

Doris Janshen

## Soziomedizinische Genderforschung – eine Innovation nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen?<sup>1</sup>

Für Außenstehende, aber auch für GenderforscherInnen ist es oft kaum zu fassen, dass die medizinischen Fächer sich erst jetzt für die Variable Geschlecht öffnen. Doch in der Tat es ist so. Bis zum Beginn dieses Jahrtausends wurden bestenfalls die primären Geschlechtsunterschiede von Frauen und Männern im Hinblick auf die Reproduktionsfunktionen beachtet. Da und dort wurde die Auswirkung hormoneller Unterschiede auf die physiologische Konstitution berücksichtigt (Schiebinger 2000). Besonders extrem ist die defizitäre Situation in unserem Land. In den USA dagegen hat die Pionierin Marianne Legato bereits 1990 ein Institut gegründet: »Partnership for women's health«.<sup>2</sup> Zwar ist zu konzedieren, dass in den entstehenden Gesundheitswissenschaften der 1990er Jahre und auch in der Medizinsoziologie Geschlecht thematisiert wurde,<sup>3</sup> aber die klinische medizinische Forschung ist bis in die Gegenwart hinein weitgehend abstinent (vgl. Duden 2002; Jahn 2002; Schmerl 2002). Die Sozialwissenschaften hingegen haben sich kaum für Genderfragen in Krankheitsverläufen geöffnet. Es fehlt so etwas wie eine sozialwissenschaftliche Krankheitsforschung.

Mit dieser Ausgangslage waren wir am Essener Kolleg für Geschlechterforschung konfrontiert, wo wir seit 2001 dabei sind, in interdisziplinären Projekten mit medizinischen Fächern die Variable Geschlecht einzuführen. Unsere Kooperationen betreffen die Kardiologie, Neurowissenschaften, Pharmakologie, Nephrologie und neuerdings auch die Pathologie (vgl. Janshen/Merk/Motakef 2007). Dies mit dem Ziel das neue Paradigma Soziomedizinische Genderforschung zu entwickeln und zu etablieren.

Noch ist es hochinnovativ, Geschlecht in disziplinäre medizinische Forschungen bzw. interdisziplinäre soziomedizinische Projekte einzubringen. Insofern sind entsprechende wissenschaftliche Orientierungen für Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen von sehr hohem Erkenntniswert und damit reizvoll. Wenn der Titel dieses Beitrags »Risiken und Nebenwirkungen nicht ausschließt« so ist damit gemeint, dass ein hoher Innovationsgrad in der Wissenschaft von den Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen Risikobereitschaft und Mut verlangt (vgl. Schinzel 2008). Denn die scientific communities belohnen Innovationen meist erst dann, wenn sie bereits zum Mainstream ge-

worden sind. Dies konnte bereits in den vergangenen 30 Jahren, in denen sich die Genderforschung in anderen Disziplinen etablierte, beobachtet werden. Ebenso wie in ihnen ist jetzt auch im Bereich medizinbezogener Forschungen absehbar, dass mittelfristig die Etablierung der Geschlechterforschung nicht zu »verhindern« ist. So gesehen ist der skeptische Untertitel nicht als Entmutigung gedacht, sondern als eine Motivation für Durchsetzungskraft. Das wird im Laufe dieses Beitrags noch deutlicher werden.

### Biologisches versus soziales Geschlecht?

Ebenso wie die Soziomedizinische Genderforschung am Essener Kolleg für Geschlechterforschung basiert auch dieser Beitrag auf der Unterscheidung von biologischem (sex) und sozialem Geschlecht (gender). Aus der Sicht vieler SozialwissenschaftlerInnen ist dies eine Provokation. So unterschiedlich in den vergangenen Jahrzehnten die Diskurse über Körper und Geschlecht auch gewesen sein mögen – sie sind von der Intention bestimmt, Biologismen zu vermeiden oder gar zu entlarven, sprich zu dekonstruieren. Auf diese Weise entsteht die Vorstellung, dass jedes physiologische Ereignis des Körpers ein kulturelles Konstrukt ist (vgl. Duden 2004). Im Konzept der Soziomedizinischen Genderforschung halten wir jedoch aus guten Gründen an dieser analytischen Differenzierung fest, insbesondere wenn es um empirische klinische Untersuchungen mit medizinischen Fächern geht.

Im Gegensatz zu unseren Intentionen sind die Forschungen von Geistes- und Sozialwissenschaften zu medizinbezogenen Fragestellungen überwiegend auf rein soziale Erkenntnisse und Befunde konzentriert. Selbstverständlich ist dies nicht überflüssig. Die Enquête des Deutschen Bundestages dokumentiert diese Forschungsorientierung signifikant (BMFSFJ 2002). Aufgrund epidemiologischer und anderer sozialwissenschaftlicher Erhebungen finden sich hier wichtige Informationen zur Frauengesundheit. Diese Enquête machte zum ersten Mal bundesweit darauf aufmerksam, dass die Prävalenz, d. h. die Häufigkeiten von Erkrankungen bei Frauen anders ist als bei Männern. Auch die Erhebung zu Frauengesundheit in Nordrhein-Westfalen (NRW) verdient in diesem Zu-

1 Erscheint in: Lothar Schröder/Edelgard Kutzner/Cornelia Brandt (Hrsg.): Innovation durch Chancengleichheit – Chancengleichheit als Innovation. VSA: Verlag, Hamburg 2009 (ca. 200 Seiten; EUR 14,80; ISBN 978-3-89965-333-5). Die HerausgeberInnen des Buches „Innovation durch Chancengleichheit – Chancengleichheit als Innovation“ danken Mona Motakef für die redaktionelle Bearbeitung des Manuskripts.

2 <http://partnership.hs.columbia.edu/aboutus.html> [Abgerufen am 1.11.2008].

3 Vgl. die Beiträge in Hurrelmann/Kolip2002, insbesondere Schofield/Connell/Walker 2002.

sammenhang Erwähnung (Landtag NRW 2004). Sie betont – wie etwa zeitgleich Marianne Legato – dass Frauen im Vergleich zu Männern dreimal so häufig bedroht sind rheumatische Erkrankungen zu erleiden, in Bezug auf Fibromyalgie sogar neunmal! Sie sind signifikant häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen und erhalten mehr Medikation dagegen. Entsprechendes gilt für die Prävalenz von Asthma, Arthritis, Migräne, Diabetes, Epilepsie etc. Ja, es wurde damals schon darauf hingewiesen, dass Krankheitsbilder, Pathogenese und Salutogenese sich unterschiedlich äußern können. Die Unterschiede im Bezug auf koronare Herzerkrankungen haben inzwischen auch in der Presse die Runde gemacht, werden in klinischen Forschungen jedoch nach wie vor kaum berücksichtigt. Eine Ausnahme in Deutschland sind in dieser Hinsicht die Untersuchungen von Vera Regitz-Zagrosek (Regitz-Zagrosek/Fuchs 2006; Regitz-Zagrosek/Lehmkuhl/Lehmkuhl 2008).

Es gibt unbestreitbar riesige Forschungsdefizite in Bezug auf biophysiological Fakten zu Erkrankungen von Frauen. Aber auch die Andrologie, die Disziplin, die die Besonderheiten von Männererkrankungen erforscht, steckt noch in den Kinderschuhen. Bislang war der Mann das Allgemeine und Übergreifende, ja der Mensch schlechthin (vgl. Solomon/Noll/Guttman 2008). Diese Situation ist also ganz ähnlich wie (früher) in der Philosophie und auch der Soziologie. In der Medizin kommt dies heute darin zum Ausdruck, dass in klinischen Studien überwiegend männliche Probanden vorhanden sind und die Forschungsergebnisse dann auf beide Geschlechter übertragen werden. Das kann auf dem Krankenbett übel ausgehen. Über die daraus resultierenden Nachteile für Frauen wird inzwischen in den Wissenschaften breiter diskutiert. Gegen Veränderungen steht jedoch auch die Tatsache, dass zweigeschlechtlich angelegte Untersuchungen teurer sind.

Der »3rd International Congress in Gender Medicine«<sup>4</sup> am Karolinska Institutet in Stockholm im September 2008 machte die große Breite der biologischen Untersuchungen (sex) zu Erkrankungen von Frauen deutlich. International ist zu beobachten, dass mikrobiologische Untersuchungen in Bezug auf hormonelle Konditionierungen (z. B. die Bedeutung von Östrogenrezeptoren in verschiedenen Körperpartien) zum Hit werden. Spannend für viele ist auch, wie der Regelzyklus von Frauen bei Erkrankungen wirksam wird, zum Beispiel ändert sich die Wirksamkeit von manchen Schmerzmitteln während der Periode. Die besondere Berücksichtigung von Männern in der »Gender Medicine« war auf dieser Konferenz eher nachrangig, wurde jedoch als Zukunftsaufgabe herausgestellt. Eine zentrale Fragestellung in diesem Kontext ist

die Schwächung der Männergesundheit durch das Y-Chromosom.

Die Konzentration der neuen scientific community auf physiologische Sachverhalte dokumentiert nicht eine grundsätzliche Blindheit der MedizinerInnen gegenüber sozialen Einflussgrößen bei Erkrankungen und deren Heilung, sondern zeigt das ungeheuer große Defizit, das die männliche Medizin ihnen hinterlassen hat. Dass die neue wissenschaftliche Forschungsrichtung »Gender Medicine«, die die Medizin mit Sex- und Genderfragen konfrontiert (vgl. Solomon/Noll/Guttman 2008), erklärtermaßen und auch forschungspraktisch neben der Biopathologie auch die Soziopathologie berücksichtigt, hebt sie aus den sonstigen medizinischen scientific communities positiv heraus. Wenn überhaupt werden Untersuchungen zu »Lebensqualität« und/oder »Environment« in der Regel unabhängig von der Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen Krankheit erhoben. Von zentraler Bedeutung ist jedoch, das soziale Geschlecht (gender) krankheitsbezogen in die medizinische Forschung selbst zu integrieren und in Konsequenz interdisziplinär zu arbeiten. Dazu einige Beispiele: das Immunsystem reagiert, wissenschaftlich vielfach belegt, auf soziale und seelische Belastungen wie z. B. Stress und Mobbing auch mit körperlichen Erkrankungen. Interessant sind molekularbiologische und neurophysiologische Untersuchungen, die zeigen, dass nicht nur der biologische Stoffwechsel bei Frauen und Männern oft unterschiedlich ist, sondern sie in verschiedenen sozialen Situationen nicht dieselben Stresserfahrungen machen. Das Immunsystem von Frauen arbeitet intensiver. Das bringt evolutionäre Vorteile für die Kinder, Nachteile jedoch für die Frauen selbst, denn sie reagieren heftiger und negativer auf Beziehungsstress als Männer. In diesem Zusammenhang kommt der Klassiker von Carol Gilligan »Die andere Stimme« von 1982 in den Sinn, indem sie mit psychologischen Methoden herausarbeitete, wie unterschiedlich sich Stressoren im Privat- und Erwerbsleben bei Frauen und Männern auswirken. Nun wissen wir es auch auf der physiologischen Ebene.

Dass Frauen während einer Schwangerschaft und Geburt hormonelle Veränderungen durchleben, ist bekannt. Dass jedoch auch bei Männern im Umfeld einer Geburt eine Erhöhung von Östrogenen stattfindet, ist eher überraschend. Marianne Legato deutet dies evolutionär: gegenüber dem Baby müssten auch Männer in dieser Situation größere soziale und fürsorgliche Fähigkeiten entwickeln (Legato 2002). Die vielen Beispiele, die im Kontext dieser Überlegungen angeführt werden könnten, beziehen sich überwiegend auf die Pathogenese, weniger jedoch auf die Salutogenese oder gar auf die Prävention. Die Tumorforscherin Andrea

<sup>4</sup> <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13482&l=en> [Abgerufen am 1.11.2008].

## Andrea Kindler-Röhrborn: Untersuchungen zur Genetik geschlechtsspezifischer Effekte bei der Entstehung maligner Tumoren

Das Risiko an einem malignen (bösartigen) Tumor zu erkranken, wird durch das Zusammenspiel exogener Faktoren und der individuellen genetischen Konstitution bestimmt. Eine Reihe verschiedener maligner Tumoren, die nicht die Geschlechtsorgane betreffen wie z. B. Schilddrüsenkarzinome und Tumoren des Nervensystems, entsteht dennoch mit einer deutlichen Geschlechtspräferenz. Dies ist zum Teil auf die unterschiedliche Exposition gegenüber krebserregenden Noxen als Folge genderspezifischer Lebensstile (Beruf, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum etc.) zurückzuführen. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Geschlechtsspezifität des Tumorrisikos auch genetisch bedingt ist (De Miglio et al. 2006; Poole and Drinkwater 1996). Obwohl die Identifizierung von Genen, die das Tumorrisiko bei beiden Geschlechtern unterschiedlich modifizieren, eine wichtige Voraussetzung für die gezielte Identifizierung von Hochrisiko-Individuen und damit für die geschlechtsspezifische Tumörprävention ist, ist bisher wenig über beteiligte Gene bekannt. Die genetische Heterogenität und mangelnde Daten über Exposition gegenüber krebserregenden Noxen erschweren entsprechende Untersuchungen beim Menschen.

Die Forschungsvorhaben unserer Arbeitsgruppe beschäftigen sich mit den molekularen Mechanismen der Geschlechtspräferenz bei der Entstehung bösartiger Tumore als Grundlage für geschlechtsspezifische Präventionsmaßnahmen. Wir verwenden ingezüchtete Nagerstämme, die entsprechende Unterschiede bei der Tumorentstehung zeigen, als Modellorganismen für Kopplungs- und Assoziationsstudien, da hier der einheitliche genetische Hintergrund sowie die Kontrollierbarkeit der Umweltfaktoren die Identifizierung von Genen, die Empfindlichkeit und Resistenz vermitteln wesentlich erleichtern. Es ist uns bereits gelungen in einem Modellsystem, nämlich der chemisch induzierten Tumorentstehung im peripheren Nervensystem der Ratte sechs Geneorte zu identifizieren, die präferentiell bei männlichen oder weiblichen Tieren das Tumorrisiko erhöhen oder erniedrigen (Koelsch et al. 2006). Alle diese Loci liegen jedoch nicht auf den Geschlechtschromosomen. Es wird angenommen, dass die geschlechtsspezifischen Effekte entweder dadurch zustande kommen, dass die entsprechenden Gene bzw. ihre Varianten mit Genen, die auf den Geschlechtschromosomen liegen, interagieren oder dass sie das Ergebnis hormoneller Einflüsse auf die Genexpression sind (Weiss et al. 2006). Dieses System wird uns ermöglichen, die Mechanismen der Geschlechtsspezifität auf molekularer und zellulärer Ebene zu untersuchen und gleichzeitig den Einfluss exogener Faktoren kontrolliert zu evaluieren.

Kindler-Röhrborn beschäftigt sich in Kooperation mit dem Essener Kolleg für Geschlechterforschung mit Tumörprävention und forscht zunächst im Tierversuch. Es ist hervorzuheben, dass sie genetische Dispositionen mit exogenen Faktoren, denen das Tier ausgesetzt ist, kontrastiert und kombiniert. Exogene Faktoren sind selbstverständlich auch soziale Erfahrungen, aber nicht nur. Es kann sich auch um Noxen, so genannte schädigende Außeninflüsse handeln (Winzen et al. 2006). Ob die These belegbar ist, dass positive soziale Erfahrungen auch bei Ratten eine präventive Wirkung in Bezug auf die Tumorerkrankung haben – diese Frage muss in die Zukunft verlegt werden.

Bei chronischen Erkrankungen besteht ein besonderer Bedarf soziale Einflussfaktoren zu kennen. Um die Medikamentierung mit Schmerzmitteln gering zu halten, ist es bedeutend zu wissen, welche sozialen Erfahrungen die Schmerzerfahrung vergrößern oder aber auch verringern. Nicht zufällig ist die Schmerzforschung besonders offen für die Inkludierung von sozialwissenschaftlichen Forschungen. Dabei werden, wie Karen G. Berkeley in Kooperation mit renommierten Schmerz-

forschungsinstitutionen international belegt hat, auch Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich. Sie erleben disease, also Krankheit im medizinischen Sinne und illness im Sinne von individueller Krankheitserfahrung unterschiedlich. Sie brauchen nicht nur verschiedene Dosierungen bei Medikamenten, sondern auch soziale Erfahrungen wirken sich nicht in gleicher Weise schmerzreduzierend oder schmerz erhöhend aus (Berkley 2008).

Fazit: Rein disziplinäre medizinische Untersuchungen sind demnach nicht mit »Biologismus« zu etikettieren, ebenso wenig wie (medizin)soziologische Untersuchungen das »Eigentliche« verfehlen. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass interdisziplinäre Kooperationen nötig sind, um dem biosozialen Konstrukt Körper erkennend und heilend gerecht zu werden. Daher unser Bemühen um das Paradigma der Soziomedizinischen Genderforschung. Es ist dabei bislang eine offene Frage, ob sich Differenzen und Gemeinsamkeiten des medizinischen Körpers und des erfahrenen Leibes bei Frauen und Männern systematisch bündeln lassen. Bislang sind wir in der Regel mit inkohärenten Einzelbefunden medizinischer Spezialitätä-

ten konfrontiert. Die Beantwortung der Frage, ob Frauen und Männer differente biosoziale Lebewesen sind oder inwieweit das »allgemein Menschliche« dominiert, ist vielleicht nicht utopisch, muss jedoch in die fernere Zukunft verschoben werden.

### Bedarfslage: Hirnforschung

Es gibt inzwischen sehr breites Wissen darüber, dass sich die neuronalen Dispositionen des Gehirns durch soziale Erfahrungen und Konditionierungen lebenslang entwickeln, verändern oder auch zurückbilden. In diesem Zusammenhang spricht man von der Plastizität des Gehirns. Die gegenwärtige Hirnforschung ist interdisziplinär angelegt und wir dürfen sie mit Fug und Recht eine Zukunftstechnologie nennen. Denn die Zukunft wird nicht nur Ergebnisse darüber hervorbringen, wie Soziales und Biologisches im Organ Hirn verbunden werden, sondern ohne jeden Zweifel werden Technologien entwickelt werden, um auf Erfahrungen und Fähigkeiten von Lebewesen invasiv einzuwirken – sei es medikamentös oder auch durch Chips. Die Parkinsonforschung ist nur ein einziges Beispiel für diese Orientierung.

Die Berücksichtigung des sozialen und des biologischen Geschlechts ist in diesem Forschungsfeld von besonders großer Relevanz. Bislang ist nur schwer zu sagen, ob anatomische Unterschiede (Dimorphismen) oder aber auch Übereinstimmungen im Gehirn bei Frauen und Männern zwangsläufig sind, oder ob solche Befunde etwas mit dem komplexen Zusammenspiel von Genen, Erleben und Hormonen zu tun haben (Bauer 2004). Die Frage, ob und wie die morphologischen Unterschiede in den Gehirnen von Frauen und Männern zu unterschiedlichem Verhalten führen, kann bislang nicht präzise und eindeutig beantwortet werden. Es ist in der Hirnforschung nicht anders als in den übrigen medizinischen Disziplinen: die Geschlechterfrage ist überwiegend nicht berücksichtigt. Doch in diesem Bereich ist erhöhte Wachsamkeit und Innovationshunger von Seiten der Geschlechterforschung dringend nötig. Denn die Folgen dieser Forschung können für Frauen und Männer verheerend oder auch sehr gut sein.

Die Tatsache, dass Mediziner und Medizinerinnen in ihre Arbeiten soziales Alltagswissen einbringen, ist bekannt. In der Hirnforschung ist dies jedoch besonders gefährlich, weil die Gefahr besteht, dass subjektiv oder auch kollektiv verallgemeinerte Geschlechtsstereotype zu biologischen Essentialismen gemacht werden. Das stereotype Geschlechterverhältnis erscheint damit unveränderbar.

Simon Baron-Cohen, klinischer Psychologe aus England und Direktor des Autism Research Center in Cambridge, hat sein Buch über das männliche

und das weibliche Gehirn 2004 auch in Deutschland veröffentlicht. Für GeschlechterforscherInnen liest sich dieses Buch wie ein sehnsüchtiger Rekurs auf die Vergangenheit, schlicht ein Lehrbuch für die Stereotypisierung der Geschlechterverhältnisse (Baron-Cohen 2004). Baron-Cohen polarisiert den männlichen und weiblichen Gehirntypus. Danach verfügen Männer über ein tendenziell systematisierendes Gehirn, Frauen über ein empathisches. Die dafür gewählten Beispiele sind jedoch alles andere als stringent und logisch belegt, sondern spiegeln die Alltagswahrnehmungen des Autors. Zum Beispiel: Weil das (bedauerliche) männliche Gehirn dank seiner besonderen Fähigkeit zur Systematisierung durch ein Fehlen von Empathie »bestraft« wird, soll dies, so Baron-Cohen, die Grundlage für aggressiveres Verhalten sein, selbst für Vergewaltigung und Mord. Um die soziale Dominanz des Mannes zu belegen, bezieht er sich auf den Gebrauch von Werkzeugen – Spuren lesen, Handel führen – und sieht dies evolutions-theoretisch als Grundlage für die systematische Kompetenz des Mannes. Wie bereits angedeutet, bilden die »weiblichen Stärken« dazu einen deutlichen Kontrast. Dank der empathischen Begabung sind Frauen besonders beziehungsfähig: in Freundschaften, in ihrer Mutterrolle und beim Klatsch (sic!).

Wie schwer es sein kann, solchen Essentialismen zu entgehen, zeigt sogar eine Veröffentlichung der sonst so bewundernswerten Marianne Legato. In ihrem Buch »Warum Frauen immer erinnern und Männer immer vergessen« (2007) bringt sie stereotypes Alltagsverhalten eines Paares mit biologischen Fakten der Hirnforschung in eine direkte Verbindung und es entsteht der Eindruck, im Verhalten der imaginierten Personen realisierten sich Naturkonstanten. Das ist naives Differenzdenken. Hier fehlt die sozialwissenschaftliche Kooperation. Immerhin öffnet sie am Ende dieses Buches eine Tür für die Vorstellung, dass durch die Plastizität des Gehirns Geschlechtsstereotype überwunden werden könnten. Wäre dies die Ausgangshypothese gewesen, hätte die Argumentation einen ganz anderen Zungenschlag bekommen: Es wäre eine Argumentation dafür entstanden, dass das Organ Hirn zwar benutzt werden kann, um Geschlechterstereotype überhistorisch zu kodieren, es jedoch auch dafür geschaffen ist, durch Erfahrungen und Lernen Stereotype zu dekonstruieren. Ein Folgeband in diese Richtung wäre eine gute Idee.

Auch in der sonstigen neurowissenschaftlichen Forschung wird eher Geschlechterdifferenz akzentuiert, wenn überhaupt Geschlecht zur Kategorie erhoben wird. An dieser Stelle verweise ich auf Britta Schinzel und Sigrid Schmitz, Genderforscherinnen in der Informatik, die das Informa-

tionssystem GERDA (Gender Digital Brain Atlas) aufgebaut haben, das eine kritische Bestandsaufnahme der Hirnforschung liefert. Wir empfehlen sehr die Rezeption der Veröffentlichungen dieser beiden Autorinnen und greifen hier nun eine der zentralen Behauptungen auf: Schmitz (2002) belegt, dass die Differenzhypothese in Bezug auf das männliche und weibliche Gehirn sich letztendlich auf eine sehr kleine Studie bezieht, die eine besondere »Zitierfreude« der Forschenden erfahren hat und dadurch sehr verbreitet ist. Anhand weiterer Veröffentlichungen weist Schmitz nach, dass Studien, die die Differenzhypothese nicht bestätigen, weit weniger Verbreitung finden. Auf einer mehr praktischen Ebene analysieren die beiden Wissenschaftlerinnen die den Gehirn-Scans zugrunde liegenden mathematischen Konstrukte. Denn die scheinbar »natürlichen« Aufnahmen des Gehirns bestehen aus statistischen Annahmen und Berechnungen. Die Methodenauswahl, so zeigen sie auf, hat einen großen Einfluss darauf, ob die Leistungen des männlichen und weiblichen Gehirns different sind oder übereinstimmen. Weitere Möglichkeiten der subjektiven Einflussnahme eröffnen sich bei der Interpretation der Daten. Der Aufschwung der Neurowissenschaften der vergangenen Jahre basiert wesentlich auf neuen Technologien wie bildgebenden Verfahren, die eine neue Sicht in die Prozesse im Gehirn ermöglichen. Eine kritische Rezeption dieser Aufnahmen ist überaus selten.

#### **Soziomedizinische Genderforschung: Nierentransplantation als Beispiel**

Das Essener Kolleg für Geschlechterforschung führt derzeit in Kooperation mit den Nephrologen Prof. Philipp und PD. Dr. Oliver Witzke des Klinikums der Universität Duisburg-Essen und der Pharmakologin Prof. Petra Thürmann der Universität Witten Herdecke ein Forschungsprojekt durch, das den Titel trägt »Frauen und Männer nach der Nierentransplantation«. In diesem interdisziplinären Projekt, das Soziologie, Nephrologie und Pharmakologie interdisziplinär verbindet, werden erstmalig die Folgen einer Nierentransplantation unter Einschluss von sex und gender erforscht. Mit ersten Ergebnissen des laufenden Projektes werden nun zentrale Parameter für das Paradigma »Soziomedizinische Genderforschung« vorgestellt, ohne das Projekt im Ganzen zu präsentieren.

Das biologische Geschlecht, mithin sex, ist in diesem Forschungsprojekt zeitweilig direkt auf das soziale Geschlecht, mithin gender, bezogen, aber in verschiedenen Forschungsphasen kann auch die eine oder andere Seite dominieren. Ein Beispiel: Bei einer Nierentransplantation handelt es sich entweder um eine postmortem-Spende,

bei der die Niere eines hirntoten Menschen auf einen Lebenden übertragen wird oder um eine Lebendorganspende, die zwischen sich nahe stehenden oder verwandten Menschen zugelassen ist. Bei letzterer sind die Heilungserfolge – wie zu erwarten – größer. Aus der Perspektive des biologischen Geschlechts, ist es interessant, dass Männernieren aufgrund ihrer größeren Anzahl an Nephronen bei beiden Geschlechtern ein besseres Transplantatüberleben haben (Kwon et al. 2005; Robert Koch Institut 2003). Noch spannender ist jedoch, dass neueste Untersuchungen belegen, dass optimale Ergebnisse erzeugt werden, wenn Frauen Patientinnen und Männer Patienten spenden. Das ist ein Sachverhalt, der sich nicht sozial dekonstruieren lässt, sondern hier, wie auch in anderen Fällen sind wir gezwungen, Dimorphismen männlicher und weiblicher Physiologie zu respektieren (Gratwohl et al. 2008).

Das soziale Geschlecht »gender« wiederum dokumentiert sich zum Beispiel darin, dass – wenn man den Iran außer Acht lässt – Frauen statistisch sehr viel häufiger bereit sind, eine Niere zu spenden, Männer jedoch häufiger Transplantate erhalten (Biller-Andorno/Kling 2004; Decker et al. 2008; Ghods/Nasrollahzadeh 2003). Das ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass Männer häufiger an Niereninsuffizienz erkranken: Wie sich in den USA ganz unverblümt zeigt, handelt es sich um eine Selektion, die im deregulierten Gesundheitssystem der USA das männliche Geschlecht privilegiert (Jindal/Ryan/Murthy 2005; Kayler/Meier-Kriesche 2002).

Hierzulande berücksichtigen klinische Studien ergänzend Erhebungen durch die psychosomatische Psychologie. Für Laien ist es sehr schwer nachvollziehbar, dass interdisziplinäre Forschungen zu den jeweiligen Erkrankungen bei Medizinern Revolutionen auslösen können. Jüngst zeigte sich das erst, als die Psychokardiologie aus der Taufe gehoben wurde (Hermann-Lingen 2008). Trotz solcher Vorbehalte insistieren wir darüber hinaus auf die Beteiligung des Faches Soziologie. Manifeste psychische Erkrankungen sind oft Folge einer chronischen Erkrankung. Gerade hier ist es aber dann wichtig, die sozialen Ereignisse, die unter der Kondition der Krankheit zunächst zu depressiven Verstimmungen führen, zu erkennen. Nach einer Transplantation befinden sich die PatientInnen lebenslang in einer chronischen Erkrankung. Die Nicht-Bewältigung von Lebenszielen erzeugt zunächst prä-depressive Phasen, die durch soziologische Forschungen erhoben werden sollten, um eine manifeste Depression als Erkrankung zu verhindern.

Ein Beispiel: Unsere Interviews mit PatientInnen zeigen, dass es einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf hat, wenn die betroffene Person

nach der Transplantation in das Arbeitsleben zurückkehrt. Sogar die Art der Tätigkeit beeinflusst das Krankheitsgeschehen. Die Tatsache, dass sich die Situation bei Selbstständigen am besten gestaltet, ist ein Hinweis darauf, dass Verantwortung nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere gesundheitsfördernd ist. Es ist nicht überraschend, dass die Arbeitsverhältnisse unserer Probanden und Probandinnen im hohen Maße gegendert sind. Das heißt, Männer sind in unserem Sample weitaus häufiger selbstständig oder zumindest in Vollbeschäftigung. Frauen dagegen arbeiten in Teilzeit, sind öfter berentet oder im Ehrenamt tätig. Entgegen allen Ideologien ist die Verantwortung für Haushalt und Familie weniger hilfreich für die Rehabilitation als die Erwerbstätigkeit. Dies ist nur ein Beispiel für die Wichtigkeit soziale Indikatoren zu erheben, die letztendlich Auswirkungen auf die seelische und körperliche Befindlichkeit haben können. Die Reduktion nur auf depressive Erkrankungen greift zu kurz, denn mithilfe der soziologischen Befunde wäre es möglich, im Vorfeld präventiv wirksam zu werden. Möglicherweise wäre die Beschäftigung eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin in diesem Feld nicht sehr teuer, aber wirkungsvoll.

Eine Chart-Review der Krankenakten unserer Klientel (n=60) hat eindeutig belegt, dass soziale Ereignisse fast gar nicht erfragt werden. Auf der Grundlage der soziologischen Befunde wird es möglich sein, signifikante Indikatoren für die soziale Schlechterstellung für die Patientinnen und Patienten in der gebotenen Knappheit, aber treffsicher zu erheben.

Bei der Chart-Review der Krankenakten unserer KlientInnen hat sich gezeigt, dass im Arzt-Patienten-Gespräch soziale Ereignisse kaum erhoben werden, psychische nur selten. Wesentliche Veränderungen in Bezug auf disease, d. h. das medizinisch relevante Krankheitsbild dominieren. Zu wenig werden Hinweise auf illness erhoben, mit anderen Worten: auf die subjektiv erlebte Krankheitserfahrung. Gerade aber bei chronischen Erkrankungen, zum Beispiel auch chronischen Schmerzkrankungen ist die subjektive Krankheitserfahrung Therapie-relevant. Die im Englischen mögliche Unterscheidung zwischen disease und illness korrespondiert mit der in der deutschen Sprache üblichen Differenzierung von Körper und Leib. Die Medizin interessiert sich für den Körper, den der Mensch hat, aber der Mensch, der Kranke erlebt seinen Leib. Das Übergehen dieser Unterschiede hat auch Folgen für die Therapien nach der Transplantation. Die Nephrologen interessieren sich für das Körperteil im neuen Körper, während der Patient sich mit dem »Geschenk« eines fremden Organs in seiner Leiberfahrung auseinandersetzen muss (Motakef 2008). Seine Selbst-

reflexion hat Auswirkungen auf die Akzeptanz der Lebenssituation überhaupt und damit auf die Befindlichkeit. Ihr müsste demnach sozialwissenschaftlich zur Sprache verholten werden.

Interdisziplinäre Kooperationen sind nicht nur in unserem Transplantationsprojekt, sondern in der Soziomedizinischen Genderforschung überhaupt von zentraler Bedeutung. Das schließt nicht aus, dass es Forschungsergebnisse gibt, die zunächst nur für die Pharmakologie relevant sind oder entsprechend für die Soziologie oder die Nephrologie. Die analytische Trennung von sex und gender sowie von Körper und Leib unterschlägt die Tatsache, dass im Erleben ein und derselben Person alles miteinander verschränkt auftritt. So fragen wir uns – ohne dies bereits jetzt beantworten zu können, wie die Medikation die nach der Transplantation dauerhaft nötig ist, mit sozialen Erfahrungen korrespondiert, die sich physiologisch niederschlagen. Um Konvergenzen dieser Disziplinen bestimmen zu können, entstehen theoretische Fragestellungen, für die es bislang kaum Antworten gibt. Für die Forschung ist die analytische Differenzierung von sex und gender zum Beispiel einfacher, als beides bei der Definition von Krankheit und den Erscheinungsformen der Symptomatik kohärent zu beschreiben und zu erforschen. In der Soziomedizinischen Genderforschung wird in Zukunft, d. h. wenn mehr empirische Ergebnisse zu sex und gender, zu Körper und Leib vorliegen, ein riesiger Theoriebedarf entstehen. Systematisch formuliert – Soziomedizinische Genderforschung darf sich nicht auf empirische Forschungen reduzieren lassen.

### Innovation als Lust auf Zukunft

Jean Paul Sartre hat einmal angemerkt, dass die Jugend Sehnsucht nach der Zukunft habe. Eben diese Sehnsucht ist es, die so beschwingt und Kraft verleiht, dass der eigene Mut zum Risiko oft weder gefühlt wird, noch bewusst ist. Dieser Gedanke lässt sich auch auf die Wissenschaften übertragen. Es gibt Fächer, die im Status der Jugend sind, d. h. im Selbstentwurf, und andere, die einerseits die Konventionen pflegen, andererseits im Zuge der Zeit auch wieder jugendlich werden. Übertragen auf die Genderforschung darf ich sagen, dass es sich um eine junge Fachrichtung handelt, in der in den vergangenen Jahrzehnten viel Mut bewiesen wurde, ohne dass die VertreterInnen sich der Risiken selbst bewusst wurden. Die »Nebenwirkungen« – Kämpfe in den scientific communities, Abwertung der Erkenntnisse, Karrierebrüche – werden schnell zur Seite geschoben. In der in den letzten zehn Jahren entstehenden Gender Medicine ist eben das auch wieder passiert, obwohl die Sanktionen der etablierten me-

dizinischen Fächer nicht immer übersehen werden konnten.

Wenn ich mir eine Unterscheidung der Innovationsforschung zueigen mache, nämlich die zwischen Innovation und Invention, darf ich daraus folgern: Die Breite und Spezialisierung der Gender Medicine – bislang vorrangig bezogen auf sex – befindet sich bereits in der Phase der Invention. Die Phase der ersten Impulse und Ideen, also die der Innovation, ist bereits voll im Gange, denn die Variable sex wird bereits realisiert in der großen Breite der medizinischen Spezialisierungen. Es gibt nicht nur Untersuchungen zu bestimmten Krankheiten, sondern die Frage nach sex und gender ist herunter gebrochen bis zur Ebene der Molekularbiologie. Diese Entwicklung wird nicht aufhaltbar sein, sondern im Gegenteil: Es eröffnen sich für die Zukunft riesige Forschungsfelder. Für die Umsetzung weiterer innovativer Forschungsfragen ist also weniger Mut zum Risiko verlangt, als vielmehr weiterhin Sehnsucht nach der Zukunft. Mithin entstehen auch neue reale Karrierechancen durch die Gleichstellung von Frauen und Männern in der Forschung selbst. Die im Erkenntnisprozess zu verwirklichende symbolische Gleichstellung von Frauen und Männern befördert demnach auch die konkrete Gleichstellung im Wissenschaftssystem, weil mit der Durchsetzung dieser Orientierung ein Prestigege Gewinn verbunden sein wird. Spätestens dann, wenn Männer vermehrt zuströmen werden – und das ist absehbar – können wir uns dessen sicher sein.

Die Soziomedizinische Genderforschung arbeitet noch unter der Rubrik der Innovation. Denn es geht nicht nur darum, Frauen und Männer zum Gegenstand von Forschung zu machen, sondern aus meiner Sicht leitet sie eine zweite Generation der Genderforschung ein. Die Variable Geschlecht ist eingebunden in interdisziplinäre Forschungen, die nicht – wie in den frühen Tagen der Frauenforschung – in erster Linie spontan, sondern intentional sind. Bestehende Forschungsfragen der Medizin und der Sozialwissenschaften fordern heraus, die jeweiligen Zwecke und Mittel in einer bisher nicht bekannten Form miteinander zu verknüpfen. Wenn wir uns vor Augen führen, dass es sich – wie z. B. in der Schmerzforschung – um eine Interaktion von Genetik, Physiologie, Anatomie, Neurologie, Endokrinologie, Psychologie und Sozialwissenschaften handelt, dann sehen wir, dass wir es nicht nur mit neuen Forschungszielen zu tun haben, sondern um einen Aufbruch in vollkommen neue Methoden und Methodologien. Pointiert wird diese Einsicht dadurch, dass aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive die Variablen Lebensstil, Ethnie, Alter, Individualität und ähnliches mehr hinzukommen. Selbstverständlich sind sex und gender immer inkludiert und die Soziologie

wird sich für eine Variante in der Medizinsoziologie öffnen müssen, die ich vorläufig Krankheitssoziologie nennen möchte. Das ist etwas anderes als die bisherige Gesundheitsforschung, weil die Sozialwissenschaften hier gezwungen sind, sich auch empathisch und emphatisch auf die Erkenntnisbefunde der Mediziner einzulassen.

Ohne Zweifel kann es sich dabei nicht nur – so schwierig dies im Einzelfall auch sein mag – um die interdisziplinäre Begegnung von Köpfen handeln. Mit den nicht mehr ganz jungen Disziplinen verbinden sich habituelle Prägungen in Bezug auf soziales Verhalten, Selbstverständnis, wissenschaftliche Handlungsnormen, also Kommunikation überhaupt. Angesichts der gegenwärtig zu beobachtenden Schwierigkeiten, das Etikett Interdisziplinarität wirklich mit Interdisziplinarität zu füllen, sind die sozialen Hemmnisse zur Kooperation weit stärker zu bewerten als die intellektuellen und wissenschaftlichen. Interdisziplinäre Kooperationen haben oft zu Streitlust geführt. Das ist nicht immer schädlich, denn es kann auch motivieren. Hinzukommen muss jedoch ein gezieltes Interesse, ja, eine Sehnsucht nach sozialen Kompetenzen in fremden akademischen Milieus. Ohne diese wird die zweite Generation der Genderforschung nicht reüssieren.

Die zweite Generation der Genderforschung zu »diagnostizieren«, ist gleichbedeutend mit der Gewissheit, dass die Genderforschung weiterhin ein Zukunftsprojekt ist, das Chancen eröffnet.

Marianne Legato sprach bei der Eröffnung des Stockholmer Kongresses visionär von einem »Tanz« der Disziplinen. Die Weiterentwicklung des Paradigmas der Soziomedizinischen Genderforschung könnte dafür ein Auftakt sein.

## Literatur

- Baron-Cohen, Simon (2004): Vom ersten Tag an anders: Das weibliche und das männliche Gehirn. Freiburg: Walter
- Bauer, Joachim (2004): Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper
- Berkley, Karen (2008): »Sex and Gender Differences in Pain.« *Gender Medicine* 5 (3), 305
- Biller-Andorno, Nikola/S. Kling (2004): »Who gives and Who receives?« Thomas Gutmann et al. (Hrsg.): Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation. Lengerich: Pabst Science Publishers
- BMFSFJ (2002): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer
- Decker, Oliver/Manfred Beutel/Merve Winter et al. (2008): »Sex sells? Geschlechterunterschiede und Anreizmodelle: Die Einstellungen der Deutschen zur Organspende.« *Transplantationsmedizin* 20, 53-58

- De Miglio, M.R./P. Virdis/D.F. Calvisi et al. (2006): »Mapping a Sex Hormone-Sensitive Gene Determining Female Resistance to Liver Carcinogenesis in a Congenic F344.BN-Hcs4 rat.« *Cancer Res* 66, 10384-10390.
- Duden, Barbara (2002): *Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch: Historisches zum Frauenkörper*. Hannover: Offizin
- Duden, Barbara (2004): »Frauen->Körper: Erfahrung und Diskurs (1970-2004).« Ruth Becker/Beate Kortendiek (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: VS, 504-518
- Ghods, A.J./D. Nasrollahzadeh (2003): »Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Program: Assessing From Cultural Perspectives.« *Transplantation Proceedings* 35, 2559-2560
- Gratwohl, Alois/Bernd Döhler/Martin Stern et al. (2008): »H-Y as a minor histocompatibility antigen in kidney transplantation: a retrospective cohort study.« *The Lancet* 372 (9632), 5 July, 49-53
- Hermann-Lingen, Christoph (2008): »Psychotherapeutische Aspekte der Psychokardiologie.« In: G. Rudolf/P. Henning: *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme, i. E.
- Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hrsg.) (2002): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber
- Jahn, Ingeborg (2002): »Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung.« Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Hans Huber, 142-156
- Janshen, Doris/Kordula Merk/Mona Motakef (2007): »Soziomedizinische Genderforschung – ein interdisziplinäres Muss.« *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 25 (1), 83-97.
- Jindal, Rahul/John J. Ryan/Imran Saijad (2005): »Kidney Transplantation and Gender Disparity.« *Nephrology* 25, 474-483
- Kayler, Luise K./Herwig-Ulf Meier-Kriesche (2002): »Gender imbalance in living donor renal transplantation.« *Transplantation* 73, 248-252
- Koelsch, B.U./C. Fischer/M. Neibecker et al. (2006): »Gender-specific polygenic control of ethylnitrosourea-induced oncogenesis in the rat peripheral nervous system.« *Int J Cancer* 118, 108-114
- Kwong, O.J./J.Y. Kwak/C.M. Kang (2005): »The Impact of Gender and Age Matching for Long Term Graft Survival in Living Donor Renal Transplantation.« *Transplantation Proceedings* 37, 726-728
- Landtag NRW (Hrsg.) (2004): *Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsvorsorge in NRW*. Wiesbaden: VS
- Legato, Marianne (2002): *Evas Rippe: Die Entdeckung der weiblichen Medizin*. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Legato, Marianne (2007): *Varför kvinnor alltid kommer ihåg och män alltid glömmar*. Stockholm: Prisma [Warum Frauen immer erinnern und Männer immer vergessen]
- Motakef, Mona (2008): »Körper als Gabe? Die Konstruktion von Nieren im Diskurs der Organtransplantation.« Ilse Modelmog/Diana Lengersdorf/Mona Motakef (Hrsg.): *Annäherung und Grenzüberschreitung*. Essen: Essener Kolleg für Geschlechterforschung, 130-142
- Poole T.M./N.R. Drinkwater (1996): »Two Genes Abrogate the Inhibition of Murine Hepatocarcinogenesis by Ovarian Hormones.« *Proc Natl Acad Sci U S A* 93, 5848-5853
- Regitz-Zagrosek, Vera/Judith Fuchs (Hrsg.) (2006): *Geschlechterforschung in der Medizin*. Frankfurt: Peter Lang
- Regitz-Zagrosek, Vera/E. Lehmkuhl/H.B. Lehmkuhl (2008): »Heart failure – are there gender aspects?« *Internist* 49 (4), 422-428
- Robert Koch Institut (2003): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Organtransplantation und Organspende*. 17. Berlin
- Schiebinger, Londa (2000): *Frauen forschen anders*. München: Beck
- Schinzel, Britta (2008): »Transdisziplinäre Fragestellungen der Genderforschung in Technik – und Naturwissenschaften.« Ilse Modelmog/Diana Lengersdorf/Mona Motakef (Hrsg.): *Annäherung und Grenzüberschreitung*. Essen: Essener Kolleg für Geschlechterforschung, 36-56
- Schofield, Toni/Robert W. Connell/Linley Walker et al. (2002): »Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis.« Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 67-83
- Schmerl, Christiane (2002): »Die Frau als wandelndes Risiko: Von der Frauenbewegung zur Frauengesundheitsbewegung bis zur Frauengesundheitsforschung.« Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 32-52
- Schmitz, Sigrid (2002): »Hirnforschung und Geschlecht: Eine kritische Analyse im Rahmen der Genderforschung in den Naturwissenschaften.« Ingrid Bauer/Julia Neissl (Hrsg.): *Gender Studies – Denkachsen und Perspektiven der Geschlechterforschung*. Innsbruck: StudienVerlag, 109-126
- Schmitz, Sigrid/Schinzel, Britta (2004): *Grenzgänge: Genderforschung in Informatik und Naturwissenschaft*. Königstein: Ulrike Helmer
- Solomon, Louis M./Rebekka C. Noll/Rebecca Guttman (2008): »The Weaker Sex: Is Being a Male a Legally Cognizable Defect, Impairment, or Disability?« *Gender Medicine* 5 (3), 200-209
- Weiss L.A./L. Pan/M. Abney et al. (2006): »The Sex-Specific Genetic Architecture of Quantitative Traits in Humans.« *Nat Genet* 38, 218-222
- Winzen B./B. Koelsch/A. Kindler-Röhrborn (2006): »Gender-specific Oligogenic Control of Resistance to Ethylnitrosourea-Induced Oncogenesis in the Rat Peripheral Nervous System.« Vera Regitz-Zagrosek/Judith Fuchs (Hrsg.): *Geschlechterforschung in der Medizin*. Frankfurt: Peter Lang, 119-31



# DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

*Offen im Denken*

ub | universitäts  
bibliothek

Dieser Text wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

**DOI:** 10.17185/duepublico/72855

**URN:** urn:nbn:de:hbz:464-20200928-172859-8



Dieses Werk kann unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 Lizenz (CC BY 4.0) genutzt werden.