

Freiburger
Zeitschrift für
GeschlechterStudien

21_2|2015

fzg

Medizin
Gesundheit
Geschlecht

fzg

Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien

Medizin – Gesundheit – Geschlecht

Inhalt

Elisabeth Zemp

**Geschlechterforschung in Medizin und Public Health –
Editorial Medizin – Gesundheit – Geschlecht** 5

Aufsätze

Sarah Singh/Ineke Klinge

**Mining for Methods – A Critical Review of the Theoretical and
Methodological Contributions of Feminist Science Scholars
for Biomedicine and Public Health Research**..... 15

*Nina Wehner/Diana Baumgarten/Frank Luck/Andrea Maihofer/
Elisabeth Zemp*

**„Mir geht es gut!“ – Gesundheitsvorstellungen von Männern in der
Schweiz. Ergebnisse aus einem empirischen Projekt** 33

Rhea Seehaus

**Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt –
Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations-
und Bildungsveranstaltungen** 51

*Bettina Schwind/Karin Gross/Sibil Tschudin/Nina Wehner/
Toine Lagro-Janssen*

**Variations in gynaecologists' reasoning over a pelvic pain vignette:
What does it tell us on empowering approaches?**..... 69

Sandra Steinböck/Sonja Lydtin/Angelika Hofhansl/Alexandra Kautzky-Willer
**Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen
Universität Wien – Eine empirische Analyse von Geschlechter-
sensibilität und Geschlechterstereotypisierungen** 91

Interview

**Harnessing the creative power of sex and gender
analysis for discovery and innovation** 115
Londa Schiebinger meets Elisabeth Zemp and Elke Gramespacher

Autor_innen 129

Bisher erschienene Titel der <i>Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien</i>	133
Ausgaben der Vorläuferin <i>Freiburger GeschlechterStudien</i>	134
Anzeigen.....	136

Elisabeth Zemp

Geschlechterforschung in Medizin und Public Health

Editorial Medizin – Gesundheit – Geschlecht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu den Beiträgen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Korrespondenzadresse/correspondence address

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

Literatur

- Christianson, Monica/Alex, Lena/Fjellman Wiklund, Annacristine/Hammarström, Anne/Lundman, Berit (2012): Sex and gender traps and springboards: A focus group study among gender researchers in Medicine and Health Sciences. In: *Health Care for Women International* 33, S. 739-755.
- Goldman, Marlene/Troisi, Rebekka/Rexrode, Kathryn M (Hrsg.) (2013): *Women's Health*. London/Waltham/San Diego: Academic Press
- Harding, Sandra (1991): *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Ithaka: Cornell University Press.
- Kautzky-Willer, Andrea (Hrsg.) (2012): *Gendermedizin*. Wien: Böhlau Verlag.
- Krieger, Nancy (2013): History, Biology, and Health Inequities: Emergent Embodied Phenotypes and the Illustrative Case of the Breast Cancer Estrogen Receptor. In: *American Journal of Public Health* 103, 1, S. 22-27.
- Icenhour, Adriane/Eisenbruch, Sigrid/Benson, Sven (2015): Biologische und psychosoziale Einflussfaktoren auf geschlechterbezogene Unterschiede beim Schmerz. In: *GENDER* 2, 5, S. 11-28.
- Mangelsdorf, Marion/Palm, Kerstin/Schmitz, Sigrid (2013): Körper(-sprache) – Macht – Geschlecht. In: *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien* 19, 2, S. 5-18.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike/Babitsch, Brigit/Ducki, Antie (1998): *Geschlecht und Gesundheit*. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 357-379.
- Miemitz, Bärbel/Polikashvili, Nino (Hrsg.) (2013): *Medizin und Geschlecht. Perspektiven für Lehre, Forschung & Krankenversorgung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Oertelt-Prigione, Sabine/Regitz-Zagrosek, Vera (Hrsg.) (2012): *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. London: Springer Verlag.
- Oertelt-Prigione, Sabine (2012): Sex and Gender in Medical Literature. In: Oertelt-Prigione, S./Regitz-Zagrosek, V. (Hrsg.) (2012): *Sex and Gender Aspects in Clinical Medicine*. London: Springer Verlag, S. 9-15.
- Schenk-Gustafsson, Karen/DeCola, Paula R./Pfaff, Donald W./Pisetsky, David S. (Hrsg.) (2012): *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger.
- Schiebinger, Londa/Klinge, Ineke (2015): Gendered innovation in health and medicine. In: *GENDER* 2, 5, S. 29-50.

- Schmitz, Sigrid (2015): Gender in Science: Bis hierhin und wie weiter? Potenziale und Grenzen Gender bezogener Interventionen in/mit den MINT-Fächern. In: Paulitz, T./Hey, B./Kink, S./Prietl, B. (Hrsg.): Akademische Wissenskulturen und soziale Praxis. Geschlechterforschung zu natur-, technik- und geisteswissenschaftlichen Fächern im Vergleich. Reihe: Forum Frauen- und Geschlechterforschung der DGS-Sektion. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 228-250.
- Springer, Kristen W./Mager Stellman, Jeanne/Jordan-Young, Rebecca M. (2012): Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. In: *Social Science & Medicine* 74, 11, S. 1817-1824.
- Verdonk, Petra/Benshop, Yvonne W.M./de Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Jansen Toine L.M. (2009): From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education* 14: S. 135-152.
- Wade, Lisa (2013). The new science of sex difference. In: *Sociology Compass* 7, 4, S. 278-293.
- World Health Organisation (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- ZonMw The Netherlands Organisation for Health research and Development (Hrsg.). (2015): Gender and health. Knowledge Agenda. The Hague: ZonMw.

Sarah Singh/Ineke Klinge

Mining for Methods

A Critical Review of the Theoretical and Methodological Contributions of Feminist Science Scholars for Biomedicine and Public Health Research

Abstract: This is a critical review of the feminist science scholarship that aims to differentiate various feminist approaches to using the concepts of sex, gender, race and/or ethnicity in biomedicine and public health research. With a focus on the conceptual and methodological contributions of various feminist science scholars, we identify three distinctly different feminist methodological frameworks that can be used in the practice of science. This is not an exhaustive review, but rather seeks to identify critical patterns in methodologies used by feminist science scholars to delineate the contribution of each framework and build the capacity of biomedicine and public health researchers and policy-makers seeking to integrate the concepts of sex, gender, race, and/or ethnicity into their work.

Keywords: feminism; science; gender; sex; race; methodology; biomedicine; public health.

Auf Spurensuche nach Methoden

Eine kritische Zusammenschau theoretischer und methodologischer Beiträge feministischer Debatten für die biomedizinische und gesundheitswissenschaftliche Forschung

Zusammenfassung: Das Ziel dieser breiten und kritischen Sichtung feministischer Ansätze ist es, unterschiedliche feministische Perspektiven sowie ihre Konzepte von sex, gender und race bzw. Ethnizität insbesondere für die Forschung im Bereich Biomedizin und Public Health nutzbar zu machen. Wir nehmen die konzeptionellen und methodologischen Beiträge verschiedener feministischer Forschungsrichtungen in den Blick und identifizieren drei verschiedene feministisch-methodologische Perspektiven, die genutzt werden können, um Forschung anders zu betreiben. Dies ist kein umfassender Überblick – vielmehr identifizieren wir zentrale Muster in den Methodologien feministischer Forschung, um den Beitrag der einzelnen Richtungen aufzuzeigen. Dies soll Forscher_innen aus Biomedizin und Public Health sowie Entscheidungsträger_innen darin unterstützen, Konzepte von sex, gender, race, bzw. Ethnizität in die eigene Arbeit zu integrieren.

Schlagwörter: Feminismus; Wissenschaft; Sex; Gender; Race; Methodologie; Biomedizin; Public Health.

Introduction

Increasingly, scientific researchers, particularly in the health sciences, are being required by international resolutions, funding institutions, and publishers to consider gender, sex, race and/or ethnicity in their research (Heidari et al. 2012; Johnson et al. 2014; Klinge 2008; Sharman/ Johnson, 2012). This is a response to

the under-representation of women and minorities in public health research and clinical drug trials (Blauwet 2011; Geller et al. 2011; Yoon et al. 2014). Yet these policies have been introduced with little discussion about the concepts of gender, sex, race and/or ethnicity or the methodologies and theoretical frameworks that relate to them (Epstein 2008; Fausto-Sterling 2008; Jackson 2014; Shim 2002). Consequently, many feminist and anti-racist scholars have documented significant conceptual confusion related to the use of these concepts in biomedical and public health research (Braun et al. 2007; Hammarstrom/Annandale 2012; Kaiser 2012). Feminist researchers in the social and biological sciences have been studying and theorizing the use of sex, gender, race and/or ethnicity concepts in scientific research for over three decades, but have largely been ignored by mainstream science (Ritz et al. 2014; Rosser 2005; Åsberg/Birke 2010).

In this paper, we review feminist science scholarship¹ by using a combination of related search terms in Science Direct Database and Google Scholar with the aim to identify and differentiate various feminist approaches to using the concepts of sex, gender, race and/or ethnicity, particularly in biomedicine and public health research. Additional references were found through bibliographic searching. With a focus on the conceptual and methodological contributions of various feminist science scholars, we identify three distinctly different feminist methodological frameworks that can be used to guide scientific practice in the field. Drawing on concepts used by what we observed to be the founding scholars of these frameworks, we named these frameworks the 'strong objectivity framework', 'partial perspective framework' and the 'gendered innovations framework'. We argue that these frameworks, rather than acting as competing frameworks, offer distinctly different methodological approaches that can be used in combination to improve the practice of science.

While the 'strong objectivity' and 'partial perspectives' framework focus on epistemological and theoretical issues and encourage scientists to critically evaluate concepts, methodologies, theoretical frameworks, and research priorities, the 'gendered innovations' framework seeks to operationalize the theoretical contributions of feminist science scholars and introduce new practical methods that can be easily integrated into scientific practice. Many of the feminist scientists referenced in this paper cross over these categorical boundaries and these intersections are as much an indication of the intellectual development of the individual feminist science scholars as of the field of feminist science itself. It should also be noted that there are several other scholars who contributed to the formation or materialization of these frameworks that have not been mentioned but could also be located within these frameworks. This is not an exhaustive review, but rather seeks to identify the *key* feminist methodological contributions and uses examples from recent and relevant feminist science scholarship to illustrate the contribution of each framework. In doing so, we hope to explain the utility of feminist science scholarship and build the capacity of biomedicine and public health researchers and policy-makers seeking to integrate the concepts of sex, gender, race, and/or ethnicity into their work.

Feminist Science Studies

Feminist scholars have conducted similar reviews of the feminist science literature. For instance, Wylie (1989) compiled a bibliography of core feminist science literature, focusing primarily on critiques of biology that raise reflexive questions about the role of gender in scientific knowledge and practice. Similarly, Tuana (1986) provides a brief overview and bibliography of the contributions of feminism in the natural sciences, noting that feminists have recovered the work of women scientists, uncovered biases against women, and re-envisioned scientific methodologies. Schiebinger (2000) documents how the social, political and economic changes and specific feminist movements, namely liberal and difference feminism, facilitated the entry of women into the fields of science. She also identifies how feminist influences changed research practices, such as biased scientific practices that excluded women as research subjects. Rosser (2005) reviews various feminist theoretical lenses and their impact on the study of science. Recently, Subramaniam (2014) reviewed the broad group of issues addressed by feminist science scholars, including the practice of defining women by their reproductive capacities, patriarchal conceptions of nature, and the roles of colonialism and capitalism in science. While these reviews provide good summaries of feminist contributions to science and the historical contexts in which they developed, they do not differentiate or delineate the multiple conceptual and methodological approaches *within* the feminist science literature.

Strong Objectivity Framework

The first theoretical framework we identify is the ‘strong objectivity’ framework, as coined by feminist philosopher Sandra Harding. According to Harding, “strong objectivity extends the notion of scientific research to include systematic observations of background beliefs, and also draws attention to ideological assumptions built into scientific research” (Harding 1991:149). In other words, the strong objectivity framework means researchers think reflexively about social values, namely assumptions based on gender and racial norms, and how they inform choices made at every stage of scientific inquiry. For instance, scientific researchers make value based decisions in: the selection of problems to study; the formulation of hypotheses; the methods and theories used; and in the reporting and interpretation of research outcomes. The strong objectivity framework does not reject the scientific method or the notion of objectivity but rather delinks objectivity from neutrality and introduces adjustments to the scientific method. In doing so, scholarship that falls under this framework seeks to enhance the objectivity of scientific research while promoting scientific research designs that better serve a broader range of societal needs and interests.

We identify two methodological approaches that fall under this framework, feminist empiricism and feminist standpoint approach. Feminist empiricists, as Harding defines them, seek to identify “bad science” that often supports sexist and racist scientific claims (Harding 1991: 89). Harding’s definition suggests

that feminist empiricism simply asks researchers to apply established scientific methods more carefully and rigorously and offers little towards a feminist challenge to the process of scientific knowledge production (Harding 1992). Several other feminist science scholars reject Harding's definition of feminist empiricism, including Campbell (1994), Nelson (1990), Longino (1990, 1993) and explain that the crucial contribution of feminist empiricism is the introduction of feminist political goals to the empirical study of science. Familiarity with feminist concepts is essential for feminist empiricism as it provides "scrutiny over and above the scrutiny we devote to the appropriate controls in experiments and the quality of the statistical analysis of our results" (Longino 1988: 568). To do this, feminist empiricists employ feminist conceptions of gender and race to critically analyze how social beliefs about gender and race inform hypotheses, scientific theories, measures, data collection processes, models, background assumptions, and the interpretation of evidence. In this way, feminist empiricism seeks to adjust the established boundaries of scientific practice by requiring researchers to critically examine social values, specifically normative beliefs about gender and race when designing, evaluating, and interpreting scientific research projects.

An example of contemporary feminist empiricism is the recent work of psychologist Cordelia Fine (2010). Fine's feminist understanding of gender, as socially constructed, makes her skeptical of scientific studies that "reflect and reinforce cultural beliefs about gender" (Fine 2010: xxvii). Specifically, Fine examines scientific studies that follow "the organizational-activational hypothesis" which puts forward the idea that "the same hormone involved in building male genitalia... also permanently 'organizes' the brain in a masculine way" (Fine 2010: 101). This hypothesis proposes that differences between women and men, specifically in the fields of math, science and engineering, are a result of hardwired differences in the brains of women and men. Fine identifies several flaws in the research designs that follow from the organizational-activational hypothesis, including unreliable methods used to measure fetal testosterone levels, inconsistently operationalized definitions of the male brain's "systematizing" capacity, small sample sizes, a failure to control for environmental influences and the over interpretation of results. Fine's research indicates that feminist conceptions of gender and race allow members of the scientific community, namely journal editors, granting agencies, and working scientists, to critically review research studies and identify flaws in scientific research designs and methods that have previously gone unnoticed.

In contrast to feminist empiricism, the feminist standpoint approach calls for starting research from the standpoint of women and other marginalized groups so that their experiences and interests are brought to bear on the scientific process. As Harding explains, "women's different lives have been erroneously devalued and neglected as starting points for scientific research and as generators of evidence for or against knowledge claims" (Harding 1991: 121). Research from women's lives is needed to overcome "excessive reliance on distinctively masculine lives" and to act as "checks against the validity of knowledge claims" (Harding 1991: 123). The emerging field of Gender Medicine provides a contemporary example of efforts to bring women into biomedical and public health

research to better understand sex differences in human disease (Legato 1998; Pinn 2003, 2005). Marianne Legato, the founder of the field, explains that most disease research has been done using male subjects and “extrapolated to women without modification” and so studying women is imperative to improve clinical care (Legato 2003: 924).

The critical social analysis component of the standpoint approach, however, is often missing in the field of Gender Medicine, often called ‘gender specific medicine’ (Hammarstrom/Annandale 2012). As Harding (1991: 133) explains, “biological differences between women and men [do not] provide the resources for feminist analysis”. The standpoint approach requires researchers to apply a gender analysis and account for “differences between women’s and men’s situations” (Harding 1991: 119). In other words, the standpoint approach does not simply mean including women and other marginalized groups in scientific research but rather starting research from the standpoint or “social location” of historically marginalized groups (Crasnow 2008). Analyzing social conditions from the perspective of women and other marginalized groups, provides researchers insights into how the social context impacts the biological, specifically how social relations of gender and race shape and limit individual behaviours and biological conditions. Researchers in the fields of biomedicine and public health do not typically pay attention to social forces and so by adopting the standpoint approach they gain access to knowledge that would otherwise be ignored or obscured (Wylie 2003).

Harding (1990) argues that feminist empiricist and feminist standpoint approaches offer opposing methodological approaches. We argue, however, they both adopt the strong objectivity framework because they both use feminist conceptions of gender and/or race in research designs, and in doing so seek to promote better scientific research. In other words, both of these approaches challenge the notion of the value-neutral observer and, through their critiques, put forward methods to help researchers systematically explore the impact of social inequalities and social values that inform the design of scientific research. Conceptualized in this way, these approaches can be understood to be complementary and, from our example below, it will be illustrated that they could most effectively be used in combination.

The work of biologist Anne Fausto-Sterling provides an example of how the feminist empiricist and feminist standpoint approaches can be combined to produce, what Intemann (2010) terms “feminist standpoint empiricism”. In her two-part paper *The Bare Bones of Sex* (2005) and *The Bare Bones of Race* (2008) Fausto-Sterling begins her analysis using a feminist empiricist approach and reveals inconsistent classifications of race and sex in biomedical research that explores sex and/or racial differences in bone health. For instance, definitions of race in bone research range from: regional categorizations, self-identification, grandparental ancestry, genetic markers and groupings used by medical records. Similar inconsistent measurements plague research on sex difference in bone health because there “is a lack of standardization between instruments and sites at which measurements are taken” (Fausto-Sterling 2005: 1493) Fausto-Sterling suggests that bodies cannot be studied as objects existing “outside of politics,

culture, and social change” and even when using consistent forms of measurement sex and racial differences in bone health have been found to be “highly context specific” (Fausto-Sterling 2005: 1495).

She proposes, researchers adopt mixed-methods study designs, informed by the standpoint approach so that rather than categorizing different “specific anatomies and physiologies” researchers provide an understanding of how specific anatomies and physiologies “emerge over the lifecycle as a response to specific lived lives” (Fausto-Sterling 2008: 658). Fausto-Sterling makes the case that such research designs will help develop an understanding of the particular “environmental inputs and cellular responses” that contribute to racial and sex differences in bone health so that eventually researchers can begin to piece together the relationships among the “contributions of geographic ancestry, individual lifecycle experiences, race, and gender to varied patterns of health and disease” (ibid.). Using the case of bone research, Fausto-Sterling demonstrates how feminist empiricism and feminist standpoint act as complimentary approaches to help researchers, first, identify knowledge gaps and, second, develop new knowledge and approaches to research.

A key distinguishing methodological feature between feminist empiricists and feminist standpoint theorists is not simply that they “offer different conditions” for achieving strong objectivity, as suggested by Intemann (2010), but how they employ feminist conceptions of sex, gender, and race in scientific inquiry. Feminist empiricists encourage researchers to adopt a critical sex, gender, and race analysis of the study design to bring attention to assumptions about sex, gender, and race that inform the research design, namely formulating hypotheses, theories, concepts, data collection, and interpretation of results. The feminist standpoint approach, on the other hand, encourages researchers to use a feminist gender and race analysis of the social environment to incorporate qualitative research into their study design and consider social inequalities of gender and race on scientific research outcomes. As demonstrated by the work of Fausto-Sterling, both approaches can be combined to produce new scientific research designs, more accurate descriptions and more complex explanations than conventional scientific research methods.

Partial Perspectives Framework

The second theoretical framework we identify is the ‘partial perspectives’ framework which is informed by post-structural feminist theory and its textual critiques, specifically how language used by scientific researchers to access and observe the world is mediated by social power relations. The term ‘partial perspectives’ refers to feminist biologist Donna Haraway’s work, which encourages feminist scientists to go beyond exposing gender and racial assumptions and “bad science” to examine the partial perspectives of scientific researchers and struggles over how to *see* such things as human biology, physiology, biological development, and so on. Haraway challenges a notion of objectivity or what she calls “The God Trick” that “represents while escaping representation” (Haraway

1988: 580). The partial perspective does not seek to provide a more objective or truer knowledge about the world but rather strives to achieve what Haraway terms a “feminist objectivity” that “privileges contestation, deconstruction, passionate construction, webbed connections and hope for transformation of systems of knowledge and ways of seeing” (Haraway 1988: 585). In this way, Haraway distinguishes her approach from feminist scientists who fall under the strong objectivity framework by redefining the notion of partiality and situatedness to refer to “knowledges that are self-reflexive concerning the material, historical, social conditions under which they came to being” (Prins 1995: 355). Achieving feminist objectivity requires researchers to acknowledge their own location in the networks of knowledge or organizational structures that allow certain conceptual understandings to be produced and naturalized.

In defining “networks of knowledge”, Haraway, and other researchers who adopt the partial perspective framework, draw on Bruno Latour’s (1987) actor-network theory, which “argues [that] in a sociological account of science all sorts of things are actors” (Penley et al. 1990: 9). By doing so, the partial perspectives framework moves beyond a simple analysis of the social context in which particular scientific studies were produced, and seeks to deconstruct scientific knowledge through locating all the players and the networks of power involved in producing the objects of science, including “any living or non-living entity involved (for example genes, agar gels, insects, hormones, etc.)” (Roberts 1999: 133). Drawing on Latour, Roberts (1999) explains that non-human actors such as genes and hormones “exist for a certain time within a network of forces and practices which allow them to flourish – they are allies in the scientific process” and often invoked to make scientific claims (*ibid.*). In this way, non-human actors are conceived as active allies in the process of scientific knowledge production rather than passive objects. Locating these power networks of knowledge production makes visible that biology is not simply discovered nor is it produced through a random or neutral process, but rather the biological body takes shape in particular ways due to interactions with historically contingent webs of power relations.

Roberts (2010, 2014) uses the partial perspective framework to critically investigate the public health issue of early puberty. Roberts identifies the “range of techno-scientific, biomedical, popular and environmentalist discourses” that draws on historically and culturally specific gender and racial norms to frame the seemingly biological problem of early puberty (Roberts 2010: 429). By using John Laws (2007) pinboard method of sticking multiple narratives produced in different times, spaces, locations, and styles on a surface, Roberts visually captures the juxtapositions and tensions and thereby illustrates the “diversity of discourses jostling to define the parameters of the problem [of early puberty]” (*ibid.*: 436). Roberts locates several actors currently involved in defining the problem of early puberty including “techno-science publications, media articles reporting on scientific studies, and environmental websites and publications” (*ibid.*: 433). Roberts explains that these various sources offer different and often contradictory understandings of the causes of early puberty (*ibid.*). Roberts also uncovers the debates among clinicians about the various indicators of early

puberty and subsequent health consequences. By identifying the divergent definitions, causes and consequences of early puberty, Roberts deconstructs the problem of early puberty and illustrates that it has not simply been “discovered” by researchers but rather that this constructed biological difference is made meaningful by the temporary consolidation of various human and non-human techno-scientific networks of power.

Yet those that adopt the partial perspectives framework not only seek to locate discursive power struggles, but rather ask how they become inscribed into the biological body. Haraway (1992: 298) invokes the term “apparatus of bodily production” to explain that “organisms emerge from a discursive process”. Haraway is careful to clarify that understanding that “biology is a discourse” is not the same as claiming that organisms are ideological constructions. Rather unraveling the apparatus of bodily production requires more than an analysis of text and metaphors, it means documenting how historically specific living bodies “emerge at the intersection of biological research, writing, and publishing; medical and other business practices; cultural productions of all kinds, including available metaphors and narratives; and technology” (ibid.). The boundaries of nature or the body should not be understood to pre-exist “awaiting the right kind of instrument to note them correctly” but rather seen as generated through social power relations constituting human and nonhuman actors (ibid.). As Roberts (1999) explains, Haraway’s apparatus of bodily production compels researchers to think about scientific ‘discoveries’ or the bodies of scientific investigation as moments of “corporealization”, or rather “a particular historical and located ‘congealed’ interaction between a variety of actors” (Roberts 199: 133). Understanding how bodily differences become articulated through a web of historical interactions allows researchers to reconfigure biological boundaries, opening space for new possibilities of bodily constructions (Haraway 1994).

A contemporary example is the work of feminist science scholars El-Haj (2007), Gannett (2004) and M’charek (2005, 2013). These scholars use examples from population geneticists, DNA forensics and medical practices to trace how biological races have been re-constituted in and through these scientific technologies and practices. These authors denaturalize the meaning of discrete racial groupings while locating the various powerful networks of knowledge that produce them. For instance, Gannett (2004) explains how a typological notion of race based on “skin colour, hair form, or facial characteristics” has been replaced with statistically based grouping made possible by genotyping technologies and DNA data that allow researchers to map the frequency of genes (ibid: 341). Despite the fact that these “group identities may be indeterminate and/or multiple, with people belonging to more than one group and to any single group as a matter of degree” (ibid.: 342), these genetic groupings continue to be presented as “static, absolute, and discrete” biological facts (ibid.: 340). In doing so, biological scientists impose new and old taxonomic units to delineate biological racial categories and use genetic data to support their validity. These scholars demonstrate that current biological divisions among racial and ethnic populations are not stable objective facts but shifting historical and cultural constructs that have the potential to be reconfigured through a new coalition of human and non-human actors.

The methodological contribution of the partial perspectives framework is that it proposes a feminist gender and race analysis that begins by unpacking gendered, sexed, raced and ethnicized bodies. It requires researchers to work backwards to locate the numerous human and non-human actors that participated in the construction of these bodies and all the while paying attention to and accounting for power relations between these actors. In other words, it requires researchers to conceive of “‘gender’ or ‘race’ [not] as attributes or as properties” but rather to ask how “‘gender,’ ‘race,’ or any structured inequality in each interlocking specific instance gets built into the world” (Haraway 1994: 67). This gender and race analysis proposed by the partial perspectives framework is distinctly different from the strong objectivity approaches, which analyzes sites and contexts of the production and reproduction of gender and racial inequality in the field of science. The partial perspectives framework seeks to alter the research priorities even before researchers consider the concepts, theories, and methods they will use to design their research. It asks researchers to critically examine their own communities of practice, specifically the multiple actors involved in constructing configurations of sex, gender, race, and/or ethnic differences in particular disciplines, thereby destabilizing assumed biological facts and opening new possibilities for research.

Gendered Innovations Framework

The final framework, which we call the ‘gendered innovations’ framework, as first coined by feminist science historian Londa Schiebinger, explores scientific innovations produced by using feminist concepts in scientific practice.² Schiebinger argues that when feminist concepts such as gender and sex are applied “rigorously and creatively they have the potential to enhance human knowledge and technical systems by opening them to new perspectives, new questions, and new missions” (Schiebinger 2008: 4). Feminist scholars that fall under the gendered innovations framework introduce scientists to practical methods that allow scientists to use the concepts of sex, gender, race and/or ethnicity in new and innovative ways. In doing so, the gendered innovations aims to support feminist scientists practicing in the fields of biomedicine and public health and open up opportunities for exchange and collaborations across the disciplines.

Specifically, the gendered innovations framework draws on recent feminist science scholarship that demonstrates how more attention to sex and gender analysis in biomedical and public health research could lead to less biased research outcomes (Heidari et al. 2012; Raz/Miller 2012; Rogers 2010). Many of these scholars have further develop the methods of sex and gender analyses, beyond simply identifying sex and/or gender bias, through the proposal of various models, guidelines, and frameworks for integrating sex and gender analysis in biomedical and public health research (Beery/ Zucker, 2011; Bird/Rieker, 1999; Heidari et al., 2012; Johnson et al. 2009; Kaiser 2012; Krieger 2003; Nieuwenhoven/Klinge 2010; Springer et al. 2012). These scholars attempt to delineate what it means to operationalize feminist conceptions of sex and gender

so that they can be practically applied to produce better and more objective biomedical and public health research. For instance, Springer et al. (2012) present good practice guidelines for every stage of the research cycle. Specifically, they point out that researchers need to isolate and measure sex-specific biological mechanisms rather than use sex as a proxy for biological markers. Researchers also need to account for confounding variables related to socially organized forms of gender inequality to ensure sex specific outcomes are not spurious. Essentially these scholars seek to operationalize the concepts of sex and gender into methodological tools so researchers can more accurately identify biological and multi-level social processes that contribute to differences in health and disease outcomes between women and men.

To ensure direct reference to both sex and gender influences, some researchers have proposed using the concept “sex/gender” or “s/g” in the title and interpretation of findings to ensure that scientists consider *both* social and biological aspects in their research designs and data analysis (Christianson et al. 2012; Geller 2008; Jordan-Young/Rumiati, 2012). In addition to ensuring that researchers acknowledge sex *and* gender factors, the introduction of these concepts seeks to complicate understandings of sex and gender as separable entities. Sex and gender are understood to act on each other and scientists are encouraged to capture how the biological body reflects innate as well as external social experiences.

The gendered innovations framework also includes scholarship that critiques this literature for silence around the concepts of race and ethnicity (Bowleg 2012; Connell 2012). Although race is no longer considered to be biologically real, as Krieger (2012) explains “the scientific study of how discrimination harms health” is still required and needs to be grounded in theory. Ford and Airhihenbuwa (2010) and Gravlee (2009) take on the challenge of translating important theoretical contributions, particularly from critical race theory, into practical methods that can easily be integrated into research designs. Similar to the sex/gender scholars, these scholars locate the body in context and draw off the work of “developmental biology [that] have brought attention to the profound importance of hierarchically embedded, multi-level, and historically contingent biologic process” (Krieger/Davey Smith 2004: 94). Ford and Airhihenbuwa (2010: 1391) provide a four-step process which scientists can “either [use] alone as a broad framework or in conjunction with other theories and method”. It draws on the theoretical contributions of the previously discussed frameworks but breaks down the process into simple steps that guide researchers through conceptualizing and measuring historically specific racial relations and critically examining previous research that might inform the research question, research design and data interpretation. Gravlee’s (2009) ‘race becomes biology’ method proposes using a more accurate measurement strategy that requires researchers to first assess the culturally, historically, and socially specific understandings of racial relations using systematic ethnographic methods and then use the culturally context specific models of racism derived from the ethnographic study to measure biological impacts. In doing so, Gravlee provides researchers with

a more accurate method of measuring the biological and health consequences of racism.

In addition, some feminist science scholars have critiqued these approaches for directing attention to particular forms of inequality while ignoring others and subsequently propose an intersectional method that requires researchers to consider the health impact of various forms of inequality. Intersectionality requires researchers to acknowledge multiple intersecting forms of inequality and to locate them in space and time. It proposes using qualitative research along with a multivariate quantitative analysis to account for historically and geographically specific intersecting forms of social inequality and within group differences in health outcomes (Hankivsky 2012; Kelly 2009; Shields 2008).

What distinguishes scholarship that falls under the gendered innovations framework from the work of previous frameworks is that it seeks to translate often abstract and theoretical contributions of feminist science scholarship into plain language and practical tools that can be readily employed by scientists. In essence, scholars that adopt this framework attempt to illustrate how concepts such as sex, gender, race and/or ethnicity can be easily integrated into every step of the scientific research process. In doing so, these scholars synthesize various methodological contributions and shortcomings of scientific research that uses the concepts of sex, gender, race and/or ethnicity and thereby promote collaboration to improve these forms of analyses across multiple disciplines. This creates a shared language that allows these concepts to travel across multiple disciplines as they are re-conceptualized, facilitating new approaches to understanding not only the biological but the social world (Hird 2009). In addition, synthesizing this research not only provides a shared intellectual space for collaboration, but provides clear examples of how improving methods of sex, gender, race and/or ethnicity analysis could advance scientific knowledge.

Further developing innovative methods of sex, gender, race and/or ethnicity analyses will depend on the skills and creativity of the research team concerned and will require multidisciplinary collaborations. It has been argued that to “develop truly innovative methodologies” there needs to be changes across both the social science and applied science disciplines (Åsberg/Birke 2010: 414). Fausto-Sterling has called for a two-way exchange where “women’s studies scholars teach about science or require their students to learn about it” and that “science faculty teaches science where it rightfully belongs – in its social context” (Fausto-Sterling 1992: 339). Schiebinger and Klinge (2013) call for a number of institutional changes to facilitate the production of gendered innovations scholarship that includes three definitive actions. Namely, training practicing researchers and evaluators in gender methodology; ensure that those evaluating publications, grant proposals and job applications are familiar with sex and gender analysis; and provide a curriculum and materials to learn about sex and gender analysis. These recommendations would introduce institutional supports that will facilitate the advancement of cross-disciplinary collaborations and have the potential to produce new radical reformulations of the biological and social world. Recent announcements made by the National Institutes of Health (NIH) in the U.S. indicate a promising move in this direction (Clayton/Collins 2014).

The future of feminist science

Our critical review of feminist science literature, specifically in the fields of biomedicine and public health research, introduces three key theoretical and methodological feminist approaches that improve scientific practice and uses examples to illustrate the application of each framework in the practice of science. First, the strong objectivity framework argues that part of the scientific process must require researchers to think reflexively about the cultural context and socially constructed values about gender and race that have informed their own research designs or research that they rely on to formulate their research questions. The feminist empirical and feminist standpoint approaches provide researchers and evaluators methodological and conceptual tools to do this work. The second approach – the partial perspectives framework – maintains that the biological world is not simply presented to researchers but rather is historically produced through a network of human and non-human actors. And so, the partial perspective requires scientific researchers to deconstruct biological sexed, raced, gendered and ethnic bodies and objects prior to the conception of the research project and by doing so opens new avenues for research in the biomedical and health sciences. Finally, the ‘gendered innovations’ framework makes the case that researchers in the social and biological sciences need to work more collaboratively to produce more innovative knowledge and more complex understandings. By developing practical methods through cross-disciplinary collaborations, this framework provides a multitude of new scientific research designs that open new avenues for novel research outcomes.

Policies that require the integration of concepts of gender, sex, race, and/or ethnicity into biomedicine and public health research, present an opportunity for new research designs and pathways that could lead to better science. The concepts of gender, sex, race, and/or ethnicity if simply added to research designs as variables have the potential to produce sexist and racist science. These concepts are related to rich theoretical frameworks that require researchers to re-conceptualize their research designs and practices. By delineating these frameworks, we hope to give greater coherence to the valuable insights of feminist science scholars and provide policy-makers with the methodological tools to critically assess the science that is used to inform and shape scientific and public health policies.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Sarah Singh

Department of Health, Ethics and Society, Maastricht University

<https://www.linkedin.com/pub/sarah-singh/a4/290/6b4>

s.newman@maastrichtuniversity.nl or e.sarah.singh@gmail.com

Ineke Klinge

Institute of Gender in Medicine (GiM)/Charité, Universitätsmedizin

Berlin Chair H2020 Advisory Group on Gender

www.eugenmed.eu http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm

nl.linkedin.com/pub/ineke-klinge/12/65b/b45/

i.klinge@maastrichtuniversity.nl

Anmerkungen

- 1 Feminist science “scholarship” was limited to feminist scientists and feminist science studies scholars in the fields of biomedicine and public health. These scholars explicitly indicate that they use feminist approaches to science or use feminist conceptions of gender, sex, race and/or ethnicity in their work.
- 2 Schiebinger developed the gendered innovations website (Schiebinger et al. 2011). The gendered innovations website is a project that first began in 2009 at Stanford University under the direction of Schiebinger and by 2011 transformed into an international project co-funded by the European Commission, Director-

ate-General for Research and Innovation. In 2012 the U.S. National Science Foundation also provided a supplementary grant. Over the course of 2011 and 2012, the gendered innovations project brought together Canadian, European and US scholars from various disciplinary backgrounds, including health sciences, social sciences, engineering, nutrigenomics, and technology studies, together with gender experts, to articulate methods of sex and gender analyses and develop case studies that provide concrete examples of how these methods can produce innovative scientific research (Schiebinger/ Klinge 2013).

Literatur

- Åsberg, Cecilia/Birke, Lynda (2010): Biology is a feminist issue: Interview with Lynda Birke. In: *European Journal of Women's Studies* 17, pp. 413-423.
- Beery, Annaliese K./Zucker, Irving (2011): Sex bias in neuroscience and biomedical research. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35, pp. 565-572.

- Bird, Chloe E./Rieker, Patricia P. (1999): Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. In: *Social Science & Medicine* 48, pp. 745-755.
- Blauwet, Lori A. (2011): Sex and race/ethnicity reporting in clinical trials: a

- necessity, not an option. In: *Journal of Women's Health* 20, pp. 313-314.
- Bowleg, Lisa. (2012): The problem with the phrase women and minorities: intersectionality – an important theoretical framework for public health. In: *American Journal Public Health* 102, pp. 1267-1273.
- Braun, Lundy et al. (2007): Racial categories in medical practice: how useful are they. In: *PLoS Medicine* 4, pp. e271.
- Campbell, Richmond (1994): The virtues of feminist empiricism. In: *Hypatia* 9, pp. 90-115.
- Christianson, Monica et al. (2012): Sex and gender traps and springboards: a focus group study among gender researchers in medicine and health sciences. In: *Health Care Women International* 33, pp. 739-755.
- Clayton, Janine A./Collins, Francis S. (2014): NIH to balance sex in cell and animal studies. In: *Nature* 509, pp. 282-283.
- Connell, Raewyn (2012): Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. In: *Social Science & Medicine* 74, pp. 1675-1683.
- Crasnow, Sharon (2008): Feminist philosophy of science: 'standpoint' and knowledge. In: *Science & Education* 17, pp. 1089-1110.
- El-Haj, Nadia Abu (2007): The genetic re-inscription of race. In: *Annual Review Anthropology* 36, pp. 283-300.
- Epstein, Steven (2008): *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2008): The bare bones of race. In: *Social Studies of Science* 38, pp. 657-694.
- Fausto-Sterling, Anne (2005): The Bare Bones of Sex: Part 1 – Sex and Gender. In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 30, 2, pp. 1491-1528.
- Fausto-Sterling, Anne (1992): Building two-way streets: The case of feminism and science. In: *NWSA Journal*, pp. 336-349.
- Fine, Cordelia (2010): *Delusions of gender: How our minds, society, and neurosexism create difference*. WW Norton and Company.
- Ford, Chandra L./Airhihenbuwa, Collins O. (2010): The public health critical race methodology: praxis for antiracism research. In: *Social Science & Medicine* 71, pp. 1390-1398.
- Gannett, Lisa. (2004): The biological reification of race. In: *British Journal for the Philosophy of Science*, pp. 323-345.
- Geller, Pamela L. (2008): *Conceiving sex Fomenting a feminist bioarchaeology*. In: *Journal of Social Archaeology* 8, pp. 113-138.
- Geller, Stacie E. /Koch, Abby/Pellettieri, Beth/Carnes, Molly (2011): Inclusion, analysis, and reporting of sex and race/ethnicity in clinical trials: have we made progress? In: *Journal of Women's Health* 20, 315-320.
- Gravlee, Clarence C. (2009): How race becomes biology: embodiment of social inequality. In: *American Journal of Physical Anthropology* 139, pp. 47-57.
- Hammarstrom, Anne/Annandale, Ellen (2012): A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'gender-specific medicine' journals. In: *PLoS One* 7, e34193.
- Hankivsky, Olena (2012): Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. In: *Social Science & Medicine* 74, pp. 1712-1720.
- Haraway, Donna (1992): *The promises of monsters: A regenerative politics for inappropriate/d others*. In: N. Grossberg/P. Treichler (eds.), *Cultural Studies*, pp. 295-337.
- Haraway, Donna (1988): *Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective*. In: *Feminist studies*, 14, 3, pp. 575-599.
- Haraway, Donna (1994): *A game of cat's cradle: science studies, feminist theory,*

- cultural studies. In: *Configurations* 2, pp. 59-71.
- Harding, Sandra (1992): Rethinking standpoint epistemology: What is "strong objectivity?". In: *Centennial Review* 36, pp. 437-470.
- Harding, Sandra (1990): Feminism and theories of scientific knowledge. In: *Women: A cultural review* 1, pp. 87-98.
- Harding, Sandra (1991): *Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives*. New York: Cornell University Press.
- Heidari, Shirin et al. (2012): Gender-sensitive reporting in medical research. In: *Journal of the International AIDS Society* 11-2652-15-11.
- Hird, Myra (2009): Feminist Engagements with Matter. In: *Feminist Studies* 35, pp. 329-346.
- Intemann, Kristen (2010): 25 years of feminist empiricism and standpoint theory: where are we now? In: *Hypatia* 25, pp. 778-796.
- Jackson, J. Kasi (2014): Science Studies Perspectives on Animal Behavior Research: Toward a Deeper Understanding of Gendered Impacts. In: *Hypatia* 29, pp. 738-754.
- Johnson, Joy/ Sharman, Zena/Vissandjée, Bilkis/Stewart, Donna (2014): Does a Change in Health Research Funding Policy Related to the Integration of Sex and Gender Have an Impact? In: *PLoS ONE* 9, e99900.
- Johnson, Joy/ Greaves, Lorraine/ Repta, Robin (2009): International Journal for Equity in Health. In: *International Journal for Equity in Health* 8, 14.
- Jordan-Young, Rebecca/Rumiati, Raffaella (2012): Hardwired for sexism? Approaches to sex/gender in neuroscience. In: *Neuroethics* 5, pp. 305-315.
- Kaiser, Anelis (2012): Re-Conceptualizing "Sex" and "Gender" in the Human Brain. In: *Zeitschrift für Psychologie* 220, pp. 130-136.
- Kelly, Ursula (2009): Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. In: *ANS Advances in Nursing Science* 32, pp. e42-56.
- Klinge, Ineke (2008): Gender perspectives in European research. In: *Pharmacological Research* 58, pp. 183-189.
- Krieger, Nancy (2012): Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. In: *American Journal of Public Health* 102, pp. 936-944.
- Krieger, Nancy (2003): Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? In: *International Journal of Epidemiology* 32, pp. 652-657.
- Krieger, Nancy/Smith, Davey (2004): "Bodies count," and body counts: social epidemiology and embodying inequality. In: *Epidemiological Review* 26, pp. 92-103.
- Latour, Bruno (1987): *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*. Boston: Harvard University Press.
- Law, John (2007): Pinboards and books: Juxtaposing, learning, and materiality. In: *Education and technology: Critical perspectives, possible futures*, pp. 125-149.
- Legato, Marianne (2003): Beyond women's health: The new discipline of gender-specific medicine. In: *Medical Clinics of North America* 87, pp. 917-937.
- Legato, Marianne (1998): Women's health: not for women only. In: *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 43, pp. 65-72.
- Longino, Helen (1993): Feminist standpoint theory and the problems of knowledge. In: *Signs* 19, pp. 201-212.
- Longino, Helen (1990): *Science as social knowledge: Values and objectivity in scientific inquiry*. New Jersey: Princeton University Press.
- Longino, Helen (1988): Science, objectivity, and feminist values. In: *Feminist Studies* 14, pp. 561-574.

- M'charek, Amade (2013): Beyond fact or fiction: On the materiality of race in practice. In: *Cultural Anthropology* 28, pp. 420-442.
- M'charek, Amade (2005): The mitochondrial eve of modern genetics: Of peoples and genomes, or the routinization of race. In: *Science as Culture* 14, pp. 161-183.
- Nelson, Lynn (1990): *Who Knows: From Quine to a Feminist Empiricism*. Philadelphia: Temple University Press.
- Nieuwenhoven, Linda/Klinge, Ineke (2010): Scientific excellence in applying sex-and gender-sensitive methods in biomedical and health research. In: *Journal of women's health* 19, pp. 313-321.
- Penley, Constance/ Ross, Andrew/Haraway, Donna (1990): Cyborgs at large: interview with Donna Haraway. In: *Social Text* 25/26, pp. 8-23.
- Pinn, Vivian (2005): Research on women's health: Progress and opportunities. In: *JAMA* 294, pp. 1407-1410.
- Pinn, Vivian (2003): Sex and gender factors in medical studies: implications for health and clinical practice. In: *JAMA* 289, pp. 397-400.
- Prins, Baukje (1995): The ethics of hybrid subjects: Feminist constructivism according to Donna Haraway. In: *Science, Technology & Human Values* 20, pp. 352-367.
- Raz, Limor /Miller, Virginia (2012): Considerations of sex and gender differences in preclinical and clinical trials. In: Regitz-Zagrosek, Vera (2012): *Sex and gender differences in pharmacology*. Springer Science & Business Media. pp. 127-147.
- Ritz/ Antle/Cote/Deroy/Fraleigh/Messing/Parent/ St-Pierre/Vaillancourt/Mergler (2014): First steps for integrating sex and gender considerations into basic experimental biomedical research. In: *FASEB Journal* 28, pp. 4-13.
- Roberts, Celia (2014): The entanglement of sexed bodies and pharmaceuticals: A feminist analysis of early onset puberty and puberty-blocking medications. In: *Subjectivity* 7, pp. 321-341.
- Roberts, Celia (2010): Early puberty and public health: a social scientific pin-board. In: *Critical Public Health* 20, pp. 429-438.
- Roberts, Celia (1999): Thinking biological materialities. In: *Australian Feminist Studies* 14, pp. 131-139.
- Rogers, Lesley (2010): Sexing the brain: The science and pseudoscience of sex differences. In: *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 26, pp. S4-S9.
- Rosser, Sue (2005): Through the lenses of feminist theory: Focus on women and information technology. In: *Frontiers: A Journal of Women Studies* 26, pp. 1-23.
- Schiebinger/Klinge/Sanchez de Madariaga/Schraudner (Eds.) (2011): *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, and Engineering*. Bd. 2015th. <<https://genderedinnovations.stanford.edu/>> (accessed 8 September 2015).
- Schiebinger, Londa (2008): *Gendered innovations in science and engineering*. In: Stanford University Press.
- Schiebinger, Londa (2000): Has feminism changed science? In: *Signs* 25, 4, pp. 1171-1175.
- Schiebinger, Londa/Klinge, Ineke (Eds.) (2013) *Gendered innovations: how gender analysis contributes to research*. Luxembourg: European Commission.
- Sharman, Zena/Johnson, Joy (2012): Towards the inclusion of gender and sex in health research and funding: an institutional perspective. In: *Social Science & Medicine* 74, pp. 1812-1816.
- Shields, Stephanie (2008): Gender: An intersectionality perspective. In: *Sex Roles* 59, pp. 301-311.
- Shim, Janet (2002): Understanding the routinised inclusion of race, socioeconomic status and sex in epidemiology: the utility of concepts from technoscience studies. In: *Sociology of Health & Illness* 24, pp. 129-150.

- Springer, Kristen/Stellman, Jeanne/ Jordan-Young, Rebecca (2012): Beyond a catalogue of differences: a theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. In: *Social Science & Medicine* 74, pp.1817-1824.
- Subramaniam, Banu (2014): Moored metamorphoses: A retrospective essay on feminist science studies. In: *Signs* 40.
- Tuana, Nancy (1986): Re-presenting the world: Feminism and the natural sciences. In: *Frontiers: A Journal of Women Studies*, pp. 73-75.
- Wylie, Alison (2003): Why standpoint matters. In: *Science and other cultures: Issues in philosophies of science and technology*, pp. 26-48.
- Wylie, Alison/Okruhlik, Kathleen/Thielen-Wilson, Leslie/Morton, Sandra (1989): Feminist critiques of science: The epistemological and methodological literature. *Women's Studies International Forum* 12, 3, pp. 379-388.
- Yoon, Dustin/ Mansukhani, Neel/ Stubbs, Vanessa/Helenowski, Irene/Woodruff, Teresa K./Kibbe, Melina (2014): Sex bias exists in basic science and translational surgical research. In: *Surgery* 156, pp. 508-516.

Nina Wehner/Diana Baumgarten/Frank Luck/Andrea Maihofer/
Elisabeth Zemp

„Mir geht es gut!“

Gesundheitsvorstellungen von Männern in der Schweiz. Ergebnisse aus
einem empirischen Projekt

Zusammenfassung: Auf der Suche nach Erklärungen für den „gender gap“ in den unterschiedlichen Lebenserwartungen von Männern und Frauen geraten vermehrt Zusammenhänge von Gesundheitshandeln und Geschlechterkonstruktionen in den Blick. Der Artikel präsentiert Ergebnisse einer qualitativen Interview-Studie mit 40 (Schweizer) Männern zwischen 30 und 60 Jahren zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln. Entlang ausgewählter Thematisierungsweisen zu Leistungsfähigkeit, der Bedeutung von körperlicher Fitness, dem Umgang mit Gefühlen und mit Schmerz analysiert der Beitrag Zusammenhänge zwischen Gesundheitsvorstellungen und alten und neuen Männlichkeitskonstruktionen.

Schlagwörter: Geschlechterforschung; Männergesundheit; qualitative Forschung; Männlichkeit; Gesundheitshandeln.

'I'm fine!' Conceptions of health by Men in Switzerland.
Results of an Empirical Project

Abstract: On the search for explanations of the 'gender gap' in differential life expectancies between men and women, the connection between health actions and gender constructions has come under consideration. The article presents the results of qualitative interviews with forty Swiss men aged between thirty and sixty on their subjective perceptions of health and health actions. Using selected thematic approaches, on performance, the significance of physical fitness, dealing with feelings and pain, the work analyses the connection between conceptions of health and old and new constructions of masculinity.

Keywords: gender research; men's health; qualitative research; masculinity; health action.

Geschlechterunterschiede in der Mortalität – weltweit und in der Schweiz

Weltweit besteht ein *gender gap* (Kirby et al. 2002) in der Lebenserwartung und Sterblichkeitsrate zwischen Männern und Frauen – zu Ungunsten der Männer. Männer sterben durchschnittlich fünf bis sieben Jahre früher als Frauen (Faltermaier 2007; WHO 2008). In der EU liegt die Todesrate der Männer in allen Altersstufen deutlich über jener der Frauen, besonders ausgeprägt ist dies im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (zwischen 15 und 44 Jahren 236% höher, zwischen 45 und 64 Jahren 210% höher (European Commission 2011: 8)). Dieses Muster gilt auch für die Schweiz: Hier liegt die Lebenserwartung für

Männer mit Geburtsjahr 2013 bei 80,5 Jahren, die der Frauen bei 84,8 Jahren (BfS 2014).

Verhaltensbedingte Ursachen

Die Suche nach den Ursachen für diesen *gender gap* ist seit einiger Zeit Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Untersuchungen. Die Unterschiede in Lebenserwartung und Sterblichkeit lassen sich nur zu geringen Teilen durch biologische Unterschiede erklären (Luy 2002). Im Gegenteil, die Übersterblichkeit von Männern geht maßgeblich auf *verhaltensbedingte* Ursachen zurück (European Commission 2011; BAG 2008; Mahalik et al. 2007; Mokdad et al. 2004). So sterben in der Schweiz Männer häufiger vorzeitig an Krebs (vor allem Lungenkrebs), ischämischen Herzkrankheiten, alkoholassoziierten Krankheiten sowie durch gewaltsame Todesfälle (Suizide, Strassenverkehrsunfälle) (BfS 2015). Männer verhalten sich in höherem Maße als Frauen lebens- und gesundheitsgefährdend, z.B. durch Risikosportarten, eine schnellere und gefährlichere Fahrweise im Straßenverkehr oder riskantes Sexualverhalten (Mahalik et al. 2006; Pleck et al. 1994). Auch konsumieren sie exzessiver Alkohol, Tabak oder illegale Drogen (European Commission 2011). Insgesamt praktizieren sie einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit ihrem Körper und dessen Belastbarkeit (u.a. Reuys/Kassner 2007). Nicht zuletzt suchen sie seltener und später als Frauen Gesundheitsdienste auf (Dinges 2005; Gasser et al. 2004; Courtenay 2000). Die höhere Sterblichkeit von Männern ist mithin deutlich Resultat einer „ungesünderen Lebensweise“ (Mahalik et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund werden in den Gesundheitswissenschaften vermehrt Zusammenhänge von (ungünstigem) Gesundheitshandeln sowie Vorstellungen und Praxen von *Männlichkeit(en)* in den Blick genommen. Dabei wird auf sozialkonstruktivistische Konzepte von Geschlecht und Geschlechterdifferenz zurückgegriffen (vgl. Broom/Tovey 2009; Connell 2012; Courtenay 2000; Lohan 2007; Rieker/Bird 2005; Sabo/Gordon 1995; Schofield et al. 2000).

Anknüpfungspunkte aus der Frauengesundheitsforschung

Wegbereitend für eine Geschlechtersensibilisierung der Gesundheitswissenschaften und für die Entstehung einer eigenständigen *Männergesundheitsforschung* waren Erkenntnisse aus der *Frauengesundheitsforschung* (vgl. BMFSFJ 1999; Helfferich 1996). Mit ihr entstand die Einsicht, dass Gesundheit nicht ‚geschlechtsneutral‘ ist, sondern geschlechtsspezifische Aspekte aufweist. Zentraler Kritikpunkt betraf die in der Medizin vorherrschenden androzentrischen Körper- und Gesundheitsbilder, die den spezifischen Bedürfnissen von Frauen nicht gerecht werden („Frauen werden anders krank“ Maschewsky-Schneider 1997, Zemp 1988). Zudem wurde der Blick auf vergeschlechtlichte Machtrelationen innerhalb des Medizinsystems gerichtet (Fee/Krieger 1994; Graumann/Schneider 2003; Lupton 2001). Des Weiteren werden Frauen ausgeprägter als

Männer im Laufe ihres Lebens dazu sozialisiert, Sorge für ihren Körper zu tragen und sich regelmäßig ärztlichen (Vorsorge-)Untersuchungen zu unterziehen (Dinges 2007; Lorber 1997; Netzwerk Frauengesundheit 2000).

Im Rahmen der Frauengesundheitsforschung wurden darüber hinaus auch die problematischen Auswirkungen thematisiert, die durch die scheinbare geschlechtliche Konnotation einzelner Krankheiten entstehen. Werden bestimmte Krankheiten als ‚Männer-‘ bzw. ‚Frauenkrankheit‘ gesehen, birgt das bei ihrer Diagnose die Gefahr einer spezifischen Form von Geschlechtsblindheit (Eichler et al. 1999): So werden Herz-Kreislauf-Krankheiten, weil sie als ‚männliche‘ Krankheiten gelten, bei Frauen seltener diagnostiziert und weniger invasiv behandelt (Lohan 2007; Miller/Best 2011; Mosca et al. 2011; Regitz-Zagrosek/Fuchs 2006). Umgekehrt werden bei Männern Depressionen, Osteoporose und weitere weiblich konnotierte Krankheiten oft nicht erkannt (European Commission 2011; Kuhlmann/Annandale 2010). Dies betrifft sowohl die ärztliche Diagnose als auch die Selbstdiagnose. Diese Einsichten hatten gut zwei Jahrzehnte später die Forderungen nach einer männerspezifischen Gesundheitsforschung und -förderung zur Konsequenz (vgl. Dinges 2007; Meuser 2007a; Scheele 2010; Schofield 2010).

Gesundheitshandeln als Herstellungsprozess von Geschlecht

In der Frauengesundheitsforschung wurden zudem früh sozialkonstruktivistische Positionen mit Gesundheit bzw. Gesundheitshandeln verbunden. So sprach schon Robin Saltonstall in ihrer qualitativen Untersuchung zu Körperkonstruktionen von Männern und Frauen von „*doing health is a form of doing gender*“ (1993: 12). Andere empirische Arbeiten der 1990er Jahre beschäftigten sich mit gesundheitsrelevanten Handlungsweisen als *Herstellungsprozessen* von Weiblichkeit und Männlichkeit. So untersuchte Helfferich (1994) wie riskante Körperpraxen – beispielsweise Diäten oder Alkohol- und Drogenkonsum – als Bestandteil der Herstellung von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit fungieren. Ähnlich hat Kolip (1997) die unterschiedlichen Bedeutungen gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens für die Aneignung von Geschlechtlichkeit bei Jungen und Mädchen herausgearbeitet: etwa, wenn Jungen durch exzessiven Alkoholkonsum männliche Härte demonstrieren wollen und Mädchen durch Diäten ihren Körper entsprechend einem weiblichen Attraktivitätsideal formieren.

Eine solche Perspektive liegt auch unserem Forschungsprojekt zugrunde: Wir verstehen gesundheitliches Handeln als gleichermaßen immer schon vergeschlechtlicht und zugleich vergeschlechtlichend. Gesundheitshandeln wird also nicht einseitig *vorgängig* durch Männlichkeit/Weiblichkeit erklärt. Es wird vielmehr auch *als Resultat* der Ausgestaltung von Männlichkeits-/Weiblichkeitskonzepten betrachtet und damit als Teil der normativ geforderten Entwicklung und Aufrechterhaltung intelligibler ‚männlicher‘ oder ‚weiblicher‘ „Existenzweisen“ (Maihofer 1995). Wie Männlichkeit und Weiblichkeit dabei inhaltlich bestimmt sind, ist stets Wandlungsprozessen unterworfen und daher

meist in sich widersprüchlich, wie am Beispiel des sich verändernden Umgangs mit Schmerz deutlich wird.

Anknüpfungspunkte aus der Männer- und Geschlechterforschung

Die Männer- und Geschlechterforschung hat bedeutsame theoretische Konzeptionen von Männlichkeit(en) hervorgebracht, die mittlerweile in den Gesundheitswissenschaften ebenfalls rezipiert werden. Als besonders produktiv erwies sich Connells Konzept „hegemonialer Männlichkeit“ (Connell 1999; vgl. Connell 2012; Courtenay 2000; Schofield et al. 2000). Männlichkeit wird hier *relational* gedacht und definiert sich nicht allein in Abgrenzung zu ‚Weiblichkeit‘, sondern auch in Abgrenzung zu anderen untergeordneten oder marginalisierten Männlichkeiten (Migranten, sozial Schwächere, Homosexuelle). Männlichkeit existiert somit stets im Plural und ihre unterschiedlichen Ausprägungen sind *hierarchisch* strukturiert. Hegemoniale Männlichkeit stellt dabei das historisch jeweils vorherrschende normative Ideal dar, das zwar nur wenige Männer tatsächlich verkörpern (können), an dem sich jedoch – und genau das macht seine Hegemonie aus – alle Männer orientieren müssen. Was als hegemonial männlich gilt, ist historisch und gesellschaftlich-kulturell variabel und somit Wandlungs- und Aushandlungsprozessen unterworfen (vgl. Maihofer 2007). In westlichen Gesellschaften sind die Merkmale ‚weiß‘, ‚heterosexuell‘, ‚stark‘, ‚selbstdiszipliniert‘, ‚berufszentriert‘ sowie ‚Familienernährer‘ zentrale Elemente hegemonialer Männlichkeit (Meuser 2010, Meuser 2009, Scholz 2009; Wehner et al. 2010). Sie gelten als das Selbstverständliche bzw. als das unhinterfragt Normale. Hierzu gehört auch, dass Verantwortungsübernahme für Gesundheit und Wohlbefinden, sowie Praxen der Selbstsorge als Teil von Weiblichkeit und nicht von Männlichkeit verstanden werden (vgl. Hanlon 2012).

Forschungsprojekt zu Gesundheitsvorstellungen

Vor dem Hintergrund eines bei Männern stärker vorhandenen gesundheitsgefährdenden Verhaltens und einer weniger auf Selbstsorge gerichteten Lebenspraxis, zielte unser Forschungsinteresse darauf, zu untersuchen, welche Formen subjektiven Gesundheitshandelns Männer beschreiben, und welche Aussagen sich daraus über gegenwärtige Männlichkeitskonzepte ziehen lassen. Als empirische Basis haben wir 40 teilnarrative Interviews (vgl. Witzel 1989) mit Männern im Alter von 30 bis 60 Jahren aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land (Schweiz) durchgeführt – je zu gleichen Teilen Alleinlebende, in Beziehung Lebende, Väter und kinderlose Männer und je aus möglichst unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenslagen.¹ Die Männer wurden gebeten, ihre Gesundheitsbiografie zu erzählen, wie es ihren Eltern und ihnen in ihrer Kindheit gesundheitlich erging, an welche Formen der gesundheitlichen Fürsorge sie sich über die Jugend- und junge Erwachsenenzeit bis zur Gegenwart erinnern. Sie wurden zudem aufgefordert, über ihren Alltag zu erzählen, ob und

was sie bezogen auf ihre Gesundheit beschäftigt, was Gesundheit generell für sie bedeutet, und wie sie selbst ihr eigenes Gesundheitshandeln einschätzen.

In rekonstruktiv-hermeneutischen Auswertungsprozessen in Anlehnung an Lucuis-Hoene/Deppermann (2004) und Bohnsack (2010) haben wir die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Befragten herausgearbeitet und analysiert, inwiefern und wie in den beschriebenen Formen des Gesundheitshandelns Männlichkeit relevant gemacht und aktualisiert wird.

„Mir geht es gut“ – Thematisierungsweisen in gesundheitsbiografischen Erzählungen von Männern

Auf die Einstiegsfrage „*Wie ging es Ihnen gesundheitlich als Kind?*“ antwortet der größte Teil der Männer mit „*eigentlich gut*“, „*es ging mir gut*“, „*es war alles gut*“, „*alles normal, ich konnte nicht klagen*“. Im weiteren Verlauf werden vielfach „*die üblichen Kinderkrankheiten*“ erwähnt sowie eine Reihe von Unfällen und Knochenbrüchen aufgezählt. Beides nimmt erzählerisch keinen großen Stellenwert ein, sondern wird unaufgeregt und episodenhaft berichtet. Dies erweckt den Eindruck, solche Erfahrungen gehörten als normale Bestandteile zur Gesamterzählung eines gesunden (Jungen- bzw. Männer-)Lebens.

Ich bin eigentlich gesund gewesen, immer. Ich habe eigentlich nie etwas Chronisches gehabt, nie irgendwie lange Spitalaufenthalte oder so. Ich habe ein paar Unfälle manchmal gehabt, wie man es halt so hat als Kind. Eine Weile irgendwie, ich weiß gar nicht mehr, so Mitte Primarschule, habe ich ständig etwas gebrochen gehabt. (...) aber sonst habe ich nie etwas gehabt.² (in Beziehung, kinderlos, 35 Jahre)

Diese spezifische Erzählweise betrifft sogar Beschreibungen schwerer chronischer Krankheiten wie Asthma:

Also mir ging es grundsätzlich gesundheitlich sehr gut als Kind, mit einem kleinen Makel, ich war Asthmatiker und lebte auf einem Bauernhof. Also das Asthma, das war dann, wenn Asthma, immer lebensbedrohlich, aber an sich hatte ich nie das Gefühl, ich sei krank. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)

Bereits in der Schilderung der Kindheit setzt also ein Normalisierungsmuster ein, eine Einhegung von Unfällen und Krankheitserfahrungen. Ausgewiesen wird ein Lebenslauf, in dem es keine besorgniserregenden Ereignisse gibt; Krankheiten und Knochenbrüche erscheinen als kurzfristige, benennbare Unterbrechungen einer grundsätzlich vorhandenen Gesundheit. Dieses Narrativ der eigenen Gesundheitsgeschichte als Aufzählung von Krankheiten und Verletzungen, die jedoch nicht als relevant gelten (dürfen), findet sich als grundlegendes Muster in unseren Interviews. Es dominiert eine Sichtweise, in der Gesundheit den kaum erzählenswerten Normalzustand darstellt und von Krankheiten sowie Unfällen als episodische Abweichungen berichtet wird, um stets den Normalzustand ‚Gesundsein‘ hervorzuheben und zu bestätigen. Wir

interpretieren dies als Hinweis auf ‚Gesundheit/Gesundsein‘ als Norm, die möglicherweise für Männer in besonderer Weise wirkmächtig ist und mehrere Aspekte umfasst, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Leisten können müssen

Wie in einigen Interviews deutlich wird, ist Leistungsfähigkeit eine zentrale Größe zur Bemessung persönlicher Gesundheit. Gesundheit stellt hier ein ‚Mittel zum Zweck‘, eine Ressource dar, die es zu bewahren gilt, um leistungsfähig zu sein und zu bleiben.

Ich möcht gerne gesund sein und ich möcht gerne einigermaßen, oh je, jetzt kommt das Wort, ich möcht gern leistungsfähig sein und dass mein Körper was leisten mag. (in Beziehung, kinderlos, 45 Jahre)

Als Gesundheitshandeln erwähnen diese Männer Sport treiben, auf Ernährung achten und Maßhalten bei Alkohol- und Nikotinkonsum. Diese aktiven Bemühungen, den eigenen Körper gesund zu erhalten, geschehen hier jedoch nicht um ihrer selbst oder der Gesundheit willen, sondern ausdrücklich mit der Absicht, die Funktionstüchtigkeit für den Beruf sicherzustellen.

Gesundheit ist auch die Aktivität. Also wenn man gesund ist, ist man ja irgendwie auch attraktiv oder vielleicht auch halt ausgeglichen und ja, also leistungsfähiger. Man kann das, wo man sollte, wo einem gesagt wird. Man muss das, kann das, wenn man gesund ist. (in Beziehung, kinderlos, 35 Jahre)

Den Leistungsanforderungen genügen zu können, wird dabei als eigenes Bedürfnis formuliert. Diese Männer wollen leisten können, was sie leisten müssen, und dafür ist Gesundheit zentral.

Für mich ist das auch sehr erstrebenswert, gesund zu sein. (...) weil, wenn ich gesund bin, das bringt auch mir was. Dann ist das auch Lebensqualität. Und ob ich da jetzt einem besonderen Männlichkeitsbild nachhechte, weiß ich nicht. Es hat sicher was damit zu tun, wenn ich gesund bin, bin ich arbeitsfähig. Und mit dem hat's sehr viel zu tun. (in Beziehung, kinderlos, 45 Jahre)

Es sind vor allem Männer zwischen 30 und 50 Jahren, bei denen diese funktionale Gesundheitsvorstellung vorherrscht, die vor allem auf Leistungsfähigkeit im Beruf abzielt. Gesundheit verstehen sie als ‚nützliches Potential‘, dessen Ausschöpfung ihnen ‚etwas bringt‘. Das Motiv ‚Gesundsein als Zweck an sich‘ kommt hier nicht vor. Dieses findet sich in den Interviews mit älteren Befragten (50 bis 60 Jahre). Hier erscheint die Notwendigkeit der Leistungsfähigkeit im Beruf weniger prioritär. Themen wie ‚work-life-Balance‘ oder ‚Sport als Ausgleich‘ werden stärker mit Faktoren wie Spaß und Lebensqualität verbunden. ‚Leisten können müssen‘ stellt somit eine hochwirksame Anforderung an Män-

ner dar und der Druck, beruflich erfolgreich zu sein, erscheint im Alter zwischen 30 und 50 Jahren besonders stark.

„Sich spüren“ im Sport

Ein weiteres Spezifikum für die Thematisierung von Gesundheit(shandeln) bei Männern ist die in vielen Interviews hervorgehobene große Bedeutung von Sport, die weit über den Stellenwert eines Hobbies oder von Freizeitgestaltung hinausgeht:

Sport spielte eine Zeitlang, viele Jahre in meinem Leben, eine Hauptrolle. Also man muss sich vorstellen, ich habe vier bis fünf Mal trainiert pro Woche. (...) das war zentral. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)

Die im Vergleich mit anderen Freizeittätigkeiten herausragende Bedeutung von Sport sehen wir darin begründet, dass im Sport eine besondere Verbindung von Körper, Leistungsfähigkeit und Männlichkeit möglich ist und physisch erfahrbar wird (vgl. Niederöst 2007; Robertson et al. 2010). Sport erscheint als eminent wichtige Körperpraxis, die es erlaubt, die eigene – muskuläre und konditionelle – Leistungsfähigkeit zu spüren bzw. deren Grenzen zu erfahren und so in einzigartiger Weise in Kontakt mit dem eigenen Körper zu kommen:

Der Sport war irgendwie das, was mich mit meinem Körper verbunden hat. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)

Extensiv betriebener Sport, bei dem es zentral darum geht, die eigene Leistungsfähigkeit, die körperliche Kraft zu spüren und sich so seiner selbst – lustvoll – vergewissern zu können, wird von einigen Befragten selbst explizit mit ‚Männlichkeit‘ bzw. ‚sich männlich fühlen‘ in Verbindung gebracht:

dass ich es männlich empfinde, wenn ich jetzt äh Kondition habe, also durchhalte jetzt. Ich bin zwar müde, aber ich mag noch. (in Beziehung, kinderlos, 34 Jahre)

Analog zur Angewiesenheit auf die Leistungsfähigkeit im Beruf erscheint die Möglichkeit, die eigene körperliche Potenz im Sport spüren zu können, als ein bedeutsamer Herstellungs- und Bestätigungsmechanismus von Männlichkeit (vgl. Meuser 2007b; Robertson 2006; Verdonk et al. 2010): Es tut gut zu spüren, dass ich kann, was ich will und muss. Sport als Körperpraxis trägt also zugleich dazu bei, eine notwendige (körperliche) Leistungsfähigkeit aktiv aufrechtzuerhalten und sich ihrer physisch zu versichern.

Verwundbarkeit erfahren

Des Weiteren wird in vielen Interviews ein Selbstbild physischer Unverwundbarkeit geschildert. In diesem Bild sind implizite Vorstellungen enthalten, in denen ein unproblematischer, selbstverständlicher Zugriff auf den eigenen schmerzfreien und leistungsfähigen Körper möglich ist. Diese Normalitätsvorstellung der eigenen Unverwundbarkeit wird für einige der befragten Männer überhaupt erst thematisierungsbedürftig, wenn sie z.B. durch Unfälle durchbrochen wird. Exemplarisch lässt sich dies an der Erzählung eines Interviewpartners verdeutlichen, der einen Sportunfall mit gravierenden Folgeschäden erlitten hat. Erst das Eintreten dieses Ereignisses macht ihm bewusst, wie selbstverständlich und voraussetzungslos ihm die eigene Unversehrtheit und ‚Stärke‘ bisher erschien.

Also der Sport-Unfall hat sehr viel ausgelöst. Der hat mir vor Augen geführt, dass ich sehr fahrlässig umgehe mit meiner Gesundheit (...). Das ist nicht nur das Thema Gesundheit, es hat mit dem Thema Vergänglichkeit zu tun und Verletzlichkeit. Also nach dem Unfall habe ich gemerkt: Wie gehe ich mit Schmerz um? Und: Wie bin ich schwach? (...) Plötzlich war ich ja enorm verletzlich und angreifbar, nicht. Diese Phase, wo Schulterblatt und Schlüsselbein gebrochen waren, wäre ich ja für jeden Taschendieb ein lockeres Opfer gewesen und ich habe mich auch so verhalten. Ich bin dann an bestimmten Tageszeiten nicht mehr raus, bestimmte Straßen habe ich gemieden und, und, und. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)

Die Erfahrung, plötzlich „*schwach*“, „*verletzbar*“ und auf andere angewiesen zu sein, wird als einschneidend erlebt. Der Verlust der zuvor selbstverständlichen Stärke verkehrt gewissermaßen die bisherige Normalität als Mann ins Gegenteil – auf einmal ist es möglich, selbst „*Opfer*“ zu werden.

Also dieser Unfall und diese Beeinträchtigung (...) hat im psychischen Bereich, sehr vieles in Bewegung gesetzt, hat mir eigentlich eine gewisse Realität vor Augen geführt, die ich vorher als Mann, als starker Mann, wunderbar verdrängen konnte, weil ich konnte ja, habe ja meinen Körper immer auf Topfitness gehabt und war ja stolz darauf und so und plötzlich war ich schwach und nicht mehr beweglich und erst noch unsicher, plötzlich war ich unsicher. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)

Die Erfahrung von Verletzbarkeit, Schwäche und Unsicherheit wird in den Erzählungen dieser Männer zum Anlass, die eigene, bislang selbstverständliche Männlichkeit als fragil zu erkennen. Die Erschütterung ihrer Selbstkonzeption und das Gewahr werden der damit verbundenen Gefahren macht es den Männern möglich, sich um ihre Gesundheit und damit den Erhalt ihrer physischen Kräfte zu kümmern.

Gefühle zulassen können

Ähnlich wie es für manche Männer erst Erfahrungen der physischen Verletzbarkeit bedarf, um sich zuzugestehen, sich um den Körper kümmern zu dürfen und zu müssen, sind es teilweise einschneidende psychische Erfahrungen, die eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Umgang mit Gefühlen bewirken. Vor allem bei Männern im Alter von 40 bis 60 Jahren waren Gefühle und Sorge um die eigene psychische Gesundheit von besonderer Bedeutung. Ein selbstbestimmter Umgang damit erscheint in diesen Interviews als mühsame Errungenschaft, bei der es gilt, einen bereits in der Kindheit erlernten, ‚disziplinierten‘ Umgang mit Gefühlen zu überwinden:

Es hat auch ne gewisse Tradition oder Gewohnheit in meiner Familie. Öhm, wie soll ich sagen, eigentlich nicht krank sein zu wollen und dass ne Grippe durchaus auch irgendwas von Schwäche haben kann. Was für mich (...) so im psychischen Bereich würd ich sagen als ein wichtiger Entwicklungsschritt, den ich so, glaub ich, mit 30 erst gemacht habe. Dass ich mir zugestehe sozusagen, dass ich Gefühle habe, die ich vielleicht gar nicht erklären kann, aber ohne dass ich sie erklären kann, sind sie da und wichtig und haben Berechtigung und ich muss auf sie hören. Und ich verbinde sehr stark mit meiner sehr disziplinierten Großmutter und mit dem Satz von ihr „sei doch nicht so empfindlich“. (...) Und das ist, was mich sehr stark, glaub ich, (...) geprägt hat. (Single, Vater, 44 Jahre)

Einschneidende Erlebnisse wie Todesfälle im nahen Umfeld werden als Ereignisse beschrieben, bei welchen sich den Männern die Unfähigkeit im Umgang mit Gefühlen wie Trauer offenbart:

Aber Trauer zulassen, das ist etwas, das ich lernen musste, was ein langer Prozess war. Traurig sein und das zulassen zu können, gegen außen zu zeigen. Schmerz, ähm ja, da bin ich relativ indifferent dagegen. (Single, kinderlos, 57 Jahre)

Die Notwendigkeit und Legitimität von Selbstsorge anzuerkennen, stellt für manche Männer einen mühsamen Lernprozess dar, der oft erst mit zunehmendem Alter einsetzt:

„Du bist mir so wichtig und ich möchte, dass du Sorge trägst zu dir“. Das habe ich zum ersten Mal in meinem Leben von meiner heutigen Partnerin so akzeptieren können, weil ich ihr das in meinem Lebensalter gut glauben kann. Früher haben das Andere auch gesagt, aber dort war ich so unbesiegbar, sag ich mal so als Metapher, dass das nicht so wichtig war. (in Beziehung, Vater, 56 Jahre)

Es bedarf folglich häufig erst Krisenerfahrungen – Unfälle oder psychische Herausforderungen –, um Männer zu veranlassen, ihren Umgang mit sich selbst zu hinterfragen. Wenn sie sich dann mit den eigenen, oft von Kindheit an erlernten Verhaltensweisen kritisch auseinandersetzen, müssen sie vielfach erkennen,

dass das eigene Verhaltensrepertoire physische und psychische Selbstsorge kaum beinhaltet.

Ambivalenter Umgang mit Schmerzen: „Blöd, aber stolz drauf“

Neben der (Selbst)Konstruktion als unverletzlicher, starker Mann belegen die Interviews, wie stark das Aushalten von Schmerzen noch immer mit Männlichkeit in Verbindung gebracht wird. Allerdings wird im Umgang mit dieser Norm auch eine Ambivalenz deutlich (vgl. Maihofer 2014). So *wissen* die Männer explizit um die Verbindung zwischen Schmerzaushalten und Männlichkeit, wie sich in ihren Reaktionen auf unsere Frage nach der Bedeutung des Sprichworts *ein Indianer kennt keinen Schmerz* zeigt. In der reflexhaften Ablehnung des Sprichworts einerseits und seiner anschließenden Bestätigung andererseits, wird diese innere Ambivalenz deutlich.

Es ist natürlich ein dummes Sprichwort. (...) Also ich persönlich tendiere auch dazu, meinen Schmerz eher nicht zu zeigen. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)

(...) grundsätzlich ist das ein Blödsinn. Und gleichzeitig ist das auch etwas, wo ich ein bisschen danach lebe. (Single, kinderlos, 57 Jahre)

Obwohl die Aktualität des Sprichworts in vielen Fällen zunächst spontan als „großer Quatsch“, „Blödsinn“, „eine Gefahr für Männer“ zurückgewiesen und sie die Überholtheit eines solchen Umgangs mit Schmerzen auch und gerade für Männer betonen, gestehen sie zu, dass sie selbst dennoch danach leben, es für das eigene Verhalten sehr wohl zutrifft, ja geradezu ein innerer ‚Zwang‘ ist. So sehr diese Männlichkeitsnorm brüchig geworden sein mag und keineswegs mehr unhinterfragt gilt, so sehr ist ihr genügen zu können nach wie vor noch mit einem gewissen Stolz verbunden.

Also ich war eigentlich schon fast'n bisschen stolz. Auf der anderen Seite muss ich auch sagen es war auch blöd. Ich hab nen Skiunfall gehabt. Hab die Schulter gebrochen und ausgekugelt. (...) Bin dann mit den Ski nochmals runter gefahren (...). Ich versuch dann schon irgendwie den Schmerz zu unterdrücken und das war jetzt vielleicht schon auch nicht so sinnvoll. (verheiratet, kinderlos, 52 Jahre)

Im Duktus von Heldengeschichten erzählen die Männer, wie sie über Stunden und Tage große Schmerzen ausgehalten haben, bis sie endlich zum Arzt gingen, und formulieren an gleicher Stelle: „es war auch ein bisschen blöd“. Es ist der den Schilderungen innewohnende Stolz, der erkennen lässt, wie sehr Zähigkeit und Schmerzaushalten können nach wie vor als männliche Tugenden gesehen werden und als Auszeichnung gelten.

Zugleich finden sich in den Interviews weitere Thematisierungen von Schmerz, in denen die eigene Autonomie durch Schmerz in Frage gestellt wird. Dabei wird Schmerz mit Krankheit und körperlichem Verschleiß in Verbindung

gebracht. Dies ruft Ängste hervor; nicht nur vor ‚Vergänglichkeit‘, dem Schwinden der körperlichen Leistungsfähigkeit und männlicher Potenz, sondern vor allem vor ‚Schutzlosigkeit‘ und ‚Verletzlichkeit‘. Analog zur oben geschilderten Erfahrung von Verwundbarkeit, wird Schmerz verbunden mit der Möglichkeit „zum Opfer [zu] werden“. Damit zum Objekt von Mitleid und Fürsorge zu werden, gilt als ‚unmännlich‘.

Das Ringen mit der inneren Widersprüchlichkeit und um ein neues Verhältnis mit dem Schmerzaushalten zeigt sich in den Interviews besonders deutlich, wenn es um die eigenen Söhne geht. Diese sollen *nicht* nach der alten Norm leben, sondern ihre Schmerzen zeigen (können). Allerdings auch nicht so sehr, dass sie als „wehleidig“ gelten könnten. Die Söhne sollen einen anderen Umgang mit Schmerz praktizieren, und doch leben ihre Väter ihnen das alte Muster vor und reproduzieren es so – bei aller Skepsis – auch für ihre Söhne.

Aber ich möchte nicht, dass meine Jungs das machen! Also sie sollen ihre Schmerzen schon zeigen, wenn sie welche haben. Also ich hab jetzt zum Beispiel Schwierigkeiten damit (...) mein großer Sohn, der neigt in meinen Augen ein wenig zu Wehleidigkeit. Dem tut immer was weh, was ich ihm einerseits glaube, aber andererseits möchte ich das ja auch richtig einschätzen und nicht jedes Mal gleich tröstend oder medizinisch eingreifen müssen. Also da wär ich froh drum, wenn er ein bisschen weniger seine Schmerzen zeigte und ein bisschen mehr Indianer wäre. (in Beziehung, Vater, 44 Jahre)

Der ambivalente Umgang mit Schmerz erscheint uns als ein Indikator dafür, wie sehr Zähigkeit und Aushalten-Können noch immer wirksame normative Anforderungen in der Entwicklung eines männlichen Verhältnisses zu sich selbst sind, wenn auch nicht mehr unhinterfragt.

Schluss – Diskussion

Ziel unseres Projektes war es, vor dem Hintergrund des *gender gap* herauszuarbeiten, welche Formen subjektiven Gesundheitshandelns Männer selbst beschreiben und welche Vorstellungen und Praxen von Männlichkeit darin reproduziert werden. Auch unsere Daten bestätigen den Befund, wonach Männer gesundheitsgefährdender mit sich und ihrem Körper umgehen. So wurde in den Thematisierungen von Schmerzen und Sport ein funktionales Verständnis sichtbar. Zugleich zeigt sich, dass die befragten Schweizer Männer zwar viel über Gesundheit und Gesundheitshandeln wissen und ausführlich darüber sprechen, dies aber nicht unbedingt zu einem sorgsamem Umgang führt. Die Selbstverständlichkeit und der durchscheinende Stolz in den vielen Erzählungen über Unfälle machen deutlich, wie sehr das Risikoverhalten für viele Männer noch immer konstitutiv mit der Herstellung und Bestätigung von Männlichkeit verbunden ist.

Bei der Rekonstruktion des Selbstsorge-Handelns wurden Zusammenhänge mit Männlichkeitsnormen, -vorstellungen und -praxen explizit. Diese erwiesen

sich dabei jedoch als nicht eindeutig, sondern vielschichtig und teilweise widersprüchlich. Wie schon in anderen Untersuchungen (Baumgarten 2012) zeigt sich auch hier: Vorstellungen und Praxen von Männlichkeit sind in Bewegung geraten. Alte und neue Geschlechternormen überlagern sich, was zu inneren Spannungsverhältnissen und Widersprüchlichkeit im Sprechen und Handeln führt (vgl. Maihofer 2007).

Die Ergebnisse zeigen, wie bestimmte Bestandteile ‚klassischer‘ hegemonialer Männlichkeit zwar noch immer wirksam sind, aber auf neue Weise. Die beschriebene funktionale Vorstellung, in der Gesundheit vor allem als Ressource für Leistungsfähigkeit begriffen wird, ist aufs Engste mit der hegemonialen Männlichkeitskonstruktion von Erwerbsfähigkeit und Erwerbszentriertheit verbunden, ja bestätigt und bestärkt diese noch. Sich gesund halten und einen ‚fitten‘, kräftigen, sportlichen Körper haben, wird zu einer neuen Anforderung an Männlichkeit – mit widersprüchlichen Folgen: Einerseits wird damit möglicherweise ein besserer Gesundheits-*„outcome“* hervorgebracht, da sich die Männer aktiv darum bemühen (müssen), die eigene Gesundheit zu bewahren und entsprechend gesundheitsförderlich handeln. Andererseits bleibt jedoch die Logik eines sich selbst optimierenden Subjektes im Rahmen eines kapitalistischen Wirtschaftssystems erhalten (Bröckling 2007; Scheele 2010), bei der es vor allem um eine marktkonforme Arbeits- und Leistungsfähigkeit geht und nicht um Gesundheit als Wert ‚an sich‘.

Für Männlichkeit(en) erscheint die Kopplung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in besonderer Weise virulent, da sie auf den Kern tradierter hegemonialer Männlichkeitskonzeptionen verweist. Problematisiert und aufgebrochen wird diese Umgangsweise aber in Bereichen, in welchen diese inkorporierte funktionale Gesundheitspraxis für Männer selbst nachteilig ist. Wie die Thematisierungen von Verwundbarkeitserfahrungen, psychischen Problemen und dem ambivalenten Umgang mit Schmerz belegen, erfahren die Männer, dass die tradierten ‚männlichen‘ Verhaltensweisen Selbstsorge schwerlich beinhalten. Sie erkennen, dass diese Vorstellungen und Praxen vom Mann-Sein sie auch (gesundheitlich) einschränken, z.B. wenn sie sich von Gefühlen überwältigt sehen und diesen keinen Ausdruck verleihen können, sie Trauer empfinden und zulassen erst (wieder) lernen müssen. Wie sich gezeigt hat, gehört es zu einem umfassenden Gesundheitshandeln, die eigenen körperlichen und psychischen Bedürfnisse erkennen und ihnen nachkommen zu können. Nicht zu dieser Selbstsorge in der Lage zu sein, erweist sich in der Bewältigung konkreter Lebenssituationen als erschwerend.

Bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Männer als leistungsfähige Erwerbstätige zu adressieren, mag so zwar zunächst dem zu begrüßenden Zweck dienen, Männern den Zugang zu gesundheitsrelevanten Themen zu erleichtern und sie ‚gezielter‘ zu erreichen. Unseres Erachtens darf sich eine gendersensible Thematisierung von Gesundheitsfragen jedoch nicht darauf beschränken, Männer darin zu unterstützen, die eigene Leistungsfähigkeit zu erhalten bzw. noch zu steigern oder zu optimieren – es würde nicht zu einer Verminderung des gesundheitlichen *gender gap*, sondern zu dessen Aufrechterhaltung oder gar Verstärkung beitragen.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Nina Wehner, Diana Baumgarten, Frank Luck, Andrea Maihofer
Universität Basel
Zentrum Gender Studies
Petersgraben 9/11, CH-4051 Basel

nina.wehner@unibas.ch
d.baumgarten@unibas.ch
frank.luck@unibas.ch
andrea.maihofer@unibas.ch

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

Anmerkungen

1 Wir haben den Feldzugang in dieser Studie bewusst sehr offen gewählt: Gesucht wurden Männer aus den beiden Basler Kantonen, die Deutsch sprechen und sich selbst als ‚gesund‘ ansehen. Zudem haben wir den Interviewaufruf in unterschiedlichen Berufsgruppen und an diversen von vielen Männern besuchten Freizeitorten (Fitness-Studios, Fan-Clubs, Dachverbände etc.) verbreitet. Wie häufig bei qualitativen Untersuchungen beteiligten sich auch an unserer Studie überdurchschnittlich viele Angehörige der Mittelschicht, wodurch andere soziale Milieus sowie migrantische Männer untervertreten sind. Zwei der Interviewpartner bezeichneten sich selbst als homosexuell. Eine gezielte Ansprache von „Minderheitengrup-

pen“ erfolgte nicht. Eine solche sollte in weiterführender Forschung unbedingt erfolgen, war uns aber im Rahmen dieser Ersterhebung leider nicht möglich. Das Forschungsprojekt wurde bei der Ethikkommission beider Basel (EKBB) zur Begutachtung eingereicht. Die Durchführung der Studie wurde von der EKBB am 8. Mai 2012 genehmigt (Referenznummer EK: 112/10).

2 Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurden die Zitate an einigen Stellen sprachlich geglättet. Weitgehend beibehalten wurden die Schweizer Wortwahl und Satzstellung. Die Angaben in Klammern enthalten Angaben zur Familiensituation der Interviewperson sowie ihr Alter.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Bern: BAG.
- Baumgarten, Diana/Kassner, Karsten/Maihofer, Andrea/Wehner, Nina (2012): Warum werden manche Männer Väter, andere nicht? Männlichkeit und Kinderwunsch. In: Walter, H./Eickhorst, A. (Hrsg.): Das Väter-Handbuch. Theorie, Forschung, Praxis. Gießen: Psycho-sozial-Verlag, S. 415-443.
- BfS – Bundesamt für Statistik (2010): Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz. Neuchâtel: BfS.
- BfS – Bundesamt für Statistik (2015): <www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>. (Zugriff am 20.08.15).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin: Kohlhammer.
- Bohnsack, Ralf (2010): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden. 8. durchges. Aufl.. Stuttgart: UTP.
- Broom, Alex/Tovey, Philip (Hrsg.) (2009): Men's Health: Body, Identity and Social Context. Cichester: John Wiley & Sons.
- Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Connell, Raewyn (2012): Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. In: Social Science & Medicine 74, 11, S. 1675-1683.
- Connell, Raewyn (1999): Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Opladen: Leske + Budrich.
- Courtenay, Will (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. In: Social Science & Medicine 50, 10, S. 1385-1401.
- Dinges, Martin (2005): 200 Jahre Männergesundheit: Die Gene sind nicht schuld. In: Pflegezeitschrift 58, 8, S. 508-512.
- Dinges, Martin (Hrsg.) (2007): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000. Stuttgart: Franz Steiner.
- Eichler, Margit/Gustafson, Diana/Pompetzi, Monika (1999): Moving toward Equality: Recognising and eliminating gender bias in health – Health Canada's training guide on gender equality. Ottawa: Health Canada, Women's Health Bureau.
- European Commission (2011): The state of men's health in Europe – Report. Services of the European Commission, S. 16-26.
- Faltermaier, Toni (2007): Gesundheit und Gesundheits Handeln von Männern im mittleren Erwachsenenalter aus salutogenetischer Perspektive. In: Dinges, M. (Hrsg.): Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000. Stuttgart: Franz Steiner, S. 277-293.
- Fee, Elizabeth/Krieger, Nancy (Hrsg.) (1994): Women's Health, politics, and power-essays on sex/gender, medicine, and Public Health. Amityville, NY: Baywood Publications.
- Gasser, Thomas/Batteggay, Edouard/Elke, Barbara (2004): Mann 40+: Kompaktwissen Gesundheit. Basel: Medical Tribune AG.
- Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hrsg.) (2003): Verkörperte Technik – Entkörperte Frau. Frankfurt/M.: Campus.

- Hanlon, Niall (2012): *Masculinities, Care and Equality: Identity and Nurture in Men's Lives*. London: Palgrave Macmillan.
- Helfferrich, Cornelia (1996): *Perspektiven der Frauengesundheitsforschung in Deutschland*. In: Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.): *Frauen – das kranke Geschlecht?* Opladen: Leske + Budrich, S. 113-125.
- Helfferrich, Cornelia (1994): *Jugend, Körper und Geschlecht*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kirby, Roger/ Kirby, Michael/ Farah, Riad (Hrsg.) (2002): *Männerheilkunde*. Bern: Huber.
- Kolip, Petra (1997): *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Kuhlmann, Ellen/Annandale, Ellen (Hrsg.) (2010): *Gender and Health Care*. Palgrave Macmillan.
- Lohan, Maria (2007): *How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health*. In: *Social Science & Medicine* 65, 3, S. 493-504.
- Lorber, Judith (1997): *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): *Rekonstruktion narrativer Identität*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Lupton, Deborah (2001): *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. Sage Publications Ltd, London.
- Mahalik, James/Burns, Shaun/Syzdek, Matthew (2007): *Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors on men's health behaviors*. In: *Social Science & Medicine* 64, 11, S. 2201-2209.
- Mahalik, James/Lagan, Hugh/Morrisson, Jay (2006): *Health Behaviors and Masculinity in Kenyan and U.S. Male College Students*. In: *Psychology of Men & Masculinity* 7, 4, S. 191-202.
- Maihofer, Andrea (1995) *Geschlecht als Existenzweise*. Königstein: Helmer.
- Maihofer, Andrea (2007): *Gender in Motion. Gesellschaftliche Transformationsprozesse – Umbrüche in den Geschlechterverhältnissen? Eine Problemskizze*. In: Grisard, D./ Häberlein, J./ Kaiser, A./ Saxer, S. (Hrsg.): *Gender in Motion*. Frankfurt/M.: Campus, S. 218-315.
- Maihofer, Andrea (2014): *Geschlechterverhältnisse II: Männlichkeit und Schmerz*. In: *Uninova: Umwelt und Gesundheit*. 123 März 2014. Basel: Universität Basel, S. 32.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike (1997): *Frauen sind anders krank*. Weinheim, München: Juventa.
- Meuser, Michael (2007a): *Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung*. In: Dinges, M. (Hrsg.): *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800- ca. 2000*. Stuttgart: Franz Steiner, S. 73-86.
- Meuser, Michael (2007b): *Männerkörper. Diskursive Aneignungen und habitualisierte Praxis*. In: Bereswill, M./ Meuser, M./ Scholz, S. (Hrsg.): *Dimensionen der Kategorie Geschlecht: Der Fall Männlichkeit*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 152-168.
- Meuser, Michael (2009): *Vaterschaft und Männlichkeit. (Neue) Väterlichkeit in geschlechtersoziologischer Perspektive*. In: Jurczyk, K./ Lange, A. (Hrsg.): *Vaterwerden und Vatersein heute*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 79-93.
- Miller, Virginia/Best, Patricia (2011): *Implications for reproductive medicine: Sex differences in cardiovascular disease*. In: *Sex Reproductive Menopause* 9, 3, S. 21-28.
- Mokdad, Ali/Marks, James/Stroup, Donna/ Gerberding, Julie (2004): *Actual causes of death in the United States, 2000*. In: *Journal of the American Medical Association*, 291, 10, S. 1238-1245.

- Mosca, Lorie/Benjamin, Emilia/Berra, Kathy et al. (2011): Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 Update: A guideline from the American Heart Association. *Circulation* 123, S. 1243-1262. < <http://circ.ahajournals.org/content/123/11/1243.full.pdf+html>>. (Zugriff am 28.10.2014).
- Netzwerk Frauengesundheit (2000): Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung – Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. <www.gesundheit-nds.de/ewhnet/Country_Reports/Germany_D.pdf>. (Zugriff am 28.10.2014).
- Niederöst Sibylle (2007): Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pleck, Joseph/Sonnenstein, Freya/Ku, Leighton (1994): Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. In: Ketterlinus, R./Lamb, M. (Hrsg.): Adolescent problem behaviours: Issues and research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, S. 165-186.
- Regitz-Zagrosek, Vera/Fuchs, Judith (Hrsg.) (2006): Geschlechterforschung in der Medizin. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Reuys, Stefan/ Kassner, Karsten (2007): Männer zwischen Arbeitsplatz und Krankenbett. In: Stiehler, M./ Klotz, Th. (Hrsg.): Männerleben und Gesundheit: eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim, München: Juventa, S. 186-197.
- Rieker, Patricia/Bird, Chloe (2005): Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. In: *Journal of Gerontology* 60B (Special Issue II), S. 40-47.
- Roberston, Steve (2006): 'I've been like a coiled spring this last week': embodied masculinity and health. In: *Sociology of Health & Illness*, Volume 28, Issue 4, pages S. 433-456.
- Robertson, Steve/Sheikh, Kay/Moore, Andrew (2010): Embodied masculinities in the context of cardiac rehabilitation. *Sociology of Health & Illness* Volume 32, Issue 5: S. 695-710.
- Sabo, Don/Gordon, David (Hrsg.) (1995): *Men's Health and Illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Saltonstall, Robin (1993): Healthy Bodies, Social Bodies: Men's And Women's Concepts And Practices Of Health In Everyday Life. In: *Social Science & Medicine*, 36, 1, S. 7-14.
- Scheele, Sebastian (2010): *Geschlecht, Gesundheit, Gouvernementalität*. Königstein: Ulrike Helmer.
- Schofield, Toni/Connell, Raewyn/Walker, Linley/ Wood, Julian/ Butland, Dianne (2000): Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. In: *Journal of American College Health*, 48, 6, S. 247-256.
- Schofield, Toni (2010): Men's Health and Wellbeing. In: Kuhlmann, E./Annandale, E. (Hrsg.): *Gender and Health Care*. Palgrave Macmillan, S. 239-255.
- Scholz, Sylka (2009): Männer und Männlichkeiten im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Familienarbeit. In: Aulenbacher, B./Wetterer, A. (Hrsg.): *Arbeit. Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung*. Forum Frauen- und Geschlechterforschung Band 25. Münster: Westfälisches Dampfboot. S. 82-99.
- Verdonk, Petra/Seesing, Hannes/de Rijk, Angelique (2010): Doing masculinity, not doing health? A qualitative study among dutch male employees about health beliefs and workplace physical activity. In: *BMC Public Health*, Volume 10, p. 712f..
- Wehner, Nina/Maihofer, Andrea/Kassner, Karsten/Baumgarten, Diana (2010): *Männlichkeit und Familiengründung*

- zwischen Persistenz und Wandel. In: FamPra – Die Praxis des Familienrechts 2, S. 295-314.
- WHO – World Health Organization (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf: WHO.
- Witzel, Andreas (1989): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. 2. Auflage, Heidelberg: Beltz, S. 227-255.
- Zemp Elisabeth/Ackermann-Liebrich Ursula (1988): Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Sozial und Präventivmedizin 33, 3, S. 186-192.

Rhea Seehaus

Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt

Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen

Zusammenfassung: Schwangerschaft und Geburt werden zunehmend zu Ereignissen, die werdenden Eltern ein großes Maß an Informationsarbeit abverlangen. Sie müssen sich eine differenzierte Expertise zu Geburtsorten und -arten aneignen, Entscheidungen bezüglich medizinischer Behandlungstechniken treffen sowie sich auf den Ablauf der Geburt vorbereiten. Schwangerschaft und Geburt sind damit als persönliches Projekt gerahmt. Auf Grundlage ethnografischer Beobachtungen in Informations- und Bildungsveranstaltungen kann jedoch konstatiert werden, dass es hauptsächlich die Schwangere – und weniger ihr Partner – ist, die in diesem Sinne als ‚unternehmerisches Selbst‘ adressiert wird, welches das Projektmanagement übernehmen muss. Der Beitrag fragt aus praxeologischer Perspektive danach, welche konkreten Adressierungen die Schwangeren in den Natalitätsinstitutionen erfahren, welche Subjektpositionen ihnen angeboten werden und welche Formen der Responsibilisierung damit einhergehen.

Schlagwörter: Schwangerschaft; Geburt; unternehmerisches Selbst; ethnografische Elternschaftsforschung; Praxisanalyse.

Pregnancy and Birth as an Individual Project How Institutions Address Pregnant Women in Information and Educational Events

Abstract: Increasingly, pregnancy and birth are becoming events for which the parents-to-be have to gather a lot of information: They have to acquire a wide expertise about birth locations and birth options, make decisions about medical treatment and prepare themselves for the birth. According to that, pregnancy and birth are framed as an individual project. But this paper, based on ethnographic observation in information and educational events, shows that it is mostly the pregnant woman herself, and not her partner, who is addressed as the ‘entrepreneurial self’ responsible for the project management. Adopting a praxeological perspective, this paper asks in what ways pregnant women are addressed by the institutions, which subject-positions the institutions offer them and which forms of responsibility go along with this.

Keywords: Pregnancy; birth; entrepreneurial self; ethnographic parenthood research; analysis of practice.

Einleitung: Geburt als Projekt der Schwangeren (und ihrer Partner)

Schwangerschaft und Geburt sind zunehmend in medizinische Risikodiskurse eingebettet und zugleich umfassend durch vielfältige Kontroll- und Dienstleistungen (vgl. Sänger et al. 2013) sowie Aufklärungs- und Übungsprogramme

(vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011) normativ gerahmt. werdende Eltern müssen verschiedene Geburts- und Vorbereitungsoptionen prüfen, Entscheidungen treffen und überdenken, sich über Geburtsrituale kundig machen, potentielle Geburtsorte besuchen und auf Passung überprüfen sowie die gewünschte Geburtsbegleitung finden. Ratgeber müssen gekauft und gelesen, Geburtstechniken bzw. Schmerzerteichterungstechniken eingeübt werden. Die Eltern werden dabei vielfach zu ExpertInnen (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011: 91): Sie müssen medizinische Vorgänge, mögliche Behandlungs- und Diagnostiktechniken und weitere Serviceleistungen verstehen und bewerten können. Geburt wird damit zu einem Ereignis, dessen genaue und gründliche Planung erwartet wird. Villa, Moebius und Thiessen (2011: 12) beschreiben die Geburt in diesem Sinne als ein weiteres Projekt im Leben des ‚unternehmerischen Selbst‘, das es zu managen gilt (ebd.: 12). Diesen Gedankengang möchte ich im Folgenden anhand der Analyse von Beobachtungsprotokollen eines ethnografischen Projektes zur pränatalen Elternschaft¹ aufgreifen und weiterführen. In der sozialwissenschaftlichen Forschung haben Studien zu Schwangerschaft und Geburt seit einiger Zeit Konjunktur (u.a. Hirschauer et al. 2014; Mozygemba 2011; Mozygemba 2013; Nowicka/Tolasch 2014; Villa/Moebius/Thiessen 2011; Wulf/Hänsch/Brumlik 2008; Wulf et al. 2008). In ebenfalls ethnografischer Weise haben sich insbesondere zwei Studien mit diesem Thema beschäftigt. Hirschauer, Heimerl, Hoffmann und Hofmann (2014) untersuchen in ihrer Studie zur Soziologie der Schwangerschaft auf der Basis von Interviewdaten, wie Schwangerschaft zum sozialen Ereignis wird. Während sie sehr ausführlich unter anderem darauf eingehen, wie die Schwangerschaft als kommunikative Tatsache hervorgebracht wird und welche unterschiedlichen Personengruppen wie z.B. „Ko-Schwangere“ (Hirschauer et al. 2014: 270) daran beteiligt sind oder wie und mit welchen Hilfsmitteln das Ungeborene als „Inwärtiger“ (ebd.: 278) inszeniert und konstituiert wird, ist die Geburt als Transitionsschwelle zwischen Schwangerschaft und Eltern-Sein sowie zugehörige Vorbereitungskontexte kein explizites Thema der Studie. Die letzte Schwangerschaftsphase wird stärker anhand von Praktiken wie „Namensgebung“ und „Nestbau“ (ebd.: 263) beschrieben.

Schadler untersucht in ihrer „posthumanistischen Ethnographie der Schwangerschaft“ (2013), ebenfalls auf Grundlage von Interviewdaten, wie die Schwangerschaft als Ergebnis diverser Praktiken gefasst werden kann, an denen verschiedene menschliche und nicht menschliche Akteure partizipieren. Den Komplex der Geburtsvorbereitung greift sie in ihrer Studie in einem kurzen Unterkapitel auf und beschreibt die Teilnahme der werdenden Eltern an Infoabenden und Bildungsveranstaltungen wie Geburtsvorbereitungskursen sowie die darin angesprochenen Themen (vgl. ebd.: 252f.). Außen vor bleiben jedoch die während der Schwangerschaft stattfindenden institutionellen Anrufungen, die in solchen Informations- und Bildungsveranstaltungen an Schwangere gerichtet werden.

Dies zum Ausgangspunkt nehmend, richtet sich der folgende ethnografisch angelegte Beitrag² auf die Phase der Schwangerschaft, die kurz vor Geburt stattfindet, und greift die institutionellen Adressierungen und die damit einhergehenden Verpflichtungen auf, die Schwangere in speziellen Kontexten der

Natalität erfahren. Empirisch lassen sie sich auf Grundlage von Beobachtungsprotokollen und den darin rekonstruierten Praktiken beschreiben.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Schwangeren

Geburtshilfe und -geschehen haben in den letzten fünfzig Jahren tiefgreifende institutionelle Veränderungen erfahren. Diese stehen in engem Zusammenhang mit dem allgemeinen Paradigmenwechsel, den das Gesundheitswesen vollzogen hat und der insbesondere anhand der Umgestaltung der ÄrztIn-PatientIn-Beziehung zu beobachten ist. Diese war bis Mitte des 20. Jahrhunderts vom so genannten „benevolenten Paternalismus“ (Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 7) geprägt: PatientInnen galten als passive Kranke, denen Entscheidungen abgenommen wurden und die ärztliche Interventionen erdulden mussten. Diese mit dem ärztlichen Wissensvorsprung begründete Hierarchie wird nun zunehmend durch das Paradigma der PatientInnen-Autonomie³ abgelöst (vgl. Keller 2008: 21). PatientInnen werden verstärkt als NutzerInnen und damit auch als (wählerische) KundInnen eines wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems entworfen (vgl. Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 14). Dies lässt sich auch für den geburtsmedizinischen Bereich feststellen. Schwangere gelten in der Geburtshilfe (unter anderem) als Konsumentinnen mit hoher Erwartungshaltung, um die es zu werben gilt und die von den Qualitäten der jeweiligen Entbindungseinrichtung zu überzeugen sind (vgl. Tuschy et al. 2012: 251): So versuchen sich die Einrichtungen auf dem konkurrenzstarken ‚Markt der Geburtshilfe‘ mit ihrer besonderen Gebäratmosphäre, ihrer exklusiven, an den Bedürfnissen der Schwangeren orientierten Ausstattung, den verfügbaren Gebärmöbeln, der Mitbetreuung des Vaters etc. als attraktiver Entbindungsort zu profilieren – wie sich in der Regel sowohl an den Homepageauftritten als auch bei den Informationsveranstaltungen erkennen lässt.

Erste Wurzeln dieser weiblichen Autonomie im Gebärdprozess gehen bereits auf die Frauengesundheitsbewegung zurück (vgl. Mozygema 2011: 110). Frauen wehrten sich gegen das „paternalistische System der Medizin“ (ebd.) und gründeten Gesundheitsangebote, die das Ziel hatten, auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet zu sein und ihnen ihre körperliche Selbstbestimmung zurückzugeben (vgl. Dackweiler 2010: 151). Barbara Duden (2010: 602) beschreibt, wie die Frauengesundheitsbewegung damit zugleich für Frauen die Weichen als zukünftige Konsumentinnen des expandierenden Gesundheitsmarktes stellte: Frauen konnten und sollten sich selbstbestimmt für die Art der medizinischen Behandlungspraxis entscheiden. Es war dies ein Prozess, der die Entwicklung von unmündigen Patientinnen zu selbstbestimmten Kundinnen beförderte (vgl. Villa/Moebius/Thiessen 2011: 14) nicht nur ein höheres Maß an Eigenverantwortung und Partizipation zugestanden, sondern dies auch in erhöhtem Umfang von ihnen erwartet wird. Selbstbestimmung wird als Recht *und* Pflicht zugleich deklariert und damit letztendlich als Selbstverantwortung definiert. Dieser neoliberale Umbau des Gesundheitssystems brachte eine zunehmende Individualisierung mit sich:

Da die Wahl der Handlungsoptionen innerhalb der neoliberalen Rationalität als Ausdruck eines freien Willens auf der Basis seiner selbstbestimmten Entscheidung erscheint, sind die Folgen des Handelns dem Subjekt allein zuzurechnen und von ihm selbst zu verantworten. Diese Strategie kann in verschiedenen Risikofeldern eingesetzt werden und führt dazu, dass gesellschaftliche Verantwortungsbereiche zu einer Angelegenheit individueller Vorsorge geraten (Lemke 2000: 38).

Dem zugrunde liegt die Konstruktion eines verantwortlichen, autonomen Subjektes, das die Folgen des eigenen Handelns trägt und – in Bezug auf die Gebärenden – „das Geburtsgeschehen selbst individuell bestimmen soll“ (Rose 2010: 212). Für Schwangere bedeutet in diesem Sinne die Rückeroberung des Körpers, dass ihnen zwar Selbstverfügung in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt zugestanden, gleichzeitig jedoch auch erwartet wird, dass sie sich vorbereiten und ihren Körper optimieren, um erfolgreich zu entbinden. Die in diesem Sinne an die Schwangeren gerichtete Botschaft lautet: „Es gibt nicht nur Wahlmöglichkeiten, sondern auch eine Verantwortung“ (Rose 2010: 212). Diese gelte es „aktiv wahrzunehmen und sich nicht tatenlos den vorgegebenen klinischen Prozeduren zu überlassen“ (ebd.).

Methode und heuristisches Konzept

Der Beitrag bezieht sich auf Ergebnisse des ethnografischen Projekts „Statuspassage Elternschaft. Zur Herstellung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten in den pränatalen Praxen von Müttern und Vätern“, welches 2013-2014 an der Frankfurt University of Applied Sciences durchgeführt wurde. In diesem wurden teilnehmende Beobachtungen⁴ bei insgesamt 23 Informationsabenden von Geburtseinrichtungen, zehn Geburtsvorbereitungs-, sieben Stillvorbereitungs-, zwei Säuglingspflegekursen, zehn Besuche in Babyausstattungs-geschäften sowie in einem Geburtsvorbereitungskurs für Männer durchgeführt. Kurse und Infoabende fanden in drei Großstädten und angrenzenden Stadtteilen statt. Die Infoabende wurden in vier Krankenhäusern mit einer gynäkologischen Abteilung, einem Universitätsklinikum und einem Geburtshaus durchgeführt. Die Geburtsvorbereitungskurse fanden sowohl in einem Geburtshaus als auch einer Familienbildungsstätte statt, die Stillvorbereitungskurse in den Krankenhäusern und die Säuglingspflegekurse in der Familienbildungsstätte. Diese (semi-)öffentlichen Räume, in denen Elternschaft stattfindet, können, so unsere Annahme, als soziale Arenen verstanden werden, in denen Eltern-, Mutter- und Vaterschaft praktisch formiert werden. Um die sozialkonstruktivistischen Wirkungen des praktischen Tuns der Akteure in den Settings in den Blick zu nehmen, wurde ein ethnografisch-praxeologischer Forschungszugang gewählt. Der Gegenstand der Untersuchung wurde damit durch die „sozialen Praktiken“ (Breidenstein et al. 2013: 32) gebildet. Dieser Gegenstand ist, im Gegensatz beispielsweise zu lebensgeschichtlichen Ereignissen, nicht „im Kopf“ (ebd. 40) verortet, sondern in den „*situierten öffentlichen* Ausdrucksformen kultureller Ereignisse und Situationen“ (ebd. 40, Hervorh. i. Org.). Erfasst werden sollten

jene sozialen Formierungs- und Normalisierungsprozesse, die in Praxisroutinen eingelagert sind und von dort aus ihre Wirkungen entfalten.

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss/Corbin 1996) in einer mehrphasigen Verschränkung aus Datenerhebung und Datenauswertung. Denn als ein Charakteristikum der ethnografischen Vorgehensweise lässt sich ihre anfängliche Offenheit sowie die Feld- und Gegenstands Anpassung verstehen. „Sinnvolle Beobachtungseinheiten, Informantenauswahl und Datentypen“ (Breidenstein et al. 2013: 50) können nicht alle vorab geplant werden, sondern müssen „in Anpassung an die Eigenschaften des Feldes“ (ebd.) erst herausgefunden werden. Nach einer ersten explorativen ethnografischen Feldphase in der die Infoabende der Krankenhäuser und des Geburtshauses sowie ein Geburtsvorbereitungskurs begleitet wurden, erfolgte die inhaltliche Kategorisierung der ethnografischen Beobachtungsprotokolle zur Entwicklung von Forschungsthese aber auch weiterführenden Fragestellungen (vgl. ebd. 125). Daran schloss sich eine zweite fokussierte Feldphase zur Überprüfung und Weiterentwicklung dieser Thesen und Beantwortung der neuen Fragen an. Im Rahmen dieser zweiten Phase wurden weitere Informationsabende und Geburtsvorbereitungskurse mit speziellen Foki beobachtet und der Feldzuschnitt um die Beobachtungen in den Babyausstattungsmärkten, den Säuglingspflegekursen und Stillvorbereitungskursen sowie um den Geburtsvorbereitungskurs für Männer erweitert.

Für den vorliegenden Beitrag wurden die Beobachtungen in Geburtsvorbereitungskurse und bei Infoveranstaltungen einbezogen. Anhand der Beobachtungen lässt sich für diese Kontexte konstatieren, dass es in erster Linie die Schwangeren (und nicht das Elternpaar) sind, die als jeweils zuständiges ‚unternehmerisches Selbst‘ angesprochen werden, um das notwendige Projektmanagement zu leisten. Deshalb werden auch in diesem Beitrag die Väter allenfalls als unterstützende Nebenakteure angesprochen. Um sich den Adressierungen der Schwangeren in diesen Kontexten anzunähern, wird im Folgenden Althusser's Konzept der ‚Anrufung‘ (vgl. Althusser 1977) aufgegriffen. Die in diesem Kontext entstehenden Adressierungen sind zu verstehen als „soziale Zuschreibungen, die die Aufforderungen zu bestimmten Verhaltens- und (Be-)Handlungsweisen vermitteln“ (Ott/Wrana 2014: 19). Sie werden beispielsweise durch institutionalisierte Settings vollzogen oder sind diskursiv in gesellschaftlichen Institutionen, politischen Programmen und sozialen Konstellationen enthalten (vgl. Ott/Wrana 2014: 19). Diese dabei angerufenen Subjektpositionen sind vielfältig und oftmals widersprüchlich. Konstitutiv für das ‚Funktionieren‘ der Anrufung ist die Adressierung *und* die Beantwortung dieser.

Da sich der Beitrag ausschließlich auf die Informationsabende und die Geburtsvorbereitungskurse bezieht, werden diese beiden Felder im Folgenden kurz vorgestellt. Informationsabende zur Geburt sind in unserem Sample monatliche Abendveranstaltungen von Hebammen und/oder ÄrztInnen. In der Regel umfasst das Publikum bei den Infoabenden 50 bis 100 Personen. Eine Ausnahme bildet das Geburtshaus, dort nahmen zwischen 10 und 20 Personen teil. Die Veranstaltungen sollen Eltern die Möglichkeit geben, sich Informationen über die Einrichtung, Geburtsmöglichkeiten und -personal, Anmeldeprozeduren etc.

zu verschaffen. Sie bestehen aus einem allgemeinen Vortrag, der Möglichkeit für die Eltern Fragen zu stellen, einer Führung durch die Kreißsäle/Geburtszimmer und – falls vorhanden – durch die Wochenstation.

Die beobachteten Geburtsvorbereitungskurse richten sich vornehmlich an Paare und dienen der Kompetenzvermittlung für die Geburt bzw. für die unmittelbare Zeit nach der Geburt. An den Vorbereitungskursen nahmen zwischen 10 und 20 Personen teil. Diese Kurse sind eine lockere Mischung zwischen Theorievermittlung, praktischen Übungen und Fragen der Teilnehmenden und werden von Hebammen, Krankenschwestern, PädagogInnen etc. geleitet.

Abschließend sei noch auf die methodische Schwierigkeit verwiesen, die die ethnografische Erforschung der Adressierungen von Schwangeren mit sich bringt. Das stark monologische Setting lässt hauptsächlich die institutionellen Adressierungen sichtbar werden. Aufgrund der Publikumsrolle der Schwangeren gelingt es demnach vielfach kaum, den zweiten, „antwortenden Akt“ (vgl. Wrana/Ott 2014: 30) in den Blick zu bekommen. Dies gilt auch für die Geburtsvorbereitungskurse, auch wenn diese weniger monologisch geprägt sind. Der Fokus wird demnach im Folgenden auf den institutionellen Adressierungen liegen, auch wenn damit letztendlich ausgespart bleiben muss, inwiefern Schwangere versuchen, die zugerufenen Subjektpositionen tatsächlich auszufüllen, zu modifizieren oder abzuwehren.

Empirische Untersuchung institutioneller Adressierungen Schwangerer

Anhand exemplarischer Auszüge aus ethnografischen Beobachtungsprotokollen werden vier verschiedene Varianten gezeigt, wie Schwangere in institutionellen Settings adressiert werden. Im Zentrum steht dabei immer wieder die Anrufung als eigenverantwortliche, selbstbestimmte Schwangere. Beachtung finden jedoch auch die gleichzeitig durchscheinenden Negativfolien von nicht erwünschten Subjektivitäten.

Den Körper zum richtigen Zeitpunkt bearbeiten und vorbereiten

Schwangere werden in den Institutionen immer wieder zur Bearbeitung ihres Körpers aufgefordert. Es gilt, den Körper beweglich und flexibel zu halten und optimal vorzubereiten, was sich in bestimmten sportlichen Übungen, Ernährungstipps und Atemtechniken zeigt. Solche Hinweise werden insbesondere in den Geburtsvorbereitungskursen sichtbar. Schwangere werden beispielsweise angehalten, sich breitbeinig hinzusetzen, um den Leistenbereich geburtsfördernd zu dehnen. Oder sie bekommen für die letzten vier Schwangerschaftswochen einen speziellen Akupunkturplan vorgeschlagen und den Tipp, zeitgleich anzufangen in ansteigenden Mengendosierungen Himbeerblätterttee zu konsumieren. Beides gilt als probates (Hebammen-)Mittel, um die Geburt schneller voranzutreiben. Darüber hinaus sollten dammvorbereitende Sitzbäder gemacht sowie Atemtechniken erlernt und mit dem Partner eingeübt werden. Begründet

werden diese Empfehlungen zur Arbeit am eigenen Körper mit der potentiellen Aussicht auf eine schnellere und schmerzarme Geburt.

Im Folgenden soll dies anhand einer Szene zu einer speziellen Schwangerschaftsdiät ausgeführt werden. Diese Diät wird bei den Informationsabenden eines Krankenhauses vorgestellt – der vortragende Arzt empfiehlt sie sehr dezidiert – und wird in der folgenden Szene auch in einem Geburtsvorbereitungskurses zum Thema:

Als die Hebamme über Geburtserleichterungen spricht, bittet sie mich plötzlich von der Empfehlung des Großkrankenhauses zu berichten, da ich das ja „durch-exerziert“ hätte.⁵ Ich bin etwas überrumpelt, aber alle Augen sind bereits auf mich gerichtet. Also erkläre ich kurz den Zusammenhang zwischen einem hohen Blutzuckerspiegel und der verminderten Ausbildung von Prostaglandinrezeptoren im Gebärmutterhals (Im Nachhinein bin ich mir gar nicht mehr sicher, ob ich das korrekt dargestellt habe, aber die Hebamme korrigiert mich nicht). Ich beschreibe die Empfehlung des Großkrankenhauses, deshalb die letzten Wochen vor der Geburt kein Weißmehl und keinen Zucker zu essen. Ich blicke in einige erstaunte, teilweise auch fassungslose Gesichter. Da ich merke, was das in der ein oder anderen auslösen könnte (zumal mir am Vortag bereits der Süßigkeitenkonsum der Schwangeren aufgefallen war), sage ich noch, dass ich natürlich nicht wüsste, ob es wirklich helfen würde und man sicher selbst entscheiden müsse, ob einem das gut tue. Aber die Hebamme erklärt, dass sie auch den Eindruck gehabt hätte, dass eine Geburt schneller verlaufen würde. Sie selbst würde es auf jeden Fall machen. Was man hätte, das hätte man, schaden würde es sicher nicht. [...kurze Zeit später...] Christoph beugt sich vor und angelt sich eine Süßigkeit aus dem Kreis. Er bietet sie Meike an. Sie guckt ihn mit einem wehleidigen Blick an und schüttelt langsam dem Kopf. Ich frage mich, ob sie die Süßigkeit nun aufgrund meiner Ausführungen nicht isst, denn gestern aß sie durchaus von den angebotenen Süßigkeiten. (Geburtsvorbereitungskurs Geburtshaus)

In beiden Veranstaltungsformaten, dem Informationsabend und dem Geburtsvorbereitungskurs, zeigen sich institutionelle Praktiken, die als „Arbeitsappell[e]“ (Bröckling 2002: 177) an die Schwangeren verstanden werden können. Sie sind aufgefordert, ein bestimmtes Maß an „Arbeit an sich“ (Rieger 2002: 79) selbst zu leisten. Dies führe, so die implizite Verheißung, zu einer ‚besseren‘ Geburt, womit je nach Kontext eine schnellere, schmerzärmere, ungestörtere oder verletzungsärmere Geburt gemeint ist. Das Versprechen mit einer bestimmten Diät leichter zu gebären, reicht aus, um – textimmanent und ohne Worte – die Strafe, die bei einer Nicht-Einhaltung folgt, als ‚Drohung‘ mitlaufen zu lassen. Beides zusammen stellt weniger eine rigide Anweisung als vielmehr eine Responsibilisierung der Schwangeren dar, die sie zur zentralen Verantwortlichen des Geburtsgeschehens erklärt und auf deren Selbstaktivierung zielt. Dieser Konstruktion können sich die so Adressierten vermutlich kaum entziehen, gerade weil die damit einhergehenden Verheißungen so enorm sind. In dem Moment, in dem die Idee der geburtserleichternden Wirkung einer speziellen Ernährung im Raum steht, können das Gehörte kaum ignoriert und die benannten Lebensmit-

tel vermutlich nicht gedankenlos weiter verzehrt werden. Stattdessen wird die Schwangere vor eine persönliche Entscheidung im Hinblick auf ihre Ernährung gestellt: Hält sie das Ganze für Unsinn und gewichtet sie ihren Appetit höher als die anstehende Geburt oder unterwirft sie sich der Nahrungsaskese? – egal wie sie sich entscheidet, der spätere Geburtsverlauf wird damit auch vor dem Hintergrund der getroffenen Entscheidung kritisch reflektiert werden. In den institutionellen Settings entsteht so für die Schwangere eine doppelte Botschaft: ‚Wenn du genau zuhörst und das tust, was wir dir sagen, dann wirst Du rechtzeitig im Krankenhaus sein und eine bessere Geburt haben. Tust du das jedoch nicht, bist du selbst schuld, wenn die Geburt nicht so abläuft, wie du es wolltest, wenn sie sehr schmerzhaft ist oder lange dauert‘.

Wie engmaschig das diskursive Geflecht solcher Anrufungen wirken kann, offenbart sich in der dargestellten ethnografischen Szene eindrucksvoll. Es ist hier nicht mehr der Arzt, der zu einer speziellen Diät auffordert, sondern die Ethnografin selbst, indem sie seine Tipps weitergibt. Sie verspürt zwar Unbehagen, da sie plötzlich selbst zur Verkünderin der Individualisierungsbotschaft an die Schwangeren wird, kann diese Dynamik aber letztlich nicht durchbrechen. Ihre Bemühungen, die implizite ‚Drohung‘ zurückzunehmen, reproduzieren – unbeabsichtigt – erneut die Responsibilisierung. Zwar betont die Ethnografin, dass jede Frau selbst entscheiden müsse, ob sie den Tipps folge, zielt damit jedoch genau auf die Aktivierung der Schwangeren. Die ‚Begleiterscheinungen‘ einer Geburt – Schmerz und lange Dauer – werden durch diese aktivierenden Praktiken in den individuellen Verantwortungsbereich jeder Schwangeren verlagert.

Aufforderung zur Deutung von Körperzeichen

Sowohl während der Infoabende als auch der Geburtsvorbereitungskurse zeigt sich eine spezielle körperbezogene Adressierung der Schwangeren. Sie sollen einerseits ihren Körper beobachten und spezifische, schwangerschafts- oder geburtsindizierte Merkmale erkennen, andererseits wird von ihnen eine diagnostische Kompetenz zum ‚richtigen‘ Interpretieren der körperlichen Zeichen erwartet, um die ‚richtigen‘ Maßnahmen zu ergreifen. So werden Schwangere beispielsweise angewiesen bei Blutungen immer in das Krankenhaus zu kommen, aber gleichzeitig sollen sie vorab eruieren, ob es harmlose Blutungen sind. Diese könnten zum Beispiel nach einem längeren Spaziergang auftreten. In diesem Falle würde es reichen, die Beine hochzulegen anstatt ins Krankenhaus zu fahren. Das gelte jedoch nicht, wenn das Blut frisch und hell sei. Die diagnostischen ‚Qualifizierungen‘, die institutionell versucht werden, bleiben dabei allerdings letztlich diffus und widersprüchlich. So gerät die Schwangere auch hier wieder in eine diffizile Situation: Sie soll die körperlichen Phänomene richtig erkennen, zugleich wird permanent vermittelt, dass die registrierten Phänomene niemals eindeutig sind. Sie kann auch Fehler machen und die Geburtshilfeeinrichtung unnötig, weil zu früh, beanspruchen, z.B. weil sie Blutungen nicht als harmlos identifiziert. Auch können Fehldiagnosen zu gefährlichen Verspätungen führen:

In Variationen wiederholt sich – insbesondere in einem Krankenhaus – das Narrativ von dem schon-fast-rausfallenden-Kind und den sich anschließenden unwürdigen Gebärsituationen, was nicht nur eindrücklich macht, was passiert, wenn die Schwangere Geburtszeichen nicht erkennt, sondern textimmanent auch mitteilt, dass die Geburtsklinik solche Geburtsverläufe nicht wünscht. Eine exponierte Rolle spielt bei diesen diagnostischen Wissensvermittlungen das Ereignis des Blasensprungs.

Man solle auch kommen, wenn mehr als „ein Teelöffel“ Fruchtwasser abgehe. Das sei ja auch manchmal mit der Blase etwas schwierig mit dem dicken Bauch, aber es sei schon mehr Flüssigkeit. Die Ärztin wird sehr energisch: „Tragen Sie etwas helles, unabhängig der jeweiligen Mode, und bringen Sie das mit“. Wegen der vermehrten Sekretion würden die meisten Frauen ja wieso schon Slipeinlagen benutzen, man solle das „Höschen oder die Slipereinlage“ mitbringen, denn viele würden sich nach so etwas umziehen und „wir haben dann eine trockene Frau und können den Blasensprung nicht mehr nachweisen“. Sie spricht das mit ernster Miene, es scheint wichtig, sie betont es später noch einmal. (Informationsabend Krankenhaus)

Schwierig am Blasensprung scheint, darauf verweist die Szene, diesen als solchen und damit als natal relevantes Ereignis zu identifizieren. Anhand der Menge der austretenden Flüssigkeit soll er von einer harmlosen Schwangerschaftsinkontinenz unterschieden werden. Den diagnostischen Kompetenzen der Frauen wird offenbar allerdings nicht getraut: Zwar sollen und können sie die Flüssigkeitsmenge einschätzen, jedoch nicht die Herkunft der Flüssigkeit selbst. Deshalb erhalten sie die eindrückliche Aufforderung, sich so zu kleiden, dass die Flüssigkeit von der Institution bestimmt werden könne. Während es in den Szenen meistens darum geht, die Laienkompetenz der Frauen zu betonen, wird an dieser Stelle die medizinische Expertise deutlich gestärkt: Nur die klinische Institution kann letztendlich – bei ausreichender Mithilfe der Frau – einen Blasensprung einwandfrei feststellen.

Den Frauen wird vermittelt, dass es spezifische körpergebundene Indikatoren für den Beginn der Geburt gebe, mit deren Einsetzen sie sich ins Krankenhaus begeben sollten. Doch die präzise Bestimmung dieser Indikatoren ist trotz oder vielleicht gerade wegen der damit einhergehenden Informationsfülle zu den Indikatoren kaum möglich. So erhalten die Schwangeren einen Auftrag, den sie vermutlich nicht erfolgreich erfüllen können.

Die dargestellten Vorgänge verweisen auf einen weiteren Umstand des Gebärens in der Gegenwart: Dass die Natalitätsinstitutionen den werdenden Müttern so umfangreiche Diagnosekompetenzen vermitteln, erinnert daran, dass die Schwangere offenbar keine kundigen Menschen (mehr) um sich hat, die bei der Deutung der Körperzeichen sicher helfen und erforderliche Maßnahmen veranlassen können. Die Schwangere ist vielmehr bei der Diagnoseaufgabe auf sich allein – und ihren Partner/ihre Partnerin – gestellt.

Einen Fahrplan haben und flexibel bleiben

Die Schwangere muss ihren Körper nicht nur geburtsbereit machen und richtig einschätzen, sondern sie muss auch ein Geburtskonzept planen, das alle Elemente zum gewünschten Geburtsablauf umfasst, z.B. Gebärhaltung, Gebärtensilien, Schmerzmittel, Musikuntermalung und Raumdüfte. Diese Aufgabe unterstellt als Selbstverständlichkeit eine gut informierte Schwangere, die bereits konkrete Vorstellungen über die Geburt entwickelt habe, die es dann nur noch dem Personal mitzuteilen gilt. Dabei entsteht zugleich der Eindruck, dass eine Geburt ein ganz „regelhaftes Naturereignis“ (Krumbügel 2014: 74) und damit durchaus planbar sei. Mit dem Verweis auf die Expertise werden die Frauen erneut als eigenverantwortliche Subjekte adressiert.

Während der Kreissaalführung kommt die Hebamme auf ihre Arbeit zu sprechen. Eine gute Geburt sei eine solche, erläutert sie, bei der die Hebamme nichts machen, sondern nur dabei sein und staunen würde. Hebammen würden immer dann Angebote machen, wenn die Frauen das möchten.

So wird zum Beispiel manchmal das Idealbild einer guten Geburt gezeichnet, in dem die Gebärende in der offensiv-gestaltenden Regieposition und die HelferIn in der defensiv-abwartenden und zuschauenden Rolle beschrieben wird. Botschaft dieser Bilder ist: Die Schwangere weiß, was sie will, kann, braucht und was ihr gut tut. Sie wendet sich ausschließlich bei konkretem Bedarf an die Hebamme, ansonsten verbleibt diese im Hintergrund. Diese Subjektanrufungen der Frauen als ‚eigenverantwortliche Schwangere‘ gehen oftmals mit der Präsentation einer ‚Negativfolie‘ einher, wie auch der Fortgang der Szene zeigt.

Es würde auch immer welche geben, die nicht wüssten, was sie wollten. Die würden dann unter der Geburt so dastehen und Wehen veratmen: Die Hebamme klammert sich mit beiden Händen hinter ihren Rücken an den Heizkörper, fällt ins Hohlkreuz, streckt das Becken nach vorne, wirft den Kopf nach hinten und schnauft schwer. Das sei nicht gut, sagt sie, als sie die Pantomime abbricht, denn das Kind müsse ins Becken und würde so nicht ins Becken kommen. Sie schmunzelt, wirft aber auch einen intensiven Blick in die Runde der ZuhörerInnen, so als solle das allen klar werden. Sie würde dann in der Regel fragen, was die Frauen möchten. Manche würden dann jedoch sagen, dass sie das nicht wüssten. Sie imitiert eine Frau mit weinerlicher, aufgelöster Stimme. Dann würde sie fragen, ob die Frau in die Wanne wolle. Die würde dann manchmal völlig entsetzt sein, dann würde sie fragen, ob sie noch ein bisschen laufen wolle. Wenn die Frau dann sage „zu anstrengend“ (wieder die weinerliche Stimme), dann sage sie der Frau, dass es nur noch zwei Möglichkeiten gäbe: Entweder im „Bett einkuscheln oder auf den Pezziball“. Sie strahlt die Anwesenden an, so könne man auch nach dem Ausschlussprinzip arbeiten. (Informationsabend Krankenhaus)

Es ist die planlose und – das zeigt sich zwischen den Zeilen – unvorbereitete Schwangere, die als negativer Gegenentwurf präsentiert wird. Mit einer solchen

passiven Haltung, so die implizite Drohung, schade die Schwangere sich selbst und dem Geburtsablauf. Nicht zu wissen, was man unter der Geburt will und nicht mit der Hebamme zu kooperieren, wird in dieser Inszenierung nicht als legitimes und normales, sondern unmissverständlich als verpönte und unerwünschte Verhalten dargestellt. Die Mitteilung ist eindeutig: Die Hebamme kümmere sich zwar auch in diesem Fall mit aller Kraft, aber die Schwangere gerate in die Gefahr, dass sie am Ende Dinge über sich ergehen lassen müsse, die sie nicht wolle. Die Schilderung des „Ausschlussprinzips“, bei dem die ‚unkooperative‘ Verweigerung aller Vorschläge der Hebamme durch die Schwangere nach und nach dazu führt, dass am Ende nur noch die Wahl zwischen Bett und Pezziball bleibt, entbehrt nicht einer gewissen Strafsymbolik. Auch in anderen Szenen zeigt sich dies immer wieder: Wenn die Schwangere ohne Willen ist, gilt es, die Vorschläge der Hebamme zu befolgen, wie beispielsweise ein Bad in der Entspannungswanne auszuprobieren, auch wenn man sich das gerade nicht vorstellen kann.

In diesem Zusammenhang wird insbesondere in den Geburtsvorbereitungskursen vielfach darauf verwiesen, dass die Schwangeren unbedingt ihren Partner über ihre Vorstellungen unterrichten sollten. Denn dieser könne dann die Schwangere noch mal an ihre Wünsche erinnern – und sie gegebenenfalls auch gegenüber der Institution durchsetzen. Dem Vater wird damit die Aufgabe zugeschrieben, die in kritischen Situationen letzten Reste der Selbstbestimmung und der Schwangeren zu verteidigen und ihre Wünsche und Bedürfnisse gegenüber dem Personal zu vertreten. Allerdings werden auch der ‚eigenverantwortlichen Schwangeren‘ Grenzen gesetzt – dann nämlich, wenn die Geburt im medizinischen Sinne nicht problemlos verläuft. In diesen Fällen wird die Kompetenz der medizinischen Experten über die Laien-Expertise der Gebärenden gestellt. Trotz des selbst entwickelten ‚roten Fadens‘ des Geburtsgeschehens müssten die Schwangeren dann möglicherweise Entscheidungsvorgaben – wie die Wahl zwischen Bett oder Pezziball – akzeptieren. Die Aufforderung an die Schwangere in diesen Szenen lautet, dass sie zwar genau planen, aber gleichzeitig flexibel und offen für den Verlauf sein müsse – und sich im Zweifelsfall auch durch die Geburt führen und fremdbestimmen lassen müsse.

„Selbstbestimmt“ die Geburtsposition wählen

Ein Thema vieler Beobachtungsprotokolle ist das der Gebärlage. Die Institutionen halten diese offenbar für äußerst thematisierungswürdig. Während insbesondere in den Medien Bilder der auf dem Rücken liegenden Gebärenden dominieren, zeigt sich dies in den Natalitätsinstitutionen in anderer Weise. Frauen werden häufig aufgefordert, die Gebärlage einzunehmen, in der sie gut gebären können, und es werden zugleich Tipps für die beste Position gegeben. Generell fehlt in diesen Szenen selten der Verweis, dass die Rückenlage mittlerweile als ungeeignete Gebärlagen angesehen wird. Eine Hebamme beschreibt sie beispielsweise sehr drastisch als die „schrecklichste, beschissenste, schlechteste Geburtsposition nach dem Kopfstand“. Während vielfach dazu

aufgerufen wird, dass Frauen sich aktiv gegen das Gebären in der Rückenlage wehren müssten, wenn – unkundiges – Personal sie z.B. in diese Position bringen will, wird auch manchmal das Beispiel von Frauen präsentiert, die von sich aus in der Rückenlage gebären wollen.

Die Hebamme erzählt, dass es auch vorkomme, dass Frauen ‚klassisch‘ auf dem Rücken liegen wollen zur Entbindung. „Hallo Herr Gynäkologe! Entbinden Sie mich!“ sagt sie in einem ironischen Ton. Sie hebt die ausgestreckten Arme im 90°-Winkel vor sich, führt die Ellenbogen aneinander und spreizt die Arme als handele es sich um die Beine. Hinter mir gibt es wieder Gelächter. (Informationsabend Krankenhaus)

Indem der Wunsch nach der Rückenlage für die Austreibungsphase gekoppelt wird mit der lächerlichen Figur einer Gebärenden, die nicht selbst etwas für die Geburt tun, sondern sich vom Arzt ‚bedienen‘ lassen will, wird die Rückenlagen-Entbindung zum Inbegriff des verwerflichen Entbindens. Auch ohne dies explizit zu formulieren, wird dem Publikum deutlich, dass die Geburtshilfeinstitution von der Gebärenden anderes erwarte.

Als Alternativen zur Rückenlage werden Geburtspositionen wie die „tiefe Hocke“ oder der Vierfüßlerstand empfohlen und vor allem der Wechsel zwischen diesen Haltungen, je nach Geburtsphase und -fortgang. Zusätzlich wird den Schwangeren auch eine Vielzahl an vorhandenem Gebärmobiliar vorgestellt (Gebärseil, -hocker, -bett und -wanne) und diese mehr oder weniger stark beworben. Es entsteht der Eindruck, dass diese verschiedenen Utensilien mittlerweile zur Standardausstattung der Kreißsäle gehören.

Die Szenen verweisen zum einen auf die Pluralität der Gebärpositionen und zum anderen auf den Zwang zur Wahl und zum Ausprobieren. Dies lässt sich, nach Tew (2007: 266), als relativ neue Entwicklung verzeichnen, denn noch bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts war es üblich, dass Frauen in der so genannten „Steinschnittlage“ (Tew 2007: 278) entbanden, bei der sie auf dem Rücken lagen, die Knie anwinkelten und die Unterschenkel auf Stützen lagerten. Erst in den 1980er Jahren, nach vielfältigen Protesten von Frauengruppen, kam es zu einer graduellen Auflockerung, so dass Frauen auch in halbsitzenden Positionen entbinden durften. Allmählich verbreiteten sich auch andere Gebärhaltungen⁶ und in den Entbindungsinstitutionen wurde zunehmend passendes Gebärmobiliar zur Verfügung gestellt.

Diese Vielfalt weist der Schwangeren darüber hinaus jedoch zugleich eine weitere Aufgabe zu: Sie soll sich mit den unterschiedlichen Möglichkeiten auseinandersetzen und für sich entscheiden, welche Körperhaltung sie bevorzugt. Sie muss dadurch Eigenverantwortung übernehmen und wissen, was ihr und dem Geburtsverlauf gut tut. Zugleich darf sie sich nicht einfach auf den Rücken legen, will sie nicht als unselbständige Gebärende gelten. Die Subjektposition, die mit der Rückenlage einhergeht, wird im gesamten Material abgewertet. Betrachtet man jedoch die materiale Ausstattung der Kreißsäle, führt dies letztendlich zu einer paradoxen Anrufung. Alle Kreißsäle sind immer mit einem Gebärbett ausgestattet, das vielfach den Mittelpunkt des Raumes bildet,

während anderes Gebärmobiliar nicht zwangsläufig in den Räumen vorhanden ist. Dies kann als materiale Normalisierung des Gebärverhaltens verstanden werden, denn Hocker oder anderes Zubehör müssen – auf Wunsch der Schwangeren – aus Schränken oder anderen Zimmern geholt werden, wenn diese nicht gerade von anderen Gebärenden belegt sind. Das Bett muss dann als wirkmächtige Instanz verstanden werden, das die verpönte Rückenlage – entgegen allen institutionellen Verlautbarungen – praktisch fördert oder geradewegs erzwingt. Doch trotz dieser Prominenz des Bettes (und damit implizit auch der Rückenlage als offenbar institutionell favorisierte Geburtshaltung) wird in den Entbindungsinstitutionen immer wieder darauf verwiesen, dass dies nicht die beste Geburtshaltung/das beste Gebärutensil sei. Lediglich in einem Krankenhaus eröffnet die Krankenschwester bei der Kreißsaalführung, dass „90%“ der Frauen im Kreißbett entbinden würde. In anderen Kulturen seien auch andere Entbindungshaltungen normal, aber „wir“ seien das nicht gewohnt, deshalb würden die Frauen hier „in der Regel“ im Kreißbett entbinden.

Fazit

Der Beitrag zeichnete anhand ethnografischer Protokolle die Adressierungen Schwangerer in Natalitätsinstitutionen am Beispiel von Bildungs- und Informationsveranstaltungen nach. Es zeigt sich, dass in diesen Institutionen eine massive „Individualisierung des Geburtsgeschehens“ (Rose 2010: 213) stattfindet. Rose fasst diesen Umschwung in der Geburtsmedizin folgendermaßen zusammen: „Während sie [die Schwangere, d. A.] in der medikalisierten Geburtshilfe ein Objekt fremder, über sie verfügender, feindseliger Instanzen war, wird sie jetzt mit Nachdruck als zentrales Subjekt der Geburt eingesetzt und angerufen“ (Rose 2010: 210). Inhärent ist diesen Adressierungen zugleich eine „Machbarkeitsidee“ (Krumbügel 2014: 13): Vor dem als selbstbestimmt entworfenen Schwangerensubjekt werden verschiedene Veränderungs- und Optimierungsmöglichkeiten ausgebreitet, die eine schmerzarme, kürzere und insgesamt ‚bessere‘ Geburt verheißen – wenn es ihnen denn folgt. Das Leitbild der dabei stattfindenden Subjektivierungsprozesse lässt sich als „das unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2002: 178) identifizieren, in dessen Figur sich verschiedene „gegenwärtige Subjektivierungsprogramme“ (ebd.) verdichten, deren Ziel es ist, die gesamte „Lebensführung auf unternehmerisches Handeln“ (ebd. 179) auszurichten. Die Schwangeren sind aufgefordert, ihren Körper optimal auf die Geburt vorzubereiten, diagnostische Körperarbeit zu leisten und sich einen genauen Plan über den Geburtsablauf und die favorisierten Gebärpositionen zu machen – kurz: Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt zu begreifen. Damit zeigt sich eine Analogie zur bereits angesprochenen Individualisierung gesellschaftlicher Risiken im Gesundheitssystem. Dabei bleibt noch darauf hinzuweisen, dass damit die vormalis feministische Idee der Selbstbestimmung und Autonomie – ungeahnt und ungewollt – in dem ‚unternehmerischen Selbst‘ und dessen Selbstverantwortung aufgeht (vgl. Dackweiler 2010: 147). Die Rekonstruktion der Szenen zeigt, dass dabei vielfach auch Modifikationen

und Anpassungen der höchst privaten Lebensführung der Schwangeren betroffen sind – so zum Beispiel durch eine spezielle geburtserleichternde Diät oder Genussverzicht (u.a. Kaffee, Alkohol, spezielle Freizeitaktivitäten) zu Gunsten des Ungeborenen. Geburt – und letztendlich auch Schwangerschaft – können deshalb als „biopolitisches Feld“ (Villa/Moebius/Thiessen 2011: 15) verstanden werden, in dem (vermutlich) Selbst- und Fremdführungstechniken ineinandergreifen.

Dennoch – und dies soll im Folgenden nur kurz aufgegriffen werden – zeigen sich diesbezüglich auch Paradoxien: In bestimmten Situationen sind die Gebärenden auch damit konfrontiert, dass sie ihre Selbstbestimmung aufgeben sollen. Dieser deutliche Wechsel der Adressierungen hängt mit den verschiedenen Logiken der Natalitätsinstitutionen zusammen. Neben der bereits aufgezeigten Logik der Selbstbestimmung, die sich auf das autonome und mündige Subjekt bezieht, existiert auch die Institutionenlogik, die sich auf die ärztliche Pflicht beruft, Leben zu schützen – und dabei sowohl das Leben der Mutter als auch das des Ungeborenen fokussiert. Das selbstbestimmte Subjekt wird, so scheint es anhand der Szenen, in der Regel während der Schwangerschaft und zu Beginn des Geburtsprozesses angerufen. Dies hängt vermutlich einerseits mit der derzeitigen Wirkmächtigkeit dieser Figur im neoliberalen Gesundheitssystem zusammen (vgl. Lemke 2000: 38), andererseits unterliegen auch die Gebärtinstitutionen einer strikten Marktlogik (vgl. Dierks/Siebeneick/Röseler 2001: 14) – die Schwangere kann die Institution frei wählen –, in der sie um Kundinnen werben müssen. Sobald jedoch der Prozess der Geburt begonnen hat – so zeichnet es sich in verschiedenen Szenen ab – werden viele Gebärende nicht mehr als freie Kundinnen und selbstbestimmte Gebärssubjekte angerufen: Ab einem gewissen Fortschritt des Geburtsprozesses (z.B. mit starken Wehen) ist es vielen nicht mehr möglich, selbständig die Institution zu verlassen und ihre so vielfach angepriesene Selbstbestimmung lässt sich dann nur noch in engen Grenzen realisieren. Das gleiche gilt für die Fälle, in denen das Wohlergehen des Kindes gefährdet ist – auch da wird die Patientinnenautonomie der Gebärenden massiv eingeschränkt, wie beispielsweise die Erzählungen zu den Notkaiserschnitten deutlich machen. Es lässt sich zusammenfassen, dass Schwangeren in den untersuchten Kontexten verschiedene Subjektpositionen zugerufen werden: Die zentrale Adressierung der Schwangeren als selbstverantwortliches Subjekt wird an bestimmten Stellen revidiert und von anderen Adressierungen ‚über-tönt‘. Adressiert wird dann das ‚ideale Gebärendensubjekt‘ als eines, das sich möglichst widerstandslos in die institutionellen Prozeduren und Mechanismen einfügt. Im Feld der Natalität existieren somit sowohl Adressierungen als selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Subjekt als auch Adressierungen als – quasi entmündigtes – ‚Patientinnensubjekt‘ nebeneinander.

Korrespondenzadresse/correspondence address

Rhea Seehaus
 Frankfurt University of Applied Sciences
 Gender- und Frauenforschungszentrum der hessischen Hochschulen
 Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/Main
 seehaus.rhea@fb4.fra-uas.de

Anmerkungen

- 1 Dieses wurde an der Frankfurt University of Applied Sciences unter der Leitung von Lotte Rose von 2013 - 2014 durchgeführt und vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert.
- 2 Ich danke Lotte Rose, Eva Sänger, Marga Günther, Anke Kerschgens und Sylke Israel für vielfältige Diskussionen zum Thema und Lotte Rose für die kritische Kommentierung einer vorherigen Fassung des Textes.
- 3 Unberücksichtigt bleibt für diesen Beitrag die parallel dazu ablaufende Tendenz, die Wahlmöglichkeiten von Schwangeren aufgrund medizinischer Risikowahrnehmungen massiv einzuschränken (vgl. Árnason 2005: 171f.). Beispiele hierfür sind unter anderem die Beckenendlagenentbindung, für die viele Kliniken standardmäßig einen Kaiserschnitt vorsehen und durchführen – unabhängig von individuellen Wünschen der Frauen. So entbinden ca. 85% der Frauen, deren Kind unter der Geburt in Beckenendlage liegt, mittels Kaiserschnitt (vgl. Wolff 2006: 281). Wolff beschreibt diesen Vorgang als „ausgeprägte Defensivmedizin“ (ebd.), in der Frauen schon während der Schwangerschaft auf die Entbindung mittels Kaiserschnitt vorbereitet werden.
- 4 Die Beobachtungen wurden von der Autorin sowie von Judith Pape, Jörg Pöpplow, Kira Proll, Kerstin Schlesinger, Gloria Schmid, Marc Schulz, Stephanie Steinbeck und Sonja Urban durchgeführt.
- 5 Da die Ethnografin selbst ein Jahr vorher einen Geburtsvorbereitungskurs bei dieser Hebamme besucht hatte, waren sie bereits vor der teilnehmenden Beobachtung miteinander bekannt. Aus diesem Zusammenhang wusste die Hebamme, dass die Ethnografin die vom Großkrankenhaus empfohlene Diät ausprobiert hatte.
- 6 Dennoch überwiegt in vielen medizinischen Lehrbüchern weiterhin die Darstellung der Gebärenden in Steinschnittlage (Hoffmann-Kuhnt 2013: 115).

Literatur

- Althusser, Louis (1977): *Ideologie und ideologische Staatsapparate. Aufsätze zur marxistischen Theorie*. Hamburg: Verlag für d. Studium d. Arbeiterbewegung (Positionen, 3).
- Árnason, Vilhjálmur (2005): *Dialog und Menschenwürde. Ethik im Gesundheitswesen*. Münster: LIT Verlag.
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris: *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz: UVK
- Bröckling, Ulrich (2002): *Das unternehmerische Selbst und seine Geschlechter*. In: *Leviathan* 30, 2, S. 175-194.
- Dackweiler, Regina-Maria (2010): *Frauen (gesundheits)bewegung im Wohlfahrtsstaat: Von der Selbstbestimmung zur ‚Selbstverantwortung‘ – von der Autonomie zur ‚Selbststeuerung‘?* In: Mauerer, G. (Hrsg.): *Frauengesundheit in Theorie und Praxis. Feministische Perspektiven in den Gesundheitswissenschaften*. Bielefeld: transcript, S. 145-165.
- Dierks, Marianne/Siebeneick, Stefanie/Röseler, Sabine (2001): *Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten?* In: Dierks, M.-L./Bitzer, E.-M./Lerch, M./Martin, S./Röseler, S./Schienkiewitz, A. (Hrsg.): *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, S. 4-27.
- Duden, Barbara (2010): *Frauen-„Körper“: Erfahrung und Diskurs (1970-2004)*. In: Kortendiek, B./Becker, R. (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, S. 504-518.
- Hirschauer, Stefan/Heimerl, Birgit/Hoffmann, Anika/Hofman, Peter (2014): *Soziologie der Schwangerschaft. Explorations pränataler Sozialität*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hoffmann-Kuhnt, Simone (2013): *Aktivität und Passivität während der Geburt: Akzente in der Leitbild gebenden Fachliteratur*. Dissertation. Hamburg: Universität/Medizinische Fakultät.
- Keller, Monika (2008): *Aufklärung und Informed Consent. Grenzen der Selbstbestimmung*. In: Illhardt, F.J. (Hrsg.): *Die ausgeblendete Seite der Autonomie, Kritik eines bioethischen Prinzips*. Berlin: Lit-Verlag, S. 21-34.
- Krumbügel, Janne (2014): *Überwachen und Beraten. Ratgeberbroschüren in der ärztlichen Schwangerenvorsorge*. Diplomarbeit. Frankfurt/M.: Universität/Soziologische Fakultät.
- Lemke, Thomas (2000): *Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologie. Ein kritischer Überblick über die governmentality studies*. In: *Politische Vierteljahresschrift* 1, 1, S. 31-47.
- Mozygemba, Kati (2011): *Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung*. Bern: H. Huber.
- Mozygemba, Kati (2013): *„Vor der Geburt Mutter-werden.“ Soziokulturelle Aspekte eines körpervermittelten Übergangsprozesses*. In: Makowsky, K./Schücking, B. (Hrsg.): *Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 32-59.
- Nowicka, Magdalena/Tolasch, Eva (2014): *(Un)Fassbare Körper. Frauen erzählen von der Schwangerschaft*. In: Schmidt, W. G. (Hrsg.): *Körperbilder in Kunst und Wissenschaft*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 223-248.
- Ott, Marion/Wrana, Daniel (2014): *Adressierung*. In: Wrana, D./Ziem, A./Reisigl, M./Nonhoff, M./Angermüller, J. (Hrsg.): *DiskursNetz. Wörterbuch der Interdisziplinären Diskursanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 19-20.
- Rieger, Stefan (2002): *Arbeit an sich. Dispositive der Selbstsorge in der Moderne*.

- In: Bröckling, U./Horn, E. (Hrsg.): *Anthropologie der Arbeit*. Tübingen: Narr, S. 79-96.
- Rose, Lotte (2010): ‚Natürliche‘ und ‚sanfte Geburt‘. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen. In: *Freiburger GeschlechterStudien* 24, S. 207-222.
- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina (2011): *Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis*. In: Villa, P.-I./Moebius, S./Thiessen, B. (Hrsg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt/M./New York: Campus, S. 75-100.
- Sänger, Eva/Treusch, Pat/Scheunemann, Judith/Dörr, Annalena (2013): *Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen*. In: *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Schwerpunktthema Medikalisierung und Geschlecht zwischen Optimierung, Pathologisierung und Gesundheitsförderung*, 5, 1, S. 56-71.
- Schadler, Cornelia (2013): *Vater, Mutter, Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft*. Bielefeld: transcript.
- Strauss, Anselm L./ Corbin, Juliet M. (1996): *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Tew, Marjorie (2007): *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Tuschy, Benjamin/ Berlin, Sebastian/Hägele, Frank/Job, Horst/Sütterlin, Marc/Kehl, Sven/Siemer, Jörn (2012): *Welche Erwartungen stellen Schwangere an eine ideale Entbindungsklinik?* In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 216, S. 246-252.
- Villa, Paula Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hrsg.) (2011): *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Campus: Frankfurt/M./New York.
- Wolff, Friedrich (2006): *Geburtshilfe*. In: Baltzer, J./Friese, K./Graf, M./ Wolff, F. (Hrsg.): *Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das komplette Praxiswissen in einem Band*. Thieme: Stuttgart, S. 165-338.
- Wrana, Daniel/Ott, Marion (2014): *Anrufung*. In: Wrana, D./Ziem, A./Reisigl, M./Nonhoff, M./Angermüller, J. (Hrsg.): *DiskursNetz. Wörterbuch der Interdisziplinären Diskursanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, S. 30-31.
- Wulf, Christoph/Hänsch, Anja/Brumlik, Micha (Hrsg.) (2008): *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Wulf, Christoph/Althans, Birgit/Foltys, Julia/Fuchs, Martina/Klasen, Sigrid/Lamprecht, Juliane/ Tegethoff, Dorothea (Hrsg.) (2008): *Geburt in Familie, Klinik und Medien. Eine qualitative Untersuchung*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Bettina Schwind/Karin Gross/Sibil Tschudin/Nina Wehner/Toine Lagro-Janssen

Variations in gynaecologists' reasoning over a pelvic pain vignette: What does it tell us on empowering approaches?

Abstract: This study aims to explore gynaecologists' medical reasoning about pelvic pain management to understand what may underlie empowering approaches. 11 semi-structured interviews with physicians were conducted across 6 outpatient gynaecological settings within the Basel area, Switzerland. Analysis followed a constructive interpretative grounded theory approach according to Charmaz. Three emergent perspectives regarding patient empowerment were identified. They demonstrate how the complex socialisations of men and women as gynaecologists in their work environment affect their medical reasoning. While some perspectives hamper, others enable clinicians to take an empowering approach. Training courses in self-reflective approaches are recommended to support clinicians in developing and supporting an empowering approach towards patients with chronic pelvic pain and to go beyond a biomedical perspective.

Keywords: gender; medical reasoning; gynaecology; pelvic pain; Switzerland.

Interpretationen und Argumentationsweisen von Gynäkolog_Innen zu einer Unterbauchschmerz-Vignette: Was erfahren wir darin über Empowerment?

Zusammenfassung: Die Studie untersucht, wie Gynäkolog_innen über die Betreuung von Bauchbeschwerden nachdenken und was aus ihren Argumentationsweisen über Empowerment von Patientinnen erfahren werden kann. Sie basiert auf 11 halbstrukturierten qualitativen Interviews mit Ärzt_innen aus 6 verschiedenen gynäkologischen Betreuungs-Settings im Raum Basel, Schweiz. Die Analyse mittels konstruktiv-interpretativer Grounded Theory nach Charmaz konnte bezüglich Empowerment drei Perspektiven identifizieren. Diese zeigen, wie eine komplexe Sozialisierung von Männern und Frauen im gynäkologischen Arbeitskontext sich darin niederschlägt, was sie sich unter einer guten gynäkologischen Betreuung vorstellen. Gewisse Perspektiven erschweren ein Empowerment, andere sind dafür hilfreich. Es wird empfohlen, in die ärztlichen Curricula Module zu Selbstreflexion einzubauen, um Kliniker_innen dabei zu unterstützen, bei Patientinnen mit chronischen Bauchbeschwerden über eine biomedizinische Sichtweise hinauszugehen und ein Patientinnen-Empowerment zu ermöglichen.

Schlagwörter: Gender; medizinische Argumentationsweise; Gynäkologie; Unterbauchschmerz; Schweiz.

Background

Although chronic pelvic pain poses a high burden of disease on women (Latthe/Latthe/Say 2006: 2; McGowan/Escott/Luker 2010: 1), there exists no uniform definition due to the complexity of its clinical picture and to the wide range of possible physical and/or psychosocial causes (Deutsche Gesellschaft für

Gynäkologie und Geburtshilfe 2009: 4-5). The diagnosis is often made by exclusion, that is when pain persists for 3 months or more and no underlying pathology is identified by ultrasound or laparoscopy (Allison/Lev-Toaff 2010: 211-218; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009: 24-31). In the absence of an identifiable organic pathology, pelvic pain is labelled functional or somatoform (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009: 5; Karnath/Breitkopf 2007: 41; Matheis/Martens/Kruse 2007: 3446).

Many patients therefore do not receive a medical explanation for their pain. This may not alleviate their fears and they may re-enter in a cycle of investigations (McGowan/Escott/Luker 2010: 1; Price/Farmer/Harris 2006: 449-450). The few studies which have explored women's perspectives on medical consultations for chronic pelvic pain (MacBride-Stewart/Grace 2007; McGowan/Luker/Creed 2007; Price/Farmer/Harris 2006), have shown that they often feel ignored, rejected, dismissed, devalued, and without help to better manage their condition: "I am not sure if anything can help..., a cure would be good or some recognition that this condition does exist... we... would like to have better things to do than be dismissed and left at limbo..." (McGowan/Luker/Creed 2007: 270); "I felt like it was going on and on... and there was no answer... that was the hardest part." (Price/Farmer/Harris 2006: 450).

This has led to calls that physicians should take on a more empowering attitude, recognising patients' concerns and supporting them in developing coping mechanism (Malterud 2000: 605-607, 609; McGowan/Luker/Creed 2007: 272; Price/Farmer/Harris 2006: 451-452; Vincent 2011: 147). However, there are ambiguities as to what an empowering attitude might indeed consist in. Price et al. (Price/Farmer/Harris 2006: 451) have advised 'effective reassurance', but within a biomedical understanding of the condition. In contrast, authors like McGowan and colleagues (McGowan/Escott/Luker 2010: 7-8, McGowan/Luker/Creed 2007: 272) state that going beyond the biomedical would be the only way to include patients' subjective experiences and for helping them in formulating self-management options. Alternatively, the group of Kristi Malterud (Malterud 2000: 609; Werner/Steihaug/Malterud 2003: 502-505) presents a more pronounced empowering strategy by emphasising, particularly when dealing with medically unexplained conditions, power inequalities involved in medical consultations. According to them, physicians need to be aware of their role in diagnostic processes to share power and knowledge with patients so that joint symptom interpretations might open new explanatory perspectives. This 'strong empowerment' approach has its roots in the 1970s, when the feminist women's health movement propagated a shift of power and information to women in order to enable them to own their health and body (The Boston Women's Health Collective 1973). Yet, 'patient empowerment' has over time changed its meanings. Former emancipatory aspects have been replaced by educational elements to support patients in making 'informed decisions' (Aujoulat/D'Hoore/Deccache 2007: 13-14, 18-19; Holmström/Röing 2010: 168; Malterud 2010: 140; Malterud 2000: 609; Piper 2010: 174).

Physicians confronted with chronic pelvic pain patients however often find themselves uncomfortable, struggling to realise an empowering strategy. They

prefer to diagnose irritable bowel syndrome instead of chronic pelvic pain (McGowan/Escott/Luker 2010: 107) and often feel unprepared to treat pain without an organic cause or to manage this condition effectively. This in turn may challenge their professional competences (Malterud 2000: 2; McGowan/Escott/Luker 2010: 2) and lead them to reinforce their expert position by putting blame on patients (Malterud 2000: 603). Hence, knowing more about clinicians' reasoning on pelvic pain management may help to elucidate professional perspectives which may empower women and allow giving directions to improve care for pelvic pain patients.

While a number of studies have addressed the perspectives of chronic pain patients (MacBride-Stewart/Grace 2007; McGowan/Luker/Creed 2007; Price/Farmer/Harris 2006), physicians' attitudes have remained understudied (McGowan/Escott/Luker 2010), and the need for more research on care providers has been identified (Hall 2003: 11). A qualitative approach serves best to investigate physicians' medical reasoning which is understood as a complex interpretative process of evidence construction (Burnum 1993: 941-942; Leder 1990: 11; Malterud 1999: 282-283, 2000: 604; Nessa 1996: 371-375), allowing insights into what is – or is not – interpreted as a relevant sign for diagnosis and management (Puustinen 1999: 276). It may also reveal variations in beliefs about what kind of position towards patients physicians might favour and how these may relate to empowering doctor-patient relationships (Malterud 1999: 283, 2000: 606; Undeland/Malterud 2008: 226).

The few studies which have applied an interpretative perspective towards diagnostic and management processes concentrate on unexplained medical symptoms, but not specifically chronic pelvic pain (Malterud/Candib/Code 2004; Malterud 1999, 2000; Undeland/Malterud 2008). So far, studies on pelvic pain management were conducted in general practices (McGowan/Excott/Luker 2010, McGowan/Luker/Creed 2007; Wileman/May/Chew-Graham 2002; Zondervan/Yudkin/Vessey 1999). Although gynaecological outpatient practices have the highest prevalence of medically unexplained conditions of any speciality (Nimnuan/Hotopf/Wessely 2001: 1), little is known on how chronic pelvic pain is managed in gynaecology (Abercrombie/Learman 2012).

The aim of this study is to provide a greater understanding of gynaecologists' medical reasoning about what constitutes good pelvic pain management, paying particular attention to inclusive and empowering perspectives. Findings are based on a grounded theory analysis of semi-structured interviews with gynaecologists.

Methods

This paper reports on the qualitative investigation of a mixed methods project called "Women and Gynaecology in Evaluation", funded by the Swiss National Science Foundation (SNF No. 32003B-121358). The qualitative part served to characterise gynaecologists' working approaches in selected outpatient settings in which quantitative patient data was collected. Both study parts are to be

integrated to explore reciprocities. Six different gynaecological outpatient settings in the Basel area (Switzerland) were selected by maximum variety sampling prior data collection. This strategy served to maximise the representation of diversity in gynaecological working approaches, enabling us to trace their similarities and differences (Teddlie/Yu 2007: 81). Settings included: (a) the outpatient department of the university's women's clinic; (b) four privately run gynaecological practices with varying sub-specialisations; and (c) one women's health centre (WHC).

2.2. Ethical Considerations

The Ethics Committee of Basel (Nr. EK265/09) gave ethical approval prior to the study in 2009. Preceding data collection, participants were required to give informed consent. They were informed on their right to withdraw and assured confidentiality/anonymity. All interviews were anonymised.

Conceptual framework

The study was led by an interest in medical care concepts influential for current gynaecology such as patient-centeredness (de Haes 2006; Mead/Bower 2000; Rademakers/Delnoij/Nijman 2012), gender research (Bertakis 2009; van den Brink-Muinen 1998; Carnes 2010; Christen/Alder/Bitzer 2008; Davies 2003; Eriksson 2003; Riska 2001), feminist care approaches related to women's health care (Bean-Mayberry/Yano/Caffrey 2007; van den Brink-Muinen 1998; van Den Brink-Muinen 1997; Zobrist 2005) and various decision-making models (van den Brink-Muinen 1998; Charles/Gafni/Whelan 1997; Elwyn/Edwards/Kinnersley 1999; Entwistle 2009; Mast 2004; Wensing/Elwyn/Edwards 2002). They served as 'sensitizing concepts' (Bowen 2006: 2-3; Charmaz 2006: 16) which, according to constructionist grounded theory, are understood as providing ideas regarding what to pursue during research. Thus, they helped us designing data collection tools. Empowerment emerged as a cross-cutting yet poorly defined theme which is considered as vital for current health care, putting emphasis on physician-patient relationships (Aujoulat/D'Hoore/Deccache 2007; Feste/Anderson 1995; Holmström/Röing 2010; Malterud 1993; Piper 2010). The importance of relational aspects is likewise recognised by symbolic interactionism which informed the constructionist grounded theory followed herein (Charmaz 2006: 7).

Sampling and participants

Purposive sampling was used to select physicians across the six selected outpatient gynaecological care settings (see table 1), which differ in services offered, organisational aspects, and gender of practicing gynaecologists.

Table 1: Characteristics of gynaecological care settings and number of interviewed clinicians

	Women's Health Centre	Outpatient department, University's Women's Clinic	Joint Practice	Single Practice	Joint Practice	Single Practice
Year of opening	1980	1960s	1992	1989	1991	1996
Number of care providers (number of board-certified gynaecologists)	9 (1) includes 4 expert women	Approximately 60, in different stages of professional education (Approximately 30)	2 (2)	1 (1)	2 (2)	1 (1)
Sex of care providers	Female	Female/male distribution approximately 85%/15%	Female	Male	Female	Male
Approximate number of patients per year	5.900	41.000	4.200	4.000	5.600	3.800
Services offered beyond general gynaecology	Integrated care, psychosocial approaches	Colposcopy, psychosomatics, antenatal care, endocrinology, infertility, urogynaecology, senology, gynaecological oncology	Surgery, infertility, obstetrics (no delivery assistance); psychosomatics, sexual medicine, children's gynaecology	Obstetrics, surgery, infertility	Endocrinology, infertility, psychosomatics, care of oncological patients, difficult pregnancies, crises-intervention, diet counselling	Obstetrics, prenatal/feto-maternal medicine, surgery
Number of interviewed physicians (expert women)	2(3)	2	1	1	1	1

We conducted 11 semi-structured interviews with clinicians. Because of the university hospital's and the WHC's complex working environments, we purposefully sampled two physicians in these settings. To account for WHC's particularities, three expert women were sampled as well. They had undergone curricula in midwifery, naturopathy and psychotherapy and were additionally trained by the WHC's physicians to provide basic gynaecological services alongside gynaecologists. This approach is particular to WHCs to reduce physician-patient distance, as expert women are considered specialists in 'normal' women's health issues (van den Brink-Muinen 1998; Broom 1998; Thomas/Zimmerman 2007; Thomas 1999; van Den Brink-Muinen 1997; Zobrist 2005). Because female gynaecologists' and expert women's medical reasoning emerged as being alike, we decided to include them. Also, an understanding of the WHC's working approach would have been impossible without them.

Overall, 8 medical doctors and 3 expert women were interviewed (8 women and 3 men). All but 2 physicians were board-certified gynaecologists. The two exceptions were, first, one female physician working at the WHC who has been trained in gynaecology, but not completed the gynaecological curriculum required for being board-certified, and, second, a female assistant doctor who is working at the university hospital, undergoing the gynaecologic training curriculum during data collection. All clinicians, with the exception of the assistant doctor, gained their first work experiences during the 1980s. This is due to the overall project design which required settings to be operational for at least ten years because of the interest in long-term patients.

Interview design and data collection

Interviews followed a semi-structured interview guide with open-ended questions. Gynaecologists were encouraged to express themselves freely, while being guided to talk about the following themes: gynaecologists' specialisation, women's concerns, working approaches, significant influences on the latter, and 4 clinical vignettes. The vignettes served to compare gynaecologists' explicitly expressed working approach with their implicit attitudes presented regarding a given situation. It is with this aim that qualitative research regularly applies vignettes to gain a more balanced understanding of a topic (Hughes 1998). We kept vignettes brief to allow gynaecologists room for interpretation when being asked to outline what they would do. The vignettes, addressing menopause, vaginal mycosis, metrorrhagia and pelvic pain, were constructed with gynaecologists involved to assure their practice relevance. This paper presents findings regarding the pelvic pain vignette:

A 35 year old slender business woman with laptop and mobile, seemingly stressed, presents herself with lower abdominal pain, locating it at the ovaries by pointing to them.

The final interview part addressed potential interests of physicians and emergent themes identified during the prior interview.

Interviews were completed between August 2011 and March 2012 by BS, a social scientist with background in medicine. They were adjusted to interview dynamics, lasted up to 90 minutes and were accomplished in practices outside opening hours. They were audio-recorded and transcribed into standard German.

Data analysis

All data was imported into Atlas.ti (6.2). Analysis followed constructionist grounded theory (Charmaz/Belgrave 2012; Charmaz 2006) which applies an inductive approach and uses contrasting principles to investigate similarities and differences emerging from the data to come up with a new theory. The interviews were analysed by reviewing line-by-line and applying initial, open coding, while writing memos on ideas arising. This led to the emergence of focused codes (Charmaz 2006: 57-59). 4 study group members (BS, KG, NW, EZ) with different professional backgrounds (medicine, epidemiology, social science, sociology, medical anthropology) and experience in qualitative research read interviews individually. During group meetings each interview was jointly interpreted and contrasted with other interviews within/across settings to realise a comprehensive analysis. The group members met weekly, at least two were present throughout all meetings and served as member-checks for ensuring the findings' validity. Final categories were established by consensus. Data saturation was achieved with the initial sample as evinced by the re-occurrence of the identified variations within the emergent categories, such as proximity/distance in physician-patient relationships, women-centred strategies regarding examination, physician-patient conversations, decision-making processes and therapies. If we had not achieved saturation with the initial sample, we would have conducted more interviews.

Ensuring rigor

To ensure rigor, numerous measures were taken. A self-reflective journal was kept, which ensured a better understanding of interviews during analysis (Morrow 2005: 255). While interviewing, BS reframed questions and paraphrased participants' responses which served as on-spot member-checks to enhance the study's validity (Krefting 1991: 217). Study researchers had different disciplinary backgrounds and are experienced qualitative researchers. This enabled them to conceptualise the large volumes of qualitative data and apply a multidisciplinary approach (Krefting 1991: 219). Findings were presented to gynaecologists in April 2013 who confirmed these reflected their approaches.

Results

All physicians interpreted pain as the leading symptom, followed by an almost identical diagnostic search with ultrasound to identify any explanatory pathology. Virtually every physician assumed no organic cause and reasoned about what they referred to as functional pelvic pain. Despite these similarities, their reasoning differed in the kind and extent to which an empowering perspective was presented, enabling us to identify 3 differing perspectives. These have been categorised using physicians' expressions (see table 2): 1. "Everything is fine – Do not worry" – Ensuring exclusion of disease; 2.: "There is room to talk..." – Advocating meaningful care; and 3.: "There is no single answer" – Tailoring individual support.

"Everything is fine – Do not worry" – Ensuring exclusion of disease

This position is represented by narratives about the relevance of standardised diagnostics aiming at excluding health risk to make patients feel safe. It was mainly followed by men who were board-certified gynaecologists and led their own practices, but also by one female medical doctor (see table 2). Although they differed in their (sub)specialisations (feto-maternal to psychosomatic medicine), their accounts portrayed them as science-oriented gynaecologists. They read pain as the key sign for initiating standardised diagnostics. These were depicted as means for excluding health risks, as reflected 1. by the interpretation of a male gynaecologist trained in psychosomatic medicine (I1) and 2. by the perspective of the female assistant doctor (I2):

According to the leading symptom of lower abdominal pain, the aim is to check the region of the ovaries. There exists an algorithm: Is pain cyclic or not?... is [it] related to any infection or organic disease... By ultrasound, we would exclude such. Our function is to exclude any dangerous diseases. If excluded, one would communicate: 'We are sure, you may relax.' Such pains are called functional with two possible therapeutic options: symptomatic treatment or... psychosomatic consultations. (I1)

If diagnostics do not reveal any pathology, I try to fix another appointment in the next week; especially to check if the pain persists and how she responds to the pain killers prescribed. (I2)

All physicians presented sustained diagnostic procedures. By doing so they generated a picture of controlling knowledge production. This approach seemingly allowed them to present certainty on physical normality. Within physicians' interpretations, women only became addressees when being reassured, although clinicians were unable to provide an explanation. Psychosocial signs such as stress were not mentioned as relevant for diagnosis and management. Gynaecologists expressed neither including women's understandings of the condition nor

Table 2: Perspectives and characteristics of sampled gynaecologists/expert women across care settings

	Women's Health Centre	Outpatient department, University's Women's Clinic	Joint Practice	Single Practice	Joint Practice	Single Practice
Number and sex of interviewed physicians (expert women), board-certified gynaecologists	2 (3) Female	2 One female, one male	1 Female	1 Male	1 Female	1 Male
Three emergent perspectives identified	1 Advocating meaningful care	1 Exclusion of disease	1 Tailoring individual support	1 Exclusion of disease	1 Tailoring individual support	1 Exclusion of disease

creating room for conversations. Instead, in their narratives, their controlling and powerful position as experts was reinforced, as was presented by another male gynaecologist who emphasised the strength of diagnostics to identify the “real reason” behind pain, whereas women would often wrongly associate the pain with the ovaries:

... this is a good example, because it is frequent... and mostly it has nothing to do with the ovaries... patients often have this idea that the location of the pain should clearly show what it is... and we have the diagnostic options to investigate the surroundings of the ovaries... one is able to exclude the majority of physical risks... (I3)

Another male gynaecologist maintained his control through an explanatory shift, providing an alternative meaning to pain while offering treatment:

If everything is fine, I explain the psychosomatic nature of irritable bowel syndrome. I prescribe a plant-based remedy which works perfectly... There is no cause for concern. (I4)

Gynaecologists within this perspective presented concrete measures to tackle women’s pain, mostly as a two-step approach: 1. to prescribe pain killers and 2. to refer women to psychosomatic treatment.

“There is room to talk...” – Advocating meaningful care

This position puts more emphasis on an empowering perspective, as the exclusion of organic causes served as a starting point for advocating meaningful care. It was followed by the physicians and expert women of the WHC (see table 2). Of the 2 physicians one was a board-certified gynaecologist and one trained in general gynaecology without board-certification but with specialisation in psychotherapy. Both are qualified in psychosomatics. The 3 expert women had undergone training in midwifery, naturopathy and psychotherapy. Their perspectives towards pelvic pain management were alike: They posed pain and stress as equally relevant signs, as recognised 1. by the female gynaecologist (I5) and 2. by the expert women trained in naturopathy (I6):

It is interesting why they know that the ovaries are causing the pain and name it. I take the medical history. I let her speak about stress...It is important that there is room to talk... Pregnancy and venereal diseases must be excluded... physical examination follows... a sonography. Usually nothing is found. The point is whether rest is beneficial and how she achieves it. Typically, it is a holistic therapy. I attempt to work with the body through massage... (I5)

I try having a conversation to ask since when she experiences the pain... I examine and we decide together... if any physical cause is excluded, I would, if she wishes, propose a conversation on stress to see what is possible... it depends! Is a massage of help or can I support her in taking free time? (I6)

Gynaecologists and expert women displayed themselves as offering meaningful care by combining the biomedical view with women's concerns. Instead of exclusively offering reassurance, they displayed an enabling attitude: they described themselves as offering room for conversation to build a relationship without pressuring women to accept this. They explicitly acknowledged a societal influence on women's health, thereby turning the individual experience into a common one, and allowing women to attribute meaning to the pain. This is depicted in the interpretation by the physician trained in gynaecology:

... I would respond to her fear, and today, one uses ultrasound. Usually no underlying organic cause is found. She is relieved, but blames herself for a self-destructive life style due to too much stress and masculinity. I choose the topic of stress and see how she responds. How can one cope with stress? One might want to practice shiatsu or do something unrelated to rational logic. Masculinity is good, but a pity to sacrifice femininity which is linked with [...] cycles and patience. Maybe she talks about pain during sexual intercourse, sexuality may play a role... (I7)

Gynaecologists and expert women presented themselves as being aware of the impact of society on women's lives and health, offering women the opportunity to situate their experience in a distinct social context. They read stress as alienating women from their bodies and encouraged a holistic treatment approach. Thereby, they aimed to give women a means to reflect about womanhood which served to develop management strategies with emphasis on the body. This is illustrated by the expert woman qualified in psychotherapy:

... such a woman has to get back into her body. She is better off with a compress, requiring lying down... (I8)

"There is no single answer" – Tailoring individual support

As before, the inclusion of patients' experiences into reasoning processes is the key characteristic of this position. Yet, it differs by emphasising women's individual understandings of pain and the creation of a mutual understanding and management strategy. The physicians who tailored such an approach were the 2 women working in gynaecological group practices (see table 2), both being board-certified gynaecologists and specialised in psychosomatics. They read pain and stress as equally important signs and depicted themselves as reciprocally interacting with women. They illustrated how they build a dialogue wherein they fostered mutual exchange, as was stated by one female gynaecologist:

I ask: ‘... Since when do you have the pain?... What do you think about it...?’ She answers: ‘I think there is something wrong with my ovaries. A friend of mine had a cyst...’ I reply: ‘You are afraid... I propose doing an ultrasound... ok? I do not believe that I will find anything, it is just to be sure...’. If I suspect any infection ... sexual history becomes relevant... followed by an examination, ultrasound... therapy according to findings. If stress becomes an issue, I react to it. It depends on her needs – maybe a new appointment, a sleeping pill... (I9)

Communication and understanding appeared as tools for an enabling relationship built on partnership and trust. They portrayed both sides as navigating towards a joint management strategy. Apparently, diverse outcomes were possible, whereby medical expertise was exposed as convening with women’s concerns, as was expressed by the female gynaecologists already quoted before:

Sure, therapy is according to outcomes. If stress indeed has emerged as a priority, then I offer – depending on the situation – I ask whether she needs anything... and then there are diverse responses possible. (I9)

Support was tailored to the patient’s personal needs and aimed to empower women to take control over the situation. They openly displayed a complex view of women’s pain beyond biomedical concepts, rejecting conformity to the stereotype of ‘the stressed woman’. This was expressed by the other female gynaecologist:

... there is no such patient... where you know she is stressed – another manager with pain...I need to look at the whole... perhaps she is happy with her career and enjoys the ringing phone... there are people who like it and who are absolutely not stressed (I10)

Discussion

This study expands research findings on chronic pelvic pain by focusing on gynaecologists’ perspectives towards good management practices, while paying attention to empowerment. To our knowledge, it is the first study using an interpretative approach towards medical reasoning in gynaecology.

Main results

Our findings suggest that variations in medical reasoning are rooted in interactions between gynaecologists’ work environments, their (sub-)specialisations and gender: Female gynaecologists socialised in group practices presented a greater interest in psychosomatics, clearly tended to support the inclusion of women’s perspectives, and went beyond a biomedical interpretation of pelvic pain, thus facilitating empowering processes. Male gynaecologists, affiliated to or working

in hospital settings with science-based evidence orientation, displayed a greater interest in technical and biomedical aspects, declared to apply standardised diagnostic procedures to exclude physical risks, and understood functional pelvic pain as a sign of psychosocial distress.

Reflections on empowering perspectives

In our study, female gynaecologists expressed that they generate, together with their patients, a comprehensive interpretation of pelvic pain, resonating with what Kristi Malterud has designated as empowering practices (Malterud/Code/Candib 2004: 15; Malterud, 1993: 367, 2000: 609). Malterud has emphasised the responsibility of physicians to share power with patients, as a precondition for giving patients space to voice their perspectives and experiences. This may allow a new understanding of complex symptoms which remain unexplained by a sole biomedical approach. This strategy has also been perceived as valuable to validate the suffering of chronic pelvic pain patients and to help them to find management strategies (McGowan/Luker/Creed 2007: 272).

Although some emergent perspectives of gynaecologists seemed more apt to realise an empowering approach, each stance towards symptom interpretation may have to deal with some sort of pitfall (Malterud 2000: 607). For example, female gynaecologists from the group practices favoured an individualised stance towards symptom interpretation and management, whereas those from the WHC proposed a social contextualisation. Whereas an individualised stance may allow learning more about a specific woman, it might reinforce that the pain is perceived as a personal failure. In contrast, a social contextualisation may empower women to understand their pain at the crossroads of individual and collective experiences, giving them the opportunity to alleviate feelings of isolation (McGowan/Luker/Creed 2007: 270-272; Price/Farmer/Harris 2006: 451). On the other hand, by interpreting stress as the almost single cause of pelvic pain, WHC's physicians might be prone to allocate diverse patients into a uniform group instead of reading symptoms as a result of multiple, complex and interactive causes. Such a 'universalistic trap' (Malterud 2000: 608) was also observed in the reasoning largely presented by male gynaecologists, who interpreted pelvic pain as virtually being evoked by an underlying psychosocial illness. However, according to a meta-analysis this attribution seems not to be adequate (McGowan/Clark-Carter/Pitts 1998): No matter whether women suffered from organic or non-organic pelvic pain, they showed no significant differences regarding psychosocial characteristics. Thus, male gynaecologists' stance may result in getting caught in a 'psychosocial trap' (Malterud 2000: 608).

We agree that gynaecologists' self-reflectivity about their role in knowledge production during medical encounters is a necessity for a 'strong empowering approach' (Aujoulat/D'Hoore/Deccache 2007: 18; Baarts/Tulinus/Reventlow 2000: 430-434; Malterud 2010: 140; Malterud 2000: 609). It may facilitate to become a qualified reader of patients' suffering, to recognise psychosocial conditions and to challenge biomedical exclusivity (Aujoulat/D'Hoore/Deccache 2007:

18; Malterud 2010: 140; Malterud 2000: 609). Moreover, solely an inclusive, empowering approach may retrieve information on sexuality, which is relevant in the case of pelvic pain, because it may indicate a history of sexual abuse (MacBride-Stewart/Grace 2007: 62; Malterud 2000: 609; Werner/Steihaug/Malterud 2003: 506). Surprisingly, the relation between intimate partner violence or sexual abuse and pelvic pain was almost absent in the reasoning of the interviewed gynaecologists, although this association is well established (Hilden/Sidenius/Langhoff 2003; Lampe/Doering/Rumpold 2003; Poleshuck/Dworkin/Howard 2005; Randolf/Reddy 2006; Siedentopf 2009).

Gender and gynaecologists' socialisations

Previous studies have acknowledged the effect of gender on gynaecologists' communication with patients (Christen/Alder/Bitzer 2008; Hall/Roter 2002; Janssen/Lagro-Janssen 2012; Kerssens/Bensing/Andela 1997; Van Dulmen/Bensing 2000), and a recent systematic review has concluded that female gynaecologists show a more patient-centred communication style and are more willing to include patients' perspectives than their male counterparts (Janssen/Lagro-Janssen 2012: 223, 225). A Dutch study has reported – similarly to our study – that female physicians across all their included care settings were more alike and inclined to include patients personal/social situations than their male colleagues (van den Brink-Muinen 1998: 123-127). All the above studies have largely relied on video recordings of medical consultations and thus analysed observed material. However, clinical relationships and the construction of diagnostic evidence include a subjective dimension arising from physicians' attitudes and emotions. Therefore, a switch from a descriptive to a more explanatory mode of understanding may be warranted (Hall 2003: 10-11). While our findings resonate with the findings of the above studies on gender and communication in gynaecology, it goes beyond in showing that medical reasoning of gynaecologists relates to their socialisations, producing a complex interaction of gender and professional socialisation.

Joan Acker (Acker 1990) had thematised that the organisational structure of work commonly maintains gender segregation and permeates into (organisational) thinking and work relations. A number of studies have explored interactions between gender and work within the medical profession (Cassell 1998; Davies 2003; Eriksson 2003; Hinze 1999; Risberg 2004; Riska 2001; Riska/Wegar 1993), particularly since the influx of women into medicine – into gynaecology in particular – has, at least numerically, 'feminised' the medical profession (Bertakis 2009; Buddeberg-Fischer/Klaghofer/Abel 2006; Chang/Odrobina/McIntyre 2010; Schnuth/Vasilenko/Mavis 2003; Thomas 2000). However, women are not evenly spread across the sub-specialisations of gynaecology (Buddeberg-Fischer 2003: 231). Female gynaecologists currently concentrate more on patient-focused areas, while male gynaecologists rather specialise in surgical and science-oriented areas. Our study mirrors such a gender-stratified social environment within gynaecology, but also suggests that this may re-affect gynaecologists' reasoning

and attitudes towards patients. Whereas De Jong (De Jong 2008: 171, 181) has acutely shown that work environments form normative communities which may result in the harmonisation of general practitioners' behaviours, she has not found any evidence that gender might explain such behavioural similarities.

Our findings reveal complex interactions between gynaecologists' work environments, sub-specialisations and gender, which may influence and synchronise their medical reasoning. The interpretations of the vignette showed that the work environment of both the university hospital and the WHC seemed to cause a certain alignment of interpretations, no matter of clinicians' gender (fe/male physicians in the hospital) or medical (sub-)specialisations. However, certain work environments and sub-specialisations within gynaecology apparently were more appealing to either men or women, thereby harmonising their reasoning processes. Men were more inclined to work within single practices and in hospitals or to be affiliated to hospitals, presented a greater interest in technical/science-oriented specialisations, and their reasoning revealed a preference for standardised diagnostics reinforcing their expert position. Women rather choose to work in group practices, were more interested in psychosomatics, were more willing to share power with patients and to interpret symptoms jointly. However, any oversimplifications need to be avoided, as neither female gender nor a psychosomatic sub-specialisation alone guarantees an empowering perspective.

Limitations and strengths

While the objective of qualitative research is not representativeness, we acknowledge the relatively small sample size. Due to this and the Swiss context, we caution to extend conclusions to other settings. The mixed methods approach of the project did not allow for theoretical sampling of gynaecological settings in the qualitative part, because we needed to identify these prior to collect the quantitative health data of respective patients. This trade-off is intrinsic to mixed methods approaches (Creswell 2003: 21-22; Teddlie/Yu 2007: 86-87). However, maximum variety sampling served the project purpose well, as it allowed identifying a diverse mix of gynaecological settings.

Limitations are offset by several strengths. Rigor was assured through acknowledged measures. We are able to stress a high internal validity of data, as analysis exposed great consistency. The generation of included gynaecologists is most appropriate for research on differences in current gynaecological care, because they have been exposed to the range of care approaches practiced between 1985 and 2000 (Whelan 2009: 1489).

Conclusion

Our study's findings show how the complex socialisations of gynaecologists (through sub-specialisations, work environments, gender) influence their medical reasoning. While primarily female gynaecologists, socialised in group practices, revealed more pronounced empowerment strategies than male gynaecologists, their approaches differed between taking an individual stance and linking the individual experience to the social circumstances of women with chronic pelvic pain. Whereas empowering approaches have not been clearly defined but considered crucial for women with chronic pelvic pain to alleviate suffering and to find ways to live with the condition, physicians' self-reflexivity is viewed as a precondition for their implementation. While the integration of psychosomatic training in the curriculum for training in gynaecology/obstetrics in 2002 in Switzerland marks a step in this direction (Tschudin/Kaplan/Alder 2013: 108), it might not be sufficient to consolidate self-reflective approaches. Thus, advanced postgraduate training courses in self-reflective, empowering approaches are recommended.

Correspondence address/Korrespondenzadresse

Corresponding Author:

Bettina Schwind

Swiss Tropical- & Public Health-Institute, Basel, Switzerland

Socinstrasse 57, P.O.Box, CH-4002 Basel, Switzerland

bettina.schwind@unibas.ch; +41 61 284 86 17 (office)

Literatur

- Abercrombie, Priscilla/Learman, Lee (2012): Providing Holistic Care for Women with Chronic Pelvic Pain. In: *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 41, 5, pp. 668-679.
- Allison, Sandra/Lev-Toaff, Anna (2010): Acute Pelvic Pain: What we have learned from the ER. In: *Ultrasound Quarterly* 26, 4, pp. 211-218.
- Aujoulat, Isabelle/D'Hoore, William/Deccache, Alain. (2007): Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? In: *Patient Education and Counseling* 66, 1, pp. 13-20.
- Baarts, Charlotte/Tulinius, Charlotte/Reventlow, Susan (2000): Reflexivity – a strategy for a patient-centred approach in general practice. In: *Family Practice* 17, 5, pp. 430-434.
- Bean-Mayberry, Bevanne/Yano, Elisabeth/Caffrey, Cynthia/Altman, Liza/Washington, Donna (2007): Organizational characteristics associated with the availability of women's health clinics for primary care in the Veterans Health Administration. In: *Military Medicine* 172, 8, pp. 824-828.
- Bertakis, Klea (2009): The influence of gender on the doctor-patient interaction. In: *Patient Education and Counseling* 76, 3, pp. 356-360.
- Bowen, Glenn (2006): Grounded Theory and Sensitizing Concepts. In: *International Journal of Qualitative Methods* 5, 3, pp. 12-23.
- Broom, Dorothy (1998): By women, for women: the continuing appeal of women's health centres. In: *Women & Health* 28 1, pp. 5-22.
- Buddeberg-Fischer, Barbara (2003): Gender stereotypes in gynecology and obstetrics: obstacles for young male physicians? In: *Gynäkologisch Geburtshilfliche Rundschau* 43, 4, S. 231-237.
- Buddeberg-Fischer, Barbara/Klaghofer, Richard/Abel, Thomas/Buddeberg, Claus (2006): Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. In: *BMC Health Services Research* 6, p. 137.
- Burnum, John (1993): Medical diagnosis through semiotics. Giving meaning to the sign. In: *Annals of Internal Medicine* 119, 9, pp. 939-43.
- Carnes, Molly (2010): Commentary: deconstructing gender difference. In: *Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges* 85, 4, pp. 575-577.
- Chang, Judy/Odrobina, Michel/McIntyre-Seltman, Kathryn (2010): The effect of student gender on the obstetrics and gynecology clerkship experience. In: *Journal of Women's Health* 19, 1, pp. 87-92.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiran/Whelan, Tim (1997): Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). In: *Social Science & Medicine* 44, 5, pp. 681-92.
- Charmaz, Kathy (2006). *Constructing Grounded Theory*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Charmaz, Kathy/Belgrave, Linda (2012). *Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis*. In: Gubrium J./Holstein J./Marvasti A./McKinney D. (Hrsg.): *The SAGE Handbook of Interview Research. The Complexity of the Craft*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Christen, Regula/Alder, Judith/Bitzer, Johannes (2008): Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations. In: *Social Science & Medicine* 66, 7, pp. 1474-1483.
- Creswell, John (2003): *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Davies, Karen (2003): The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. In: *Sociology of Health Illness* 25, 7, pp. 720-742.
- De Haes, Hanneke (2006): Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. In: *Patient Education and Counseling* 62, 3, pp. 291-298.
- De Jong, Judith (2008): Social organization and institutional mechanisms. Utrecht: NIVEL.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2009): Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. pp.1-67. <<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/016-001.html>> (accessed 19 July 2012).
- Elwyn, Glenn/Edwards, Adrian/ Kinnersley, Paul (1999): Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. In: *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 49, 443, pp. 477-82.
- Entwistle, Vikki (2009): Patient involvement in decision-making: The importance of a broad conceptualization. In: Edwards A./Elwyn G. (Hrsg): *Shared decision-making in health care: Achieving evidence based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, pp. 17-23.
- Eriksson, Kristina (2003): Physicianship, female physicians and normal women. The symbolical, metaphorical and practical doing(s) of gender and physicians. Uppsala University, Sweden.
- Feste, Cathrine (1995): Empowerment: from philosophy to practice. In: *Patient Education and Counseling* 26, 3, pp. 139-144.
- Hall, Judith (2003): In: Some observations on provider-patient communication research. In: *Patient Education and Counseling* 50, 1, pp. 9-12.
- Hall, Judith/Roter, Deborah (2002): Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. In: *Patient Education and Counseling* 48, 3, pp. 217-224.
- Hilden, Malene/Sidenius, Katrine/Langhoff-Roos, Jens/Wijma, Barbo/Schei, Berit (2003): Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82, 11, pp. 1030-1036.
- Holmström, Inger/Röing, Martha (2010): The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. In: *Patient Education and Counseling* 79, 2, pp. 167-172.
- Hughes, Rhidian (1998): Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. In: *Sociology of Health & Illness* 20, 3, pp. 381-400.
- Janssen, Sabine/Lagro-Janssen, Antoine (2012): Physician's gender, communication style, patient preferences, patient satisfaction in gynaecology and obstetrics. In: *Patient Education and Counseling* 89, 2, pp. 221-226.
- Karnath, Bernard/Breitkopf, Daniel (2007): Acute and chronic pelvic pain in women. In: *Hospital Physician*, 47, pp. 41-48.
- Kerssens, Jan/Bensing, Jozien/Andela, Margrit (1997): Patient preference for genders of health professionals. *Social Science & Medicine* 44, 10, pp. 1531-1540.
- Krefting, Laura (1991): Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. In: *The American Journal of Occupational Therapy* 45, 3, pp. 214-222.
- Lampe, Astrid/Doering, Stephan/Rumpold, Gerhard/Söldner, Elisabeth/Krismer, Martin (2003): Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. In: *Journal of Psychosomatic Research* 54, 4, pp. 361-367.
- Latthe, Pallavi/Latthe, Manish/Say, Lale/Gülmezoglu, Metin/Khan, Khalid (2006): WHO systematic review of prevalence of

- chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. In: *BMC Public Health* 6, p. 177.
- Leder, Drew (1990): Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. In: *Theoretical Medicine and Bioethics* 11, 1, pp. 9-24.
- MacBride-Stewart, Sarah/Grace, Victoria (2007): "Women get this": gendered meanings of chronic pelvic pain. In: *Health (London)* 11, 1, pp. 47-67.
- Malterud, Kristi (1993): Strategies for empowering women's voices in the medical culture. In: *Health Care for Women International* 14, 4, pp. 365-73.
- Malterud, Kristi (1999): The (gendered) construction of diagnosis interpretation of medical signs in women patients. In: *Theoretical Medicine and Bioethics* 20, 3, pp. 275-86.
- Malterud, Kristi (2000): Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. In: *Family Medicine* 32, 9, pp. 603-611.
- Malterud, Kristi (2010): Power inequalities in health care-empowerment revisited. In: *Patient Education and Counseling* 79, 2, pp. 139-40.
- Malterud, Kristi/Candib, Lucy/Code, Lorraine (2004): Responsible and responsive knowing in medical diagnosis: the medical gaze revisited. In: *Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 12, 1, pp. 8-19.
- Mast, Marianne (2004): Dominance and gender in the physician-patient interaction. In: *Practicing Medicine* 1, 4, pp. 354-358.
- Matheis, Anna/Martens, Ute/Kruse, Johannes/Enck, Paul (2007): Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: A singular or two different clinical syndrome? In: *World Journal of Gastroenterology* 13, 25, pp. 3446-3455.
- McGowan, Linda/Clark-Carter, David/Pitts, Marian (1998): Chronic pelvic pain: A meta-analytic review. In: *Psychology and Health* 13, pp. 937-951.
- McGowan, Linda/Escott, Diane/Luker, Karen/Creed, Francis/Chew-Graham, Carolyn (2010): Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. In: *BMC Family Practice* 11, 7, pp. 7-15.
- McGowan, Linda/Luker, Karen/Creed, Francis/Chew-Graham, Carolyn (2007): How do you explain a pain that can't be seen? The narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. In: *British Journal of Health Psychology* 12, 2, pp. 261-274.
- Mead, Nicola/Bower, Peter (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: *Social Science Medicine* 51, 7, pp. 1087-1110.
- Morrow, Susan (2005): Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. In: *Journal of Counseling Psychology* 52, 2, pp. 250-260.
- Nessa, John (1996): About signs and symptoms: can semiotics expand the view of clinical medicine? In: *Theoretical Medicine* 17, 4, pp. 363-377.
- Nimnuan, Chaichana/Hotopf, Matthew/Wessely, Simon (2001): Medically unexplained symptoms An epidemiological study in seven specialities. In: *Journal of Psychosomatic Research* 51, pp. 361-367.
- Piper, Stewart (2010): Patient empowerment: emancipatory or technological practice? In: *Patient Education and Counseling* 79, 2, pp. 173-177.
- Poleshuck, Ellen/Dworkin, Robert/Howard, Fred/Foster (2005): Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. In: *The Journal of Reproductive Medicine* 50, 2, pp. 91-100.
- Price, J./Farmer, G./Harris, J./Hope, T/Kennedy, S./Mayou, R. (2006): Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. In: *BJOG an International*

- Journal of Obstetrics and Gynaecology 113, 4, pp. 446-452.
- Puustinen, Raimo (1999): Bakhtin's philosophy and medical practice – toward a semiotic theory of doctor-patient interaction. In: *Medicine Health Care And Philosophy* 2, 3, pp. 275-281.
- Rademakers, Jany/Delnoij, Diana/Nijman, Jessica/De Boer, Dolf (2012): Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. In: *BMC Health Services Research* 12, 1, p. 261.
- Randolph, Mary/Reddy, Diane (2006): Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. In: *Journal of Child Sexual Abuse* 15, 3, pp. 61-78.
- Riska, Eliannne (2001): Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? In: *Social Science & Medicine* 52, 2, pp. 179-187.
- Schnuth, Rael/Vasilenko, Peter/Mavis, Brian/Marshall, Joseph (2003): What influences medical students to pursue careers in obstetrics and gynecology? In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189, 3, pp. 639-643.
- Siedentopf, Friederike (2009): Chronic pelvic pain in women from a gynecologic viewpoint. In: *Der Urologe* 48, 10, pp. 1193-1194, 1196-1198.
- Teddle, Charles/Yu, Fen (2007): Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. In: *Journal of Mixed Methods Research* 1, 1, pp. 77-100.
- The Boston Women's Health Collective (1973): *The Boston Women's Health Book. Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster. Preface available at <<http://www.ourbodiesourselves.org/history/preface-to-the-1973-edition-of-our-bodies-ourselves/>> (accessed 12 July 2015)
- Thomas, Jane (1999): "Everything about us is feminist": The significance of ideology in organizational change. In: *Gender & Society* 13, 1, pp. 101-119.
- Thomas, Jan/Zimmerman, Mary (2007): Feminism and profit in American hospitals: The corporate construction of women's health centers. In: *Gender & Society* 21, 3, pp. 359-383.
- Thomas, Richard (2000): The Feminization of American Medicine. In: *Marketing Health Services* 20, 3, pp. 13-19.
- Tschudin, Sibil/Kaplan, Zuzana/Alder, Judith/Huang, Dorothy/Bitzer, Johannes (2013): Psychosomatics in obstetrics and gynaecology – evaluation of a compulsory standardized teaching program. In: *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology* 34, 3, pp. 108-115.
- Undeland, Meret/Malterud, Kristi (2008): Diagnostic interaction: the patient as a source of knowledge? In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 26, 4, pp. 222-227.
- Van den Brink-Muinen, Atie (1997): Women's health care: for whom and why? In: *Social Science & Medicine* 44, 10, pp. 1541-1551.
- Van den Brink-Muinen, Atie (1998): Principles and practice of women's health care. In: *Women's Health Issues* 8, 2, pp. 123-130.
- Van Dulmen, Alexander/Bensing, Jozien (2000): Gender differences in gynecologist communication. *Women Health*, 30, 3, pp. 49-61.
- Vincent, Katy (2011): Pelvic pain in women: clinical and scientific aspects. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 5, 2, pp. 143-149.
- Waymack, Mark (2009): Yearning for certainty and the critique of medicine as "science". *Theoretical Medicine and Bioethics* 30, 3, pp. 215-229.
- Wensing, Michel/Elwyn, Glyn/Edwards, Adrian/Vingerhoets, Eric/Grol, Richard (2002): Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making: an observational study. In: *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2, 2. <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=65523&tool=>

- pmcentrez&rendertype=abstract> (accessed 16 December 2014).
- Werner, Anne/Steihaug, Sissek/Malterud, Kisti (2003): Encountering the Continuing Challenges for Women With Chronic Pain: Recovery Through Recognition. In: *Qualitative Health Research* 13, 4, pp. 491-509.
- Whelan, Emma (2009): Negotiating science and experience in medical knowledge: gynaecologists on endometriosis. In: *Social Science & Medicine* 68, 8, pp. 1489-1497.
- Wileman, Lindsey/May, Carl/Chew-Graham, Carolyn (2002): Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. In: *Family Practice* 19, 2, pp. 178-182.
- Zobrist, Christine (2005): "Frauenfreundliche" Praxis, Gynäkologie und Frauenbewegung. MD thesis, University of Basel (unpublished).
- Zondervan, Krina/Yudkin, Patricia/Vessey, Martin/Dawes, Martin/Barlow, David/Kennedy, Stephen (1999): Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106, 11, pp. 1156-1161.

Sandra Steinböck/Sonja Lydtin/Angelika Hofhansl/Alexandra Kautzky-Willer

Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien

Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen

Zusammenfassung: ‚Gender Awareness‘ und seine Komponenten ‚Gender Sensitivity‘ und ‚Gender Role Ideology‘ beziehen sich auf ein sensibles, offenes und bewusstes Handeln gegenüber den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Geschlechter sollen berücksichtigt und Geschlechterstereotypisierungen vermieden werden. Mithilfe eines validierten Fragebogens ‚Nijmegen Gender Awareness in Medicine‘ (N-GAMS) wurden die Einstellungen der Studierende im ersten Semester als auch der Studierenden im zwölften Semester an der Medizinischen Universität (MedUni) Wien erhoben. Insgesamt lässt sich eine ausgeprägte Gendersensibilität bei Frauen und Männern in beiden Semestergruppen feststellen. In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass der Faktor Gender Role Ideology towards patients (Geschlechterstereotypisierungen gegenüber PatientInnen) stärker ausgeprägt war, als der Faktor Gender Role Ideology towards doctors (Geschlechterstereotypisierungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten). Das scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass Studierende dem Geschlecht der PatientInnen mehr Einfluss zuschreiben als dem Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte.

Schlagwörter: Geschlechtssensibilität; Medizin; Studierende; Medizinische Ausbildung.

Gender Awareness among Medical Students at the Medical University of Vienna

An empirical analysis of gender sensibility and gender stereotypes.

Abstract:

In order to improve the quality of health care for both men and women, awareness of sex and gender in illness and health is essential. Implementation of sex and gender aspects in medical education is therefore needed. The aim of this study is to survey the students' attitudes to gender and gender stereotyping at the Medical University of Vienna. 583 first year medical students and 110 final year medical students completed the validated "Nijmegen Gender Awareness in Medicine" Scale. The questionnaire consists of the subscales gender sensitivity, gender role ideology towards patients and gender role ideology towards doctors. A pronounced sensitivity towards gender issues appeared in both sexes, which is comparable to other international studies. The factor Gender Role Ideology towards Patients was more pronounced than the factor Gender Role Ideology towards Doctors. This seems to be an indication that the students ascribe more influence to the gender of the patient than the gender of the doctors.

Keywords: Gender Awareness; Medicine; Students; Medical Education.

Einleitung

Geschlecht – verstanden als biologisches (sex) und soziales Geschlecht (gender) ist eine wichtige Determinante von Gesundheit und Krankheit. Die Relevanz dieser Kategorie zeigt sich in geschlechtsspezifischen Unterschieden in Auftreten, Schweregrad und/oder Symptomatik verschiedener Erkrankungen (z.B. bei koronaren Herzkrankheiten oder Migräne) und sie wird in geschlechtsspezifisch unterschiedlichem Gesundheitsverhalten und Umgang mit Krankheiten deutlich (z.B. Andersson et al. 2012; Kautzky-Willer 2012; Verdonk et al. 2008).

Als Ursachen für geschlechtsspezifische Unterschiede werden Differenzen in der biologischen Ausstattung (z.B. auf hormoneller, zellulärer, physiologischer oder organischer Ebene) in einem komplexen Zusammenspiel mit soziokulturellen Faktoren genannt. Diese haben in Form von geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und -erwartungen einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensumstände von Frauen und Männern, auf ihr Gesundheits- und Risikoverhalten, ihre Hilfesuchstrategien, ihr Copingverhalten zur Krankheitsbewältigung und ihren Zugang zum Gesundheitssystem. (Kautzky-Willer 2012; Hurrelmann/Kolip 2008; Verdonk et al. 2008). Darüber hinaus wirken sich soziokulturelle Normen, die auf einem dichotomen Denken über Frauen und Männer basieren, auf das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten aus, auf die Art, wie diese mit Patientinnen und Patienten kommunizieren, wie sie Symptome interpretieren und welche Behandlungsstrategien sie anwenden. Beispielsweise werden in der ärztlichen Behandlung Beschwerden von Frauen öfter im Sinne psychosomatischer Krankheiten interpretiert, während bei Männern eher organische Ursachen vermutet werden; Untersuchungen zeigen zudem, dass bei vergleichbarer Symptomatik Patientinnen seltener als Patienten zu Nachuntersuchungen bestellt werden (Andersson et al. 2012). Auch das Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte hat einen Einfluss auf die Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten: so sind beispielsweise die Konsultationen von Ärztinnen länger und enthalten mehr Fragen und Informationen zu psychosozialen Faktoren (Sieverding 2012). Das Geschlecht der Ärztin/des Arztes hat auch einen Einfluss auf die gewählten Behandlungsmethoden und Diagnoseschritte (Hamberg et al. 2002)

Die Medizin hat Geschlechteraspekte wie diese über einen langen Zeitraum ausgeblendet, sie definierte sich selbst als „geschlechtsneutral“ und orientierte sich dabei implizit an einem männlichen Standard (Kim/Tingen/Woodruff 2010). Das tut sie zum Teil nach wie vor, dennoch gewinnt die Dimension Geschlecht in der medizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung und in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mehr und mehr an Bedeutung. Ziel der Gender Medicine ist es, die Gesundheit von Frauen und Männern zu verbessern und Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen (Kautzky-Willer 2012; Verdonk et al. 2008).

Um sicherzustellen, dass eine adäquate geschlechtsspezifische medizinische Versorgung gewährleistet werden kann und die Bedeutung der Kategorie Geschlecht jeder Ärztin und jedem Arzt klar ersichtlich ist, finden geschlechts-

spezifische Aspekte daher zunehmend Eingang in die medizinische Ausbildung (Andersson et al. 2012; Westerstahl/Andersson/Söderström 2003).

Auch an der Medizinischen Universität Wien wurde geschlechtsspezifische Forschung und Lehre als strategisches Ziel definiert und im Curriculum der Humanmedizin verankert (Mitteilungsblatt Nr. 17, ausgegeben am 18.6.2012). Die Auseinandersetzung mit Themenstellungen der Gender Studies und der Frauenforschung sowie mit der Notwendigkeit eines geschlechtssensiblen Herangehens in Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation findet an der Medizinischen Universität Wien in Pflichtlehrveranstaltungen (u.a. ‚Geschlecht in der Medizin‘ und ‚Gender-based medicine‘), aber auch in freien Wahlfächern (‚genderRing Vorlesungen‘) statt. Zudem beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der weiteren Integration von Genderaspekten in die Lehre und Forschung der Medizinischen Universität Wien. Die Autorinnen der vorliegenden Studie sind Mitglieder dieser Arbeitsgruppe.

Gender awareness (Geschlechterbewusstsein bzw. Genderbewusstsein) und seine Komponenten *gender sensitivity* (Geschlechtersensibilität) und *gender role ideology* (Geschlechterrollenstereotype bzw. Geschlechterstereotypisierungen) beziehen sich auf ein sensibles, offenes und bewusstes Handeln gegenüber den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene, sowie die Berücksichtigung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Geschlechter. Gleichzeitig sollen Geschlechterstereotypisierungen vermieden werden. Es bezeichnet das Wissen und die Fähigkeit von (angehenden) Ärztinnen und Ärzten, Geschlecht als wesentliche Determinante von Krankheit und Gesundheit in ihrer ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen (*gender sensitivity*). *Gender awareness* umfasst aber auch die Bereitschaft, eigene Einstellungen und Vorannahmen über Frauen und Männer, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte zu hinterfragen und die Fähigkeit, Geschlechterstereotypisierungen zu vermeiden (*gender role ideology*) (Andersson et al. 2012; Verdonk et al. 2008).

Das Konstrukt *gender awareness* wurde im amerikanischen Raum entwickelt und untersucht (Salgado et al. 2002). Basierend auf diesen Forschungen wurde von Verdonk (2008) in den Niederlanden ein Fragebogen entwickelt („Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale“ – N-GAMS), der ursprünglich dazu dienen sollte, ein Modellprojekt zur Implementierung von genderrelevanten Inhalten im Medizincurriculum zu evaluieren. Der validierte Test kann als Instrument eingesetzt werden, um das Geschlechterbewusstsein von Medizinstudierenden quantitativ zu erfassen. Zudem wurde er in den Niederlanden auch zur Evaluierung der Effekte von Gender Trainings in der medizinischen Ausbildung verwendet (Çelik 2011; Dielissen 2014). Außerhalb der Niederlande wurde der Test an der Umeå Universität in Schweden durchgeführt (Andersson et al. 2012); im Rahmen einer Diplomarbeit von Landerer (2010) wurde er ins Deutsche übersetzt und an Albert-Ludwigs-Universität Freiburg realisiert. An der Medizinischen Universität Wien verfolgten die Autorinnen das Ziel, die *gender awareness* von Studierenden am Beginn sowie am Ende des Medizinstudiums in einem Querschnittsdesign zu erheben. Es wurde analysiert, ob sich Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Medizinstudierenden in Wien

hinsichtlich ihrer *gender awareness* zeigen. Zudem wurde überprüft, ob sich die *gender awareness* der Studierenden zu Beginn und am Ende ihrer medizinischen Ausbildung unterscheidet. Abschließend wurden die Ergebnisse mit internationalen Daten aus den Niederlanden und Schweden verglichen.

Methoden

Der adaptierte Fragebogen wurde im Oktober 2012 allen Studierenden im ersten Semester an der MedUni Wien im Rahmen dreier Pflichtlehrveranstaltungen vorgelegt (Stichprobenumfang 583, Erhebungseinheit 740). Die Fragebogenerhebung für Medizinstudierende des 6. Jahres erfolgte im Juni 2013 (Stichprobenumfang 110, Erhebungseinheit 720). Die sehr unterschiedlich hohe Rücklaufquote liegt in der unterschiedlichen Erreichbarkeit der Studierenden begründet: Im ersten Semester sind die Autorinnen selbst Lehrende in Pflichtlehrveranstaltungen. Dadurch gelingt es sehr gut, die Studie und das Studiendesign den Studierenden zu präsentieren und diese zur Teilnahme zu motivieren. Im weiteren Studienverlauf werden die Vorlesungs- und Praktikumspläne ein Stück weit individueller und die Studierenden sind nicht mehr so leicht erreichbar. Zudem ist es notwendig, andere Lehrende als Partnerinnen und Partner zu gewinnen. Deren Einstellung zur Erhebung hat einen erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft der Studierenden, den Fragebogen auszufüllen oder auch nicht. Die Studierenden wurden über die Studie informiert und hatten die Möglichkeit vor Beginn der Lehrveranstaltung die Fragebögen – freiwillig und anonym – auszufüllen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der MedUni Wien befürwortet. Die Auswertung erfolgte über SPSS VS18, es wurden univariate und multivariate Analysen durchgeführt.

Basierend auf der „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale“ (N-GAMS; Verdonk 2008), der finalen Version des N-GAMS-Fragebogens (Gender Issues in Medicine: Lagro-Janssen et al. 2006) und der deutschen Version (Landerer 2010), wurden die Fragen den Bedürfnissen der MedUni Wien entsprechend angepasst: Die Fragen wurden auf Verständlichkeit überprüft und gegebenenfalls adaptiert, eliminiert bzw. ergänzt und geschlechtergerecht umformuliert. So wurde beispielsweise Item GS_1 der Originalversion „Addressing differences between men and women creates inequity in health care“ ausgeschlossen, da es schon in den niederländischen und deutschen Untersuchungen im Rahmen der Itemanalyse eliminiert wurde: einerseits aufgrund der geringen Trennschärfe, andererseits weil etliche Testpersonen rückgemeldet hatten, dass sie die Aussage des Items nicht verstanden hätten.

Fragebogen

Der Fragebogen der MedUni Wien enthält – wie die niederländische Originalversion – 32 Items, die in drei Subskalen unterteilt sind:

- *gender sensitivity (GS)*, focusing on students' attitudes towards gender concerns in health care (Andersson et al. 2012):
Geschlechtersensibilität, Fähigkeit zu aufgeschlossenem und sensiblem Handeln bezüglich Geschlechterfragen in der Medizin (13 Items) (Landerer 2010);
- *gender role ideology towards patients (GRI-P)*, measuring gender-stereotypical thinking about patients (Andersson et al. 2012):
Geschlechterrollenstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten (11 Items) (Landerer 2010);
- *gender role ideology towards doctors (GRI-D)*, measuring gender-stereotypical thinking about doctors (Andersson et al. 2012):
Geschlechterrollenstereotype gegenüber Ärztinnen und Ärzten (8 Items) (Landerer 2010).

Die Beantwortung der 32 Items erfolgte – entsprechend der niederländischen Originalversion – auf einer 5-stufigen Likert Skala, wobei die Antwortmöglichkeiten von „-“ „stimme ganz und gar nicht zu“ bis „++“ „stimme voll und ganz zu“ reichten.

Am Ende des Fragebogens wurden soziodemographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Muttersprache, Familienstand sowie die Anzahl der eigenen Kinder erfasst. Es wurde des weiteren nach Vorerfahrungen der Studierenden in medizinischen und/oder sozialen Berufen gefragt.

Für die Berechnungen mussten zunächst die Items GS_2 bis GS_11 sowie GS_13 der *gender sensitivity* Skala umgepolt werden. Damit entsprach ein hoher Wert einer hohen Ausprägung des Merkmals Geschlechtersensibilität. Eine starke Ausprägung des Merkmals *gender awareness* setzte sich aus einem hohen Wert des Merkmals *gender sensitivity* und aus niedrigen Werten der Merkmale *gender role ideology* zusammen. Hohe Werte der GRI-P und GRI-D Skalen wiederum bedeuteten eine hohe Geschlechterstereotypisierung gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie gegenüber Patientinnen und Patienten.

Reliabilität, Trennschärfe, Konsistenz

Ziel dieser statistischen Testverfahren war die Überprüfung und Sicherstellung der Qualität/Testgüte des Erhebungsfragebogens. Diese Untersuchungsschritte waren notwendig, da der N-GAMS bisher erst in anderen Ländern und großteils in einer nicht-deutschsprachigen Version verwendet wurde. Zunächst wurde eine Item¹ - und Faktorenanalyse² durchgeführt, um die Reliabilität und Validität der adaptierten N-GAMS an der Stichprobe der Studierenden der MedUni Wien zu überprüfen.

Für die Reliabilitätsanalyse wurde die interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha³ überprüft. In der Erhebung der *gender awareness* der Studierenden des ersten Semesters hatte Cronbachs Alpha der GS-Subskala einen Wert von $\alpha=0,782$ (13 Items). Die Werte für $\alpha=0,880$ für GRI-P (11 Items) bzw. $\alpha=0,856$ für GRI-D (8 Items) zeigten jeweils eine sehr zufriedenstellende interne Konsistenz.

Im Rahmen der Itemanalyse fiel auf, dass die korrigierten Trennschärfen der einzelnen Items der gesamten Skala *gender awareness* stark variierten. Die Items der *gender sensitivity* Skala wiesen niedrigere Werte (teilweise kleinere Werte als 0,3) auf als die Items der beiden GRI-Subskalen. Die Items der beiden GRI-Subskalen hingegen hatten alle eine Trennschärfe von $>0,3$. Aus inhaltlichen Überlegungen und weil sich die interne Konsistenz der *gender sensitivity* Skala durch den Ausschluss der einzelnen Items nicht verbessern würde, wurden keine Items ausgeschlossen.

In der Erhebung mit den Studierenden des zwölften Semesters zeigten sich vergleichbare Ergebnisse (GS, 13 Items, $\alpha=0,717$; GRI-P, 11 Items, $\alpha=0,898$; GRI-D, 8 Items, $\alpha=0,888$).

Im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse der Daten der Studierenden im ersten Semester konnte eine 3-Faktoren-Lösung mittels Screeplot bestätigt werden. Die 3-Faktoren *gender sensitivity*, *gender role ideology towards patients/doctors* sind die einzelnen Komponenten der *gender awareness*. Die Faktorladungen der 3-Komponenten-Lösung wiesen auf eine Einfachstruktur mit Mindestladungen von $>0,30$ bei allen Items hin, wobei Absolutwerte $<0,30$ unterdrückt wurden und somit Nebenladungen existieren, die aber gering sind. Bei 3 Items zeigten sich Nebenladungen $>0,3$.

Im nächsten Schritt wurden die Korrelationen der Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* überprüft. Die Hypothese der niederländischen Autorin, dass positive Einstellungen gegenüber Geschlechterspekten in der Medizin mit schwachen Geschlechterstereotypen einhergehen, ließ eine negative Korrelation der Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* erwarten. Zwischen den Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* fand sich jedoch nur eine geringe negative Korrelation ($r=-0,080$, $p<0,032$). Die Hypothese, dass hohe Geschlechtersensibilität mit einer schwachen Ausprägung von Geschlechterstereotypen assoziiert ist, ließ sich in unserer Studie nicht überzeugend erhärten.

Tabelle 1. Korrelation der Subskalen GS, GRI_P und GRI_D in der Gruppe aller Medizinstudierenden (Erhebung im 1. und 12. Semester)

		<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	<i>gender role ideology/patients Mittelwert</i>	<i>gender role ideology/doctors Mittelwert</i>
Spearman-Rho	N	647	647	647
	<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	1,000	-,071*	-,069*
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	.	,036	,040
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>	-,071*	1,000	,700**
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	,036	.	,000
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>	-,069*	,700**	1,000
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	,040	,000	.
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>			
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>			
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>			

Eine ausgeprägte Korrelation zeigte sich hingegen zwischen den Subskalen *gender role ideology towards patients* und *gender role ideology towards doctors* ($r=0,697$, $p<0,000$) – ein Hinweis darauf, dass zwischen Stereotypen gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten ein enger positiver Zusammenhang besteht (siehe Tabelle 1). Diese Daten entsprechen auch den Forschungsergebnissen von Verdonk et al. 2008.

Die Überprüfung des Testinstrumentariums hat insgesamt gezeigt, dass der Fragebogen an der MedUni Wien eingesetzt werden kann. Die dafür notwendigen Testkriterien wurden in der Erhebung in guter Qualität erfüllt.

Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben 693 Studierende den Fragebogen ausgefüllt. Davon befanden sich 583 Studierende im ersten Semester ihres Studiums (43,66% Männer, 56,34% Frauen) und 110 im zwölften Semester (44,1% Männer, 55,9% Frauen). In der Stichprobe des ersten Semesters hatten 22,50% eine nicht-österreichische Staatsbürgerschaft, im zwölften Semester 15,10%. Der Anteil an Studierenden, die angaben, derzeit in einer Beziehung zu leben oder verheiratet zu sein, betrug im ersten Semester 58,5%, im zwölften Semester 75,5%. 2% der erstsemestrigen Studierenden waren Eltern, bei den Studierenden im zwölften Semester stieg der Anteil auf 7%. Vor dem Beginn des Studiums hatten 61,2% der Studierenden im ersten und 61,6% der Studierenden im zwölften Semester Erfahrung im medizinischen/sozialen Bereich gesammelt (siehe Tabelle 2). Die Faktoren Alter, Staatsbürgerschaft, Beziehungsstatus, Kinder und Erfahrungen im medizinisch/sozialen Bereich ergeben das erwartete soziodemographische Bild der Studierenden der MedUni Wien. Sie haben allerdings keinen Einfluss auf die *gender awareness* der Studierenden.

Als limitierender Faktor bei der Beurteilung der Ergebnisse ist die deutlich unterschiedliche Fallzahl zwischen erstem und zwölftem Semester zu berücksichtigen. Für die Ergebnisse des zwölften Semesters sind Verzerrungseffekte, die sich aus der Eigen- und/oder Fremdmotivation der Studierenden ergeben, an der Untersuchung teilzunehmen oder auch nicht, nicht auszuschließen. Jenseits der individuellen Motivation der Studierenden war auch das Engagement der Lehrenden, die uns bei der Verteilung der Fragebögen unterstützt haben, sehr unterschiedlich.

Tabelle 2. Kurzbeschreibung der Stichprobe

	1. Semester		12. Semester	
	N	%	N	%
Stichprobenumfang insgesamt	583	100%	110	100%
Geschlechterverteilung:				
M		43,7%		44,1%
F		56,3%		55,9%
Alter in Jahren (\bar{x})		20,1		26,5
Nicht-Österreichische Staatsbürgerschaft		22,5%		15,1%
Beziehungsstatus:				
Single		58,5%		24,5%
In Beziehung/verh.		41,5%		75,5%
Anteil mit Kindern		2,0%		7,0%
Anteil mit Erfahrung im med./sozialen Bereich (vor dem Studium)		61,2%		61,6%

Der Einfluss von Geschlecht auf ‚gender awareness‘

Unterschiede zwischen den Antworten weiblicher und männlicher Studierender zeigten sich im ersten Semester in den Subskalen *gender role ideology towards patients* (GRI-P) und *gender role ideology towards doctors* (GRI-D). Studenten wiesen hier höhere Werte (d.h. stärkere Geschlechterstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten) auf. Ein Vergleich der Mittelwerte mittels T-Test zeigte in beiden Subskalen GRI-P und GRI-D eine signifikant stärkere Ausprägung bei Studenten als bei Studentinnen. In der Subskala *gender sensitivity* ließen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, wobei Studenten den Aussagen der Subskala etwas mehr zustimmten (Tabelle 3).

Da aufgrund der großen Stichprobe auch kleine Unterschiede zwischen zwei Gruppen signifikant werden können, wurde zusätzlich noch die Effektstärke mittels Cohen's d berechnet. Die Überprüfung der Effektstärke mittels Cohen's d ergab, dass ein mittlerer Effekt des Geschlechts auf die Subskalen GRI-P (Cohen's $d=0,63$) und GRI-D (Cohen's $d=0,51$) vorlag (siehe Tabelle 4).

Tabelle 3. Vergleich der Varianzen (Levene-Test) und der Mittelwertgleichheit (T-Test bei unabhängigen Stichproben) in den Subskalen GS, GRI_P und GRI_D bei Männern (M) und Frauen (F) im 1. Semester

	Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit			
	F	Sign.	T (df)	Sign. (2-seitig)	Mittlere Differenz M-F (Standardfehler)	95% Konfidenzintervall der Differenz
<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	,258	,612	1,167 (495)	,244	,05579 (.04779)	-0,03810- 0,14969
			1,166 (462,000)	,244	,05579 (.04786)	-0,03826 - 0,14984
<i>gender role ideology/ patients Mittelwert</i>	19,266	,000	6,983 (495)	,000	,39886 (.05712)	0,28663 - 0,51110
			6,769 (398,693)	,000	,39886 (.05893)	0,28302 - 0,51471
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>	30,685	,000	5,641 (495)	,000	,32763 (.05808)	0,21352- 0,44173
			5,445 (388,477)	,000	,32763 (.06017)	0,20932 - 0,44593

Anm.: M=Männer, F=Frauen

Tabelle 4. Mittelwertvergleiche der Subskalen GS, GRI_P und GRI_D bei Studierenden im 1. Semester mittels T-Test und Cohen's d

	Männer Mittelwert (SD)	Frauen Mittelwert (SD)	p	t	Cohen's d
<i>gender sensitivity</i>	3,77 (0,53)	3,71 (0,53)	0,24	1,17	0,11
<i>gender role ideology/ patients</i>	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)	<.001	6,77	0,63
<i>gender role ideology/ doctors</i>	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)	<.001	5,45	0,51

Die Ziehung einer Zufallsstichprobe von 160 Studierenden und der Vergleich der Mittelwerte von Männern und Frauen mittels T-Test ließen erkennen, dass auch in dieser deutlich kleineren Stichprobe signifikante Geschlechterunterschiede in den Subskalen GRI-P und GRI-D auftraten.

Bei den Studierenden des zwölften Semesters zeigten sich in allen drei Subskalen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Antworten von Frauen und Männern (siehe Tabelle 5).

Die getrennte Auswertung der beiden Erhebungsdurchgänge zeigt Einstellungsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden in ihren Geschlechterrollenstereotypen, und zwar sowohl in Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten. Dieses Ergebnis ist für die Teilnehmerinnen des ersten Semesters robust.

Tabelle 5. Geschlechterunterschiede in den Subskalen GS, GRI_P und GRI-D bei Studierenden im 12. Semester (T-Test bei unabhängigen Stichproben)

	Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit				95% Konfidenzintervall der Differenz
	F	Sign.	T (df)	Sign. (2-seitig)	Mittlere Differenz M-F (Standardfehler)		
<i>gender sensitivity Mittelwert</i>							
	,232	,631	-2,177 (100)	,032	-,21855 (,10037)	-0,41768 - -0,01942	
<i>gender role ideology/ patients Mittelwert</i>							
	,306	,582	1,908 (100)	,059	,28643 (,15011)	-0,01138 - 0,58425	
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
	3,226	,075	1,898 (92,517)	,061	,28643 (,15092)	-0,01329 - 0,58616	
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
			,815 (100)	,417	,12930 (,15869)	-0,18553 - 0,44414	
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
			,803 (88,273)	,424	,12930 (,16112)	-0,19087 - 0,44948	

Ann.: M=Männer, F=Frauen

Effekt von Geschlecht und Semester auf die Subskalen bei Studierenden im ersten und zwölften Semester

In diesem Analyseschritt wurde untersucht, ob sich in Hinblick auf die einzelnen Komponenten von *gender awareness* der Studierenden Gruppenunterschiede bedingt durch Geschlecht und Semester zeigen. Dazu wurde ein multivariates Verfahren (ANOVA) gewählt, um auch wechselseitigen Beeinflussungen der Variablen Geschlecht und Semester in den Blick nehmen zu können.

Der Vergleich der Studierenden des ersten und zwölften Semesters mittels multivariater Tests (ANOVA) ergab, dass die Ergebnisse nur in den Subskalen *gender role ideology (towards patients/doctors)* und nur für den Haupteffekt⁴ ‚Geschlecht‘ statistisch signifikant wurden, nicht für den Haupteffekt ‚Semester‘ und/oder den Interaktionseffekt⁵ ‚Geschlecht*Semester‘ (siehe Tabelle 6).

Die Tabelle zeigt, dass das Geschlecht der Teilnehmenden den Großteil der Unterschiede innerhalb der Erhebungen erklärt. Das Geschlecht der Studierenden ist für die beiden Skalen der *gender role ideology* mit ,00 und ,004 eine signifikante Einflussgröße. Im Unterschied dazu sind die Werten von ,08 und ,865 für den Haupteffekt Semester auch in diesen Skalen nicht signifikant. In der Skala *gender sensitivity* findet sich kein durch Semester, Geschlecht oder die Wechselwirkung der beiden bedingter Unterschied. Das Zusammenspiel der beiden Komponenten Geschlecht und Semester als solches ist nicht für die feststellbaren Unterschiede in den Ergebnissen verantwortlich.

Da die Fallzahlen für das zwölfte Semester deutlich geringer waren als die des ersten Semesters, ist nicht auszuschließen, dass es im Laufe des Studiums zu Veränderungen in den Einstellungen der Studierenden kommt, die sich hier jedoch nicht zeigen.

Tabelle 6. Vergleich der Mittelwerte der Subskalen GS, GRI_P und GRI_D im 1. und 12. Semester (Multivariate Testung mittels ANOVA)

	1. Semester		12. Semester		Haupteffekt Geschlecht		Haupteffekt Semester		Interaktionseffekt Geschlecht Semester	
	M	F	M	F	F	Sign.	F	Sign.	F	Sign.
	n 217	n 279	n 45	n 57						
<i>gender sensitivity</i>	3,77 (0,53)	3,71 (0,54)	3,62 (0,54)	3,84 (0,47)	1,78	,183	,114	,736	5,38	,012
<i>gender role ideology/ patients</i>	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)	2,57 (0,77)	2,29 (0,74)	19,93	,000	3,04	,082	1,25	,264
<i>gender role ideology/ doctors</i>	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)	2,05 (0,85)	1,92 (0,75)	8,43	,004	,029	,865	2,23	,14

Anm.: M=Männer, F=Frauen

Ergebnisse im internationalen Vergleich

Der N-GAMS ist ein quantitatives Messinstrument der *gender awareness* von Medizinstudierenden, das bislang in einigen anderen Ländern eingesetzt worden ist. Nachdem das Konstrukt *gender awareness* nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Geschlechter und Geschlechterrollen betrachtet werden konnte, wurde untersucht, ob sich länderspezifische Unterschiede finden. Die Ergebnisse dieser Analyse könnten ein Indikator für länderspezifische Rahmenbedingungen sein.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit der Stichprobenszusammensetzung wurden für den Vergleich mit den niederländischen und schwedischen Ergebnissen die Daten der Studierenden des ersten Semesters verwendet (vgl. Andersson et al. 2012): Die Geschlechterverteilung der österreichischen Stichprobe ähnelte jener der schwedischen Erhebung, wohingegen der Frauenanteil der niederländischen Studie deutlich höher war (Österreich 56,34% , Schweden 54,00% und Niederlande 69,50%).

In allen drei Ländern fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Bereich der *gender role ideology towards patients*, wohingegen Geschlechterunterschiede auf der Skala zur Messung der *gender role ideology towards doctors* nur in Österreich zu finden waren. Wie auch in Schweden und in den Niederlanden zeigten sich in Österreich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Hinblick auf die *gender sensitivity* der Studierenden. Österreich hatte vergleichsweise hohe *gender sensitivity*-Werte (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Vergleich der Mittelwerte der Subskalen GS, GRI_P und GRI-D aus den Niederlanden, Schweden und Österreich

	Niederlande		Schweden		Österreich	
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
	M	F	M	F	M	F
<i>gender sensitivity</i>	3,43 (0,58)	3,43 (0,53)	3,3 (0,66)	3,37 (0,64)	3,77 (0,53)	3,71 (0,53)
<i>gender role ideology/ patients</i>	2,52 (0,59)	2,27 (0,51)	1,96 (0,74)	1,7 (0,59)	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)
<i>gender role ideology/ doctors</i>	2,44 (0,60)	2,43 (0,55)	2,07 (0,76)	2,00 (0,72)	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)

Anm.: M=Männer, F=Frauen

Insgesamt zeigt der Vergleich der Ergebnisse als auffälligstes Ergebnis die Gemeinsamkeit, dass Medizinstudentinnen in den drei Ländern geringer ausgeprägte Geschlechterstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten auf-

weisen als die Medizinstudenten. Ausgehend von den in allen drei Ländern nur einmaligen, punktuellen Erhebungen kann aus den Ergebnissen kein direkter länderspezifischer Unterschied abgeleitet werden.

Diskussion

Ausgehend von einer grundsätzlichen Erfassung der *gender awareness*, des Gender-Bewusstseins, der Medizinstudierenden wurde überprüft, ob die Ausprägung dieses Bewusstseins von Geschlecht und/oder Studienfortschritt beeinflusst wird.

Die eigene geschlechtliche Identität als Einflussfaktor auf gender awareness

Im Rahmen der Untersuchung wurde das individuelle Geschlecht als relevante Variable zur Hypothesenprüfung erhoben. Erfasst wurde das Geschlecht als dichotome Einzelvariable. Diese Operationalisierung in ihren bekannten Einschränkungen und Unschärfen (Döring 2013) wurde aus Gründen der Anknüpfung an internationale Ergebnisse verwendet.

Die Hypothese, dass das Geschlecht der Medizinstudierenden einen Einfluss auf das Konstrukt *gender awareness* hat, wird in der Stichprobe nur zum Teil bestätigt. Nur bei den Medizinstudierenden im ersten Semester zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede. In der Gruppe der Studierenden im zwölften Semester zeigten Männer eine stärkere Tendenz zu Geschlechterstereotypisierungen. Dass männliche Studierende im Hinblick auf Geschlecht stärker in Geschlechterstereotypen denken als weibliche, entspricht ebenfalls der vorangegangenen Forschung. Ein Grund dafür mag sein, dass Geschlechterstereotype gegenüber Männern – besonders im Kontext der Arbeitswelt – mit positiveren Zuschreibungen verbunden sind als Geschlechterstereotype gegenüber Frauen (Andersson et al. 2012). Ein Grund für die stärker ausgeprägten Geschlechterstereotype bei Männern könnte auch sein, dass die gängigen Klischees zum medizinischen Alltag selbst vergeschlechtlicht sind. Immer noch ist das Bild des männlichen Arztes diskurswirksam. Differenzen zwischen Stereotyp und geschlechtsbezogenem Selbstbild könnten so bei männlichen Studierenden in den Hintergrund treten und zur Bestätigung von Stereotypen führen, da Männer dem unterstellten Idealbild von Ärzten eben aufgrund ihres Geschlechts eher entsprechen. Ein Infragestellen diskursivierter Berufsstereotypen scheint für Frauen, die eher ein Auseinanderklaffen des eigenen vergeschlechtlichen Selbstkonzepts mit diesen tradierten Bildern erleben, leichter möglich oder auch einfach notwendiger zu sein. Die vorliegende Untersuchung lässt diese Fragen nach den Wechselwirkungen und dem Zusammenspiel von geschlechtlichem Selbstkonzept und vergeschlechtlichem ärztlichen Berufskonzept offen.

In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass der Faktor *gender role ideology towards patients* stärker ausgeprägt war, als der Faktor *gender role ideology towards doctors*. Das ist ein Hinweis darauf, dass Studierende dem Geschlecht

der Patientinnen und Patienten mehr Einfluss zuschreiben als dem Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte. Dieses Ergebnis ist mit internationalen Daten konsistent (Risberg/Hamberg/Johanssen 2003). ‚Geschlecht‘ erscheint als etwas, das die Patientinnen und Patienten ‚haben‘ und/oder etwas, das den Patientinnen und Patienten zugeordnet werden kann. ‚Geschlecht‘ ist in dieser Konzeption eine sehr statische, wohl meist dichotom gedachte Kategorie, die einer von mehreren möglichen relevanten Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit ist. Damit wird auf der einen Seite eine Kritik der den biomedizinischen Diskurs bestimmenden männlichen Norm möglich. Auf der anderen Seite birgt diese Unterscheidung in „männlich“ und „weiblich“ die Gefahr einer Fokussierung auf Differenzen und Unterschiede, wodurch Gemeinsamkeiten aus dem Blick geraten können. Diese Unterschiede werden gerade im biomedizinischen Diskurs letztlich in biologischen Differenzen letztbegründet. Damit gerät dann der Prozess der Geschlechtskonstruktion und der Herstellung von Geschlechtlichkeit aus dem Blick.

Der Einfluss des Studienfortschritts auf gender awareness

Die Datenanalyse zeigt keinen statistisch signifikanten Effekt des Studienfortschritts auf die Gendersensibilität oder auch die Neigung zu Geschlechterstereotypen. Die Tendenz der Ergebnisse vermittelt den Eindruck, dass sich Frauen in ihren Einstellungen in Hinblick auf Geschlechterstereotype den Männern im Laufe des Studiums annähern. Die Frage, ob bestehende Stereotype im Laufe des Studiums verstärkt oder auch weniger mächtig werden, kann mit den vorliegenden Daten nicht eindeutig beantwortet werden. Zudem sind andere Einflussfaktoren mitzudenken, die ein Hinterfragen von Geschlechterstereotypen begünstigen oder erschweren, z.B. Veränderungen in den politischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen oder auch in den je eigenen Lebensphasen und Lebensmodellen.

An die Darstellung der Erhebungsergebnisse anzuschließen sind Fragen nach der Vernetzung von persönlichem Geschlechterbild, beruflichem Geschlechterbild und der Verwobenheit der unterschiedlichen Aspekte von ‚Geschlecht‘. Zudem stellen sich Fragen nach der Möglichkeit, Differenzen im Sinne einer ‚Nicht-Neutralität‘ der handelnden Personen im medizinischen Kontext sichtbar zu machen und zu reflektieren. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind ein Hinweis dafür, dass Differenzen vor allem auf Ebene der Patientinnen und Patienten wahrgenommen und verortet werden, weniger im Bereich Ärztinnen und Ärzte. Fragen von Machtverhältnissen, Privilegien und (Selbst)reflexion bleiben somit durch ein Verständnis von ‚Geschlecht‘ als Personenmerkmal der Patientin/des Patienten außerhalb des eigenen Blickfelds. Es gilt zu fragen, wie es im Rahmen der medizinischen Ausbildung gelingen kann, Raum für ein Weiterdenken von Geschlecht und Geschlechterbewusstsein zu eröffnen.

Bei der Implementierung von Geschlechteraspekten in das Medizinstudium geht es neben der Vermittlung von Wissen über medizinisch relevante Geschlechteraspekte auch darum, Studierende zu befähigen, Geschlechterste-

reotype und deren Einfluss auf Wahrnehmung und medizinische Urteilsbildung zu reflektieren und aufzubrechen. An der MedUni Wien wird dies mit einem Mehrebenenansatz versucht: Zum einen werden die Ergebnisse zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen (z.B. im Bereich der Endokrinologie) in die Wissensvermittlung integriert, zum anderen wird versucht, den Prozess der medizinischen Behandlung als vergeschlechtlichen zu reflektieren. Dazu kommen andere Lehr- und Lerndesigns zur Anwendung. Ein guter Ansatzpunkt dafür sind z.B. medizinische Fälle, die von Studierenden in Kleingruppen bearbeitet werden. Diese Fälle werden derzeit in Hinblick auf die enthaltenen identitätsstiftenden, eventuelle Unterschiede generierenden Kategorien überarbeitet. Ein weiteres Feld, an dem gearbeitet wird, ist die Sensibilisierung der Lehrenden, die eine notwendige Voraussetzung des Gelingens dieser Lernprozesse darstellt.

Internationale Unterschiede

In der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die an der MedUni Wien verwendete Version des Fragebogens in der Skala *gender sensitivity* mehr Items enthält als jene der Vergleichsstudien. In den Niederlanden und in Schweden wurden je vier Items ausgeschlossen. Dies könnte ein Grund für die höheren Werte in dieser Skala in der österreichischen Stichprobe sein. Zudem ist auch kritisch zu hinterfragen, welche Rolle gesamtgesellschaftliche Diskurse zum Thema Gleichheit und Differenz zwischen den Geschlechtern spielen. Auch wenn die politischen Rahmenbedingungen in den Ländern durchaus ähnlich sind, bestehen Unterschiede in der Geschichte der gesetzlichen Verankerung von Gleichstellung wie auch in der aktuell bestehenden geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes (Erwerbs- und Fürsorgearbeit). Eine Vermutung ist, dass gerade ein auf Differenz aufgebautes Geschlechterverständnis, das in Österreich im öffentlichen Diskurs nach wie vor wirkmächtig ist, ein Berücksichtigen von bio-psycho-sozialen Unterschieden unterstützt. Dieses Ergebnis bestätigt so auch die Interpretation der Unterschiede zwischen den niederländischen und schwedischen Ergebnissen der Ausprägung der *gender sensitivity* (vgl. Andersson et al. 2012).

Die anderen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern lassen keine klare Interpretation zu. Die Annahme, dass die Anerkennung von biologischen und soziokulturellen Unterschieden und die Ergebnisse der Fragen nach Geschlechterstereotypisierungen einen klaren Zusammenhang zeigen, konnte so nicht beobachtet werden. Als Tendenz zeigt sich in Österreich im Vergleich zu den Niederlanden eine höhere Geschlechtersensibilität bei geringerer Geschlechterstereotypisierung. Die Frage nach einem klaren, womöglich auch länderspezifischen Zusammenhang zwischen Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierung kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Offensichtlich ist die Grenze zwischen der Wahrnehmung und Anerkennung von Unterschieden und der leichtfertigen Stereotypisierung keine klare, einfache, sondern eher eine in sich widersprüchliche Grauzone. Zur kon-

kreten Beantwortung länderspezifischer Unterschiede sind sehr viel größere, umfassendere Studien notwendig.

Möglichkeiten und Grenzen der Methode

In der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass der Fragebogen N-GAMS ein robustes Instrument ist, um die Gendersensibilität und Geschlechterstereotype der Medizinstudierenden zu erfassen. Der Vorteil einer quantitativ angelegten Erhebung ist, dass eine relativ große Anzahl an Studierenden gleichzeitig befragt werden kann. So entsteht als Ergebnis ein Blick auf eine große Gruppe in ihrer Gesamtheit. Der Nachteil ist, dass die Verwendung standardisierter, psychometrischer Fragebögen keinen Raum für Nachfragen und Reflexionsprozesse in der Erhebung selbst lässt. Zudem beruhen alle Angaben auf der Selbstwahrnehmung der Befragten bzw. genauer auf einer sehr spezifischen Darstellung ihrer Selbstwahrnehmung. Ein detailliertes, komplexes Bild auf das genaue Verständnis von Geschlecht als wirkmächtige Kategorie im medizinischen Alltag in all seiner Widersprüchlichkeit kann nicht Ergebnis dieser Art von Erhebung sein. Dazu braucht es ausgehend von konkreten Fragestellungen sicherlich weitere Methoden.

Aus den vorliegenden Ergebnissen können (leider) keine Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie die Entstehung und Relevanz von Geschlecht und auch Geschlechterunterschieden von Seiten der Medizinstudierenden konzipiert sind, und welche Bilder und Vorstellungen damit verknüpft werden. Auch wenn die komplexen wechselseitigen Entstehungsprozesse von biologischem und soziokulturellem Geschlecht im Rahmen des Medizinstudiums explizit thematisiert werden, kann dieses Verständnis (vor allem bei der Beurteilung der Antworten der Studierenden im ersten Semester) nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Daher kann auf der Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden, welche Reflexionsprozesse die Studierenden in Hinsicht auf den Themenkomplex ‚Gender‘ jenseits der Erkenntnis, dass das ‚Geschlecht der Patientinnen und Patienten Einfluss auf ihre Gesundheit und Krankheit hat‘ während ihrer Ausbildung durchlaufen.

Reflexion

Geschlecht ist ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit und die Integration in die alltägliche Praxis im Gesundheitswesen hängt (auch) von entsprechender Sensibilität auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte ab. Nicht übersehen werden darf die Tatsache, dass das medizinische System allerdings in widersprüchlicher Art und Weise gleichzeitig ‚genderblind‘ und Ort der expliziten Auseinandersetzung und Thematisierung des geschlechtlichen weiblichen Körpers ist (Ruiz/Verbrugge 1997). Neben der Ausblendung von Geschlecht und einem androzentrischen Normbild von Körper hat die Medizin auch sehr genau den spezifisch weiblichen Körper in den Blick genommen (Verdonk et al. 2009).

Diese Gleichzeitigkeiten in ihrer Widersprüchlichkeit spiegeln sich auch in den vorliegenden Ergebnissen.

Auch wenn die Ergebnisse einen Blick auf die *gender awareness* der Medizinstudierenden erlauben, kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse sich auch im konkreten Verhalten im Arbeitsalltag niederschlagen. Auch bei starken, einschränkenden Geschlechterstereotypen kann es möglich sein, die spezifischen Bedürfnisse und Lebenskontexte von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Behandlungsverlauf mitzudenken und zu beachten. Ebenso muss eine festgestellte hohe Geschlechtersensibilität nicht unbedingt ein auch vom Patienten/von der Patientin als solches wahrgenommenes Verhalten nach sich ziehen, z.B. aus Gründen zeitlicher Ressourcen.

„Geschlecht“ zeigt sich in unseren Ergebnissen als schwer zu fassende Dimension, die sich immer wieder entzieht. Gerade in Hinblick auf die wechselseitigen Einflüsse von geschlechtsbezogenem Selbstbild, Stereotypenentwicklung und gendersensiblen Verhalten sind sicherlich weiterführende Untersuchungen notwendig. Vor allem eine Erweiterung der gewählten Methoden könnte hier erfolgsversprechend sein.

Was die konkrete Arbeit mit den Medizinstudierenden an der MedUni Wien angeht, werden Anknüpfungspunkte sichtbar. Diese liegen wohl vor allem in einer Verankerung der Auseinandersetzung mit „Geschlecht in der Medizin“ im Bereich des konkreten klinischen Arbeitsalltages. Dafür spricht die erkennbare Zustimmung zu den Fragestellungen der Dimension Geschlechtersensibilität.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Sandra Steinböck
Stabstelle Gender Mainstreaming, Medizinische Universität Wien
Spitalgasse 23, Bauteil 88, A-1090 Wien
sandra.steinboeck@meduniwien.ac.at

Sonja Lydtin
Stabstelle Gender Policy
Wirtschaftsuniversität Wien
sonja.lydtin@wu.ac.at

Angelika Hofhansl
Curriculumdirektion
Medizinische Universität Wien
angelika.hofhansl@meduniwien.ac.at

Alexandra Kautzky-Willer
Gender Medicine Unit
Medizinische Universität Wien
Univ.Klinik für Innere Medizin III
alexandra.kautzky-willer@meduniwien.ac.at

Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien 21/2

Anmerkungen

- 1 Die Itemanalyse untersucht die Itemschwierigkeit, die Itemverteilung und die Trennschärfe. Die Trennschärfe ist die Korrelation eines Items mit der Skala, die von den anderen Items gebildet wird (Bortz/Schuster 2010).
- 2 Eine Faktorenanalyse ist ein datenreduzierendes Verfahren und fasst einzelne, je voneinander unabhängige Gruppen von Variablen gemäß ihrer korrelativen Beziehungen zusammen. Der Scree-Plot dient der Bestimmung der Anzahl der Faktoren (Bortz/Schuster 2010).
- 3 Cronbachs Alpha ist ein Maß dafür, in wie weit die einzelnen Items etwas inhaltlich Gleichartiges erfassen (Bortz/Schuster 2010).
- 4 Ein Haupteffekt ist durch einen einzelnen Faktor bedingt (Bortz/Schuster 2010).
- 5 Ein Interaktionseffekt ist eine gemeinsame Wirkung mehrerer Faktoren, der durch die Kombination der Faktoren entsteht (Bortz/Schuster 2010).

Literatur

Andersson, Jenny/Verdonk, Petra/Johansson, Eva E./Lagro-Janssen, Toine/Hamberg, Katarina (2012): Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students – results from a questionnaire. In: BMC Medical Education 12, 3.

Began, Brenda L. (2000): Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. In: Social Science & Medicine 51, S. 1253-1265.

Bortz, Jürgen/Schuster, Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer.

Celik, Halime/Lagro-Janssen, Toine/Widdershoven, Guy/Abma, Tineke (2011): Bringing Gender Sensitivity into Healthcare Practice: A Systematic Review. In: Patient Education and Counseling 84, 2, S. 143-149.

Dielissen, Patrick/Verdonk, Petra/Wieringa-de Waard, Magreet/Bottema, Ben/Lagro-Janssen, Toine (2014): The effect of gender medicine education in GP training: a prospective cohort study. In: Perspectives on Medical Education 3, S. 343-356.

Döring, Nicola (2013): Zur Operationalisierung von Geschlecht in Fragebögen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. In: Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 5, 2, S. 94-113.

Hamberg, Katarina/Risberg, Gunilla/Johansson, Eva/Westman, Göran (2002): Gender Bias in Physicians' Management of Neck Pain: A Study of the Answers in a Swedish National Examination. In: Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 11(7), S. 653-666.

Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber.

Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.) (2012): Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Kautzky-Willer, Alexandra/Kosi, Lana/Harreiter, Jürgen (2012): Gender Medicine. Handout zur Vorlesung in Block 2 an der Medizinischen Universität Wien, WS 2012/13. (unveröff. Vorlesungsunterlage).

Kim, Alison M./Tingen, Candace M./Woodruff, Teresa K. (2010): Sex bias in tri-

- als and treatment must end. In: *Nature* 465(7299), S. 688-689.
- Landerer, Veronika L. (2010): Geschlechterbewusstsein im Medizinstudium – Ein Beitrag zur deutschen Adaptierung der „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)“. Universität Freiburg. (unveröff. Diplomarbeit).
- Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien, Studienjahr 2011/2012, 14. Stück, Nr. 17, ausgegeben am 18.6.2012.
- Lagro-Janssen, Toine/Verdonk, Petra/Hamberg, Katarina/Johansson, Eva E. (2006): Gender Issues in Medicine. Finale Version des Fragebogens laut P. Verdonk (gesendet per Email am 14.3.2012).
- Risberg, Gunilla/Hamberg, Katarina/Johansson, Eva E. (2003): Gender awareness among physicians – The effect of speciality and gender. A study of teachers at a Swedish Medical School. In: *BMC Medical Education* 3, 8.
- Ruiz, M Teresa/Verbrugge Lois M. (1997): A two way view of gender bias in medicine. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 51, S. 106-109.
- Salgado, Dawn M/Vogt, Dawne S./King, Lynda A./ King Daniel W. (2002): Gender Awareness Inventory-VA: A Measure of Ideology, Sensitivity, and Knowledge Related to Women Veterans' Health Care. In: *Sex Roles* 46, S. 247-262.
- Sieverding, Monika/Kendel, Friederike (2013): Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. In: *Bundesgesundheitsblatt* 55, S. 1118-1124.
- Verdonk, Petra/Benschop, Yvonne W.M./De Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Janssen, Toine (2008): Medical Students' Gender Awareness. Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). In: *Sex Roles* 58, S. 222-234.
- Verdonk, Petra/Benschop, Yvonne W.M./De Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Janssen, Toine. (2009): From gender bias to gender awareness in medical education *Advances in Health Science Education*. In: *Theory and Practice* 14, S. 135-152.
- Westerståhl, Anna/Andersson, Maria A./Söderström, Margareta (2003): Gender in medical curricula: Course organizer views of a gender-issues perspective in medicine in Sweden. In: *Women Health* 37, S. 35-47.

Interview

Harnessing the creative power of sex and gender analysis for discovery and innovation

Londa Schiebinger meets Elisabeth Zemp and Elke Gramespacher

Zemp: *Given your long term presence in the field of gender research and of dealing with change, how do you perceive the current situation with regard to gender research?*

Schiebinger: I tend to be very optimistic. The current situation is so much better than it was thirty years ago when I started. We have made great strides. We see governments and granting agencies requesting sex and gender analysis for research funding; we see peer-reviewed journals in the natural science, technology, and medicine asking for sex analysis when considering articles for publication (hopefully we can move them onto gender). These are important developments.

If I may, let me say some more about this. As a sign of how established sex and gender analysis have become, December 2013, the European Commission launched *Horizon2020* and identified 137 areas of science and technology where gender analysis could benefit research. These include computer hardware and architecture, nanotechnology, oceanography, geosciences, organic chemistry, aeronautics, space medicine, biodiversity, ecology, biophysics, among others. This is new and important.

This is happening outside Europe as well. Since 2010, all thirteen Canadian Institutes of Health Research (CIHR) have requested applicants to consider sex and gender in their research. CIHR is currently in the process of giving that policy teeth by including the sex and gender components as review criteria for funding. And in the US, the National Institutes of Health (NIH) announced in 2014 that it will be requiring sex analysis in preclinical research, i.e., in research in cells, tissues, and animals.¹ This is huge. And policy change leads to methodological innovation. Lots of fascinating new research on sex and gender analysis in human and non-human animals is coming out of Canada, where the policies have been in place the longest.

In addition to policy changes, we can chart change by understanding that many of us are now senior women in academia. Thirty years ago, you and I would not have been professors at universities. When I was a graduate student at Harvard, there were no tenured women in History. Now there are many. We in gender studies have created new knowledge, we are the experts, and we have been recognized by being hired into senior positions.

Zemp: *Has the way you are thinking about sex and gender changed over time?*

Schiebinger: Of course!

Zemp: *In what regard? Can you describe how that changed?*

Schiebinger: I published my first book, *The Mind has No Sex? Women in the Origins of Science* in 1989, so I very much hope my ideas have changed! I think, well, I don't know, I don't actually study myself (laughs).

I have always been very interested in how *knowledge* is gendered. In the beginning it was hard for people to understand that knowledge itself is gendered. We understood that women are left out, and we understood that there is conscious and unconscious gender bias in the cultures of science, but we didn't understand knowledge. As an intellectual, social, and cultural historian, I strive to understand how ideas relate to society; that is, how ideas emerge from society and return to society to shape individuals, cultures, science, medicine, and technology. My basic goal has not changed a great deal; that's always been my problematic. I'll come back to this later.

But you want to know about how we understand sex. Sex is so difficult to really understand – and how it interacts with gender. These are things we need to constantly reconceptualise.

Zemp: *For quite a while gender research was structured from a gender perspective. In the last maybe one decade or two, gender research was taken up in the medical area where the so-called 'sex category' was addressed more explicitly, and where the thinking about the two categories, or how they interact, has possibly changed. Do you think that the medical field may reshape thinking about gender in the Humanities?*

Schiebinger: About gender!?! In the Humanities?

Zemp: *Yes. Or about sex and gender.*

Schiebinger: Oh, or about sex and gender.

Zemp: *My impression is that sex had been left out for quite a while because gender allowed us to address issues that can be changed through negotiation and political processes. It was the separation of gender from sex that allowed us to address societal issues, such as the place of women in intellectual life, but the meanings of 'sex' remained unchallenged.*

Schiebinger: Yes, right, right.

Zemp: *I mean, thereby, sex was not really addressed by humanists. It was rather left out, 'separated away', in order to discuss another dimension of that complex concept. Do you think that sex/gender issues might be reshaped, that the understanding of sex/gender might be influenced by current developments in the medical field?*

Schiebinger: You asked me before how have my concepts of sex and gender changed. I think, if you look at the Humanities in general, we have changed our idea of sex. It is not that we didn't consider sex. If you take, for example, the problematic of my first book, I was looking at how biological determinism arose in the eighteenth century and why it was so important and how it determined women's place in democratic societies. And so I think that humanists, or at least myself, we tended to see sex differences as the enemy: We didn't want people to think that intellectual capacities, behaviours, and attitudes are based in sex. For example, we argued that women's mathematical ability was not based in sex. We argued further that it was social discrimination that kept women from becoming tenured professors in math at Harvard (for 300 years!), not inability anchored in sex.

That was our problematic in the 1980s. Humanists now seek to understand how sex itself is influenced by society. One of my students Sarah Richardson, now a professor at Harvard, has a wonderful book entitled *Sex Itself* (2013), which is a history of identifying, characterizing, and defining the X and Y chromosomes. This is a very humanistic project that adds much to our collective ununderstanding of sex – both for humanists and for medical researchers.

I think we have all come to appreciate, problematize, and understand sex better. Anne Fausto-Sterling's work (1993, 2005, 2008, 2012) has been so important. Her article on the five sexes in 1993 was a bomb shell, right? That was so interesting. But then, we asked, *why five?* Why would you stop at five? And what does that tell us about sex? Also Suzanne Kessler's work (1990) on inter-sexed children and how they were fixed according to the discipline of the physicians seeing them: Urologists liked to make males, and endocrinologists liked to make females.

This raises interesting *cultural* questions about sex. I, as a humanist, got much more interested in sex, as something to analyse, over the years.

The 1990s saw the rise of body studies. I summarized some of those fascinating studies in a volume, *Feminism and the Body* (Schiebinger 2000). Nelly Oudshoorn's work (1994) on the birth of sex hormones is one example of how we take something to be natural until a social scientist documents how, in fact, sex hormones are as much cultural as natural artefacts. One measure of how mainstream rethinking sex has become might be that, in 2013, Germany became the first country I know of that established a third gender option – *indeterminate* (means: *unbestimmt*) on birth certificates.

Zemp: *Still, there is this, like – not a plethora – but an increasing number of sex/gender publications and of sex/gender research done in the health area. How do you perceive this body of research and what comes out of this body of research? How are sex and gender conceptualised in this field of research? Do you think there is an impact, ... even if sex has not been left out before...*

Schiebinger: Yes, I know – right!

Zemp: ... do you think there are some implications from this field on how sex/gender is viewed?

Schiebinger: I do the history of medicine so, as a humanist, I have always been interested in how sex and gender are conceptualized in medicine. I am currently finishing a book on human experimentation (or drug trials) in the eighteenth century. What is so interesting is that women were a regular part of drug testing then. Physicians routinely considered *sex*, *age*, and what they called *temperament*.

The interesting question is when was the study of sex differences (apart from reproduction) defined out of medical research. Or, put another way, when were women excluded from clinical trials (because they were included in the eighteenth century). I don't know because that will be the subject of some of my future research, but I'm guessing it was in the nineteenth century when medical students and military recruits increasingly became subject for experiments (these populations were all men) and when prison populations became increasingly men (prisoners were also routinely used for experiments). Women of child-bearing years were legally defined out of trials in the US in 1977 by the Food and Drug Administration because of the thalidomide disaster.

Then in 1993 the US passed a federal law requiring that women and minorities be included in clinical research. These requirements applied to humans only, and we had the untenable situation that candidate drugs and devices were tested in humans but had not earlier been tested in animals. This can be extremely dangerous and may explain why so many drug candidates fail. As I mentioned earlier, NIH will now require sex inclusion in all preclinical research – with animals, cells, and tissues.

All this means that there is currently a robust back and forth between medical researchers and humanists. While NIH requires that *sex* be considered in research, they don't require that *gender* be included. Canada's Institute of Health Research requests that *both* be included. Humanists and medical researchers will – together, I hope – respond to these needs. But, back to your question... – I don't really recognise disciplines.

Gramespacher: *Why?*

Schiebinger: Because the most interesting questions lay between them. I am a specialist in eighteenth century history before the advent of disciplines. We as humans, no matter what our research focus, learn most from what we now call inter-disciplinary work. Disciplines are arbitrary, and historical, ways of slicing and dicing reality. We need views from all sides. Much creativity emerges from the collision of disciplinary worldviews.

Zemp: *I agree a lot about this too. But it's not the history, as you certainly know.*

Schiebinger: Yes, I know.

Zemp: *And research conceptualised by different disciplines differs a lot; the questions addressed, the answers given, or the interpretations made vary a lot across disciplines.*

Schiebinger: Let me discuss our Gendered Innovation² project because it is robustly interdisciplinary. And let me return to my interest in gender and knowledge that we started with. In science and culture, we have made much progress (if you want to call it that) from the 1970s. People – in science and society at large – generally agree that we need more women in science, medicine, and engineering. People also understand unconscious gender bias in medical and scientific institutions. What people don't understand is how knowledge is gendered. This is the problem Gendered Innovations tries to solve.

I was impressed how social scientists in the 2000s developed specific examples of unconscious gender bias in scientific culture. People *get it*. They understand. These examples traveled through culture. We learned, for example, that scientists – both women and men tend to hire a man applicant versus a woman applicant with the same academic record (Moss-Rascusin et al. 2012). Researchers in the study sent applicant dossiers for a laboratory manager position to 127 professors from biology, chemistry, and physics (the dossiers were identical, only the names differed). Both women and men professors scored *John* higher on competence (4 points out of 7); 3.3 points for *Jennifer*. They also offered *John* a higher starting salary. So this is a quick story that people can convey to each other.

I wanted to create the same kind of easily understood stories for knowledge. I wanted to develop quick examples of how doing sex or gender analysis leads to something better – and new. I wanted to show how gender analysis enhances creativity and innovation. For this, I needed an interdisciplinary team. I was convinced that only an interdisciplinary team could tackle our ultimate goal: to develop state-of-the-art methods of sex and gender analysis, and to provide case studies to illustrate concretely how sex and gender analysis leads to innovation.

Our workshops brought together experts from each specific research field we treated with gender experts (sometimes, of course, that technical expert and gender expert was the same person). Our four main gender experts represent different disciplines: Ineke Klinge in the public health, Martina Schraudner in engineering (she is a biologist by training and so brought also that perspective), Inés Sánchez de Madariaga in architect and urban planner, and Marcia Stefanick in preventive medicine in the Medical School at Stanford. We had many gender experts throughout the project) but these are the four project co-directors.³

Gramespacher: *What would you say was the indicator to find out that an interdisciplinary group now can work together? When do they find the same language? When do they have the basics to go on?*

Schiebinger: First of all, the workshops were small, only fifteen people at a time, so it's an intimate kind of situation. We balanced men and women; we balanced for the European Union countries, that sort of thing. That helped already. We might, then, have three roboticists, and three neuroscientists, or three people working in public transportation who worked with our gender experts. The people who were willing to come understood that it was international and inter-disciplinary.

My Stanford team prepared and sent out drafts of case studies and methods ahead of time so experts could prepare. People's creativity is heightened if you give them something concrete to respond to. You may not be able to sit people down and ask them to be creative, but you can ask them to criticise and give you feedback. That often leads to creativity.

One of the first things we did at each workshop was what we might call conceptual translation. I am very committed to knowledge that travels easily across disciplines, meaning that you aren't allowed any jargon. If you use complex concepts – which we all do – you must be able to explain them easily to smart people in other disciplines. So, first we *synced up* our language and concepts (this was done through general discussion and emerged easily from those discussions). A lot of the technical experts had no idea what gender was or what we were talking about. It was as though we were from Mars! But after a bit you saw light bulbs going off. It was an 'oh really' moment. Very transformative – for me and for them. What was so interesting is that we *got it*; we all began to understand each other as we focused on completing our discrete task. It was exciting and vibrant. Altogether, we have over seventy collaborators across Europe and the US, and now we've moved into Asia. This may be the most exciting thing I've ever done. It puts gender analysis into action!

Zemp: *So actually, in the procedure you used, you were relying a lot on 'making understandable', in a reasonable way?*

Schiebinger: Yes. We also did a lot of focus groups. One of our methods is *participatory research*. For the Gendered Innovation project, we employed this method by getting user feedback. That feedback shaped the way we presented our materials. We wanted to understand how engineers *read*, for example. How do they like their information packaged?

People like Gendered Innovations because it's positive. We provide very concrete examples of how gender analysis gives you something new. About 2005 or 2006, I decided we gender theorists needed *elevator speeches* to communicate efficiently how knowledge is gendered. An *elevator speech* is a quick pitch of about three minutes, presumably, the time it takes you to go from the ground floor to whatever floor you are going to, ...

Zemp: *...of skyscrapers...*

Schiebinger: ...yes. I knew that to get gender accepted by policy makers, government funders, and the general public, we needed to provide specific, eye-

catching examples. The public is not captured by theoretical debates. Policy makers don't care. But you can say: "Look, look at *osteoporosis* research in men, we had a breakthrough, here is a new finding". Or you can quickly give the example of how developing pregnant crash test dummies enhanced automobile safety for foetuses; you can give examples from stem cell research – how including both sexes of cells leads to discovery, or examples of designing assistive technology for the elderly that take into consideration both sex and gender aspects. Or, for industry, you can point out how Google Translate (or Systran, for that matter) defaults to the masculine pronoun. This was completely unconscious gender bias on Google's part. We took the problem to Google. They were shocked and appalled to learn this and are now trying to fix it! This examples helps industry leaders consider how they might design products that benefit their entire market. They might even increase their market share.

One day, I got my chance with a top-level European Commission official, and I had my examples ready. He was amazed. I think the example that got him the most was an EC-funded project to study how the human thorax performs during car crashes (that's our case study *Human Thorax Model*). Every aspect of the human (between the neck and waist) is carefully studied, except breast tissue, which is completely ignored! Breast tissue determines how a seatbelt sits over the body; it can also be dramatically damaged by a seatbelt in a tragedy. The EC official listened carefully, and exclaimed: "Who are these people" making such assumptions? The EC is in the business of creating excellent science. He understood that these types of blind spots impeded excellence.

Zemp: *So, by communicating efficiently findings and benefits of them? I would like to go on into the field of sex and gender analysis. We heard today,⁴ from Anne Hammerström's presentation, that there is a line going from gender blindness to analysing sex/gender differences and then on to gender analysis, – do you think it was so linear?*

Schiebinger: No.

Zemp: *Can you comment on this?*

Schiebinger: So, what you're asking is about the development of gender analysis?

Zemp: *Yes.*

Schiebinger: Okay, let me answer in broad strokes. First, we started during the democratic revolutions of the late eighteenth century with the *sameness* argument – think Mary Wollstonecraft. And still, in the 1970s and 1980s, feminism was largely about sameness. For women to be equal, we had to be the same – physically, intellectually, and behaviorally.

Zemp: *...as described by the Yentl syndrome (see Healy 1991; Zemp 2003)...*

Schiebinger: ...we argued about intelligence, is it the same? Then came the 1990s and *difference* feminism. We started emphasising gender differences. These differences were generally built on stereotypes, that is, conventional notions such as men are aggressive and women are nurturing. There were lots of problems with difference feminism: It tended to romanticize and reinforce traditional masculinities and femininities. It failed to take into account that women and men across classes and cultures hold many different perspectives and values. Nonetheless, the theoretical move of revaluing traditionally undervalued feminine qualities was extremely important. This argument is still very much alive today. We often hear that diversity breeds creativity. That's based on difference feminism and appreciating difference across ethnicities.

What I'm trying to do is move people away from various brands of feminism to analysis. This is what is at the core of Gendered Innovations. The question is: What are the analytical tools you need to understand sex and gender in research and society. I want to promote *gender analysis*. These are flexible tools people can employ to understand different problems. It's what we humanists call critical thinking.

Zemp: *How do you see the aspect that – although there was this androcentric view in research, this all-male-model – that, let's say, the particular issues regarding men were also left out in research, remained unaddressed*

Schiebinger: ...well, no-normative men...

Zemp: ...ok, non-hegemonic models...

Schiebinger: ...right. Normative models were typically based on middle-class white males in Western cultures. Anyone who isn't that tended to be left out. Also, in the early days, masculinities weren't analysed.

You would be interested to know that in the eighteenth century there was a move to try gender medicine. There were some really interesting publications in the 1780s about health and sex differences. And somehow this never moved forward. We historians find it important to identify potential historical pathways that were not taken.

In my first book, *The Mind has no Sex?* (Schiebinger 1989), I wrote about the search in the eighteenth century for sex differences – beyond genitalia. In the US we are still trying to free ourselves from *bikini medicine* – the notion that men and women are the same physiologically except for genitalia. This way of thinking allows researchers to use male mice and humans as research models, and then to generalize the results to females (often a lethal error).

In 1788, Jakob Ackermann published an interesting book entitled *Über die körperliche Verschiedenheit des Mannes vom Weibe ausser Geschlechtstheilen*, where he catalogued sex differences throughout male and female bodies. In some instances he supported essentialism, i.e., limiting women's role in society based on the delicacies of female bodies. But he also appended a chapter on women's health, arguing that doctors should consider differences in body-build

that might influence the course of a disease. I intend to come back to this in some future work.

Joseph Wenzel, Ackermann's translator, was extremely interesting. He wrote that a sharp physiological delineation between the sexes was impossible, given the great variation among individual men and women. He stressed that one could find male bodies with a feminine build, and vice versa. These are topics worth returning to.

Gramespacher: *What are the main points they made at that time?*

Schiebinger: They were interested in sex differences in order to keep women healthy. This perspective was lost, and we did not return to that question until the women's health movement beginning in the 1970s.

Zemp: *On the Gendered Innovation website, sex and gender appear as distinct concepts.*

Schiebinger: As what?

Zemp: *Distinct concepts*

Schiebinger: I don't...

Zemp: *...not as inter-twined or...*

Schiebinger: Oh inter-acting? Or as twin concepts?

Zemp: *Distinct!*

Schiebinger: Oh distinct! Oh! Yes, I say they are distinct and then I do the opposite, right... They are distinct... and then you have...

Zemp: *...and then you deconstruct them...*

Schiebinger: ...you have to see how they work together, ...

Zemp: *...so it is a strategy to put it...*

Schiebinger: ...that's a strategy, yeah...

Zemp: *...to put it in such a clear way...*

Schiebinger: At one point, I studied Google analytics to understand how people use our website. Some people only stay for ten seconds. Even if they are there for only ten seconds, I want them to learn something! I tried to make even the titles

a *teaching moment*. So, yes, we distinguish sex and gender, and then we discuss how they interact. Hopefully people come for a couple of hours, and learn a lot.

A major problem is that many researchers use sex and gender interchangeably – that is to say incorrectly. They will be talking about *sex* but write *gender*. High-level researchers today often make the important point that it's impossible to tease apart sex/gender. That is true, but in many instances, people are simply talking about *sex* (biological qualities) and not *gender* (cultural processes). I think that *sex* and *gender* are still useful analytical categories even if we know that they shape one another in ways that often cannot be separated.

One of my major points on website that I don't think I communicate well, or that people don't get, is that gender analysis goes through the whole research process. It's not one question you ask; it has to do with the whole research process. Gender analysis is needed in all phases of research – from funding decisions, project conceptualization and objective setting, to methodologies and ethics, to data collection and analysis, and to making recommendations based on results.

Our methods are designed to assist researchers to integrate *sex or gender* considerations into every step of the research process.

Zemp: *I see the point that people spending little time on the Gendered Innovations website should also take away something. And if a person is doing for example a PhD on gender and asthma, goes to the website: How should this person use the website? Should this person do it the other way round, going to specific topics, guided by in depth interest?*

Schiebinger: Right, a PhD student should go to the case study closest to his/her question. If I were the PhD student you describe, I would read all the health and medicine case studies and then study the methods used. Each method is applied in several case studies so a researcher can toggle between the case study (where it is applied) and method (where it is discussed more generally) for deeper understanding. We cite the literature used. If I were a PhD student, I would read all the literature that is cited to see what more I could learn. And especially in the methods, we cite feminist scholarship that people might find helpful. The website is designed to teach people quickly or to expand almost infinitely for the serious scholar.

Gramespacher: *So would you say your website is not only interesting for PhD researchers but also for politicians, journalists, the whole society as well?*

Schiebinger: Our ideal audience is researchers. However, I later realized that the general public was interested. After receiving calls from a number of journalists, I added a version of each case study called *In a Nutshell*. This is a popular version for everyone. Teachers are welcome to use any of our materials in lectures. They are welcome to simply cut and paste to make the information travel to a new audience.

Gendered Innovations is based on forty years of gender studies of science, medicine, and technology. We are trying to bring this work to a broader audience.

Zemp: *Some people argue for not making gender anymore visible in reporting, whereas others attempt, as you mentioned, to work with Nature or Science, so that these would report the categories of sex. Can you comment on these discrepant tendencies?*

Schiebinger: Well, I think you were saying we went from gender blind, right? So we certainly have gone from gender blind in the 1970s, 1980s. We were really gender blind, and now we know something, but we don't know nearly enough, and we don't know exactly where sex or gender will be important categories to analyse. We just are not sure. So I think we should ask the question. We may find that sex or gender is not important, – but how would we know if we don't ask the question?

Earlier I discussed the important work granting agencies are doing to encourage researchers to integrate sex and gender into research design. A second policy area concerns editorial boards of peer-reviewed journals. Journal editors can require sophisticated sex and gender analysis when selecting papers for publication. Both *Science* and *Nature* have rudimentary guidelines requiring that the sex of the animals be reported. These should be elaborated and strengthened in light of the new NIH and European Commission requirements. On our website we have Policy Portal where we summarize the best journal editorial policies to date that we are aware of.

Finally, we need to integrate knowledge of sex and gender into the curriculum in medicine, the natural sciences, and engineering. It's important to educate the next generation. Some interesting things are going on in this respect, but we need to do more!

Zemp: *Thank you very much!*

Anmerkungen

- 1 This has occurred in the meantime: see National Institute of Health release of June 9th 2015: Consideration of sex as a biological variable in NIH-funded research. Available at <http://orwh.od.nih.gov/sexinscience/overview/pdf/NOT-OD-15-102_Guidance.pdf> (accessed 2 August 2015).
- 2 See <www.genderinnovations.stanford.edu> (accessed 28 Mai 2015).
- 3 We have subsequently expanded to Asia and welcomed Hee Young Paik, an expert in nutrition, as a co-director.
- 4 The 11th National Symposium of the Swiss Gender Health Research Network on Developments, Innovations and Benefits of Gender Health Research, 20th of August 2014, at the School of Social Work, University of Applied Sciences and Arts Northwestern Switzerland, Olten, Switzerland.

Literatur

- Ackermann, Jakob F. (1788) [übersetzt von Wenzel, Joseph]: Über die körperliche Verschiedenheit des Mannes vom Weibe ausser Geschlechtstheilen. Koblenz: Huber.
- Fausto-Sterling, Anne (2012): *Sex/Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge.
- Fausto-Sterling, Anne (2008): The Bare Bones of Race. *Social Studies of Science* 38, pp. 657-694.
- Fausto-Sterling, Anne (2005): The Bare Bones of Sex: Part 1 – Sex and Gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2 (30), pp. 1491-1527.
- Fausto-Sterling, Anne (1993): The Five Sexes: Why Male and Female are not enough. *The Sciences March/April 1993*, pp. 20-24.
- Healy, Bernadine (1991): The Yentl Syndrome. *New England Journal of Medicine* 325, pp. 274-276.
- Kessler, Suzanne (1990). The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. *Signs* 16, 1, Autumn, pp. 3-26.
- Moss-Racusin, C./Dovidio, J./Brescoll, V./Graham, M./Handelsman, J. (2002): Science Faculty's Subtle Gender Biases favor Male Students. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109, 41, pp. 16474-16479.
- Oudshoorn, Nelly (1994): *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*. New York: Routledge.
- Richardson, Sarah (2013): *Sex Itself: The Search for Male and Female in the Human Genome*. Chicago: Chicago University Press.
- Schiebinger, Londa/Klinge, Ineke (2015): Gendered Innovation in Health and Medicine. *Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur, und Gesellschaft* 2, pp. 29-50.
- Schiebinger, Londa (1989): *The Mind has No Sex? Women in the Origins of Science* Cambridge/Mass.: Harvard University Press.
- Zemp, Elisabeth (2003): Das Yentl Syndrom. Darstellung und Wahrnehmung von Krankheit – oder doch Differenz? In: Frei Gerlach, F./Kreis-Schinck, A./Opitz, C./Ziegler, B. (Hrsg.): *KörperKonzepte/ Concepts du corps. Interdisziplinäre Studien zur Geschlechterforschung*. Münster: Waxmann, pp. 275-280.

Autor_innen

Diana Baumgarten, Dr. phil., ist wissenschaftliche Assistentin am Zentrum Gender Studies der Universität Basel. Sie verfügt über langjährige Berufserfahrung als Sozialwissenschaftlerin und ist auf die Themenbereiche Familie, Mutterschaft und Vaterschaft, Konstruktionen von Geschlecht sowie qualitative Sozialforschung spezialisiert. Zu diesen Themen führt sie regelmäßig Seminare an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen in Deutschland und in der Schweiz durch. Aktuell arbeitet sie gemeinsam mit Nina Wehner im Projekt „Antizipierte Elternschaft und Berufstätigkeit“. Hier steht die Frage im Zentrum, wie sich Familien- und Berufsvorstellungen junger Erwachsener gegenseitig beeinflussen.

Toine Lagro Janssen, Prof. Dr., PhD, is a professor at the Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands. She holds a professorship in Women's Health. Her research focuses on gender in medical education and reproductive health.

Elke Gramespacher, Prof. Dr. phil., Dipl.-Päd., leitet die Professur Bewegungsförderung und Sportdidaktik im Kindesalter am Institut Vorschul- und Unterstufe der Pädagogischen Hochschule FHNW (Schweiz). Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Gender im Schulsport und im Sport, Interkulturelle Bildung im Sportunterricht, Verhältnisse von Sport und Medien in kindlichen Lebenswelten. Sie ist geschäftsführende Mitherausgeberin der fzg.

Karin Gross, MA, PhD, is a senior scientific collaborator in the Department of Epidemiology at the Swiss Tropical and Public Health Institute, University of Basel, Switzerland. Her research focus is on women and children's health.

Angelika Hofhansl, MME, Mag., Dr., Studium der Psychologie an der Universität Wien, Doktoratsstudium der Naturwissenschaften an der Universität Wien mit Schwerpunkt Evolutionäre Psychologie. Absolventin des Master of Medical Education (MME) an der Universität Bern (2008). Seit 2002 an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien am Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung (DEMAW) im Bereich Curriculumentwicklung und -koordination tätig. Entwicklung und Implementierung zahlreicher innovativer Lehr- und Lernformen im integrierten Medizin Curriculum Wien (MCW). Aufbau und Leitung des Mentoring-Programms für Studierende an der Medizinischen Universität Wien inkl. Schulung, Training und Supervision von MentorInnen. Internationale Vortragstätigkeit im Bereich Medizindidaktik, Lehrbeauftragte an der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, Organisationsberatung und Curriculumentwicklung im Rahmen von EU-Programmen (z.B. Rumänien).

Alexandra Kautzky-Willer, Prof. Dr., Professorin für Gender Medicine an der MedUni Wien, Leiterin des Universitätslehrgangs für Gender Medicine; Vorstandsmitglied bei verschiedenen medizinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften (u.a. Österr. Diabetesgesellschaft, Österr. Adipositasgesell-

schaft, Österr. Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin); wissenschaftliche Gutachterinnentätigkeit; zahlreiche Publikationen, mehrere Preise und Auszeichnungen.

Ineke Klinge, Dr., PhD, is currently visiting professor at the Institute of Gender in Medicine (GiM) at Charité, Berlin. She has a background in biomedical sciences and gender research. She chairs the Horizon 2020 Advisory Group on Gender at the European Commission. As associate professor of Gender Medicine at Maastricht University (1998-2014) her work focused on innovation of methodologies for biomedical and health research. Since 2000 she has coordinated many EU projects of which the most recent one was the Gendered Innovations project together with Londa Schiebinger from Stanford University. This project developed methods of sex and gender analysis for basic and applied research and was presented in a special session in the European Parliament on July 9, 2013. Ineke Klinge is involved in a number of ongoing EU projects (EUGenMed, GenCad, GenderSTE) and participates in the advisory boards of the Institute for Gender and Health (Canada) and of the European Institute for Women's Health (EIWH).

Frank Luck, MScN, studierte Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Fachhochschule Gesundheit in Aarau sowie Pflegewissenschaft an der Universität Basel. Im Rahmen des vom Schweizer Nationalfonds (SNF) geförderten Forschungsprojektes „Wie gehen Männer im Alltag mit Gesundheit um?“ (2012-2014) arbeitete er an seinem Dissertationsprojekt am Zentrum Gender Studies, in dem er aktuell Zusammenhänge zwischen Gesundheit(shandeln) und Männlichkeit(skonstruktionen) untersucht. Seine Kernarbeitsgebiete in der Lehre an Universitäten und Fachhochschulen sowie in der Beratung sind: Gender Health, Genderkompetenz, Migration und Gesundheit: Inter- und Transkulturelle Kompetenz, Umgang mit komplexen Situationen in der Gesundheitsversorgung, Qualitative Forschungsmethoden sowie Gender, Care, Pflege, und Gesellschaft. Er gehört zur Initiativgruppe „Care.Macht.Mehr“ und zu den Autor_innen des „Care-Manifestes 2013“.

Sonja Lydtin, MAS, Mag., studierte Handelswissenschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien und Gender Studies an der Universität Wien. Als Mitarbeiterin der Stabstelle Gender Mainstreaming an der MedUni Wien lagen ihre Arbeitsschwerpunkte in der Integration von Gender in die Lehre der MedUni Wien sowie in der Durchführung und Evaluation von Gleichstellungs- und Frauenförderungsmaßnahmen. Seit 2014 ist sie in der Stabstelle Gender Policy der Wirtschaftsuniversität Wien u.a. für die Entwicklung von Konzepten zur Förderung der Gleichstellung und Gendergerechtigkeit verantwortlich.

Andrea Maihofer, Prof. Dr. phil., Philosophin, Soziologin und Geschlechterforscherin; Professorin für Geschlechterforschung und Leiterin des Zentrums Gender Studies an der Universität Basel. Leiterin des Gender Graduiertenkollegs Basel und Präsidentin der Schweizerischen Fachgesellschaft für Ge-

schlechterforschung. Gegenwärtiger Forschungsschwerpunkt ist die Analyse von Wandel und Persistenz in den Geschlechterverhältnissen im Rahmen der aktuellen gesellschaftlichen Transformationsprozesse; im Fokus stehen die Themen: Familie, Sozialisation, Ausbildungs- und Berufsverläufe, Vorstellungen und Praxen von Männlichkeit(en), Sexualität, Normen und Normalisierung. Daneben forscht sie zu Gesellschafts- und Geschlechtertheorie sowie Moral-, Rechts- und Verfassungstheorie.

Bettina Schwind, MA, is a PhD candidate in Epidemiology/Public Health in the Department of Epidemiology at the Swiss Tropical and Public Health Institute, University of Basel, Switzerland. Her research interests include women's health and gender in medical care.

Rhea Seehaus, Dipl.-Päd., Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Stillen als mütterlichen Aufgabe. Eine geschlechterkritische Untersuchung institutioneller Praktiken zur Förderung des Stillens“ am Gender- und Frauenforschungszentrum der Hessischen Hochschulen (gFFZ/Frankfurt University of Applied Sciences). Arbeitsschwerpunkte: Kindheits- und Elternschaftsforschung, erziehungswissenschaftliche Essensforschung, ethnografische Methoden.

Sarah Singh, MA, is an external PhD candidate in the Department of Health, Ethics and Society (HES) at Maastricht University in the Netherlands. Her dissertation critically examines how the concepts of sex, gender, and race and/or ethnicity are conceptualized in recent public health and biomedical grant funding requirements introduced in Canada, United States and by the European Commission. She completed a Masters Degree in the Department of Political Science at York University in Canada.

Sandra Steinböck, Mag., Studium der Philosophie und Frauenforschung an der Universität Wien und zertifizierte Beraterin für Gender und Diversity. Seit 2007 Leiterin der Stabstelle Gender Mainstreaming an der Medizinischen Universität Wien mit den Arbeitsschwerpunkten Gender Monitoring, Gendered Research, sowie Integration von Gender in die Lehre an der MedUni Wien.

Sibil Tschudin, Dr., is head of the Division for Social Medicine and Psychosomatics at the Department of Obstetrics and Gynaecology of the University Hospital Basel, Switzerland. Her main focus is counselling and psychosomatic/psychosocial problems in obstetrics/gynaecology.

Nina Wehner, Dr. phil., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum Gender Studies der Universität Basel, Schweiz. Sie hat Soziologie und Germanistik in Freiburg i. Br. und Berlin studiert und über Familiengründungsprozesse von Studierenden promoviert. Sie war Kollegiatin im Graduiertenkolleg „Gender in Motion“ am Zentrum Gender Studies Basel (2005-2008). Seit 2007 arbeitet sie dort in verschiedenen Forschungsprojekten zu den Themen Elternschaft, v.a.

Vaterschaft und Kinderlosigkeit, Geschlechterungleichheiten in Berufsverläufen, Männergesundheit und Männlichkeiten und Geschlechternormen. Sie lehrt u.a. qualitative Methoden in Freiburg i. Br. und Basel.

Elisabeth Zemp, Prof. Dr. med., Professorin für Public Health an der Med. Fakultät der Universität Basel und Leiterin der Forschungseinheit Society, Gender and Health am Schweiz. Tropen- und Public Health-Institut in Basel, studierte Medizin an der Universität Basel und absolvierte nach mehrjähriger klinischer Tätigkeit den Master of Public Health an der Harvard School of Public Health in Boston/USA. Ihre Forschung befasst sich mit Zusammenhängen von Gender mit der Gesundheit im Lebenslauf und mit dem Zugang zur gesundheitlichen Betreuung. Der Schwerpunkt aktueller Arbeiten betrifft die Rolle von Gender für Atemwegserkrankungen und für die sexuelle und reproduktive Gesundheit. Sie unterrichtet im Medizinstudium an der Universität Basel und in verschiedenen Masterstudiengängen.

Bisher erschienene Titel *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*

- Jg. 21, H. 2 Medizin – Gesundheit – Geschlecht (135 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 21, H. 1 Materialisierungen des Religiösen (117 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 20, H. 2 Affect Studies – Politik der Gefühle (126 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 20, H. 1 Bildung – Erziehung – Geschlecht (135 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 19, H. 2 Körper(-sprache) – Macht – Geschlecht (140 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 19, H. 1 (119 Seiten), 19,90 €**
- Jg. 18, H. 1 Musik und Genderdiskurs (100 Seiten), 19,90 €**

Bezugspreise *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*

Einzelheftpreis: 19,90 Euro

Privat print Abo: 36,00 Euro

Privat print + online Abo: 46,00 Euro

Studierende print Abo: 29,90 Euro

Studierende print + online Abo: 36,00 Euro

Institutionen print Abo: 36,00 Euro

Institutionen print + online Abo: 69,00 Euro

Jeweils zzgl. Versandkosten: 4,00 Euro Inland, 8,00 Euro Ausland

Download Einzelbeitrag: 4,00 Euro

Manuskripte:

Informationen zur Manuskript-Einreichung für die Calls for Papers der *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien* finden Sie auf unseren Netzseiten unter <http://www.fzg.uni-freiburg.de/autorinneninfos>.

Kontakt:

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Zentrum für Anthropologie und Gender Studies (ZAG), Belfortstraße 20,
D-79098 Freiburg, Tel.: 0049-(0)761/203-8846, Fax: 0049-(0)761/203-8876

fzg@zag.uni-freiburg.de
<http://www.fzg.uni-freiburg.de>

Ausgaben der Vorläuferin *Freiburger GeschlechterStudien*

- 25 Migration – Mobilität – Geschlecht (380 Seiten)**
- 24 Feminisms Revisited (468 Seiten)**
- 23 Geschlechter – Bewegungen – Sport (418 Seiten, vergriffen)**
- 22 Kindheit, Jugend, Sozialisation (518 Seiten)**
- 21 Männer und Geschlecht (501 Seiten)**
- 20 Erinnern und Geschlecht, Band II (442 Seiten)**
- 19 Erinnern und Geschlecht, Band I (455 Seiten)**
- 18 Elternschaft (375 Seiten)**
- 17 Queering Gender – Queering Society (376 Seiten)**
- 16 Arbeit und Geschlecht (297 Seiten)**
- 15 Entfesselung des Imaginären? – Zur neuen Debatte um Pornografie (397 Seiten)**
- 14 Screening Gender – Geschlechterkonstruktionen im Kinofilm (347 Seiten)**
- 13 Dimensionen von Gender Studies, Band II (391 Seiten)**
- 12 Dimensionen von Gender Studies, Band I (322 Seiten)**
- 11 Perspektiven feministischer Naturwissenschaftskritik (312 Seiten)**
- 1/00 Beziehungen (310 Seiten)**

Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien 21/2

- 2/99 Feminismen – Bewegungen und Theoriebildungen weltweit (304 Seiten)**
- 1/99 *Cross-dressing* und Maskerade (vergriffen)**
- 2/98 Utopie und Gegenwart (237 Seiten)**
- 1/98 Frauen und Mythos (302 Seiten)**
- 1/97 Frauen und Körper (130 Seiten)**
- 2/96 Frauen – Bildung – Wissenschaft (136 Seiten)**
- 1/96 Frauenalter – Lebensphasen (140 Seiten)**
- 2/95 Frauenräume (168 Seiten)**
- 1/95 Frauen und Wahnsinn (vergriffen)**