hat die feministische und insbesondere die anti-rassistisch feministische Kritik ForscherInnen zu einer klaren Positionierung aufgefordert, um die Machtverhältnisse, die in einem Forschungsunterfangen berührt sind, offenzulegen[…].“ (Klesse 2007: 40)

Welche Problematiken können in diesem Zusammenhang bezüglich der Methodenwahl und einer kritisch feministischen Perspektive entstehen? Wie äußert sich im Konkreten eine solche wissenschaftliche Kritik und Wissensproduktion? Klesse stellt fest, dass hierbei auch der Zugang zu bestimmten Wissensvorräten bedeutend ist. Seine Erklärung dazu lautet wie folgt:

„Wenn wir uns qualitativer Methoden bedienen, die uns in enge Auseinandersetzungen mit Individuen und Gruppen bringen, erfordert das ein kritisches Bewusstsein darüber, wie wir den Forschungsteilnehmenden gegenüber diskursiv und materiell verortet sind. […] Die sozialen Unterscheidungen um die Kategorien Race/Ethnizität, Gender, Sexualität, Klasse, Behinderung sind konstitutiv für all unsere Beziehungs- und Lebenspraxen. Das bedeutet, dass sie nicht erst im Akt der Repräsentation oder Darstellung eine Bedeutung erlangen. Vielmehr strukturieren differenzierende Diskurse und materielle Differenz(en) den gesamten Forschungsprozess[…]“ (Klesse 2007: 45)

Dies hat zur Folge, dass je nach Position oder Selbstverortung der Forschenden ein anderes Forschungsdesign entstehen kann. Deshalb ist die Frage nach der (Selbst)Reflexion, so Klesse, von großer Bedeutung. Dieser Punkt führt sodann zum Aspekt der Interpretation der Forschungsdaten. Es wird überlegt, welche Theorien verwendet werden sollen und wie die Durchführung der Ergebnisanalyse verlaufen muss. Bei diesem Interpretationsprozess werden bestimmte Entscheidungen getroffen. „Der partielle und situierte Charakter solcher Interpretationen wird dann offensichtlich, wenn ForscherInnen sich selbst aktiv in ihren Texten positionieren“ (vgl. Klesse 2007: 45). In Bezug auf jene Forschungsprojekte, die im Rahmen der Gendermedizin durchgeführt werden, bedeutet dies, dass stets eine Reflexion der Daten und ihrer Interpretation notwendig ist.

3. Konzepte des „Geschlechts“

Aufgrund der zentralen Stellung der Kategorie „Geschlecht“ in meiner Forschungsarbeit werden im nächsten Schritt unterschiedliche Konzepte und Herangehensweisen in Bezug auf diese Hauptkategorie dargestellt. Der folgende Theorieteil soll einen Überblick über die Zusammenhänge von Geschlecht, Ursache, Biologie/Sozialität und Medizin geben und die Problematiken, die dahinter stehen, sichtbar machen.

3.1 Geschlecht: „Natürlichkeit“ und „Differenz“

„Bei kaum einem anderen Thema entbehren die Diskussionen dermaßen einer fundierten Grundlage, wie es bei ‚Geschlecht‘ und der Frage seiner ‚Natürlichkeit‘ der Fall ist. Es wird auf Populärliteratur verwiesen, in der aus zweiter oder dritter Hand Ergebnisse biologischer Forschung zitiert werden, die längst wegen mangelnder methodischer Sorgfalt in der Kritik stehen. In den Untersuchungen zu Geschlecht selbst wird bereits im Vorhinein nach ‚Frau‘ und ‚Mann‘ gruppiert, das weitere methodische Vorgehen orientiert sich an dieser binären Einteilung. Heraus kommt die Differenz von ‚Frau‘ und ‚Mann‘, aber *wie sollen bei solchem Herangehen andere Ergebnisse möglich sein*?“ (Voß 2011: 7) [Hervorhebung im Original]

Die eben zitierte Textstelle stammt von dem Biologen und Genderwissenschaftler Heinz-Jürgen Voß aus seiner Einleitung zum Buch „Geschlecht. Wider die Natürlichkeit“, in welchem er unter anderem einen kritischen Blick auf historische und gegenwärtige biologisch-medizinische Geschlechtertheorien bzw. Auffassungen von Geschlechter=differenzen wirft.

Ein wichtiger Punkt, der sich durch Voß` Arbeit durchzieht und meiner Ansicht nach – auch in Bezug auf meine Forschungsarbeit – von großer Relevanz ist, ist dass nicht die Darstellung der vorhandenen Geschlechter-Unterscheidungsmuster im Mittelpunkt stehen sollte, sondern die grundlegende Kritik an Herangehensweisen, welche die Differenzierungen der Geschlechter naturalisieren (vgl. Voß 2011: 20). Mit anderen Worten: „Es geht nicht darum, ob aktuell Differenzen zwischen ‚Frau‘ und ‚Mann‘ feststellbar sind, sondern es geht gegen die Annahme, dass die Differenzen ‚natürlich‘ seien“ (Voß 2011: 20). „Natürlichkeit“ und Differenzdenken seien, so der Autor, nicht nur in der Vergangenheit, sondern auch heute noch als Faktoren für die Rechtfertigung unterschiedlichen Positionen von Menschen in der Gesellschaft aktuell:

„War es zunächst ein ‚Gott‘, der als mächtige Instanz angeführt wurde, um die Gesellschaftsordnung, die Standeszugehörigkeit eines Menschen, sein Geschlecht, seine Zulassung oder seinen Ausschluss von Bildung als vorgegeben und unabänderlich zu rechtfertigen, wird

aktuell mehr Gewicht auf einige Theorien der ‚Biologie' gelegt[…]. Die ‚Biologie' gebe Erbinformationen und einen damit vermeintlich verbundenen ‚Bauplan des Menschen' vor[…]." (Voß 2011: 18)

Dies zeige laut Voß ein kritisch-historischer Rückblick im Anschluss an beispielsweise Thomas Laqueur und Claudia Honegger, deren Arbeiten unter einer konstruktivistischen bzw. antiessentiellen Perspektive durchgeführt wurden und interessante Aspekte der naturwissenschaftlich-medizinischen Zugänge zur Kategorie „Geschlecht" bzw. der Geschlechterordnung lieferten (vgl. dazu auch Schmersahl 1998: 8-10). Hier finden sich Argumente, die mit der Neuentstehung der Wissenschaft vom Menschen, der Anthropologie und Anatomie im 18. Jahrhundert bzw. dem Aufkommen aufklärerischer Strömungen eine stärkere Verfestigung der „Natürlichkeit" einer sozialen Geschlechterordnung beschreiben und, wie im obigen Zitat angedeutet, sei dieses Naturhafte ab diesem Zeitpunkt nicht mehr mit der Religion, sondern mit der Biologie und der Natur an sich begründet worden. (Vgl. Voß 2011: 21/22) Voß Äußerungen dazu lauten:

„Seit dem 18. Jahrhundert seien demnach vorrangig körperliche Merkmale bedeutsam gewesen, um Differenzen zwischen Frau und Mann auszuführen. Unterschiede seien für sämtliche Teile des Körpers – Organe, Knochen, Muskulatur ect. – beschrieben worden. Frau und Mann erschienen als radikal-differenz auf Grund von Anatomie, Physiologie – auf Grund ‚ihrer Natur'. Unterschiede wurden insbesondere mit dem Zweck der Fortpflanzung begründet. Sie erschöpfen sich aber keinesfalls im Zeugungsakt, den hierfür ‚zweckdienlichen' Organen und gegebenenfalls dem Tragen und Austragen des Embryos, sondern wurden als lebenslange Prinzipien Frauen und Männern zugeschrieben." (Voß 2011: 22)

Eine besonders populäre These ist jene von Laqueur, welche besagt, dass das „Ein-Geschlechter-Modell" der Antike vom „Zwei-Geschlechter-Modell" ersetzt worden sei und dieses seit der Aufklärung in unserer Gesellschaftsstruktur dominiere. Das „Ein-Geschlechter-Modell" definiere sich durch ein einheitliches Menschenbild, das sich durch den „Grad der Vollkommenheit" unterschieden habe, wobei der Mann als das vollkommene Wesen, also als die Norm, und die Frau als die „unvollkommenere Version", d.h. die Abweichung von der Norm, gegolten haben solle (vgl. Voß 2011: 102). Das „Zwei-Geschlechter-Modell" hingegen stelle das Geschlecht als einen „binären Gegensatz zwischen dem männlichen und weiblichen Körper" dar, mache also eine kategoriale Unterscheidung der Geschlechter (vgl. Schmersahl 1998: 10). Durch diese eintretende „Polarisierung" des Geschlechts habe sich laut Laqueur ein neues System der Geschlechterordnung etabliert, welches diesen historischen Studien nach einen Prozess der Geschlechterdifferenzierung eingeleitet hätte (vgl. Bauer 2002: 36-39; Voß 2011: 70/71). Die Entwicklung der Modelle kann folgendermaßen beschrieben werden:

„So wird das sogenannte ‚Ein-Geschlecht-Modell', demzufolge der weibliche Körper genauso ausgestattet ist wie der männliche, wenngleich mit nach innen gekehrten Geschlechtsteilen, allmählich vom ´Zwei-Geschlecht-Modell´ abgelöst, das männliche und weibliche Sexualorgane als grundsätzlich unterschiedlich auffasst und in ein hierarchisches Verhältnis zueinander setzt." (Krüger-Fürhoff 2005: 67)

Im Anschluss an Laqueur liefern die Soziologin Claudia Honegger und Wissenschaftshistorikerin Linda Schiebinger ausführliche Arbeiten hinsichtlich der Entwicklung biologisch-medizinischer Wissenschaften der „Moderne". Voß´ erklärt die Erkenntnisse dieser Studien auf diese Weise:

„Anatomie und Physiologie hätten den Nachweis über die Ungleichheit der Körper (von Männern und Frauen) geliefert und daraus ein gesellschaftlich wirksames Modell für einen geschlechtlich differenzierten Umgang (der Ungleichheit) entwickelt. Seit dem frühen 19. Jahrhundert habe dieses biologische Konzept einer Zweigeschlechtlichkeit wissenschaftlich-rationale Argumente geliefert, um die Stellung des Mannes bei der Formierung einer bürgerlichen und industriellen Welt zu stabilisieren bzw. das Eindringen der Frau in bislang männlich dominierte Bereiche am Ende des 19. Jahrhunderts abzuwehren." (Voß 2011: 70)

In Bezug auf derartige kritisch-historische Geschlechtertheorien merkt der Autor an, dass Biologie und Medizin stets ein Teil der Gesellschaft seien und schreibt:

„Die Genannten arbeiteten das Primat von Gesellschaft über solche Theoriebildung prägnant heraus. Anders ausgedrückt: In Gesellschaft gelebte Geschlechterverhältnisse spiegeln sich auch in den biologischen und medizinischen Geschlechtertheorien. Das heißt aber auch, dass die Debatten um die Stellung von Frau und Mann in der Gesellschaft auch in die Biologie und Medizin eingegangen sind." (Voß 2011: 70)

Voß selbst zeigt in seinen Arbeiten das Nebeneinanderstehen mehrerer differenter Geschlechterpositionen und widerlegt die These, dass seit der Aufklärung der Fokus fast ausschließlich auf die Geschlechterunterscheidung gelegt worden wäre (vgl. Voß 2011: 70). Der Autor zeichnet dabei Theorien auf, die sowohl auf die Differenz als auch auf die Gleichheit zweier Geschlechter hinweisen. Zudem gäbe es eine Vielzahl an politischen Dokumenten, die sich um die Emanzipation der Frau bemüht hätten und dabei beispielsweise auf eine identische geschlechtliche Veranlagung, das gleichzeitige Vorhandensein einer „weiblichen" und „männlichen" Seite beim Menschen oder auf Darwin´sche Evolutionstheorien verwiesen hätten. (Vgl. Voß 2011: 121) Daher postuliert Voß hinsichtlich der Gegenüberstellung der beiden Geschlechtermodelle (Laqueur):

„Ein ‚Ein-Geschlechter-Modell", wie es Laqueur für die Antike im Sinne der Vollkommenheit bzw. der Unvollkommenheit mit relativen Differenzen zwischen zwei Geschlechtern ausführte, lässt sich auch für ‚die Moderne' als bedeutsam und wirkmächtig beschreiben." (Voß 2011: 71)

Seit dem 20. Jahrhundert sei aber auch eine Entwicklung feststellbar, die sich zunehmend auf Hormone, Chromosomen bzw. genetische Faktoren als Ursache für die Fortpflanzung und Geschlechterbestimmung beziehe:

„Es gibt also gute Gründe, sich[…]diesem vermeintlichen „Kern" binären Geschlechterwissens zuzuwenden[…]. Will man die derzeit dominanten biologischen Theorien vorgegebener differenter Zweigeschlechtlichkeit hinterfragen und auch Thesen der Gleichheit von ‚Frau' und ‚Mann' sowie vielgeschlechtliche Deutungen in die Diskussion bringen, so kommt man an einer profunden Diskussion der aktuellen naturwissenschaftlichen Ergebnisse – hier aus Genetik, Hormonforschung (Endokrinologie) und Entwicklungsbiologie – nicht vorbei." (Voß 2011: 129)

Dass die eben zitierte Textstelle auch in Bezug auf das Fach Gendermedizin zutrifft, zeigte sich im ersten Kapitel (siehe Entwicklung und Definitionen von Gendermedizin), und auch im empirischen Teil dieser Arbeit wird erkennbar sein, dass das Ziel einer kritisch-feministischen Geschlechtertheorie erst durch die Integration und Neuinterpretation naturwissenschaftlicher „Erkenntnisse" erreicht werden kann (vgl. dazu Voß 2011: 129).

3.2 Zu den Begriffen „Sex" und „Gender" und deren Problematiken

Im Einleitungskapitel dieser Arbeit taucht bereits im Zuge der Definitionsversuche von Gendermedizin die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Sex" und „Gender" auf. Da das Sex/Gender-Verständnis zum einen im Rahmen dieser Untersuchung eine wichtige Rolle spielt – die analysierte Literatur baut darauf auf – und zum anderen diese Denkweise auch heute noch, wie im letzten Kapitel erläutert, hoch aktuell ist, soll im nächsten Schritt gezeigt werden, mit welchen Bedeutungen diese Einteilungen beladen sind.
In den 1970er und 1980er Jahren entwickelt sich im Rahmen der Frauen- und Geschlechterforschung ein Konzept, welches eine Trennung zwischen biologischem (Sex) und kulturellem Geschlecht (Gender) macht und sich dadurch eine Destabilisierung biologistisch-deterministischer Denkmuster in Hinsicht auf den Körper zum Ziel setzt. Mithilfe der begrifflichen Unterscheidung zwischen Gender und Sex wäre es, so die Argumentation, möglich die Bedeutung, die dem Körper in unterschiedlichen Kontexten zugesprochen werde, zu untersuchen. (Vgl. Bauer 2002: 40; Braun 2006: 4) Eine wichtige Rolle spielte in diesem Zusammenhang auch die oft rezipierte französische Philosophin,

Simone Beauvoir, welche in ihrem Werk „Das andere Geschlecht“ (dt. 1949) auf die „Konstruiertheit“ des Geschlechts hinweist und „[…]sich immer wieder gegen die Annahme [ausspricht], dass Frauen durch biologische Faktoren – sie erwähnt explizit Keimdrüsen und Hormone – geprägt und auf ihre Position in der Gesellschaft festgelegt wären“ (Voß 2011: 13). Durch diese theoretische Aufspaltung des Geschlechtsbegriffes, so die Genderwissenschaftlerin Sabine Mehlmann, würde

„[…]das Gewicht von Kultur, Geschichte und Gesellschaft, d.h. das ‚Gewordensein‘ und die prinzipielle Veränderbarkeit, gegen die mit ‚natürlichen‘ Unterschieden legitimierten hierarchischen Geschlechterverhältnisse ins Feld geführt.“ (Mehlmann 2006: 35)

Der Begriff „Sex“ wurde „biologisch interpretiert (Hormone, Gene, Nervensystem, Morphologie“, „Gender“ im Gegensatz dazu als die „kulturelle Bedeutung (Psychologie, Soziologie)“ definiert (vgl. Mehlmann 2006: 32 nach Haraway 1987: 26). Die Genderwissenschaftlerin Ineke Klinge schreibt im dem Sammelband „Ethik – Geschlecht – Medizin“ über die medizinische Bedeutung dieser Unterscheidung Folgendes:

„The most concise conclusion of the recent wealth of research into sex and gender in relation to health and disease is that it signals the end of ‚the one size fits all era’ in which the ‚male norm’ in biomedicine was not even questioned. Sex and the newly introduces concept of gender have now been recognized as determinants of health and disease. […]” (Klinge 2012: 134)
Und weiter heißt es:

„‚Sex’ refers to biological differences between men and women such as chromosomes (XX or XY), internal and external sex organs (ovaries, testes) and hormonal profiles (of estrogens and androgens). […]
‚Gender’ refers to the socially constructed roles and relations, personality traits, attitudes and behaviors and values that are ascribed to the two sexes in a differential manner. While sex is a biological fact which is the same in all cultures, what sex means in terms of gender roles can be quite different across cultures. […]” (Klinge 2012: 134)

Wie in Kapitel 3.1 erläutert, müssen der Begriff „Sex“ und die damit einhergehenden biologischen Beschreibungen differenziert betrachtet werden. Bei genauerer Analyse, so auch die Soziologin und Theoriekritikerin Paula-Irene Villa, könne festgestellt werden, dass die angeführten Kennzeichen und Merkmale der Sex-Kategorie hinsichtlich des Körpers problematisch seien (vgl. Villa 2004: 149). So würden sich Erklärungen körperlicher Vorgänge, wie zum Beispiel das Gebären oder die Sexualität, als äußerst problematisch erweisen. In den Naturwissenschaften werde der Geschlechtskörper, wie bereits erläutert, durch vier Aspekte bestimmt: 1. dem *genetischen Geschlecht*, welches mit den Chromosomensätzen xx und xy begründet werde (vgl. Klinge 2012), 2. dem *Keimdrüsengeschlecht* (auch Gonaden genannt), bezeichnen in der Definition die

Eierstücke (Ovarien) und die Hoden, 2. dem *hormonellen Geschlecht*, bei welchen die Hormonkonzentration (=Hormonspiegel) bedeutend sei, und 4. dem *morphologischen Geschlecht,* welches sich auf die äußeren und inneren Geschlechtsorgane beziehe (Penis, Vagina, Gebärmutter, Busen). (Vgl. Villa 2004: 152) Doch obwohl es hier einen kausalen Zusammenhang gäbe, handle es sich, so Villa, nicht um eine „deterministische Form", welche an der Zweigeschlechtlichkeit festhielte. Denn

„über einen xy-Chromosomensatz zu verfügen, sagt zunächst nichts über die individuelle Körpergröße, den Hormonspiegel, die Gebärfähigkeit, die Menstruation, die Körperbehaarung oder gar das Verhalten aus. […] Vielmehr sind komplexe interdependente von vielen Faktoren abhängige Prozesse notwendig, um die übrigen drei Ebenen auszubilden." (Villa 2004: 153)

Und weiter:

„Es zeigt sich, dass die biologische Bestimmung des ‚Rohmaterials' keineswegs außerhalb sozialer Kontexte stattfindet. Sie ist vielmehr grundsätzlich geprägt von den Vorstellungen einer Epoche über die Geschlechterdifferenz, prägt umgekehrt als wissenschaftlicher Prozess diese Vorstellungen aber ebenso mit. Auch aus einer ‚strikt' biologischen Perspektive ist die trennscharfe Unterscheidung von sex und gender problematisch." (Villa 2004: 154)

Auch Voß` Ausführungen belegen die Problematik einer Definition des „biologischen Geschlechtskörpers" und des damit verbundenen Differenzdenken. So ließen sich hinsichtlich der biologisch-kognitiven Differenzen im Anschluss an den kritischen Arbeiten zur Neurologie bzw. Gehirnforschung von Sigrid Schmitz (vgl. Schmitz 2006) und Anne Fausto-Sterling (vgl. Fausto-Sterling 1988; Fausto-Sterling 2000) beispielsweise Untersuchungsmethoden zu geschlechtlichen Gehirnunterschieden als zweifelhaft betrachten. Zum einen, weil bereits bei der Auswahl der ProbandInnen eine Differenz zwischen „Frauen" und „Männern" angenommen werde und die Forschung gleichsam auf dieses Denken aufbaue und zum anderen, weil dabei wichtige Aspekte der Sozialisation im Rahmen solcher Projekte wenig Beachtung fänden. Dasselbe Problem gäbe es auch bei der Differenzierung physischer und physiologischer Merkmale. (Vgl. Voß 2011: 124-129):

„Es ist damit äußerst unzureichend, wenn sich Forschungen zu Geschlechterunterschieden noch immer auf eine einfache Zustandsbeschreibung beschränken, in dem Sinne, dass hier dieser Knochen größer ist, dort die Muskulatur eine geringere und an anderer Stelle mehr Fett vorhanden sei – und wenn davon ausgehend sogleich gefolgert wird, dass die nun tatsächlich gemessenen (geschlechtlichen) Differenzen gleichzeitig der Beleg für ihre ‚Natürlichkeit' seien." (Voß 2011: 128)

Weiters zeigt der Autor, dass beispielsweise in Hinsicht der angeblich geschlechtsbestimmenden und entgegengesetzten Hormone Androgene (Vorstufe zu

Testosteron; für Hodenbildung) und Östrogene (für Eierstockbildung), diese nicht ausschließlich in den Keimdrüsen gebildet werden würden, sondern auch andere Wirkungen hätten und dass dabei vielmehr ihre Mengen und gleichzeitig das Verhältnis zueinander in bestimmten Entwicklungsphasen bedeutend sei (vgl. Voß 2011: 137):

„Östrogene scheinen für die Funktionstüchtigkeit des Herzens, das Knochenwachstum und für die Ausbildung der männlichen Spermien wichtig zu sein. Testosterone scheinen unter anderem einen Einfluss auf das Kreislaufsystem, die Blutzellen, die Leber, die Fett- und Kohlehydratverbrennung zu haben. Also sowohl Östrogene als auch Testosterone sind für ‚Frauen' und ‚Männer' bedeutsam. – Anne Fausto-Sterling schlug entsprechend vor, sie eher als ‚Wachstumshormone' einzuordnen, als durch die Bezeichnung ‚Geschlechtshormone' den ganzen Umfang ihrer Wirkungen zu verschleiern." (Voß 2011: 138)

Zudem zeige sich laut Voß, dass bei den Ausbildungsprozessen der Geschlechtsteile bzw. der Genitaltrakte ein gemeinsamer embryonaler Ursprung zu finden sei und man daher von einer Gemeinsamkeit der geschlechtlichen Anlage sprechen könne:

„Und es wird so gut vorstellbar[…], dass der jeweilige Pool an Faktoren, der Zeitpunkt und die Quantität ihrer Bereitstellung von Individuum zu Individuum variieren können und werden.[…] Mit den Betrachtungen ist aber auch eingängig, dass es nicht nur das ‚*Entweder – Oder*' bezüglich der Entwicklung der Keimdrüsen – *entweder* Hoden- *oder* Eierstockentwicklung – geben muss; schon gar nicht muss es dieses ‚Entweder – Oder' bei der Ausbildung der übrigen Teile des Genitaltraktes geben. Vielmehr ist mit diesen Betrachtungen auch gut ein ‚*Sowohl-als-auch*' vorstellbar, wenn zum Beispiel einige Faktoren lediglich auf einen Teil eines sich ausbildenden Gewebes wirken, wenn Rezeptoren für Androgene und Östrogene in unterschiedlichem Maße von den Zellen ausgebildet werden ect." (Voß 2011: 136-137) [Hervorhebung im Original]

Entsprechend diesen Ausführungen seien, so der Autor, Argumente, die sich auf genetische Festschreibungen hinsichtlich der Geschlechterdifferenz, wie es in den Definitionen von Sex meistens heißt (z.B: Unterschied zwischen xx und xy Chromosomen), als problematisch zu betrachten. Immer mehr neuerer Erkenntnisse zeigten, dass Gene keineswegs statische Elemente mit Informationen darstellten, welche dann lediglich umgesetzt werden müssten. Es ginge vielmehr um komplexe Zellprozesse, die auf die Einflüsse der Umwelt und aus dem Inneren der Zelle selbst reagierten, denn „*aus einem einzigen Gen (DNA) können zahlreiche unterschiedliche Produkte entstehen, die dann in der Zelle unterschiedlich lokalisiert sind und unterschiedliche Aktivitäten entfalten*" (Voß 2011: 161) [Hervorhebung im Original]. Diese Art von systematischen und integrativen Herangehensweisen, die von einer Flexibilität der DNA-Strukturen und der wechselseitigen Beeinflussung mehrerer Faktoren gekennzeichnet sei, habe in den 1994er Jahren seine Ursprünge und gewinne insbesondere seit 2000 – unter dem Stichwort „Epigenetik" – immer mehr an Aufmerksamkeit (vgl. Voß 2011: 162):

„Die präformistische Annahme einer DNA, die alles bestimme, ist falsch – und widerlegt. Vielmehr stellt die DNA *einen* der beteiligten Faktoren in der Zelle dar; aus ihr wird erst durch zelluläre Prozesse die Information gewonnen, die zu einem konkreten Zeitpunkt in der Zelle benötigt wird. Dabei sind viele zelluläre Faktoren – wie verschiedene Proteine – involviert, die sich zusammenlagern und interagieren müssen, damit aus einer DNA-Sequenz das ‚benötigte' Produkt gebildet wird." (Voß 2011: 161/162) [Hervorhebung im Original]

Die oft zitierten Definitionen eines biologischen Geschlechtskörpers erweisen sich also als äußerst fragwürdig und zeigen die Notwendigkeit einer Revidierung biologisch-medizinischer Merkmalbestimmung von *Sex* auf. So stellt Voß abschließend die Fragen:

„Was ist typisch? Ist der Chromosomensatz das Entscheidende? Sind es die einzelnen Gene und die vielen daraus gebildeten Produkte? Von welcher Quantität eines gebildeten Produkts an gilt ein Mensch als ‚weiblich', wann als ‚männlich'? Sind es die Keimdrüsen, die eindeutig sein sollen – oder müssen sie auch Keimzellen produzieren (können)? Muss ein ‚Mann' über funktionsfähige Samenzellen verfügen, und muss eine ‚Frau' neben der Möglichkeit, Eizellen zu produzieren, auch ‚innere Genitalien' aufweisen, um einen Embryo entwickeln und austragen zu können? Oder ist doch schlicht das äußere Erscheinungsbild der Genitalien – insbesondere mit Penis, Hoden und Vagina – das Typische? (Voß 2011: 163)

Voß´ eigene Antwort darauf lautet: *„Alle diese Merkmale zusammen werden bei keinem einzigen Menschen in eine ‚eindeutige' Richtung ‚weiblich' oder ‚männlich' zusammenspielen*" (Voß 2011: 163) [Hervorhebung im Original].

Mehlmann erläutert nun in Bezug auf die allgemeine feministische Forschung, welche sich auf das Sex/Gender-Konzept stützt, das Verhältnis der beiden Begriffe zu einander auf diese Art:

„In diesem Zusammenhang wurde sex, im Sinne anatomisch-physiologischer Geschlechtsunterschiede, gleichzeitig als gegeben vorausgesetzt und als Begründung der sozialen Ungleichheit zwischen den Geschlechtern wie für die Entstehung geschlechtsspezifischer Persönlichkeitsstrukturen zurückgewiesen bzw. marginalisiert. Während sex in dieser Perspektive weitgehend ausgeblendet blieb, bzw. in erster Linie in seiner Funktion als ideologisch-legitimatorische Ressource für die Etablierung einer ‚natürlichen' Geschlechterordnung problematisiert und historisiert wurde, rückte gender als jeweils historisch und kulturell spezifische Interpretation und Ausgestaltung des biologischen Geschlechtsunterschieds und seiner sozialen Folgen ins Zentrum[…]." (Mehlmann 2006: 35)

Der Begriff „Gender" stammt vom lateinischen Wort *generare* ab und bedeutet „erzeugen". Das heißt, dass es bei dem englischen Wort *gender*, welches auch als eine grammatische Genus-Klassifizierung gilt, im Zusammenhang mit feministischen Gendertheorien auch um das „Erzeugen von Bedeutungen, Klassifikationen und Beziehungen" geht (vgl. Braun 2006: 3), mit dem Ziel Diskriminierungs- und Abwertungsmuster, die zur Unterdrückung der Frauen führten, als historisch gewachsene

Gesellschaftsstrukturen – und eben nicht als biologisch-natürliche Differenzen – zu erkennen und verändern zu können (vgl. Villa 2004: 148):

„Gender wurde dabei sowohl auf die Ebene der gesellschaftlichen und symbolischen Ordnung der Geschlechterverhältnisse als auch auf die Ebene psychosozialer Geschlechterdifferenzen bezogen[...]“ (Mehlmann 2006: 35/36)

Die im Rahmen dieses Konzeptes als kulturelle Geschlechtsidentität bezeichnete Kategorie *Gender* wäre anfangs laut Mehlmann vor allem durch Sozialisationsansätzen erklärt worden, in denen auf die gesellschaftliche Konstruktion der „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ hingewiesen worden wäre (vgl. Mehlmann 2006: 369):

„‚Nicht die geschlechtsspezifischen Unterschiede führen zur sozialen und kulturellen Geschlechterordnung, sondern umgekehrt, diese zwingt – via Sozialisation – den Individuen die Unterschiede auf.‘ [Dausien 1999, 231] Die Produktion des weiblichen (und männlichen) ‚Sozialcharakters (Hagemann-White 1984, 74) erschien in dieser Perspektivverschiebung nunmehr als Funktionalisierung im Hinblick auf die Anforderungen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und als Mittel der Aufrechterhaltung bestehender Herrschaftsverhältnisse zwischen den Geschlechtern.“ (Mehlmann 2006: 36)

In weiterer Folge entwickelte sich eine erweiterte Sicht auf den Gender-Begriff innerhalb des Sex/Gender-Konzepts, welche eine Perspektive auf die „Relationalität“ der Geschlechterverhältnisse forderte. Diese Ansicht habe, so Mehlmann, zu einer Erweiterung von *Gender* geführt, bei der unter anderem die Verbindung der Kategorie „Geschlecht“ mit anderen Kategorien wie zum Beispiel „Klasse“ möglich geworden sei:

„Um die Komplexität der Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern, aber auch die historische und kulturelle Variabilität von Geschlechterordnungen und geschlechtsbezogenen Vergesellschaftungsweisen theoretisch differenzierter fassen zu können, wurde die Kategorie Geschlecht (in der soziostrukturellen Dimension von gender) als grundlegendes Strukturierungsprinzip gesellschaftlicher Ordnungen gefasst: Als soziale Strukturkategorie erschien Geschlecht in dieser Perspektive zugleich als ‚systematischer Faktor sozialer Formation‘ (Becker Schmidt, 1991, 397) und Instrument sozialer Positionierung, das Individuen qua Geschlechtszugehörigkeit einen unterschiedlichen gesellschaftlichen Ort, Status, Funktionen und Lebenschancen zuweist[…].“ (Mehlmann 2006: 40)

Die Kategorie „Gender“ verschränkt demnach viele soziale und kulturelle Faktoren, in dieser Arbeit auch „Alter“ und „Ethnizität“.

3.3 Die poststrukturalistische Auflösung von Sex in Gender

In den 1990ger Jahren wird die Sex/Gender-Theorie im Rahmen der Geschlechterforschung zunehmend zum Gegenstand der Kritik. Das Problem bestünde darin, dass bei dieser Unterscheidung die Komponente *Sex* weiterhin als etwas Vorgegebenes und Eindeutiges definiert werde (vgl. Kapitel 3.1 und 3.2). Die Betrachtung des Geschlechtskörpers (Sex) als natürliches und „biologisches Rohmaterial" mit *Gender* als „kulturelle Wertungen, Deutungen" bzw. als „kulturelle Überformung" führe, so die Kritik der poststrukturalistischen Strömungen, zur Reproduktion der biologischen Geschlechterdifferenz, das heißt zu einem lediglich „verlagerten Biologismus der Konstruktion". (Vgl. Villa 2004: 148/149) Denn

„die Annahme einer biologischen Grundlage der Geschlechterdifferenz kann somit nicht vollends entkräftet werden, sondern bleibt in der Polarisierung zwischen biologischer Determination und kultureller Konstruktion befangen." (Mehlmann 2004: 42)

Eine bedeutende Rolle bei der anfänglichen Problematisierung der Sex/Gender-Unterscheidung spielen die einflussreichen Werke der französischen Sprachtheoretikerin Judith Butler. In „Das Unbehagen der Geschlechter" (dt.1991) stellt sie die Frage, wie Sex, also das anatomische Geschlecht, überhaupt definiert werden könne und behauptet:

„Wenn man den unveränderlichen Charakter des Geschlechts bestreitet, erweist sich dieses Konstrukt namens ‚Geschlecht' vielleicht als ebenso kulturell hervorgebracht wie die Geschlechtsidentität. Ja, möglicherweise ist das Geschlecht (sex) immer schon Geschlechtsidentität (gender) gewesen[…]" (Butler 1991: 24)

In ihrem 1993 erschienenen Werk „Körper von Gewicht" schreibt Butler:

„Wenn auf das ‚biologische Geschlecht' Bezug genommen wird als etwas, was dem sozialen Geschlecht vorgängig ist, wird es selbst zum Postulat, zu einer Konstruktion, die in der Sprache als das offeriert wird, was der Sprache und der Konstruktion vorhergeht. Dieses biologische Geschlecht, von dem postuliert wird, es sei der Konstruktion vorgängig, wird jedoch aufgrund seines Postuliert-Seins zur Wirkung des gleichen Postulierens, zur Konstruktion der Konstruktion." (Butler 1993: 26)

Damit geht Butler gegen jede fixe „natürliche" Bestimmung der Geschlechter vor, dies hat zur Folge, dass ihrer Argumentation nach beispielsweise nicht mehr gesagt werden könne, was eine Frau oder was ein Mann sei, beide Kategorien wären dann, Butlers Theorie zufolge, instabile Angelegenheiten (vgl. Butler 1991: 26/27). Eine genau biologische Bestimmung des Geschlechts sei daher nicht möglich (vgl. dazu Voß 2011). Als

Poststrukturalistin ist für Butler die Sprache bzw. der Diskurs die Basis ihrer Argumentationen. Butler behauptet, dass die „Bedeutungen des Geschlechts nur in und durch die Sprache/Diskurse gegeben sind“ (Mehlmann 2006: 60), wobei in Bezug auf Diskurse nicht nur die gesprochene Sprache gemeint ist: Diskurse sind auch „Systeme des Denkens und Sprechens, die das, was wir von der Welt wahrnehmen, konstituieren, indem sie die Art und Weise der Wahrnehmung prägen“ (vgl. Villa 2003: 20). Dies bedeutet nach Butlers Sicht, dass die diskursiven Identitätskategorien Folgen einer „regulierenden Praxis“ sind, welche sie als „Zwangsheterosexualität“ bezeichnet. Hierbei handle es sich um ein binäres System, das eine weibliche und eine männliche Differenzierung beinhalte und mit einem heterosexuellen Begehren verknüpft sei. Das biologische Geschlecht würde, so die Autorin, als etwas Stabiles und Ursache für beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen, welche wiederum mit spezifischen Kategorien verbunden seien, angesehen. (Vgl. Butler 1991: 39) Doch diese „substantivistischen“ Kategorien sind Butlers Behauptung nach lediglich ein „künstlicher Effekt“. Die Kategorisierung in „Frau“ und „Mann“ betrachtet die Autorin als eine Produktion (vgl. Butler 1991: 49). Butler weist in ihren Arbeiten auf die Instabilität dieser binären Matrix hin und meint, dass ein Ausbruch aus dieser sozialen Machtstruktur durchaus möglich sei:

„Es ist falsch anzunehmen, dass Geschlecht immer und ausschließlich die Matrix des ‚Maskulinen‘ und ‚Femininen‘ bedeutet. Wenn man die Definition von Geschlecht in seinem normativen Ausdruck zusammenfasst, festigt man damit unabsichtlich die Macht der Norm, die Definition von Geschlecht zu beschränken“ (Butler 1991: 159)

Butlers Kritik geht aber auch über die alleinige Problematisierung der „Sex“- Kategorie hinaus, indem die Autorin auch den Umgang des Feminismus mit der Kategorie „Subjekt“ bzw. „Frau“ an sich und deren zentrale Stellung kritisiert: „Das feministische Subjekt erweist sich als genau durch dasjenige politische System diskursiv konstruiert, das seine Emanzipation ermöglichen soll“ (Butler 1991: 18). Denn das repräsentierende Subjekt und die damit verbundenen Machtstrukturen würden erst durch den Repräsentationsdiskurs produziert, was Butlers Meinung nach zu einer allgemeinen Einschränkung führe denn

„eine Frau zu ‚sein‘, ist sicherlich nicht alles, was man ist. Diese Bestimmung kann nicht erschöpfend sein, und zwar nicht, weil eine ihrer geschlechtlichen Bestimmtheit vorangehende Person[…]das spezifische Beiwerk ihrer Geschlechtsidentität übersteigt, sondern weil die Geschlechtsidentität in den verschiedenen geschichtlichen Kontexten nicht immer übereinstimmend und einheitlich gebildet worden ist und sich mit den rassischen, ethnischen, sexuellen, regionalen und klassenspezifischen Modalitäten diskursiv konstituierter Identitäten überschneidet. Folglich lässt sich die ‚Geschlechtsidentität‘ nicht aus den politischen und kulturellen Vernetzungen herauslösen, in denen sie ständig hervorgebracht und aufrechterhalten wird.“ (Butler 1991: 18)

Um diesem Zwang einer konstruierten Identität in der feministisch-politischen Praxis entgegenzuwirken, sei ein grundsätzlich neuer Zugang zur Repräsentationspolitik von Nöten. Dieser erfordere „eine Politik, die die veränderlichen Konstruktionen von Identität als methodische und normative Voraussetzung begreift, wenn nicht gar als politisches Ziel anstrebt." (Butler 1991: 21). Sie sollte Butlers Meinung nach eine Art „offenes Bündnis" sein, das „vielfältige Konvergenzen und Divergenzen zulässt, ohne dem normativen Telos einer definitorischen Geschlossenheit zu gehorchen" (Butler 1991: 37). Dementsprechend postuliert die Autorin, dass der Begriff der Geschlechtsidentität

> „auch jenen Produktionsapparat bezeichnen [muss], durch den die Geschlechter (sexes) selbst gestiftet werden[…]. Die Geschlechtsidentität umfasst auch jene diskursiven/kulturellen Mittel, durch die ein[...],natürliches Geschlecht' als ‚vordiskursiv', d.h. als der Kultur vorgelagert[…]hergestellt und etabliert wird." (Butler 1991: 24)

Bedeutend an dieser dekonstruktivistischen Perspektive ist also die Historisierung der Kategorie „Sex" und Verschiebung dergleichen in den „Bereich des Gesellschaftlichen" (Jäger 2004: 25). Im Rahmen dieser Überlegungen entsteht hinsichtlich des Verhältnisses von Natur und Kultur die Annahme, dass eine Trennung zwischen diesen beiden Kategorien bzw. die Erkennung einer „wirklichen" Natur nicht möglich sei, da durch die ständige Vermittlung von Symbolen und Sprache eine Natur erst hergestellt werde (vgl. Mehlmann 2004: 44). Die Sozialwissenschaftlerin Sabine Mehlmann drückt dies folgendermaßen aus:

> „Natur erscheint[…]einerseits prinzipiell als eine kontingente Konstruktion, die im Rahmen historisch und kulturell variabler Wissensformationen erst hervorgebracht wird. Andererseits fungieren diese Wissensformationen in ihrer jeweiligen historischen und kulturellen Spezifik als Einschränkung von Kontingenz: Was Natur bedeutet bzw. bedeuten kann, ist abhängig von den Wissensformen und Erkenntnisweisen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Kultur verfügbar (und als Instanzen der ‚Wahrheit' legitimiert) sind." (Mehlmann 2004: 44/45)

In solch einem Diskursrahmen, der sowohl die Kategorie Sex als auch die Kategorie Gender in Frage stellt, entsteht gezwungenermaßen auch die grundsätzliche Frage nach der Beschaffenheit des Körpers bzw. seiner Materie. Der Körper werde laut Butler allgemein als „passives Medium" oder „Instrument" angesehen, welches nur in Bezug auf sein Äußeres mit kulturellen Bedeutungen markiert sei. Für diese Denkweise macht Butler den universellen und auf dichotome Strukturen aufbauenden Diskurs verantwortlich: „Somit ist die zwanghafte Einschränkung gleichsam in das eingebaut, was von der Sprache als

Vorstellungshorizont möglicher Geschlechtsidentität festgelegt wird“ (Butler 1991: 27). Die Autorin selbst betrachtet Materie als Resultat eines Naturalisierungs*prozesses*:

„Dass Materie immer etwas zu Materie Gewordenes ist, muss meiner Meinung nach mit Bezug auf die produktiven und eben auch materialisierenden Effekte von regulierender Macht im Foucaultschen Sinne gedacht werden.“ (Butler 1993: 32)

Hierfür verwendet Butler den Begriff der Materialisierung. So schlägt sie eine Rückkehr vor

„[…]zum Begriff der Materie, jedoch nicht als Ort oder Oberfläche vorgestellt, sondern als ein Prozess der Materialisierung, der im Laufe der Zeit stabil wird, so dass sich die Wirkung von Begrenzung, Festigkeit und Oberfläche herstellt, den wir Materie nennen.“ (Butler 1993: 32)

4. Die Debatte um den „New Materialism“

Nach diesen theoretischen Ausführungen zum Sex/Gender-Konzept und den poststrukturalistischen Kritiken dazu folgt ein Einblick in die aktuell stattfindenden Debatten bezüglich des Stellenwerts der körperlichen Materialität in der Sozial- und Genderforschung, welche unter den Begriffen „New Materialism“ bzw. „Feminist Materialism“ geführt werden. Hierbei handelt es sich um den Versuch, die Komponenten „Geschlecht“ und „Biologie“ in ein neues Verhältnis zu stellen, dabei aber einen reduktiven Biologismus zu vermeiden. (Vgl. Birke 2003, Grosz 1994, Sterling 2003)

4.1 Elisabeth Grosz

Die feministische Philosophin Elisabeth Grosz schreibt in der Einleitung ihres Buches „Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism“ als Kritik an die poststrukturalistischen Ansätze Folgendes:

„This book is a kind of experiment in inversion. It is based on a wager: that subjectivity can be thought, in its richness and diversity, in terms quite other than those implied by various dualism. Dualism is the belief that there are two mutually exclusive types of ‘thing’, physical and mental, body and mind, that compose the universe in general and subjectivity in particular. […] Feminist, like philosophers, have tended to ignore the body or to place it in the position of being somehow subordinate to and depend for all that is interesting about it on animating intentions, some sort of psychical or social significance.” (Grosz 1994: vii)

Wie im oberen Zitat ersichtlich wirft Grosz feministischen Theorien vor, den Körper lange ignoriert zu haben, obwohl sie das Ziel hätten, genau diesen in Zusammenhang mit Subjektivität zu beschreiben. Elisabeth Grosz stellt die Materialität des Körpers in das Zentrum ihrer Arbeit, jedoch mit der Absicht essentialisierende Auslegungen zu destabilisieren. Grosz erklärt dies so:

„The objective of the inversion attempted here is to display the centrality of mind, the psyche, interior, or consciousness (and even the unconscious) in conceptions of the subject through a reconfiguration of the body. If subjectivity is no longer conceived in binarized or dualist terms […], then perhaps other ways of understanding corporeality, sexuality, and the differences between the sexes may be developed and explored which enable us to conceive of subjectivity in different terms than those provided by traditional philosophical and feminist understandings.” (Grosz 1994: vii)

Die Philosophin sieht eine intensive Auseinandersetzung mit der Körperlichkeit in Bezug auf feministische Anliegen als notwendig, da es in diesem Zusammenhang zwingendermaßen zur Frage der sexuellen Differenz käme. Dies sollte jedoch ihrer Meinung nach fernab biologisch-deterministischen Vorstellungen geschehen, da sexuelle Körper auch Konstruktionen seien (vgl. Kapitel 3). Die Biologie und Natur stünden nicht im Konflikt mit der Kultur, denn die Humanbiologie existiere nicht außerhalb der Kultur. (Vgl. Grosz 1994: 188) Auch sei der menschliche Körper, so Grosz, andererseits mehr als eine kulturelle Einschreibung, weil er in der Lage wäre

„[…]to transform or rewrite its environment, to continually augment its powers and capacities through the incorporation into the body´s own spaces and modalities of objects that, while external, are internalized, added to, supplemented by the 'organic body'." (Grosz 1994: 188)

In ihrem Modell bilden die Ebenen Psyche/Soziales, Körper/Geist und Subjekt/Objekt keine Hierarchien sondern mehrschichtige Verbindungspunkte („links") nebeneinander. Denn „it is not enough to reformulate the body in non-dualist and non-essentialist terms. It must also be reconceived in specifically sexed terms" (Grosz 1994: 84). Grosz entwirft ein Körperkonzept, in dem die Materialität und Begrenztheit des Körpers aufgeweicht wird, sodass dieser zwar materiell gedacht werden kann, aber dennoch fließend ist, so schreibt sie: „The metaphoric of flow is simply one among a number of ways in which sexual difference may be thought" (Grosz 1994: xiii). Durch dieses Denken bzw. Begreifen von Körper und Materialität könne den Frauen, so Grosz, die Unabhängigkeit und Autonomie zukommen, wie sie bislang nur Männern zugeschrieben worden wäre, da dies die Möglichkeit einer Auseinandersetzung mit der Hegemonie männlicher Interpretationen und einer unabhängigen weiblichen körperlichen Existenz eröffne. Der „weibliche Körper" wäre dadurch nicht mehr länger in einem singulären, normativ geprägten Modell gefangen und durch dieses definiert, sondern ließe die Vielfalt mehrerer (weiblicher) Körpertypen zu, welche sich mit anderen Kategorien (wie Alter, Ethnizität usw.) überschneiden, was wiederum eine Befreiung aus der „einseitigen" Femininität bedeuten würde (Vgl. Grosz 1994: xiii) Grosz bemerkt in diesem Zusammenhang:

„Women have been objectified and alienated as social subjects partly through the denigration and containment of the female body. This project hovers close to many patriarchal conceptions of the body that have served to establish an identity for women in essentialist, ahistorical, or universalist terms. But I believe that it does so in order to contest these terms, to wrest a concept of the body away from these perils. Whether this has been successful remains for the reader to judge." (Grosz 1994: xiv)

4.2 Lynda Birke

Die englische Biologin und Genderforscherin Lynda Birke macht auf die Verbindung sozio-kultureller Einflüsse mit jenen der biologischen aufmerksam und verweist im Folgenden auf mögliche Grenzen, die sozialwissenschaftliche und naturwissenschaftliche Körperauffassungen darstellen können:

„Just as sociologist seeking to theorize the lived body have sought out particular theories that best fit the demand to move beyond the presocial body, so too have some biologists, who have tried to resist the hegemonic stories of powerful genes. We are not just outcomes of genetic dictates[…]; on the contrary, we are bodily located in particular contexts. They seek to draw on other ways of thinking about biological processes[…]which are potentially more fruitful for thinking about the engagement of sociology and biology." (Birke 2003: 45)

Birke stellt in ihrem Aufsatz „Shaping biology. Feminism and the idea of ‚the biological'" die Frage: „What does the call to ‚bring back' the biological mean? Was biology ever in the social sciences in the first place?" (Birke 2003: 39). Weiter erklärt sie, dass es wichtig sei, welche *Art* von biologischen Komponenten Beachtung geschenkt werde:

„If we are to debate how (or if) we want to 'bring biology back', then we need to know what it is that we do *not* want (crude genetic determinism, for example. And, importantly, we need to identify *what kind* of biology we want to readmit." (Birke 2003: 39) [Hervorhebung im Original]

Sie erklärt, dass die „Biologie" mehr sei als die Rolle, die zum Bespiel Genen und deren Einfluss auf die Charakteristika eines Menschen oder bestimmten Verhaltensmustern zugesprochen würde (vgl. Kapitel 3). Auch berge die Biologie mehr Komplexität in sich, als es beispielsweise die Evolutionspsychologie behaupte. (Vgl. Birke 2003: 39) Die Gefahren, die sich daraus ergeben könnten, erklärt Birke folgendermaßen:

„Looking within for causes goes hand in hand with biological determinism. Even if the scientific report tells of genes, hormones, or whatever, influencing some outcome (the developments of sexuality, say), it is just a small step to infer that the biological factor(s) cause sexuality to develop in that way." (Birke 2003: 43)

Birke weist darauf hin, dass viele solcher Forschungsstudien im ersten Schritt an Tieren durchgeführt werden, daraus folgen Vorrannahmen, die sich oft an von „innen kommenden" Ursachen beziehen würden:

„For example, most scientific knowledge about how the sex hormones influence behaviour comes from animal studies, which in turn presume that sex differences in behaviour derive from biological causes. That such differences are also influenced by social – even in rats – does not usually enter the equation. Determinism is thus built into the theories in the first place." (Birke 2003: 44)

Bei dieser neuen Hinwendung zur Materialität des Körpers sei der Autorin neben den „inneren“ Einflüssen auch die Beachtung des Umfelds und des Verhaltens entscheidend. Dabei müssten deterministische Aspekte vermieden werden. (Vgl. Birke 2003: 44)

„We need to find ways of acknowledging that internal biology is a factor in our becoming, while at the same time recognizing that there are many other factors too, that influence our becoming who we are, especially in relation to behavior[…]. (Birke 2003: 44)

Es geht demnach um die Auffassungsart der Biologie in Zusammenhang mit der körperlichen Materialität: „It´s not biology that we need to reject wholesale, rather it is simplistic assumptions that certain biological processes are primary, and that it´s the biology of the isolated individual that matters” (Birke 2003: 44). Dieser Aspekt der Individualität ist Birkes Meinung nach in Hinsicht auf die Frauengesundheitsforschung besonders wichtig. Der feministische Aktivismus hatte in seinen Anfängen die Auslassung von Frauen in der medizinischen Praxis und Lehre thematisiert (vgl. Kapitel 2 und 3), was aber nicht immer unproblematisch sei. „A substantial part of feminist engagement with issues of health, for example, has addressed the ways in which biomedicine – both as practice and discourse – excludes or marginalizes women” (Birke 2003: 42). Die „weiblichen” Körperfunktionen würden dadurch als normabweichend klassifiziert, da die Gesundheit der Frauen und jener Personen einer anderen Ethnizität oder Klasse stark mit Bezug auf den männlichen Körper gemessen worden sei. (Vgl. Birke 2003: 42) Birke spricht in diesem Zusammenhang von einem feministischen Dilemma, welches sie folgendermaßen erklärt:

„[…]on the one hand, we must take issues of women’s health seriously. We need to know, for example, if a particular environmental hazard is likely to affect the health of woman differentially, or to threaten reproductive capacity. We need to understand how changes in gender and class play out in their impacts on women’s health. Yet on the other hand, the ‘body’ that is at the centre of discussions of health remains quite passive, seeming to be acted upon by these various external agents. So, women’s health literature may focus on the impact of (say) environmental toxins on fertility. Fertility here (and the organ structures associated with it, such as the uterus) is the substrate, while the biological processes themselves lack agency.” (Birke 2003: 42)

Der biologische Körper sei, so die Autorin, nicht vorgesellschaftlich und müsse stets als Teil seines Milieus angesehen werden. Ihrer Ansicht nach ginge es darum, nicht nur zu verstehen, wie soziale Einflüsse auf den Körper und seine Gesundheit wirken, sondern auch wie die körperliche Biologie soziale Prozesse beeinflussen könnte. Diese Prozesse sollten als dynamische und sich ständig entwickelte Ereignisse betrachtet werden. Denn „to

understand health/bodily outcomes of these processes requires a quite different approach to understand biology than the reductionist one" (Birke 2003: 49). Es sei wichtig, diese dynamische Handlungsfähigkeit biologischer Prozesse anzuerkennen. Dabei weist die Autorin auf jene Theorien hin, welche die „Selbstorganisation" innerhalb Natursysteme betonen würden (vgl. Birke 2003: 49):

„Self-organized systems are fluid and constantly in exchange with their worlds; yet they often appear to be constrained, and highly stable. They are neither fixed nor completely open-ended, they are both/and." (Birke 2003: 50)

Abschließend weist Birke auf die Frauenrechte hinsichtlich der Reproduktion und über deren Kontrolle der eigenen Körper im Rahmen medizinischer technologischer Interventionen hin:

„And reproductive health is further threatened by what some critics see as a barrage of oestrogenic compounds in the environment. In this context, it is crucial that we[…]work towards understanding our biology as part and parcel of our socially engaged selves. We urgently need to 'bring back' *this* kind of biology to the social sciences and to feminism – not only to further our understanding of bodily health but also to counter the seemingly endless claims of biological determinism." (Birke 2003: 50) [Hervorhebung im Original]

4.3 Anne Fausto-Sterling

Zum Abschluss dieser Skizzierung der „New Materialism"-Debatte möchte ich auf die diesbezüglichen Arbeiten der amerikanischen Biowissenschaftlerin und Genderforscherin Anne Fausto-Sterling näher eingehen. In ihrem Aufsatz „The problem with sex/gender and nature/nurture" schreibt Fausto-Sterling zu Beginn Folgendes:

„I[..]suggested that instead of setting nature against nurture we reject the search for root causes and substitute a more complex analysis in which an individual's capacities emerge from a web of mutual interactions between the biological being and the social environment." (Fausto-Sterling 2003: 123)

Fausto-Sterling kritisiert am Sex/Gender-Model die Gegenüberstellung von Sex und Gender bzw. von Natur und Kultur (vgl. Kapitel 3). In dieser Denkungsart werde der Körper zum Empfänger der Kultur und Gender zum Bestandteil der Kultur. (Vgl Fausto-Sterling 2003: 123)

„To the extent that the sex/gender analysis of social difference reinforces our view of the material body as a natural given, our feminist debate influences the structure of other struggles. Indeed, the

biological debates about race and about sex have intersected and mutually constructed one another for a good two centuries[…]" (Fausto-Sterling 2003: 124)

Die Autorin arbeitet mit der Developmental System Theory (DST), in welcher es weder eine bloße Sex- noch eine bloße Gender-Kategorie gäbe. In Bezug auf die sogenannten „biologischen Differenzen" sei dieses Modell insofern interessant, als dass es einen kritischen Blick auf deren Unveränderbarkeit bzw. Stabilität werfe. (Vgl. Fausto-Sterling 2003: 125) Die Biologin erklärt dies anhand des Beispiels von Gehirndifferenzen bei Erwachsenen Männern und Frauen und dem naturwissenschaftlichen Umgang damit (vgl. dazu auch Schmitz 2006). Wichtig dabei sei, so Fausto-Sterling, wie die Forschungsfragen gestellt werden:

„The interesting question is how the differences developed in the first place. For example, this possible difference in the adult corpus callosum is not present in the brains of small children. A DST researcher will want to design experiments to test hypotheses about how different experiences lead to a divergence in brain development. Instead of asking how anatomy limits function, one asks how function shapes anatomy. To claim a biological difference is not to claim immutability." (Fausto-Sterling 2003: 125)

In diesem Zusammenhang konstatiert sie:

„Accepting the difference need not push us into a bio-determinist corner. Instead, we need to insist that scientists ask developmental and functional questions about the difference. Most importantly, we need to hammer home the point that differences found in adults arise during development." (Fausto-Sterling 2003: 129)

Fausto-Sterling ist vor allem für ihre Studien zu Osteoporose-Erkrankungen bei Frauen und Männern bekannt. In „The Bare Bones of Sex" weist sie auf das Zusammenwirken von biologischen, sozialen und individuellen Faktoren und die jeweiligen Auswirkungen auf die Knochenstruktur hin:

„We must learn how to study the balances and interactions among all of the various factors on bone formation. How do social systems that influence what we eat, how and when we exercise, whether we drink or smoke, what kind of diseases we get and how they are treated, and how we age, to name some most to bone formation, produce a particular bone structure in a particular individual with a particular life history?" (Fausto-Sterling 2005: 1509/1510)

Die Biologin fordert bezüglich der Ursachenforschung eine Fokussierung auf individuelle Krankheitsmuster, die sich, wie oben beschrieben, durch einzelne Biographien oder spezielles Erbgut entwickeln können, „rather than merely making probability statements about large and diverse categories of people" (Fausto-Sterling 2005: 1510). Fausto-Sterling weist in Hinsicht auf die Entwicklung der Knochenstruktur neben der Bedeutung von

Sex/Gender auch auf die Kategorien Ethnizität (Race), Klasse und Kultur hin, welche einen entscheidenden Einfluss durch die Lebensart in der Kindheit und im späteren Alter (z.B. Art der Arbeit) haben könnten:

„We need to ask old questions in new ways so that we can think systematically about the interweaving of bodies and culture. We will not lay bare the bones of sex, but we will come to understand, instead, that our skeletons are part of a life process." (Fausto-Sterling 2005: 1517)

Fausto-Sterlings Arbeiten basieren auf dem Konzept des „Embodiments". Embodiment, so die Autorin,

„[…]suggests a process by which we *acquire* a body rather than a passive unfolding of some preformed blueprint. Beginning to understand that the world works via systems will enable us to specify more clearly the links between culture and the body and to understand how nature und nurture, sex and gender are indivisible concepts." (Fausto-Sterling 2003: 131) [Hervorhebung im Original]

4.4 „Embodiment"

Da – und dies sollten die bisherigen Ausführungen verdeutlicht haben – ein kritischer Blick auf die Naturwissenschaft und ihre Auffassung von Biologie, Körper, Gesundheit und Geschlecht notwendig ist, möchte ich einen bestimmten postmodernen Theorieansatz präsentieren, welcher, wie dies im letzten Kapitel gezeigt wurde, sowohl in der Gesundheitsforschung als auch in den feministischen Diskursen immer mehr an Popularität gewinnt. Es handelt sich hierbei um das Konzept des Embodiments. Dieser Ansatz besäße laut der Wissenschaftlerin Nancy Krieger ein hohes Potenzial, starre biologistische Konzepte umzugestalten, indem der Körper nicht länger als ein ausschließlich isoliertes Objekt verstanden werde, sondern als ein Medium, wo biologische und soziale Wechselwirkungen zum Tragen kämen (vgl. Krieger 2005). Die Genderwissenschaftlerinnen Sigrid Schmitz und Nina Degele sprechen auch vom Begriff *Embodying*, der den dynamischen Aspekt dieses Ansatzes noch mehr betonen sollte und zur Überwindung starrer Dichotomien in den Sozial- und Naturwissenschaften wie Außen/Innen, Determination/Konstruktion, Passivität/Aktivität und Statik/Dynamik verhelfen sollte (vgl. Schmitz/Degele 2010: 14). Dabei verstehen sie „Embodying" als „*Prozesse der Verkörperung von Gesellschaft und Vergesellschaftung körperlicher Materialität zwischen/jenseits von Konstruiertheit und Determinierung*" (Schmitz/Degele

2010: 31) [Hervorhebung im Original]. Krieger beschreibt „Embodiment“ (d.h. Verkörperung) als Konstrukt und Prozess, der sowohl für ökosoziale als auch epidemiologische Fragestellungen relevant sei. Es handle sich hier um die Erkenntnis, dass der Mensch gleichzeitig ein soziales Wesen und ein biologischer Organismus sei. Die Autorin nennt in ihrem Aufsatz „Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology“ drei wichtige Punkte, die dieses Konzept beinhalte:

1. „bodies tell stories about – and cannot be studies divorced from – the conditions of our existence;
2. bodies tell stories that often – but not always – match people's stated accounts;
and
3. bodies tell stories that people cannot or will not tell, either because they are unable, forbidden, or choose not to tell.“ (Krieger 2004: 350)

Dies bedeute, dass jedes Tun und Nicht-Tun (z.B. die Art der Ernährung), jeder äußerliche Einfluss (z.B. soziale Diskriminierung oder sichere Arbeitsbedingungen) und auch die subjektive Einstellung zu oder Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Mitteln den Körper eines Individuums sehr stark prägen könne und ihn dadurch zu dem mache, was er sei. „[…]Universal sanitation and sustainable cities; universal health care and immunisations; and the protection and promotion of human rights – economic, social, political, civil, and cultural” (Krieger 2004: 350), dies alles forme den individuellen Körper, aber auch die Gesundheits- und Krankheitsmuster einer Bevölkerung, welche wiederum, so Krieger, einen Einfluss auf die Macht- und Besitzverteilung und den Stand der Technologie hätten. „Or, more pointedly, from the conditions of our bodies – and those of the animals and plants whose environs we now shape – you can gain deep insight into the workings of the body politic” (Krieger 2004: 350). Beim Embodiment-Phänomen ginge es um das Zusammenspiel zwischen Körper, körperlichen Komponenten und dem Umfeld, in welchem diese Körper leben. Aus dem Blickwinkel des Embodiments müssten die sozialen Verhältnisse, so Krieger, immer in Bezug auf den biologischen Prozess, durch welchen diese verkörpert würden, untersucht werden. Dabei könnten soziale Verhältnisse eine Überlappung physikalischer, chemikalischer und biologischer Faktoren darstellen. (Vgl. Krieger 2004: 350/351) Dazu schreibt die Autorin:

„Their biological impact in turn will depend on biological characteristics of exposed body. These characteristics may themselves often be shaped by exogenous exposures and cannot simply be inferred from gene frequencies.” (Krieger 2004: 350)

So würden einige neue evolutions- und entwicklungsbiologische Studien zeigen, dass Genfunktionen von bestimmen Lokationen der Gene abhängen könnten, beispielsweise in Bezug auf Zelltypen bei Entwicklungen von Stoffwechselvorgängen (vgl. Krieger 2004: 351):

„As noted by Scott F. Gilbert, the gene encoding gylocogen synthase kinase-3 (GSK) can be considered a 'structural' gene (regulating gylcosis) or a 'developmental' gene (affecting neural axis development) depending on tissue location […]." (Krieger 2004: 352)

Durch das Konzept des Embodiments wäre es möglich mehrere Ebenen wie Genetik, Psyche und Verhalten auf deren entkörperter („disembodied") Elemente und Zusammenwirkung zu untersuchen. So schreibt die Autorin, dass „our explanations of population health will necessarily be incomplete if we focus on one level only, whether micro, macro or meso; embodiment requires a more integrated approach" (Krieger 2004: 352). Zusammenfassend lässt sich mit den Worten Kriegers sagen:

„Embodiment, in other words, is literal. The ecosocial premise is that clues to current and changing population patterns of health, including social disparities in health, are to be found chiefly in the dynamic social, material and ecological context into which we are born, develop, interact, and endeavor to live meaningful lives." (Krieger 2004: 350)

Dieses Verständnis von Körper und den Einflussfaktoren hinsichtlich Gesundheit und Krankheit ist deshalb für meine Arbeit wichtig, da es sich von einem Sex/Gender-Konzept, bei welchem Sex (=Geschlechtskörper) als eine eigene Entität bzw. als ein biologischer Rest angesehen wird, der für sich alleine steht (vgl. Kapitel 3), wegbewegt und so eine kritische Analyse der Kategorien „Geschlecht" und „Ursache" ermöglicht. Dadurch kann wiederum die Reproduktion von biologischen Geschlechterdifferenzen in Bezug auf Krankheitsdarstellung und Krankheitsursachen aufgedeckt und in Frage gestellt werden, was letztendlich das Ziel dieser Arbeit ist. Mit den Worten Schmitz' und Degeles lässt sich abschließend sagen: „Natur *und* Kultur in den nicht-dichotomisierenden Blick zu nehmen, ist dabei nicht einfach, aber es bewegt" (Schmitz/Degele 2010: 32) [Hervorhebung im Original].

4.5 Potenziale der Konzepte für die Frauengesundheitsforschung

Die Autorinnen Ellen Kuhlmann und Birgit Babitsch führen in ihrem Text „Bodies, health, gender – Bridging feminist theories and women's health" eine theoretische Abhandlung über die gegenseitige Beeinflussung feministischer Ansätze und der Frauengesundheitsforschung bzw. über den Nutzen feministischer Theorien für die Frauengesundheitsforschung. Dabei machen sie deutlich, dass es einer neuen Perspektive in der Biomedizin bedarf, welche den gelebten und sich verändernden Körper in den Blick nehme, also den Kriterien des eben erläuterten Embodiment-Konzepts entspricht (vgl. Birke 2003; Fausto-Sterling 2003). Kuhlmanns und Babitsch` Meinung nach könne durch eine Bezugnahme zu gewissen theoretischen feministischen Körperkonzepten in der praktischen Medizin und der Frauengesundheitsforschung ein Umdenken hinsichtlich des Körpers, seiner biologischen Komponenten und gesundheitlichen Auswirkungen stattfinden. (Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 437; Grosz 1994; Birke 2003):

„Women's health research confronts the interpretative power of biomedical discourse and biomedical structures with a complex understanding of health and experienced-based competence in dealing with health and illness. Researches in this field emphasize the significance of the condition of social life and clearly reject biomedicine´s fixation on individual risks and behavior as the main factors influencing health and illness." (Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 437)

Wie die feministischen Diskurse biete auch die Gesundheitsforschung diverse Perspektiven an, welche sich mit den Ursachen und Einflussfaktoren in Bezug auf Geschlecht und Krankheit auseinandersetzten. Als ein Beispiel nennen die Autorinnen jene Richtung, die das individuelle Gesundheitsverhalten fokussiere und sich hauptsächlich auf empirische Daten beziehe. Ihrer Ansicht nach würden dadurch biomedizinische Ursachenfaktoren als sekundär abgestuft und die sozialen Komponenten in den Vordergrund gerückt, sodass gesundheitsbezogenes Verhalten mit sozialem Verhalten, das über den Körper ausgedrückt werde, gleichgesetzt erscheine. Dies könne laut Kuhlmann und Babitsch die soziale Geschlechterordnung und Interpretationen von Männlichkeit und Weiblichkeit in einen neuen Blickwinkel stellen. (Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 437-438)
Unter dieser Perspektive sei es zudem möglich biomedizinisch-deterministische Strukturen zu hinterfragen und den sozialen Normen und Interaktionen und kulturellen Lebensbedingungen eine bedeutendere Rolle zuzuweisen. Oft ginge es hierbei um Begriffe wie „doing gender", „doing health" oder „somatic culture", die sich auf einen vorexistierenden und agierenden Körper mit einem passiven Hintergrund beziehen würden.

(Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 438) Die Autorinnen verdeutlichen diese Herangehensweise am Beispiel von „somatic culture“:

„[…]Somatic culture and its individual components manifest themselves as a specific way of dealing with the body which reflects the confrontation with a variety of gender-specific stress factors[…]. In this perspective, empirically substantiated differences between men and women with respect to health and illness represent above all an expression of the social norms for ´femininity´ and ´masculinity´ and of living conditions which vary according to gender.“ (Kuhlmann/Babitsch 2002: 438)

Neben dieser mikrosoziologischen Perspektive biete die (Frauen)Gesundheitsforschung auch strukturanalytische Erklärungen, in denen Gesundheits- und Krankheitsaspekte als von überwiegend gesellschaftlichen Einflüssen geformt angesehen würden. Hierbei handle es sich um die Ausarbeitung bestimmter gesundheitsbezogener Profile, die sich auf die Lebenssituationen der Frauen und die unterschiedlichen Arten von Diskriminierung, denen sie ausgesetzt seien, beziehen, um dadurch Informationen bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens und Wohlbefindens zu erhalten. An solchen makro-orientierten Perspektiven werde die Fokussierung auf das „Äußere“ des Körpers kritisiert. (Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 438) Die Autorinnen schreiben dazu:

„Macintyre et al (1996) ask whether gender differences in health are really as simple as they seem; and indeed, the data raise more questions than they can answer. Some studies[…]have described health-relevant differences between men and women which are closely linked to social conditions and lifestyles; others[…]report on differences and similarities within the individual groups of women studies.“ (Kuhlmann/Babitsch 2002: 438)

Interessant ist, dass Kuhlmann und Babitsch in ihrem Text auf den folgenden „Schwachpunkt” in der (Frauen)Gesundheitsforschung hinweisen: Ihrer Meinung nach liege der Forschungsschwerpunkt zu sehr auf soziale Einflussfaktoren (also soziale Positionen und Praktiken), was zu einer möglichen Verhinderung theoretischer Auseinandersetzung in Hinsicht auf Biologie und Materialität bzw. das Zusammenwirken biologischer und sozialer Faktoren führen könne. Die Autorinnen erklären dies damit, dass innerhalb feministischer Diskussionen, bis auf einige Ausnahme, wenig Beschäftigung mit gesundheitlichen Aspekten stattfinde und diese daher für die Frauengesundheitsforschung eventuell als weniger hilfreich erscheinen. (Vgl. Kuhlmann/Babitsch 2002: 438):

„While this may appear to be an understandable pragmatic reaction to discourses which leave no room for health and illness, from a theoretical standpoint it means that opportunities for new insights lie fallow. There are, however, some authors who have undertaken more in-depth analyses of the links between what is ´outside´ and ´inside´ the body; such work especially has focused on breast cancer[…], reproductive health[…]and osteoporosis.“ (Kuhlmann/Babitsch 2002: 438/439)

Ein Beispiel, das hier angeführt wird, nämlich Osteoporose, bezieht sich auf die Arbeiten von Anne Fausto-Sterling, auf welche bereits in Kapitel 4.3 eingegangen wurde. In ihrem zweiten Teil der Osteoporose-Studie („The Bare Bones of Race“) geht Fausto-Sterling zusätzlich zu Sex/Gender auf die ethnischen Differenzen in Bezug auf Knochendichte ein. Im Abstract erklärt sie:

„My central argument is that the social produces the biological in a system of constant feedback between body and social experience. By providing a different angle of vision on claimed racial differences I hope to move the conversation away from an ultimately futile discussion of nature versus nurture, where time is held constant and place seen as irrelevant, and begin to build a new paradigm for examining the contributions of geographic ancestry, individual lifecycle experience, race, and gender to varied patterns of health and disease.” (Fausto-Sterling 2008: 657)

In Bezug auf Gendermedizin und im Anschluss an Fausto-Sterlings Arbeiten sei noch einmal auf die Verknüpfung der Kategorie Geschlecht mit der Kategorie Ethnizität hingewiesen. So kann im Sinne der Embodiment-Auffassung gesagt werden, dass die Dimension „Geschlecht“ nicht gedacht werden kann „ohne die historische, soziale und kulturelle Einbindung, ohne biographische und geographische Verortung, ohne Altersstufen als biologische Prozesse und Lebenserfahrung“ (Voss/Lhoff 2004: 440).

5. Theoretische Perspektiven zum Anwendungsbeispiel „(Brust)Krebs“

5.1 Allgemeines zu Krebs

Der Medizinwissenschaftler Dieter Borgers merkt in seinem Aufsatz „Krebskrankheiten bei Männer und Frauen“ Folgendes zur Bezeichnung „Krebs“ an:

„Ein allgemeiner Krankheitsbegriff steht so immer in der Gefahr, eine nichts sagende Generalisierung darzustellen. Krebs ist eine Sammelbezeichnung für mindestens 200 unterschiedlichste Krankheiten, deren Verlauf, Lebensbedrohtheit, Behandlungsmöglichkeiten und Verursachung kaum einen gemeinsamen Nenner haben. Dieser besteht allerdings darin, dass die biologische Basis aller Krebserkrankungen ein unregulierter Zellwucherungsprozess mit destruktivem Wachstum ist.“ (Borgers 2002: 291)

Die verbesserten Diagnostikverfahren und die allgemeine Steigerung der Lebenserwartung, so Borgers, hätten zu Krebserkrankungen im epidemischen Ausmaß geführt. Eine wichtige Frage, die im Rahmen der Prävention gestellt werde, sei ob und wie stark äußere Ursachenfaktoren die Krebsentstehung förderten. (Vgl. Borgers 2002: 291) Seine Erläuterungen dazu:

„Der präventiv bedeutsamen Identifikation von Krebsursachen (Rauchen, Asbest, Ruß, Benzol und anderen kanzerogenen Substanzen) steht ein ritualisiertes Nichtwissen gegenüber, das Krebs ganz allgemein auf zu vieles Essen, Bewegungsmangel, psychische Disposition, psychisches Kontrollverhalten, das moderne Leben und ähnliches Allgemeinheiten zurückführen will[…].“ (Borgers 2002: 291)

Borgers´ Ansicht nach besteht bei dieser Art von Ursache-Erklärungsansätzen die Problematik, dass diese nicht immer nachweisbar und für die praktische Umsetzung brauchbar zu sein scheinen. Die Erforschung sozialer Ursachen vor allem bei Krebs sei in vielen Fällen von Annahmen geprägt. (Vgl. Borgers 2002: 291)

„In der allgemeinen und weitest gehenden Vorstellung sind Massenerkrankungen per se soziale Phänomene. In der Grotjahn`schen Definition heißt es, die sozialen Verhältnisse

- schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage,
- sind die Träger der Krankheitsbedingungen,
- vermitteln die Krankheitsursachen,
- beeinflussen den Krankheitsverlauf.“ (Borgers 2002: 292)

5.1.1 Geschlechtsspezifische Organtumore

In Bezug auf die Verschränkung von Krebserkrankungen und Geschlecht nennt Borgers zwei Ausgangsaspekte, nach denen sich die Medizin richte:

- „die quasi kategorisch entweder nur bei Frauen oder nur bei Männern (in der Sprache der Biologie: Weibchen bzw. Männchen) vorhandenen Organkarzinome von Uterus, Brust und Ovar bzw. von Prostata und Hoden;
- der in epidemiologischen Studien zu beobachtende große Häufigkeitsunterschied zwischen Männern und Frauen bei vielen Organkarzinomen, die beide Geschlechter betreffen." (Borgers 2002: 292)

Der Autor weist auf die Differenzen der Häufigkeitsraten bei geschlechtsspezifischen Gesamtkrebsraten hin (geschlechtsspezifische Krebskrankheit: Frauen: 40 % /Männer: 20 %) hin und konstatiert dazu:

„Der Sinn und Zweck eines Nachweises von Differenzen der epidemiologischen Ziffern erschöpft sich umso mehr in sich selbst und macht sie leicht zu einem banalen Befund, je länger sie bekannt sind[…]. Wenn damit scheinbar Universalien bzw. Naturgesetzte angesprochen sind, so stehen diese immer unter einem Ideologieverdacht, den es möglichst durch realhistorische sozial vermittelte empirische Erkenntnisse zu überwinden gilt." (Borgers 2002: 293)

Daraus zieht der Autor folgende Schlussfolgerung:

„Die Schwierigkeit dieses Unterfangens ist bei Krebserkrankungen besonders groß und führt in der optimistischen Variante zu ‚Sieg'-Meldungen über den Krebs und seine Ursachen[…]. Der schiere Umfang und die Macht des aus den naturwissenschaftlichen ‚Apparaten' gespeisten Krebsdiskurses macht eine Bewertung dieses Wissens äußerst schwierig." (Borgers 2002: 293)

5.2 Brustkrebs

Der Begriff Brustkrebs bezeichne laut Borgers diverse Krankheitsprozesse, welche ein einziges bestimmtes Organ betreffen würden. Dies zeigt sich auch im Krankheitsprozess, wo im Gegensatz zu einfachen, sofort tödlichen Tumoren, differenziertere Karzinome existieren, die über Jahrzehnte andauern können und bei denen die Todesursachen nicht immer auf den Brustkrebs selbst zurückgeführt werden könnten. (Vgl. Borgers 2002: 293/294) Demnach sei es äußerst schwierig Tumoren nach ihren Zelleigenschaften zu benennen, da die Wachstumsrate der Brustkrebszellen stark variieren könne:

„Wenn solche unterschiedlichen Verläufe unter einer Krankheitsbezeichnung firmieren, ist mit der Diagnose kein Maßstab für sichere Erwartungen gegeben und das Wort Krebs bleibt eher eine Metapher als ein wissenschaftlicher und praktisch fruchtbarer Begriff." (Vgl. Borgers 2002: 294)

Auch sieht Borgers eine Problematik in Hinsicht auf die Bestimmung „äußerer" Ursachenfaktoren für Brustkrebs, wie Lebensstil und ökonomische Lage. Seine Kritik begründet er folgendermaßen:

„Der mit der Menstruation verbundene Auf- und Abbau von Zellen wird als Träger des Brustkrebsrisikos angesehen. Eine frühe Menarche (heute 12 Jahre), wenige Geburten, kurze Stillperioden und eine späte Menopause führen heute zu 300 bis 400 Perioden zwischen Menarche und Menopause, eine Zahl die früher viel geringer und bei Vielgebärenden aufgrund der Schwangerschaftsdauer und Stillzeit auf 20 Perioden beschränkt sein konnte. Wenn die historischen Verbesserungen in den Lebensbedingungen von Frauen so zu einem höheren Brustkrebsrisiko geführt haben, ist die Dramatisierung einer Brustkrebsepidemie eine zweischneidige Angelegenheit." (Vgl. Borgers 2002: 294)

Dieses Zitat spricht indirekt auch den Aspekt des Alters an, der nicht nur bei Brustkrebserkrankungen, sondern allgemein in medizinischen Bereichen aufgrund der „geschlechtsspezifischen" Lebens- und Gesundheitserwartung relevant zu sein scheint (vgl. Borgers 2002: 305; Rieder/Lhoff 2004: 3). Die Wissenschaftler Andreas Kruse und Eric Schmitt sprechen in Bezug auf die Verbindung von Geschlecht, Krankheit und Alter von drei Erklärungsperspektiven: Eine erste Sichtweise gehe davon aus, dass wichtige geschlechtsspezifische Unterschiede im höheren Alter feststellbar wären, da sich die Lebenskontexte von Frauen und Männern hinsichtlich der Chancen den Alterungsprozess zu steuern, differenzierten. Dies gehe auf sozial-strukturelle Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zurück, bringe Frauen in eine prekäre Position (schlechte Einkommens- oder Wohnsituation der heute älteren Frauen aufgrund von fehlenden Bildungsmöglichkeiten; Arbeitsdiskontinuität z.B. aufgrund der Erziehungszeiten ect.) und mache auch Armut im Alter zu einer eher der Frau zugeschriebenen Erscheinung. Eine zweite Sichtweise gehe eher von subjektiv entstandenen Geschlechterunterschieden aus, die sich zum einen aus den gesellschaftlichen Stereotypen und den Resultaten dieser Erwartungshaltungen und „altersgebundene Verluste im Gesundheitszustand und im sozialen Status" (Kruse/Schmitt 2002: 207) ergeben würden und mit zunehmendem Alter eine Auflösung dieser Rollenerwartungen stattfände. Als eine dritte Sichtweise führen die Autoren die Annahme einer Unveränderlichkeit von geschlechtsspezifischen Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Alterungsprozess, da „insbesondere Aspekte der psychologischen Funktionstüchtigkeit ein hohes Maß an Kontinuität" aufweisen würden. (Vgl. Kruse/Schmitt 2002: 206/207) Auch in Bezug auf physiologische Altersveränderungen sei darauf hinzuweisen, „dass der Zeitpunkt des Einsetzens und die

Geschwindigkeit physiologischer Alterungsprozesse hohe interindividuelle Unterschiede aufweisen, die im Wesentlichen auf

1. die genetische Information (einschließlich eingetretener Schädigungen der Informationen sowie der Korrektur dieser Schädigungen);
2. die Anzahl, die Art und (Einwirkungs-)Dauer von Risikofaktoren (vor allem Alkohol, Rauchen, fehlerhafte Ernährung, mangelnde Bewegung, Schadstoffe am Arbeitsplatz, dysfunktionale Belastungen des Organismus und Erkrankungen in allen Lebensabschnitten;
3. die Art und das Ausmaß körperlicher Aktivitäten in früheren Lebensalter und im Alter sowie
4. den Anregungsgehalt der Umwelt hinsichtlich der Förderung von Aktivität, Mobilität und Kompetenz im gesamten Lebenslauf zurückgeführt werden können." (Kruse/Schmitt 2002: 208)

Kruse und Schnitt sprechen aber auch von Geschlechterdifferenzen, die laut der Argumentation mit unterschiedlichen Hormonproduktionen und dem Immunsystem zu erklären wären. Dabei führen die Autoren die Rolle des „Geschlechtshormons" Östrogen an und beschreiben deren „positiven Effekt" auf den Stoffwechsel, der ihrer Aussage nach Frauen den Vorteil nehme und das Risiko im hohen Alter für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhe. Dass die Aufgabe der Östrogene eine komplexere ist und man hierbei auch vielmehr von einem „Wachstumshormon" sprechen kann als von einem „Geschlechtshormon", wurde in Kapitel 3 im Zuge der „Sex"-Problematisierung und in weiterer Folge in Kapitel 4 bereits ausführlich erläutert (vgl. Voß 2011; Fausto-Sterling 2005). In diesem Zusammenhang ist das im vorletzten Zitat beschriebene Brustkrebsrisiko, das oft mit der Menstruation der Frau in Verbindung gebracht wird, fragwürdig und dass sogar die Brustkrebsgene selbst eine höhere Komplexität in sich tragen, verdeutlicht die Vielzahl an kritischen Beiträge zu dieser Thematik.

5.2.1 Die Problematik der genetischen Merkmale und die „Feminisierung" von Brustkrebs

1990 und 1994 kam es auf zwei bestimmten Chromosomen zu einer Identifizierung von „Genorten, denen Brustkrebs induzierende Eigenschaften zugeschrieben werden" (Sachs 2003: 74). Es handelte sich hierbei um die Gene „BRCA 1" und „BRCA 2". Wird das Lebensalter berücksichtigt, so der Mediziner Hans Sachs, fällt auf, dass 35 Prozent aller Brustkrebserkrankungen, welche vor dem 35. Lebensjahr auftreten, genetische Ursachen haben. Bei Frauen zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr sinkt der Anteil auf zwei Prozent ab. Bei ca. fünf Prozent aller Brustkrebsfälle ist nach Sachs eine genetische Veränderung erkennbar. (Vgl. Sachs 2003: 75) Obwohl die eben geschilderten Ereignisse und Daten zu

den Brustkrebsgenen als unumstößliche Fakten gelten könnten, ist – wie dies im Laufe dieser Arbeit deutlich geworden sein sollte – zu beachten, dass auch hinsichtlich genetischer Erklärungsansätze der jeweilige Stand der Forschung, die Forschungsperspektive der beteiligten Personen und die verwendeten Methoden das Wissen über den jeweiligen Gegenstand generieren können (vgl. dazu Kapitel 2.3, 3 und 4). So fällt bei dem Terminus Brustkrebsgene der „falsche geschlechtsspezifische Zusammenhang[...]auf, weil die an der Mutation der BRCA-Gene gebundene Aussage des erhöhten Krebsrisikos eben nicht nur im Falle eines Brustkrebses bei Frauen“ gelte, sondern auch die Männer betreffe (Voss/Lhoff 2004: 439). In Verbindung mit dem genetischen Wissensbestand der Brustkrebsgene steht also ebenfalls die Konstruktion von „weiblicher Geschlechtsidentität“ und dem „weiblichen Körper“. Die Politikwissenschaftlerin Sonja Palfner liefert in ihrem Werk „Gen-Passagen. Molekularbiologische und medizinische Praktiken im Umgang mit Brustkrebs“ einen kritischen Blick auf die Entdeckung der Brustkrebsgene, indem sie auf deren Vielschichtigkeit hinweist und dabei konstatiert:

„Was ist das Gen? Es tritt auf die Bühne als ein bestimmter Abschnitt auf einem Chromosom. Ein Ding, welches in der Sprache der Naturwissenschaften sagbar und durch technische Bilder sichtbar wurde. Dabei hat sich herausgestellt, dass es nicht einfach Natur war, die man zu entdecken brauchte. Man kann sich jetzt ungefähr vorstellen, dass es technische Bedingungen und andere Zutaten, wie Qualitäten und Quantitäten der Froschenden, gab, die das Erscheinen von BRCA abstecken und mitbestimmen. Dabei ist deutlich geworden, dass Konstruktion nicht einfach und schon gar nicht vollständig möglich war, weil die Natur des Gens ihre eigenen Sperrigkeiten aufwies.“ (Palfner 2009: 126)

Palfner weist bezüglich der Vererbung der Brustkrebsgene auf deren Geschlechtsneutralität und die Tatsache hin, dass auch Männer potentielle BRCA-Mutationsträger sein können (siehe oben). Sie begründet diese oftmaligen Fehlinterpretationen mit den negativen Verknüpfungen von Vererbung und Krankheit. Hinzu komme, dass Brustkrebs allgemein als weibliche Krankheit angesehen werde (da diese mehrheitlich bei Frauen auftrete) und daher „die Verdrängung des möglichen männlichen Beitrags zu dieser Erkrankung“ fördere (vgl. Palfner 2009: 87/88). Palfners Erklärung dazu:

„Ich meine, dass das Pathologische in die Vererbung wanderte und somit die Vererbung – wenn auch wissenschaftlich geschlechtslos – als Teil eines vergeschlechtlichen Wissensbestandes existieren kann und konnte. Eine Verkettung von Brustkrebs, weiblicher Krankheit, Weitergabe von Krankheit über die weibliche Linie, kranken Genen und erkrankten Frauen. In der Summe verdichtete sich dabei ein Brustkrebs-Wissen darüber, dass pathogene Vererbung weiblich ist.“ (Palfner 2009: 88)

Die Autorin spricht diesbezüglich von einem paradoxen Verhältnis, denn – wie dies schon betont wurde –

„Vererbung ist im Falle von Familiärem Brustkrebs genetisch betrachtet geschlechtsneutral.[…]Von fachlicher, genetisch-medizinischer Seite und in Aufklärungsbroschüren wird sehr wohl auf den geschlechtsneutralen Vererbungsgang und damit auf Männer als Mutationsträger hingewiesen." (Palfner 2009: 88)

Palfners Ansicht nach entwickle sich nun im Gegensatz zu der oben geschilderten „Feminisierung" des Brustkrebses eine Tendenz, welche die Krankheit auf eine geschlechtsneutrale Ebene bringe, sodass „jeder Träger[..]ein erhöhtes Risiko für eine Krebserkrankung" habe. (Vgl. Palfner 2009: 88). Dazu schreibt sie:

„Ich stelle mir das Verhältnis zwischen disziplinärem Vererbungswissen und dem dargestellten Wissen über Krankheit und Geschlecht im Bild eines *inneren Ausschlusses* vor. Krankheit und Geschlecht wurden in die molekulare Forschung eingeschlossen, gerade weil man den Forschungsgegenstand nur über das Material (Stammbäume und Blutproben), also über den Menschen, also über die Frauen, erreichen konnte. Gleichzeitig wurde der Vererbungsmodus nicht spezifisch geschlechtlich definiert und insofern konnte Geschlecht aus dem Vererbungsmodus ausgeschlossen werden. Das Brustkrebs-Gen wurde von Anbeginn an als ein Universales gefasst, weil es alle Menschen zu ihrer genetischen Ausstattung zu zählen hätten." (Palfner 2009: 89)

Es wird deutlich, dass der Entstehungskontext von Brustkrebsgenen bzw. die Ursachen der Erkrankung „Brustkrebs" an sich viele Fragen offen lassen und so kann mit den Worten Palfners abschließend gesagt werden:

„Meines Erachtens ist es erstaunlich, dass das Brustkrebs-Gen, also der Gegenstand, um welchen sich alles drehte und wendete, seltsam unangetastet bleibt. Zwar lernen wir einiges über sein Werden (im Labor) und über sein Wirken (in Gesellschaft, aber wir lernen scheinbar kaum etwas darüber, was das für genau ein Gegenstand war, der entdeckt/erfunden/konstruiert wurde." (Palfner 2009: 126)

Es darf die Tatsache, dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können (ca. 1 %), nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Marosi et.al 2004: 132):

„Nachdem früher die Meinung vorherrsche, dass die Mammakarzinome bei Männern schlechter verlaufen als bei Frauen, zeigen die neueren Analysen nach Berücksichtigung des Lebensalters, der Begleiterkrankungen und des Tumorstadiums, dass der Verlauf bei beiden Geschlechtern nicht unterschiedlich sein dürfte." (Marosi et.al 2004: 132)

Interessant ist dazu die Anmerkung von Marosi et. al, dass die „psychologische Bürde dieser Patienten[..]ganz besonders schwer zu tragen [ist], da sie an einer Erkrankung leiden, die eigentlich zum anderen Geschlecht ‚gehört'" (Marosi et.al 2004: 132). Doch nicht nur bei den Brustkrebs*genen* im Speziellen, sondern bei der Brustkrebserkrankung an

sich scheint eine Verknüpfung zur Kategorie „Geschlecht“ zu bestehen (vgl. dazu Kapitel 5.1.1 Geschlechtsspezifische Organtumore). Die Medizinanthropologin Sahra Gibbon schreibt ebenfalls in ihrem Buch „Breast Cancer Genes and the Gendering of Knowledge“:

„The meaning of breast cancer, perhaps more than any other form of cancer, is closely associated with ideas and representations of the female body. It has and continues to be subject to and constituted by range of historically diverse and contradictory meanings (Lacquer 1990; Martin 1989; Bordo 1993).” (Gibbon 2007:11)

Diese Verbindung von „Weiblichkeit“ und Brustkrebs könnte auf den „Brustkrebs-Aktivismus“, der seine Wurzeln in der Frauengesundheitsbewegung hat, zurückzuführen sein. Im Kontext dieser Bewegungen ist es darum gegangen, auf die „Ausblendungen“ der Frauenkörper in der Medizin und auf die Bedürfnisse der Patientinnen hinzuweisen (vgl. Kapitel 2). Gibbon bemerkt dazu:

„Scientific research focused on breast cancer has come to occupy an increasingly prominent space in cancer research over the last 15/20 years, partly in response to the burgeoning growth in gendered health activism around the disease.“ (Gibbon 2007:11)

So weist auch die Wissenschaftlerin Bonnie B. Spanier zur Etablierung des Brustkrebses in der Biomedizin auf die feministische Gesundheitsbewegung hin und erklärt:

„The 1990s grassroots movement to recognize and eliminate the breast cancer epidemic constituted another wave of women’s health activism, revealing the dearth of research and lack of accuracy in breast cancer information which was fueled by strong corporate and industrial medical forces.” (Spanier 2010: 99)

Wenn von Brustkrebs gesprochen wird, stehe dabei die weibliche Brust als „Risikoorgan“ im Mittelpunkt (vgl. Voss/Lhoff: 2004: 439). So würden laut Gibbon die Bedeutungen, welche dem Komplex Brustkrebs zugeschrieben werden, in einer machtvollen Verflechtung von Geschlecht und Sexualität auftreten (vgl. Gibbon 2007:11):

„Just as the meaning of breast cancer reflects and informs particular representations of women, gender and the female body are also enmeshed with recent developments in breast cancer genetics. If, as Butler argued, ‘materiality’ is a site at which ‘gender is continuously played out’ (1993), then breast cancer genes and the kinds of bodily and technological ‘matter’ enlisted and elicited by new genetic knowledge also have consequences for articulations of gender and practices of gendering. This is especially when issues of embodiment and lives experience, refracted though genetic knowledge and technologies are, to a certain extent, re-framed or displaced by the temporality of predictive knowledge and/or logistics of ‘distributed’ patienthood.” (Gibbon 2007:12)

6. Zur Wahl des Untersuchungsmaterials und Entwicklung der Forschungsfragen

„Die Materialsammlung ist zunächst ein offener, sich zunehmend schließender Prozess. Es ist eine Kunst wissenschaftlichen Arbeitens den richtigen Schnitt zum günstigen Zeitpunkt zu machen. Die auszuhaltende Ambivalenz lautet: Nie ist es genug und je mehr man über seinen Gegenstand in Erfahrung bringt, desto mehr weiß man auch, was es noch zu erforschen gäbe. Insofern ist es illusorisch, auf die Sättigung eines Fasses ohne Boden zu hoffen. Worauf man allerdings hoffen darf, ist ein sich herauskristallisierendes Gefühl, mit dem Material an einen Punkt zu gelangen, von dem aus man eine eigene Geschichte erzählen kann.“ (Palfner 2009: 31)

Wie sieht nun meine persönliche Geschichte, die ich hier erzählen will, aus? Wie kam ich zu meinem Thema? Welche Fragestellungen sind für meine Untersuchung relevant und nach welchen Kriterien wählte ich meinen Corpus aus?
Als ich im Internet bzw. auf Google anfing zum Thema Gendermedizin in Österreich zu recherchieren, tauchte zu Beginn auf der Webseite der Medizinischen Universität unter der Rubrik „Gender Medicine“ der Name Alexandra Kautzky-Willer auf. Neben einem Bild der Universitätsprofessorin war ein kurzer Text unter dem Titel „Mission Statement“ zu finden, in dem das Fach erklärt wurde. Die Beschreibung lautete:

„Der interdisziplinäre, wissenschaftliche Zugang der Gender Medicine erforscht biologische und psychosoziale Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die sowohl das Gesundheitsbewußtsein als auch die Entstehung und Wahrnehmung von, wie auch den Umgang mit Krankheiten betreffen (‚bio-psycho-soziales Modell‘). Die geschlechtsabhängigen Unterschiede sind teilweise augenfällig, teilweise subtil und in vielen Bereichen noch wenig bekannt. Klinisch relevante neue Kenntnisse sollen in die klinische Praxis Einzug finden und zu einer männer- bzw. frauengerechten optimierten Behandlung führen.“ (http://www.meduniwien.ac.at/orgs/index.php?id=1691, online 18.10.2012)

Was mir bei dieser Beschreibung auffiel, war die Betonung der Differenzen zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Krankheit und Gesundheit. Trotz der Erwähnung wechselseitiger Einflussfaktoren (siehe Zitat: bio-psycho-soziales Modell) war meiner Interpretation nach sprachlich der Fokus relativ stark auf die Geschlechterdifferenzen gesetzt worden. Dies war das entscheidende Moment, in dem mein Interesse für eine diesbezügliche Untersuchung geweckt wurde. Was die Methodenwahl betraf, so hielt ich für diese Art von Fragestellungen eine Inhaltanalyse am adäquatesten, da ich dadurch die Literatur zu Gendermedizin und eine kritische Interpretation in das Zentrum meiner Arbeit stellen konnte.

Nachdem die ersten Grenzen in Hinsicht auf den Themenfokus gezogen worden waren, ging es darum, grundsätzliche Fragestellungen zu formulieren und den Corpus, der analysiert werden sollte, auszuwählen.

Auf der besagten Internetseite konnte ich unter der Rubrik „Gender Medicine“ im Beriech der neuerschienen Literatur zwei für meine Studie relevanten Werke zum Thema Gendermedizin finden, dessen Herausgeberin die Medizinprofessorin Kautzky-Willer ist: 1. „Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie“ (UTB Böhlau Verlag) und 2. „Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin“ (Orac Verlag).

Diese Bücher sind mein Corpus, der im Rahmen diese Arbeit untersucht werden soll. Die Aktualität (beide sind im Jahr 2012 erschienen) und die Art der Auseinandersetzung mit dem Thema Gendermedizin (es handelt sich um zwei unterschiedliche Arten von Sachbüchern; siehe unten) sind hinsichtlich der Auswahlkriterien für meine Untersuchung von besonderer Relevanz. Zudem ist die Tatsache, dass Alexandra Kautzky-Willer zur ersten österreichischen Professorin für das Fach Gendermedizin ernannt wurde und daher gleichsam als öffentliche Repräsentantin dieser relativ neuen Disziplin gilt besonders interessant, aber auch wichtig. Denn auf diese Weise wird ein allgemeiner und gesellschaftskritischer Blick ihrer Veröffentlichungen zu Gendermedizin ermöglicht, da die Autorin mit diesen ein breites Publikum (siehe unten) erreicht und ihr Diskurs in Folge dessen auch einen gewissen Grad an Wirkmächtigkeit hat.

6.1 Zur Person Alexandra Kautzky-Willer und ihrer Position in der österreichischen Gendermedizinforschung

Alexandra Kautzky-Willer wurde 1962 in Wien geboren und hält seit Januar 2010 als erste Professorin den Lehrstuhl für Gendermedizin in Österreich. Ihre Spezialgebiete sind die Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen. Die Habilitation machte Kautzky-Willer 1997 an der Medizinischen Fakultät in Wien. Als Fachärztin für Innere Medizin übernahm sie 2002 die Leitung der Diabetesambulanz und Adipositasambulanz an der Universitätsklinik. Neben ihrer Vorstandposition in der österreichischen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin ist sie auch in internationalen Bereichen tätig, z.B. als Gutachterin medizinischer Fachjournale.

(Vgl.http://www.meduniwien.ac.at/homepage/newsundtopstories/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1075&cHash=f1732d2870, online 28.10.2012) Zudem wird auf der MedUni-Seite beschrieben, dass Kautzky im Rahmen einer Untersuchung zu Diabetes bei Schwangeren zu der Erkenntnis kam,

„dass sich die Entstehung der Diabetes bei Frauen von der bei Männern unterscheidet und Frauen häufiger eine gestörte Glukosetoleranz[…]aufweisen. Frauen mit Diabetes weisen mehr kardiovaskuläre Risikofaktoren auf und erreichen die vorgegebenen Zielwerte für Blutdruck und Lipide seltener als Männer mit Diabetes."
(http://www.meduniwien.ac.at/homepage/newsundtopstories/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1075&cHash=f1732d2870, online 28.10.2012)

Die Vergabe der ersten Professur wird mit den folgenden Worten erklärt:

„Ziel der neu geschaffenen Professur ist der Auf- und Ausbau einer nationalen und internationalen Wissenschaft-Netzwerkes, sowie einer fächerübergreifenden Einrichtung ‚Gender-Medizin' an der MedUni Wien. Ausgehend vom trans- und multidisziplinären Kernbereich Endokrinologie und Stoffwechsel sollen fächerübergreifende Forschungsvorhaben realisiert werden und die Lehre auf wissenschaftsbasierten Grundlagen weiterentwickelt werden. In diesem Sinne wird 2010 auch erstmals ein postgradueller Lehrgang zur ‚Gender Medicine' starten. [..] Kautzky-Willer: ‚Eine Vision ist es, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit Grundlagenwissenschaft und klinische Forschung zu verknüpfen, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Geschlechterforschung in verschiedenen Fachgebieten zu verfolgen'."(http://www.meduniwien.ac.at/homepage/news-und-topstories/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1075&cHash=f1732d2870, online 28.10.2012)

6.2 Haupt- und Nebenfragestellungen

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit möchte ich mich mit dem Feld der Gendermedizin im Allgemeinen beschäftigen und diesen spezifischen Medizindiskurs im Besonderen am Beispiel von Krebs bzw. Brustkrebs analysieren.
Warum (Brust)Krebs? In dem von Klaus Hurrelmann und Petra Kolip herausgegebenen Sammelband „Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich" beschreibt der Medizinwissenschaftler Dieter Borgers Krebserkrankungen als Massenerkrankungen bzw. als soziale Phänomene, die durch soziokulturelle Faktoren stark beeinflusst werden können. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Existenz geschlechtsspezifischer Organkarzinome, die zum einen kategorisch entweder nur bei Frauen (Uterus, Brust, Ovar) oder nur bei Männern (Prostata, Hoden) vorkommen sollen (vgl. Borgers 2002: 292 bzw. Kapitel 5), was wiederum den „vergeschlechtlichen" Körper, d.h. den biologischen Aspekt, in den Mittelpunkt rückt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, solche und ähnliche Zusammenhänge allgemein und bezogen auf Krebserkrankungen in der Gendermedizin zu analysieren.

Kautzky-Willer schreibt in ihrem wissenschaftlichen Studienbuch über das Zusammenwirken von biologischem (Sex) und soziokulturellem Geschlecht (Gender) in Bezug auf medizinische Prävention, Diagnose und Therapie Folgendes:

„Gender-Effekte müssen auf der Basis der stets vorhandenen biologischen Unterschiede betrachtet werden und auch die Auswirkung biologischer Faktoren ist durch den Lebensstil und die Sozialisierung beeinflusst." (Kautzky-Willer 2012: 9)

In diesem Zitat wird hinsichtlich des Konstrukts *Gender* die Relevanz des Verhältnisses biologischer und sozialer Einflussfaktoren genannt. Dieses Verhältnis soll im Rahmen meiner Forschungsarbeit in Hinblick auf die Erklärungen der Krankheitsursachen kritisch und mithilfe folgender Fragestellungen analysiert werden:

Hauptfragestellung:
Welche Erklärungen hinsichtlich der Verbindung von Gender und ursächlicher Faktoren von Krankheiten finden sich unter einer kritischen Analyse der untersuchten Literatur zu Gendermedizin wieder?

Weitere Fragestellungen:
Wie wird das Verhältnis von Biologie und Sozialität in den Darstellungen von körperlichen Krankheiten bzw. speziell auf Krebs bzw. Brustkrebs bezogen verhandelt?

Welche Kategorien außer Geschlecht werden in der untersuchten Literatur sonst noch genannt? Ethnizität, Alter? Auf welche Art bzw. mit welchen Begriffen werden, wenn von diesen gesprochen wird, die Differenzen beschrieben?

Differenzieren sich die Aussagen in den jeweiligen Untersuchungsmaterialien? Das bedeutet, ändern sich die inhaltlichen Botschaften der populär-wissenschaftlichen Texte im Vergleich zu den wissenschaftlichen?

6.3 Definition des Corpus

Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring sollen jeweils zwei Kapitel aus den zwei Sachbüchern, welche von Alexandra Kautzky-Willer zur Fachrichtung Gendermedizin herausgegeben wurden, untersucht werden. Beide Werke sind 2012 erschienen. Das erste ist ein Sammelband mit dem Titel „Gendermedizin", der Titel des zweiten Buches, welches zusammen mit Elisabeth Tschachler, einer Wissenschaftsjournalistin, geschrieben wurde, lautet „Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin". Der Sammelband ist ein Studienbuch, welches an ein akademisches Publikum gerichtet ist. Das Letztere ist ein populär-wissenschaftliches Sachbuch.

Das Studienbuch ist in 12 Kapitel unterteilt, davon sind zwei für meine Analyse relevant, nämlich erstens die von Kautzky-Willer persönlich geschriebene Einleitung („Editorial") und zweitens der Aufsatz von Christine Marosi mit dem Titel „Gender und Krebserkrankungen. Versuch einer Standortbestimmtung in 2011".

In dem populärwissenschaftlichen Sachbuch, das in 9 Kapitel gegliedert ist, sollen ebenfalls das erste Kapitel („Ungleich besser") und das spezielle Kapitel zu Krebs („Im Kampf gegen Krebs") untersucht werden.

7. Forschungsmethode

7.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Wie bereits erwähnt, werde ich für meine Literaturanalyse nach den Grundlagen der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring gehen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass die Inhaltsanalyse eine Forschungstechnik ist, die die Beschreibung von „Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“, ermöglicht (vgl. Mayring 2010: 11).:

„Ein besonderer Vorteil inhaltanalytischen Vorgehens im Vergleich zu anderen Textanalyseansätzen ist ihre kommunikationswissenschaftliche Verankerung. Das Material wird immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden. Der Interpret muss angeben, auf welchen Teil im Kommunikationsprozess er seine Schlussfolgerungenaus der Materialanalyse beziehen will. Diese inhaltsanalytische Besonderheit sollte für qualitative Inhaltsanalyse in jedem Falle bewahrt werden, gerade weil viele quantitative Inhaltsanalysen diesen Punkt vernachlässigt haben. Der Text wird so immer innerhalb seines Kontextes interpretiert, das Material wird auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht.“ (Mayring 2010: 48)

In der Inhaltanalyse wird in den meisten Fällen, so Mayring, das Erkenntnisinteresse und der Gegenstand bzw. Bereich der Analyse von dem/der einzelnen Forschenden bestimmt, dabei spielt der „qualitative“ Aspekt eine wichtige Rolle (vgl. Mayring 2010: 11). Das Adjektiv „qualitativ“ bezieht sich auf das Mess- bzw. Skalenniveaus. Mayring erklärt das so:

„Um bei wissenschaftlichen Analysen Aussagen über den jeweiligen Gegenstandsbereich machen zu können, wird dieser gemeinhin strukturiert durch die Definition einzelner Merkmale, deren Ausprägungen untersucht werden. Dieser Vorgang wird in der empirischen Sozialforschung als Messung bezeichnet, als ‚die systematische Zuordnung einer Menge von Zahlen oder Symbolen zu den Ausprägungen einer Variable‘.“ (Mayring 2010: 11)

Im Gegensatz zu Quantitativen Analysen, die mit einer Ordinal -, Intervall - oder Ratioskala arbeiten, ist die Basis der Qualitativen Analyse die Nomialskala. Doch sehr oft kommt eine Mischung aus beiden Analysearten vor. (Vgl. Mayring 2010: 11) So wird auch in meiner „qualitativen“ Interpretation die Häufigkeit und Intensität eines Begriffes oder einer bestimmten Aussage bei der Auswertung von Relevanz sein. Der Soziologe Andreas Diekmann schreibt dazu:

„[...]Methodisch stellt sich deshalb auch stets nur die Frage, auf welchem Weg man am angemessensten zu diesen ‚qualitativen‘ Erkenntnissen gelangt. Dabei können qualifizierende und quantifizierende Aspekte in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses mit unterschiedlichem Stellenwert einfließen, fast immer wird es aber eine Kombination beider Vorhergehensweisen sein.“ (Diekman 2006: 511)

Ein weiteres Charakteristikum der Qualitativen Inhaltsanalyse ist das „systematische Vorgehen“, das bedeutet, dass die Analyse nach spezifischen Regeln abläuft, um eine „intersubjektive Nachprüfbarkeit“ zu ermöglichen. Die Systematik gehört zu einem der wichtigsten Aspekte. Zudem zeichnet eine „gute“ Inhaltsanalyse die Tatsache aus, dass die Untersuchungsergebnisse „vom jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert“ werden (vgl. Mayring 2010: 12/13):

„Sie will nicht einfach einen Text referieren, sondern analysiert ihr Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung;[…]und auch die einzelnen Analyseschritte sind von theoretischen Überlegungen geleitet. Theoriegeleitet bedeutet dabei nicht das Abheben von konkretem Material in Sphären der Unverständlichkeit, sondern heißt Anknüpfen an den Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Gegenstand.“ (Vgl. Mayring 2010: 13)

Ein letzter, wichtiger Punkt für die Definition einer solchen Analysetechnik ist die Vermeidung einer bloßen Textanalyse. Das heißt, die Inhaltsanalyse

„[…]ist eine schlussfolgernde Methode. […] Sie will durch Aussagen über das zu analysierende Material Rückschlüsse auf bestimme Aspekte der Kommunikation ziehen, Aussagen über den ‚Sender‘ (z.B. dessen Absichten), über Wirkungen beim ‚Empfänger‘ oder Ähnliches ableiten.“ (Mayring 2010: 13)

In Bezug auf die Techniken der Qauilativen Inhaltanalyse bzw. der systematischen Interpretation unterscheidet Mayring allgemein drei voneinander unabhängige Varianten: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Diese Grundtechniken beinhalten jedoch gewisse Komponenten, die bei allen drei vorkommen, zudem sind auch verschiedene Mischformen dieser Technikarten möglich (vgl. Mayring 2010: 64).:

„Es wird meist bei bestimmten Textbestandteilen angesetzt, die genauer analysiert werden (z.B. über ihren Textkontext), in eine bestimmte Richtung bewertet werden, in Beziehung zu anderen Textbestandteilen gebracht werden (meist um Textstrukturen zu konstruierten), und oft soll irgendeine Art von Zusammenfassung des Materials erreicht werden.“ (Mayring 2010: 64)

Um ein besseres Verständnis dieser drei Methoden zu ermöglichen, möchte ich im Folgenden einen bildhaften Vergleich, den Mayring anstellt, präsentieren:

„Man stelle sich vor auf einer Wanderung plötzlich vor einem gigantischen Felsbrocken (vielleicht ein Meteorit?) zu stehen. Ich möchte wissen, was ich da vor mir habe. Wie kann ich dabei vorgehen?
Zunächst würde ich zurücktreten, auf eine nahe Anhöhe steigen, von wo ich einen Überblick über den Felsbrocken bekomme. Aus der Entfernung sehe ich zwar nicht mehr die Details, aber ich habe das ‚Ding‘ als Ganzes in groben Umrissen im Blickfeld, praktisch in einer verkleinerten Form (Zusammenfassung).
Dann würde ich wieder herantreten und mir bestimmte besonders interessant erscheinende Stücke genauer ansehen. Ich würde mir einzelne Teile herausbrechen und untersuchen (Explikation).

Schließlich würde ich versuchen, den Felsbrocken aufzubrechen, um einen Eindruck von seiner inneren Struktur zu bekommen. Ich würde versuchen, einzelne Bestandteile zu erkennen, den Brocken zu vermessen, seine Größe, seine Härte, sein Gewicht durch verschiedene Messoperationen festzustellen (Strukturierung).“ (Mayring 2010: 65)

Die für meine Untersuchung relevanten Verfahrenstechniken werden die „Zusammenfassung“ und „Strukturierung“ sein (Genaueres dazu siehe nächstes Kapitel 7.1.1).

„Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

[…]

Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring 2010: 65)

7.1.1 Zur Entwicklung des Kategoriensystems

Im Zentrum einer qualitativen Inhaltsanalyse steht das Kategoriensystem. Deshalb sind im Rahmen einer solchen Untersuchung die Kategorienkonstruktion und –begründung von grundlegender Bedeutung. Kategorienschemata sind für eine Inhaltsanalyse deshalb von Bedeutung, weil sie der Forscherin/dem Forscher dadurch bezüglich des Materials die Herausbildung einer Struktur ermöglichen. (Vgl. Mayring 2010: 83-92) „Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring 2010: 92). Die Wahl und Definition der Kategorien ist ein „sensibler Prozess“ und für die Richtung, in welche die gesamte Untersuchung geht, bestimmend. Meine Kategoriendefinition erfolgt im Sinne der strukturierenden Inhaltanalyse prinzipiell theoriegeleitet, d.h. die Kategorien wurden in einem „Operationalisierungsprozess auf das Material hin entwickelt“ und „in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring 2010: 92). Jedoch wurde eine Kategorie, nämlich das „Alter“, direkt aus dem Material abgeleitet (zusammenfassende Inhaltsanalyse, induktives Verfahren). Für meine Untersuchung gehe ich im Anschluss an Mayring methodisch folgendermaßen vor:

„1. Definition der Kategorien
Es wird genau definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen.

2. Ankerbeispiele
Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen.

3. Kodierregeln
Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.“ (Mayring 2010: 92)

Aus dem Theoriehintergrund und dem gewählten Untersuchungsmaterial heraus ergaben sich für meine Inhaltsanalyse folgende Hauptkategorien, welche im untersuchten Text mehrfach gezählt wurden:

1. Geschlecht:

- **Differenz**
- **Frauen**
- **Männer**

2. Ursache:

- **Biologie**
- **Sozialität**
- **Embodiment**

3. Alter

4. Ethnizität

Ad Geschlecht

Zur Hauptkategorie „Geschlecht“ gehören die Unterkategorien „Differenz“, „Frauen“ und „Männer“. Mithilfe dieser Kategorisierung soll in den ausgewählten Passagen nach den Argumentationen, die sich auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder entweder nur auf Frauen bzw. nur auf Männer beziehen, gesucht werden. Dazu wird nicht nur jener Inhalt, der sich auf die Ursache einer Krankheit bezieht, gezählt, sondern auch generelle Aussagen, welche auf die Geschlechterdifferenz oder ein bestimmtes Geschlecht hinweisen. Kommen mehrere Unterkategorien in einer Textpassage zusammen, so werden diese einzeln gezählt.

Ankerbeispiele:

„Differenz“

„Erkenntnisse, dass Männer und Frauen sich in ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten unterscheiden und auch Krankheiten in einem unterschiedlichen Erscheinungsbild präsentieren und erleben sowie auf Therapien unterschiedlich ansprechen können, müssen in der Medizin berücksichtigt werden.“(Kautzky-Willer 2012: 7)

„Frauen“

„Auch wenn eine geschlechtsspezifische Analyse durch die Notwendigkeit einer größeren Probandenzahl, vor allem bei weiterer Berücksichtigung des Hormonstatus bei Frauen, zunächst möglicherweise höhere Kosten verursachen würde, so würden die Daten eine klarere Aussage bezüglich Nutzen und Risiken spezifischer Gruppen ermöglichen.“ (Kautzky-Willer 2012: 11)

„Männer“

„Die perinatale Sterblichkeit und die Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter ist bei Knaben größer als bei Mädchen, die Säuglingssterblichkeit beträgt derzeit in Österreich 5,5 % für Knaben und 3,8 % für Mädchen. Die niedrigste Sterblichkeit findet sich im Volksschulalter bei beiden Geschlechtern mit ungefähr 0,1 %. Im Alter von 20 Jahren ist die Mortalitätsrate bei den männlichen Jugendlichen knapp zehn Mal höher , und somit mehr als doppelt so groß wie bei den gleichaltrigen Mädchen. Die ist insbesondere auf motorisierte Unfälle sowie Sportunfälle durch risikoreiches Verhalten der Burschen zurückzuführen, aber auch durch eine höhere Suizidrate.“ (Kautzky-Willer 2012: 13)

Ad „Ursache“

Die Hauptkategorie „Ursache“ beinhaltet zum ersten den für die Ursachen der Erkrankungen verantwortlich gemachten biologischen Aspekt (Unterkategorie „Biologie“) und zum zweiten die sozialen Faktoren (Unterkategorie „Sozialität“), mit denen Krankheitsverläufe begründet werden. Als drittes ist die Unterkategorie „Embodiment“ angeführt. Hierzu zählen alle Argumentationen, die auf das Zusammenwirken von biologischen und sozialen Einflüssen hinweisen. Das Konzept des Embodiments und seiner Bedeutung im Rahmen dieser Untersuchung wurde in Kapitel 4.4 behandelt. Auch hier gilt, dass wenn mehrere Unterkategorien in einer Textpassage vorkommen, sie dann alle einzeln gezählt werden.

Ankerbeispiele:

„Biologie“

„So konnte mittels Gen-Chips und Microarray-Analysen, ein Geschlechtsdimorphismus in Bezug auf die Genexpression in verschiedenen Geweben mit großer Schwankungsbreite festgestellt werden. In Populationsstudien wurden Gender-Gen-Interaktionen beim Blutdruck gezeigt, die therapeutisch relevant sein können[…]. Das Geschlecht und der Einfluss der Sexualhormone müssen deshalb auch bei genetischen Untersuchungen beachtet werden.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

„Sozialität“

„Die ebenso wichtigen Gender-Unterschiede werden durch soziale Faktoren verursacht und verstärkt, also durch Verhalten, Rollenerwartungen, Kulturkreis, Religion, Familie, Lebensform und die Gesellschaft beeinflusst. Geschlecht kann somit auch als soziales Konstrukt gesehen werden und Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten müssen stets auch vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Biographie und Lebenswelt verstanden werden.“ (Kautzky-Willer 2012: 9)

„Embodiment“

„Bereits jetzt ist jedenfalls eine individualisierte Therapie möglich durch eine Anpassung von Behandlungsalgorithmen entsprechend der aktuellen Krankheitsphase und dem speziellen klinischen Bild der Erkrankung, unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Organfunktionen, dem im Einzelfall zu erwartenden Behandlungserfolg sowie des persönlichen Umfelds und der Lebensqualität der Betroffenen.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

Ad „Alter“

Zu der Kategorie „Alter“ gehören alle Aussagen, die sich auf das Lebensalter beziehen (vgl. dazu Kapitel 5.2)

Ankerbeispiel:

„Generell müssen auch mehr Studien im höheren Lebensalter gefordert werden, da gerade diese Personengruppe eine Vielzahl von Medikamenten einnimmt und Interaktionen oft unzureichend berücksichtigt werden.“ (Kautzky-Willer 2012: 11)

Ad „Ethnizität“

Die Kategorie „Ethnizität“ beinhaltet Aussagen, die sich auf Aspekte der kulturellen Differenzen oder bestimmte ethnische Personengruppen beziehen (vgl. dazu Kapitel 4.5).

Ankerbeispiel:

„Tatsächlich war die Mütter-Sterblichkeit früher ein großes Problem und ist in manchen Entwicklungsländern nach wie vor für eine geringere Lebenserwartung der Frauen verantwortlich.“ (Kautzky-Willer 2012: 11/12)

8. Forschungsergebnisse: Zusammenfassung und Interpretation der untersuchten Literatur

Die Ergebnispräsentation beginnt jeweils mit einer inhaltlichen Zusammenfassung der Kapitel bzw. Unterkapitel des untersuchten Literaturcorpus sowie einer quantitativen Extraktion der Kategorien in den Texten. Es folgt eine qualitative Feinanalyse der Textstellen, aus denen die Kategorien extrahiert wurden, mit besonderem Blick auf die hergestellten Zusammenhänge zwischen den Kategorien, und eine abschließende Conclusio mit Interpretation.

8.1 Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra (2012): Editorial. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 7-16

8.1.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien

Dieses erste Kapitel im Studienbuch, das von Kautzky-Willer geschrieben wurde, ist eine Einleitung zum Fach „Gendermedizin“ und dessen allgemeine Bedeutung in der modernen Medizin und Forschung. Der Text fängt mit dem Hinweis auf das Konzept der „personalisierten Medizin“ und dessen Verbindung zu genderspezifischer Medizin an. Im Anschluss werden die Kategorien Gender und Sex und deren Verwendung in der Gendermedizin sowie mögliche Problematiken der Berücksichtigung von Gender in der Grundlagenforschung expliziert. Nach einer Auseinandersetzung zum Thema genderspezifischer Sterblichkeitsraten wird das Editorial mit einer Aufzählung der grundlegenden Ziele, die das Lehrbuch hat, abgeschlossen.
Das untersuchte Kapitel ist in den folgenden 6 Unterkapitel unterteilt: 1. Spannende Herausforderung Gendermedizin; 2. Personalisierte Medizin; 3. Sex & Gender; 4. Gender-Aspekte bei Medikamentenstudien und Translationaler Forschung sind gefordert; 5. Warum Frauen länger leben und Männer früher sterben, …Männer aber besser leben; 6. Ziel des Lehrbuchs; (7. Literatur)

Ad Unterkapitel 1. Spannende Herausforderung Gendermedizin

Im einleitenden Unterkapitel erläutert Kautzky-Willer den allgemeinen Stellenwert der Gendermedizin. Die Autorin betrachtet diese als eine Herausforderung der Moderne und betont die Bedeutung einer Kombination von Wissenschaft und Praxis, welche ihrer Meinung nach bedeutend ist und vom Fach Gendermedizin zunehmend auch erfüllt wird. Weiters wird die Relevanz des Geschlechts im gendermedizinischen Feld erläutert.

Häufigkeit der Kategorien: In diesem Unterkapitel ist einmal die Kategorie „Geschlecht: Differenz" zu finden (vgl. Tabelle 1).

Ad Unterkapitel 2. Personalisierte Medizin

Im zweiten Unterkapitel wird der Stellenwert der Gendermedizin und deren Platz in der „personalisierten Medizin" behandelt. Personalisierte Medizin bedeutet Kautzky-Willers Erklärung nach, dass für die Diagnose und Therapie neben der Beachtung der Geschlechtszugehörigkeit auch die individuelle Lebenslage und genetische Ausstattung entscheidend sind. Zudem hat das Unterkapitel die Problematik der praktischen Integration von Geschlecht und Alter in der Forschung zum Thema. Dabei geht es um die Frage, welche Faktoren Krankheitsentwicklung beeinflussen. Neben sozialen Einflüssen wie Verhalten, Lebensbedingung und Ernährung wird auch die Relevanz von Geschlecht und Alter in genetischen Krankheitsanalysen erläutert.

Häufigkeit der Kategorien: Im diesem Unterkapitel ist die Kategorie „Geschlecht: Differenz" dreimal zu finden. Zudem wird die Kategorie „Ursache: Biologie" zweimal und die Kategorie „Ursache: Embodiment" einmal angesprochen. Die Kategorie „Alter" konnte in zwei Textpassagen extrahiert werden (vgl. Tabelle 1).

Ad Unterkapitel 3. Sex & Gender

In diesem Kapitel wird das Sex/Gender-Konzept und seine Bedeutung für Gendermedizin erklärt. Kautzky-Willer beschreibt, dass sich Gendermedizin sowohl mit Unterschieden, als auch mit Gemeinsamkeiten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern auseinandersetzt. Dabei spiele die Bezugnahme auf das Sex/Gender- Konzept, so die Autorin, eine wichtige Rolle. Dieses Kapitel bietet eine Begriffserklärung dieser beiden Faktoren im medizinischen Kontext.

Häufigkeit der Kategorien: Das Unterkapitel weist jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", „Ursache: Biologie", „Ursache: Sozialität", „Ursache: Embodiment" und „Ethnizität" auf (vgl. Tabelle 1).

Ad Unterkapitel 4. Gender-Aspekte bei Medikamentenstudien und Translationaler Forschung sind gefordert

Kautzky-Willer behandelt im 4. Unterkapitel den Stellenwert der Kategorie Gender in der Grundlagenforschung und den Studien, in welchen Medikamente getestet werden. Sie beschreibt die Geschlechterpräferenz bei gewissen durchgeführten medizinischen Untersuchungen, die laut ihrer Aussagen überwiegend Männer betreffe. Zudem fordert die Autorin in solchen Analysestudien eine größere Fokussierung auf Personengruppen höheren Alters, da von diesen eine Vielzahl an Medikamenten konsumiert und die gegenseitige Beeinflussung von Alter und Geschlecht nicht immer in den Studien näher untersucht werde. Zudem wird auch erklärt, welche Auswirkungen Geschlecht und Alter, auch in Verbindung zueinander (z.B. alte, alleinlebende Frauen), auf die Teilnahme in Forschungsstudien haben könnten.

Häufigkeit der Kategorien: In diesem Unterkapitel lassen sich Textausschnitte finden, die zweimal die Kategorie „Geschlecht: Differenz“, viermal die Kategorie „Geschlecht: Frauen“ und zweimal die Kategorie „Geschlecht: Männer“ betreffen. Zudem taucht einmal die Kategorie „Ursache: Biologie“ und zweimal die Kategorie „Alter“ auf (vgl. Tabelle 1).

Ad Unterkapitel 5. Warum Frauen länger leben und Männer früher sterben, …Männer aber besser leben

Dieses Unterkapitel hat allgemein die geschlechtsspezifische Lebenserwartung und die dafür möglichen Ursachen zum Thema. Kauztky-Willer geht hier der Frage nach, welche Erklärungen es für jene Statistiken gibt, die eine höhere Lebenserwartung der Frauen im Vergleich zu Männern (die Differenz beträgt 5 bis 6 Jahre) in westlichen Ländern aufzeigen. Die Autorin betont, dass für dieses sogenannte „Geschlechter-Mortalitäts-Paradoxon“ noch keine eindeutigen Gründe festgestellt worden seien, dass aber davon ausgegangen werden könne, dass sowohl biologische als auch soziale Faktoren einen Einfluss auf die geschlechtsspezifische Lebenserwartung hätten.

Häufigkeit der Kategorien: Es sind Textpassagen zu finden, die dreimal die Kategorie „Geschlecht: Differenz“, siebenmal die Kategorie „Geschlecht: Frauen“ und dreimal die Kategorie „Geschlecht: Männer“ ansprechen. Die Häufigkeit der Kategorie „Ursache: Biologie“ beträgt hier dreimal, jene der Kategorie „Ursache: Sozialität“ sechsmal. Die Kategorie „Ursache: Embodiment“ kommt dreimal, die Kategorie „Alter“ zweimal und die Kategorie „Ethnizität“ einmal vor (vgl. Tabelle 1).

Ad Unterkapitel 6. Ziel des Lehrbuchs

Im sechsten Unterkapitel werden pointiert die grundlegenden Ziele des gesamten Sachbuches erklärt. Dazu zählt nach Kautzky-Willer unter anderem die Darstellung „geschlechtsspezifischer Daten" häufiger chronischer Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Störungen, Tumorerkrankungen, unterschiedliche Stoffwechselstörungen) mit den möglichen biologischen, psychologischen und sozialen Ursachen bzw. Zusammenhängen. Das Buch sei, so die Autorin, vor allem an MedizinstudentInnen und ÄrztInnen, d.h. an Personen, welche in Gesundheitsbereichen tätig sind, gerichtet. Es solle „durch Vermittlung eines breiten fächerübergreifenden Wissens zu einer besseren, ganzheitlichen Medizin im Rahmen des biopsychosozialen Konzepts unter Berücksichtigung der Frauen- und der Männerperspektive [beitragen]" (Kautzky-Willer 2012: 15).

Häufigkeit der Kategorien: Im abschließenden Unterkapitel konnten jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", „Ursache: Sozialität" und „Ursache: Embodiment" extrahiert werden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Kategorienhäufigkeiten im gesamten Text (Unterkapitel (UK) 1 – 6)

Kategorie:	**UK 1**	**UK 2**	**UK 3**	**UK 4**	**UK 5**	**UK 6**	***GESAMT***
1.Geschlecht: Differenz	1	3	1	2	3	1	***11***
1.Geschlecht: Frauen				4	7		***11***
1.Geschlecht: Männer				2	3		***5***
2.Ursache: Biologie		2	1	1	3		***7***
2.Ursache: Sozialität			1		6	1	***8***
2.Ursache: Embodiment		1	1		3	1	***6***
3.Alter		2		2	2		***6***
4.Ethnizität			1		1		***2***

8.1.2 Qualitative Feinanalyse

In der qualitativen Feinanalyse geht es darum, aufzuzeigen, an welchen Stellen die Kategorien sichtbar werden und wo es in den Textstellen zu einer Überschneidung von Kategorien kommt bzw. wo der wechselseitige Bezug der einzelnen Kategorien zueinander deutlich wird.

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht" und „Ursache"

Zur Hauptkategorie „Geschlecht" gehören jene Textstellen, welche entweder explizit oder implizit auf die „Differenz" bezüglich eines Krankheitsbildes hinweisen, oder Argumentationen beinhalten, die sich entweder nur auf „Frauen" oder nur auf „Männer" beziehen.
Die Hauptkategorie „Ursache" beinhaltet jene Aspekte, die sich auf ursächliche Erklärungen hinsichtlich Krankheitsbilder beziehen. Dabei geht es um Einflussfaktoren, die durch die Komponenten „Biologie" *oder* „Sozialität" gekennzeichnet sind. Werden diese beiden zusammengedacht, so handelt es sich um die Kategorie „Embodiment".
Im Großteil der Fälle finden sich in ein und derselben Textpassage mehrere Kategorien, sowohl Haupt- als auch Unterkategorien, wieder, welche auch jedes Mal einzeln gezählt wurden. Welche Stellen einzelne Kategorien beinhalten und welche Arten von Überschneidungen es in weiterer Folge hinsichtlich der zu „Geschlecht" gehörenden Unterkategorien mit jenen Unterkategorien der „Ursache", der Kategorie „Alter" und der Kategoire „Ethnizität" gibt, soll anhand der folgenden Beispiele dargestellt werden.

„Differenz"

Im einleitenden Unterkapitel zu Gendermedizin ist besonders der zweite Satz hinsichtlich der Kategorie „Differenz" aussagekräftig. Kautzky-Willer beschreibt an dieser Stelle die Bedeutung des Geschlechts im gendermedizinischen Feld. Dabei fällt auf, dass innerhalb dieses einen Satzes einmal das Wort „unterscheiden" und zweimal das Wort „unterschiedlich" gebraucht wird. Sie erklärt, wie zwischen Gesundheitsverhalten, Krankheit und Therapie je nachdem, ob es sich um eine Frau oder einen Mann handelt, differenziert werden solle und fordert – die Autorin verwendet das Wort „müssen" – dass dieser Unterscheidung in der Medizin Beachtung geschenkt werde:

„Gendermedizin ist eine spannende Herausforderung der modernen Medizin, die mittlerweile nicht nur einen wichtigen Platz in der Wissenschaft und Forschung einnimmt, sondern auch zunehmend in die ärztliche Praxis Einzug findet. Erkenntnisse, dass Männer und Frauen sich in ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten unterscheiden und auch Krankheiten in einem unterschiedlichen Erscheinungsbild präsentieren und erleben sowie auf Therapien unterschiedlich ansprechen können, müssen in der Medizin berücksichtigt werden." (Kautzky-Willer 2012: 7)

„Differenz" und „Biologie"

Im Kapitel bezüglich der Medikamentenstudien (Unterkapitel 4) kann ein Textausschnitt hervorgehoben werden, in dem Kautzky-Willer die Wichtigkeit der Sichtbarmachung geschlechtsspezifischer Differenzen in der Grundlagenforschung erläutert:

„Insofern ist in der Gendermedizin ein naturwissenschaftliches Herangehen und vor allem auch vermehrt Grundlagenforschung notwendig um die in epidemiologischen Untersuchungen und großen Datensätzen dargelegten Unterschiede zwischen Männern und Frauen näher zu beleuchten und ursächliche Zusammenhänge für Unterschiede zwischen den Geschlechtern, also für den Vorteil eines Geschlechts, herauszufinden; damit kann schließlich die Basis geschaffen werden, neue Therapieansätze insbesondere auch für das benachteiligte Geschlecht zu finden." (Kautzky-Willer 2012: 9)

In einem anderen Zitat findet sich eine weitere Verschränkung der Unterkategorie „Differenz" mit jener der „Biologie". So spricht die Autorin in Bezug auf genetische Krankheitsanalysen in der personalisierten Medizin von der Relevanz sexualhormoneller Einflüsse, welchen ihrer Meinung nach in diesem Zusammenhang Beachtung geschenkt werden sollte:

„So konnte mittels Gen-Chips und Microarray-Analysen, ein Geschlechtsdimorphismus in Bezug auf die Genexpression in verschiedenen Geweben mit großer Schwankungsbreite festgestellt werden. In Populationsstudien wurden Gender-Gen-Interaktionen beim Blutdruck gezeigt, die therapeutisch relevant sein können. […] Das Geschlecht und der Einfluss der Sexualhormone müssen deshalb auch bei genetischen Untersuchungen beachtet werden." (Kautzky-Willer 2012: 8)

Einen Absatz weiter empfiehlt Kautzky-Willer allgemein in Analysen dieser Art Angaben zum Geschlecht zu machen und auch Informationen zu hormonellen Zuständen anzugeben, warum genau, wird hier nicht erklärt:

„StudienautorInnen und EditorInnen sollten darauf achten, dass bereits im Studiendesign wie bei den Publikationen das Geschlecht und nach Möglichkeit auch der Hormonstatus angegeben und berücksichtigt werden, sowohl in Zellstudien als auch bei Tierversuchen und insbesondere bei den klinischen Studien." (Kautzky-Willer 2012: 8)

In der Abhandlung zur geschlechtsspezifischen Lebenserwartung ist bezüglich biologischer Erklärungsansätze ein sehr aussagekräftiges Beispiel hinsichtlich der Genetik zu finden.

Kautzky-Willer beschreibt in diesem Zusammenhang den Einfluss der Geschlechtschromosomen auf die Lebenszeitdauer von Frauen und Männern wie folgt:

„Zu den biologischen Faktoren zählen genetische Unterschiede, wobei das doppelte X-Chromosom der Frauen einen gewissen Schutzfaktor für manche Krankheiten darstellt, insbesondere da bei Frauen eine zweite ‚Sicherheitskopie' des fehleranfälligen X-Chromosoms vorliegt. X-chromosomal vererbte Krankheiten, wie z.B. die Hämophilie, treffen hauptsächlich Männer. Auf eine schwächere Erbsubstanz wird auch meist die höhere perinatale Sterblichkeit von männlichen Nachkommen zurückgeführt. Selbst im Tierreich trifft es bei den meisten Spezies, so auch bei Schimpansen in Gefangenschaft, zu, dass die weiblichen Tiere länger leben als die männlichen Artgenossen." (Kautzky-Willer 2012: 11)

Im zweiten Kapitel, in dem die Merkmale der personalisierten Medizin erklärt werden, finden sich Hinweise hinsichtlich geschlechtsspezifischer Krankheitsäußerungen in Verbindung mit biologischen Faktoren:

„Selbst bei Erkrankungen, bei denen aufgrund genetischer Tests ein Ansprechen auf ein spezifisches Medikament besser vorhersagbar ist, [sind] noch andere biologische sowie Verhaltens- und Umweltfaktoren an der weiteren Krankheitsentwicklung beteiligt. Auch bei diesen genetisch vorselektierten PatientInnen ist es wichtig zu prüfen, ob nicht zusätzlich Unterschiede im Erscheinungsbild der Erkrankung bzw. in der Wirkung des spezifischen Medikaments bei Mann und Frau auftreten." (Kautzky-Willer 2012: 7)

„Differenz" und „Sozialität":

Kautzky-Willer erläutert beispielsweise anhand sogenannter bayrischer Klosterstudien den Einfluss sozialer Einflussfaktoren (in diesem Fall Nikotinkonsum) auf die Überlebenswahrscheinlichkeit. Bei diesem Vergleich von Nonnen und Mönchen mit der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich Lebenserwartung kam es laut der Autorin zu folgenden Ergebnissen:

„Während sich die Lebenserwartung der Nonnen[…]kaum von der der allgemeinen weiblichen Bevölkerung unterschied, war die Sterblichkeit der Mönche geringer als bei der männlichen Allgemeinbevölkerung. Die Lebensweise und der Einfluss sozialer Faktoren können bei Frauen und Männern in Klöstern im Prinzip als vergleichbar eingestuft werden, sodass Unterschiede in der Mortalitätsstatistik im Wesentlichen auf biologische Ursachen zurückgeführt werden können. Zumindest sind hier beide Geschlechter frei von Familienpflichten und von Stress-Situationen durch Beruf und Doppelbelastung. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Nonnen und Mönchen betrug in den Studien 1 bis 2 Jahre. Allerdings konnte zuletzt in den Aufzeichnungen eine geringere Zunahme der Lebenserwartung bei Mönchen im Vergleich zu Nonnen verzeichnet werden[…], was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass in Männerklöstern Rauchen nach dem zweiten Weltkrieg toleriert wurde, bei Nonnen allerdings ein generelles Rauchverbot herrscht." (Kautzky-Willer 2012: 12)

Im Anschluss daran beschreibt die Autorin weitere soziale Einflussfaktoren, welche in manchen europäischen Ländern wie Österreich und Italien je nach Gebiet variieren würden:

„Der Einfluss sozialer Faktoren, der Umwelt und der Lebenssituation spiegelt auch ein West-Ost-Gefälle in der Lebenserwartung in Österreich und ein Nord-Süd-Gefälle in Italien wieder. [...] Das kann auch durch das geringere Vorkommen von Adipositas und Diabetes im Westen Österreichs zumindest teilweise erklärt werden[…]. Außerdem können Unterschiede in der Lebenserwartung auch vom Sozialstatus und der Armutsverteilung, dem Bildungsstatus und dem Status der Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit beeinflusst werden. (Kautzky-Willer 2012: 13)

„Differenz", „Biologie" „Sozialität", „Embodiment"

In Unterkapitel 3 „Sex & Gender" wird eine entsprechende Textstelle sichtbar, in der die Kategorien „Differenz", „Biologie" und „Sozialität" miteinander verschränkt werden. Auffällig ist hierbei, dass, obwohl Kautzky-Willer von einer Wechselwirkung biologischer und sozialer Faktoren spricht, sie trotzdem von konstanten biologischen Unterschieden ausgeht, was zu einer Verstärkung der Unterkategorien „Differenz" und „Biologie" führt :

„Gender-Effekte müssen auf der Basis der stets vorhandenen biologischen Unterschiede betrachtet werden und auch die Auswirkung biologischer Faktoren ist durch den Lebensstil und die Sozialisierung beeinflusst." (Kautzky-Willer 2012: 9)

Auch bei der weiteren Beschreibung des Sex/Gender-Konzepts taucht, sowohl in Bezug auf das biologische als auch auf das soziale Geschlecht, eine wiederholte Betonung der geschlechtsspezifischen Differenzen auf:

„Sex-Unterschiede sind durch biologische Unterschiede erklärbar, bezeichnen also im Wesentlichen genetische und hormonelle Unterschiede, Unterschiede im Körperbau, Größe und Funktion bestimmter Organe und Enzymaktivitäten sowie Unterschiede im Stoffwechsel und Energiehaushalt.
Die ebenso wichtigen Gender-Unterschiede werden durch soziale Faktoren verursacht und verstärkt, also durch Verhalten Rollenerwartungen, Kulturkreis, Religion, Familie, Lebensform und die Gesellschaft beeinflusst." (Kautzky-Willer 2012: 9)

„Differenz", „Frauen", „Männer" und „Sozialität"

Es sind zudem Argumentationen zu finden, in welchen Kautzky-Willer Frauen ein höheres Gesundheitsbewusstsein zuspricht. Dies erklärt die Autorin mit der Häufigkeit der Arztbesuche und auch einer gesundheitsfördernden Rolle, welche Frauen ihrer Meinung nach in der eigenen Familie hätten:

„Weiters wurde mehrfach gezeigt, dass Frauen eher gesundheitsbewusst leben, sich mehr als Männer für Vorsorgeuntersuchungen interessieren und auch daran teilnehmen sowie generell häufiger Arztbesuche tätigen. Obwohl sie oft ein besseres Wissen über Krankheiten besitzen, sind sie aber dennoch in vielen Bereichen schlechter eingestellt, wenn man das Erreichen von kardiovaskulären Zielwerten wie Blutdruck, Blutfette oder Blutzucker heranzieht. Oft sind Frauen innerhalb der Familie ein Gesundheits-Multiplikator, indem sie gleichzeitig den Gesundheits-Coach darstellen, deren gesundheitliche Veränderungen früher wahrnehmen, sie zum Arztbesuch motivieren und für eine gesunde Ernährung sorgen.“ (Kautzky-Willer 2012: 14)

Doch trotz dieses gesundheitsbewussteren Lebensstils und der höheren Lebenserwartung, sei, so die Argumentation, der Gesundheitszustand der Frauen diversen Statistiken nach im Durchschnitt schlechter als bei Männern:

„Obwohl also eindeutig ist, dass zumindest derzeit noch Frauen im Schnitt länger leben, gibt es zahlreiche Hinweise, dass sie weniger Zeit in gutem Gesundheitszustand erleben, dass sie insgesamt mehr chronisch krank sind und mehr Gebrechen aufweisen. Sowohl Daten aus Österreich als auch aus ganz Europa belegen, dass Frauen immer häufiger als Männer einen mäßigen bis schlechten Gesundheitszustand angeben, der zum Teil nur als subjektives Erleben erhoben wurde, teils auch bei Miterhebung von Krankheiten und körperlichen Gebrechen mit Unterschieden im körperlichen Zustand zwischen den Geschlechtern einherging.“ (Kautzky-Willer 2012: 14)

In den Erläuterungen zu den Medikamentenstudien sticht ein Beispiel hervor, in dem auf die Problematik der überwiegend männlichen Probanden in medizinischen Untersuchungen hingewiesen wird:

„Diese Befunde ergeben sich aus der Tatsache, dass Medikamente, vor allem in den frühen Prüfphasen[…], aber oft auch bevor sie tatsächlich auf den Markt kommen, weiterhin häufiger an Männern getestet werden. Sogar bei präklinischen Tierversuchen, die Untersuchungen am Menschen vorangehen, überwiegt nach wie vor die Zahl der männlichen Labortiere.“ (Kautzky-Willer 2012: 10)

In Unterkapitel 5 verdeutlicht eine Textstelle die Lebenserwartung der Geschlechter bzw. die höhere Sterblichkeitsrate der Jungen im Vergleich zu den Mädchen, deren Ursache ab dem 20. Lebensjahr mit einem spezifischen männlichen Verhaltensmuster begründet wird:

„Die perinatale Sterblichkeit und die Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter ist bei Knaben größer als bei Mädchen, die Säuglingssterblichkeit beträgt derzeit in Österreich 5,5 % für Knaben und 3,8 % für Mädchen. Die niedrigste Sterblichkeit findet sich im Volksschulalter bei beiden Geschlechtern mit ungefähr 0,1 %. Im Alter von 20 Jahren ist die Mortalitätsrate bei den männlichen Jugendlichen knapp zehn Mal höher , und somit mehr als doppelt so groß wie bei den gleichaltrigen Mädchen. Die ist insbesondere auf motorisierte Unfälle sowie Sportunfälle durch risikoreiches Verhalten der Burschen zurückzuführen, aber auch durch eine höhere Suizidrate.“ (Kautzky-Willer 2012: 13)

Im folgenden Textausschnitt sind neben der Kategorie „Differenz“ auch die Kategorien „Frauen“, „Männer“ und „Sozialität“ zu finden. Nach einer Erläuterung der biologischen Ursachen zählt Kautzky-Willer zur Erklärung geschlechtsspezifischer Lebenserwartung auch die möglichen gesellschaftlichen Faktoren, wie beispielsweise Lebensstil (Arbeit und Familie) und Alkohol- und Nikotinkonsum, welche die Dauer des Lebensalters beeinflussen könnten:

„Die Lebenserwartung ist im letzten Jahrzehnt bei Frauen weniger stark angestiegen als bei Männern[…]. Dies könnte sowohl auf eine gesündere Lebensweise der männlichen Bevölkerung als auch auf eine ungesündere Lebensweise der weiblichen Bevölkerung zurückzuführen sein. Tatsächlich wird eher letzteres vermutet, wobei der steigende Konsum von Suchtmitteln, insbesondere Nikotin aber auch Alkohol, bei Frauen ein wesentlicher Faktor zu sein scheint. Außerdem könnte auch vermehrt Stress bei Frauen durch Doppelbelastung von Familie und Beruf sowie Pflegeaufgaben innerhalb der Familie sowie eine vermehrte Aneignung des ‚männlichen, risikoreichen‘ Lebensstils bei jüngeren Frauen ursächlich sein. Untersuchungen belegen, dass bei Frauen eine Doppelbelastung zu mehr inneren Konflikten und Stress-Situationen führt als bei Männern, für die die berufliche Karriere meist klar im Mittelpunkt steht.“ (Kautzky-Willer 2012: 14)

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Alter“

Die Hauptkategorie Alter beinhaltet jene Aussagen, in denen Krankheits- und Gesundheitsfaktoren in Zusammenhang mit dem Lebensalter gebracht werden.

„Differenz“, „Alter“, „Biologie“, „Sozialität“ und „Embodiment“

Meistens wird das Alter im Zuge einer Aufzählung neben dem Geschlecht und anderen die Krankheit oder Gesundheit beeinflussenden Faktoren genannt. Dies zeigt das folgende Beispiel, in welchem Kautzky-Willer die bereits öfters angesprochene Auswahlproblematik der ProbandInnen in Klinikstudien erläutert:

„Das Alter und das Geschlecht sind seit langem als die Gesundheit maßgeblich beeinflussende Charakteristika anerkannt, die dennoch sowohl in der Grundlagen- wie in der klinischen Forschung immer noch vernachlässigt werden. StudienautorInnen und EditorInnen sollten darauf achten, dass bereits im Studiendesign wie bei den Publikationen das Geschlecht und nach Möglichkeit auch der Hormonstatus angegeben und berücksichtigt werden, sowohl in Zellstudien als auch bei Tierversuchen und insbesondere bei den klinischen Studien.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

In den Erläuterungen zur personalisierten Medizin zeigt sich eine starke Betonung der individuellen Aspekte einer solchen Medizinrichtung. Dabei wird das Zusammenwirken

mehrerer Faktoren, wie Alter, Geschlecht, soziokulturelle und biologische Aspekte, die ein Krankheitsbild beeinflussen können, betont:

„Bereits jetzt ist jedenfalls eine individualisierte Therapie möglich durch eine Anpassung von Behandlungsalgorithmen entsprechend der aktuellen Krankheitsphase und dem speziellen klinischen Bild der Erkrankung, unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Organfunktionen, dem im Einzelfall zu erwartenden Behandlungserfolg sowie des persönlichen Umfelds und der Lebensqualität der Betroffenen.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

Ein weiteres diesbezügliches Beispiel findet sich in einer Textpassage, die sich mit der Erklärung befasst, auf welche Weise und durch welche Einflüsse die Dauer der Lebenserwartung gemessen werden könne, dabei wird die Rolle gewisser DNA-Teile (Telomere) beschrieben. Nach einer Erläuterung zur Interaktion zwischen Geschlecht und Alter in Hinsicht auf die genetischen Faktoren betont Kautzky-Willer die sozialen Faktoren und deren Rolle in diesem Zusammenhang:

„Zusätzlich zeigen aktuelle Untersuchungen, dass das Geschlecht auch mit der Telomerlänge assoziiert scheint. Das biologische Alter kann anhand der Telomerlänge abgelesen werden. Telomere sind spezielle Abschnitte des menschlichen Genoms, Endstücke der DNA, welche vor Chromosomenschäden schützen und Zellalterung und Lebensspanne mitbestimmen. Im Laufe des Lebens verkürzen sie sich, sodass die Telomere bei älteren Menschen kürzer als bei Jugendlichen sind. Längere Telomere werden mit einer höheren Lebenserwartung in Verbindung gebracht und endogene Östrogene könnten Alterungsprozesse verlangsamen. Allerdings dürften hier nicht nur genetische und hormonelle Ursachen, sondern auch Unterschiede im Lebensstil mitspielen. Rauchen, Übergewicht und Stressfaktoren können die Telomerlänge verkürzen, während sich Sport positiv auf die Telomerlänge auswirkt .“ (Kautzky-Willer 2012: 12)

„Differenz“, „Frauen“ und „Alter“

Kautzky-Willer erläutert in der folgenden Textstelle die Problematik des Ausschlusses weiblicher Probandinnen in vielen Medikamentenstudien, dabei wird die Kombination der Kategorien „Frauen“ und „Alter“ sichtbar wird:

„Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen sind gerade alte, alleinlebende Frauen von vielen Krankheiten betroffen, sind aber als Probandengruppe in den meisten Studien nicht eingeschlossen. Das weibliche Geschlecht war zu fast 40 % Ausschlusskriterium in randomisierten kontrollierten Studien, gleichauf mit einem Alter über 65 Jahren[…]“ (Kautzky-Willer 2012: 11)

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Ethnizität“

Die Hauptkategorie Ethnizität beinhaltet Aspekte, die sich hinsichtlich Gesundheit und Krankheit auf die ethnische Herkunft der beschriebenen PatientInnengruppe beziehen.

„Differenz“, „Frauen“, „Biologie“ und „Ethnizität“

Die Kategorie „Ethnizität“ kommt im gesamten Text nur zweimal vor (vgl. Tabelle 1).
Die erste Textstelle, welche bereits weiter oben zitiert wurde, beschreibt den Begriff „Gender“ und enthält unter anderem den Hinweis auf den Einfluss der Kultur und Religion:

„Die ebenso wichtigen Gender-Unterschiede werden durch soziale Faktoren verursacht und verstärkt, also durch Verhalten Rollenerwartungen, Kulturkreis, Religion, Familie, Lebensform und die Gesellschaft beeinflusst.“ (Kautzky-Willer 2012: 9)

Die zweite Textpassage, zu welcher diese Kategorie zugeordnet wurde, bezieht sich auf die Erläuterungen zum ‚Geschlechter-Mortalitäts-Paradoxon‘. Kautzky-Willer beschreibt mögliche Ursachen, welche der Mütter-Sterblichkeit zu Grunde liegen könnten. Dabei stellt die Autorin die Behauptung auf, dass die Situation in gewissen „Entwicklungsländern“ auch heute noch in Bezug auf die Lebenserwartung der Frauen kritisch sei:

„Offensichtlich haben weibliche Lebewesen von Natur aus einen gewissen Vorteil, der evolutionsbiologisch betrachtet wahrscheinlich der Reproduktion, der Schwangerschaft und Geburt zur Erhaltung der Nachkommen nützen soll. Tatsächlich war die Mütter-Sterblichkeit früher ein großes Problem und ist in manchen Entwicklungsländern nach wie vor für eine geringere Lebenserwartung der Frauen verantwortlich.“ (Kautzky-Willer 2012: 11/12)

8.1.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation

In dem ersten untersuchten Kapitel des Sachbuches ergeben sich aus den sich teilweise eng verknüpften Kategorien folgende Erkenntnisse: hinsichtlich der Frage, welche Verschränkungen von Geschlecht und ursächlicher Krankheitsfaktoren genannt werden, fällt diesbezüglich die Häufigkeit der der Verschränkungen der beiden Unterkategorien „Differenz“ und „Biologie“ besonders auf. Als bestes Beispiel ist hierzu die Argumentation zu nennen, dass auf Grund evolutionsbiologischer Prozesse „weibliche Lebewesen“ einen natürlichen Vorteil gegenüber männlichen Artgenossen hinsichtlich der Lebenserwartung hätten und dies auf die Faktoren der Reproduktion und Arterhaltung zurückzuführen sei (vgl. Kautzky-Willer 2012: 11/12).

Zudem zeigt sich, dass die Unterkategorien „Biologie“ und „Sozialität“ in den Erklärungen von Kautzky-Willer verhältnismäßig zwar ungefähr gleich häufig gewertet werden, so dass die Idee des „Embodiments“ der Textanalyse bzw. der Kategorienhäufigkeit nach durchaus als ein grundsätzliches Ziel der Gendermedizin betrachtet werden kann. Allerdings ergeben sich in der untersuchten Argumentationsstruktur gewisse Problematiken, wie beispielsweise oben eben dargestellt, die aufgrund der Art der Formulierung als kritisch anzusehen sind.

In Bezug auf die Verschränkung der Kategorie „Geschlecht“ mit der Unterkategorie „Sozialität“ sind Textpassagen auffällig, in denen die Autorin unkritisch über „männliche Verhaltensmuster“ spricht und diese als soziale Hauptursachen für die höhere Sterblichkeitsrate der Männer betrachtet (vgl. Kautzky-Willer 2012: 13). Dies führt wiederum zu einer verstärkten Präsenz der Unterkategorie „Differenz“, welche sich insgesamt durch das gesamte Kapitel zieht: Nach Kautzky-Willers Argumentationen erscheint die Geschlechterdifferenzierung im Rahmen der Gendermedizin und in Hinblick auf Gesundheit und Krankheit als etwas Notwendiges, hauptsächlich wird dies von der Autorin mit der Benachteiligung eines Geschlechts (meistens betrifft es die Frauen) begründet. Neben geschlechtsspezifischer Krankheitsäußerungen und Gesundheitsverhalten weist die Autorin, wenn sie beispielsweise das Sex/Gender Konzept erklärt, neben den spezifischen Genderverhalten auch auf „stets vorhandene biologischen Unterschiede“ (vgl. Kautzky-Willer 2012: 9) hin, was zu der bereits oben angesprochenen Problematik der Zusammenführung von „Geschlecht“ und „Biologie“ führt. Dies ist insofern kritisch zu betrachten, als das der individuelle bzw. Embodiment-Aspekt hinsichtlich Erkrankungsursachen in diesen Textstellen nicht integriert ist und dadurch die Gefahr einer Biologisierung der Geschlechterdifferenzen besteht. Wie bereits in diesem Zusammenhang erläutert, lassen diese Ausdrucksweisen biologische Ursachen als unhinterfragte Tatsachen darstellen, was wiederum dem Konzept des Embodiments widerspricht.

Neben diesen zwei Themenblöcken („Geschlecht“ und „Ursache“) konnte auch die Verbindung der Kategorien „Geschlecht“ und „Alter“ aufgezeigt werden. Hierzu ist an einigen Textstellen der Bezug zur Unterkategorie „Biologie“ auffällig, wenn zum Beispiel in diesem Zusammenhang die Beachtung eines geschlechtsspezifischen Hormonstatus geordert oder der Einfluss genetischer Prozesse auf Alterung beschrieben wird.

Zu der Kategorie „Ethnizität“ wurden nur zwei Textstellen gefunden. Durch diese Nichtpräsenz sticht diese Kategorie besonders heraus. Hinzu kommt, dass auch diese

Beispiele keine konkreten Angaben zu möglichen Ursachen aufweisen bzw. keine ausführlichen Erklärungen liefern.

8.2 Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Marosi, Christine (2012): Gender und Krebserkrankungen. Versuch einer Standortbestimmung in 2011. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 197-221

8.2.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien

In diesem Kapitel, das von der österreichischen Onkologin, Christine Marosi, geschrieben wurde, geht es allgemein um die Bedeutung von Gender bei diversen Krebserkrankungen, darunter auch um das Anwendungsbeispiel dieser Arbeit, nämlich Brustkrebs. Die Autorin erläutert den aktuellen Stand hinsichtlich Krebsdiagnostik und –theorie und stellt anhand unterschiedlichster Statistiken die Mortalitätsraten häufiger Tumorarten bei Männern und Frauen dar. Zudem werden krebsverursachende Faktoren erläutert, vorwiegend geht es dabei um soziale Einflüsse, wie z.B. „risikoreiche Lebensstile“ in Bezug auf Arbeit, Ernährung oder Tabakkonsum. Weiters beschreibt Marosi unterschiedliche Statistiken geschlechtsspezifischer Inanspruchnahme von Screening-Untersuchungen und bietet im Anschluss einen Überblick über mögliche therapeutische Maßnahmen, welche bei Krebserkrankungen in Anwendung kommen, wie z.B. medikamentöse, Strahlen-, Hormon- oder Antikörper-Immuntherapien. Im Anschluss werden diverse Problematiken hinsichtlich der Krankheitsfolgen dargestellt, zum Beispiel bei der Krebsbehandlung direkt, oder wenn durch die Krebserkrankung das Berufsleben beeinträchtigt wird. Marosi schließt das Kapitel mit einer Reihe von, so die Behauptung, gendergerechten und genderspezifischen „Tipps für die Praxis“ ab, welche explizit an die behandelnden ÄrztInnen gerichtet sind.

Dieses Kapitel ist in den folgenden 14 Unterkapitel unterteilt: 1. Einleitung; 2. Epidemiologie der Krebserkrankungen; 3. Primäre Prävention; 4. Gesundenuntersuchung = Füherkennung; 5. Screeninguntersuchungen 6. Mammographie; 7. Prostatakarzinom; 8. Dickdarmkarzinom – Kolonoskopie; 9. Melanomscreening beim Dermatologen, 10. Diagnostik von Krebserkrankungen; 11. Therapie von Krebserkrankungen; 12. Kontext der malignen Erkrankung; 13. Tipps für die Praxis; (14. References)

Ad Unterkapitel 1. Einleitung

Im einleitenden Unterkapitel bietet Marosi einen allgemeinen Entwicklungsüberblick über Krebssterblichkeitsraten in unterschiedlichen Ländern, zudem streift sie die diesbezüglichen sozialen Risikofaktoren, aber auch die Fortschritte, die in der Krebsdiagnostik und -therapie gemacht wurden, wie zum Beispiel im Bereich der Genetik und Zellbiologie. Abschließend erläutert Marosi den Genderaspekt in der Onkologie und behauptet, dass es diesbezüglich keine Zweifel gäbe über die Einbeziehung genderspezifischer Herangehensweisen in Untersuchungen zu Therapie, Nebenwirkungen usw. bei Krebserkrankungen.

Häufigkeit der Kategorien: Hier konnten jeweils zweimal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" extrahiert werden. Zudem beinhaltet dieses Unterkapitel jeweils einmal die Kategorie „Ursache: Biologie", „Ursache: Sozialität" und „Ursache: Embodiment" (vgl. Tabelle 2).

Ad Unterkapitel 2. Epidemiologie der Krebserkrankungen

Dieses Unterkapitel zeigt im ersten Teil eine Tabelle und zwei Grafiken (zu Lungenkrebs) hinsichtlich Inzidenz und Mortalität der häufigsten Krebsarten bei Frauen und Männern in der EU. Dabei geht hervor, dass Brustkrebs in Bezug auf Inzidenz und Todesursachen die größte Häufigkeitsrate aufweist. Im zweiten Teil werden mögliche soziale Ursachen der jeweiligen Tumorarten genannt, wie der generelle Lebensstil der Geschlechter, der Einfluss der Berufstätigkeit oder der Ernährung, wobei Marosi aufgrund der sich, so die Argumentation, angleichenden Verhaltensmuster bei Frauen und Männern eine zunehmende Auflösung der „früheren geschlechtsspezifischen Unterschiede" (vgl. Marosi 2012: 201) sieht.

Häufigkeit der Kategorien: In diesem Unterkapitel konnten einmal die Kategorie „Geschlecht: Differenz", zweimal die Kategorie „Geschlecht: Frauen", einmal die Kategorie „Geschlecht: Männer", dreimal die Kategorie „Ursache: Sozialität" und jeweils einmal die Kategorien „Ursache: Embodiment" und „Ethnizität" gefunden werden (vgl. Tabelle 2).

Ad Unterkapitel 3. Primäre Prävention

Marosi beschäftigt sich in diesem Unterkapitel mit zwei Aspekten in Hinsicht auf Krebsursachen, nämlich mit Tabakkonsum und der Ernährungsart. Dabei zeigt die Autorin zum einen anhand einer Tabelle, welche Organe durch das Rauchen geschädigt werden

bzw. die Tumorbildung fördern. Zum anderen geht Marosi auf die Ernährungsproblematik ein und erklärt, dass es ein geschlechtsspezifisches Ernährungsverhalten gäbe, welches sich bei Männern durch erhöhten Fleisch- und Alkoholkonsum und bei Frauen durch einen größeren Obst- und Gemüseverbrauch äußere. Schließlich erläutert sie die Wichtigkeit von Sport und Bewegung als Vorbeugung von Krebs.

*Häufigkeit der Kategorien***:** In diesem Kapitel konnten jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" extrahiert werden. Zudem findet sich hier einmal die Kategorie „Ursache: Biologie", dreimal die Kategorie „Ursache: Sozialität" und einmal die Kategorie „Ursache: Embodiment" (vgl. Tabelle 2).

Ad Unterkapitel 4. Gesundenuntersuchung = Früherkennung; 5. Screeninguntersuchungen 6. Mammographie; 7. Prostatakarzinom; 8. Dickdarmkarzinom – Kolonoskopie; 9. Melanomscreening beim Dermatologen; 10. Diagnostik von Krebserkrankungen

Die oben angeführten Kapitel sind relativ kurz und werden daher unter einem Titel zusammengefasst. Marosi zeigt anhand von Statistikraten, wie Frauen und Männer unterschiedliche Screening-Untersuchungen und allgemeine Krebsvorsorgen in Anspruch nehmen. Darunter zeitgt die Autorin in Bezug auf Mammographiescreenings, dass der Anteil der Frauen über 40 Jahre, welche diese durchführen lassen, größer ist als jener Prozentsatz der über 60-jährigen Frauen (vgl. Marosi 2012: 204/205). Statistiken zu Männern werden nicht angegeben. Weiters kritisiert die Autorin, wenn sie beispielsweise über Prostatakrebs spricht, das „männliche Gesundheitsverhalten" (vgl. Marosi 2012: 205), welches ihrer Meinung nach durch seltenere Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und ärztlichen Besuchen gekennzeichnet ist.

Häufigkeit der Kategorien: In diesen sieben Kurzkapitel sind zweimal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", dreimal die Kategorie „Geschlecht: Frauen" und einmal die Kategorie „Geschlecht: Männer" zu finden. Zudem kommt zweimal die Kategorie „Ursache: Biologie" und viermal die Kategorie „Alter" vor (vgl. Tabelle 2).

Ad Unterkapitel 11. Therapie von Krebserkrankungen

Das 11. Unterkapitel setzt sich mit Genderaspekten in unterschiedlichen Krebstherapien und ihren Vor- und Nachteilen aus. Es werden die Bereiche Strahlentherapie,

medikamentöse Therapie, Hormone/Antihormone, Antikörper-Immuntherapie, sogenannte Small molecules und Begleitmedikation behandelt.

Die Autorin zeichnet unter anderem die Entwicklung der Heilungsverfahren nach, dabei erläutert sie die Wirkung von bestimmten Medikamenten, wie zum Beispiel Zytostatika, welche für die Hinderung der Zellvermehrung verantwortlich sind. Zudem wird hinsichtlich der Pharmakaauswahl und -dosierung die Bedeutung der personalisierten Medizin betont, in der im Rahmen einer Tumorheilung beispielsweise die körperliche Beschaffenheit, die genetische Ausstattung, das Alter, aber auch das Geschlecht eines Individuums laut der Autorin beachtet werde, um die Therapieeffektivität zu verbessern und Nebenwirkungen zu vermeiden. In Bezug auf Brustkrebs, aber auch auf Prostatakrebs, spricht Marosi den Hormontherapien eine besonders wichtige Rolle zu. Hormontherapien würden der Argumentation nach ebenfalls wachstumshemmend wirken und seien in Bezug auf Krankheitsprognose und die Bestimmung weiterer Therapien sehr hilfreich. Zudem setzt sich die Onkologin mit bestimmten tumorspezifischen Molekülen aus, bei denen sich ihrer Interpretation nach teilweise geschlechtsspezifische Unterschiede im Stoffwechsel bemerkbar machen würden, was wiederum auf die therapeutischen Ergebnissen Auswirkungen habe. Marosi betont im Zusammenhang mit Begleitmedikationen die Problematik von Nebenwirkungen speziell bei Frauen, welche ihrer Beschreibung nach diesbezüglich anfälliger zu sein scheinen.

*Häufigkeit der Kategorien***:** In diesem Unterkapitel ist die Kategorie „Geschlecht: Differenz“ siebenmal, die Kategorie „Geschlecht: Frauen“ sechsmal und die Kategorie „Geschlecht: Männer“ zweimal zu finden. Weiters kommt die Kategorie „Alter“ zweimal vor (vgl. Tabelle 2).

Ad Unterkapitel 12. Kontext der malignen Erkrankung

Marosi behandelt in diesem Unterkapitel die Problematik der Geschlechterrollen allgemein und auf den onkologischen Bereich bezogen. Dabei weist sie auf die Benachteiligung von Frauen unter anderem in der Mainstreamforschung und auch in anderen Arbeitsfeldern, in denen Einkommensunterschiede herrschen, hin. Weiters beschreibt sie mögliche Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt, aber auch im Alltagsleben, welche, so die Autorin, (überwiegend weibliche) krebskranke Personen betreffen könnten.

*Häufigkeit der Kategorien***:** Hier kommt einmal die Kategorie „Geschlecht: Differenz“, fünfmal die Kategorie „Geschlecht: Frauen“ und zweimal die Kategorie „Geschlecht: Männer“ vor.

Ad Unterkapitel 13. Tipps für die Praxis

Unter dem Titel „Tipps für die Praxis“ führt Marosi 5 Punkte an, die sie als „gendergerecht“ bezeichnet. Dabei rät die Autorin den ÄrztInnen, sich beispielsweise bei Kommunikationsproblemen an „gegengeschlechtliche“ KolegInnen zu wenden oder „geschlechterstereotypische“ Rollen in Bezug auf die Einhaltung von Verhaltensmaßregeln anzuwenden.

*Häufigkeit der Kategorien***:** In diesem Unterkapitel wurde zweimal die Kategorie „Geschlecht: Differenz“ gefunden (vgl. Tabelle 2)

Tabelle 2: Kategorienhäufigkeiten im gesamten Text (Unterkapitel (UK) 1 – 13)

Kategorie:	**UK 1**	**UK 2**	**UK 3**	**UK 4-10**	**UK 11**	**UK 12**	**UK 13**	***GESAMT***
1.Geschlecht: Differenz	2	1	1	2	6	1	2	***15***
1.Geschlecht: Frauen	2	2	1	3	6	5		***19***
1.Geschlecht: Männer	2	1	1	1	2	2		***9***
2.Ursache: Biologie	1		1	2				***4***
2.Ursache: Sozialität	1	3	3					***7***
2.Ursache: Embodiment	1	1	1					***3***
3. Alter				4	2			***6***
4. Ethnizität		1						***1***

8.2.2 Qualitative Feinanalyse

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Ursache“

„Differenz“

Im folgenden Textausschnitt erklärt Marosi die Relevanz geschlechtsspezifischer Herangehensweise in der Krebsforschung:

„Die Genderforschung hingegen scheint in der Onkologie angekommen zu sein. Zwar gibt es noch reichlich Fragestellungen, die erst untersucht werden müssen, aber das Bewusstsein, dass eine genderspezifische Betrachtung der Erkrankungen beiden Geschlechtern Vorteil bringt, scheint bei den OnkologInnen Allgemeingut zu sein und muss nicht erst erweckt werden. Neue Ergebnisse werden so gut wie immer für bei Geschlechter ausgewertet und die Untersuchungen über Therapiewirksamkeit, Nebenwirkungen, Spätfolgen sowie Lebensqualität liefern wichtige genderspezifische Erkenntnisse.“ (Marosi 2012: 198/199)

Zudem sind in Hinsicht auf den Differenz-Aspekt im letzten Kapitel, in welchem Marosi praktische Ratschläge für ÄrztInnen gibt, zwei Punkte auffällig. So rät sie im folgenden Zitat sich bei möglichen geschlechtsspezifischen Verständnisschwierigkeiten an das jeweils andere Geschlecht zu wenden:

„Wenn es Schwierigkeiten mit der Kommunikation und mit der Compliance gibt, bedenken Sie, dass das auch gendergebundene Ursachen haben könnte und holen Sie sich (gegengeschlechtliche) Hilfe.“ (Marosi 2012: 208)

„Biologie“, „Sozialität“ und „Embodiment“

Im 3. Unterkapitel („Primäre Prävention“) fällt der Schwerpunkt der sozialen Ursachenfaktoren von Krebs besonders auf. Marosi spricht dabei über die Einflüsse von Tabakkonsum und Ernährungsart auf die Tumorenbildung, wobei diese der Argumentation nach neben gewissen Infektionen das größte Gewicht hätten:

„Die Säulen der primären Prävention von Krebserkrankungen sind seit Jahrzehnten unverändert und bekannt. Lediglich über die Prozentwerte der Gewichtung einzelner Faktoren kann man endlos diskutieren (und das geschieht auch). Allerdings ist allen klar, dass ca. 50 bis 66 % der Krebserkrankungen verhindert werden könnten, wenn niemand Tabakprodukte rauchen würde (ca. minus 30 % bis 35 % aller Krebserkrankungen), sich alle gesund ernähren würden (ca. minus 20 %) und alle potentiell krebserregenden Infektionen vermieden bzw. behandelt würden[…].“ (Marosi 2012: 202)

Der Aspekt des Embodiments kommt bei einer Kritik Marosis an den „westlichen Lebensstil“ zum Ausdruck, welcher ihrer Beschreibung nach Tabakkonsum, Alkohol und schlechte Ernährungsgewohnheiten beinhalte und Krebserkrankungen stark fördere:

„Diese alarmierenden Trends zeigen, dass Wissen um Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol und um gesunde Ernährung nicht genügt und die Prävention vermeidbarer Krebserkrankungen noch lange nicht ausgeschöpft ist – beziehungsweise es offensichtlich zu keiner Umstellung des ‚westlichen Lebensstils‘ bei der Allgemeinbevölkerung kommt.“ (Marosi 2012: 198)

Im Anschluss daran bezieht sich die Autorin auf genetische Ursachenforschung, welche ihrer Meinung nach zur Identifikation und Heilung von Tumorerkrankungen betrieben werde und diesbezüglich zu immer besseren Resultaten führe:

„Die Erfolge in Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen sind erheblich. Jahrzehntelange Anstrengungen in der Grundlagenforschung, insbesonders die Fortschritte in der Genetik und in der Zellbiologie haben unser Verständnis, wie es zu einer Krebserkrankung kommt und welche Stoffwechselwege daran beteiligt sind, stark erhöht. Natürlich bringt jede Antwort neue Fragen hervor, aber das Vermögen, auch diese neuen Fragen beantworten zu können, nimmt dank der sich rasch entwickelnden molekularen Untersuchungsmethoden auch zu.“ (Marosi 2012: 198)

„Differenz“ und „Biologie“

In Kapitel 11, in welchem diverse Krebstherapien vorgestellt werden, ist eine Textpassage zu finden, die besonders deutlich die Verschiedenheit der Geschlechter in diesem Zusammenhang betont und sich zudem durch den Bezug zu Stoffwechselvorgängen mit der Dimension „Ursache: Biologie“ überschneidet:

„Naturgemäß finden sich auch hier die für die Gendermedizin relevanten Eckpunkte: Da zwischen Frauen und Männern subtile Unterschiede im Stoffwechsel bestehen, sind die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik bei Individuen verschiedenen Geschlechts nicht gleich; bei Medikamenten mit einer so geringen therapeutischen Bereite wie Zystostatika kann dies überaus relevant sein.“ (Marosi 2012: 208)

„Differenz“, „Frauen“, „Männer“, „Biologie“, „Sozialität“ und „Embodiment“

Eine Auffälligkeit, die in mehreren Textpassagen zu erkennen ist, ist die Betonung der Benachteiligung der Frauen im Rahmen onkologischer Krankheiten und Therapien. In Bezug auf Burstkrebs werden jedoch bis auf eine Ausnahme (Angabe der Männerbrustkrebssterberate in Österreich) ausschließlich Frauen genannt, wie dies beispielsweise im folgenden Zitat der Fall ist:

„In Österreich wurde früher als anderswo Brustkrebs überwiegend brusterhaltend operiert und ein sehr hoher Prozentsatz von Frauen in innovative Brustkrebsstudien eingebracht. Auch für die Operation anderer Organe war und ist die Teilnahme an Studien ein Motor zur Qualitätsverbesserung der chirurgischen Therapie.“ (Marosi 2012: 211)

Weiters postuliert Marosi in Bezug auf diverser Begleitmedikationen eine höhere Sensibilität der Frauen hinsichtlich der Nebenwirkungen wie Übelkeit. Dies verdeutlicht diese Textstelle:

„Es ist ein geringer Trost für die BehandlerInnen, dass die meisten Frauen vernünftig genug sind, die Übelkeit und das Erbrechen durch die Therapien hinzunehmen, da sie die Therapie durchstehen wollen. Man hilft sich oft damit, dass man antiemetisch wirksame Benzodiazepine wie Lorazepan prophylaktisch dazugibt, was leider oft nicht den gewünschten Erfolg bringt, oder erst in einer Dosierung, die mit einer sehr weitgehenden Bewusstseinseinschränkung einhergeht, denn auch auf die fettlöslichen Benzodiazepine, für die das Verteilungsvolumen bei Frauen ja relativ größer sein sollte, reagieren Frauen empfindlicher als Männer.“ (Marosi 2012: 214)

Ein paar Seiten davor wird diese Thematik ebenfalls behandelt. Die folgende Textstelle, in welcher der Aspekt des Embodiments zusätzlich dazukommt, beschreibt die unterschiedliche Dosierung von Schmerzmittel und deren geschlechtsspezifische Nebenwirkungen und weist auf die Bedeutung einer personalisierten, auf das Individuum abgestimmten Therapie hin:

„Deshalb wenden viele OnkologInnen sie [Anmerk. Zytostatika] auch mit viel Augenmaß an und bemühen sich, jeder/-m einzelnen PatientIn, ihrer/seiner individuellen Vorgeschichte und aktuellen Krankheitssituation entsprechend durch bewusste Auswahl der Substanzen und durch Anpassung der Therapie an Geschlecht, Alter, Leber- und Nierenfunktion Rechnung zu tragen. In den letzten Jahren gehen die Bemühungen der Onkologie sehr stark in die Richtung der personalisierten Medizin[…].“ (Marosi 2012: 209)

Marosi spricht aber auch oft von einer anderen Art Vorteil der Männer beispielsweise im Bereich der Forschung und erklärt:

„Auf die Onkologie umgelegt bedeutet dies, dass die Chefs nach wie vor Männer geblieben sind und dass weibliche Forschungsansätze so formuliert werden sein müssen, dass Männer sie für förderungswürdig halten. Männer haben nie die Erfahrung gemacht, in einem Gremium aus lauter Frauen ein Anliegen vorbringen zu müssen, was dann von den Damen kritisch geprüft wird und in der Mehrzahl der Fälle verworfen wird – was der Routinesituation aller wissenschaftlich tätigen Ärztinnen entspricht.“ (Marosi 2012: 215)

Zudem kritisiert die Autorin in Bezug auf Tierversuche, bei denen geschlechtsspezifische Stoffwechselunterschiede geprüft werden, die Bevorzugung von männlichen Probanden:

„Da auch die Mehrzahl der Tierversuche an männlichen Mäusen und Ratten durchgeführt werden (nicht wurden!), da ja auch bei weiblichen Ratten und Mäusen der Leberstoffwechsel nicht stabil,

sondern zyklushormonabhängig verläuft und somit mehr Tiere benötigt werden, um zu einer Aussage zu kommen, gibt es signifikant weniger Daten für das weibliche Geschlecht bei Tieren und Menschen. Wenigstens weiß man das inzwischen.“ (Marosi 2012: 211)

Hinsichtlich der sogenannten geschlechtsspezifischen Tumoren, Brustkrebs und Prostatakrebs, behauptet Marosi Folgendes:

„Anders als in vielen medizinischen Disziplinen, gab es in der Onkologie von Anfang an Studien mit ausschließlich Frauen als Teilnehmerinnen – und auch solche, wo ausschließlich Männer teilnahmen; schließlich sind bei beiden Geschlechtern jene Tumoren die häufigsten, die von geschlechtshormonabhängigen Drüsen ausgehen – nämlich Brustkrebs und Prostatakrebs.“ (Marosi 2012: 197)

Es fällt ein weiteres allgemeineres Beispiel auf, in dem Marosi weiblichen ÄrztInnen die Verwendung von stereotypischen Geschlechterrollen in Umgang mit (männlichen) Krebspatienten vorschlägt:

„Nutzen Sie Genderstereotype um die Compliance der PatientInnen zu verbessern: Als Ärztin wird man selten vergeblich an die Ritterlichkeit der Männer appellieren…“ (Marosi 2012: 217)

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Alter“

„Frauen“ und „Alter“

Oft kommt es vor, dass sich das Alter mit dem Geschlecht überschneidet, wie in dem folgenden Beispiel, wo Marosi Statistiken zur Inanspruchnahme von Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen bei älteren Frauen erläutert:

„Bei postmenopausalen Frauen über 70 Jahren wird die Mammographie nicht mehr empfohlen, obwohl die Inzidenz der Mammakarzinome bei Frauen dieser Altersgruppe die höchste ist. Jedoch gehen nur ca. 35 % der über 60-jährigen und nur ca. 20 % der über 75-jährigen Frauen noch zur Mammographie. Wenn man die älteren Frauen motivieren könnte, zur Mammographie zu gehen, könnte man die in höheren Altersgruppen noch durchaus häufigen Mammakarzinome in früheren, leichter behandelbaren Stadien entdecken.“ (Marosi 2012: 205)

In Kapitel 11 („Therapien bei Krebserkrankungen“) kommt eine Textstelle vor, in der auf den Gender-Aspekt in einem gewissen Alter eingegangen wird. Marosi erklärt hier, welche Komponente in Hinsicht auf Therapienebenwirkungen beachtet werden sollten und geht dabei auf den Einfluss von Stoffwechselfunktionen ein. Die Autorin stellt folgende Überlegungen an:

„Unterscheidet sich der Stoffwechsel postmenopausaler Frauen von dem gleichaltriger Männer? Ich habe das unlängst eine sehr renommierte Geriaterin gefragt und sie wurde sehr nachdenklich. Die meisten (pharmakokinetischen) Daten über ‚elderly' kommen aus US-amerikanischen Veteranenspitälern. Dort wurden bisher nahezu ausschließlich Männer aufgenommen, da es bei der US Army noch nicht lange genug Soldatinnen gibt, als dass sie in den Status der Veteranin gekommen wären. Somit eröffnet sich hier noch ein sehr weites Feld an offenen Fragen für die Forschung, da bisher auf diesem Gebiet kaum Daten erhoben wurden." (Marosi 2012: 211)

„Ethnizität"

Die entsprechenden Textstellen zur Kategorie „Ethnizität" geben Statistiken wieder, welche einen Ländervergleich hinsichtlich der Sterblichkeits- und Krebserkrankungsrate darstellen. Das folgende Zitat stammt aus dem Kapitel „Epidemiologie der Krebserkrankungen", in welchen eine diesbezügliche positive Entwicklung beschrieben wird und Marosi dabei die Begriffe Industrieländer und EU erwähnt:

„Seit dem Ende der achtziger Jahre sind Inzidenz und Mortalität von Krebserkrankungen in den Industrieländern rückläufig. In der EU werden pro Jahr 80.000 Krebstote weniger gezählt als 1988. Dieser erfreuliche Trend zeigt sich auch in Österreich. In der Krebsprävalenz von Europa liegt Österreich im unteren Drittel, während unsere unmittelbaren östlichen Nachbarländer Slowakei, Tschechien und Ungarn die Tabelle anführen." (Marosi 2012: 199)

8.2.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation

Die Analyse des zweiten Kapitels des Studienbuches liefert folgende Ergebnisse:
In Hinsicht auf die Kategorie „Geschlecht" ist zum einen – und hier zeigen sich Parallelen zum ersten untersuchten Kapitel (Kautzky-Willer) – die wiederholte Bezugnahme auf die Geschlechterdifferenz zu finden, welche sowohl mit der Unterkategorie „Biologie" als auch mit der Unterkategorie „Sozialität" verknüpft ist und dadurch dem Konzept des Embodiments durchaus entspricht. Diese Hinweise ziehen sich wie ein roter Faden durch den Corpus, jedoch bleiben viele Stellen, so zum Beispiel wenn Marosi über die genderbezogenen Stoffwechselunterschiede spricht, ohne eine genauere Erläuterung oder Relativierung unhinterfragt stehen. Zudem sind auch die praktischen Tipps für die ÄrztInnen teilweise unkritisch formuliert, was beispielsweise durch die Aufforderung der Autorin sich an Geschlechterstereotype zu richten, die Verfestigung der Geschlechterdichotomie fördert.
Bei einem Vergleich der Unterkategorien „Frauen" und „Männer" ist (auch durch die Kategorienhäufigkeit) der Schwerpunkt auf Letztere erkennbar. Marosi spricht immer

wieder die Benachteiligung der Frauen in der Krebsforschung und auch in der Krebstherapie und deren Folgen an und äußert beispielsweise zur „männlichen“ Dominanz im Medizinbetrieb starke Kritik, welche an manchen Stellen durch die Formulierungsart relativ subjektiv gefärbt erscheinen.
Zur Kategorie „Alter“ lassen sich keine Besonderheiten erkennen. Diese kommt oft in Verbindung mit der Kategorie „Geschlecht“, insbesondere „Frauen“, vor oder wird im Zuge von Aufzählungen von Einflussfaktoren ohne zusätzliche Erklärungen genannt.
Was die Kategorie „Ethnizität“ betrifft, so ist hier ihre „Abwesenheit“ wiederum besonders auffällig. Wie im ersten analysierten Kapitel dieses Buches (Kautzky-Willer) finden sich auch im Kapitel zu Krebserkrankungen keine tiefergehenden Daten oder Erläuterungen hinsichtlich des ethnischen Aspektes wieder.

8.3 Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Ungleich besser“. In: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 7-18

8.3.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien

In der Einleitung mit dem Titel „Ungleich besser“ zum populärwissenschaftlichen Sachbuch skizzieren die Editorinnen Alexandra Kautzky-Willer und Elisabeth Tschachler die Entstehung der Idee der Frauengesundheitsforschung und der Gendermedizin. Dabei sprechen sie allgemein über die benachteiligte Stellung der Frau in der Gesellschaft, die Bedeutung der Begriffe Sex und Gender und die Einflüsse der Frauenbewegung in der, so die Autorinnen, „männerzentrierten“ Medizin. Zudem werden der Begriff Gendermedizin erläutert und Beispiele zu genderspezifischen Gesundheitsverhalten angeführt. Im Kontext dieser Erklärungen werden mithilfe der Kategorien Sex und Gender mögliche biologische und psychosoziale Ursachen und Problematiken hinsichtlich diverser Erkrankungen unter dem Gender-Aspekt dargestellt. Neben der Frauengesundheitsforschung wird auch die Bedeutung der Männergesundheit in der Gendermedizin erklärt. Als Beispiel dafür widmen die Autorinnen das letzte Kapitel der Problematik der Fokussierung auf männliche Probanden bei Medikamententests.

Das untersuchte Kapitel ist in den folgenden 4 Unterkapitel unterteilt: 1.Einleitung bzw. Gesundheit, erforscht; 2. Sex und Gender; 3. Gesundheit, männlich und weiblich; 4. Pillen für Männer

Ad Unterkapitel 1. „Gesundheit, erforscht"

In den einleitenden Worten zu diesem Kapitel erläutern und problematisieren Kautzky-Willer und Tschachler das gesellschaftliche Geschlechterverhältnis, welches, so die Argumentation, aufgrund biologischer Zuschreibungen Frauen lange Zeit eine untergeordnete Position zuwiesen hätte. Die Autorinnen beschreiben dabei pointiert den Verlauf von Gleichstellungsdebatten hinsichtlich medizinischer Fragestellungen und den Beginn der Frauengesundheitsforschung.

Häufigkeit der Kategorien: In der Einleitung konnten einmal die Kategorie „Geschlecht: Differenz" und jeweils zweimal die Kategorien „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" extrahiert werden (vgl. Tabelle 3).

Ad Unterkapitel 2. „Sex und Gender"

Das eingeschobene Unterkapitel „Sex und Gender" erklärt die Entstehung dieser beiden Begriffe und deren Definition. Weiters wird das „Gender Mainstreaming"-Konzept genannt und dabei auch auf die Bedeutung einer gendergerechten Sprache in der Medizin eingegangen.

Häufigkeit der Kategorien: Hier wurden einmal die Kategorie „Ursache: Biologie", zweimal die Kategorie „Ursache Sozialität" und einmal die Kategorie „Ursache: Embodiment" gefunden. (vgl. Tabelle 3).

Ad Unterkapitel 3. „Gesundheit, männlich und weiblich"

In diesem Kapitel erläutern Kautzky-Willer und Tschachler den Stellenwert der Gendermedizin hinsichtlich medizinischer Neuerkenntnisse. Dabei zeigen sie den Entstehungsrahmen auf, welcher eng mit der Frauengesundheitsforschung verbunden ist, und mögliche Ursachen und Gründe für die Etablierung einer geschlechtsspezifischen Medizin. In diesem Kontext werden die Relevanz sowohl sozialer und ökonomischer als auch genetischer und biologischer Faktoren und die Erkenntnisse zum Verlauf von Symptomen diverser Krankheiten bei Frauen und Männern genannt. Die Autorinnen heben neben der Frauengesundheit auch die Männergesundheit hervor und kritisieren, so die

Argumentation, trotz der allgemeinen Männerzentriertheit im Bereich der Medizin die mangelnde Fokussierung männerspezifischer Gesundheitsaspekte in der Gendermedizin.
Häufigkeit der Kategorien: In diesem Unterkapitel wurden jeweils viermal die Kategorien „Geschlecht: Differenz", „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" gefunden werden. Weiters kommt die Kategorien „Ursache: Biologie" dreimal, die Kategorie „Ursache: Sozialität" viermal und die Kategorie „Ursache: Embodiment" zweimal vor (vgl. Tabelle 3).

Ad Unterkapitel 4. „Pillen für Männer"
Dieses Unterkapitel behandelt die Problematik der ProbandInnenauswahl bei klinischen Studien. Kautzky-Willer und Tschachler üben starke Kritik an der ihrer Argumentation nach vorwiegenden Fokussierung auf männliche Untersuchungspersonen, welche mit der geschlechtsspezifischen Wirkung bzw. möglichen Gefahr einer Überreaktion bei Frauen begründet werde, und fordern im Zuge solcher Forschungsprojekte eine stärkere Einbeziehung geschlechtsspezifischer Differenzen. Dadurch könne eine effizientere Krankheitsvorsorge und Behandlung für beide Geschlechter sichergestellt werden.
Häufigkeit der Kategorien: Hier wurden zweimal die Kategorie „Geschlecht: Differenz" und jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Frauen", „Geschlecht: Männer" und „Alter" gefunden (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Kategorienhäufigkeiten im gesamten Text (Unterkapitel (UK) 1 – 4)

Kategorie:	**UK 1**	**UK 2**	**UK 3**	**UK 4**	***GESAMT***
1.Geschlecht: Differenz	1		4	2	***7***
1.Geschlecht: Frauen	2		4	1	***7***
1.Geschlecht: Männer	2		4	1	***7***
2.Ursache: Biologie		1	3		***4***
2.Ursache: Sozialität		2	4		***6***
2.Ursache: Embodiment		1	2		***3***
3.Alter				1	***1***
4. Ethnizität					**-**

8.3.2 Qualitative Feinanalyse

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Ursache“

„Differenz“

Im ersten Satz der Einleitung, welcher die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Medizin verdeutlicht – es wird das Wort „brauchen“ verwendet –, findet sich die Fokussierung auf den Differenz-Aspekt wieder:

„„Wir werden nicht als Frauen geboren – wir werden dazu gemacht‘ sagte die französische Philosophin Simone de Beauvoir vor mehr als 60 Jahren. Aus den Emanzipationsbestrebungen der Frauen entwickelte sich die Frauengesundheitsforschung und schließlich die Erkenntnis, dass Frauen und Männer eine geschlechtsspezifische Medizin brauchen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 7)

Ein weiteres Beispiel dieser Art zeigt das folgende Zitat, in dem die Relevanz der Geschlechterdifferenz (siehe Ausdruck „wichtig“) im medizinischen Bereich verdeutlicht wird:

„Im Licht der Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung begann auch die Weltgesundheitsorganisation WHO in den 1980er Jahren, sich mit den in der Medizin wichtigen Unterschieden zwischen Mann und Frau abseits der Geschlechtsorgane zu beschäftigen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 11)

Die folgende Textpassage, welche ebenfalls zur Unterkategorie „Differenz" gehört, ist für diese Untersuchung insofern interessant, als dass sie die Kritik, die zu einer Gender-Differenzierung in der Medizin besteht, explizit anspricht und mit dem Argument kontert, dass diese geschlechtliche Unterscheidung in der Medizin die Gesundheit beider Geschlechter fördere:

„Wer geschlechtsspezifische Unterschiede zu seinem Forschungsgegenstand macht, gerät schnell in die Diskussion um politische Korrektheit. Und ebenso schnell kommt der Vorwurf, allein schon die Suche nach solchen Unterschieden beweise eine sexistische Haltung und zementiere gewisse Vorurteile ein, die die jahrhundertelange Diskriminierung der Frauen befördere. Das Gegenteil ist der Fall. In der Gender-Medizin geht es darum, den Unterschieden auf den Grund zu gehen, um sie in der Vorsorge, dem Erkennen und Behandeln von Krankheiten zu berücksichtigen und damit Frauen wie Männern ein gesünderes Leben zu ermöglichen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 17)

„Differenz", „Biologie", „Sozialität" und „Embodiment"

Im 3. Unterkapitel („Gesundheit, männlich und weiblich"), in welchem die Gendermedizin mit ihren Zielen beschrieben wird, erklären die Autorinnen in diesem Zusammenhang neben den zuvor erläuterten sozialen Einflussfaktoren die Relevanz biologischer Faktoren. Dabei fällt die unkritische Aufzählung von biologischen Komponenten auf, deren Stabilität aufgrund der Formulierung unhinterfragt stehen bleibt. Soziale Faktoren werden im untersuchten Kapitel überwiegend den biologischen gegenübergestellt bzw. als *mit*verursachende Komponenten genannt. Die folgende Textpassage verdeutlicht dies:

„Die Gender-Medizin nimmt aber nicht nur Rücksicht auf die gesellschaftlichen, ökologischen und vor allem ökonomischen Arbeits- und Lebensbedingungen, die ebenfalls einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben.
Die Gender-Medizin widmet sich verstärkt auch den unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen ein- und derselben Krankheit bzw. den unterschiedlichen Krankheiten bei Mann und Frau, die durch die unterschiedliche genetische und biologische Ausstattung – Hormone, Erbanlagen, Anatomie, Stoffwechselvorgänge – begründet sind." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 11/12)

Ähnliches findet sich auch im folgenden Zitat wieder, in dem bei der Erklärung des Sex/Gender-Konzeptes „Sex" als das durch „angeborene" Komponenten bestimmte Geschlecht dargestellt wird:

„Im Unterschied zu diesen als weiblich – und männlich – definierten Rollen bezeichnet ‚sex' im Englischen das biologische Geschlecht, das durch Chromosomen, innere und äußere Geschlechtsorgane und Hormone bestimmt und angeboren ist." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 10)

Im folgenden Beispiel erläutern die Autorinnen die „ursprüngliche" Idee der Gendermedizin, in dessen Zentrum die Erforschung sozialer Einflüsse auf die Gesundheit ihrer Meinung nach gewesen zu sein schien:

„Die Bezeichnung ‚Gender-Medizin' führt ein wenig in die Irre. Zu Anfang ging es diesem neuen Forschungszweig hauptsächlich darum, die Unterschiede in der Gesundheitsforschung und Behandlung von Männern und Frauen zu beseitigen, die aufgrund von gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Einflüssen entstehen. Denn auch erlernte und von der Gesellschaft erwartete Verhaltensweisen beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden oder gesund zu bleiben." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 12)

Im Anschluss daran zeigt sich nach der Begriffserklärung von Sex/Gender ein Hinweis auf den Embodiment-Aspekt:

„Das englische ‚gender' für die erworbene Geschlechtsidentität hält aber nach und nach Einzug in den allgemeinen Sprachgebrauch. Allerdings wird es oft in falschem Zusammenhang verwendet, und selbst bei Fachleuten ist nicht immer klar, ob sie nun das biologische oder das soziale Geschlecht eines Menschen meinen, wenn sie von Gender sprechen. Und tatsächlich beeinflusst das eine das andere, was eine Unterscheidung zuweilen schwierig macht." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 11)

Auch bei der allgemeinen Definitionserklärung der Gendermedizin ist die Unterkategorie „Embodiment" zu finden:

„Freilich lassen sich biologische und psychosoziale Ursachen von Gesundheitsproblemen nicht immer klar voneinander trennen, manchmal beeinflussen oder bedingen sie einander. Mit ein Grund, warum aus dem Bereich der Gender-Medizin fast täglich neue Erkenntnisse kommen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 14)

„Differenz", „Frauen", „Männer", „Sozialität", „Biologie" und „Embodiment"

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens sprechen die Autorinnen von „frauenspezifischem" Gesundheitsbewusstsein und- verhalten. Dies verdeutlicht das folgende Zitat:

„Frauen leben zwar insgesamt gesundheitsbewusster als Männer, reagieren eher auf Körpersignale und kümmern sich zudem nicht nur um das gesundheitliche Wohlbefinden ihrer Partner, sondern auch um das der anderen Familienmitglieder. Allerdings werden ihre Gesundheitsprobleme weniger ernst genommen, wenn sie medizinische Hilfe suchen. Mit ein Grund, warum beispielsweise Herzprobleme bei ihnen oft als ‚psychosomatisch' fehlgedeutet werden. All diese Faktoren des sozialen Geschlechts haben also Einfluss auf den Gesundheitszustand." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 13)

Kautzky-Willer und Tschachler beschreiben neben den allgemeinen gesellschaftlichen Diskriminierungen, denen Frauen ausgesetzt gewesen wären und das noch immer seien, auch jene im Bereich der Medizin, deren Folgen, und das wird auch im vorherigen Zitat genannt, Fehldiagnosen sein könnten. Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Herzkrankheiten, auf dessen Gebiet, so die Autorinnen, die amerikanische Kardiologin Marianne Legato Expertin sei:

„Schon Ende der 1980er Jahre hatte sie sich mit Herzkrankheiten bei Frauen beschäftigt und war immer öfter auf Besonderheiten im Vergleich zu Männern mit denselben Erkrankungen gestoßen. Immer mehr Fälle entdeckte sie, in denen Frauen nicht nur falsch diagnostiziert, sondern auch falsch behandelt worden waren. ‚Es schockierte mich, als ich erfahren musste, wie viele Frauen vom Arzt mit der (Fehl-) Diagnose ‚Angstattacke' oder ‚hysterischer Anfall' wieder weggeschickt wurden, obwohl sie mit ernsten Anzeichen eines Herzinfarkts zur Untersuchung gekommen waren', schreibt sie in ihrem Buch ‚Evas Rippe'. Dieser Schock war sozusagen die Initialzündung für die New Yorker Medizinerin, sich fortan der ‚Gender-Medizin' zu widmen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 12)

Zudem werden – wie in den untersuchten Kapitel des wissenschaftlichen Studienbuches – in einigen Beispielen die Männerzentriertheit in der Medizin und die daraus folgenden Diskriminierungen der Frauen kritisiert:

„Jahrhundertelang war die Medizin männlich geprägt gewesen. Sogar die Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe, seit alters eine Domäne der ‚weisen Frauen' – Hebammen –, rissen männliche Mediziner ab dem 14. Jahrhundert weitgehend an sich. Bis heute ist, so erstaunlich es klingt, in unseren Breiten die Frauenheilkunde von Männern dominiert: Es gibt bedeutend mehr Gynäkologen als Gynäkologinnen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 8/9)

Des Weiteren üben die Autorinnen wiederum Kritik daran, dass männerspezifischen *Gesundheitsproblemen* wenig Beachtung geschenkt werde:

„Denn trotz ihrer Männerzentriertheit ist die Medizin auf einigen Gebieten regelrecht geschlechterblind, das zeigt ein weiterer Blick in die medizinische Datenbank PubMed. […] Nach wie vor existieren wenige Einrichtungen, die speziell für Männer bestimmt sind, sieht man von urologischen Abteilungen und Fachpraxen ab, wo es hauptsächlich um Potenzschwierigkeiten geht. Deshalb gibt es seit einigen Jahren auch Forschungsschwerpunkte auf dem Gebiet der Männergesundheit, und die Gender-Medizin rückt vermehrt auch den Mann in ihren Fokus." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

Das folgende Zitat zeigt ein von den Autorinnen als „männertypisch" bezeichnetes Gesundheitsverhaltensmuster, welches zu einer schlechteren Lebensqualität führen könne:

„Männer sind oft Opfer von Verkehrsunfällen, weil sie Schnellfahren als Beweis von Männlichkeit sehen; sie trinken mehr Alkohol und rauchen öfter und mehr als Frauen – mit den entsprechenden Folgen für ihre Gesundheit. Männer leben aber nicht nur in ihrer Freizeit, sondern auch in der Arbeitswelt gefährlicher: Rund 90 Prozent der tödlichen Arbeitsunfälle fallen Männer zum Opfer.

Auch sind Männer, das zeigen viele Statistiken und Studien, an einer gesunden Lebensführung und an ihrer eigenen Gesundheit weit weniger interessiert als Frauen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

Im nächsten Zitat findet sich eine Verbindung der Unterkategorie „Männer“ mit der Unterkategorie „Biologie“ wieder, in dem biologische Komponenten betont werden:

„Aber auch Besonderheiten, die größtenteils auf biologische Gegebenheiten zurückzuführen sind, werden nach und nach deutlich:

- So betrifft der plötzliche Herztod unter Sportlern fast ausschließlich Männer.
- Wesentlich mehr Männer als Frauen erkranken an Leukämie. […]“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 15)

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Alter“

„Männer“ und „Alter“

Die Verschränkung der Unterkategorie „Männer“ mit der Kategorie „Alter“ wird in dem folgenden Beispiel sichtbar. Bei klinischen Medikamentenstudien sei laut der Autorinnen die Fokussierung auf männliche, sich in einem bestimmten Alter befindliche Probanden problematisch, da sie bei einem Ausschluss von Frauen zu schweren Nebenwirkungen bei diesen führen könne:

„Wenn neue Wirkstoffe auf ihre Wirkung und Sicherheit geprüft werden, geschieht das in großangelegten klinischen Tests mit vielen Hunderten Patienten. Bis vor kurzem stand der Mann – und hier wiederum vor allem der rund 30-jährige, weiße Mann – bei solchen Arzneimittelstudien im Mittelpunkt, selbst wenn es um Mittel ging, die später auch Frauen helfen sollten.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

8.3.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation

Die Analyse des ersten Kapitels im populärwissenschaftlichen Sachbuch liefert folgende Ergebnisse: Hinsichtlich des Verhältnisses von Biologie und Sozialität fällt an manchen Stellen ihre Gegenüberstellung auf. Bis auf zwei Ausnahmen bzw. Stellen, wo die Idee des Embodiments zum Tragen kommt und soziale und biologische Aspekte als ineinandergreifend beschrieben werden, werden im Text aufgrund des Erklärungsmusters und der Wortwahl und ihrer Häufigkeit Biologie und Sozialität getrennt gedacht. Diese

unkritische Darstellung vermittelt den Eindruck, es handle sich hierbei um zwei isolierte Entitäten, die sich der Argumentation nach in manchen Fällen beeinflussen, aber nichts desto trotz voneinander unabhängig bestehen würden.
In Bezug auf die Hauptkategorie „Geschlecht“ sticht, wie in den Kapiteln des Studienbuches, die Betonung und Forderung einer Geschlechterdifferenzierung in der Medizin(-forschung) heraus, welche mit der Sichtbarmachung geschlechtsspezifischer Krankheitsmuster und-verläufe begründet wird. Zudem geht es dabei auch um die betonte Sichtbarmachung der Frau in der Medizin, was einerseits durch die Häufigkeit der Dimension „Frauen“ und andererseits durch die wiederholte und explizite Formulierung bestätigt wird. Bei der Dimension „Männer“ fallen zwei Punkte auf: Zum einen wird die allgemeine medizinische Fokussierung auf den Mann bzw. auf männliche Strukturmuster in der Medizin kritisiert (vgl. Marosi 2012), während zum anderen eine Ausweitung der Männer*gesundheit* gefordert wird.
Der Alters- und ethnische Aspekt wird – bis auf eine Erwähnung der Kategorie „Alter“– in diesem Text nicht behandelt.

8.4. Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Im Kampf gegen Krebs“. In Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 146-163

8.4.1 Zusammenfassung der Unterkapitel und quantitative Extraktion der Kategorien

Das Kapitel fängt mit einer Auseinandersetzung zu Brustkrebs und Prostatakrebs an, den entsprechenden Therapien und Nebenwirkungen, wie beispielsweise auf die Sexualität der PatientInnen. Im Anschluss nennen Kautzky-Willer und Tschachler Beispiele zum möglichen geschlechtsspezifischen Umgang der KrebspatientInnen mit dieser Erkrankung und zitieren die Onkologin Christine Marosi, wenn sie über ihre Erfahrungen mit männlichen und weiblichen Erkrankten und den Folgen spricht. Zudem wird ein Nebenkapitel den diversen Krebsbehandlungsarten und den geschlechtsspezifischen Nebenwirkungen gewidmet. Auch behandeln die Autorinnen Methoden der Früherkennung und Vorbeugung von Krebs, dabei wird vor allem der schädliche Tabakkonsum genannt.

Die letzten drei Unterkapitel befassen sich konkreter mit Vorsorgemaßnahmen und schildern im Zuge dessen Gefahren einer Krebserkrankung, zu welchen laut Text ungesunde Ernährung und erhöhter Alkoholkonsum gehören würden. Zum Schluss weisen Kautzky-Willer und Tschachler auf fragwürdige und riskante Hormonpräparate hin, die für Frauen in den Wechseljahren gedacht seien und, so die Editorinnen, zu schweren Nebenerscheinungen auch in Bezug auf (Brust-)Krebs führen könnten.
Das untersuchte Kapitel ist in den folgenden 9 Unterkapitel unterteilt: 1. Brust- und Prostatakrebs; 2. Die häufigsten Krebsarten; 3. Umgang mit der Krankheit: Reden oder nicht reden; 4. Spezifische Behandlung; 5. Der Nutzen der Früherkennung; 6. Die Gefahr verringern; 7. Wie Krebs entsteht; 8. Krebs füttern; 9. Experiment an Frauen

Ad Unterkapitel 1. „Brust- und Prostatakrebs"
In den einleitenden Worten werden die positiven Entwicklungen von Diagnoseverfahren geschildert. Dabei gehen die Autorinnen insbesondere auf den Brustkrebs und den Prostatakrebs ein und erklären, wie sich der Lebensstil dadurch verändere, welche Therapiewahlmöglichkeiten bestehen würden und zu welchen sexuellen Einschränkungen als Folge der Erkrankung es bei Männern und Frauen führen könne.
Häufigkeit der Kategorien: Dieses Unterkapitel weist jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Frauen", „Geschlecht: Männer", „Ursache: Sozialität" und zweimal die Kategorie „Alter" auf (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 2. „Die häufigsten Krebsarten"
Das Unterkapitel beschreibt, wie der Titel bereits andeutet, die häufigsten geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen. Dabei wird angegeben, dass bei Männern die häufigste Todesursache Lungen- und Darmkrebs, jedoch die häufigste Krebserkrankung Prostatakrebs sei. Bei Frauen stehe in beiden Fällen Brustkrebs an erster Stelle, gefolgt von Lungenkrebs und Darmkrebs, welche die größte krebsbedingte Todesrate darstellen würden.
Häufigkeit der Kategorien: Hier wurden jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" und „Alter" gefunden (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 3. „Umgang mit der Krankheit: Reden oder nicht reden"
Dieses Unterkapitel behandelt die psychischen und physischen Auswirkungen einer Krebserkrankung. Die Autorinnen beschreiben den geschlechtsspezifischen Umgang und

beziehen sich dabei auf die Erfahrungsberichte von Christine Marosi, welche hierbei eine stärke Belastung bei den weiblichen Patientinnen vor allem in ehelichen Partnerschaften sieht.

Häufigkeit der Kategorien: In diesem Unterkapitel wurde viermal die Kategorie „Geschlecht: Differenz", fünfmal die Kategorie „Geschlecht: Frauen", dreimal die Kategorie „Geschlecht: Männer" und einmal die Kategorie „Alter" gefunden (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 4. „Spezifische Behandlung"

Dieses Nebenkapitel zählt die häufigsten Behandlungsarten von Krebserkrankungen auf und beschreibt im Zuge dessen mögliche geschlechtsspezifische Nebenwirkungen, die sich aus Chemotherapien und krebshemmenden Medikamenten für Frauen und Männer ergeben können.

Häufigkeit der Kategorien: Dieses Unterkapitel weist jeweils dreimal die Kategorien „Geschlecht: Differenz" und „Geschlecht: Frauen" und zweimal die Kategorie „Ursache: Biologie" auf (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 5. „Der Nutzen der Früherkennung"

Das Unterkapitel befasst sich mit dem Thema Vorsorgeuntersuchungen, wie die Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs oder die Darmspiegelung (Koloskopie), auf welche Kautzky-Willer und Tschachler besonders eingehen und von einer häufigeren Darmkrebsrate bei Männern berichten. Zudem diskutieren diese aber auch über mögliche übertriebene Früherkennungsprogramme, die zu „Überdiagnosen und Überbehandlungen" (vgl. Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 156) führen könnten, wenn es beispielsweise zu einer unnötigen Entfernung der weiblichen Brüste komme.

Häufigkeit der Kategorien: Hier konnten zweimal die Kategorie „Geschlecht: Differenz" und jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Frauen" und „Geschlecht: Männer" gefunden werden (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 6. „Die Gefahr verringern"

In diesem Unterkapitel wird der Einfluss von Tabakkonsum auf Krebserkrankungen wie Lungen- oder Magenkrebs erörtert. Dabei verdeutlichen die Autorinnen im Anschluss an Christine Marosis Meinung mögliche (soziale) geschlechtsspezifische Ursachen hinsichtlich des Rauchverhaltens.

Häufigkeit der Kategorien: Dieses Unterkapitel weist jeweils einmal die Kategorien „Geschlecht: Frauen“, „Geschlecht: Männer“, „Ursache: Sozialität“, „Ursache: Embodiment“ und „Alter“ auf (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 7. „Wie Krebs entsteht“

In dem Nebenkapitel wird der biologische Entstehungsprozess von Krebs erklärt. Dabei wird neben der Zellerbsubstanz, genetischen Mutationen und Metastasenbildungen auch auf die Einflüsse von Schadstoffen eingegangen. Die Autorinnen merken an, dass geschlechtsspezifische Unterschiede auf diesem Gebiet noch nicht festgestellt worden wären.

Häufigkeit der Kategorien: Es konnten jeweils einmal die Kategorien „Ursache: Biologie“, „Ursache: Sozialität“ und „Ursache: Embodiment“ gefunden werden (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 8. „Krebs füttern“

Dieses Kapitel setzt sich mit dem Einflussfaktor Ernährung hinsichtlich Krebserkrankungen auseinander. Die Autorinnen erklären, welche Auswirkungen Fettleibigkeit und die damit zusammenhängenden physischen Veränderungen auf die Entstehung von zum Beispiel Brust-, Gebärmutter- oder Eierstockkrebs bei schwergewichtigen Frauen (besonders auch in den Wechseljahren) oder Prostata- und Magenkrebs bei übergewichtigen Männern haben könnten.

Zudem werden mögliche Risikofaktoren von erhöhtem Alkoholkonsum genannt, welche laut klinischer Studien beispielsweise Brustkrebs bei Frauen und Darmkrebs bei Männern fördern würden.

Häufigkeit der Kategorien: Es konnten einmal die Kategorie „Geschlecht: Differenz“, und jeweils dreimal die Kategorien „Geschlecht: Frauen“ und „Geschlecht: Männer“ gefunden werden. Zudem taucht einmal die Kategorie „Ursache: Biologie“ und dreimal die Kategorie „Ursache: Sozialität“ und jeweils einmal die Kategorien „Ursache: Embodiment“ und „Alter“ auf (vgl. Tabelle 4).

Ad Unterkapitel 9. „Experiment an Frauen“

Dieses Unterkapitel beinhaltet eine kritische Auseinandersetzung zum Thema Hormonpräparate als Krebsvorsoge bei Frauen in und nach der Menopause. Dabei weisen die Autorinnen auf seit 2003 veröffentlichten Studien hin, welche die bestehenden

Nebenwirkungen einer zusätzlichen Hormonzufuhr aufzeigen würden, dazu zähle auch das erhöhte Risiko einer Brustkrebserkrankung.

Häufigkeit der Kategorien: Es wurde entsprechend dem Kapitelthema die Kategorie „Geschlecht: Frauen“ zweimal gefunden. Die Kategorie „Alter“ kommt auch zweimal vor (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Kategorienhäufigkeiten im gesamten Text (Unterkapitel (UK) 1 – 9)

Kategorie:	**UK 1**	**UK 2**	**UK 3**	**UK 4**	**UK 5**	**UK 6**	**UK 7**	**UK 8**	**UK 9**	***GESAMT***
1.Geschlecht: Differenz			4	3	2			1		***10***
1.Geschlecht: Frauen	1	1	5	3	1	1		3	2	***17***
1.Geschlecht: Männer	1	1	3		1	1		3		***10***
2.Ursache: Biologie				2			1	1		***4***
2.Ursache: Sozialität	1					1	1	3		***6***
2.Ursache: Embodiment						1	1	1		***3***
3.Alter	2	1	1			1		1	2	***8***
4. Ethnizität										**-**

8.4.2 Qualitative Feinanalyse

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht“ und „Ursache“

„Differenz“, „Frauen“, „Männer“ und „Biologie“

Besondere Auffälligkeiten zu der Verbindung dieser Kategorien finden sich im Kapitel „Spezifische Behandlung“: Die Autorinnen postulieren hier, dass vor allem im Bereich der medikamentösen Behandlungen physische Geschlechtsdifferenzen, wenn es um die Nebenwirkungen geht, von besonderer Relevanz seien:

„Bei kaum einer anderen Krankheit wird in der medikamentösen Therapie so viel Rücksicht auf die rein körperlichen Unterschiede von Mann und Frau genommen. Die Dosierung der Chemotherapie mit Zytostatika – Arzneimittel, die das Wachstum und die Teilung der Zellen hemmen – wird nach der Körperoberfläche berechnet. […] Tatsache ist: Frauen müssen zwar mehr unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Müdigkeit oder Anfälligkeit für Infektionen erleiden. Bei ihnen schlägt die Chemotherapie aber auch besser an als bei Männern. Das hat damit zu tun, wie der Körper die Wirkstoffe verarbeitet. Und das wiederum hängt einerseits vom Anteil des Fettgewebes im Körper ab – der ist bei Frauen höher –, andererseits vom Stoffwechsel. “ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 152)

Und weiter heißt es:

„Auch bei anderen Medikamenten, die in der Behandlung von Krebs eingesetzt werden, gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung bzw. den Nebenwirkungen. Beispielsweise bei den neuen zielgerichteten Verfahren (‚targeted therapies‘ nennt sie die Fachwelt), die im Gegensatz zu den Zytostatika nur auf die Krebszellen einwirken: Im Labor hergestellte Eiweißstoffe[…] heften sich an die Krebszellen und vernichten sie. Aber auch sie werden in der Leber verstoffwechselt und abgebaut. Und der Stoffwechsel im Entgiftungsorgan Leber funktioniert – abhängig von bestimmten Enzymen und Hormonen – bei Männern und Frauen unterschiedlich.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 152)

Die Autorinnen erklären zudem die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Medikamentendosierung, da der Argumentation nach auch in diesem Fall physisch-bedingte Unterschiede zu beachten seien:

„Opiate gegen Schmerzen werden seit jeher individuell dosiert. Sie wirken bei Frauen schneller und stärker. Andere Schmerzmittel wie etwa Paracetamol bleiben im weiblichen Körper länger wirksam. In beiden Fällen kommen Frauen mit geringeren Dosierungen als Männer aus.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 153)

Interessant an diesen drei oben angeführten Zitaten ist, dass die Kategorien „Geschlecht: Differenz“ und „Ursache: Biologie“ verbunden werden (siehe z.B. „weiblicher Körper“

oder „körperliche Unterschiede“) und durch die unkritische Verschränkung dieser beiden Aspekte der Eindruck einer „natürlichen“ Trennung des „weiblichen“ und „männlichen“ Körpers entsteht.

„Differenz“, „Frauen“, „Männer“ und „Sozialität“

Das nachfolgende Zitat enthält die Kategorien „Männer“ und „Sozialität“ und beschreibt am Beispiel von Prostatakrebs dessen Auswirkungen auf die Vorstellungen männlicher Sexualität:

„Wenn man bedenkt, dass die Begriffe Männlichkeit und Potenz oft als Synonym gebraucht werden und die meisten Männer, wenn sie definieren sollen, was ‚männlich‘ für sie bedeutet, ‚Potenz‘ nennen, so ist klar, dass sie die Diagnose Prostatakrebs wie ein Hammer trifft. ‚Erstaunlicherweise wurde die Auswirkung von Prostatakrebs auf die Geschlechtsidentität der Männer lange Zeit nur wenig erforscht‘, sagt Siegfried Meryn, Leiter des Departments für Medizinische Aus- und Weiterbildung an der Medizinischen Universität Wien.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 148)

Gleich im Anschluss setzen sich die Autorinnen zum Thema Brustkrebs und Sexualität auseinander und schreiben:

„[…]Hingegen war der Effekt verschiedener Operationstechniken bei Brustkrebs auf die weibliche Sexualität schon häufig Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Auch widmeten sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler schon viel früher der Frage, wie sich die Lebensqualität von BrustkrebspatientInnen ändert, als der Lebensqualität von Männern nach Prostatakrebstherapie. ‚Das mag daran liegen, dass das Thema Brustkrebs durch die Emanzipationsbewegungen der 1970er und 1980er Jahre ins Blickfeld der Öffentlichkeit gelangte‘, so Meryn.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 148)

Weiters wird im Text aber auch von einem geschlechtsspezifischen Unterschied bezüglich des Umgangs und der psychischen Verarbeitung im Falle einer Krebserkrankung gesprochen. Krebskranke Frauen seien laut dieser Beschreibung offener und teilten sich gerne mit, während Männer, so die Behauptung, eine höhere Verschlossenheit diesbezüglich zeigen würden:

„In den meisten Krankenhäusern wird psychoonkologische Betreuung angeboten, ‚die wird hauptsächlich von den Frauen genutzt‘, weiß die Onkologin Marosi, auch von den Frauen von Krebspatienten‘. Zwar haben jüngere Männer weniger Scheu, psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Doch während Krebspatientinnen ihre Gefühle, Ängste und Zweifel mit anderen Menschen teilen wollen, vermeiden Männer mit Prostatakrebs, darüber zu sprechen und legen großen Wert darauf, ganz normal weiterzuleben‘, stellte der kanadische Krebsspezialist Ross Gray in einer Studie fest, in der er Krebspatienten und ihre Frauen jeweils zehn Wochen und ein Jahr nach der Behandlung befragte.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 150/151)

Die Autorinnen beschreiben in weitere Folge das mögliche geschlechtsspezifische Handeln in Beziehungsverhältnissen, in denen der Mann der an Krebs erkrankte ist:

„Selbst wenn männliche Krebspatienten sich dazu entschließen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, so tauschen sie mit den anderen Mitgliedern hauptsächlich Informationen aus. Krebspatientinnen hingegen sprechen über ihre Gefühle. Besonders deutlich wird das in Internetforen. Aber auch wenn Männer nicht gern über ihre Krebserkrankung reden, benötigen sie doch emotionalen Beistand, der in den meisten Fällen von der Ehefrau kommt. Selbst dann, wenn die Ehe nicht mehr aufrecht ist." (Kautzky-Willer/ Tschachler 2012: 151)

In diesem Zusammenhang werden auch die Veränderungen in einer bestehenden Partnerschaft, in welcher die Frau die Krebskranke ist, erläutert:

„Auch bei Frauen wirken sich bestehende Partnerschaften positiv darauf aus, wie sie mit der Krankheit zurechtkommen und wie gut die Therapie anschlägt – ungeachtet der Tatsache, dass Männer für die Erkrankung ihrer Partnerin im Allgemeinen nicht so viel Verständnis aufbringen wie umgekehrt. So stehen Frauen in zwei Drittel der Fälle ihrem krebskranken Mann pflegerisch zur Seite, aber nur ein Viertel der krebskranken in Partnerschaft lebenden Frauen bekommen von ihrem Mann diese Unterstützung. Laut Marosi kommt es auch gar nicht selten vor, dass Männer unumwunden zugeben, mit der Krankheit ihrer Frau nicht umgehen zu können und sie verlassen, und das nicht nur bei der Diagnose Brust- oder Unterleibskrebs. ‚Manche Frauen haben noch kleine Kinder. Dass ist dann eine Doppel- und Dreifachkatastrophe.' Kein Wunder, dass Frauen mit der Diagnose Krebs meist schlechter umgehen können als Männer und häufiger psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 151-154)

„Sozialität", „Biologie" und „Embodiment"

Im untersuchten Text ist ein Schwerpunkt hinsichtlich der sozialen Krebsrisikofaktoren Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum bzw. der allgemeine Einfluss des Lebensstils erkennbar. So schreiben Kautzky-Willer und Tschachler im Kapitel „Krebs füttern" beispielsweise:

„Herausgestellt hat sich bisher, dass rund ein Drittel der Krebserkrankungen auf Fehlernährung zurückzuführen ist. Nicht nur für hohen Blutdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall, sondern auch für Alzheimer und Krebserkrankungen sind Übergewicht bzw. Fettleibigkeit und die damit in Zusammenhang stehenden körperlichen Veränderungen Risikofaktoren." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 159)

An einer anderen Stelle wird weiter erläutert:

„Eindeutig ist jedoch der Zusammenhang zwischen regelmäßigem Alkoholkonsum und Krebsrisiko. Das gilt vor allem für Brustkrebs, aber auch für bösartige Tumoren im Mundraum und im Rachen sowie am Kehlkopf und an der Speiseröhre. (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 161)

In jenem Unterkapitel, in dem die Entstehung von Krebs erklärt wird („Wie Krebs entsteht"), heißt es, dass einerseits biologische bzw. genetische, in den Zellen stattfindende

Prozesse an der Entstehung von Krebs beteiligt sind, diese aber wiederum von äußeren Faktoren, wie Schadstoffen, beeinflusst werden:

„Krebs ist eine genetische Erkrankung. Das bedeutet nur in zweiter Linie, dass die Anlage dafür in manchen Fällen vererbt ist. Genetisch heißt im Zusammenhang mit Krebs vielmehr, dass der Entstehungsmechanismus in der Erbsubstanz der Zellen liegt. […] Abgesehen von Gehirn- und Nervenzellen folgen alle Körperzellen in ihrem Zyklus – Wachstum, Teilung, Absterben – einem strengen Plan, der durch den Zelltyp festgelegt ist. Dieser Zellzyklus wird von bestimmten Genen kontrolliert. Ändert sich dieser Plan ([…] ‚Mutationen'), so entstehen Krebszellen. […] Der entstandene Tumor lässt Blutgefäße nachwachsen und schafft sich so sein eigenes Versorgungsnetz. Zudem können Krebszellen[…]an andere Stellen im Körper geschwemmt werden und dort Tochtergeschwulste (‚Metastasen') bilden.
Damit aus einer gesunden Körperzelle eine Krebszelle wird, braucht es allerdings mehrere Mutationen, deren Ursachen noch nicht alle klar sind. Schadstoffe sind nur einige davon. Und: Normalerweise werden entstandene Krebszellen vom körpereigenen Abwehrsystem unschädlich gemacht. Nur wenn das nicht der Fall ist, können bösartige Zellen weiterwuchern. Es müssen also mehrere Faktoren zusammentreffen, damit Krebs entsteht. Ob es in diesem Entstehungsmechanismus einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt, ist bisher noch nicht bekannt." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 158/159)

Das Verhältnis der Hauptkategorien „Geschlecht" und „Alter"

„Frauen", „Biologie", „Sozialität", „Embodiment" und „Alter"

Der folgende Textausschnitt enthält einen Hinweis auf die Verbindungen zwischen den Kategorien „Geschlecht: Frauen" und „Alter" und der Erkrankung Brustkrebs. So heißt es im einleitenden Teil zu Kapitel „Brust- und Prostatakrebs":

„Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen. Bezogen auf eine Lebenserwartung von mindestens 80 Jahren beträgt das Risiko, daran zu erkranken, eins zu zehn. Jüngere Frauen sind seltener betroffen, ab 50 steigt das Risiko, das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. Der Begriff ‚Krebs' selbst leitet sich übrigens vom griechischen Wort ‚karcinos' ab und bezeichnete ursprünglich Brustkrebs, da die Ärtzte des griechischen Altertums Ähnlichkeiten der Venen auf der Brustgeschwulst mit den Beinen eines Krebses fanden." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 147)

In Bezug auf den Einfluss von Tabakkonsum auf Krebserkrankungen konnte eine etwas problematisch formulierte Stelle gefunden werden. Die Autorinnen geben hier eine Stellungnahme der Onkologin Christine Marosi wieder. Dabei fällt die relativ einseitige Kritik an junge Mädchen und deren Rauchbeweggründe auf:

„Immer mehr Frauen, vor allem junge, rauchen. Und Zigarettenrauch ist eindeutig als der am schwersten wiegende Risikofaktor für Lungenkrebs identifiziert. […] ‚Ich fürchte, dass bei der nächsten Statistik die Sterblichkeitsraten für Frauen bei Lungenkrebs noch viel höher sein werden', sagt die Onkologin Christine Marosi. ‚Bei den Männern scheint die Botschaft, dass Rauchen

ungesund ist, langsam angekommen zu sein. Unter jungen Mädchen ist es hingegen nicht nur immer noch einfach cool zu rauchen, mit dem Rauch schlucken sie auch eher als gleichaltrige Burschen Wut, Frust und Ärger hinunter. Und: Viele Frauen verwenden die Zigaretten quasi zur Gewichtskontrolle und rauchen ihren Hunger weg. Deshalb wollen sie auch partout nicht aufhören, weil sie Angst vor einer Gewichtszunahme haben." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 157)

Das nächste Zitat erläutert die Problematik einer Brustkrebserkrankung bei übergewichtigen Frauen nach der Menopause. Auch an diesem Beispiel ist die Verschränkung von „Frauen", „Alter" und Brustkrebs bzw. Östrogenen interessant:

„Für Frauen kann besonders Übergewicht nach den Wechseljahren gefährlich sein: Es erhöht deutlich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, denn im Fettgewebe werden auch Östrogene erzeugt, die an der Entstehung von Brustkrebs mitwirken. Vor allem das Fett, das sich zwischen den Eingeweiden befindet[…], ist riskant: Die Zellen produzieren entzündungsfördernde Signalstoffe, die nicht nur zur Arterienverkalkung, Herzinfarkt und Schlaganfall führen können, sondern auch die Krebsentstehung begünstigen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 160)

Im Kapitel „Experiment an Frauen", wo es um die Verwendung von Hormonpräparaten geht, sticht auch wieder hier die Verknüpfung der Kategorien „Frauen" und „Alter" besonders hervor, da es dabei Frauen in und nach der Menopause betrifft. Kautzky-Willer und Tschachler schreiben dazu:

„Seit den 1960er Jahren wurde ein Allheilmittel gepriesen, das gegen Leiden und Symptome von Frauen in den Wechseljahren und danach helfen sollte: Hormonpräparate, vorzugsweise eine Kombination aus Östrogen und Gestagen. (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 162)

Einen Absatz weiter ist zusätzlich wieder der Bezug zu Brustkrebs gegeben:

„Einen entsprechenden Knalleffekt brachte im Jahr 2003 die Veröffentlichung der Studienergebnisse aus der Womens's Health Initiative, an der in den USA 16.000 Frauen teilgenommen hatten. Nicht nur konnte die Annahme, dass die Hormongabe auch die Blutgefäßgesundheit der Frauen verbessere, nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, bei Frauen, die nach der Menopause Hormone geschluckt hatten, kam es sogar wesentlich häufiger zu Herzinfarkten und Schlaganfällen. Und: Sie erkrankten öfter an Brustkrebs als die Studienteilnehmerinnen, die ein Scheinmedikament erhalten hatten." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 162)

8.4.3 Conclusio aus den empirischen Ergebnissen und Interpretation

Folgendes lässt sich zu den Analyse-Ergebnissen des zweiten populärwissenschaftlichen Kapitels sagen: In Hinsicht auf die Hauptkategorien „Geschlecht" und „Ursache" wird der Schwerpunkt auf die Verbindung der Kategorien „Differenz" mit „Biologie" und „Sozialität" deutlich. Kritisch ist dabei die geschlechtsspezifische Verhaltenszuordnung,

welche eine mögliche Verfestigung von Geschlechterstereotypen beinhalten kann und die vorhandene Verbindung von „Brustkrebs“ und „Frauen“, da wie auch im Falle von Prostatakrebs, diese Krebsarten a priori einem bestimmten Geschlecht zugeschrieben werden und in weiterer Folge biologische Festschreibungen in diesem Bereich fördern können.
Bei der Unterkategorie „Biologie“ sticht die oftmals vorkommende Verschränkung mit den Kategorien „Frauen“ und „Männer“ hervor, was in weiterer Folge zu einer Biologisierung und Dichotomisierung von männlichen und weiblichen Körpern führen kann.
Hinsichtlich der Kategorie „Alter“ ist vor allem deren häufige Verschränkung mit der Unterkategorie „Frauen“ (z.B. Frauen in der Menopause) auffällig.
An der Kategorie „Ethnizität“ ist die Tatsache interessant, dass diese, wie im ersten untersuchten Kapitel dieses Buches, nicht einmal vorkommt.

8.5 Zur Gegenüberstellung der beiden untersuchten Bücher

Werden die jeweils zwei Kapitel auf ihre Aussagen bzw. Inhalte miteinander verglichen, so gibt es folgende Auffälligkeiten:
In Hinsicht auf die Verschränkung der Kategorien „Geschlecht“ und „Ursache“ ist sowohl im wissenschaftlichen Studienbuch als auch im populärwissenschaftlichen Sachbuch der Schwerpunkt auf die Geschlechterdifferenz in allen möglichen Facetten vorhanden. Das heißt neben den sozialen Einflussfaktoren, z.B. wenn über geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten gesprochen wird, finden sich auch teilweise Behauptungen, die zu einer Biologisierung des (Geschlechts-)Körpers führen können. Dies zeigt sich vor allem in Textstellen, wo über unterschiedliche Medikamentennebenwirkungen bei Frauen und Männern diskutiert wird oder an Stellen, wo der Begriff „Sex“ im Sex/Gender-Konzept erklärt wird. Ein Punkt, in dem eine Differenz erkennbar ist, sind die expliziten Hinweise auf mögliche Gemeinsamkeiten oder relativierende Aussagen bezüglich der Geschlechterdifferenz, die im wissenschaftlichen Lehrbuch – vor allem im einführenden Kapitel – vorhanden sind, im populärwissenschaftlichen Sachbuch dies jedoch, wenn es vorkommt, dann nur implizit zu finden ist.

9. Resümee

In Bezug auf die Hauptfragestellung dieser Arbeit, nämlich *welche Erklärungen hinsichtlich der Verbindung von Gender und ursächlicher Faktoren von Krankheiten unter einer kritischen Analyse der untersuchten Literatur zu Gendermedizin zu finden sind,* ist allgemein an der Definition von Gendermedizin und den Ursache-Erklärungen auffällig, dass bei diesen überwiegend auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und ihren Gesundheits- und Risikoverhalten Bezug genommen wird und im Falle der untersuchten Literatur auf eine teilweise unhinterfragte Sex-Gender Auffassung aufgebaut wird, bei welcher sich vor allem das Festhalten an den genetischen und hormonellen Unterschieden zwischen Frauen und Männern als wesentliche „Erkennungsmerkmale" für Krankheitsursachen oder Krankheitsverläufe als problematisch erweist.

Bei der Frage, *wie das Verhältnis von Biologie und Sozialität in den Darstellungen von körperlichen Krankheiten bzw. speziell auf Krebs bzw. Brustkrebs bezogen verhandelt wird*, konnte festgestellt werden, dass sowohl biologische als auch soziale Faktoren gleichermaßen eine Rolle innerhalb gendermedizinischer Krankheitserklärungen haben und in starker Verbindung mit der Kategorie „Geschlecht: Differenz" stehen (siehe oben). So wird immer wieder auf entweder biologisch bedingte Geschlechtermerkmale – in diesem Zusammenhang vor allem auf Hormone – oder geschlechtsspezifische Gesundheitsverhaltensweisen hingewiesen. Kautzky-Willer erklärt beispielsweise bereits in der Einleitung zu „Gendermedizin", dass sich Frauen und Männer bezüglich des Gesundheits- und Risikoverhaltens differenzieren würden und Krankheiten bei diesen unterschiedlich ausgeprägt seien (vgl. Kautzky-Willer 2012: 7). In den Erläuterungen zu Krebserkrankungen fällt der starke Bezug zur Kategorie „Ursache: Sozialität" auf, aber auch hier wird ihre Verschränkung mit der Kategorie „Geschlecht: Differenz" und die damit einhergehende „Feminisierung" von Brustkrebs deutlich, da in diesem Zusammenhang ausschließlich von Frauen gesprochen wird.

Hinsichtlich der Frage, *welche Kategorien außer Geschlecht in der untersuchten Literatur sonst noch genannt werden (Ethnizität, Alter) und auf welche Art bzw. mit welchen Begriffen, wenn von diesen gesprochen wird, die Differenzen beschrieben werden*, kam es zu folgenden Ergebnissen: Es wird die Relevanz der Kategorie „Alter" sehr deutlich hervorgehoben. Das „Alter" wird relativ oft mit der Kategorie „Geschlecht: Frauen" verknüpft, was sich beispielsweise in Bezug auf Brustkrebs durch die Hinweise auf die weibliche Menopause äußert. Die Kategorie „Ethnizität" kommt lediglich ein paar Mal

indirekt vor und wird auch in diesen wenigen Beispielen nicht weiter erläutert. Dies kann als durchaus problematisch betrachtet werden, da der ethnische Aspekt im biomedizinischen Rahmen eine wichtige Rolle spielen kann (siehe unten).

Wenn der Frage nachgegangen wird, ob sich *die Aussagen in den jeweiligen Untersuchungsmaterialien differenzieren bzw. ob sich die inhaltlichen Botschaften der populär-wissenschaftlichen Texte im Vergleich zu den wissenschaftlichen ändern,* kann gesagt werden, dass in allen vier untersuchten Kapiteln die Betonung auf geschlechtsspezifische Unterschiede, sowohl hinsichtlich biologischer als auch soziokultureller Dimensionen, eher gleich stark präsent ist. Jedoch fällt auf, dass im wissenschaftlichen Studienbuch auch explizit Hinweise auf die geschlechtlichen Gemeinsamkeiten gegeben sind, insbesondere im „Editorial" von Kautzky-Willer.

Bei genauerer Betrachtung der gendermedizinischen Erklärungen hinsichtlich der Verknüpfung der Kategorien „Geschlecht" und „Ursache" in der ausgewählten Literatur zeigt sich tatsächlich ein starker Bezug zur Sex/Gender-Konzeption. Jedoch lässt dieser – und das beweisen poststrukturalistische Kritiken von beispielsweise Judith Butler oder Heinz-Jürgen Voß – mit der Aufspaltung in einen biologischen Geschlechtskörper und eine kulturelle Geschlechtsidentität den „biologischen Rest" (Sex) und die damit verbundenen Geschlechterdifferenzen, welche mit Hormonen, Chromosomen und Genen begründet werden, unhinterfragt stehen, was in weiterer Folge zu einer gleichzeitigen Vergeschlechtlichung und Biologisierung des Körpers führen kann. Bei der Lösung der Problematik, wie das Verhältnis von Biologie und Sozialität im Rahmen der Biomedizin gewichtet werden soll, erweisen sich die in der Arbeit angeführten Embodiment-Ansätze, welche auf dynamische Elemente und mehrere ineinandergreifende Einflussfaktoren bei der Beurteilung von Krankheitsursachen aufbauen, als sehr hilfreich. Neben Lynda Birkes Vorschläge einer neuen Herangehensweise an Sozial- und Naturwissenschaften bieten auch die Arbeiten von Anne Fausto-Sterling einen wichtigen kritischen Blick auf Biologie, Körper, Gesundheit und Geschlecht, aber auch zusätzlich auf die Dimensionen Alter und Ethnizität, die ebenfalls eine bedeutende Rolle bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten haben können, jedoch in der untersuchten Literatur in Bezug auf den ethnischen Aspekt nicht diskutiert werden.

Die Gendermedizin, die ihre Ursprünge in der Frauengesundheitsforschung hat, scheint auch heute noch auf der Suche nach Ursachen und Einflussfaktoren in Hinsicht auf Geschlecht und Krankheit, wenn auch manchmal implizit, den Fokus auf Geschlechter*differenzen* zu setzen, was sich sowohl bei den allgemeinen Erklärungen von

Krankheiten, als auch bei den Hinweisen auf Krebserkrankungen bzw. in Bezug auf Brustkrebs erwiesen hat. Dies kann zu einem Dilemma führen, da einerseits das allgemeine Ziel der Frauengesundheitsforschung die „Emanzipation“ und „Sichtbarmachung“ der Frauen im Rahmen biomedizinischer Diskurse ist, andererseits aber auch von feministisch-poststrukturalistischen Richtungen die „Auflösung“ von Geschlechtsidentitäten und Geschlechtergrenzen angestrebt wird. Jedoch gibt es auch in der Frauengesundheitsforschung mittlerweile unterschiedliche Ansätze, die sich mit mikrosoziologischen und strukturanalytischen Herangehensweisen, aber auch mit neuen Wegen und Methoden, wie zum Beispiel bei den in dieser Arbeit dargestellten feministisch-kritischen Beiträgen zu Brustkrebs oder Osteoporose, im Rahmen der Biomedizin beschäftigen.

Im Falle der Gendermedizin sollte ein Mittelweg gefunden werden, welcher durch die kritische Perspektive des *Embodiments* und seiner „ent-dichotomisierenden“ Wirkung sowohl Benachteiligungen aufdeckt, als auch die Vielfalt des „Geschlechts“ in den Blick nimmt.

10. Literatur

Braun, Christina von (2006): Gender, Geschlecht und Geschichte. In: Braun, Christina von /Stephan, Inge (Hrsg.): Gender Studien: Eine Einführung. J.B. Metzler Verlag, Stuttgart/Weimar: 10-51

Bauer, Ingrid (2002): Frauengeschichte, Männergeschichte, Geschlechtergeschichte – Geschlechtssensible Geschichtswissenschaft. In: Bauer, Ingrid/Neissl Julia (Hrsg.): Gender Studies: Denkachsen und Perspektiven der Geschlechterforschung. Studienverlag, Innsbruck/ Wien [u.a.]: 35-52

Birke, Lynda (2003): Shaping biology. Feminism and the idea of ‚the biological'. In Williams, Simon J./Birke, Lynda/Bendelow, Gillian A. (Hrsg.): Debating Biology. Sociological reflections on health, medicine and society. Routledge, London and New York: 39-52

Borgers, Dieter (2002): Krebskrankheiten bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern: 291-307

Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Butler, Judith (1993): Körper von Gewicht. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Diekmann, Andreas (2006): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg

Fausto-Sterling, Anne (1988): Gefangene des Geschlechts?: Was biologische Theorien über Mann und Frau sagen. Piper, München/Zürich

Fausto-Sterling, Anne (2000): Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. Basic Books, New York

Fausto-Sterling, Anne (2003): The problem with sex/gender and nature/nurture. In Williams, Simon J./Birke, Lynda/Bendelow, Gillian A. (Hrsg.): Debating Biology. Sociological reflections on health, medicine and society, Routledge, London and New York, 123-132

Fausto-Sterling, Anne (2005): the Bare Bones of Sex: Part I. In: Sex & Gender, Sign, 30, Nr. 2, 1491-1528

Fausto-Sterling, Anne (2008): The Bare Bones of Race. In: Social Studies of Science, 38, 657-694

Gibbon, Sahra (2007): Breast Cancer Genes and the Gendering of Knowledge. Science and Citizenship in the Cultural Context of the 'New' Genetics. Palgrave Macmillan, New York

Grosz, Elisabeth (1994): Volatile Bodies. Toward a Corporeal Feminism. Indiana University Press, Bloomington

Hochleitner, Margarethe/Bader, Angelika (2009): Prävention: Ein Gender-Thema? In: Gender Medicine. Ringvorlesung and der Medizinischen Universität Innsbruck. Facultas, Wien: 50-61

Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (2002): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern: 13-31

Jäger, Ulle (2004): Der Körper, der Leib und die Soziologie: Entwurf einer Theorie der Inkorporierung. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus

Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Ungleich besser". In Kautzky-Willer, Alexander/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 7-18

Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Im Kampf gegen Krebs“. In Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth. (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 146-163

Kautzky-Willer, Alexandra (2012): Editorial. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 7-16

Klesse, Christian (2007): Heteronormativität und qualitative Forschung. Methodische Überlegungen. In: Hartmann, Jutta u.a. (Hrsg.): Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht. VS, Wiesbaden: 35-51

Klinge, Ineke (2010): Sex, Gender and Osteoporosis: on Gendered Embodiment. In: Ernst, Waltraud (Hrsg.): Ethik – Geschlecht – Medizin. Körpergeschichten in politischer Reflexion. LIT Verlag, Berlin: 131-144

Krieger, Nancy (2004): Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. In: J Epidemiol Community Health 2005; 59:350-355

Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2002): Gesundheit und Krankheit im hohen Alter. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern: 206-222

Krüger-Fürhoff, Irmela Marei (2005): Körper. In: von Braun, Christina/Stephan, Inge (Hrsg.): Gender@Wissen- Ein Handbuch der Gender-Theorien. Böhlau Verlag, Köln/Weimar/Wien: 66-80

Kuhlmann, Ellen/Babitsch, Birgit (2002): Bodies, health, gender – Bridging femnisti theories and womens´s health, Women’s Studies International Forum, Vol. 25, No. 4, pp. 433-442

Legato, Marianne J. (2004): Principles of Gender-Specific Medicine. Elsevier, London/Burlington/San Diego

Marosi et. al (2004): Onkologie. In: Rieder, Anita/Lhoff, Birgitte (2004): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Wien: 113-148

Marosi, Christine (2012): Gender und Krebserkrankungen. Versuch einer Standortbestimmung in 2011. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 197-221

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Mehlmann, Sabine (2006): Unzuverlässige Körper: zur Diskursgeschichte des Konzepts geschlechtlicher Identität. Ulrike Helmer Verlag

Palfner, Sonja (2009): Gen – Passagen. Molekularbiologische und medizinische Praktiken im Umgang mit Brustkrebs – Genen. Transcript Verlag, Bielefeld

Rieder, Anita/Lhoff, Birgitte (2004): Einleitung. In: Rieder, Anita/Lhoff, Birgitte (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Wien: 1-9

Sachs, Hans (2003): Brustkrebs. Somatik, Psychosomatik, Selbsthilfe, Prävention. Akademos Wissenschaftsverlag, Hamburg

Scheich, Elvira (2006): Naturwissenschaften. In: von Braun, Christina/Stephan, Inge (Hrsg.): Gender Studien: Eine Einführung. Verlag J.B. Metzler. Stuttgart/Weimar: 187-200

Schmitz, Sigrid (2006): Hirnbilder im Wandel. Kritische Gedanken zum ‚sexed brain'. In: Mauss, Bärbel/Peterson, Barbara (Hrsg.): Das Geschlecht der Biologie. NUT-Schriftenreihe Band 11. Talheimer Verlag, Mössingen-Thalheim: 61-92

Schmitz, Sigrid/Degele, Nina (2010): Embodying – ein dynamischer Ansatz für Körper und Geschlecht in Bewegung. In: Degele/Schmitz/Mangelsdorf/Gramespacher (Hrsg.): Gendered Bodies in Motion. Budrich UniPress, Leverkusen: 13-36

Spanier, Bonnie B. (2010): Science and Politics of Breast Cancer Activism: The Power of Feminist Science Coupled with Evidence-Based Medicine In: Ernst, Waltraud (Hrsg.): Ethik – Geschlecht – Medizin. Körpergeschichten in politischer Reflexion. LIT Verlag, Berlin: 91-109

Villa, Paula-Irene (2003): Judith Butler. Campus Verlag, Frankfurt/New York

Villa, Paula-Irene (2004): Der Körper als Scharnier von Struktur und Subjekt. In: Mogge Grotjahn, Inge (Hrsg.): Gender, Sex und Gender Studies – Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau: 145-156

Voss, Angelika/Lhoff, Birgitte (2004): Nach-Denkliches zur Gender Medizin. In: Rieder, Anita/Lhoff, Birgitte (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer-Verlag, Wien: 435-443

Voß, Heinz-Jürgen (2011): Geschlecht. Wider die Natürlichkeit. Schmetterling Verlag, Stuttgart

Internetquellen

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11

http://www.meduniwien.ac.at/homepage/news-undtopstories/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1075&cHash=f1732d2870, online 28.10.2012

Hochleitner, http://fgz.i-med.ac.at/kongresse/pdf_kongr/gender_medizin_dresden.pdf, online 11.02.2013

11. Anhang

11.1 Abstract (Deutsch)

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie im Rahmen der „Gendermedizin“ einerseits das Verhältnis von biologischen und sozialen Faktoren verhandelt wird und inwiefern andererseits ein biologisch-essentialistisches Verständnis von Geschlechterdifferenzen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit konstruiert bzw. reproduziert wird. In Anlehnung an das Embodiment-Konzept, welches ein dynamische Körperverständnis beinhaltet und den Theorien des „New Materialism“, die eine Verschränkung biologisch-naturwissenschaftlicher und sozialer Perspektiven anstreben, wird ein kritischer Blick auf eine ausgewählte Medizinliteratur, herausgegeben von der ersten österreichischen Professorin für Gendermedizin Alexandra Kautzky-Willer (Medizinische Universität Wien), geworfen. Die kritische Analyse zeigt die Problematiken des Sex/Gender-Konzeptes allgemein und im Speziellen innerhalb biomedizinischer Diskurse in Zusammenhang mit Krebserkrankungen bzw. Brustkrebs mit dem Fokus auf die Repräsentationen und Konstruktionen „vergeschlechtlichter“ Körper im Rahmen der (Gender)Medizin.

11.2 Abstract (English)

This thesis examines how the conceptions of ‘Gender Medicine’ handle with relations of biological and social factors compared with construction and reproduction of essential biological understandings of sex-differences in relation to health and illness: By using the concept of embodiment which has a dynamic understanding of the body, and theories in context of discussions of the ‘new materialism’ (which aim to crossing biological and social science) and looking critically with this point of view at medical literature edited by the first Austrian professor of ‘Gender Medicine’ Alexandra Kautzky-Willer (Medical University of Vienna). The critical analysis shows the problematic of the concept of ‘sex and gender’ generally and specifically used in biomedical discourses in relation to cancer respectively breast cancer with the special focus on the representations and constructions of gendered bodies within the framework of (gender)medicine.

11.3 Lebenslauf

Stein Manuela

Ausbildung

seit 2010	Masterstudium Gender Studies an der Universität Wien
2006-2010	Bakkalaureatsstudium der Soziologie an der Karl-Franzens-Universität Graz Schwerpunkt: Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
2002-2006	Bundesoberstufenrealgymnasium Nonntal in Salzburg Matura am 15.06.2006 abgelegt

11.4 Extrahierte Textpassagen mit den jeweils zugeordneten Kategorien

Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra 2012: Editorial. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 7-16

„Gendermedizin ist eine spannende Herausforderung der modernen Medizin, die mittlerweile nicht nur einen wichtigen Platz in der Wissenschaft und Forschung einnimmt, sondern auch zunehmend in die ärztliche Praxis Einzug findet. Erkenntnisse, dass Männer und Frauen sich in ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten unterscheiden und auch Krankheiten in einem unterschiedlichen Erscheinungsbild präsentieren und erleben sowie auf Therapien unterschiedlich ansprechen können, müssen in der Medizin berücksichtigt werden.“ (Kautzky-Willer 2012: 7)

(„Differenz“)

„Selbst bei Erkrankungen, bei denen aufgrund genetischer Tests ein Ansprechen auf ein spezifisches Medikament besser vorhersagbar ist, [sind] noch andere biologische sowie Verhaltens- und Umweltfaktoren an der weiteren Krankheitsentwicklung beteiligt. Auch bei diesen genetisch vorselektierten PatientInnen ist es wichtig zu prüfen, ob nicht zusätzlich Unterschiede im Erscheinungsbild der Erkrankung bzw. in der Wirkung des spezifischen Medikaments bei Mann und Frau auftreten.“ (Kautzky-Willer 2012: 7)

(„Differenz“, „Biologie“)

„Derzeit übertrifft bei vielen Erkrankungen, so z.B. auch beim Typ2-2Diabetes, der prädiktive Wert von Alter und Geschlecht.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

(„Alter“)

„So konnte mittels Gen-Chips und Microarray-Analysen, ein Geschlechtsdimorphismus in Bezug auf die Genexpression in verschiedenen Geweben mit großer Schwankungsbreite festgestellt werden. In Populationsstudien wurden Gender-Gen-Interaktionen beim Blutdruck gezeigt, die therapeutisch relevant sein können[…]. Das Geschlecht und der Einfluss der Sexualhormone müssen deshalb auch bei genetischen Untersuchungen beachtet werden.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

(„Differenz“, „Biologie“)

„Das Alter und das Geschlecht sind seit langem als die Gesundheit maßgeblich beeinflussende Charakteristika anerkannt, die dennoch sowohl in der Grundlagen- wie in der klinischen Forschung immer noch vernachlässigt werden. Bereits jetzt ist jedenfalls eine individualisierte Therapie möglich durch eine Anpassung von Behandlungsalgorithmen entsprechend der aktuellen Krankheitsphase und dem speziellen klinischen Bild der Erkrankung, unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Organfunktionen, dem im Einzelfall zu erwartenden Behandlungserfolg sowie des persönlichen Umfelds und der Lebensqualität der Betroffenen.“ (Kautzky-Willer 2012: 8)

(„Differenz“, „Alter“, „Biologie“, „Sozialität“, „Embodiment“)

„Sex-Unterschiede sind durch biologische Unterschiede erklärbar, bezeichnen also im Wesentlichen genetische und hormonelle Unterschiede, Unterschiede im Körperbau, Größe und Funktion bestimmter Organe und Enzymaktivitäten sowie Unterschiede im Stoffwechsel und Energiehaushalt.
Die ebenso wichtigen Gender-Unterschiede werden durch soziale Faktoren verursacht und verstärkt, also durch Verhalten Rollenerwartungen, Kulturkreis, Religion, Familie, Lebensform und die Gesellschaft beeinflusst.“ (Kautzky-Willer 2012: 9)

(„Differenz“, „Biologie“, „Sozialität“, „Embodiment“, „Ethnizität“)

„Gender-Effekte müssen auf der Basis der stets vorhandenen biologischen Unterschiede betrachtet werden und auch die Auswirkung biologischer Faktoren ist durch den Lebensstil und die Sozialisierung beeinflusst.“ (Kautzky-Willer 2012: 9)

(„Biologie“, „Sozialität“, „Embodiment“)

„Insofern ist in der Gendermedizin ein naturwissenschaftliches Herangehen und vor allem auch vermehrt Grundlagenforschung notwendig um die in epidemiologischen Untersuchungen und großen Datensätzen dargelegten Unterschiede zwischen Männern und Frauen näher zu beleuchten und ursächliche Zusammenhänge für Unterschiede zwischen den Geschlechtern, also für den Vorteil eines Geschlechts, herauszufinden; damit kann schließlich die Basis geschaffen werden, neue Therapieansätze insbesondere auch für das benachteiligte Geschlecht zu finden.“ (Kautzky-Willer 2012: 9)

(„Differenz“)

„Die zeigten auch einige Post-hoc-Analysen, wie zum Beispiel die höhere Mortalitätsrate bei Frauen mit Herzinsuffienz und verminderter linksventrikulärer Funktion und Dioxin[…], was wahrscheinlich auf eine für Frauen zu hohe Dosierung zurückzuführen war, oder die höhere Frakturrate bei postmenopausalen Frauen unter Glitazontherapie[…].“ (Kautzky-Willer 2012: 10)

(„Frauen“, „Alter“)

„Es ist kein Zufall, dass viele der erst nach der Zulassung festgestellten Nebenwirkungen vor allem bei Frauen auftreten und dass die meisten der betroffenen Medikamente wegen unerwünschten Ereignissen bei Frauen wieder vom Markt genommen werden mussten.“ (Kautzky-Willer 2012: 10)

(„Frauen“)

„Diese Befunde ergeben sich aus der Tatsache, dass Medikamente, vor allem in den frühen Prüfphasen[…], aber oft auch bevor sie tatsächlich auf den Markt kommen, weiterhin häufiger an Männern getestet werden. Sogar bei präklinischen Tierversuchen, die Untersuchungen am Menschen vorangehen, überwiegt nach wie vor die Zahl der männlichen Labortiere.“ (Kautzky-Willer 2012: 10)

(„Männer“)

„So ist beispielsweise auch die diastolische Herzinsuffizienz (das ‚steife Herz', die vor allem Frauen im höheren Lebensalter betrifft) unzureichend untersucht und die evidenzbasierten Leitlinien fokussieren auf die systolische Herzinsuffizienz, die überwiegend Männer betrifft." (Kautzky-Willer 2012: 11)

(„Frauen", „Männer", „Alter")

„Tatsächlich zeigen Statistiken, dass die Lebenserwartung der Frau in Europa bzw. in Ländern mit vergleichbarem Sozialstatus, um fünf bis sechs Jahre höher ist als in der entsprechenden männlichen Bevölkerung." (Kautzky-Willer 2012: 11)

(„Frauen")

„Zu den biologischen Faktoren zählen genetische Unterschiede, wobei das doppelte X-Chromosom der Frauen einen gewissen Schutzfaktor für manche Krankheiten darstellt, insbesondere da bei Frauen eine zweite ‚Sicherheitskopie' des fehleranfälligen X-Chromosoms vorliegt. X-chromosomal vererbte Krankheiten, wie z.B. die Hämophilie, treffen hauptsächlich Männer. Auf eine schwächere Erbsubstanz wird auch meist die höhere perinatale Sterblichkeit von männlichen Nachkommen zurückgeführt. Selbst im Tierreich trifft es bei den meisten Spezies, so auch bei Schimpansen in Gefangenschaft, zu, dass die weiblichen Tiere länger leben als die männlichen Artgenossen." (Kautzky-Willer 2012: 11)

(„Differenz", „Frauen", „Biologie")

„Durch die höhere Lebenserwartung von Frauen sind gerade alte, alleinlebende Frauen von vielen Krankheiten betroffen, sind aber als Probandengruppe in den meisten Studien nicht eingeschlossen. Das weibliche Geschlecht war zu fast 40 % Ausschlusskriterium in randomisierten kontrollierten Studien, gleichauf mit einem Alter über 65 Jahren[…]." (Kautzky-Willer 2012: 11)

(„Frauen", „Alter")

„Offensichtlich haben weibliche Lebewesen von Natur aus einen gewissen Vorteil, der evolutionsbiologisch betrachtet wahrscheinlich der Reproduktion, der Schwangerschaft und Geburt zur Erhaltung der Nachkommen nützen soll. Tatsächlich war die Mütter-Sterblichkeit früher ein großes Problem und ist in manchen Entwicklungsländern nach wie vor für eine geringere Lebenserwartung der Frauen verantwortlich." (Kautzky-Willer 2012: 11/12)

(„Frauen", „Biologie", „Ethnizität")

„Zusätzlich zeigen aktuelle Untersuchungen, dass das Geschlecht auch mit der Telomerlänge asoziiert scheint. Das biologische Alter kann anhand der Telomerlänge abgelesen werden. Telomere sind spezielle Abschnitte des menschlichen Genoms, Endstücke der DNA, welche vor Chromosomenschäden schützen und Zellalterung und Lebensspanne mitbestimmen. Im Laufe des Lebens verkürzen sie sich, sodass die Telomere bei älteren Menschen kürzer als bei Jugendlichen sind. Längere Telomere werden mit einer höheren Lebenserwartung in Verbindung gebracht und endogene Östrogene könnten Alterungsprozesse verlangsamen. Allerdings dürften hier nicht nur genetische und hormonelle Ursachen, sondern auch Unterschiede im Lebensstil mitspielen. Rauchen, Übergewicht und Stressfaktoren können die Telomerlänge verkürzen, während sich Sport positiv auf die Telomerlänge auswirkt ." (Kautzky-Willer 2012: 12)

(„Frauen" „Alter", „Biologie", „Sozialität", „Embodiment")

„Während sich die Lebenserwartung der Nonnen[…]kaum von der der allgemeinen weiblichen Bevölkerung unterschied, war die Sterblichkeit der Mönche geringer als bei der männlichen Allgemeinbevölkerung. Die Lebensweise und der Einfluss sozialer Faktoren können bei Frauen und Männern in Klöstern im Prinzip als vergleichbar eingestuft werden, sodass Unterschiede in der Mortalitätsstatistik im Wesentlichen auf biologische Ursachen zurückgeführt werden können. Zumindest sind hier beide Geschlechter frei von Familienpflichten und von Stress-Situationen durch Beruf und Doppelbelastung. Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Nonnen und Mönchen betrug in den Studien 1 bis 2 Jahre. Allerdings konnte zuletzt in den Aufzeichnungen eine geringere Zunahme der Lebenserwartung bei Mönchen im Vergleich zu Nonnen verzeichnet werden […], was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass in Männerklöstern Rauchen nach dem zweiten Weltkrieg toleriert wurde, bei Nonnen allerdings ein generelles Rauchverbot herrscht.“ (Kautzky-Willer 2012: 12)

(„Männer“, „Sozialität“)

„Der Einfluss sozialer Faktoren, der Umwelt und der Lebenssituation spiegelt auch ein West-Ost-Gefälle in der Lebenserwartung in Österreich und ein Nord-Süd-Gefälle in Italien wieder. [...] Das kann auch durch das geringere Vorkommen von Adipositas und Diabetes im Westen Österreichs zumindest teilweise erklärt werden[…]. Außerdem können Unterschiede in der Lebenserwartung auch vom Sozialstatus und der Armutsverteilung, dem Bildungsstatus und dem Status der Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit beeinflusst werden. (Kautzky-Willer 2012: 13)

(„Differenz“, „Sozialität“, „Embodiment“)

„Die perinatale Sterblichkeit und die Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter ist bei Knaben größer als bei Mädchen, die Säuglingssterblichkeit beträgt derzeit in Österreich 5,5 % für Knaben und 3,8 % für Mädchen. Die niedrigste Sterblichkeit findet sich im Volksschulalter bei beiden Geschlechtern mit ungefähr 0,1 %. Im Alter von 20 Jahren ist die Mortalitätsrate bei den männlichen Jugendlichen knapp zehn Mal höher , und somit mehr als doppelt so groß wie bei den gleichaltrigen Mädchen. Die ist insbesondere auf motorisierte Unfälle sowie Sportunfälle durch risikoreiches Verhalten der Burschen zurückzuführen, aber auch durch eine höhere Suizidrate.“ (Kautzky-Willer 2012: 13)

(„Differenz“, „Männer“, „Sozialität“)

„Die Lebenserwartung ist im letzten Jahrzehnt bei Frauen weniger stark angestiegen als bei Männern Dies könnte sowohl auf eine gesündere Lebensweise der männlichen Bevölkerung als auch auf eine ungesündere Lebensweise der weiblichen Bevölkerung zurückzuführen sein. Tatsächlich wird eher letzteres vermutet, wobei der steigende Konsum von Suchtmitteln, insbesondere Nikotin aber auch Alkohol, bei Frauen ein wesentlicher Faktor zu sein scheint. Außerdem könnte auch vermehrt Stress bei Frauen durch Doppelbelastung von Familie und Beruf sowie Pflegeaufgaben innerhalb der Familie sowie eine vermehrte Aneignung des ‚männlichen, risikoreichen‘ Lebensstils bei jüngeren Frauen ursächlich sein. Untersuchungen belegen, dass bei Frauen eine Doppelbelastung zu mehr inneren Konflikten und Stress-Situationen führt als bei Männern, für die die berufliche Karriere meist klar im Mittelpunkt steht.“ (Kautzky-Willer 2012: 13/14)

(„Frauen“, „Männer“, „Sozialität“, „Embodiment“)

„Weiters wurde mehrfach gezeigt, dass Frauen eher gesundheitsbewusst leben, sich mehr als Männer für Vorsorgeuntersuchungen interessieren und auch daran teilnehmen sowie generell häufiger Arztbesuche tätigen. Obwohl sie oft ein besseres Wissen über Krankheiten besitzen, sind sie aber dennoch in vielen Bereichen schlechter eingestellt, wenn man das Erreichen von kardiovaskulären Zielwerten wie Blutdruck, Blutfette oder Blutzucker heranzieht. Oft sind Frauen innerhalb der Familie ein Gesundheits-Multiplikator, indem sie gleichzeitig den Gesundheits-Coach darstellen, deren gesundheitliche Veränderungen früher wahrnehmen, sie zum Arztbesuch motivieren und für eine gesunde Ernährung sorgen.“ (Kautzky-Willer 2012: 14)

(„Differenz“, „Frauen“, „Sozialität“)

„Obwohl also eindeutig ist, dass zumindest derzeit noch Frauen im Schnitt länger leben, gibt es zahlreiche Hinweise, dass sie weniger Zeit in gutem Gesundheitszustand erleben, dass sie insgesamt mehr chronisch krank sind und mehr Gebrechen aufweisen. Sowohl Daten aus Österreich als auch aus ganz Europa belegen, dass Frauen immer häufiger als Männer einen mäßigen bis schlechten Gesundheitszustand angeben, der zum Teil nur als subjektives Erleben erhoben wurde, teils auch bei Miterhebung von Krankheiten und körperlichen Gebrechen mit Unterschieden im körperlichen Zustand zwischen den Geschlechtern einherging.“ (Kautzky-Willer 2012: 14)

(„Differenz“, „Frauen“, „Sozialität“)

„Außerdem setzen sich Kapitel mit dem Gesundheitsverhalten und dem Bereich Public Health auseinander, da Gesundheitserhaltung und Prävention immer wichtiger werden und auch gerade in diesem Fachgebiet geschlechtsspezifische Unterschiede augenfällig sind.“ (Kautzky-Willer 2012: 15)

(„Differenz“)

Wissenschaftliches Studienbuch, Kapitel: Marosi, Christine 2012: Gender und Krebserkrankungen. Versuch einer Standortbestimmung in 2011. In: Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.): Gendermedizin. UTB Böhlau, Wien: 197-221

„Anders als in vielen medizinischen Disziplinen, gab es in der Onkologie von Anfang an Studien mit ausschließlich Frauen als Teilnehmerinnen – und auch solche, wo ausschließlich Männer teilnahmen; schließlich sind bei beiden Geschlechtern jene Tumoren die häufigsten, die von geschlechtshormonabhängigen Drüsen ausgehen – nämlich Brustkrebs und Prostatakrebs.“ (Marosi 2012: 197)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“)

„Diese alarmierenden Trends zeigen, dass Wissen um Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol und um gesunde Ernährung nicht genügt und die Prävention vermeidbarer Krebserkrankungen noch lange nicht ausgeschöpft ist – beziehungsweise es offensichtlich zu keiner Umstellung des ‚westlichen Lebensstils‘ bei der Allgemeinbevölkerung kommt.“ (Marosi 2012: 198)

(„Sozialität“)

„Die Erfolge in Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen sind erheblich. Jahrzehntelange Anstrengungen in der Grundlagenforschung, insbesonders die Fortschritte in der Genetik und in der Zellbiologie haben unser Verständnis, wie es zu einer Krebserkrankung kommt und welche Stoffwechselwege daran beteiligt sind, stark erhöht. Natürlich bringt jede Antwort neue Fragen hervor, aber das Vermögen, auch diese neuen Fragen beantworten zu können, nimmt dank der sich rasch entwickelnden molekularen Untersuchungsmethoden auch zu.“ (Marosi 2012: 198)

(„Differenz“, „Biologie“)

„Die Genderforschung hingegen scheint in der Onkologie angekommen zu sein. Zwar gibt es noch reichlich Fragestellungen, die erst untersucht werden müssen, aber das Bewusstsein, dass eine genderspezifische Betrachtung der Erkrankungen beiden Geschlechtern Vorteil bringt, scheint bei den OnkologInnen Allgemeingut zu sein und muss nicht erst erweckt werden. Neue Ergebnisse werden so gut wie immer für bei Geschlechter ausgewertet und die Untersuchungen über Therapiewirksamkeit, Nebenwirkungen, Spätfolgen sowie Lebensqualität liefern wichtige genderspezifische Erkenntnisse.“ (Marosi 2012: 198/199)

(„Differenz“)

„Seit dem Ende der achtziger Jahre sind Inzidenz und Mortalität von Krebserkrankungen in den Industrieländern rückläufig. In der EU werden pro Jahr 80.000 Krebstote weniger gezählt als 1988. Dieser erfreuliche Trend zeigt sich auch in Österreich. In der Krebsprävalenz von Europa liegt Österreich im unteren Drittel, während unsere unmittelbaren östlichen Nachbarländer Slowakei, Tschechien und Ungarn die Tabelle anführen.“ (Marosi 2012: 199)

(„Ethnizität“)

„Bei den Männern betreffen die häufigsten bösartigen Tumore die Prostata[…], Lunge und Dickdarm. Bei den Todesursachen führt Lungenkrebs, gefolgt von Dickdarmkarzinom und Prostatakarzinom.“ (Marosi 2012: 201)

(„Männer“)

„Nach wie vor sterben mehr Frauen an Brustkrebs als Männer an dem Prostatakarzinom, ihrem häufigsten geschlechtshormonabhängigen Tumor[…].[…] Relativ steigende Inzidenz- und Mortalitätszahlen bei Frauen zeigen sich bei den mit einem ‚risikoreichen Lebensstil‘ verbundenen Tumoren wie Kopf-Hals-Tumoren und Lungentumoren “(Marosi 2012: 201)

(„Biologie“, „Sozialität“, „Frauen“)

„Dies gilt auch für Krebserkrankungen, bei denen im weitesten Sinne Karzinogene mit denen ‚Mann‘ am Arbeitsplatz in Berührung kommt als mitauslösende Ursachen nachgewiesen wurden.“ (Marosi 2012: 201)

(„Männer“, „Biologie“, „Sozialität“, „Embodiment“)

„Der Anteil der berufsbedingten Karzinome wird mit 20 % bei den Männern und 8 % bei den Frauen geschätzt (Mannetje et al. 1999).“ (Marosi 2012: 201)

(„Sozialität“)

„Die Säulen der primären Prävention von Krebserkrankungen sind seit Jahrzehnten unverändert und bekannt. Lediglich über die Prozentwerte der Gewichtung einzelner Faktoren kann man endlos diskutieren (und das geschieht auch). Allerdings ist allen klar, dass ca. 50 bis 66 % der Krebserkrankungen verhindert werden könnten, wenn niemand Tabakprodukte rauchen würde (ca. minus 30 % bis 35 % aller Krebserkrankungen), sich alle gesund ernähren würden (ca. minus 20 %) und alle potentiell krebserregenden Infektionen vermieden bzw. behandelt würden […].“ (Marosi 2012: 202)

(„Sozialität“, „Embodiment“)

„Aus den Ernährungsberichten der Bevölkerung wissen wir, dass die Ernährungsgewohnheiten geschlechtsspezifisch stark unterschiedlich sind. Männer konsumieren deutlich mehr Fleisch, Wurst und Alkoholika als Frauen, die mehr Obst, Gemüse und Milchprodukte als Männer verzehren. Wenn ein paar zusammenzieht, passt die Frau ihren gesünderen Ernährungsstil an den des Mannes an.[…]“ (Marosi 2012: 203)

(„Differenz“, „Frauen“, „Sozialität“)

„Auch das Image von Bewegung und Sport konnte zum Positiveren geändert werden. Bewegung und Sport sind im Alltag allgegenwärtig und akzeptiert – oder fast.“ (Marosi 2012: 203)

(„Sozialität“)

„Die cytologische Untersuchung des Cervixabstrichs wird seit den 60er Jahren bei Frauen empfohlen und auch gut angenommen: Die Gesundheitsbefragung bei über 15-Jährigen Frauen in den Jahren 2006 und 2007 zeigte, dass unter 3,6 Millionen Frauen über 15 Jahren bei 81 % zumindest einmal ein Krebsabstrich durchgeführt worden war[…].“(Marosi 2012: 204)

(„Frauen“)

„Bei postmenopausalen Frauen über 70 Jahren wird die Mammographie nicht mehr empfohlen, obwohl die Inzidenz der Mammakarzinome bei Frauen dieser Altersgruppe die höchste ist. Jedoch gehen nur ca. 35 % der über 60-jährigen und nur ca. 20 % der über 75-jährigen Frauen noch zur Mammographie. Wenn man die älteren Frauen motivieren könnte, zur Mammographie zu gehen, könnte man die in höheren Altersgruppen noch durchaus häufigen Mammakarzinome in früheren, leichter behandelbaren Stadien entdecken.“ (Marosi 2012: 204/205)

(„Frauen“, „Alter“)

„Von 1,9 Millionen Männern der Altersgruppe 40+ wurde bei ca. 55 % mindestens eine PSA-Untersuchung durchgeführt, davon bei 57 % innerhalb eines Jahres und bei 31% innerhalb von 3 Jahren.“ (Marosi 2012: 205)

(„Männer“, „Alter“)

„Aus den Erfahrungen befreundeter HautäztInnen geht hervor, dass erheblich mehr Frauen als Männer eine regelmäßige Begutachtung eventuell verdächtiger Naevi im Rahmen eines „Melanomscreenings“ durchführen lassen, insbesondere gut ausgebildete Frauen nach dem 30. Lebensjahr nehmen diese Vorsorgeuntersuchung wahr.“ (Marosi 2012: 205)

(„Differenz“, „Frauen“, „Alter“)

„In Österreich wurde früher als anderswo Brustkrebs überwiegend brusterhaltend operiert und ein sehr hoher Prozentsatz von Frauen in innovative Brustkrebsstudien eingebracht.“ (Marosi 2012: 206)

(„Frauen“)

„Naturgemäß finden sich auch hier die für die Gendermedizin relevanten Eckpunkte: Da zwischen Frauen und Männern subtile Unterschiede im Stoffwechsel bestehen, sind die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik bei Individuen verschiedenen Geschlechts nicht gleich; bei Medikamenten mit einer so geringen therapeutischen Bereite wie Zystostatika kann dies überaus relevant sein.“ (Marosi 2012: 208)

(„Differenz“)

„Deshalb wenden viele OnkologInnen sie [Anmerk. Zytostatika] auch mit viel Augenmaß an und bemühen sich, jeder/-m einzelnen PatientIn, ihrer/seiner individuellen Vorgeschichte und aktuellen Krankheitssituation entsprechend durch bewusste Auswahl der Substanzen und durch Anpassung der Therapie an Geschlecht, Alter, Leber- und Nierenfunktion Rechnung zu tragen. In den letzten Jahren gehen die Bemühungen der Onkologie sehr stark in die Richtung der personalisierten Medizin […].“ (Marosi 2012: 209)

(„Differenz“, „Embodiment“, „Alter“)

„Als nach den Erfolgen der *Women's Health Initiative* gefordert wurde, dass Behandlungsergebnisse geschlechtsspezifisch ausgewertet werden, fiel auf, dass die Effektivität der Therapien bei Frauen und Männern zugunsten der Frauen verschoben ist. Bei allen Entitäten sind die Behandlungsergebnisse bei Frauen besser als bei Männern, wenn auch die Frauen generell mehr und schwerere Nebenwirkungen durch die KFÖ-gesteuerte Therapie hinnehmen müssen. Dafür gibt es mehrere Erklärungen: zunächst ist die *lean body mass* bei Frauen geringer. Wasserlösliche Medikamente haben bei Frauen ein niedrigeres Verteilungsvolumen. Der Abbau und die Ausscheidung vieler Substanzen ist bei beiden Geschlechtern verschieden und zumeist weisen Frauen eine gegenüber den Männern verringerte Clearance auf." (Marosi 2012: 209) [Hervorhebung im Original]

(„Differenz", „Frauen")

„Aber dass die Menschen bereit sind - in diesem Fall Frauen häufiger als Männer – für ungeprüfte, privat zu bezahlende Mittel zum Teil kostspielige Reisen auf sich zu nehmen und große Mengen an Tabletten nach teilweise komplizierten Schemata einzunehmen, stimmt mich sehr nachdenklich. Tatsächlich ist der finanzielle Umsatz der Alternativmedizin in der Onkologie genauso hoch wie die staatlich finanzierten Gesundheitskosten und wird privat aufgebraucht." (Marosi 2012: 210)

(„Frauen")

„Ganz besonders relevant sind diese Unterschiede im Bereich der Hochdosistherapie vor Stammzelltransplantationen, da die Toxizität, die hier bewältigt werden muss, sehr hoch ist. Auch geringfügige Unterschiede können dabei entscheidend sein. Inzwischen wird die größere Empfindlichkeit der Frauen hier bei der Therapieplanung berücksichtigt." (Marosi 2012: 210/211)

(„Differenz", „Frauen")

„Da auch die Mehrzahl der Tierversuche an männlichen Mäusen und Ratten durchgeführt werden (nicht wurden!), da ja auch bei weiblichen Ratten und Mäusen der Leberstoffwechsel nicht stabil, sondern zyklushormonabhängig verläuft und somit mehr Tiere benötigt werden, um zu einer Aussage zu kommen, gibt es signifikant weniger Daten für das weibliche Geschlecht bei Tieren und Menschen. Wenigstens weiß man das inzwischen." (Marosi 2012: 211)

(„Differenz", „Männer")

„In Österreich wurde früher als anderswo Brustkrebs überwiegend brusterhaltend operiert und ein sehr hoher Prozentsatz von Frauen in innovative Brustkrebsstudien eingebracht. Auch für die Operation anderer Organe war und ist die Teilnahme an Studien ein Motor zur Qualitätsverbesserung der chirurgischen Therapie." (Marosi 2012: 211)

(„Frauen")

„Unterscheidet sich der Stoffwechsel postmenopausaler Frauen von dem gleichaltriger Männer? Ich habe das unlängst eine sehr renommierte Geriaterin gefragt und sie wurde sehr nachdenklich. Die meisten (pharmakokinetischen) Daten über ‚elderly' kommen aus US-amerikanischen Veteranenspitälern. Dort wurden bisher nahezu ausschließlich Männer aufgenommen, da es bei der US Army noch nicht lange genug Soldatinnen gibt, als dass sie in den Status der Veteranin gekommen wären. Somit eröffnet sich hier noch ein sehr weites Feld an offenen Fragen für die Forschung, da bisher auf diesem Gebiet kaum Daten erhoben wurden." (Marosi 2012: 211)

(„Männer", „Alter")

„Ganz essenziell ist bei Hormonrezeptorpositiven prämenopausalen Frauen, dass die zyklische Sekretion der Gonadotropine unterbrochen wird, was durch die subkutane Gabe Depotformen der GNRH-Agonisten gewährleistet wird. Diese Präparate werden bei prämenopausalen Frauen mit Brustkrebs und bei Männern mit hormonabhängigen Prostatakarzinom verwendet." (Marosi 2012: 212)

(„Frauen", „Männer", „Biologie")

„Besonders bemerkenswert ist auch, dass die Häufigkeit bestimmter molekularer Merkmale in Tumoren geschlechtsspezifisch unterschiedlich sein kann – und dass sich daraus unterschiedliche Therapiemodalitäten ergeben." (Marosi 2012: 212)

(„Differenz")

„Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Nebenwirkungen bei Frauen und Männern unterschiedlich sind (Lee et al. 2009)." (Marosi 2012: 213)

(„Differenz")

„So sind bestimmte Mutationen im *Epithelial Growth Factor* bei nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern. Bei PatientInnen, die diese Mutation tragen, wirken EGFR-Antagonisten wie Erlotinib – und davon profitieren in diesem Fall mehr Frauen als Männer[…]."(Marosi 2012: 213)

(„Frauen")

„Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der pharmakologischen Parameter sind natürlich nicht auf die Zytostatika begrenzt, sondern auch bei allen anderen Medikamenten wirksam. Für die onkologischen Therapien wichtig ist, dass Frauen trotz prophylaktischer Behandlung mit Antiemetika unter mehr Übelkeit und Erbrechen leiden müssen als Männer." (Marosi 2012: 214)

(„Differenz", „Frauen")

„Es ist ein geringer Trost für die BehandlerInnen, dass die meisten Frauen vernünftig genug sind, die Übelkeit und das Erbrechen durch die Therapien hinzunehmen, da sie die Therapie durchstehen wollen. Man hilft sich oft damit, dass man antiemetisch wirksame Benzodiazepine wie Lorazepan prophylaktisch dazugibt, was leider oft nicht den gewünschten Erfolg bringt, oder erst in einer Dosierung, die mit einer sehr weitgehenden Bewusstseinseinschränkung einhergeht, denn auch auf die fettlöslichen Benzodiazepine, für die das Verteilungsvolumen bei Frauen ja relativ größer sein sollte, reagieren Frauen empfindlicher als Männer.“ (Marosi 2012: 214)

(„Frauen“)

„Frauen benötigen zur Schmerztherapie niedrigere Morphindosen als Männer, erleiden schon bei niedrigeren Dosen eine Atemdepression.“ (Marosi 2012: 214)

(„Frauen“)

„Die komplizierten Medikamenteninteraktionen bei onkologischen PatientInnen, die ja oft älter sind und wegen etwaiger Komorbiditäten einen ‚Grundstock‘ an Medikationen mitbringen sind hochkomplex.“ (Marosi 2012: 214)

(„Alter“)

„Männer und Frauen leben zwar auf demselben Planeten und im selben Land unter denselben Gesetzen, aber trotzdem in verschiedenen Welten. Der Alltag, die Bedingungen des Lebens sind für Frauen und Männer nach wie vor sehr unterschiedlich.“ (Marosi 2012: 215)

(„Differenz“)

„Nicht positiv sind die Zunahme der allein lebenden Personen jeden Alters und jeden Geschlechts in unseren Ländern, die Reduktion allzu vieler Lebensbereiche auf die ökonomischen Dimensionen und die weiter bestehenden Ungleichheiten/Benachteiligungen/Unterrepräsentation von Frauen in allen oberen Hierarchiebereichen der Gesellschaft, unter anderem wegen ihres Potenzials ‚ein Kind zu bekommen und dann auszuscheiden.“ (Marosi 2012: 215)

(„Frauen“)

„Auf die Onkologie umgelegt bedeutet dies, dass die Chefs nach wie vor Männer geblieben sind und dass weibliche Forschungsansätze so formuliert werden sein müssen, dass Männer sie für förderungswürdig halten. Männer haben nie die Erfahrung gemacht, in einem Gremium aus lauter Frauen ein Anliegen vorbringen zu müssen, was dann von den Damen kritisch geprüft wird und in der Mehrzahl der Fälle verworfen wird – was der Routinesituation aller wissenschaftlich tätigen Ärztinnen entspricht.“ (Marosi 2012: 215)

(„Männer“)

„Für Krebspatientinnen bedeutet dies dass sie meistens von Männern behandelt werden, was viele Patientinnen auch mehr schätzen als die Behandlung durch eine Ärztin (so schwer das für Ärztinnen auch zu verkraften sein mag).“ (Marosi 2012: 216)

(„Männer“)

„Wenn man dann noch berücksichtigt, dass vielen Frauen durch Mutterschaft und Kindererziehungszeiten ‚vorne' Jahre fehlen und man weiß, dass viele krebskranke Frauen von ihren Partnern verlassen werden, wundert es einen nicht mehr, dass es alle Jahre wieder heißt, bei uns sei die Armut weiblich." (Marosi 2012: 216)

(„Frauen")

„Während und nach Bewältigung einer Krebserkrankung engagieren sich traditionell mehr Frauen als Männer in Selbsthilfegruppen. Fast alle diese Institutionen weltweit sind ‚weibliche' Gründungen." (Marosi 2012: 217)

(„Frauen")

„Nutzen Sie Genderstereotype um die Compliance der PatientInnen zu verbessern: Als Ärztin wird man selten vergeblich an die Ritterlichkeit der Männer appellieren…" (Marosi 2012: 217)

(„Differenz", „Männer")

„Wenn es Schwierigkeiten mit der Kommunikation und mit der Compliance gibt, bedenken Sie, dass das auch gendergebundene Ursachen haben könnte und holen Sie sich (gegengeschlechtliche) Hilfe." (Marosi 2012: 217)

(„Differenz")

Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Ungleich besser". In: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Orac, Wien: 7-18

„„Wir werden nicht als Frauen geboren – wir werden dazu gemacht' sagte die französische Philosophin Simone de Beauvoir vor mehr als 60 Jahren. Aus den Emanzipationsbestrebungen der Frauen entwickelte sich die Frauengesundheitsforschung und schließlich die Erkenntnis, dass Frauen und Männer eine geschlechtsspezifische Medizin brauchen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 7)

(„Differenz")

„Jahrhundertelang war die Medizin männlich geprägt gewesen. Sogar die Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe, seit alters eine Domäne der ‚weisen Frauen' – Hebammen –, rissen männliche Mediziner ab dem 14. Jahrhundert weitgehend an sich. Bis heute ist, so erstaunlich es klingt, in unseren Breiten die Frauenheilkunde von Männern dominiert: Es gibt bedeutend mehr Gynäkologen als Gynäkologinnen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 8/9)

(„Frauen", „Männer")

„Im Jahr 1969 trafen sich im US-amerikanischen Boston Woche für Woche zwölf Frauen, die einander auf einer Emanzipationsveranstaltung kennengelernt hatten. Sie sprachen über ihren Körper, ihre Gesundheit und ihre Erfahrungen, die sie mit Ärzten gemacht hatten und immer wieder machen. Ihnen gemeinsam war, dass sie sich vom männerdominierten Medizinsystem entmündigt fühlten, aber wie die meisten Menschen selbst nicht über genügend Wissen verfügten, um sich in Gesundheitsfragen zu emanzipieren. Das wollten sie ändern." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 8/9)

(„Männer")

„Im Unterschied zu diesen als weiblich – und männlich – definierten Rollen bezeichnet ‚sex' im Englischen das biologische Geschlecht, das durch Chromosomen, innere und äußere Geschlechtsorgane und Hormone bestimmt und angeboren ist." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 10)

(„Differenz", „Biologie")

„Ähnliche Frauengesundheitszentren sind inzwischen auch in Deutschland und Österreich entstanden, und sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, nicht nur die gesundheitliche Lage von Frauen zu verbessern, sondern auch Forschung zu betreiben." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 10)

(„Frauen")

„Das englische ‚gender' für die erworbene Geschlechtsidentität hält aber nach und nach Einzug in den allgemeinen Sprachgebrauch. Allerdings wird es oft in falschem Zusammenhang verwendet, und selbst bei Fachleuten ist nicht immer klar, ob sie nun das biologische oder das soziale Geschlecht eines Menschen meinen, wenn sie von Gender sprechen. Und tatsächlich beeinflusst das eine das andere, was eine Unterscheidung zuweilen schwierig macht." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 11)

(„Sozialität", „Embodiment")

„Im Licht der Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung begann auch die Weltgesundheitsorganisation WHO in den 1980er Jahren, sich mit den in der Medizin wichtigen Unterschieden zwischen Mann und Frau abseits der Geschlechtsorgane zu beschäftigen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 11)

(„Differenz")

„Schon Ende der 1980er Jahre hatte sie sich mit Herzkrankheiten bei Frauen beschäftigt und war immer öfter auf Besonderheiten im Vergleich zu Männern mit denselben Erkrankungen gestoßen. Immer mehr Fälle entdeckte sie, in denen Frauen nicht nur falsch diagnostiziert, sondern auch falsch behandelt worden waren. ‚Es schockierte mich, als ich erfahren musste, wie viele Frauen vom Arzt mit der (Fehl-) Diagnose ‚Angstattacke' oder ‚hysterischer Anfall' wieder weggeschickt wurden, obwohl sie mit ernsten Anzeichen eines Herzinfarkts zur Untersuchung gekommen waren', schreibt sie in ihrem Buch ‚Evas Rippe'. Dieser Schock war sozusagen die Initialzündung für die New Yorker Medizinerin, sich fortan der ‚Gender-Medizin' zu widmen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 12)

(„Frauen", „Sozialität")

„Die Bezeichnung ‚Gender-Medizin' führt ein wenig in die Irre. Zu Anfang ging es diesem neuen Forschungszweig hauptsächlich darum, die Unterschiede in der Gesundheitsforschung und Behandlung von Männern und Frauen zu beseitigen, die aufgrund von gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Einflüssen entstehen. Denn auch erlernte und von der Gesellschaft erwartete Verhaltensweisen beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden oder gesund zu bleiben." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 12)

(„Sozialität")

„So haben beispielsweise mehrere Forschungsergebnisse gezeigt, dass sich die Ehe positiv auf die Gesundheit auswirkt. Allerdings nur auf die der Männer. Die leben, wenn sie verheiratet sind, zwei Jahre länger als ihre Single-Geschlechtsgenossen. Frauen kostet der Ehestand jedoch eineinhalb Lebensjahre. […]" (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 13)

(„Frauen", „Männer")

„Frauen leben zwar insgesamt gesundheitsbewusster als Männer, reagieren eher auf Körpersignale und kümmern sich zudem nicht nur um das gesundheitliche Wohlbefinden ihrer Partner, sondern auch um das der anderen Familienmitglieder. Allerdings werden ihre Gesundheitsprobleme weniger ernst genommen, wenn sie medizinische Hilfe suchen. Mit ein Grund, warum beispielsweise Herzprobleme bei ihnen oft als ‚psychosomatisch' fehlgedeutet werden. All diese Faktoren des sozialen Geschlechts haben also Einfluss auf den Gesundheitszustand." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 13)

(„Differenz", „Frauen", „Sozialität"")

„Die Gender-Medizin nimmt aber nicht nur Rücksicht auf die gesellschaftlichen, ökologischen und vor allem ökonomischen Arbeits- Lebensbedingungen, die ebenfalls einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand haben.
Die Gender-Medizin widmet sich verstärkt auch den unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen ein- und derselben Krankheit bzw. den unterschiedlichen Krankheiten bei Mann und Frau, die durch die unterschiedliche genetische und biologische Ausstattung – Hormone, Erbanlagen, Anatomie, Stoffwechselvorgänge – begründet sind." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 13)

(„Differenz", „Biologie", „Sozialität", „Embodiment")

„Freilich lassen sich biologische und psychosoziale Ursachen von Gesundheitsproblemen nicht immer klar voneinander trennen, manchmal beeinflussen oder bedingen sie einander. Mit ein Grund, warum aus dem Bereich der Gender-Medizin fast täglich neue Erkenntnisse kommen." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 14)

(„Embodiment")

„Bekannt ist bisher unter anderem:

- Die bis in die 1990er Jahre aufrechte Ansicht, dass Frauen vor einer koronaren Herzgefäßerkrankung[…]geschützt sind, ist ein Mythos.
  […]
- Frauen neigen während ihrer Menstruation vermehrt zu Schleimhauterkrankungen im Magen-Darm-Trakt und Asthmaanfälle häufen sich kurz vor der Periode. […]" (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 14)

(„Frauen")

„Aber auch Besonderheiten, die größtenteils auf biologische Gegebenheiten zurückzuführen sind, werden nach und nach deutlich:

- So betrifft der plötzliche Herztod unter Sportlern fast ausschließlich Männer.
- Wesentlich mehr Männer als Frauen erkranken an Leukämie. […]" (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 15)

(„Männer", „Biologie")

„Denn trotz ihrer Männerzentriertheit ist die Medizin auf einigen Gebieten regelrecht geschlechterblind, das zeigt ein weiterer Blick in die medizinische Datenbank PubMed. […] Nach wie vor existieren wenige Einrichtungen, die speziell für Männer bestimmt sind, sieht man von urologischen Abteilungen und Fachpraxen ab, wo es hauptsächlich um Potenzschwierigkeiten geht. Deshalb gibt es seit einigen Jahren auch Forschungsschwerpunkte auf dem Gebiet der Männergesundheit, und die Gender-Medizin rückt vermehrt auch den Mann in ihren Fokus.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

(„Männer“)

„Männer sind oft Opfer von Verkehrsunfällen, weil sie Schnellfahren als Beweis von Männlichkeit sehen; sie trinken mehr Alkohol und rauchen öfter und mehr als Frauen – mit den entsprechenden Folgen für ihre Gesundheit. Männer leben aber nicht nur in ihrer Freizeit, sondern auch in der Arbeitswelt gefährlicher: Rund 90 Prozent der tödlichen Arbeitsunfälle fallen Männer zum Opfer. Auch sind Männer, das zeigen viele Statistiken und Studien, an einer gesunden Lebensführung und an ihrer eigenen Gesundheit weit weniger interessiert als Frauen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

(„Differenz“, „Männer“, „Sozialität“)

„Wenn neue Wirkstoffe auf ihre Wirkung und Sicherheit geprüft werden, geschieht das in großangelegten klinischen Tests mit vielen Hunderten Patienten. Bis vor kurzem stand der Mann – und hier wiederum vor allem der rund 30-jährige, weiße Mann – bei solchen Arzneimittelstudien im Mittelpunkt, selbst wenn es um Mittel ging, die später auch Frauen helfen sollten.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

(„Männer“, „Alter“)

„In der ersten großen Vergleichsstudie zum Thema Arzneimittelforschung an Frauen im Jahr 2001 stellte sich heraus, dass nur in einem Viertel der 442 in den vorangegangenen Jahren veröffentlichten Studien überhaupt Frauen miteinbezogen waren.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 16)

(„Frauen“)

„Wer geschlechtsspezifische Unterschiede zu seinem Forschungsgegenstand macht, gerät schnell in die Diskussion um politische Korrektheit. Und ebenso schnell kommt der Vorwurf, allein schon die Suche nach solchen Unterschieden beweise eine sexistische Haltung und zementiere gewisse Vorurteile ein, die die jahrhundertelange Diskriminierung der Frauen befördere. Das Gegenteil ist der Fall. In der Gender-Medizin geht es darum, den Unterschieden auf den Grund zu gehen, um sie in der Vorsorge, dem Erkennen und Behandeln von Krankheiten zu berücksichtigen und damit Frauen wie Männern ein gesunderes Leben zu ermöglichen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 17)

(„Differenz“)

Populärwissenschaftliches Sachbuch, Kapitel: Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (2012): „Im Kampf gegen Krebs". In Kautzky-Willer, Alexandra/ Tschachler, Elisabeth (Hrsg.): Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts.
Orac, Wien:146-163

„Frauen leben mit ihrer Krebserkrankung länger als Männer. ‚Das hat mehrere Gründe, die wir noch nicht zur Gänze überschauen', sagt Christine Marosi, stellvertretende Leiterin der Abteilung für Onkologie an der Medizinischen Universität Wien. Einer davon dürfte sein, dass sich Frauen in die Therapie mehr einbringen. Zweitens ‚ist es gelungen, vor allem die Brustkrebstherapie immer besser, immer maßgeschneiderter zu machen. Und es gibt neue Medikamente, insbesondere Hormontherapien, die vor allem bei älteren Frauen erfolgreich angewandt werden." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 146)

(„Frauen", „Alter")

„Brustkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen. Bezogen auf eine Lebenserwartung von mindestens 80 Jahren beträgt das Risiko, daran zu erkranken, eins zu zehn. Jüngere Frauen sind seltener betroffen, ab 50 steigt das Risiko, das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. Der Begriff ‚Krebs' selbst leitet sich übrigens vom griechischen Wort ‚karcinos' ab und bezeichnete ursprünglich Brustkrebs, da die Ärtzte des griechischen Altertums Ähnlichkeiten der Venen auf der Brustgeschwulst mit den Beinen eines Krebses fanden." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 146/147)

(„Frauen", „Alter")

„Nach der Operation eines Prostatakarzinoms haben je nach Alter bis zu 80 Prozent der Männer Erektionsprobleme mit entsprechend beeinträchtigtem Liebesleben. Wenn man bedenkt, dass die Begriffe Männlichkeit und Potenz oft als Synonym gebraucht werden und die meisten Männer, wenn sie definieren sollen, was ‚männlich' für sie bedeutet, ‚Potenz' nennen, so ist klar, dass sie die Diagnose Prostatakrebs wie ein Hammer trifft. ‚Erstaunlicherweise wurde die Auswirkung von Prostatakrebs auf die Geschlechtsidentität der Männer lange Zeit nur wenig erforscht', sagt Siegfried Meryn, Leiter des Departments für Medizinische Aus- und Weiterbildung an der Medizinischen Universität Wien." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 147/148)

(„Männer", „Sozialität", „Alter")

„[…] Hingegen war der Effekt verschiedener Operationstechniken bei Brustkrebs auf die weibliche Sexualität schon häufig Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Auch widmeten sich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler schon viel früher der Frage, wie sich die Lebensqualität von BrustkrebspatientInnen ändert, als der Lebensqualität von Männern nach Prostatakrebstherapie. ‚Das mag daran liegen, dass das Thema Brustkrebs durch die Emanzipationsbewegungen der 1970er und 1980er Jahre ins Blickfeld der Öffentlichkeit gelangte', so Meryn." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 148)

(„Frauen")

„Krebs ist eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte. Die häufigste Krebserkrankung bei Männern ist schon seit Mitte der 1990er Jahre Prostatakrebs.[…]Die Zunahme der Gesamtzahl der jährlichen Krebsneuerkrankungen ist fast ausschließlich auf die steigende Zahl an diagnostizierten Erkrankungen der Prostata zurückzuführen. Bei Frauen ist Brustkrebs seit jeher die häufigste Krebsart. […]“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 149)

(„Frauen“, „Männer“, „Alter“)

„In den meisten Krankenhäusern wird psychoonkologische Betreuung angeboten, ‚die wird hauptsächlich von den Frauen genutzt‘, weiß die Onkologin Marosi, auch von den Frauen von Krebspatienten‘. Zwar haben jüngere Männer weniger Scheu, psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Doch während Krebspatientinnen ihre Gefühle, Ängste und Zweifel mit anderen Menschen teilen wollen, vermeiden Männer mit Prostatakrebs, darüber zu sprechen und legen großen Wert darauf, ganz normal weiterzuleben‘, stellte der kanadische Krebsspezialist Ross Gray in einer Studie fest, in der er Krebspatienten und ihre Frauen jeweils zehn Wochen und ein Jahr nach der Behandlung befragte.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 150/151)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“)

„Selbst wenn männliche Krebspatienten sich dazu entschließen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, so tauschen sie mit den anderen Mitgliedern hauptsächlich Informationen aus. Krebspatientinnen hingegen sprechen über ihre Gefühle. Besonders deutlich wird das in Internetforen. Aber auch wenn Männer nicht gern über ihre Krebserkrankung reden, benötigen sie doch emotionalen Beistand, der in den meisten Fällen von der Ehefrau kommt. Selbst dann, wenn die Ehe nicht mehr aufrecht ist.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 151)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“)

„Auch bei Frauen wirken sich bestehende Partnerschaften positiv darauf aus, wie sie mit der Krankheit zurechtkommen und wie gut die Therapie anschlägt – ungeachtet der Tatsache, dass Männer für die Erkrankung ihrer Partnerin im Allgemeinen nicht so viel Verständnis aufbringen wie umgekehrt. So stehen Frauen in zwei Drittel der Fälle ihrem krebskranken Mann pflegerisch zur Seite, aber nur ein Viertel der krebskranken in Partnerschaft lebenden Frauen bekommen von ihrem Mann diese Unterstützung. Laut Marosi kommt es auch gar nicht selten vor, dass Männer unumwunden zugeben, mit der Krankheit ihrer Frau nicht umgehen zu können und sie verlassen, und das nicht nur bei der Diagnose Brust- oder Unterleibskrebs. ‚Manche Frauen haben noch kleine Kinder. Dass ist dann eine Doppel- und Dreifachkatastrophe.‘ Kein Wunder, dass Frauen mit der Diagnose Krebs meist schlechter umgehen können als Männer und häufiger psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 151-154)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“)

„Bei kaum einer anderen Krankheit wird in der medikamentösen Therapie so viel Rücksicht auf die rein körperlichen Unterschiede von Mann und Frau genommen. Die Dosierung der Chemotherapie mit Zytostatika – Arzneimittel, die das Wachstum und die Teilung der Zellen hemmen – wird nach der Körperoberfläche berechnet. […] Tatsache ist: Frauen müssen zwar mehr unerwünschte Wirkungen wie Übelkeit, Müdigkeit oder Anfälligkeit für Infektionen erleiden. Bei ihnen schlägt die Chemotherapie aber auch besser an als bei Männern. Das hat damit zu tun, wie der Körper die Wirkstoffe verarbeitet. Und das wiederum hängt einerseits vom Anteil des Fettgewebes im Körper ab – der ist bei Frauen höher –, andererseits vom Stoffwechsel. “ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 152)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“, „Biologie“)

„Auch bei anderen Medikamenten, die in der Behandlung von Krebs eingesetzt werden, gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung bzw. den Nebenwirkungen. Beispielsweise bei den neuen zielgerichteten Verfahren (‚targeted therapies‘ nennt sie die Fachwelt), die im Gegensatz zu den Zytostatika nur auf die Krebszellen einwirken: Im Labor hergestellte Eiweißstoffe[…] heften sich an die Krebszellen und vernichten sie. Aber auch sie werden in der Leber verstoffwechselt und abgebaut. Und der Stoffwechsel im Entgiftungsorgan Leber funktioniert – abhängig von bestimmten Enzymen und Hormonen – bei Männern und Frauen unterschiedlich.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 152)

(„Differenz“, „Biologie“)

„Opiate gegen Schmerzen werden seit jeher individuell dosiert. Sie wirken bei Frauen schneller und stärker. Andere Schmerzmittel wie etwa Paracetamol bleiben im weiblichen Körper länger wirksam. In beiden Fällen kommen Frauen mit geringeren Dosierungen als Männer aus.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 153)

(„Differenz“, „Frauen“, „Biologie“)

„Umgekehrt verhält es sich bei Medikamenten, die Übelkeit und Erbrechen unterdrücken sollen – häufige Nebenwirkungen der Chemotherapie. Sie wirken bei Frauen weniger stark.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 153)

(„Frauen“)

„Da sie mehr Körperbewusstsein haben, sind Frauen auch eher zu Vorsorgeuntersuchungen bereit als Männer.[…]“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 154)

(„Differenz“, „Frauen“)

„Männer entwickeln früher und häufiger als Frauen so genannte Adenome, Polypen im Darm, die zu Krebs entarten können. Für Ferlitsch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ‚dass das männliche Geschlecht ein unabhängiger Risikofaktor für das Kolorektalkarzinom und seine Vorläuferläsionen ist‘. Aufgrund der Erkenntnisse wird nun überlegt, die empfohlene Altersgrenze für die Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung für Männer zu senken.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 155)

(„Differenz“, „Männer“)

„Immer mehr Frauen, vor allem junge, rauchen. Und Zigarettenrauch ist eindeutig als der am schwersten wiegende Risikofaktor für Lungenkrebs identifiziert. […] ‚Ich fürchte, dass bei der nächsten Statistik die Sterblichkeitsraten für Frauen bei Lungenkrebs noch viel höher sein werden', sagt die Onkologin Christine Marosi. ‚Bei den Männern scheint die Botschaft, dass Rauchen ungesund ist, langsam angekommen zu sein. Unter jungen Mädchen ist es hingegen nicht nur immer noch einfach cool zu rauchen, mit dem Rauch schlucken sie auch eher als gleichaltrige Burschen Wut, Frust und Ärger hinunter. Und: Viele Frauen verwenden die Zigaretten quasi zur Gewichtskontrolle und rauchen ihren Hunger weg. Deshalb wollen sie auch partout nicht aufhören, weil sie Angst vor einer Gewichtszunahme haben." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 157)

(„Differenz", „Frauen", „Männer", „Sozialität",, „Embodiment", „Alter")

„Herausgestellt hat sich bisher, dass rund ein Drittel der Krebserkrankungen auf Fehlernährung zurückzuführen ist. Nicht nur für hohen Blutdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall, sondern auch für Alzheimer und Krebserkrankungen sind Übergewicht bzw. Fettleibigkeit und die damit in Zusammenhang stehenden körperlichen Veränderungen Risikofaktoren." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 159)

(„Sozialität", „Embodiment")

„Krebs ist eine genetische Erkrankung. Das bedeutet nur in zweiter Linie, dass die Anlage dafür in manchen Fällen vererbt ist. Genetisch heißt im Zusammenhang mit Krebs vielmehr, dass der Entstehungsmechanismus in der Erbsubstanz der Zellen liegt. […] Abgesehen von Gehirn- und Nervenzellen folgen alle Körperzellen in ihrem Zyklus – Wachstum, Teilung, Absterben – einem strengen Plan, der durch den Zelltyp festgelegt ist. Dieser Zellzyklus wird von bestimmten Genen kontrolliert. Ändert sich dieser Plan ([…] ‚Mutationen'), so entstehen Krebszellen […] Der entstandene Tumor lässt Blutgefäße nachwachsen und schafft sich so sein eigenes Versorgungsnetz. Zudem können Krebszellen […] an andere Stellen im Körper geschwemmt werden und dort Tochtergeschwulste (‚Metastasen') bilden.
Damit aus einer gesunden Körperzelle eine Krebszelle wird, braucht es allerdings mehrere Mutationen, deren Ursachen noch nicht alle klar sind. Schadstoffe sind nur einige davon. Und: Normalerweise werden entstandene Krebszellen vom körpereigenen Abwehrsystem unschädlich gemacht. Nur wenn das nicht der Fall ist, können bösartige Zellen weiterwuchern. Es müssen also mehrere Faktoren zusammentreffen, damit Krebs entsteht. Ob es in diesem Entstehungsmechanismus einen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt, ist bisher noch nicht bekannt." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 158/159)

(„Sozialität", „Biologie", „Embodiment")

„Übergewichtige Männer sterben häufiger an Magen- und Prostatakrebs als ihre normalgewichtigen Geschlechtsgenossen, schwergewichtige Frauen eher an Brust-, Gebärmutter-, Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs. Übergewicht und Fettleibigkeit wurden bereits im Jahr 2003 bei Männern für schätzungsweise 14 Prozent, bei Frauen für 20 Prozent der Krebstodesfälle verantwortlich gemacht." (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 159/160)

(„Frauen", „Männer")

„Während Frauen eher auf ihre Ernährung achten und auch eine leicht Kost Wert legen, tendieren Männer zu kalorien- und vor allem eiweiß- und fettreicher Ernährung mit viel rotem Fleisch. (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 160)

(„Differenz“, „Frauen“, „Männer“, „Sozialität“)

„Für Frauen kann besonders Übergewicht nach den Wechseljahren gefährlich sein: Es erhöht deutlich das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, denn im Fettgewebe werden auch Östrogene erzeugt, die an der Entstehung von Brustkrebs mitwirken. Vor allem das Fett, das sich zwischen den Eingeweiden befindet […], ist riskant: Die Zellen produzieren entzündungsfördernde Signalstoffe, die nicht nur zur Arterienverkalkung, Herzinfarkt und Schlaganfall führen können, sondern auch die Krebsentstehung begünstigen.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 160)

(„Frauen“, „Biologie“, „Alter“)

„Eindeutig ist jedoch der Zusammenhang zwischen regelmäßigem Alkoholkonsum und Krebsrisiko. Das gilt vor allem für Brustkrebs, aber auch für bösartige Tumoren im Mundraum und im Rachen sowie am Kehlkopf und an der Speiseröhre. (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 161)

(„Sozialität“)

„Seit den 1960er Jahren wurde ein Allheilmittel gepriesen, das gegen Leiden und Symptome von Frauen in den Wechseljahren und danach helfen sollte: Hormonpräparate, vorzugsweise eine Kombination aus Östrogen und Gestagen. (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 162)

(„Frauen“, „Alter“)

„Einen entsprechenden Knalleffekt brachte im Jahr 2003 die Veröffentlichung der Studienergebnisse aus der Womens's Health Initiative, an der in den USA 16.000 Frauen teilgenommen hatten. Nicht nur konnte die Annahme, dass die Hormongabe auch die Blutgefäßgesundheit der Frauen verbessere, nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, bei Frauen, die nach der Menopause Hormone geschluckt hatten, kam es sogar wesentlich häufiger zu Herzinfarkten und Schlaganfällen. Und: Sie erkrankten öfter an Brustkrebs als die Studienteilnehmerinnen, die ein Scheinmedikament erhalten hatten.“ (Kautzky-Willer/Tschachler 2012: 162)

(„Frauen“,„Alter“)