

ZEITSCHRIFT
DES INTERDISZIPLINÄREN ZENTRUMS
FÜR GESCHLECHTERFORSCHUNG IZFG

Herbst 2022

#38

genderstudies



EDITORIAL

Gesundheit und Geschlecht 1

SCHWERPUNKT: GESUNDHEIT UND GESCHLECHT

Einführung: Die komplexe Beziehung zwischen
Gesundheit und Geschlecht 2

Vertiefung: Gesundheitsversorgung von trans
Personen 5

Vertiefung: Depression und Biographie. Krank-
heitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz 8

Interview mit Dr. med. Jeanne Moor, Oberärztin 11
Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern

AUS DEM IZFG

Projektbericht: Ein gemeinsamer Raum – Un-
erzählte Schweizer Frauengeschichte(n) 14

Projektbericht: Intersektionale und
(trans-)urbane Solidarität 15

Erkenntnisse aus einer Doktorarbeit: 'Solutions'
for Anti-Sexual Harassment at Workplace Policies 16

Bericht Workshop Fausto-Sterling: Narrating
Gender/Sex. From Psychology to Literary Theory 17

Bericht FIV-Lehre: Geschlecht in der Medizin –
biologische und soziale Grundlagen 18

LEHRE AM IZFG

Master Minor und Graduate School 19

Ich studiere Gender Studies! 20

Dissertationsprojekt: Zeitgenössische
Autorinnen schreiben zu Mutterschaft 21

GENDER AN DER UNI BERN

Portrait: Dr. Laura Perler, Sozialanthropologin 22

Abteilung für Gleichstellung: Der Weg zu einer
diversen Wissenschaftskultur 23

Gender-Facts an der Uni Bern 25

SONSTIGES

Rätsel: Ist das logisch?! 26

Q&A: Frag Dr. Gender! 27

PUBLIKATIONEN

Amnesty International and Women's Rights 28

Claiming Home 28

Sexuality, Health and Society 28

Un/doing Race 29

Violent Times, Rising Resistance 29

IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN Interdisziplinäres Zentrum für
Geschlechterforschung IZFG, Universität Bern
Mittelstrasse 43, 3012 Bern, www.izfg.unibe.ch
REDAKTION Monika Hofmann, Pascal Kohler, Janine Lüthi
BILDER Franziska Nyffeler, Portrait auf S. 22 von Mara Truong
LAYOUT Monika Hofmann
GESTALTUNG grafikwerkstatt upart, blau, Bern
DRUCK Vetter Druck AG, Thun
AUFLAGE 1200 Exemplare PAPIER PlanoJet, FSC-zertifiziert
ISSN-NR. 1663-7879

Gesundheit und Geschlecht

I Monika Hofmann

Liebe Leser*innen

Weshalb wird Hautkrebs bei cis Männern oft später erkannt als bei anderen Menschen? Was hat die (Re-)Produktion binärer Körper im Gesundheitssystem für Auswirkungen auf trans und intergeschlechtliche Personen? Und weshalb ist es wichtig, Depressionserkrankungen bei Migrant*innen nicht nur in einem individuellen Kontext zu verorten? Diesen und weiteren Fragen rund um das Thema "Gesundheit und Geschlecht" geht die vorliegende Ausgabe von *genderstudies* nach.

Zwischen Gesundheit und Geschlecht besteht eine komplexe und enge Verbindung. Der Einführungsartikel geht der Frage nach, wie sich geschlechtsspezifische Ungleichheiten auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aller Geschlechter auswirken. Der Vertiefungsartikel "Gesundheitsversorgung von trans Personen: ein Einblick in die psychotherapeutische Arbeit" plädiert dafür, dass mit einem sensiblen und verantwortungsvollen Zugang zur Gesundheitsversorgung von trans Personen dem zentralen Konflikt zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Sorge vor Fehlentscheidungen im Sinne der Behandlungssuchenden begegnet werden kann. Der Text "Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz" stellt eine aktuelle Doktorarbeit vor und im Interview mit der Oberärztin Dr. med. Jeanne Moor erfahren Sie, welches die grössten Forschungslücken der Gendermedizin sind.

In der Rubrik "Aus dem IZFG" stellen wir aktuelle Projekte des Zentrums vor und berichten aus dem Workshop mit Prof. em. Dr. Anne Fausto-Sterling – wie auch aus der interfakultären Vorlesung "Geschlecht in der Medizin – biologische und soziale Grundlagen". Wie in jeder Ausgabe finden sich auch



in dieser Portraits von Studierenden, Doktorierenden und Angehörigen des Mittelbaus, die sich in ihrer Forschung an der Universität Bern mit der Kategorie Geschlecht befassen. Auch die beliebten Inhalte "Gender-Facts an der Uni Bern", das Rätsel, oder das Q&A "Frag Dr. Gender!" sind Teil der 38. Ausgabe der IZFG-Zeitschrift.

Das Redaktions-Team wünscht Ihnen, liebe Leser*innen, eine anregende und erfrischende Lektüre – und eine gute Gesundheit.

Bildkonzept

Bereits die Gegenüberstellung von zwei Bildern kann zu einer neuen Bedeutung führen. Die Technik der Collage erlaubt im überlagernden Zusammenspiel von Farben, Kontrasten, Symbolen und Abbildungen eine Mehrschichtigkeit, die das vielseitige Spektrum des IZFG auf visueller Ebene aufzeigt. Die Illustratorin Franziska Nyffeler hat die Bildcollagen für die Überarbeitung der IZFG-Website konzipiert, mit dem Ziel, in spielerischer Art und Weise neue Bildwelten zu kreieren und den Betrachtenden Raum für eigene Interpretationen zu eröffnen. Einige der hier abgedruckten Bilder sowie weitere Illustrationen werden in Kürze auf der Webseite www.izfg.unibe.ch in farbiger Version zu sehen sein.

franziskanyffeler.net

Die komplexe Beziehung zwischen Gesundheit und Geschlecht

Wie aktuelle Beispiele zeigen, besteht eine komplexe und enge Verbindung zwischen Gesundheit und Geschlecht. So sind die verschiedenen Geschlechter in unterschiedlichen Massen von Krankheitssymptomen, Krankheit und Sterblichkeit betroffen. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten sind in allen Gesellschaften vorhanden und wirken sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aller Geschlechter aus. Neben Geschlecht prägen weitere Kategorien wie Alter, Aufenthalts- und sozialer Status sowie ethnische Zugehörigkeit den Zugang zum Gesundheitssystem und Gesundheit.

I Christine Bigler*

Die Aktualität der Beziehung zwischen den Themen Gesundheit und Geschlecht nimmt nicht ab. Das zeigen folgende drei Beispiele: Am 24. Juni 2022 entschied das höchste Gericht der USA, dass die Verfassung kein Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch gewährt und ebnete so den Weg für eine Verschärfung des Schwangerschaftsabbruchgesetzes auf Ebene der Bundesstaaten.¹ In den 1990er-Jahren benannten die Vereinten Nationen den unsicheren Schwangerschaftsabbruch als eines der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Unsichere Schwangerschaftsabbrüche, welche vermeidbar sind, gehen einher mit erhöhter Morbidität, Müttersterblichkeit sowie sozialen und finanziellen Belastungen.²

Zweitens: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rief im Oktober 2021 die "Decade of Action for Road Safety" aus, um auf ein weiteres Problem der öffentlichen Gesundheit hinzuweisen. Weltweit sterben jedes Jahr ungefähr 1.3 Millionen Menschen im Strassenverkehr, drei Viertel davon sind Männer. Männer verbringen im Vergleich zu Frauen mehr Zeit im Strassenverkehr, weisen einen risikoreicheren Fahrstil auf und haben einen höheren Suchtmittelkonsum. Diese Faktoren wirken sich negativ auf ihre Gesundheit und Lebenserwartung aus. Junge Männer unter 25 Jahren haben ein fast dreimal so hohes Risiko, bei einem Verkehrsunfall getötet zu werden wie junge Frauen im gleichen Alter.³

Drittens: Trans Menschen sind oftmals mit Gewalt, Diskriminierungen, Vorurteilen und anderen Formen von Stigmata konfrontiert. Dies erzeugt Stress und dieser wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus, zum Beispiel durch erhöhte Blutdruckwerte.⁴ Eine Studie aus den USA weist auf den Zusammenhang zwischen Stigma und Suizidversuchen von trans Menschen hin. In der US-Gesamtbevölkerung liegt die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen unter zehn Prozent, bei trans Menschen bei über 40 Prozent.⁵

Diese drei Beispiele zeigen, dass die verschiedenen Geschlechter in unterschiedlichen Massen von Krankheitssymptomen, Krankheit und Sterblichkeit betroffen sind und dass das soziale Geschlecht inkorporiert wird (*embodiment*). "Embodiment"

meint, dass sich das soziale Geschlecht, soziale Marginalisierungen und Umwelteinflüsse verkörperlichen und im Laufe des Lebens zu gesundheitsbezogenen Ungleichheiten führen.⁶ Der einzelne Mensch ist unterschiedlichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt aufgrund der ihm gesellschaftlich zugeschriebenen Geschlechterrolle und Verantwortlichkeit. Geschlechterungleichheit, restriktive Geschlechternormen und Machtstrukturen sind in allen Gesellschaften vorhanden und starke Faktoren für Gesundheit und Wohlbefinden.⁷

Gesund zu sein ist ein Menschenrecht

Gesund zu sein ist ein fundamentales Bedürfnis des Menschen. In der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948 wird Gesundheit als Grundrecht definiert. Gesundheit ist multidimensional und umfasst körperliche, psychische, seelische und soziale Anteile, welche sich gegenseitig beeinflussen.⁸ Diese Multidimensionalität wird auch in der Verfassung der WHO festgehalten: Hier wird Gesundheit als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Gebrechen beschrieben. Zudem wird festgehalten, dass der Besitz von bestmöglicher Gesundheit ein Ziel der globalen Gemeinschaft ist und sowohl Regierungen wie Einzelpersonen dafür verantwortlich sind.⁹ Mit der Alma-Ata-Deklaration von 1978 rückten die sozialen und ökonomischen Faktoren für ein gesundes Leben ins Zentrum. Die Deklaration basiert auf den damals revolutionären Prinzipien von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit. Um "Gesundheit für alle" zu erreichen, müssen weltweit soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten reduziert werden.¹⁰ Heute wird Gesundheit als entscheidender Faktor für die nachhaltige Entwicklung gesehen und ist somit auch ein Ziel der Agenda 2030.

Soziale, gesellschaftliche, aber auch biologische Faktoren tragen zur Konstruktion von Geschlecht bei. Zudem zeigen die verschiedenen Geschlechter Unterschiede im Gesundheitsverhalten und den Krankheitsauswirkungen, in der Inanspruchnahme von Voruntersuchungen sowie in der Behandlung und Pflege. Neben Geschlecht prägen soziale Kategorien wie Alter, sozialer Status und ethnische

Zugehörigkeit Gesundheit und den Zugang zum Gesundheitssystem. Ausserdem ist das Gesundheitssystem stark mit Migration und Ökonomisierung verknüpft. Aus diesem Grund muss Gesundheit und das Gesundheitssystem aus einer intersektionalen Perspektive betrachtet und analysiert werden.

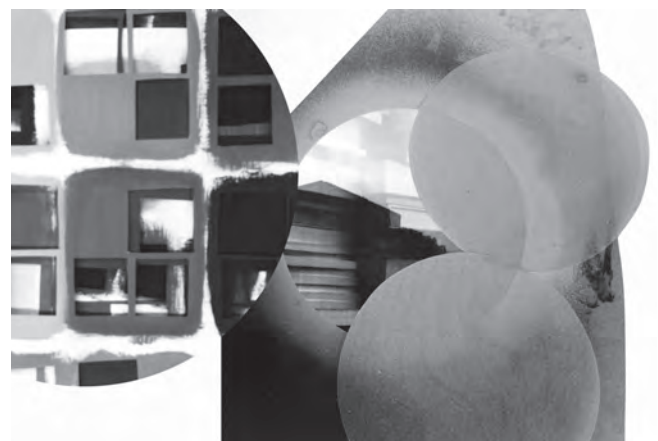
Ringvorlesung "Gesundheit und Geschlecht"

Um die komplexen Beziehungen von Gesundheit und Geschlecht besser zu verstehen, führte das IZFG im Frühlingssemester 2022 eine Ringvorlesung zum Thema Gesundheit und Geschlecht durch. Die Referent*innen analysierten aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven, wie Gesundheit und ihre Multidimensionalität mit Geschlecht und Intersektionalität zusammenhängen und hinterfragten die normative Kraft des Begriffs der Gesundheit.

Den Auftakt dieser Ringvorlesung machte David Garcia Nuñez mit seinem Beitrag "Starre Geschlechterordnung & Que(e)re Diagnosen: Zum Verhältnis der Medizin zu LGBTIQ+ Personen". Garcia Nuñez thematisierte das Verhältnis von Geschlecht und Medizin und zeigte auf, wie die Medizin zur Zementierung des normativen Geschlechtersystems beiträgt. Um diese starre Geschlechterbinarität aufzubrechen, welche oft diskriminierende Konsequenzen für Menschen der LGBTIQ+ Community haben, stellte Garcia Nuñez das Konzept des bio-psycho-sozialen Geschlechts vor. Darin wird Geschlecht immer wieder neu konstruiert und umfasst sowohl *sex* und *gender* als auch Sexualität und romantische Anziehung.

Mit einer intersektionalen Perspektive zeigte Amina Trevisan, wie sich gesellschaftliche Faktoren negativ auf die psychische Gesundheit von lateinamerikanischen Migrant*innen auswirkt. Nicht die Migrationserfahrung per se, sondern soziale Faktoren wie Rassismus, beruflicher Ausschluss, Armutserfahrung, fehlende soziale Unterstützung, Geschlechterungleichheit und ungleiche Machtverhältnisse in binationalen Ehen führen zu psychischen Belastungen und können eine Depression auslösen.

Auch Faten Khazaei nutzte eine intersektionale Perspektive, um häusliche Gewalt in der Schweiz zu analysieren. Mittels einer ethnographischen Heran-



gehensweise konnte sie aufzeigen, dass Behörden die Ursachen von Gewalt bei Personen mit Migrationshintergrund eher auf strukturelle Faktoren zurückführen und bei Menschen ohne Migrationshintergrund auf psychologische Faktoren.

Franziska Schutzbach fokussierte in ihrem Beitrag zum Thema "Die Erschöpfung der Frauen" auf weiblich sozialisierte Menschen in heterosexuellen Familien und erläuterte, dass ihre Erschöpfung keine individuelle Angelegenheit ist, sondern auf gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Umstände zurückzuführen ist.

Auch die Geburtshilfe in der Schweiz ist von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Umständen geprägt, wie Stephan Oelhafen aufzeigte. In der Schweiz kommen 32 Prozent der Kinder per Kaiserschnitt auf die Welt, obwohl über 90 Prozent der Frauen eine spontane Geburt wünschen. Ersterer ist für die medizinischen Institutionen lukrativer als letztere und immer mehr Kinder kommen durch medizinische Interventionen zu Bürozeiten zur Welt. Jede vierte Frau erlebt unter der Geburt informellen Zwang, etwa in Form nicht dokumentierter psychologischer Druckausübungen. Diese reichen von Beeinflussungen, Überzeugungen, Überredung, Manipulation und Täuschung bis hin zu Drohungen und zur Anwendung körperlicher Gewalt. Mit diesem informellen Zwang soll eine vorgeschlagene Massnahme, welche die Geburt beschleunigen könnte, durchgeführt werden, obwohl die Gebärenden ihre Ablehnung geäussert haben.

Der letzte Beitrag von Sony KC, Yamila Pita und Christine Bigler beschäftigte sich mit dem Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Gesundheitseinrichtungen in Nepal. Die Forschenden zeigten, dass der Zugang zu medizinischer Grundversorgung für einen grossen Teil der nepalesischen Gesellschaft nicht gewährleistet ist. Aufgrund von strukturellen Machtverhältnissen und der Verteilung von Verletzlichkeiten sind Frauen mit Behinderungen beim Zugang zur medizinischen Grundversorgung mit grossen Schwierigkeiten konfrontiert.

**"Auf globaler Ebene
ist festzuhalten,
dass Gesundheit ein
Menschenrecht ist
und alle Staaten für
das Wohlbefinden der
Bürger*innen
verantwortlich sind."**

Die aktuellen Beispiele und die Beiträge der Ringvorlesung zeigen die komplexe und enge Verbindung zwischen Geschlecht und Gesundheit deutlich auf. Auf globaler Ebene ist festzuhalten, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist und alle Staaten für das Wohlbefinden ihrer Bürger*innen verantwortlich sind. Dennoch ist das Ziel "Gesundheit für alle" noch nicht verwirklicht. Um dieses und eine nachhaltige Entwicklung zu erreichen, ist die Gleichstellung aller Geschlechter von zentraler Bedeutung.¹¹

¹Fellmann, Fabian: Oberstes US-Gericht, In 13 Staaten werden Abtreibungen innert Monatsfrist verboten, in: Tageszeitung "Der Bund" (24.06.2022), www.derbund.ch/in-13-staaten-werden-abtreibungen-innert-monatsfrist-verboten-168550085638, abgerufen am 09.08.2022.

²Erdman, Joanna N./Brooke, Ronald Johnson: Access to knowledge and the Global Abortion Policies Database, in: Ethical and legal issues in reproductive health, 142 (1), 2018, S. 120-124.

³World Health Organization: Global Plan. Decade of Action for Road Safety, 2021, www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030, abgerufen am 09.08.2022.

⁴White Hughto, Jaclyn M./Reisner, Sari L./Pachankis, John E.: Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions, in: Social Science & Medicine 147, 2015, S. 222-231.

⁵Perez-Brumer, Amaya/Hatzenbuehler, Mark L./Oldenburg, Catherine E./Bockting, Walter: Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts Among Transgender Adults, in: Behavioral Medicine 41 (3), 2015, S. 164-171.

⁶Fausto-Sterling, Anne: The Bare Bones of Sex: Part 1, Sex and Gender, in: Chicago Journals 30 (2), 2005, S. 1491-1527.

⁷Heise, Lori/Greene, Margaret E./Opper, Neisha/Stavropoulou, Maria/Harper, Caroline/Nascimento, Marcos et al.: Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health, in: The Lancet 393 (10189), 2019, S. 2440-2454.

⁸United Nations: Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948, www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/german-deutsch, abgerufen am 09.08.2022.

⁹World Health Organization: Constitution of the World Health Organization, 1946, www.who.int/about/governance/constitution, abgerufen am 09.08.2022.

¹⁰World Health Organization: Declaration of Alma-Ata, 1978, www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata, abgerufen am 09.08.2022.

Lawn, Joy E/Rohde, Jon/Rifkin, Susan/Were, Miriam/Paul, Vinod K./Chopra, Mickey: Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize, in: The Lancet 383 (9642), 2008, S. 917-927.

¹¹Shannon, Geordan/Jansen, Melanie/Williams, Kate/Cáceres, Carlos/Motta, Angelica/Odhiambo, Aloyce et al.: Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter?, in: The Lancet 393 (10171), 2019, S.2440-2454.

*Dr. Christine Bigler ist Senior Researcher und arbeitet seit 2014 am IZFG. Momentan forscht sie zu den Themen nachhaltiges Gesundheitswesen, Gesundheitspersonal und Geschlecht in der Schweiz und Nepal. Im letzten Semester leitete sie die Ringvorlesung "Gesundheit und Geschlecht. Ein geschärfter Blick auf physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden".

Gesundheitsversorgung von trans Personen: ein Einblick in die psychotherapeutische Arbeit

Strukturelle Hindernisse beeinträchtigen die Versorgungsqualität in der Gesundheitsversorgung von trans Personen zum Teil erheblich. Um diese Hindernisse abzubauen, ist ein reflektierter Umgang mit den Folgen der Heteronormativität und eine ernsthafte Auseinandersetzung mit den Lebensrealitäten von trans Personen ebenso notwendig wie eine Verbesserung des Fachwissens auf Seiten der Behandler:innen. Mit einem sensiblen und verantwortungsvollen Zugang zur Gesundheitsversorgung für trans Personen kann dem zentralen Konflikt zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Sorge vor Fehlentscheidungen im Sinne der Behandlungssuchenden begegnet werden.

I Lea Pregartbauer, Janis Renner, Timo O. Nieder und Lars Täuber*

Hintergrund

Menschen bekommen bei der Geburt ein Geschlecht zugewiesen. Ein:e Ärzt:in oder Geburtshelfer:in untersucht die äusseren Geschlechtsmerkmale, wie die Genitalien, und bezeichnet das Neugeborene als männlich oder weiblich. In einigen Ländern sind weitere Geschlechtseinträge möglich, zum Beispiel "divers". Während viele Personen sich mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, das heisst cis-geschlechtlich (lat.: diesseits [der Geschlechtszuweisung]) sind, trifft dies auf trans Personen nicht zu. "Trans" (lat.: jenseits [der Geschlechtszuweisung]) fungiert als Sammelbegriff für sowohl trans-maskuline Personen mit männlichem, trans-feminine Personen mit weiblichem Selbstverständnis als auch nicht-binäre Personen, die sich nicht (ausschliesslich) männlich oder weiblich verstehen.

Die mangelnde Übereinstimmung zwischen dem Geschlechtererleben und geschlechtlich gedeuteten Körpermerkmalen wird als "Geschlechtsinkongruenz" bezeichnet, die erhebliche psychische Belastungen bedingen kann. Als Bezeichnung für diesen Leidensdruck hat sich der Begriff "Geschlechtsdysphorie" etabliert. Die Behandlung einer Geschlechtsdysphorie kann sowohl geschlechtsangleichende, somatische Interventionen (z. B. Epilations-, Hormonbehandlung und/oder chirurgische Eingriffe) als auch Psychotherapie umfassen. Nicht alle trans Personen streben eine körperliche Geschlechtsangleichung an, für andere ist sie hingegen lebensnotwendig.

Der Zugang zu somatischen Behandlungen für trans Personen ist in vielen Ländern an eine psychiatrische oder psychotherapeutische Indikation geknüpft, welche die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Behandlung feststellt. Trans Personen müssen sich also in ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungsverhältnis begeben, um die Kostenübernahme für eine körpermodifizierende Behandlung erhalten zu können. Diese zwingende Voraussetzung bildet einen Gegensatz zur gesellschaftlichen Liberalisierung und medizinischen Entpathologi-

sierung von trans Personen. Sie bildet sich bereits in der 11. Revision der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-11) ab. Hierin wird die seit 1993 gültige Diagnose "Transsexualismus" (ICD-10: F64.0) durch die oben angeführte Geschlechtsinkongruenz ersetzt. Situiert im neu geschaffenen Kapitel "Umstände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit" wird sie nicht mehr als psychische Störung gewertet. Während sich der "Transsexualismus" in ICD-10 ausschliesslich auf Menschen mit einem eindeutig binären, männlichen oder weiblichen Geschlechtererleben beschränkt ("Wunsch als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben"), beschreibt die Geschlechtsinkongruenz die Nicht-Übereinstimmung zwischen dem Geschlechtererleben und dem Zuweisungsgeschlecht. Sie umfasst damit sowohl binäre als auch nicht-binäre trans Personen. Auch ist der Wunsch nach somatischen Behandlungen zur Geschlechtsangleichung kein diagnostisches Kriterium mehr. Mit der ICD-11-Diagnose will die WHO geschlechtliche Vielfalt anerkennen (von binär zu nicht-binär) und diskriminierende Normen abbauen (z. B. die Cis-Norm).

Behandlung

Die im Jahr 2018 veröffentlichte S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (DGfS, 2018) formuliert 100 Behandlungsempfehlungen zur Gesundheitsversorgung von trans Personen. Trans Personen sollen von einem individuellen Behandlungsangebot profitieren, das Beratung, Psychotherapie (z. B. mit Stärkung von Autonomie und Selbstakzeptanz sowie mit Abbau der internalisierten Trans-Negativität) und/oder die Indikation somatischer Behandlungen beinhalten kann. Gemeinsam kann die individuelle Geschlechtsdysphorie tiefgehend reflektiert werden, um im Anschluss im Zuge partizipativer Entscheidungsfindung einzelne Massnahmen festzulegen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit den geschlechtsbezogenen Leidensdruck nachhaltig reduzieren. Der:die Behandler:in stellt hierbei eine fachliche Einschätzung zur Verfügung. Ein

Trans-Weg wird so zu einem individuellen Prozess, der sich nicht mehr in der Anpassung an eine binäre Geschlechtererwartung erschöpft. Während in der Vergangenheit rigide Voraussetzungen für die Indikation somatischer Behandlungen gestellt wurden (z. B. Alltagstest) und absolute Ausschlusskriterien galten, empfiehlt die S3-Leitlinie einen ganzheitlichen und individualisierten Ansatz. Hiernach kann zum Beispiel der mögliche Nutzen von Alltagserfahrungen für die Transition Behandlungssuchender Personen gemeinsam reflektiert werden ohne ihn als zwingende Voraussetzung zu formulieren. Dies ist bedeutsam, da eine allgemeingültige Forderung nach einem "Alltagstest" vor jeder körperlichen Modifikation die Gefahr für Diskriminierungserfahrungen oder Gewalt erhöhen kann, wenn trans Personen beispielsweise einem trans-feindlichen Umfeld ausgesetzt sind.

Der (deutsche) Bundesverband Trans* (BVT*) hat die in der S3-Leitlinie empfohlene partizipative Entscheidungsfindung vor dem Hintergrund des Machtgefälles zwischen Behandler:in und Behandlungssuchenden kritisch kommentiert: Im Falle einer Uneinigkeit sei die Selbstbestimmung der trans Person nicht gewährleistet, da es im aktuellen Gesundheitssystem die Zustimmung der Behandelnden braucht, um eine somatische Behandlung zu beginnen. Als Gegenvorschlag wird ein Modell der informierten Zustimmung vorgeschlagen, bei dem die Entscheidung über die Durchführung und die Reihenfolge der Behandlungsschritte allein bei der Behandlungssuchenden Person liegt. Voraussetzung dafür ist, dass die Behandlungssuchende Person einwilligungsfähig ist und die Tragweite ihrer Entscheidungen versteht.

Hier bildet sich der zentrale Konflikt in der Trans-Gesundheitsversorgung ab: Zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Sorge, dass irreversible somatische Behandlungen später bedauert und in Frage gestellt werden. Dabei findet sich die Angst vor Fehlentscheidungen häufiger auf Seiten der Behandler:innen, die Sorge vor einer eingeschränkten Selbstbestimmung hingegen auf Seiten der Behandlungssuchenden. Vor diesem Hintergrund erleben trans Personen nicht selten eine ausgeprägte Abhängig-

keit zur behandelnden Fachkraft. Aus psychotherapeutischer Sicht erfordert diese Konstellation, die institutionell angelegte *gate-keeping*-Rolle ebenso kontinuierlich und kritisch zu reflektieren wie die eigenen Annahmen zur Geschlechtlichkeit, wie im Folgenden ersichtlich werden soll.

Qualifizierung

Kessler und McKenna (1978) identifizierten in den 1970er-Jahren Annahmen zu Geschlechtlichkeit der Allgemeinbevölkerung. Dazu gehörte die Vorstellung, dass das Geschlecht ausschliesslich männlich oder weiblich (binär) ist und dass Menschen ihre Geschlechtsidentität ihr ganzes Leben lang als gleichbleibend stabil erleben. Dies bedürfe keiner Diskussion – jeder Mensch habe ein vermeintlich "wahres" Geschlecht als Mann oder Frau. Diese Ergebnisse können als Ausdruck eines cis-heteronormativen Geschlechtersystems angesehen werden, in dem die Binarität von Geschlecht, Heterosexualität und Geschlechtsrollenverhalten als wahr, richtig und gesund angesehen werden.

Die Existenz von trans Personen stellt diese Vorstellung in Frage und entlarvt sie als sozial konstruierte Norm. Dies kann für viele cis Behandelnde fremd und verunsichernd wirken. Trans Personen können verunsichert sein, weil sie nicht mit der heteronormativen Norm übereinstimmen. Diese Verunsicherung wird häufig dann besonders deutlich, wenn die Frage nach

somatischen Eingriffen beantwortet werden soll. Dann kann zwischen Behandlungssuchenden und Behandler:innen eine Dynamik der Beweisführung entstehen, in der versucht wird, durch das Anführen geschlechtsstereotyper Bilder ("Ich habe nie mit Puppen gespielt, sondern immer mit Autos!") Sicherheit herzustellen. Diese Trans-Normativität kann zu einer therapeutischen Distanz führen, da trans Personen das Gefühl bekommen können einen stereotypen Lebenslauf präsentieren zu müssen, um die Indikation für somatische Behandlungen zu erhalten. Eine andere Art der Verunsicherung kann im Kontakt mit nicht-binären Personen spürbar sein, die eine mentale Flucht in stereotyp-binäre Geschlechterwartungen verunmöglichen. Um einen therapeu-

"Hier bildet sich der zentrale Konflikt in der Trans-Gesundheitsversorgung ab: Zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Sorge, dass irreversible somatische Behandlungen später bedauert und in Frage gestellt werden."

tischen Raum für eine authentische Selbstöffnung anbieten zu können, bedarf es daher der bedingungslosen Akzeptanz des geschlechtlichen Selbstverständnisses einer trans Person. Dies beinhaltet die Bereitschaft, eigene Verunsicherungen durch das kritische Hinterfragen impliziter, cis- und heteronormativer Annahmen anzuerkennen.

In der Arbeit mit trans Personen können Beratungsinhalte über somatische Behandlungen, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sowie über das hierfür notwendige Antragsverfahren eine zentrale Rolle einnehmen. Die psychotherapeutische Fachkraft sollte hierbei informieren und helfen, den individuell passenden Transitionsweg zu finden. Um auf diesem, durch Wartezeiten und Antragsprozesse herausforderndem Weg eine vertrauensvolle Unterstützung bieten zu können, ist das Fachwissen über die möglichen Behandlungsschritte und ihre Voraussetzungen zur Kostenübernahme eine wichtige Grundlage.

Nach medizinethischen Prinzipien soll eine Behandlung für jeden Menschen gleichermaßen zugänglich sein. Derzeit verhindern zahlreiche strukturelle Barrieren den gleichberechtigten Zugang für trans Personen zum Gesundheitssystem. So kann sich eine trans Person nicht selbstverständlich auf die fachliche Kompetenz ihres ärztlichen/therapeutischen Gegenübers verlassen. Sie kann auf mangelndes Fachwissen über die Versorgungsbedarfe von trans Personen treffen (z. B. Fehldiagnosen bei bestehenden inneren körperlich-weiblichen Genitalorganen bei trans Männern), auf eine geringe Sensibilität für ihre Situation (z. B. bei der Mamma-Diagnostik bei trans Männern), auf unhinterfragte heteronormative Grundannahmen (z. B. Annahme einer erfolgten Genitalangleichung) oder auf Trans-Negativität (i. S. v. negativen Einstellungen gegenüber trans Personen). So sind trans Personen gefährdet, Verunsicherung, Überforderung, Fehlbehandlungen, Ablehnung oder Diskriminierung durch Behandelnde zu erfahren. Dies kann sich negativ auf die Entscheidung auswirken, zukünftig Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen aufzusuchen. Bereits das Aufrufen in einem Wartezimmer mit falscher Anrede (Herr/Frau) kann hierbei die erste Hürde darstellen. Für eine trans-sensible und trans-informierte Behandlung spielt daher das adäquate Fachwissen der Behandler:innen eine zentrale Rolle. Für eine bessere Trans-Gesundheitsversorgung sollten deshalb die Curricula sowohl im Medizin- und Psychologiestudium als auch in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung um trans-spezifische Inhalte erweitert werden.



Neben dem Bedarf an trans- beziehungsweise geschlechtsbezogenem Fachwissen und Selbsterfahrung ermutigt die S3-Leitlinie (DGfS, 2018) zu einer Besinnung auf die klinisch-therapeutische Expertise und damit zu einem Umgang mit trans Personen wie mit jedem anderen Menschen auch. So sind das Herstellen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre oder eine gründliche Anamneseerhebung in der Behandlung von trans Personen relevant. Eine Perspektive, mit der die behandlingssuchende Person in ihrem individuellen So-Sein gesehen wird, bietet eine verlässliche Grundlage, um trans Personen offen, sensibel und konstruktiv auf ihrem Weg zu begleiten. Durch die Reflexion der eigenen, zweigeschlechtlichen Sozialisation sowie mit Hilfe der Erweiterung von Fachwissen können dabei auch die Behandler:innen in der Trans-Gesundheitsversorgung erfahren, wie sich der Horizont über die Heteronormativität hinaus erweitern kann.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, 2018. S. auch: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001l_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf, abgerufen am 12.09.2022.

Kessler, Suzanne J./McKenna, Wendy: Gender: An ethnomethodological approach. University of Chicago Press 1978.

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research, Geneva 1993.

World Health Organization: International Classification of Diseases (ICD-11), Geneva 2018.

*M. Sc. Psych. Lea Pregartbauer und Dipl.-Psych. Lars Täuber arbeiten in der psychotherapeutischen Versorgung von trans Personen in der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf unter der Ambulanzleitung von PD Dr. phil. Timo O. Nieder. M. Sc. Psych. Janis Renner promoviert am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zu E-Health-Lösungen in der Gesundheitsversorgung für trans Personen.

Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz

Die Doktorarbeit "Depression und Biographie. Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz" von Amina Trevisan wurde im Jahr 2020 beim transcript Verlag veröffentlicht. Das Buch ist auch als Open-Access-Publikation kostenlos erhältlich. Nachfolgend eine kurze Zusammenfassung der Dissertation.

I Amina Trevisan*

Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz, welches das Bundesamt für Gesundheit im September 2011 veröffentlichte, veranschaulicht deutlich, dass die Prävalenz der Depression in der Migrationsbevölkerung höher ist als in der Schweizer Referenzgruppe. Migrantinnen sind zudem häufiger als Migranten von einer Depression betroffen. Darüber hinaus leiden mehr Migrantinnen als Schweizerinnen an einer Depression.¹ Obwohl migrierte Frauen in der Schweiz in vielen Studien einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand als Migranten und als die Schweizer Bevölkerung aufweisen, existierten bislang keine sozialwissenschaftlichen Forschungen, die Krankheitserfahrungen von an Depression erkrankten Migrantinnen im Kontext ihrer Migrationserfahrung und Biographie aus der Perspektive der betroffenen Akteurinnen untersuchten. Mit meiner empirischen Forschung beabsichtigte ich, eine Forschungslücke zu schliessen.

Forschungsgegenstand und Forschungsfragen

Im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses standen die biographische Bedeutung von Depression im Kontext von Migrationserfahrung, strukturelle Ursachen der Leidenserfahrung und die subjektiven Krankheitserfahrungen im Leben von Migrantinnen aus Lateinamerika. Mich interessierten dabei ihre eigentheoretische Auseinandersetzung mit den Ursachen und Bedingungen, die in ihrem Leben eine Depression auslösten. Wichtig war deshalb, ihre Lebenssituation, Krankheitserfahrungen sowie Behandlungs- und Heilungswege im Kontext der Migration sichtbar zu machen.

Die zentrale Fragestellung der Untersuchung lautete: Welche biographische Bedeutung hat das Krankheitserleben im Kontext der Migrationserfahrung und der Gesamtbiographie von an Depression erkrankten Frauen aus Lateinamerika?

Diese Fragestellung konkretisierte ich weiter: In welchen lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Kontext ist die individuelle Krankheitserfahrung von an Depression erkrankten Migrantinnen aus Lateinamerika einzuordnen? Was bedeutet für die lateinamerikanischen Frauen psychisch Kranksein im Kontext der Migrationserfahrung? Was ist für sie Leiden und wie sind diese Leidenserfahrungen in dem von der Migration geprägten Lebensalltag

eingebettet? Wie und unter welchen Bedingungen gelingt es Frauen aus Lateinamerika eine Depression im Gesamtzusammenhang ihrer jeweils besonderen Lebensgeschichte zu verarbeiten? Wie gehen lateinamerikanischen Migrantinnen mit einer Depression um? Welche Verarbeitungsstrategien im Umgang mit einer Depression werden sichtbar? Welche Heilungs- und Behandlungswege werden gewählt? Wer hilft im Krankheitsfall? Auf welche Ressourcen können Migrantinnen aus Lateinamerika im Umgang mit der stark stigmatisierten psychischen Erkrankung zurückgreifen?

Das Hauptziel dieser Forschung war, durch eine biographisch angelegte Untersuchung neue und vertiefte Kenntnisse bezüglich Migration, Depression und Gender einer Bevölkerungsgruppe zu gewinnen, die bis dato in der Schweiz wenig erforscht wurde.

Biographie als theoretischer Zugang im Forschungsbereich Migration und Gesundheit

"Biographie" wählte ich als zentralen theoretischen Zugang im Forschungsbereich Migration und Gesundheit. Die Biographieforschung ermöglicht es, die Wechselbeziehung zwischen individuellem Erleben und gesellschaftlichen "Rahmenbedingungen" darzulegen, die weit über das blosses Nacherzählen der Akteur*innen-Perspektive hinausreicht. Um eine Depression im Kontext der Migration aus der Erfahrungs- und Erlebnisperspektive betroffener Frauen rekonstruieren und analysieren zu können, wählte ich das autobiographisch-narrative Interview als zentrales Datenerhebungsverfahren.² Für die empirische Untersuchung habe ich 17 Interviews als Datenmaterial herangezogen. Mit vier Migrantinnen fanden weitere Gespräche und zusätzlich vertiefte Interviews statt.

Ich wählte den biographischen Ansatz nicht nur als theoretischen, sondern auch als zentralen methodischen Zugang. Für die Analyse des Materials bezog ich mich weitestgehend auf das Vorgehen der Narrationsanalyse,³ das durch das Auswertungsverfahren der biographischen Fallrekonstruktion⁴ und das kontextreflexive Verfahren⁵ ergänzt wurde. Mit einem rekonstruktiv-biographieanalytischen Ansatz liess sich die Besonderheit von individuellen Fällen herausarbeiten, um darin dann die Bezugnahmen auf das Allgemeine zu suchen.

Ergebnisse

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die Krankheitserfahrungen einer Depression in fünf biographischen Themenfeldern dargelegt wurden: Rassismus und rassistisch motivierte Diskriminierung, beruflicher Ausschluss, Armut und finanzielle Sorgen, fehlende soziale Unterstützung, Geschlechterungleichheiten und Machtverhältnisse innerhalb binationaler Ehen. Diese Faktoren haben sich als zentrale Analysedimensionen für die gesellschaftlichen Bedingungen von Depressionserkrankungen herauskristallisiert.

Eine weitere wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass die Depressionserkrankung bei Migrantinnen nicht nur in einem individuellen, sondern auch in einem gesellschaftlichen Kontext zu verorten ist. Die Migration ist nicht per se Auslöser einer Depression, sondern es sind negative Erfahrungen im Kontext der Migration, gesellschaftliche Bedingungen und belastende Lebenssituationen im Aufnahmeland, die für Frauen aus Lateinamerika krankheitsauslösend sind. Darüber hinaus tragen Ungleichbehandlung und andauernde Ungerechtigkeits Erfahrungen sowie das Gefühl des sich Nicht-Angenommen-Fühlens wesentlich dazu bei, dass Migrantinnen in chronische Belastungssituationen geraten.

Die Analyse des Datenmaterials zeigte sehr deutlich, dass sich eine Depression als multifaktorielles biographisches Geschehen entwickelt, an dessen Entstehen viele Bedingungen und Auslöser beteiligt sind. Aus den Daten der vorliegenden Arbeit ging des Weiteren hervor, dass bei den meisten Frauen die Depression dann auftrat, wenn verschiedene gesellschaftliche, migrations- und schichtspezifische Faktoren gemeinsam vorlagen. Deutlich wurde auch, dass die Komplexität der Depressionserkrankung während der Migration in den Kontext gesellschaftlicher, beruflicher, politischer und familiärer Zusammenhänge eingebettet ist.

Biographische Bedeutung von Rassismus

Nachfolgend sollen diese fünf unterschiedlichen Themenbereiche vorgestellt werden, in denen die lateinamerikanischen Frauen ihre Krankheitserfahrungen einer Depression eingebettet haben. Beginnen möchte ich mit dem migrationspezifischen Themenfeld Rassismus und rassistisch konno-



tierte Diskriminierung. Rassismus ist eine biographische Erfahrung, die fallübergreifend von allen 17 befragten Migrantinnen thematisiert wurde. Meine Forschung zeigte, dass das Erleben subjektiv wahrgenommenen Rassismus' nicht nur eine schmerzhaft persönliche Erfahrung bedeutet, sondern auch das Leiden an der Gesellschaft dokumentiert. Dazu kommen sexualisierte und exotisierte Fremdzuschreibungen. Rassismus wird nicht nur auf der Gesellschaftsebene, sondern auch auf der Beziehungsebene erlebt. Das Gefühl, als Mensch diskreditiert, abgelehnt und verschmäht zu werden, prägt die Selbstwahrnehmung negativ. Eine relevante Erkenntnis dieser Studie ist also, dass die Auseinandersetzung mit den emotionalen Aspekten von Rassismuserfahrungen aus der Sicht der Betroffenen essentiell ist, um ihre migrationspezifischen Erfahrungen im Kontext einer Depressionserkrankung zu verstehen. Rassismus – so postuliere ich – darf als Risikofaktor für die psychische Gesundheit nicht ausgeblendet oder unterschätzt werden.

Biographische Bedeutung von Berufsausschluss

Die Erfahrung beruflichen Ausschlusses und erschwerten Zuganges zum Arbeitsmarkt sowie eine fehlende Perspektive auf Erwerbsarbeit bedeutet nahezu für alle interviewten Migrantinnen eine leidvolle Erfahrung. Migration ging nicht nur mit einer Abwertung ihres kulturellen Kapitals, einer Dequalifizierung und Deklassierung einher, sondern die erlebte Entwertung eigener Kenntnisse und Fähigkeiten und versagte Anerkennung bewirkte insbesondere eine seelische Verletzung. Die Folgen von Arbeitsmarktexklusion beziehungsweise die Zuweisung von schlecht bezahlten Stellen im Niedriglohnssektor förderten eine finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann.⁶

Biographische Bedeutung von Armut

Armut, finanzielle Schwierigkeiten und Existenzsorgen inmitten einer Verdichtung von Problemlagen in der Migration waren eine zentrale Ursache für die Entstehung einer Depression. Der Weg in die schlechte ökonomische Lage resultierte aus familiärer Einkommensarmut, dem erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt aufgrund der fehlenden Anerkennung der in Lateinamerika erworbenen Abschlüsse und der marginalen Arbeitsmarktpartizipation.

Biographische Bedeutung fehlender sozialer Unterstützung

Bei Migrantinnen, deren Lebenssituation durch eine hohe Anzahl von Belastungsfaktoren gekennzeichnet war, begünstigte fehlende soziale Unterstützung die Entwicklung einer Depression. Fehlende Unterstützung und mangelnde Hilfe bei der Alltagsbewältigung durch enge Bezugspersonen verursachten vor allem bei Migrantinnen mit Kleinkindern und schulpflichtigen Kindern nicht nur Verzweiflung und Leiden, sondern eine Überforderungssituation, die in mehreren Fällen zu einer Depressionserkrankung führte.

Biographische Bedeutung binationaler Ehe

Die Erkrankung an einer Depression wurde auch im Kontext einer binationalen Ehe thematisiert. Eine wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass Rassismus nicht nur in der Aufnahmegesellschaft, sondern auch innerhalb einer binationalen Ehe erlebt wurde, was aus der Sicht der migrierten Frauen ein besonders grosses Leiden erzeugte. Die ungewollte finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann infolge einer Erwerbslosigkeit beziehungsweise einer Arbeit im Niedriglohnbereich, die ihre Beziehung prägte, wurde von vielen Migrantinnen als emotionale Belastung erfahren. Deutlich wurden auch die biographische Bedeutung von Geschlechterungleichheiten im Rahmen von binationalen Ehen und asymmetrische Machtverhältnisse zwischen einem Schweizer Mann und einer lateinamerikanischen Frau.

Heilungs- und Behandlungswege

Ein weiteres Ergebnis ist, dass die interviewten Migrantinnen sich hinsichtlich ihres Hilfesuchverhaltens sehr unterschieden. Während einige Frauen medizinisch-psychologische Hilfe bei Fachpersonen aufsuchten, wussten andere nicht, wo sie professionelle Unterstützung finden könnten. Einige Frauen brachen eine Psychotherapie ab und rekurrten auf Selbstbehandlung. Manche Frauen nahmen keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch aufgrund des Stigmas, das Depressionen anhaftet, sowie aus Angst, Scham, Unkenntnis und aufgrund ihrer finanziellen Lage oder einer Voreingenommenheit gegenüber professionellen Einrichtungen.

Der katholische Glaube erwies sich als wesentliche Stütze, aus dem sie Kraft und Rückhalt gewinnen konnten, um mit einer Depression umzugehen. Der Glaube lässt sich daher als eine spezifische Ressource im Umgang mit einer Depression rekonstruieren. Neben dem Glauben spielte zudem die kirchliche Glaubensgemeinschaft eine zentrale Rolle in der Bearbeitung der psychischen Erkrankung. Es zeigte sich, dass die befragten Migrantinnen aus Lateinamerika unter der verweigernden gesellschaftlichen Akzeptanz litten. Im Rahmen sozialer Beziehungen in einer Glaubensgemeinschaft fanden sie emotionale Unterstützung. In der Kirche erlebten sie das Gefühl einer sozialen "Wir-Gemeinschaft", das sie in der aufnehmenden Gesellschaft vermissten.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass sich die biographische Bedeutung der Depression aus den Erfahrungen und Bedingungen der Migration, aus einem Zusammentreffen von belastenden Lebensereignissen sowie aus dem gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Kontext des Aufnahmelandes konstituiert. Ein wichtiger Aspekt dieser Arbeit ist, dass die befragten Migrantinnen ihre Depressionserfahrungen dokumentierten, um Verständnis und Anerkennung für ihr Leiden zu erhalten. Wir müssen das seelische und soziale Leid von Migrant*innen in ihrem vielfältigen Ausmass verstehen, anerkennen und würdigen lernen. Wir müssen mehr Liebe und Empathie wagen – als Individuen und als Gesellschaft – gegenüber Migrant*innen.

¹Bundesamt für Gesundheit: Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM II) in der Schweiz. Schlussbericht 2011, Bern: Bundesamt für Gesundheit.

²Schütze, Fritz: Biographieforschung und narratives Interview, in: Neue Praxis, 13 (3), 1983, S. 283-293.

³Ibid.

⁴Rosenthal, Gabriele: Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung (3. Aufl.), Weinheim/München 2011.

⁵Dausien, Bettina: Biographie und Geschlecht. Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten, Bremen 1996.

⁶An der Forschung nahmen cis-heterosexuelle Frauen teil.

*Dr. phil. Amina Trevisan ist Soziologin und Ethnologin. Sie ist neben ihrer Arbeit als Leiterin der Koordinationsstelle prekäre Wohnverhältnisse beim Kanton Basel-Stadt als freischaffende Sozialwissenschaftlerin und als Expertin für Migration und Gesundheit im Bereich Gesundheitsförderung tätig. Sie ist Gründerin und Präsidentin der Nonprofit Organisation Prosalute, die sie auf der Basis ihrer Doktorarbeit aufbaute. Das transkulturelle Kompetenzzentrum für Migration und Gesundheit Prosalute setzt sich ein für gesundheitliche Chancengleichheit und einen chancengerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung für Migrierte, Geflüchtete und insgesamt sozial Benachteiligte.

"In der Gendermedizin braucht es mehr praktikable Konzepte"

Dr. Jeanne Moor ist Oberärztin für Allgemeine Innere Medizin am Inselspital in Bern und beschäftigt sich in ihrer Forschung mit dem Thema "Gendermedizin". Kürzlich wurde sie für ihre Forschungsarbeit mit zwei wissenschaftlichen Preisen ausgezeichnet.

I Anna Schenk*

Jeanne Moor, du forschst seit Längerem zum Thema Gendermedizin. Wie bist du dazu gekommen?

Ich wusste, dass ich etwas Zusätzliches zum klinischen Arbeiten als Ärztin machen wollte. Forschung zu betreiben ist bei uns immer mit einem grossen Zusatzaufwand verbunden, weil man diese zu einem grossen Anteil in der Freizeit betreibt. Deswegen wusste ich, dass wenn ich Forschung machen möchte, ich dafür ein Herzensthema wählen muss. Immer wieder bin ich zufällig über das Thema "Geschlecht und Medizin" gestolpert. Dabei merkte ich, dass mich dieses Thema fasziniert. Es deckt viele meiner persönlichen Werte ab, wie das Betrachten von Menschen als Individuen und demzufolge deren individuelle Entwicklungen. Oder Gerechtigkeit, im Sinne, dass jeder Mensch das gleiche Recht auf eine adäquate medizinische Behandlung hat. Für mich stellt sich die Frage: Weshalb behandeln wir alle Menschen so, als wären sie gleich? Es ist offensichtlich, dass Körper und Geist von verschiedenen Geschlechtern unterschiedlich sind.

Wie geht die Medizin damit um?

Das Problem ist, dass wir das Wissen über die Unterschiedlichkeit der Geschlechter häufig nicht in unseren medizinischen Alltag miteinbeziehen. Dazu kommt, dass in vielen Studien, insbesondere Medikamentenstudien, hauptsächlich an Männern getestet wird. Denn der Mann gilt als Prototyp und im Vergleich zur Frau mit Menstruationszyklus ist der männliche Organismus 'stabiler'. Gleichzeitig sprechen wir in der Medizin zunehmend von personalisierter Medizin, und ich denke, dass dabei einer der ersten Schritte ist, Geschlecht miteinzubeziehen. Zudem sind wir in der Medizin weiterhin relativ stark auf die Biologie fokussiert. Wir schauen den Körper vor allem physisch an. Die Gendermedizin heisst ja korrekterweise *sex- and gender-specific medicine*, in welcher nicht nur biologische, sondern auch soziokulturelle Komponenten einbezogen werden. Das gefällt mir sehr gut daran.

Wie präsent ist die Gendermedizin generell in der Medizin?

Sie ist eher wenig präsent. Das macht es aber auch spannend. Denn das Feld ist noch sehr offen und

man kann wirklich noch etwas bewirken. Es gibt aber auch Bereiche, in denen sie präsenter ist, zum Beispiel in der Kardiologie. Insgesamt tut sich nun einiges. Gendermedizin wurde zum Beispiel in der Schweiz zum Lernzielkatalog des Medizinstudiums hinzugefügt, und seit 2021 gibt es einen CAS "Sex- and Gender-Specific Medicine".

Was sind deiner Meinung nach die grössten Forschungslücken in der Gendermedizin?

Die grösste Lücke ist, dass man sich der Rolle von Geschlecht zu wenig bewusst ist, auch im Alltag. In der Medizin gibt es viele Aspekte, in denen das Geschlecht eine wichtige Rolle spielt. Gerade bei der Dosierung von Medikamenten kann das

grosse Auswirkungen haben. Ein Beispiel: Viele Menschen nehmen Betablocker, welche den Blutdruck und die Herzfrequenz senken. Dabei erhalten Frauen und Männer die gleiche Dosierung, und das obwohl wir wissen, dass Frauen eine bis zu fünf Mal höhere Konzentration des Betablo-

ckers im Blut haben. Das Problem sind hier die oft suboptimalen Bedingungen bei den Dosierungsfindungsstudien, weil nur etwa 20 bis 30 Prozent aller Proband*innen Frauen sind. Frauen haben oft keine Zeit, um bei Studien mitzumachen. Das hat soziokulturelle Gründe. Sie übernehmen zum Beispiel mehr Fürsorgearbeit und kümmern sich häufiger um den Haushalt. Männer sind gleichzeitig öfter offener für 'technische Interventionen', was natürlich auch aufgrund gesellschaftlicher Prägung so sein kann. Zudem sind Gremien häufiger durch Männer besetzt, was ebenfalls dazu beitragen kann, dass Forschung eher an Männern gemacht wird. Es stecken somit viele potenzielle Komponenten dahinter. Deswegen finde ich das Thema wahnsinnig faszinierend, weil es zwar sehr medizinisch, aber gleichzeitig auch sehr geisteswissenschaftlich ist.

Wie würdest du die "Awareness" in deinem Team, in deinem klinischen Alltag, in Bezug auf gendermedizinische Themen einschätzen?

Ich denke, die ist eher gering. Diese Frage interessiert mich selber auch. Deshalb habe ich mit anderen Forschenden zusammen kürzlich eine Umfrage zu "Awareness" der Gendermedizin bei Allgemeininternist*innen gestartet.

"Die grösste Lücke ist, dass man sich der Rolle von Geschlecht zu wenig bewusst ist."



Auf diese Ergebnisse bin ich schon sehr gespannt! Du hast erwähnt, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf Medikamente reagieren. Dies suggeriert auf den ersten Blick ein binäres Geschlechterverständnis. Welchen Stellenwert hat das Verständnis von Geschlecht als Spektrum in der Medizin?

Dass man Geschlecht als ein Spektrum versteht und nicht als binär ist sicher völlig korrekt. Das Problem in der Medizin ist, dass wir gar nicht die nötigen Konzepte dazu haben. Einerseits gibt es sicherlich die biologische Komponente. Da kann man sagen, das ist XX oder XY oder XXY und so weiter. Aber wir müssen uns auch fragen, in welchem Geschlecht in Bezug auf welche Situation wir uns selbst wahrnehmen. Das ist die soziokulturelle Komponente. Manchmal ist das schwierig zu erfragen, weil wir uns gar nicht bewusst sind, ob wir uns weiblich oder männlich oder dazwischen fühlen. Deswegen glaube ich, dass wir im Moment in der Medizin zu wenig Konzepte haben, um das Geschlecht im soziokulturellen Bereich präziser zu erfassen und in der Forschung korrekt integrieren zu können.

Ausserdem ist es schwierig, genügend Teilnehmende für eine Studie zu finden. Wenn ich ein Medikament bei Männern und bei Frauen untersuchen will, ist das ein viel grösserer zeitlicher und finanzieller Aufwand. Da steckt nicht unbedingt ein fehlender Wille dahinter, sondern oft eine finanzielle Limitation – insbesondere bei der Forschung, welche durch Ärzt*innen gemacht wird, da verglichen zur Pharmaindustrie viel weniger Geld vorhanden ist. Und wenn wir nun sagen, wir wollen beispielsweise auch trans Frauen und trans Männer in einer Studie einschliessen, wird das noch einmal schwieriger. Wir sollten aber unbedingt dranbleiben und die soziokulturelle Komponente zunehmend mitein-

beziehen. Hierfür müssen wir praktikable Konzepte entwickeln und auch Knowhow der Geisteswissenschaften und anderer Disziplinen berücksichtigen.

Du hast am CAS "Sex- and Gender-Specific Medicine" der Universitäten Bern und Zürich teilgenommen. Welche Erfahrungen hast du in dem Studiengang gemacht?

Wir haben Inputs von Fachspezialist*innen aus verschiedenen Bereichen der Medizin erhalten, z.B. der Kardiologie, Onkologie, Inneren Medizin oder der Endokrinologie. Die Dozent*innen waren nur teilweise auf den Bereich Gendermedizin spezialisiert. Zum Teil mussten die Studiengangverantwortlichen auch Spezialist*innen ohne spezifische Genderkompetenzen anfragen, weil es die Ausrichtung Gendermedizin in diesem Fachgebiet gar noch nicht gibt. Dort war es sehr spannend zu sehen, dass diese Dozent*innen häufig erstaunt waren, dass dieses Thema so relevant ist. Weiter fiel besonders auf, dass vorwiegend Frauen teilgenommen haben.

Du wurdest kürzlich mit einem Beginner Grant für das Forschungsprojekt "Sex-specific association of pharmacotherapy dosage with clinical outcomes in participants of the BEAT-AF and Swiss-AF cohorts" ausgezeichnet. Worum geht es bei diesem Projekt?

Die Idee zu diesem Projekt basiert auf einer Beobachtungsstudie, die 4'000 Patient*innen mit Herzschwäche untersucht hat. Da fand man heraus, dass Patientinnen ein besseres Überleben und weniger Hospitalisationen aufweisen, wenn sie herzspezifische Medikamente, wie den Betablocker, in der halben Dosierung erhielten anstatt in der Maximaldosierung – so wie es eigentlich für Männer und Frauen in den europäischen Guidelines empfohlen wird. In meiner Studie untersuche ich etwa 2'000 Patient*innen mit Vorhofflimmern und versuche, die Erkenntnisse der Vorgängerstudie zu validieren. Interessant ist, dass Frauen im Alltag oft schon eine tiefere Dosierung erhalten, weil sie schneller an die Nebenwirkungsgrenze kommen. Bei einer alten, sehr schlanken Frau wird der Betablocker viel tiefer dosiert als bei einem Mann. Das zeigt, dass wir das eigentlich im Alltag schon "unbewusst" merken, wir uns aber keine weiteren Gedanken dazu machen.

Du arbeitest sowohl klinisch als auch in der medizinischen Forschung und bist auch noch Mutter. Wie siehst du die Vereinbarkeit von Beruf, Forschung und Familie in der Medizin?

Das ist eine sehr spannende Frage, die mich nicht nur privat beschäftigt. Ich habe von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) einen Grant erhalten für ein Forschungsprojekt zum Thema Wellbeing und Karriereambitionen von Ärzt*innen. Über alle medizinischen Fachbereiche gesehen, haben wir nur etwa 15 Prozent Chefärztinnen und etwa 30 Prozent leitende Ärztinnen. Ich denke, das hat mehrere Gründe. Einerseits arbeiten wir generell schon mehr als der Durchschnitt der Angestellten: In der Assistenzzeit haben wir eine 50-Stunden-Woche. Mitte zwanzig schliesst man das Studium ab und dann fängt erst die Ausbildungszeit von mindestens fünf Jahren an. Wenn man dazu noch forschen möchte, dann wird das rasch viel. Wegen dieser hohen Arbeitsbelastung wollen sich viele nicht noch eine zusätzliche Bürde aufladen. Dies ist insbesondere als Frau so, denn wenn du gerne eine Familie haben möchtest, kommt im Vergleich zu Männern noch der "Zusatzaufwand" von Schwangerschaft und Stillen sowie die doch häufig gelebte traditionelle Rollenverteilung in der Kinderbetreuung und im Haushalt dazu. In der Schweiz arbeiten etwa 60 Prozent der Frauen Teilzeit und nur 14 Prozent der Männer. Zudem haben wir hier ein System, das nicht gerade unterstützend ist mit der Kinderbetreuung. Die Arbeitszeiten sind nicht kompatibel mit der Kita. Was machst du, wenn du Nachtdienst hast? Ausserdem ist die Kita auch teuer und da denken sich viele Frauen, dass sie ihr Kind stattdessen selbst betreuen und bei der Arbeit reduzieren. Die Gewerkschaft von Assistenz- und Oberärzt*innen hat weiter in einer Umfrage festgestellt, dass bei Frauen der häufigste Diskriminierungsgrund das Geschlecht ist, vor allem aufgrund von Schwangerschaft und Mutterschaft. Insgesamt bestehen somit für Frauen relativ viele Hindernisse, und viele priorisieren Familie vor Forschung und Führungsverantwortung. Das ist schade, denn unter den Medizinstudierenden haben wir einen Frauenanteil von 60 Prozent. Es gäbe also Frauen, die nachkommen könnten. Wenn die Frauen aussteigen, sind das auch vergeudete Ressourcen: Eine Medizinausbildung kostet mehrere 100'000 Franken.



Wie verbindest du persönlich Arbeit und Familie?

Ich habe einen Mann, der auch Arzt ist und Forschung betreibt. Als wir das erste Kind bekommen haben, hat er 50 Prozent gearbeitet und ich 100 Prozent. Nach dem zweiten Kind haben wir beide 80 Prozent gearbeitet. Und nach dem dritten werden wir mit diesem bewährten Konzept weiterfahren. Wir versuchen, uns alles 50/50 aufzuteilen. Gleichberechtigung in einer Beziehung zu leben ist nicht immer einfach, sondern benötigt viele Absprachen, wie im Jobsharing. Zudem weiss man, was es für den anderen bedeutet, Arbeit und Familie unter einen Hut zu bekommen. Wichtig ist dabei, auch selbst tief verwurzelte Rollenbilder zu erkennen. Viele fallen rasch in diese Rollen zurück. Dann bleiben häufig Mütter zu Hause, wenn das Kind krank ist, oder nur sie stehen nachts auf, wenn das Kind etwas benötigt.

In unserer Beziehung achten wir zudem darauf, dass wir uns immer den Rücken freihalten, wenn jemand gerade eine Deadline hat. Auch Ressourcenaktivierung finde ich wichtig. Wenn bei der Arbeit eine intensive Phase ansteht, dann musst du vielleicht zusätzlich externe Kinderbetreuung organisieren. Nicht zu vergessen ist ein gesunder Egoismus. Das heisst, du sollst immer Inseln für dich selbst schaffen. Bei mir heisst das: konsequent drei bis fünf Mal in der Woche Sport treiben. Denn so bin ich auch die bessere Mutter, die bessere Forscherin, die bessere Klinikerin, die bessere Partnerin. Deswegen muss man lernen, sich nicht nach aussen zu orientieren, sondern das zu machen, was für einen selbst stimmt. Wie Pippi Langstrumpf es sagt: "Ich mach mir die Welt, wie sie mir gefällt."

*Anna Schenk studiert Geschichte und englische Sprach- und Literaturwissenschaft an der Universität Bern. Sie arbeitet als Hilfsassistentin im Projekt des NFP 76 "Fürsorge und Zwang – Geschichte, Gegenwart, Zukunft".

Ein gemeinsamer Raum – Unerzählte Schweizer Frauengeschichte(n)

Im Projekt "Ein gemeinsamer Raum – Unerzählte Schweizer Frauengeschichte(n)" forschen Fabienne Amlinger, Lou-Salomé Heer, Corinne Ruffli und Bettina Stehli unter der Leitung von Patricia Purtschert und mit Unterstützung von Gina Dellagiacomina zu frauenliebenden Frauen vor der Lesbenbewegung der 1970er, zu den frühen Politikerinnen im Bundeshaus und zu Frauen, die sich auf die eine oder andere Weise in der Neuen Frauenbewegung engagierten. Das Projekt wird finanziert vom Schweizerischen Nationalfonds (Laufzeit: 2020 bis 2024).

I Bettina Stehli, Lou-Salomé Heer und Corinne Ruffli*

Die Nutzung und Erschaffung kultureller, sozialer, imaginärer und physischer Räume ist konstitutiv mit politischer und sozialer Teilhabe verbunden. Ausgehend von dieser These erforschen wir Frauen- und Lesbengeschichte aus akteurinnenzentrierter Perspektive, verbinden dabei Oral History mit Archivrecherchen und theoretischen Überlegungen aus Feminismus, Gender Studies, Kultur- und Geschichtswissenschaften.

Der Zugang zu bestehenden historisch männlich besetzten Räumen (wie dem Bundeshaus) und die Schaffung eigener Räume (zum Beispiel Lesbensbars, Frauenreisen, feministische Lesezirkel oder Frauen-Sommeruniversitäten) ist zentral für die Geschichte der Schweizer Frauen- und Lesbenbewegung. Dabei geht es nicht einzig um ein "Zimmer für sich allein", wie es Virginia Woolf forderte, sondern um das kollektive Erschliessen gemeinsamer Räume. Damit einher geht die Entwicklung eines neuen gesellschaftlichen Selbstverständnisses, das es Frauen ermöglicht, eigene Räume zu gestalten und nicht in erster Linie für den Erhalt eines Raumes für andere zu sorgen. Anhand der übergeordneten Frage nach der Bedeutung von Räumen für die individuelle und politische Handlungsfähigkeit interessieren uns das Ringen um soziale Anerkennung und politische Partizipation, die damit einhergehenden Kollektivierungs- und Differenzierungsprozesse und die sich verändernden Selbstverhältnisse von Frauen in der Schweiz.

Der methodische Entscheid für die Arbeit mit Lebensgeschichten macht andere und bislang unerzählte Geschichten vermittelbar. Die Gespräche mit den Frauen sind dabei nicht einfach unser "Material", das wir in bereits feststehende Theorien einspeisen. Die Erzählungen sind dafür zu widersprüchlich, vieldeutig. Dem Allgemeinen wie auch dem Einzigartigen eines Lebens begegnen wir mit grosser Sorgfalt. Gängige Narrative werden so kritisch hinterfragbar. So etwa die Vorstellung, es hätte in der Nachkriegszeit in der Schweiz keine breite Vernetzung frauenliebender Frauen gegeben, die Neue Frauenbewegung habe mit der Setzung eines gemeinsamen "Wir" die Erfahrungen von Frauen normiert oder Institutionalisierung habe zu einer Entpolitisierung geführt. "Von – zu"-Erzählmuster sind verlockend, aber funktionieren kaum: von der Hausfrau zur Feministin, von der

Scham in die Befreiung, von der Diskriminierung in die Sichtbarkeit etc.

"Unerzählte Frauengeschichte(n)" haben wir unser Projekt genannt, auch aus strategischer Notwendigkeit: Denn auf dem akademischen Markt "die Ersten" zu sein, ist ein Vorteil. Es gibt tatsächlich zahlreiche Geschichten, die noch nicht erzählt wurden. Doch: Viele Geschichten sind schon auf vielerlei Weisen erzählt worden. Wir erinnern zum Beispiel an Laure Wyss' "Frauen erzählen ihr Leben" (1976) oder an die vielen aufgezeichneten Lebensgeschichten von Frauen in der Schweiz. Geschrieben wurde also viel, die Frage ist: Warum haben wir das nicht alles längst gelesen?

Wir entwickeln lesben- und frauengeschichtliche Perspektiven auf die Entstehung politischer Räume in der Schweiz an der Schnittstelle von sozialen Bewegungen und individuellen Lebensgeschichten. Unser Projekt erschliesst den Zugang zu einem hochrelevanten Wissen, das durch das fortgeschrittene Alter vieler Akteurinnen nur noch wenige Jahre dokumentiert werden kann. Wie wir aus den geführten und transkribierten Gesprächen einen wissenschaftlichen Text verfassen, wie wir nicht einfach "über", sondern auch "mit" den Frauen schreiben können – darüber stehen wir in stetigem Austausch in der Projektgruppe.

Welche Deutungen sind angebracht? Wie bekommt unser Nacherzählen das richtige Gewicht? Die Historikerin Kirsten Plötz fordert, unsere Deutungsmacht gut einzusetzen. Es ist an uns als Historikerinnen, das Gesagte zu interpretieren. Manchmal hören wir Geschichten, an denen wir monatelang knabbern. Oft haben die Geschichten viel mit uns selbst zu tun. Jedes Gespräch braucht ein Sich-Einlassen. Gespräche führen bedeutet im Austausch sein. Am Geburtstag anrufen. Manchmal auch einfach da sein. Es bedeutet auch Trauer und Umgang mit Tod, es bedeutet gemeinsames Lachen und mit Kaffee und Kuchen, nicht selten mit Prosecco bewirtet zu werden. Beziehungsarbeit auf allen Seiten.

*lic. phil. Lou-Salomé Heer, lic. phil. Corinne Ruffli und lic. phil. Bettina Stehli sind Doktorandinnen im SNF-Forschungsprojekt "Ein gemeinsamer Raum – Unerzählte Schweizer Frauengeschichte(n)", welches am IZFG angesiedelt ist.

Intersektionale und (trans-)urbane Solidarität

"Enacting Citizenship and Solidarity in Europe from Below: Local Initiatives, Intersectional Strategies, and Transnational Networks" (ECSEuro) ist ein internationales Forschungsprojekt, in dem ein Dutzend Forschende aus Dänemark, Italien, Slowenien, Deutschland und der Schweiz mitwirken. Dank der Förderung durch die VW-Stiftung kann sich das Team nun während dreier Jahre (2022–2024) der Frage annehmen, wie lokale politische Initiativen 'Citizenship' und Solidarität 'von unten' praktizieren und damit zur Vision eines demokratischeren Europas beitragen.

I Sarah Schilliger*

In Fallstudien zu zehn europäischen Städten erforscht das Team die Entwicklung intersektionaler Strategien und translokaler Netzwerke in den Bereichen "Rechte von Migrant*innen", "Wohnen" und "Care" – drei sozialen Feldern, in denen Solidarität(en) alltäglich praktiziert und politisch verhandelt werden. Dies geschieht, so eine wichtige Ausgangsthese des Projekts, vornehmlich im lokalen Kontext. Städte werden somit als Schauplätze einer politischen Transformation gesehen und als Raum, von wo aus soziale Bewegungen und zivilgesellschaftliche Initiativen agieren.

In Abgrenzung zu einem im nationalen Wohlfahrtsstaat institutionalisierten Solidaritätsverständnis, das nicht nur maskulinistisch geprägt ist, sondern auch ausschliessend wirkt gegenüber Nicht-Bürger*innen ("exklusive Solidarität"), interessieren sich die Forschenden für Formen von transversaler und inklusiver Solidarität.¹ Solidarische Praxen, Beziehungsweisen und Infrastrukturen werden dabei als transformatorische Kraft gesehen, durch die Grenzen etablierter Gemeinschaften und Identitäten überschritten werden, neue Allianzen kreiert und so potenziell ein neuer gesellschaftlicher Zusammenhalt erreicht werden kann.² Angesichts von wachsendem Rechtspopulismus, zunehmend repressiven (supra-)nationalen Migrationspolitiken, neoliberalen Umbau des Sozialstaates und damit einhergehenden verschärften Ungleichheiten und klaffenden Care-Lücken nehmen zivilgesellschaftliche Initiativen auf lokaler Ebene eine zentrale Funktion ein: Sie leisten nicht nur praktische Unterstützung, sondern schaffen auch alternative Räume der Zugehörigkeit und formulieren Ansprüche in Bezug auf die Ausweitung sozialer und demokratischer Rechte.

Die zu untersuchenden Bereiche weisen innovative Ansätze für die Stadtpolitik auf: Während sich im Feld der Migration unter dem Stichwort "Urban Citizenship" Bewegungen für eine Ausweitung von sozialen Rechten und Teilhabemöglichkeiten für Migrant*innen mit prekärem Aufenthaltsstatus einsetzen, greifen im Feld des Wohnens Kämpfe um bezahlbaren Wohnraum und gegen Gentrifizierung eine zunehmend zentrale soziale Frage auf städtischer Ebene auf. Sie stellen – wie kürzlich in Berlin – die Vergesellschaftung von Wohnraum zur Debatte oder kreieren – wie in Bern oder Zürich – durch den Aufbau von selbstverwalteten Kooperativen Alternativen

jenseits eines kapitalistisch strukturierten Wohnungsmarktes. Im Feld von Care schliesslich sind feministische Bewegungen engagiert zur Frage nach der Ausgestaltung von städtischen Räumen, Politiken und Institutionen, die sich sorgen und die Care für alle ermöglichen. Care-Initiativen liefern dabei praktische Antworten auf konkrete Care-Bedürfnisse im städtischen Alltag und tragen gleichzeitig bei zu einer Politisierung von Tätigkeiten, die gemeinhin als häuslich und privat angesehen werden.

Besonders interessieren sich die Forschenden für solidarische Praktiken, bei denen intersektionale Strategien entwickelt werden und wo es zu Verknüpfungen der drei Felder kommt – zum Beispiel in Care-Initiativen, die gleichzeitig migrantische Rechte mitpolitizieren. Zudem soll eruiert werden, inwiefern städtische Initiativen Teil sind von transurbanen Netzwerken, durch die Wissen und Erfahrungen zirkuliert. Das Forschungsteam möchte sich nicht zuletzt auch selbst von einer solidarischen und sorgsamen Praxis anleiten lassen und experimentiert mit einem alternativen Weg der kollaborativen Wissensgenerierung. So ist es den Forschenden zentral, nicht bloss "über", sondern vielmehr "mit" sozialen Bewegungsakteur*innen zu forschen. Mittels Formaten wie den "(Trans)Urban Citizen Labs" sowie der Publikation eines Atlas' zu städtischen Solidaritätsinitiativen wird eine Ko-Produktion von Wissen angestrebt, damit alle im Forschungsprozess Beteiligten voneinander lernen können.

¹Yuval-Davis, Nira: What Is 'Transversal Politics'?, in: Soundings (12), 1999, S. 94-98.

²Schwenken, Helen/Schwartz, Helge: Transversale und inklusive Solidaritäten im Kontext politischer Mobilisierungen für sichere Fluchtwege und gegen Abschiebungen, in: Dinkelaker, Samia/Huke, Nikolai/Tietje, Olaf (Hg.): Nach der "Willkommenskultur": Geflüchtete zwischen umkämpfter Teilhabe und zivilgesellschaftlicher Solidarität, Transcript 2021, S. 170.

*Dr. Sarah Schilliger leitet im Rahmen des ECSEuro-Forschungsprojekts die Fallstudien in Zürich und Bern und ist zudem Projektverantwortliche für die partizipativen Forschungsformate und den Wissenstransfer. Sie hat das Projekt zusammen mit Helge Schwartz (Universität Hamburg), Donatella della Porta (SNS Florenz), Martin Bak Jørgensen (Universität Aalborg) und Mojca Pajnik (Universität Ljubljana) 2021 erfolgreich eingeworben und am IZFG angesiedelt.

'Solutions' for Anti-Sexual Harassment at Workplace Policies

This article summarizes three key findings from my doctoral thesis on India's anti-sexual harassment at workplace policies. I present them as potential avenues for discussion of 'solutions'.

I Anukriti Dixit*

Poststructural policy research is often critiqued for not providing 'solutions' to policy 'problems' and instead scrutinizing the assumptions underlying the 'problem' representations. Hesitation to prescribe 'solutions' emotes from the realization that all 'solutions' can lead to potentially exploitative power relations. However, this does not imply poststructural policy analysis may not provide the guidelines for more inclusive policymaking.¹ In this article, I provide a brief illustration from my research on anti-sexual harassment at workplace (SHW) policies and illustrate some 'solutions' that emerge through a poststructural analysis of these policies.

Legally limiting counter-cases in the form of defamation lawsuits against complainants

It has become common practice to file a defamation case against a woman who complains of sexual harassment – particularly when the complaint is against a powerful man.² Most arbitration gives a chance to the accused to argue the merits of their case. This is a sufficient legal forum for a defense – of reputation or otherwise. Defamation litigation is a substantial deterrent for companies to pursue enquiries into SHW cases – due to the fear that the accused (often 'men') may litigate against the organization.³ Legal provisions that deter the deployment of counter-cases of defamation are exigent to prevent repeated attacks on complainants.

Introducing intersectional provisions within the law(s)

Anti-SHW laws often ignore intersectionality and formulate the 'problem' as belonging to a universal category of 'women'.⁴ Violence against black, indigenous, 'lower' caste,⁵ Muslim, and queer women among women from other marginalized groups, is disproportionately higher and sees no special provisions of redressal⁶ – either through fast-track mechanisms or through special protection and compensation provisions. An acknowledgement of these widespread phenomena is exigent within anti-SHW laws – such that intersectionally positioned women can file cases with arbitration panels that compose of persons from variously marginalized backgrounds.

Expanding the ambit of the 'workplace'

Ambiguity regarding the definition of a 'workplace' puts housewives, informal sector women, domestic workers, care-workers, and sex workers among a host of other women at risk of being overlooked by the law.⁷ Shares of informally employed women are particularly high in the global South. Women at the margins of global production networks have limited avenues for redressal. Thus, the labels of 'formal'



versus 'informal', which are utilized for the benefit of Big Businesses in the global North, deepen precarity for women in the workplace. Provisions that deal with SHW cases for women in the global South must provide for state or firm-sponsored financial assistance for legal purposes – for instance in lawyer fees, conveyance allowances to visit arbitration sites, and employment rehabilitation fees in case arbitration fails.

The above are observations based on extensive fieldwork and analysis of court verdicts done for anti-SHW policies in the Indian context as well as policy commentary by multi-lateral global agencies such as the UN. These non-normative commentaries are offered with the aim of starting a dialogue on policy level exclusions and limitations for SHW redressal.

¹Bacchi, C., & Bonham, J.: Reclaiming discursive practices as an analytic focus. *Political implications*, *Foucault studies*, 2014, 179-192.

²See Jorie Duggan's article titled 'Defamation lawsuits: Another tactic to silence survivors'. Released January 18th 2022, retrieved February 22nd, 2022.

³Kennedy, R. A.: Insulating Sexual Harassment Grievance Procedures from the Chilling Effect of Defamation Litigation, *Wash. L. Rev.*, 1994, 69, 235.

⁴Mayeri, S.: Intersectionality and title VII: A brief (pre-) history, *BUL Rev.*, 2015, 95, 713.

⁵Caste is a form of oppression practiced in India that marginalizes people through notions of 'purity and pollution' and controlled through strict endogamy. See Dr. B/R. Ambedkar's *Anihilation of caste* (1944). See also Anand Teltumbde's *Republic of caste* (2018).

⁶Crenshaw, K.: Mapping the margins. *Intersectionality, identity politics, and violence against women of color*, *Stan. L. Rev.*, 1990, 43, 1241.

⁷See UN Women: *Sexual harassment in the formal economy: farm-workers and domestic workers*. Released September 2020, retrieved April 2021.

*Dr. Anukriti Dixit is a postdoctoral researcher at the Interdisciplinary Center for Gender Studies (ICFG) at the University of Bern. She has completed her doctoral studies in public policy at the Indian Institute of Management, Ahmedabad.

Narrating Gender/Sex: from Psychology to Literary Theory

2020 verlieh die Phil.-hist. Fakultät der Universität Bern Prof. em. Dr. Anne Fausto-Sterling die Ehrendoktorwürde. Ihr neuestes Forschungsprojekt befasst sich mit der Formung von Identität bei Säuglingen und Kleinkindern. Für den Workshop im Mai 2022 an der Graduate School Gender Studies der Universität Bern stellte Fausto-Sterling den Teilnehmenden einen Auszug ihres Projektes zur Verfügung.

I Nathalie Grunder*

Anne Fausto-Sterling ist Prof. em. der Biologie und Gender Studies des Departement of Molecular and Cell Biology and Biochemistry an der Brown University in den Vereinigten Staaten. Ihre einflussreichsten Werke sind unter anderem: "Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality" (2000) und "Sex/Gender: Biology in a Social World" (2012). Fausto-Sterling gehört zu den einflussreichsten feministischen Wissenschaftlerinnen ihrer Zeit. Für ihr neues Buchprojekt rückt die Theorie des *embodiment* – der biologischen Inkorporierung von Sozialität – erneut in den Fokus. Zu verschiedenen Konzepten hat Fausto-Sterling wichtige Beiträge geleistet; Theorien zu *gender and sexuality*, dem *nature/nurture divide*, Intergeschlechtlichkeit, Homosexualität, sowie zu Konzepten von *race and gender*, um nur einige zu nennen.

Am 19./20. Mai 2022 besuchte Prof. em. Dr. Anne Fausto-Sterling die Universität Bern. Über zwei Tage verteilt fand ein öffentlicher Vortrag mit dem Titel "Feminist approaches to science and medicine: what are they and why do they matter?" sowie ein Workshop zu ihrem aktuellen Buchprojekt statt. Der Kapitelentwurf, welchen Fausto-Sterling den Teilnehmenden im Voraus zur Lektüre zur Verfügung stellte, befasst sich mit der Bildung der *gender/sex*-Identität in der frühen Kindheit. Fausto-Sterling selbst merkt am Anfang des Kapitels an, es sei ein Kapitel über das Geschichtenerzählen (*story-telling*). Mit dem entstehenden Werk will sie vor allem in der Entwicklungspsychologie lange bestehende Erkenntnisse infrage stellen. So fragt sie unter anderem nach der Inkorporierung (*embodiment*) von Geschlechtsidentität in frühkindlicher Entwicklung. Sie wolle die Leser_innen dazu auffordern, Organismen als Dinge zu sehen, die sich ständig entwickeln und verändern. Ihr Ziel sei es, eine Geschichte über Geschlechterdiversität zu schreiben und die rein binäre Denkweise zu durchbrechen. Mit dem vorliegenden Projekt betreibt Fausto-Sterling Pionier_innenarbeit, da es zur vorsprachlichen Herausbildung von Geschlechtsidentität kaum Forschung gibt.

Den ersten Teil des Workshops bildete die Konversation zwischen den drei anwesenden Expert_innen verschiedener Disziplinen und verschiedener Universitäten sowie Anne Fausto-Sterling. Die Expert_innenrunde bestand aus Cynthia Kraus (Senior Lecturer an der "Faculté des sciences soci-

ales et politiques" der Universität Lausanne), Evelyn Ferstl (Professorin für Kognitionswissenschaft und Genderforschung am "Center for Cognitive Science" der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg) und Erez Levon (Professor für Soziolinguistik am "Center for the Study of Language and Society" der Universität Bern).

Cynthia Kraus lobte insbesondere, dass Fausto-Sterlings neues Buchprojekt die "Büchse der Pandora" der *gender identity formation* öffnen würde. Evelyn Ferstl konzentrierte sich dagegen in ihrem Review im Besonderen auf den Begriff der *story* und seine Bedeutung, sowie die verschiedenen Anwendungen der Begrifflichkeit (*narrative, story, plot, motif* etc.) und Erez Levon kommentierte den Gender-Begriff bei dem vorgelegten Kapitelentwurf.

Im zweiten Teil des Workshops wurde die Diskussion für alle Teilnehmenden geöffnet. Es folgte eine angeregte und spannende Debatte über den Text. Fausto-Sterling war sehr offen und bereit, die Kommentare der Kolleg_innen in ihre laufenden Überlegungen einfließen zu lassen.

Mehrere Teilnehmende warfen die Frage auf, wer die Adressat_innen ihres neuen Forschungsprojektes seien und ob der von Fausto-Sterling angestrebte explizite Ausschluss von *sex* in ihrem Projekt sinn- und wirkungsvoll sein könne. Auch wurde der Wunsch nach einer feministischen Reflexion über die Rolle der primären Bezugsperson (im Forschungsmaterial ausschliesslich die "Mutter") geäußert.

Ein kurzes Wrap-Up schloss den Workshop und die Teilnehmenden verliessen den Raum mit vielen wichtigen und spannenden Inputs. Ihnen hat sich die einmalige Chance geboten, gemeinsam mit Prof. em. Dr. Anne Fausto-Sterling über einen Entwurf ihres neuesten Projektes zu diskutieren. Es bleibt mit Spannung abzuwarten, wie das fertige Forschungsprojekt von Fausto-Sterling aussehen wird.

Der öffentliche Vortrag von Fausto-Sterling wurde aufgezeichnet und kann auf dieser Seite abgerufen werden: www.izfg.unibe.ch/forschung/feministische_theorie/anne_fausto_sterling/index_ger.html.

*Nathalie Grunder, M.A., ist Doktorandin am Historischen Institut der Universität Bern.

Geschlecht in der Medizin – biologische und soziale Grundlagen

Im Frühjahrssemester 2022 wurde im Rahmen der Förderung interdisziplinärer Veranstaltungen (FIV) des Vizerektorats Lehre der Universität Bern erstmals eine interfakultäre Lehrveranstaltung zwischen der Medizin und den Geistes- und Sozialwissenschaften durchgeführt. Verantwortlich dafür waren Prof. Dr. Patricia Purtschert und M.A. Monika Hofmann (beide IZFG) sowie Dr. Berna Özdemir (Medizinische Onkologie, Inselspital).

I Monika Hofmann*

Das Interesse war gross: 35 Studierende aus der Medizin und 15 weitere aus diversen Disziplinen der Geistes-, Sozial- und Humanwissenschaften haben sich für die interfakultäre Vorlesungsreihe "Geschlecht in der Medizin – biologische und soziale Grundlagen" eingeschrieben. In der Schweizer Hochschullandschaft war es die erste Veranstaltung, die interdisziplinäre Geschlechterforschung mit medizinischer Lehre verknüpfte und zu der Studierende aller Fachrichtungen zugelassen waren. Das Ziel war, den Austausch dieser Fachbereiche zu fördern und Grundlagenwissen aus Geschlechterforschung und medizinischer Lehre zu vermitteln.

Zu den Lernzielen gehörten etwa, dass die Studierenden relevante Konzepte und Methoden für geschlechtsspezifische Medizin in Forschung und Praxis erwerben, sie die multidimensionalen Aspekte von Geschlecht auf biologischer und sozialer Ebene sowie geisteswissenschaftliche Ansätze zum Verständnis von Geschlecht kennen und diese reflektieren und problematisieren können. Zentral war auch, dass die Lernenden die Geschlechterunterschiede in der Inzidenz, Symptomatologie und Therapie von onkologischen, kardiologischen und neurologischen Erkrankungen kennen und die Vorteile von geschlechtsspezifischer Medizin und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft erkennen.

Eröffnet hat die Reihe die Geschlechterforscherin Prof. Dr. Patricia Purtschert. Sie thematisierte in ihrem Vortrag die biologischen, kulturellen, historischen und sozialen Grundlagen von Geschlecht und fokussierte dabei auf fünf zentrale Probleme in der Medizin: die Männlichkeit als Norm, die Natur-Kultur-Dichotomie, das binäre Geschlechtermodell, die fehlende intersektionale Perspektive und schliesslich den Mangel am Verständnis, dass Wissen historisch ist.

Der zweite Input zum Thema (binäre) Geschlechterunterschiede in der Onkologie hielt Dr. med. Berna Özdemir. Sie fokussierte drei Bereiche: Tumorinzidenz und der Einfluss von durch Geschlechterrollen geprägtem Verhalten wie Ernährung auf Krebserkrankungen; geschlechtsstereotype Einschätzungen von Ärztinnen und Ärzten, die einen Einfluss auf die Diagnosen haben; sowie die Geschlechterproblematik bei klinischen Studien, die sich meist durch das Fehlen von Frauen äussert.

Vorträge im Bereich der Geschlechtervielfalt hielten Dr. med. David García Nuñez, Leiter des Innovationsfokus für Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel, und lic. phil. Marie-Lou Nussbaum, Leiterin der Sprechstunde Geschlechtervielfalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am Inselspital Bern. García Nuñez fokussierte auf die bio-psycho-sozialen Auswirkungsmechanismen von Stigmata, insbesondere bei geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten. Nussbaum erläuterte die aktuellen Behandlungsgrundlagen bei Intergeschlechtlichkeit und Transidentität im Beratungsangebot Geschlechtervielfalt.

Prof. Dr. Anelis Kaiser, Neurowissenschaftlerin an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Breisgau, referierte zum Thema Hirnforschung im Zusammenhang mit den Kategorien *sex* und *gender* und argumentierte, weshalb die Trennung dieser Kategorien nur bedingt Sinn mache, da sie sich nicht klar trennen liessen. Die Oberärztin für Allgemeine Innere Medizin am Inselspital, Dr. Jeanne Moor, fokussierte die geschlechtsspezifische Prävention, Diagnosestellung und Therapie im Bereich der Inneren Medizin. Geschlechtsspezifische Rhythmologie war das Thema von Prof. Dr. med. Hildegard Tanner, die am Inselspital Bern leitende Ärztin an der Universitätsklinik für Kardiologie ist. Abgeschlossen wurde die Reihe von Dr. Katharina Jacke von der Humboldt-Universität zu Berlin, die das Konzept der Intersektionalität und der biologischen Verkörperung sozialer Differenz vorstellte.

Besonders gut gelungen ist der Vortragsreihe, den Studierenden die verschiedenen Ansätze und Forschungsfragen aus den sehr unterschiedlichen Fachbereichen zu vermitteln. Das Aufzeigen dieser zum Teil sehr weit voneinander weg liegenden Perspektiven und Standpunkte führte zu regen Diskussionen, grossem Austauschbedarf und zu einer neuen interdisziplinäreren Sicht auf Fragen rund um Geschlecht, Gesundheit und Medizin.

*Monika Hofmann, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am IZFG und arbeitet zu den Schwerpunkten "Schule & LGBTIQ+" sowie "Sport und Geschlecht". Sie ist Teil des Redaktionsteams der Zeitschrift *genderstudies*.

Master Minor Gender Studies

Der Master Minor Gender Studies ist ein interdisziplinärer Minor, der von Studierenden aus allen Fakultäten ohne Vorkenntnisse besucht werden kann. Die laufenden Lehrveranstaltungen des Master Minor Gender Studies finden Sie unter: www.izfg.unibe.ch > Studium > Master Minor > Lehrveranstaltungen.

Call for Participation: Work in Progress Gender Studies 2022

Seit Jahren bietet das IZFG für Forschende und Interessierte der Gender Studies die Veranstaltung "Work in Progress Gender Studies" an, in deren Rahmen Bachelor-, Master- und Seminararbeiten, Dissertationen oder andere wissenschaftliche wie auch künstlerische Arbeiten präsentiert und diskutiert werden können. Der "Work in Progress" ist interdisziplinär ausgerichtet und wendet sich an interessierte Studierende und Forschende aller Disziplinen sowie an Personen, die innerhalb wie auch an solche, die ausserhalb der Universität wissenschaftlich oder künstlerisch zu Gender-Themen arbeiten. Die Veranstaltung versteht sich als Werkstatt, in der Projekte in allen Stadien ihres Entstehungsprozesses vorge-

stellt und ebenso ganz unterschiedliche Probleme diskutiert werden können. Auch in diesem Herbst/Winter lädt das IZFG am Donnerstag, 17. November 2022, zum "Work in Progress Gender Studies" ein. Referierende bitten wir, sich bis zum 27. Oktober 2022 mit Namen, Disziplin, Projekttitel und einer kurzen Skizze ihrer wissenschaftlichen und/oder künstlerischen Arbeit (max. 500 Wörter) bei claudia.amsler@izfg.unibe.ch anzumelden. Zuhörende melden sich bitte bis 7. November 2022 an.

Zurzeit ist eine hybride Durchführung geplant, eine Teilnahme und Präsentation über Zoom ist in jedem Fall möglich.

Graduate School Gender Studies

Die Graduate School Gender Studies richtet sich an engagierte Doktorierende der Universität Bern, welche sich im Rahmen ihrer Dissertation mit der Analyse der Geschlechter und/oder feministische/intersektionale Ansätze als zentrale Perspektive ihres Forschungsvorhabens ausweisen und an einem interdisziplinären Austausch interessiert sind. Doktorierende aus allen Fakultäten sind willkommen!

Die Graduate School Gender Studies ist eine Zusatzqualifikation zur Dissertation. Sie umfasst 18 ECTS-Punkte und wird mit dem Diploma Supplement Gender Studies abgeschlossen.

Wer teilnehmen kann

- Doktorierende der Universität Bern
- Visiting Fellows (PostDocs Universität Bern oder Doktorierende/Postdocs an anderen Universitäten im In- oder Ausland)

Termine

Ausserterminliche Bewerbungsfrist für Einstieg FS23: 31. Oktober 2022
Reguläre Bewerbungsfrist für Einstieg HS23: 30. April 2023

Kontakt und Information

Dr. Tina Büchler
tina.buechler@izfg.unibe.ch
+41 31 684 46 78



Ich studiere Gender Studies!

Natascha Flückiger studiert im Master Sozialanthropologie und Gender Studies.

Die Entscheidung, Gender Studies zu studieren, kam aus dem Bauch heraus. Ich liess mich intuitiv leiten, einerseits aus Neugierde und andererseits aus Wut. Während meines Bachelorstudiums in Sozialanthropologie setzte ich mich erstmals theoretisch mit der Kategorie Geschlecht auseinander. Seither hat sich meine Perspektive auf die Welt verändert. Mir wurde bewusst, wie omnipräsent Geschlecht ist. Auf einmal nahm ich diese Kategorie überall in meinem Alltag wahr – egal ob ich aufs Klo ging, meine Steuererklärung ausfüllte oder im Supermarkt einen Rasierer kaufte. Seitdem ich anfang, meine Umgebung durch eine geschlechtersensible Linse zu betrachten, war ich zunehmend irritiert. Irritiert von der vermeintlich natürlichen Binarität und der verbreiteten Unwissenheit, was die Vielfalt von Geschlecht, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung angeht. Irritiert besonders auch von der Verunsicherung, Erschütterung oder gar Angst, die diese Themen immer wieder auslösen. Diese Irritation war es, die mich neugierig machte. Aus Neugierde entstand die Motivation, mich vertieft mit Geschlecht als eine der dominantesten sozialen Kategorien zu beschäftigen. Ich wollte verstehen, was die Konstruktion von "Männlichkeit" und "Weiblichkeit" im gesellschaftlichen Zusammenleben bedeutet, und wie dies mit anderen Ungleichheitsverhältnissen, unter anderem *race* und Klasse, intersektional verknüpft ist.

In der Sozialanthropologie lernte ich nicht nur Geschlecht als analytisches Werkzeug zur Untersuchung gesellschaftlicher Machtverhältnisse kennen, sondern realisierte, dass Geschlecht ein wesentlich prägendes strukturelles Element gesellschaftlicher Ordnung ist. Geschlecht als Machtstruktur durchzieht sämtliche gesellschaftliche Institutionen – die Universität nicht ausgenommen. Diese Erkenntnis schärfte meinen Blick für bestehende Ungerechtigkeiten und machte mich wütend. Wütend über die Untervertretung von Frauen in höheren akademischen Stufen oder in Führungspositionen und die Ungleichverteilung der Geschlechter auf verschiedene Disziplinen – um beim Beispiel der Universität zu bleiben. Nur was wir erkennen, können wir auch verändern. Aus Wut entstand der Wille zur politischen Veränderung. Dazu braucht es kritisches Denken. Denn: *The critics are the true optimists.*



Die Gender Studies als kritische Forschungsrichtung lehren mich, gegebene Machtstrukturen und Normvorstellungen nicht als natürlich hinzunehmen, sondern zu hinterfragen. Sie lehren mich eine ständige Reflexion, auch der eigenen Wissensproduktion. Nicht zuletzt ermutigen mich die Gender Studies, eine sozial gerechtere Welt zu imaginieren, in der alle Menschen ihr authentisches Selbst frei von Diskriminierung ausleben können.

"My Motherhood, My Self" – Zeitgenössische Autorinnen schreiben zu Mutterschaft

Über zeitgenössische autobiografische Literatur aus Nordamerika zum Thema Mutter sein und Mutter werden.
Ein Dissertationsprojekt aus der Graduate School Gender Studies am IZFG.

I Sabine von Rütte*

Ob, wann und wie Menschen Mütter werden, ist auch heute noch hochgradig politisch aufgeladen. Das zeigte sich unlängst in den USA, wo ein Urteil des höchsten Gerichts nicht nur das dortige landesweite Recht auf Abtreibung abschaffte, sondern auch gleich das Anrecht auf Verhütungsmittel infrage stellte.¹ Hierzulande boten jüngst Abstimmungen zu Vaterschaftsurlaub, Elternzeit oder auch zur "Ehe für alle" Anlass zu Debatten rund um Mutterschaft, Elternschaft und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Dabei zeigte sich, dass patriarchale Vorstellungen über Reproduktion und Familiengestaltung noch immer weitverbreitet sind.

Doch nicht nur in der politischen Arena, auch im weiteren sozialen Leben scheint das Thema Mutterschaft in den letzten Jahren omnipräsent. Online produzieren sogenannte *Mommy-Blogs* und -Influencer_innen Unmengen an Content und Prominente inszenieren ihre Schwangerschaften öffentlichkeitswirksam in den sozialen Medien.

Dieses Interesse an Mutterschaft schlägt sich auch in der Literatur nieder. Besonders in den letzten rund 20 Jahren verhandeln Autor_innen vermehrt ihre Erfahrungen mit Mutterschaft in vorwiegend autobiografischen Texten: in Essaysammlungen, autofiktionalen Romanen, Tagebüchern und Briefromanen. Diesen *motherhood memoirs*² widmet sich meine Dissertation; genauer untersuche ich Texte zeitgenössischer amerikanischer Autorinnen, die das Thema Mutterschaft aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten. Mit der Methode des *close reading* – der in den Literaturwissenschaften verbreiteten systematischen, detaillierten Lektüre und Interpretation literarischer Werke – erfrage ich die Werke sowohl nach ihrem Verständnis von Mutterschaft, als auch nach den textlichen Formen, die diese literarische Reflexion hervorbringt.

Gemeinsam ist diesen Werken eine profunde Auseinandersetzung sowohl mit Mutterschaft als gesellschaftlicher und politischer Institution als auch mit ihrem individuellen Erleben. Diese Unterscheidung machte die amerikanische Dichterin Adrienne Rich bereits in den 1970er-Jahren und trennte so die Begrifflichkeit der *motherhood* – als Instrument patriarchaler Unterdrückung – von *mothering* – der

Erfahrung von Muttersein als potenziell befreiendes, politisch-feministisch aktivierendes Erlebnis.³

Die von mir untersuchten Autorinnen theoretisieren das mütterliche Selbst und die persönlich-politischen Dimensionen ihres Mutterseins. Sie hinterfragen patriarchale Normen der Reproduktion und heteronormative Familienmodelle. So erkunden etwa Maggie Nelsons "The Argonauts" (2015) und Julietta Singhs "The Breaks" (2021) Familiengestaltung jenseits der Kernfamilie, und Sheila Hetis "Motherhood" (2018) befasst sich mit mütterlichen Zweifeln.

Die untersuchten *motherhood memoirs* sind geprägt von einer starken Heterogenität, inhaltlich sowie formell, und spiegeln somit die Realitäten zeitgenössischer Mutterschaft. In allen Texten zeigt sich jedoch, dass Mutterschaft neben den Aspekten der Geschlechtlichkeit und Heteronormativität auch unweigerlich Fragen von Verkörperung, Relationalität und Subjektivität, Vergangenheit und Zukunft evoziert. Diesen zeitgenössischen Autorinnen dient Mutterschaft also als Denkfigur, um die Frage nach dem (mütterlichen) Selbst sowie seiner diskursiven Formationen zu verhandeln.

¹Vgl. Stolberg, Sheryl Gay: Thomas's concurring opinion raises questions about what rights might be next, in: The New York Times, 24.6.22, <https://www.nytimes.com/2022/06/24/us/clarence-thomas-roe-griswold-lawrence-obergefell.html>, abgerufen am 14.09.22.

²Vgl. Hewett, Heather: Motherhood Memoirs, in: Hallstein O'Brien, Lynn/O'Reilly, Andrea/Vandenbeld Giles, Melinda (Hg.): The Routledge Companion to Motherhood, New York, 2020, S. 191-201.

³Vgl. Rich, Adrienne: Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution (1976), New York, 1995, S. 13. / O'Reilly, Andrea (Hg.): From Motherhood to Mothering. The Legacy of Adrienne Rich's of Woman Born, Albany, 2004, S. 159.

*Sabine von Rütte, M.A., ist Doktorandin am Institut für Englische Sprachen und Literaturen der Universität Bern.

"Forschen muss immer als Produktion situierten Wissens verstanden werden"

Laura Perler bewegt sich zwischen Humangeographie, Sozialanthropologie und feministischen Technosciences. Nach ihrem Masterstudium an der Universität Bern in Sozialanthropologie und Gender Studies und ihrem Doktorat in Organisation und Kultur an der Universität St. Gallen ist sie momentan als Postdoktorandin am Geographischen Institut der Universität Bern tätig. Im Rahmen eines grösseren Forschungsprojektes des Schweizerischen Nationalfonds beschäftigt sich Perler unter der Leitung von Prof. Dr. Carolin Schurr mit reproduktiver Geopolitik.

| Vera Zürcher*

Als Schlüsselmoment für ihre akademische Laufbahn bezeichnet Laura Perler rückblickend das Seminar "Liquid Love", welches sie bei Prof. Dr. Sabine Strasser am Institut für Sozialanthropologie während ihres Masterstudiums an der Universität Bern besuchte. In diesem setzte sie sich erstmals vertieft mit den Themen Intimitäten, Globalisierung und Ungleichheiten auseinander. Im Zuge dieses Seminars kam sie auch mit den Themen der Reproduktionsmedizin, der Eizellspende und der damit verbundenen Prekarität in Kontakt. Schnell erkannte sie die Vielfalt der Themen, die sich aus einer anthropologischen Perspektive beleuchten lassen: Verwandtschaft, Geschlechterverhältnisse sowie ökonomische, politische und technische Aspekte der Fertilitätsmedizin – um nur einige davon zu nennen. Nach ihrer Masterarbeit, in welcher sie sich mit Reproduktionsfragen in Mexiko auseinandersetzte, entschied sich Laura Perler, ihre Doktoratsforschung in Spanien durchzuführen. Sowohl die rechtliche als auch die politische Situation machen Spanien zum liberalsten Land Europas hinsichtlich der Reproduktionsmedizin, weshalb Perler das südeuropäische Land auch gerne als "Reproduktionsel dorado" bezeichnet. Seit den 1980er Jahren hat sich in Spanien ein grosser transnationaler Markt entwickelt und das Thema der Reproduktion erlebte eine stetige Ökonomisierung und Technologisierung.

Gemeinsam mit ihrem Partner und ihren zwei Kindern packte sie zu Beginn ihrer Doktoratszeit alles in einen VW-Bus und reiste nach Valencia, wo sie Teil eines Klinikteams wurde. Als sie während ihrer Forschung mit ihrem dritten Kind schwanger wurde, wurde sie plötzlich zur "harmlosen Schwangeren". Das zu Beginn verspürte Misstrauen und Unverständnis ihrer Forschungspartner*innen wich ab diesem Zeitpunkt. Diese Erfahrung und die Veränderung des Narrativs ihr gegenüber hätten ihr den Aspekt des situierten Wissens und ihre eigene Positionalität innerhalb der Forschung verdeutlicht. So beeinflussten Perlers Lebensrealitäten auch immer wieder ihre anthropologische Forschung. Durch ihre dritte Schwangerschaft und aufgrund der zeitgleichen Erkrankung ihrer Mutter an Brustkrebs, stellte sich Perler die Frage, was Gesundheit bedeutet, neu. "Wie Gesundheit in verschiedenen Lebensabschnitten ausgehandelt wird, wurde aufgrund meiner dritten Schwangerschaft und der Krankheit



meiner Mutter auch zu einem biographischen Interesse. Dies beeinflusste meine Forschung".

Das "gesunde Kind" wird in der Fertilitätsklinik zwar tagtäglich benannt, bewertet und angestrebt, jedoch nie genau definiert. Was unter gesund verstanden wird, würde in diesen Kliniken über Technik hergestellt werden. Mithilfe verschiedenster Gentests und einem strengen Auswahlverfahren der Eizellspender*innen sollen Krankheiten erkannt und deren Vererbung verhindert werden. Die Möglichkeiten der Technik bezeichnet Laura Perler als "Socio Technical Imaginaries", welche mit der Zukunftsvorstellung einhergehen, dass "alles immer besser, fortschrittlicher und gesünder wird". Wer und was ausselektioniert wird und welche Leben als wertvoll und reproduzierbar angesehen werden, seien dabei besonders spannende, aber auch problematische Fragen. Gleichzeitig führen die Möglichkeiten, welche die moderne Reproduktionsmedizin bietet, Laura Perler zur Annahme, dass Fertilitätskliniken immer beliebter werden würden. "Sex für den Spass, für die Reproduktion in die Klinik" – so zumindest würde die Zukunft in spanischen Reproduktionskliniken imaginiert.

Laura Perlers Publikation "Selektioniertes Leben. Eine feministische Perspektive auf die Eizellspende" erschien im April 2022 bei Edition Assemblage. Im November 2022 wird Laura Perler ihre Forschungsergebnisse in einer Ausstellung im Berner Kornhausforum präsentieren.

*Vera Zürcher, M.A., studierte im Master Sozialanthropologie und Gender Studies an der Universität Bern.

Der Weg zu einer diversen Wissenschaftskultur

Universitätsangehörige und Gesellschaft fordern mehr Diversität und Chancengleichheit in der Wissenschaft. Dafür braucht es eine nachhaltige Veränderung der Wissenschaftskultur. Zwei Professorinnen und ein Professor der Universität Bern zeigen Herausforderungen auf und machen Lösungsmöglichkeiten sichtbar, wie die Kultur an einer Universität gezielt verändert werden kann und welche Rolle akademisches Führungspersonal dabei spielt. Angestossen wurde die Diskussion von der Better Science Initiative, die sich für eine bessere Wissenschaftskultur einsetzt.

I Joel Schaad*

Wissenschaftliche Exzellenz neu denken

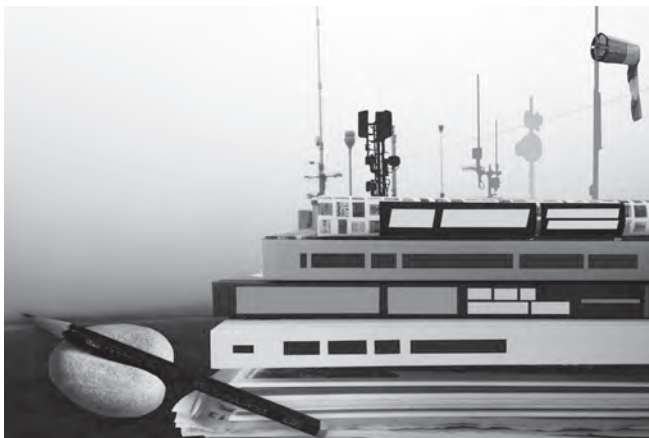
Wie setzen sich Wissenschaftler*innen für eine gute Wissenschaftskultur ein? Diskussionen rund um die Better Science Initiative haben gezeigt, dass das Interesse am Thema gross ist. Die Diskussionen haben aber auch deutlich gemacht, dass Veränderungsbedarf besteht. Nach wie vor wird nämlich oft Quantität über Qualität gestellt und Kriterien für wissenschaftliche Exzellenz benachteiligen Wissenschaftler*innen mit Care-Aufgaben und ausseruniversitären Verpflichtungen. Um das zu verbessern, braucht es eine andere Wissenschaftskultur. Diese umfasst die Verhaltensweisen und Werte der Hochschulangehörigen und liegt so den strukturellen Bedingungen an Universitäten zugrunde. Heike Mayer, Professorin für Wirtschaftsgeographie am Geographischen Institut (GIUB) und Vertreterin des von *swissuniversities* finanzierten Projekts "Better Science Initiative"¹ sieht das aktuelle Wissenschaftssystem im Umbruch: "Für Exzellenz braucht es diversere, qualitativere und nachhaltigere Forschung." Das Problem dabei: Die Wissenschaft funktioniert als Meritokratie, in der die jeweils Fachbesten für eine geringe Anzahl unbefristete Stellen selektioniert werden. Das wichtige Kriterium dabei ist Exzellenz.² Der Begriff ist jedoch unscharf umrissen: Die bisherige Evaluationspraxis folgt noch allzu häufig Quantitätskriterien und gewichtet qualitative Kriterien weniger stark. Gabriele Rippl, Dekanin der Phil.-hist. Fakultät kritisiert das: "Bei Ernennungsverfahren für neue Professor*innen setzen sich leider nach wie vor Personen stärker durch, die viel publiziert oder umfangreiche Drittmittel eingeworben haben. Was dagegen oft zu wenig gewichtet wird, ist die Qualität der bisherigen Forschungsleistung." Was exzellente Wissenschaft ausmache, sei nicht die Anzahl Publikationen oder die geleistete Wochenarbeitszeit, so Heike Mayer: "Solche Kriterien können zu psychischer Krankheit durch Überbelastung führen und bewirken, dass zu wenig Zeit für Care-Aufgaben zur Verfügung steht. Aufgrund der hohen Belastung steigen viele Wissenschaftler*innen aus der Akademie aus und es gehen der Wissenschaft Talente verloren." Adrian Ritz, geschäftsführender Direktor des Kompetenzzentrums für Public Management (KPM), fordert stattdessen mehr Freiräume statt Kontrolle: "Die für akademische Höchstleistungen nötige intrinsische Motivation und Kreativität gründen in viel Freiraum,

wertschätzenden und partnerschaftlichen Beziehungen sowie lernförderlichem und weniger kontrollorientiertem Feedback."

"Academic Leadership" und "Change"

Beim angestrebten Kulturwandel kommt den Professor*innen als Führungspersonen eine wichtige Rolle zu: Sie sind im Gegensatz zu vielen Mittelbauangehörigen unbefristet angestellt. Das gibt Sicherheit und längerfristige Planbarkeit für die Karriere. Als "academic leaders" haben sie verschiedenste Führungsfunktionen in Instituten, Fakultäten und universitären Gremien wie Anstellungskommissionen inne. Sie können massgeblich Einfluss auf die Wissenschaftskultur nehmen, Veränderungen anstossen und als Vorbild ihre Erfahrungen teilen. Wieso dauert an Hochschulen ein Kulturwandel dann so lange? Es fehle für viele neue Projekte schlichtweg die Zeit, sagt Gabriele Rippl. "Der Administrationsaufwand für Professor*innen ist stark gestiegen. Eigentlich sollte es eine 'protected research time' auch für Professor*innen geben." Laut Adrian Ritz ist eine weitere Herausforderung für eine gute Kultur die Auswahl von Professor*innen als Führungskräfte: "Die Auswahlprozesse vernachlässigen die Evaluation von Führungsqualität, was problematisch sein kann, wenn man an die lange Zeit denkt, die eine einmal berufene Person auf ihrer Position verbleibt." Als mögliche Lösung nennt Ritz Entwicklungs-Assessments, die bei der Besetzung von obersten Führungspositionen in einzelnen Forschungsinstitutionen beigezogen werden.

Ein Grund für langsame Veränderungen ist auch das schwach ausgeprägte Zugehörigkeitsgefühl vieler Hochschulangehöriger zu ihrer Organisation. In einem System, das die Mobilität als Kriterium für Exzellenz kennt, sind viele Wissenschaftler*innen oft stärker in ihren Fach-Communities engagiert als für die Universität, an der sie lehren und forschen. Das Zugehörigkeitsgefühl ist jedoch massgebend dafür, dass sie Verantwortung für strategische Entscheide übernehmen. Zusätzlich werden Professor*innen nur für eine befristete Zeitspanne in eine Leitungsposition im Institut und der Fakultät gewählt. Nach Ablauf dieser Amtsperiode kehren sie in die ehemalige Position zurück. Diese Leitung auf Zeit und die "Wiedereingliederung in die Gruppe der Gleichen" bedeutet oftmals, dass diese Personen eine Amts-



loyalität gegenüber ihren Kolleg*innen wahren und möglicherweise wenig Veränderungen durchsetzen, die diese benachteiligen würden.³ Die Universität Bern will dem Thema Führung daher einen höheren Stellenwert einräumen, die Professor*innen als Führungskräfte stärken und eine gemeinsame Führungskultur entwickeln. Dazu hat sie unter anderem den neuen CAS "Academic Leadership" initiiert, der im Herbstsemester 2022 erstmals angeboten wird.⁴

Kulturwandel dank Partizipation

Im Gespräch mit Führungspersonen der Universität Bern wird klar, dass Veränderungen sowohl von Professor*innen angestoßen und getragen werden müssen, aber auch, dass der Einbezug von allen Betroffenen entscheidend ist. Adrian Ritz sagt: "Einheiten, in denen sich mehrere Forscher*innen die Führungsverantwortung teilen, sind offener gegenüber neuen Impulsen und stärker gegen aussen. Das hängt auch mit den positiven Auswirkungen von Diversität und der optimalen Nutzung sich ergänzender Talente zusammen. Wenn unterschiedliche Perspektiven in konstruktiver Art genutzt werden, dann ist dies qualitätssteigernd." Je besser die Betroffenen mitbestimmen können, desto nachhaltiger kann ein Kulturwandel angestoßen werden. Dies zeigt das Beispiel des GIUB. Dabei sei es zentral, dass das Institut über seine Hierarchien hinweg eine partizipative Kultur pflege und den Austausch über die Stufen und Forschungsgruppen hinaus fördere, so Mayer. Dies bekräftigt Adrian Ritz. Die ständige Partizipation und Kooperation seines multi-disziplinären Teams sieht er klar als Ursache für die nationale und internationale Anerkennung des Zentrums: "Seit 20 Jahren ziehen wir da alle an einem Strick."

Noch ist die ideale Universität nicht Realität. Heike Mayer sieht für das GIUB in verschiedenen Bereichen Handlungsbedarf: "Wir haben immer noch Nachholbedarf bei einer fairen Ausgestaltung von ausserordentlichen Professuren im Vergleich zu den ordentlichen. Ein anderes Thema ist die Teilzeitarbeit von immer mehr Professor*innen: Welche Verwaltungsaufgaben übernehmen sie? Wie werden sie qualifiziert? Kann eine Institutsleitung auch im Top-Sharing gemacht werden? Diese Fragen müssen über universitäre Strukturen geklärt werden." Heike Mayer ist aber zuversichtlich, dass ein Kulturwandel klappen kann. "In unserem Institut haben wir Professor*innen eine gute Grundlage schaffen können für eine nachhaltige Kultur. Indem diese von allen Institutsmitgliedern unterstützt und getragen wird, schaffen wir einen nachhaltigen Umgang mit den aktuellen Herausforderungen."

¹www.betterscience.ch

²Nentwich, Julia/Offenberger, Ursula: Meritokratie – Fakt oder Fiktion? Spannungsverhältnisse zwischen Exzellenz und Chancengleichheit, in: Löther, Andrea/Samjeske, Kathrin (Hg.): Dialog-Tagung "Neue Governance und Gleichstellung der Geschlechter in der Wissenschaft". Tagungsdokumentation, Köln 2017, S. 46-52.

³Lehmkuhl, Pia: Die temporäre Expertenorganisation. Voraussetzungen, Gelingensbedingungen und Hemmnisfaktoren von Projekten im Bereich Studium und Lehre an deutschen Hochschulen. Dissertation, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg 2017, S. 137.

⁴Mehr dazu: www.unibe.ch/weiterbildungsangebote/academicleadership/index_ger.html, abgerufen am 22. August 2022.

*Joel Schaad, M.A., ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektkoordinator der "Better Science Initiative" (www.betterscience.ch) an der Abteilung für Gleichstellung der Universität Bern.

Gender-Facts an der Uni Bern

Die Rubrik Gender-Facts beleuchtet uniinterne Erneuerungen, Errungenschaften, Altbewährtes und Schnellschüsse auf die Gender-Kompatibilität.



Entwicklung Frauenanteile auf Stufe Professur, WISO Fakultät hat Schwierigkeiten (+/-)

Am 31.12.2021 betrug der Frauenanteil auf der Stufe ausserordentliche und ordentliche Professur an der Universität Bern 24.4% (gegenüber 24.1% im Vorjahr), auf der Stufe Assistenzprofessur mit und ohne Tenure Track 54.1% (im Vorjahr 48.1%). Der Frauenanteil bei den Assistenzprofessuren liegt damit erstmals über 50%. Für die einzelnen Fakultäten sieht die Situation sehr unterschiedlich aus: Eine sehr deutliche Erhöhung des Frauenanteils hat in den Jahren seit 2018 die Vetsuisse Fakultät verzeichnen können (von 33% auf 47%). Die tiefsten Frauenanteile auf Stufe Professur haben nach wie vor die WISO, die Medizinische und die Phil.-nat. Fakultät. Während die Medizinische und die Phil.-nat. Fakultät ihre Frauenanteile zwischen 2018 und 2021 etwas erhöhen konnten (von 14% auf 24% für die Medizinische Fakultät und von 15% auf 21% für die Phil.-nat. Fakultät), hat der Frauenanteil an der WISO-Fakultät gerade im letzten Jahr wieder abgenommen (2020: 18%, 2021: 15%) und entspricht wieder dem Wert vom Jahr 2018.

(Quelle: Auskunft per Mail der Abteilung für Gleichstellung der Universität Bern, 10. August 2022)

All-Gender-Restrooms für die Theol. Fakultät (+)

Das Förderprogramm "U Change" finanziert Studierendenprojekte, welche Ideen für eine nachhaltige Entwicklung (NE) und Bildung für nachhaltige Entwicklung (BNE) ausarbeiten und umsetzen. Eines der unterstützten Projekte ging der Frage nach der Einführung von All-Gender-Restrooms exemplarisch an der Theologischen Fakultät der Universität Bern aus transdisziplinärer Perspektive nach. Dabei ging es um die übergeordnete Kategorie nachhaltiger Entwicklung von nachhaltigen Lebensstilen und gutem Leben. Ziel war, dass All-Gender-Restrooms in der Theologischen Fakultät ausgewiesen werden und so an einem alltäglichen aber augenfälligen Ort Anerkennung von Pluralität und Andersheit erfolgt.

(Quelle: www.bne.unibe.ch/fuer_studierende/studierendenprojekte/gender_and_sustainability/index_ger.html, 22. August 2022)

Tag gegen Homo-, Bi-, Inter- und Transphobie (+)

Erstmals organisierte die Abteilung für Gleichstellung der Universität Bern anlässlich des Internationalen Tags gegen Homo-, Bi-, Inter- und Transphobie (IDAHOBIT) am 17. Mai eine öffentliche Veranstaltung zum Thema "LGBTIQ+ an der Universität Bern". Aufgrund der hohen Zahl an Anmeldungen musste kurzfristig sogar ein grösserer Raum organisiert werden. Die sehr gut besuchte Veranstaltung fand schliesslich im Kuppelraum des Hauptgebäudes statt.

(Quelle: www.unibe.ch/universitaet/portraet/selbst-verstaendnis/gleichstellung/veranstaltungen/idahobit/index_ger.html, 22. August 2022)

Abschaffung der Ungleichbehandlung von Grund- und Drittmittelangestellten bei der Verteilung der Mutterschaftsentschädigung (+)

Neu wird ab sofort die Verteilung der Mutterschaftsentschädigung auf Grundmittel dem Verfahren bei Drittmittelstellungen gleichgesetzt. Bisher wurde bei Mutterschaft die Anstellung einer Stellvertretung punktefrei gerechnet. Neu wird das Institut für die Anstellung der Mutter in Personalpunkten entschädigt, unabhängig davon, ob eine Stellvertretung eingesetzt wird oder nicht.

(Quelle: "Merkblatt Änderung Praxis Entschädigung Mutterschaft – August 2022", https://www.vereinbarkeit.unibe.ch/elternschaft/index_ger.html, 24. August 2022)

RÄTSEL

Ist das logisch?!

In jeder Ausgabe der Zeitschrift *genderstudies* präsentieren wir Ihnen ein Rätsel, mal mehr, mal weniger passend zum Schwerpunktthema.

Fünf Ärzt:innen verlassen Bern und eröffnen ihre Praxen an neuen Orten. Wer ist wer?

Tragen Sie für jede zutreffende Aussage ein Pluszeichen (+), für jede sicher negative Aussage ein Minuszeichen (-) in das Raster ein. Wenn Sie ganz genau lesen und logisch kombinieren, wird Ihnen die Lösung nicht schwerfallen.

- Als Erster beendete Dr. Urs Gyger sein Studium. Er ist weder Allergologe noch Orthopäde. Der Name des Ortes, wo er demnächst praktiziert, enthält ein "z".
- Der/die Kinder- und Jugendarzt/Ärztin beendete das Studium in einem Jahr mit gerader Zahl.
- Dr. Margareta Szabó, die nach Burgdorf umziehen wird, ist nicht Ärztin für Allgemeinmedizin. Sie hat ihr Studium vor Dr. Giorgio della Porta abgeschlossen und nicht als Letzte.
- In Sumiswald wird es demnächst eine Fachpraxis für Kinder- und Jugendmedizin geben. Der/die betreffende Kollege/Kollegin hat das Studium 2008 abgeschlossen.
- Dr. Shixin Liu schloss ihr Studium nach Dr. Margareta Szabó ab und nicht 2010, aber vor Radhika Rüeggisberger, die keine Allergologin ist. Frau Liu ist weder Allergologin noch HNO-Ärztin.
- Dr. Giorgio della Porta wird keinesfalls nach Grindelwald gehen, weil es ihm dort überhaupt nicht gefällt. Das Studium für Allgemeinmedizin wurde 2011 beendet.
- Die HNO-Praxis wird in Herzwil eröffnet, und das Orthopädiestudium wurde nicht 2010 abgeschlossen.

		Ende Studium					Fachgebiet					Ort				
		2005	2007	2008	2010	2011	Allergologie	Allgemeinmedizin	HNO	Kinder/Jugend	Orthopädie	Herzwil	Burgdorf	Spiez	Sumiswald	Grindelwald
Name	Giorgio della Porta															
	Margareta Szabó															
	Urs Gyger															
	Shixin Liu															
	Radhika Rüeggisberger															
Ort	Herzwil															
	Burgdorf															
	Spiez															
	Sumiswald															
	Grindelwald															
Fachgebiet	Allergologie															
	Allgemeinmedizin															
	HNO															
	Kinder/Jugend															
	Orthopädie															

Name	Ende Studium	Fachgebiet	Ort

Quelle: in abgeänderter Form von: <http://raetselshop.land-der-woerter.de>

Die Lösung finden Sie auf Seite 29.

Frag Dr. Gender!

Was ist der Ursprung des Patriarchats? Warum verdienen Frauen für dieselbe Arbeit weniger als Männer? War die Farbe pink immer schon eine Mädchenfarbe? Regelmässig erreichen solche und ähnliche Fragen das IZFG. In der Rubrik "Frag Dr. Gender!" beantworten Mitarbeiter*innen aus dem IZFG-Team einige davon.

Liegt es am Patriarchat, dass Frauen sich in der Badi nicht oben ohne bewegen können? Und könnte es zu mehr Gleichstellung beitragen, wenn Frauen oben ohne baden gehen würden?

Oha – das sind ja gleich zwei Fragen und jedenfalls die zweite eine, die nicht so einfach zu beantworten ist. Denn die Antwort zur ersten Frage lautet klar "Ja", die zur zweiten "Who knows?".

Aber führen wir das doch kurz mal aus. Einem Grossteil der Bevölkerung erscheint es ganz selbstverständlich, dass es weiblich gelesenen Personen an den meisten Orten nicht erlaubt ist, sich oben ohne zu zeigen. Grund dafür ist, dass die weibliche Brust in der westlichen Hemisphäre seit Jahrhunderten erotisiert wird, was übrigens nicht immer so war. Tatsächlich gibt es keinen einzigen Körperteil, der quasi naturgegeben zu bedecken wäre. Was von wem wie unter Stoff verborgen zu sein hat, ist Ausdruck gesellschaftlicher Normen und damit menschengemacht. Es gehört zum Wesen des Patriarchats, dass der weibliche Körper anders, aka strenger, erbarmungsloser, feindlicher gelesen, normiert und zensuriert wird als der männliche. So werden Frauenbrüste – ganz unabhängig davon, dass sich die Brüste der Geschlechter durchaus ähneln können – sexualisiert und sie provozieren, wenn am vermeintlich falschen Ort nackt gezeigt, Aufregung bis hin zu Polizeieinsätzen und Bussen.

Ob eine "Nippelfreiheit für alle" in Badeanstalten mehr Gleichstellung bringt, erscheint allerdings fraglich. Sicherlich ist es begrüssenswert, wenn alle dann "blank ziehen" dürfen, wenn ihnen danach ist. Eine Umfrage in Deutschland hat, erstaunlicherweise oder nicht, gezeigt, dass das vor allem Männer toll fänden... na dann! Als weiblich gelesene Person oben ohne durch die Badi zu schlendern, kann sich befreiend anfühlen, aber ist bei vielen doch auch schambehaftet. Dieses hässliche Gefühl lässt sich sehr viel weniger leicht abstreifen als das Bikini-Oberteil. Vielleicht unterstützt eine freie Oberkörperkultur das körperliche Selbstbewusstsein, vielleicht aber baut sich mit ihr bereits der nächste soziale Druck auf. Denn ob in der Badi unter der sengenden Sonne auch Schönheitsnormen, Selbstinszenierungstheater und Sexismus hinwegschmelzen? Who knows...

Warum gibt es keine Schwangerschaftsverhütungsmittel für Menschen mit Penis?

Nun, das stimmt nicht ganz. Es gibt sie schon. Aber sie haben sich – vom Kondom abgesehen – (noch) nicht so richtig durchgesetzt.

Ein paar Beispiele: In den 1980er-Jahren bauten sich die Zürcher Hodenbädeler Stühle mit einem Becken mit heissem Wasser und tunkten darin jeden Abend ihren Hodensack für eineinhalb Stunden. Mit Erfolg. Das Spermogramm zeigte, dass ihre Spermienzahl gegen null sank. Heute belebt eine Designerin die Idee neu: Sie entwickelt ein Ultra-Schall-Hodenbad, das die Spermien mit Tiefenwärme neutralisieren soll.

Der Toulouser Eierheber war eine Unterhose, die die Hoden in den Leistenkanal drückte, damit sich diese auf Körpertemperatur erwärmen, was die Spermato-genese hemmt. Der Eierheber wird auch heute noch verwendet. Täglich für 15 Stunden getragen, setzt seine Wirkung nach einigen Wochen ein.

Bei der (meistens) reversiblen Vasektomie werden die Samenleiter durchtrennt. Dann gibt es ein Polymergel, welches – in die Samenleiter gespritzt – die Spermien schädigt und unfruchtbar macht. Sollte später doch ein Kinderwunsch aufkommen, lässt sich das Gel auflösen. Bei Menschen wurde dies jedoch noch nicht getestet und zugelassen ist das Gel auch noch nicht. Und der Klassiker: Schon seit Jahrzehnten forscht man immer mal wieder an der Pille für Spermienproduzent*innen. Über klinische Studien hat sie es nie herausgeschafft. Der Grund: zu viele Nebenwirkungen.

Man könnte nun meinen, dass es vielleicht einfach praktischer ist, die Schwangerschaftsverhütung den Menschen mit Uterus zu überlassen. So wie es auch einfacher scheint, sie schlechter zu bezahlen, sie die Betreuung und Versorgung erledigen zu lassen und sie erst in Entscheidungsgremien einzubeziehen, wenn der nächste Gender-Equality-Report ansteht. Man könnte die Frage also auch so beantworten: Es gibt Verhütungsmethoden für Menschen mit Penis, durchgesetzt haben sie sich aber bisher nicht, definitiv wegen dem Patriarchat.

Fragen?

Brennt auch Ihnen eine Frage rund um die Kategorie Geschlecht unter den Nägeln? Zögern Sie nicht und schicken Sie uns Ihre Frage mit dem Betreff "Dr. Gender" an: izfg-info@izfg.unibe.ch. In jeder Zeitschriftenausgabe drucken wir eine Auswahl der Fragen und die entsprechenden Antworten ab.

Amnesty International and Women's Rights

Feminist Strategies, Leadership Commitment and Internal Resistances

Miriam Ganzfried

2021, transcript

Amnesty International's (AI) focus on civil and political rights has marked their work with a gender bias from the outset. In the first comprehensive look at AI's work on women's rights, Miriam Ganzfried illustrates the development of their activities regarding women's rights issues over twenty years. Through interviews with staff members and activists and unprecedented access to archive material from the Swiss and the German AI sections, she shows how women activists strategized to make AI increase its work on women's rights. Additionally, the book demonstrates that, despite the leadership's commitment to the "Stop Violence Against Women" campaign, internal resistance hampered the integration of women's rights into the organization's overall work.

Claiming Home

Migration Biographies and Everyday Lives of Queer Migrant Women in Switzerland

Tina Büchler

2022, transcript

Through biographical narratives, "Claiming Home" traces how queer migrant women living in Switzerland navigate often contradictory perspectives on sexuality, gender, and nation. Situated between heteronormative and racialized stereotypes of migrant women on the one hand, and the implicitly white figure of the lesbian on the other, queer migrant women are often rendered 'impossible subjects.' "Claiming Home" maps how they negotiate conflicting loyalties in this field and how they, in their own way, claim a sense of belonging and home.

Sexuality, Health and Society

New series to topics relating to sexual health

Andreas Pfister (Hrsg.)

Nomos

This series provides an international platform for the study of the entire range of topics relating to sexual health: sexual and gender diversity, sexually transmitted diseases, reproductive health, sexual rights and sexual violence. Incorporating both an interdisciplinary and transdisciplinary approach, and focusing on the field in which public health, health promotion and prevention, social work, sociology and law overlap, the series publishes empirical and theoretical studies which foster a better understanding of (sexual) health and the social participation of people with different gender identities, sexualities and sexual behaviour.

PhD theses, monographs, conference proceedings, edited books (with articles from several authors) etc. can be submitted (andreas.pfister@zhaw.ch).

Un/doing Race

Rassifizierung in der Schweiz

Jovita dos Santos Pinto, Pamela Ohene-Nyako, Mélanie-Evely Pétrémont, Anne Lavanchy, Barbara Lüthi, Patricia Purtschert, Damir Skenderovic (Hrsg.)
2022, Seismo

Welche Bedeutung haben Race, Rassifizierungen und Rassismus in der Schweiz und wie hängen sie mit dem kolonialen Erbe der Schweiz zusammen? Wie hat sich der Umgang mit Rassismus historisch verändert? Welche Rolle spielt dabei der antirassistische Aktivismus, gerade auch von Schwarzen Menschen und People of Color? Anhand der Erörterung solcher Fragen zeigt der Band auf, wie Rassismus in den Strukturen moderner Gesellschaften verwurzelt ist.

Wie die Beiträge verdeutlichen, sind auch für die Schweiz struktureller und Alltagsrassismus in verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen festzustellen. Zum einen bietet der vorliegende Band Begrifflichkeiten und Ansätze an, um Prozesse und Mechanismen der Rassifizierung zu erfassen. Zum anderen trägt er zum Austausch und zur Zirkulation von Wissen bei, um rassifizierte Ordnungen untersuchen zu können. Das Buch schafft somit Grundlagen für eine kritische wissenschaftliche Reflexion über Rassismus und die Verwendung der Analysekategorie Race in der Schweiz.

Violent Times, Rising Resistance

An Interdisciplinary Gender Perspective

Dominique Grisard, Annelise Erismann, Janine Dahinden (Hrsg.)
2022, Seismo

Violence is a persistent element of modern history and it always has been gendered. Today's violent times have politicized and mobilized new publics, generated creative forms of resistance, incited the most unlikely coalitions, and emboldened to live life differently.

The systemic use of rape as a strategy in war fare, nationalism, and settler colonialism, the persistency of intimate partner violence, and the increasingly open racist, sexist, transphobic, and homophobic discrimination are just a few examples of violence's omnipresent gender dimension. The contributions of this volume analyse violence and multiple forms of resistance from an interdisciplinary gender perspective. They show that violence is not just a central and powerful structuring principle of gender, sexuality, ethnicity, race, and class, but that it is also part of the fabric of nation states and structures all social relations. In addition, the contributions depict manifold strategies and tactics of confronting gendered violence.

LÖSUNG LOGIKRÄTSEL

Name	Ende Studium	Fachgebiet	Ort
Urs Gyger	2005	HNO	Herzwil
Margareta Szabó	2007	Orthopädie	Burgdorf
Shixin Liu	2008	Kinder/Jugend	Sumiswald
Giorgio della Porta	2010	Allergologie	Spiez
Radhika Rüeggisberger	2011	Allgemeinmedizin	Grindelwald

Interdisziplinäres Zentrum für
Geschlechterforschung IZFG
Universität Bern
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
T 0041 31 684 53 58
www.izfg.unibe.ch

The logo of the University of Bern, featuring a stylized lowercase 'u' with a superscript 'b'.

U
**UNIVERSITÄT
BERN**