

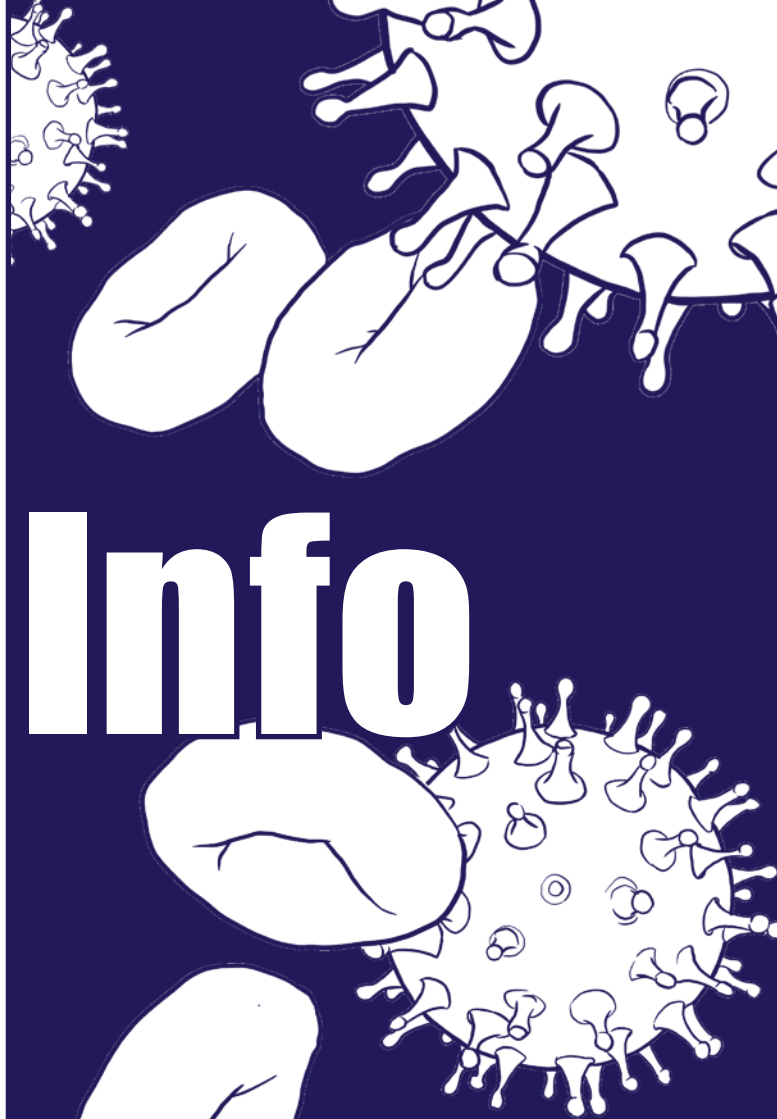
Das feministische Magazin  
mit wissenschaftlichem Blick.

La revue féministe avec  
une perspective scientifique.

# Fem Info

61 | 2022

Medizin und Geschlechterbinarität  
Médecine et binarité des genres



**FemInfo 61, August 2022 • FemInfo 61, août 2022****Herausgeberin • Éditrice**

Verein Feministische Wissenschaft Schweiz  
Association suisse Femmes Féminisme Recherche

**Nationaler Vorstand • Comité national**

Martina Bundi, Lena Flühmann, Liliane Meyer Pitton, Elisa Mombelli,  
Lea Schlenker, Jardena Rotach, Nina Seiler, Seraina Wepfer

**Geschäftsleitung • Direction générale**

Inez Barrer

**Geschäftsstelle • Secrétariat**

Verein Feministische Wissenschaft Schweiz  
Postfach  
CH-3001 Bern  
PC 30-37698-6  
info@femwiss.ch  
www.femwiss.ch

**Redaktion • Édition**

Inez Barrer, Lena Flühmann, Liliane Meyer Pitton, Elisa Mombelli  
Jardena Rotach, Lea Schlenker, Nina Seiler, Seraina Wepfer

**Layout • Graphisme**

Inez Barrer, Nora Ryser

**Cover • Couverture**

Nora Ryser

**Übersetzung • Traduction**

Louise Décaillet, Alexandra Cinter

**Druck • Impression**

Das FemInfo wird auf 100 % Recyclingpapier in der Druckerei  
Reitschule in Bern gedruckt.

**Auflage • Tirage**

700 Exemplare • 700 Exemplaires

**Erscheinen • Annonce**

3 Mal jährlich • 3 fois par année

**Sprache • Langage**

Wir verwenden eine möglichst diskriminierungsarme Sprache.  
Mehr dazu auf: [www.femwiss.ch](http://www.femwiss.ch).  
Nous utilisons une langage aussi non discriminatoire que possible.  
Pour en savoir plus : [www.femwiss.ch](http://www.femwiss.ch).

**Inserate • Annonce**

1 Seite • 1 page CHF 250.–  
1/2 Seite • 1/2 page CHF 130.–

**Manuskripte • Manuscrits**

info@femwiss.ch

**Nächster Redaktionsschluss • Prochain délai de rédaction**

01.10.2022

**Inhalt • Sommaire**

<b>Vorwort • Avant-propos</b>	<b>2</b>
<b>Zwei-Geschlechter-Medizin</b> – Ann Kristin Augst	<b>4</b>
<b>Médecine à deux genres</b> – Ann Kristin Augst	<b>8</b>
<b>Heteronormative Annahmen und ihre Auswirkungen</b> – Annika Spahn	<b>12</b>
<b>Prémises hétéronormatives et leurs répercussions</b> – Annika Spahn	<b>16</b>
<b>Die PrEP – ein männlich kodiertes Präparat?</b> – Angela Lagler	<b>20</b>
<b>La PrEP – une préparation codée masculine ?</b> – Angela Lagler	<b>24</b>
<b>Wer ist/war sie?</b> – Jardena Rotach Anne Fausto-Sterling	<b>28</b>
<b>Rezensionen</b> – Lea Schlenker und Ina Praetorius The Gendered Brain von Gina Rippon Care-Arbeit räumlich denken von Barbara Zibell	<b>29</b> <b>32</b>
<b>Agenda &amp; Forum</b> Think Tank Gender & Diversity quitt.ch Call for Papers: FemInfo 62	<b>35</b> <b>35</b> <b>36</b>

## Medizin und Geschlechterbinarität

TEXT: INEZ BARRER

Gesundsein und Gesundwerden sind tiefgehende politische Prozesse. Wir alle haben dies in den vergangenen zwei Pandemie-Jahren kollektiv erfahren können. Doch bereits vor der Pandemie stellte der Zusammenhang zwischen Medizin und Politik für viele eine unausweichliche Realität dar. Medizinsoziologin und Geschlechterforscherin Ann Kristin Augst schreibt in ihrem Beitrag zur vorliegenden FemInfo-Ausgabe folglich, dass in der Politik der Medizin der vergeschlechtlichte Körper ein zentrales Ordnungsprinzip darstelle. Die Geschlechterbinarität fungiere dabei als Folie und gebe vor, wer und was in Studien, Behandlungsstandards und diagnostischen Leitfäden repräsentiert wird. Augst zeigt damit, dass die binäre Folie nicht hinreichend ist und sich bei vielen Körpern, bei trans- und intergeschlechtlichen Personen im Besonderen, aber auch bei cis-Frauen, in gefährlicher Weise auf deren Gesundheit auswirken kann.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Annika Spahn, geht aber verstärkt auf die Kategorie der Sexualität ein und arbeitet entlang der Erfahrungen asexueller

Patient\*innen in der Gynäkologie die heteronormative Konstitution der hiesigen Medizin auf.

Auch Angela Lagler untersucht einen blinden Fleck am Schnittpunkt von Gesundheit und Politik. Sie widmet ihren Beitrag der vernachlässigten HIV-Prävention von FLINT-Personen. Hinsichtlich der Erforschung und Verbreitung der neuen HIV-Präexpositionspräparate erkennt sie einen fatalen Gendergap.

Schliesslich stellt uns Lea Schlenker das Buch «The Gendered Brain» der Neurowissenschaftlerin Gina Rippon vor. Dabei wird deutlich, wie das Gehirn – obwohl eines der noch am wenigsten erforschten Organe des menschlichen Körpers – seit Jahrhunderten für die Konstruktion sexistischer Stereotype instrumentalisiert wird.

Die medizinische Forschung wird bislang von einer binären Folie angeleitet. In der Folge erscheinen die Ergebnisse dieser Forschung in Form von Differenzen. Wären es jedoch nicht vielmehr Varianzen, die hinsichtlich der Gesundheit unserer geschlechtlichen Körper von Interesse sein müssten?

## Médecine et binarité des genres

TEXTE: INEZ BARRER

TRADUCTION: LOUISE DÉCAILLET

Être en bonne santé et guérir sont des processus profondément politiques. Nous en avons tous-tes fait l'expérience collective lors de ces deux dernières années de pandémie. Mais déjà avant le coronavirus le rapport entre médecine et politique représentait pour beaucoup une réalité incontournable. La sociologue de la médecine et chercheuse en études genre Ann Kristin Augst écrit ainsi dans sa contribution à ce numéro de FemInfo que le corps genré constitue un principe organisateur central dans la politique de la médecine. La binarité de genre sert de toile de fond et dicte qui et ce qui est représenté dans les études, standards de traitement et guides de diagnostic. Augst démontre ainsi l'insuffisance de la toile de fond binaire et les conséquences dangereuses qu'elle peut avoir sur la santé de nombreux corps, en particulier sur celle des personnes transgenres et intersexes, mais aussi sur celle des femmes cis.

En adoptant une approche semblable Annika Spahn se concentre quant à elle sur la catégorie de la sexualité pour rendre compte de la constitution hétéronormative

de la médecine établie à travers les expériences des patient-e-s asexuel-le-s en gynécologie.

Angela Lagler analyse elle aussi une tâche aveugle à l'intersection de la santé et de la politique, à savoir la prévention du VIH négligée chez les personnes FLINT. Elle repère un écart fatal entre les genres dans la recherche et la diffusion des nouvelles prophylaxies pré-exposition (PrEP) contre le VIH.

Finalement Lea Schlenker nous présente le livre The Gendered Brain de la neurologue Gina Rippon. L'autrice y montre comment le cerveau – bien qu'il soit l'un des organes du corps humain les moins étudiés – est utilisé depuis des siècles dans la construction des stéréotypes sexistes.

La recherche médicale est guidée actuellement par une toile de fond binaire. En conséquence les résultats de cette recherche apparaissent sous forme de différences. Mais, lorsqu'il en va de la santé de notre corps sexuel, ne faudrait-il pas plutôt s'intéresser aux variations ?

## Zwei-Geschlechter-Medizin

### Die (Re-)Produktion binärer Körper im Gesundheitssystem

TEXT: ANN KRISTIN AUGST

**Der Geschlechtseintrag einer Person bestimmt auch heute noch den Zugang zu beziehungsweise die Finanzierung von bestimmten (präventiven) Gesundheitsdienstleistungen. Überdies orientiert sich die Diagnostik, auch dank der Errungenschaften der Gendermedizin, häufig an geschlechtsspezifischen Symptomen und/oder Normen. Geschlecht fungiert also, auch und gerade in der Medizin, als soziales Ordnungsprinzip.**

Der Körper gilt gewöhnlich als stärkster Beweis von Geschlechtlichkeit – sowohl für den\*die Beobachter\*in als auch für die Subjekte selbst. Wir schreiben unserem Gegenüber in den meisten Fällen anhand (vermeintlich evidenter) körperlicher Merkmale ein Geschlecht zu. In der Regel spielt sich diese Attribuierung auf einem binären Spektrum ab: Mann oder Frau.

Dabei unterstellen wir, dass die körperliche Ausstattung zum von uns zugewiesenen Geschlecht «passt».<sup>1</sup> Diese Annahme reicht über die Genitalien hinaus. Wir setzen für gewöhnlich zusätzlich voraus, dass Frauen einen Uterus, (funktionstüchtige) Ovarien und XX-Chromosomen haben sowie dass ihre Hypophysen- sowie Ovarialhormonwerte der (geschlechtsspezifischen) Norm entsprechen.<sup>2</sup> Für Männer gilt umgekehrt die Vorstellung, dass sie über (reproduktionsfähige) Hoden, XY-Chromosomen sowie «ausreichend» («natürlich» produziertes) Testosteron verfügen. Insbesondere trans- und/oder intergeschlechtliche Personen erfüllen diese heteronormativen<sup>3</sup> Erwartungen nicht – oder nur bedingt. Aber auch die Körper dyacisgeschlechtlicher<sup>4</sup> Menschen entsprechen diesen Normen stellenweise nicht (mehr) (z.B. nach einer Hysterektomie).

**Ann Kristin Augst** ist Medizinsoziologin und Geschlechterforscherin. Derzeit lehrt und arbeitet sie an der Universität Augsburg als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Soziologie mit Schwerpunkt Gesundheitsforschung. Ihre thematischen Schwerpunkte sind die Soziologie von Krankheit und Gesundheit, Queer Theory/Studies, Körpersoziologie, Method(ologi)en der qualitativen Sozialforschung sowie (Feminist) Science and Technology Studies.

#### Der medizinische Blick

Auch in der Medizin finden sich diese Annahmen.<sup>5</sup> Die Einteilung in «Mann» und «Frau» folgt einer Medizin inhärenten Logik klassifizierenden Denkens.<sup>6</sup> Diese dient häufig der Diagnostik: Erkrankungen sind in dieser Logik an bestimmte Organe und/oder biomedizinische Marker gekoppelt oder äussern sich «geschlechtsspezifisch» in/durch unterschiedliche(n) Symptomatiken. Aus medizinischer Perspektive ist die Erhebung von Geschlecht bei der Anamnese also sinnvoll: Der\*die Patient\*in kann somit in Bezug zu einer (geschlechts-)spezifischen Norm gesetzt werden. Die Abweichung von dieser Norm erhält in der Regel einen Krankheitswert: Jedes Zuviel oder Zuwenig wird als «krank(-haft)» deklariert und das Ideal des Normalen gilt als «Folie».<sup>7</sup>

Eigentlich benötigt (gute) Medizin jedoch mehr Präzision: Der Geschlechtseintrag sagt nicht notwendigerweise etwas/besonders viel über die körperliche «Ausstattung» eines\*einer Patient\*in aus. Dieser Umstand macht für/von trans- und/oder intergeschlechtlichen Personen im medizinischen Kontext

ein lebenslanges Outing (immer wieder) notwendig, da die Gegebenheit des Körpers den Handlungsraum (der Gesundheitsdienstleister\*innen) eröffnet und begrenzt.<sup>8</sup> Die (bio-)medizinische Be- und Verhandlung trans- und/oder intergeschlechtlicher Körper ist demnach niemals vollständig abgeschlossen: Bei jedem Erstbesuch bzw. Praxiswechsel stellen trans- und/oder intergeschlechtliche Patient\*innen aufs Neue ihre medizinische Historie und damit – im Gegensatz zu dyacisgeschlechtlichen Personen – (potenziell) ihr Geschlecht zur Disposition. Zwar verlangt der medizinische Blick immer Transparenz aufseiten der Patient\*innen über anhaltende Erkrankungen oder auch Eingriffe in der Vergangenheit; aber Informationen über Behandlungen und Operationen, die eine binäre Geschlechterordnung nicht infrage stellen, werden zumeist lediglich zur Kenntnis genommen und «neutral» bewertet. Dabei ist Medizin – auch und gerade hinsichtlich des Topos Geschlecht – eine durch und durch politische Wissenschaft: Die Behandlung von Patient\*innen vollzieht sich immer in einem soziopolitischen Raum und ist interessengebunden.<sup>9</sup>

Die Aufrechterhaltung bzw. Durchsetzung der (binären) Geschlechterordnung ist dabei ein (zentraler) Punkt auf der Agenda.<sup>10</sup>

### Medizin als (Re-)Produzentin (ver)geschlechtlich(er) Körper

Geschlecht fungiert als Ordnungsprinzip: Trans- sowie intergeschlechtliche Personen irritieren häufig (gesamtgemeinschaftliche) Wahrnehmungs- und Erkenntnisroutinen, sorgen aber auch im gesellschaftlichen Teilsystem Medizin für (*Gender Trouble*)<sup>11</sup>. Nichts verbürge das Geschlecht, das man ist, mehr als der Körper, den man hat, d.h. Geschlechtlichkeit und Körperlichkeit stehen in einem engen wechselseitigen Verweisungszusammenhang.<sup>12</sup> Dies ist zumindest in der modernen, durch die Dominanz der naturwissenschaftlichen Perspektive geprägten Gesellschaft der Fall.

Insbesondere präventive, aber auch allgemein- und spezialmedizinische Gesundheitsversorgung basiert heute primär auf den Ergebnissen beziehungsweise politischen Konsequenzen gendermedizinischer Forschung, die Unterschiede zwischen zwei Geschlechtern hinsichtlich Symptomen, Therapien und/oder Gesundheitsverhalten konstatiert. Für trans- und/oder intergeschlechtliche Patient\*innen gibt es

jedoch kaum «Folien», kaum Normwerte, an denen sich in der (Regel-)Gesundheitsversorgung orientiert werden kann. Das liegt zum einen daran, dass das jeweilige «Label» wenig aussagekräftig ist, zum anderen daran, dass trans- und/oder intergeschlechtliche Personen in klinischen Studien unter- bzw. im Regelfall überhaupt nicht repräsentiert sind (oder qua zu kleiner Fallzahl «rausgerechnet» werden). Dies führt dazu, dass sie deutlich schlechter gesundheitlich versorgt werden als andere Bevölkerungsgruppen.<sup>13</sup>

- 1 West, Candace; Zimmerman, Don H.: Doing Gender. In: *Gender & Society* (01/2), 1987, S. 125-151.
- 2 «Ovarium» ist der medizinische Terminus für Eierstock. Die «Hypophyse» ist die Hirnanhangsdrüse; sie steuert und reguliert (übergeordnet) die Hormonproduktion im gesamten Körper.
- 3 Butler, Judith: *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. New York/London: Routledge, 2007 [1990].
- 4 Als «dyadisch» werden Personen bezeichnet, die körperlich eindeutig in die medizinische Norm von männlich und weiblich eingeordnet werden können. Der Begriff markiert somit das Gegenteil von «inter(geschlechtlich)». Der Terminus «cis(geschlechtlich)» beschreibt Menschen, die sich dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde, stellt also das Pendant zu «trans(geschlechtlich)» dar.
- 5 Sabisch, Katja: Die Denkstilanalyse nach Ludwik Fleck als Methode der qualitativen Sozialforschung – Theorie und Anwendung. In: *Forum Qualitative Sozialforschung | Forum Qualitative Research* (18/2), 2017, Art. 5.
- 6 Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main: Fischer, 2016 [1963].
- 7 Jacke, Katharina: *Widersprüche des Medizinischen. Eine wissenssoziologische Studie zu Konzepten der «Transsexualität»*. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2016.
- 8 Meuser, Michael: Körper-Handeln. Überlegungen zu einer praxeologischen Soziologie des Körpers. In: Gugutzer, Robert (Hg.): *Body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Bielefeld: transcript, 2006, S. 95-116.
- 9 Ruebsam-Simon, Ekkehard: Veränderung beginnt im Kopf. Einige Bemerkungen zur Sozialisation des deutschen Arztes oder: Warum taugen Ärzte so wenig zum Widerstand? In: *Deutsches Ärzteblatt* (99/43), 2002, S. A2840-A2844.
- 10 Krämer, Anike: Die Konstruktion der medizinischen Deutungsmacht über Inter\*. In: Mader, Esto, et al. (Hg.): *Trans\* und Inter\* Studien. Aktuelle Forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum*. Münster: Westfälisches Dampfboot, 2021, S. 32-54.
- 11 Butler 2007 [1990], Fn. 3.
- 12 Meuser, Michael: Frauenkörper – Männerkörper. Somatische Kulturen der Geschlechterdifferenz. In: Schroer, Markus (Hg.): *Soziologie des Körpers*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2005, S. 271-294.
- 13 Pöge, Kathleen, et al.: Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: *Journal of Health Monitoring* (05/1), 2020, S. 1-30.

## Médecine à deux genres

### La (re)production de corps binaires dans le système de santé

TEXTE : ANN KRISTIN AUGST

TRADUCTION : ALEXANDRA CINTER

**Aujourd'hui encore l'accès à certaines prestations de santé (préventives) ou leur financement dépend du sexe figurant au registre de l'état civil. De plus, le diagnostic s'établit souvent, et ce notamment grâce aux acquis de la médecine de genre, sur la base de symptômes et/ou de normes spécifiques aux hommes et aux femmes. Le genre opère ainsi, également et précisément en médecine, comme un principe d'organisation social.**

Le corps est habituellement considéré comme la preuve la plus évidente du genre, que ce soit aux yeux des autres ou de la personne elle-même. Dans la plupart des cas, nous attribuons un genre à notre interlocuteur·trice sur la base de caractéristiques physiques (supposées évidentes). En général, cette attribution se fait de manière binaire, on est homme

ou femme. Ce faisant, nous partons du principe que la réalité physiologique « correspond » au genre attribué.<sup>1</sup> Ce présupposé ne concerne pas que les organes génitaux externes. Nous supposons généralement que les femmes ont un utérus, des ovaires (qui fonctionnent) et des chromosomes XX et que leurs taux d'hormones hypophysaires et ovariennes sont conformes à la norme (spécifique au sexe)<sup>2</sup>. À l'inverse, on attend des hommes qu'ils aient des testicules (aptés à la reproduction), des chromosomes XY et « suffisamment » de testostérone (produite « naturellement »). Les personnes transgenres et/ou intersexes en particulier ne répondent pas – ou que partiellement – à ces attentes hétéronormatives.<sup>3</sup> Cependant, le corps des personnes dyacis<sup>4</sup> ne correspond parfois pas (ou plus) à ces normes (par exemple après une hystérectomie).

**Ann Kristin Augst** est sociologue de la médecine et chercheuse en études genre. Elle enseigne et travaille actuellement à l'Université d'Augsbourg comme collaboratrice scientifique dans le domaine de la sociologie, en particulier de la recherche en matière de santé. Ses champs de spécialisation sont la sociologie de la maladie et de la santé, la théorie/les études queer, la sociologie du corps, les méthod(ologi)es de la recherche sociale qualitative ainsi que les études (féministes) sur la science et la technologie.

#### Le regard médical

Ces présupposés se retrouvent également en médecine.<sup>5</sup> La répartition en catégories « homme » et « femme » suit une logique de classification inhérente à la pensée médicale.<sup>6</sup> Cette catégorisation sert souvent à l'établissement du diagnostic : les maladies sont ainsi associées à certains organes et/ou marqueurs biomédicaux ou s'expriment de manière « spécifique au sexe », par des symptomatologies différentes. Dans la perspective médicale, le fait de spécifier le sexe lors de l'anamnèse fait donc sens : le·la patient·e peut ainsi être comparé·e à une norme spécifique (au sexe). L'écart par rapport à celle-ci a généralement valeur de maladie, tout excès ou déficit étant déclaré « pathologique » et l'idéal de normalité fonctionnant comme « référentiel ».<sup>7</sup>

En réalité, la (bonne) médecine gagnerait à être plus précise : le sexe indiqué à l'état civil n'en dit pas nécessairement beaucoup sur la réalité physiologique d'un·e patient·e. Cette situation condamne les personnes trans et/ou intersexes à faire durant toute leur

vie un perpétuel *coming out* dans le contexte médical, car cette évidence du corps induit et limite le champ d'action (des prestataires de santé).<sup>8</sup> La négociation et le traitement (bio-)médicaux des corps transgenres et/ou intersexes n'ont donc jamais vraiment de fin : à chaque première visite médicale ou lors d'un changement de cabinet, les patient·e·s transgenres et/ou intersexes remettent en question leur histoire médicale et donc - contrairement aux personnes dyacis - (potentiellement) leur genre. Certes, le regard médical exige toujours une transparence de la part des patient·e·s concernant leurs maladies chroniques ou leurs antécédents médicaux; mais les informations sur les traitements et opérations qui ne remettent pas en cause la répartition binaire des sexes sont la plupart du temps simplement consignées et évaluées de manière « neutre ». La médecine est ainsi une science éminemment politique, également et surtout en ce qui concerne le genre : le traitement des patient·e·s s'inscrit toujours dans un espace sociopolitique et est lié à des intérêts.<sup>9</sup> Le maintien ou l'imposition de

l'ordre (binaire) des sexes est à cet égard un point (central) de l'agenda.<sup>10</sup>

## La médecine comme (re)productrice de corps sexués

Le genre fonctionne comme un principe régulateur : les personnes trans et intersexes dérangent souvent les habitudes de perception et de savoir (de l'ensemble de la société), mais sèment également le trouble (*dans le genre*)<sup>11</sup> dans le sous-système social qu'est la médecine. Rien n'atteste mieux le genre auquel on appartient que le corps que l'on a, autrement dit genre et corporéité sont en étroite relation de référence réciproques.<sup>12</sup> C'est du moins le cas dans la société moderne, marquée par l'hégémonie de la perspective scientifique.

Les soins en médecine préventive en particulier, mais aussi en médecine générale et spécialisée se basent aujourd'hui en premier lieu sur les résultats ou plutôt sur les retombées politiques de la recherche en médecine du genre, laquelle constate des différences entre deux sexes, que ce soit au niveau des symptômes, des traitements et/ou des comportements en matière de santé. Pour les patient-e-s transgenres et/ou intersexes il n'y a cependant guère de « référentiel », guère de normes auxquelles se rapporter

dans les soins (standards). Cela tient d'une part au fait que le « label » en question n'est que peu pertinent et d'autre part au fait que les personnes trans ou intersexes sont en règle générale sous-représentées, voire absentes des études cliniques (ou en sont « exclues », car constituant un trop petit nombre de cas). La conséquence en est qu'elles sont nettement moins bien prises en charge que les autres catégories de la population.<sup>13</sup>

- 1 West, Candace; Zimmerman, Don H.: Doing Gender. In: Gender & Society, 1987, 1(2), p. 125-151.
- 2 L'hypophyse est une glande située à la base du cerveau; elle contrôle et régule (au niveau supérieur) la production d'hormones dans l'ensemble du corps.
- 3 Butler, Judith : Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité. Paris : La Découverte, 2006 [1990].
- 4 Le terme « dyadique » désigne les personnes qui, du point de vue physique, correspondent clairement au masculin ou au féminin définis par la norme médicale. Il s'oppose donc au terme d'« inter(sexe) ». Le terme « cis(genre) » désigne les personnes qui se sentent appartenir au genre leur ayant été attribué à la naissance et représente donc le pendant de « trans(genre) ».
- 5 Sabisch, Katja: Die Denkstilanalyse nach Ludwik Fleck als Methode der qualitativen Sozialforschung – Theorie und Anwendung. In: Forum Qualitative Sozialforschung | Forum Qualitative Research (18/2), 2017, Art. 5.
- 6 Foucault, Michel : Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris : PUF, 2015 [1963].
- 7 Jacke, Katharina: Widersprüche des Medizinischen. Eine wissenschaftssoziologische Studie zu Konzepten der « Transsexualität ». Giessen: Psychosozial-Verlag, 2016.
- 8 Meuser, Michael: Körper-Handeln. Überlegungen zu einer praxeologischen Soziologie des Körpers. In: Gugutzer, Robert (éd.): Body turn. Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports. Bielefeld: transcript, 2006, p. 95-116.

- 9 Ruebsam-Simon, Ekkehard: Veränderung beginnt im Kopf. Einige Bemerkungen zur Sozialisation des deutschen Arztes oder: Warum taugen Ärzte so wenig zum Widerstand? In: Deutsches Ärzteblatt (99/43), 2002, p. A2840-A2844.
- 10 Krämer, Anike: Die Konstruktion der medizinischen Deutungsmacht über Inter\*. In: Mader, Esto et al. (éd.): Trans\* und Inter\* Studien. Aktuelle Forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum. Münster: Westfälisches Dampfboot, 2021, p. 32-54.
- 11 Butler 2006 [1990], note 3.
- 12 Meuser, Michael: Frauenkörper – Männerkörper. Somatische Kulturen der Geschlechterdifferenz. In: Schroer, Markus (éd.): Soziologie des Körpers. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2005, p. 271-294.
- 13 Pöge, Kathleen et al.: Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: Journal of Health Monitoring (05/1), 2020, p. 1-30.



## Heteronormative Annahmen und ihre Auswirkungen

### Asexuelle Patient\*innen in der Gynäkologie

TEXT: ANNIKA SPAHN

**Asexualität ist eine noch relativ unbekannt sexuelle Orientierung, auch in der Medizin. Deshalb werden asexuelle Patient\*innen oft nicht ernst genommen und erleben eine unzureichende Gesundheitsversorgung.**

#### **Asexualität als medizinisches Problem**

Asexualität ist eine sexuelle Orientierung. Das Asexual Education and Visibility Network (AVEN) definiert eine asexuelle Person als Person, die wenig oder keine sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen verspürt oder wenig oder kein Verlangen nach sexuellen Interaktionen mit anderen Menschen hat.<sup>1</sup> Asexualität ist nicht dasselbe wie Antisexualität, das Zölibat, Aromantik, unterdrückte Sexualität, Angst vor Sexualität oder die Unfähigkeit, eine\*n Partner\*in zu finden.<sup>2</sup> Schätzungen zufolge ist rund 1% der Menschheit asexuell.<sup>3</sup>

Die Medizin betrachtet eine geringe oder fehlende sexuelle Anziehung, und damit auch Asexualität, häufig als medizinisches Problem, das es zu «heilen» gilt. Die International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kennt in ihrer aktuellen Version (ICD-11) die Diagnose «HA00 Hypoaktives sexuelles Verlangen», womit eine fehlende sexuelle Anziehung gegenüber anderen Menschen pathologisiert werden kann.

Für asexuelle Personen stellt die Pathologisierung eine besondere Art von Stigmatisierung dar – insbesondere, weil das Absprechen oder Pathologisieren einer asexuellen Identität asexuelle Personen in eine Verteidigungshaltung bringt.<sup>4</sup> Asexuelle Personen beschreiben den Kontakt mit dem Gesundheitssystem zum Beispiel als unangenehm und traumatisierend, weil Ärzt\*innen sie als sexuell gestört definieren oder ihnen

**Annika Spahn** ist Doktorandin an den Universitäten Basel und Freiburg und promoviert zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie ist Geschäftsführerin des *Queer Lexikons* ([www.queer-lexikon.net](http://www.queer-lexikon.net)). Auf Instagram erklärt sie Konzepte aus der Geschlechterforschung und der Medizinsoziologie: @annikaspahn

Heilungsmöglichkeiten vorschlagen. Gegen diese Pathologisierung wehren sich asexuelle Menschen schon seit vielen Jahren.<sup>5</sup>

#### **Gesundheitliche Lage und gynäkologische Versorgung von asexuellen Personen**

Zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von asexuellen Personen gibt es kaum Daten. Erste Forschungsergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass asexuelle Personen erhebliche psychische Belastungen erleben und hohe Raten hinsichtlich affektiver Störungen, Angststörungen und Suizidalität aufweisen.<sup>6</sup>

Queere Personen<sup>7</sup> begegnen Ärzt\*innen oft grundsätzlich mit Vorsicht und Misstrauen aufgrund bisheriger Diskriminierungserfahrungen oder der Erwartung, diskriminiert zu werden. Sie beobachten ihre Umgebung, das Setting und das Verhalten des medizinischen Personals, um ihre eigene Sicherheit abschätzen zu können. Allein die Angst vor Diskriminierung oder einer negativen Reaktion auf ein Coming-out wirkt sich schwerwiegend auf den Aufbau einer vertrauensvollen Behandlungsbeziehung, auf die Wahrnehmung sowie auf Untersuchungen und Behandlungen aus.

Queere Personen nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen wie Mammografien und Pap-Tests in Anspruch als cisgeschlechtliche und heterosexuelle Personen.<sup>8</sup> Manche asexuelle Personen erleben auch, dass Ärzt\*innen ihre asexuelle Identität nicht anerkennen, dass sie versuchen, sie in sexuelle Beziehungen zu drängen, ihre Asexualität zu behandeln oder zu heilen. Damit wird Asexualität als medizinische Kategorie verhandelt, als etwas, das behandelbar und behandlungswürdig ist – und nicht als eigenständige sexuelle Orientierung. Deswegen berichten viele asexuelle Personen davon, keine oder nur selten medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

#### **Vorannahmen von Ärzt\*innen**

Medizinisches Personal nimmt oft an, dass ihre Patient\*innen sexuell aktiv und heterosexuell sind. So wird in gynäkologischen Anamnesebögen oder Gesprächen häufig nur nach Beziehungen und Sex mit Männern gefragt. Dies führt dazu, dass asexuelle Personen sich outen müssen (dies betrifft auch Patient\*innen, die unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung nicht sexuell aktiv sind), um die richtige



medizinische Versorgung zu erhalten. Aus Angst vor möglichen negativen Reaktionen outhen sich asexuelle Personen aber nicht immer. Mögliche negative Reaktionen sind etwa Pathologisierung, Invalidisierung der asexuellen Identität, Zuschreibung eines psychischen bzw. sexualisierten Traumas und Versuche einer Konversionstherapie.<sup>9</sup>

Asexuelle Patient\*innen sind im gynäkologischen Kontext vor allem mit zwei Fragen von Ärzt\*innen konfrontiert: «Sind Sie möglicherweise schwanger?» und «Haben Sie einen Freund?». Hinsichtlich der ersten Frage wird asexuellen Patient\*innen häufig nicht geglaubt, dass sie dies mit Sicherheit verneinen können. Das Problem ist nicht die Frage an sich, sondern dass viele Ärzt\*innen scheinbar nicht begreifen können oder wollen, dass manche Menschen nicht sexuell aktiv sind oder sein wollen. Die zweite Frage zielt darauf ab, zu erfahren, ob der\*die Patient\*in sexuell aktiv ist. Dabei transportiert sie eine Vielzahl an normativen Erwartungen: etwa dass alle Patient\*innen der Gynäkologie cisgeschlechtlich und heterosexuell sind und dass Sexualität ausschliesslich in romantischen Beziehungen stattfindet. Asexuell zu sein, erscheint also im ärztlichen Blick unmöglich.

## Heteronormative Medizin

Am Beispiel der Diskriminierung asexueller Patient\*innen in der Gynäkologie lässt sich verdeutlichen, wie Heteronormativität die Medizin durchdringt und zu einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung queerer Personen führt. Die Diskriminierung von asexuellen Personen wird u.a. als Allonormativität theoretisiert – ich fasse sie neben z.B. Transfeindlichkeit oder Bifeindlichkeit als Aspekte von Heteronormativität, die sich gegenseitig stützen.

Dabei wird die Heteronormativität bereits in den Annahmen deutlich, die das medizinische Personal über seine Patient\*innen trifft. Dazu gehören die Annahmen (z.B. in Anamnesebögen und -gesprächen), dass alle Patient\*innen sexuell aktiv sind und waren (oder sein wollen), Kinder bekommen wollen und in sexuellen und romantischen Partnerschaften leben. Queere Patient\*innen können diese Annahmen entweder über sich ergehen lassen, unsichtbar bleiben und sich nicht outhen – was mentalen Stress bedeutet und zu einer falschen Behandlung führen kann –, oder sie müssen diese Annahmen aktiv berichtigen, was ebenfalls mit mentalem Stress (z.B. Angst vor Ablehnung) einhergehen kann. In beiden Fällen kann der mentale Stress so belastend sein, dass asexuelle Patient\*innen auf

wichtige Vorsorgeuntersuchungen und Kontakte mit dem Gesundheitssystem verzichten, auch bei akuten Beschwerden oder Notfällen.

Heteronormative Vorannahmen stehen also für ein Gesundheitssystem, in dem Abweichungen von Heteronormativität, wie Asexualität, noch weitgehend unsichtbar sind und in dem queere Patient\*innen deswegen oftmals eine schlechtere Gesundheitsversorgung erleben.

- 1 AVEN (2016): Overview. Verfügbar unter: [asexuality.org/?q=overview.html](https://asexuality.org/?q=overview.html) (24.06.2022).
- 2 Asexuality Archive (2012): Asexuality: A brief introduction. Verfügbar unter: [asexualityarchive.com/wp-content/uploads/2012/05/AsexualityABriefIntroduction.pdf](https://asexualityarchive.com/wp-content/uploads/2012/05/AsexualityABriefIntroduction.pdf) (24.06.2022).
- 3 Decker, Julie Sondra: *The Invisible Orientation. An Introduction to Asexuality*. New York: Pegasus, 2015.
- 4 Assmann, Katharina, et al.: Wie schafft man ein Bewusstsein für eine Abwesenheit? Ursachen und Folgen der Stigmatisierung von Asexualität aus der Perspektive Betroffener. In: Diana Lindner & Anja Gregor (Hg.): *Identitätsforschung in der Praxis. Lehrforschungsberichte von Studierenden für Studierende*. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum, 2018, S. 57-110

- 5 Profus, Andrzej: Unsichtbares sichtbar machen. Asexualität als sexuelle Orientierung. In: Anne Alex et al.: *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge*. Giessen: Psycho-sozial-Verlag, 2016, S. 225-242.
- 6 Yule, Morag; Brotto, Lori A.; Gorzalka, Boris B: Mental Health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. In: Mark Carrigan, Kristina Gupta & Todd G. Morrison (Hg.): *Asexuality and sexual normativity. An anthology*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2014, S. 25-40.
- 7 Da es kaum Daten über asexuelle Personen gibt, muss für diesen Artikel in Teilen auf Daten über queere Personen zurückgegriffen werden. Diese sind vermutlich nicht vollständig für asexuelle Personen gültig, lassen sich aber in der Tendenz übertragen.
- 8 Bjorkman, Mari; Malterud, Kirsti: Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (27/4), 2009, S. 238-243.  
Sowie: Dennert, Gabriele, Gisela Wolf: Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: *Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft* (18/1), 2009, S. 47-58.
- 9 Goshua, Anna (2018): Asexual People Deserve Better From Our Medical Providers. Online verfügbar unter: [huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors\\_n\\_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1](https://huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors_n_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1) (25.03.2020).

## Les hypothèses hétéronormatives et leurs conséquences

### Patient·e·s asexuel·le·s en gynécologie

TEXTE : ANNIKA SPAHN

TRADUCTION : LOUISE DÉCAILLET

**L'asexualité, orientation sexuelle encore relativement inconnue, l'est aussi en médecine. Les patient·e·s asexuel·le·s ne sont donc souvent pas pris·e·s au sérieux et sont confronté·e·s à des soins médicaux insuffisants.**

#### L'asexualité comme problème médical

L'asexualité est une orientation sexuelle. L'AVEN (Asexual Education and Visibility Network) définit une personne asexuelle comme quelqu'un qui ne ressent pas ou peu d'attraction sexuelle envers d'autres personnes ou qui n'a pas ou peu besoin d'interactions sexuelles.<sup>1</sup> L'asexualité ne doit pas être confondue avec l'antisexualité, le célibat, l'aromantisme, la sexualité refoulée, la peur de la sexualité ou l'incapacité à trouver un·e partenaire.<sup>2</sup> On estime qu'environ 1 pourcent de l'humanité est asexuelle.<sup>3</sup>

La médecine considère souvent l'absence d'attraction sexuelle ou sa faiblesse, ce qui inclut aussi l'asexualité, comme un problème médical à « soigner ». La classification internationale des maladies (*International Classification of Diseases (ICD)*) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comporte dans sa version actuelle (ICD 11) le diagnostic « HA00 désir sexuel hypoactif », ce qui permet de pathologiser un manque d'attraction sexuelle envers d'autres personnes.

Pour les personnes asexuelles la pathologisation équivaut à une stigmatisation – en particulier parce que la dénégation ou la pathologisation d'une identité sexuelle amène les personnes asexuelles à adopter une attitude défensive.<sup>4</sup> Les personnes asexuelles décrivent par exemple le contact avec le système de santé comme désagréable et traumatisant parce que le personnel médical les définit comme perturbées

**Annika Spahn** est doctorante aux Universités de Bâle et Fribourg. Sa thèse porte sur l'hétéronormativité dans la production de connaissances, l'enseignement et les pratiques thérapeutiques en médecine sexuelle. Elle gère le *Queer Lexikon* ([www.queer-lexikon.net](http://www.queer-lexikon.net)) et explique sur Instagram des concepts clés des études genre et de la sociologie de la médecine : @annikaspahn.

sexuellement ou leur propose des moyens de guérison. Les personnes asexuelles se défendent depuis de nombreuses années déjà contre cette pathologisation.<sup>5</sup>

#### Situation sanitaire et soins gynécologiques des personnes asexuelles

Peu de données existent quant à la situation sanitaire et la prise en charge des personnes asexuelles. Les premiers résultats de recherches indiquent toutefois que celles-ci connaissent une charge psychique considérable et présentent des taux élevés de troubles affectifs, d'angoisses et de tendances suicidaires.<sup>6</sup>

Les personnes queers<sup>7</sup> sont souvent prudentes et méfiantes à l'égard du corps médical en raison d'expériences passées de discrimination ou parce qu'elles s'attendent à être discriminées. Elles observent leur environnement, le cadre et le comportement du personnel médical afin de pouvoir évaluer leur propre sécurité. Rien que la peur de discriminations ou d'une réaction négative à un *coming out* a des conséquences graves sur le développement d'une relation thérapeutique de confiance, sur la perception, les analyses et les traitements eux-mêmes.

Les personnes queers recourent plus rarement à des examens préventifs tels que des mammographies ou des tests Pap que des personnes cisgenres ou hétérosexuelles.<sup>8</sup> Il arrive aussi aux personnes asexuelles que le personnel médical ne reconnaisse pas leur identité asexuelle, qu'il tente de les pousser à avoir des relations sexuelles ou encore de traiter ou guérir leur asexualité. L'asexualité est ainsi discutée comme une catégorie médicale, comme quelque chose qui peut et doit être traité – et non comme une orientation sexuelle autonome. C'est pourquoi beaucoup de personnes asexuelles disent ne pas recourir ou seulement rarement à des soins médicaux.

#### Présupposés du personnel médical

Le personnel médical suppose souvent que leurs patient·e·s sont sexuellement actif·ve·s et hétérosexuel·le·s. Ainsi, les questionnaires d'anamnèse gynécologique ou les entretiens ne se rapportent fréquemment qu'à des relations et des rapports sexuels avec des hommes. Ceci contraint les personnes asexuelles à faire un *coming out* (ce qui concerne aussi les patient·e·s qui ne sont pas sexuellement actif·ve·s indépendamment de leur orientation

sexuelle) afin de recevoir les soins médicaux appropriés. Mais, par peur d'éventuelles réactions négatives, les personnes asexuelles ne font pas toujours de *coming out*. Ces éventuelles réactions négatives pourraient inclure de la pathologisation, une invalidation de l'identité asexuelle, l'attribution d'un traumatisme psychique ou sexualisé et des tentatives de thérapie de conversion.<sup>9</sup>

Dans le contexte gynécologique les patient-e-s asexuel-le-s se voient surtout confronté-e-s à deux questions de la part du personnel médical : « Est-ce possible que vous soyez enceinte ? » et « Avez-vous un petit ami ? ». Dans le cas de la première question, les patient-e-s asexuel-le-s ne sont souvent pas cru-e-s lorsqu'ils-elles affirment pouvoir donner une réponse négative avec certitude. Le problème n'est pas la question en soi, mais plutôt le fait qu'une grande partie du personnel médical ne peut ou ne veut apparemment pas comprendre que certaines personnes ne sont pas ou ne veulent pas être sexuellement actives. La deuxième question vise à savoir si le-la patient-e est sexuellement actif-ve. Ce faisant, la question recèle un grand nombre d'attentes normatives : par exemple que tous-tes les patient-e-s en gynécologie sont cisgenres et hétérosexuel-le-s et que la sexualité a exclusivement lieu dans des relations

romantiques. Être asexuel-le apparaît ainsi impossible du point de vue médical.

### La médecine hétéronormative

L'exemple de la discrimination des patient-e-s asexuel-le-s en gynécologie montre clairement comment l'hétéronormativité imprègne la médecine et mène à des soins médicaux de moindre qualité pour les personnes queers. La discrimination des personnes asexuelles est conceptualisée entre autres comme allonormativité – je la considère à côté par exemple de la transphobie ou de la biphobie comme des aspects de l'hétéronormativité qui se soutiennent mutuellement.

L'hétéronormativité se manifeste déjà dans les suppositions du personnel médical vis-à-vis des patient-e-s, telles les hypothèses (par exemple dans les formulaires et entretiens d'anamnèse) selon lesquelles tous-tes les patient-e-s sont ou ont été actif-ve-s sexuellement (ou souhaitent l'être), veulent avoir des enfants et vivre dans des relations sexuelles et romantiques de couple. Les patient-e-s queers peuvent donc soit subir ces suppositions, rester caché-e-s et ne pas faire de *coming out* – ce qui peut impliquer du stress mental et mener à un traitement erroné – soit ils-elles doivent rectifier activement ces suppositions, ce qui peut également s'accompagner de stress mental (notamment la peur du rejet).

Dans les deux cas, le stress mental peut être si lourd que les patient-e-s asexuel-le-s renoncent à des examens préventifs importants et aux contacts avec le système de santé même en cas de douleurs aiguës ou d'urgences.

Les présupposés hétéronormatifs représentent donc un système de santé dans lequel les écarts par rapport à l'hétéronormativité, tels que l'asexualité, demeurent encore largement invisibles et, en conséquence, dans lequel les patient-e-s queers ont souvent accès à des soins médicaux de moindre qualité.

- 1 AVEN (2016) : Overview. Disponible sous : [asexuality.org/?q=overview.html](https://asexuality.org/?q=overview.html) (24.6.2022).
- 2 Asexuality Archive (2012): Asexuality: A brief introduction. Disponible sous: [asexualityarchive.com/wp-content/uploads/2012/05/AsexualityABriefIntroduction.pdf](https://asexualityarchive.com/wp-content/uploads/2012/05/AsexualityABriefIntroduction.pdf) (24.06.2022).
- 3 Decker, Julie Sondra : The Invisible Orientation. An Introduction to Asexuality. New York: Pegasus, 2015.
- 4 Assmann, Katharina et al : Wie schafft man ein Bewusstsein für eine Abwesenheit? Ursachen und Folgen der Stigmatisierung von Asexualität aus der Perspektive Betroffener. In: Lindner, Diana und Gregor, Anja (éd.): Identitätsforschung in der Praxis. Lehrforschungsberichte von Studierenden für Studierende. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum, 2018, p.57-110.

- 5 Profus, Andrzej : Unsichtbares sichtbar machen. Asexualität als sexuelle Orientierung. In: Anne Allex et al.: Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2016, p.225-242.
- 6 Yule, Morag ; Brotto, Lori A. ; Gorzalka, Boris B: Mental Health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. In: Mark Carrigan, Kristina Gupta und Todd G. Morrison (éd.): Asexuality and sexual normativity. An anthology. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2014, p.25-40.
- 7 Comme il existe peu de données sur les personnes asexuelles, on doit recourir en partie dans cet article à des données se rapportant aux personnes queers. Ces données ne sont probablement pas pleinement valides pour des personnes asexuelles, mais leurs tendances peuvent être transposées à ces personnes.
- 8 Bjorkman, Mari; Malterud, Kirsti: Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care (27/4), 2009, p. 238-243. Dennert, Gabriele; Wolf, Gisela: Gesundheit lesbischer und sexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft (18/1), 2009, p. 47-58.
- 9 Goshua, Anna (2018): Asexual People Deserve Better From Our Medical Providers. Disponible en ligne sur: [huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors\\_n\\_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1](https://huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors_n_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1) (25.03.2020).

## Die PrEP – ein männlich kodierte Präparat?

### Der blinde Fleck der HIV-Prävention bei FLINT-Personen

TEXT: ANGELA LAGLER

**Seit Januar 2016 empfiehlt die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit (EKSG) die Prä-Expositions-Prophylaxe, kurz PrEP, als Schutz für HIV-negative Personen mit hohem HIV-Risiko. Im Fokus dieser Empfehlung stehen insbesondere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). FLINT-Personen (Frauen, lesbische, inter- nonbinär- und transgeschlechtliche Personen) mit hohem HIV-Risiko befinden sich dagegen am Rande dieser relativ neuen Präventionsmethode. Die weibliche Marginalität im HIV-Diskurs reproduziert sich somit auch im medizinischen Fortschritt rund um HIV/Aids und dessen gesundheitspolitischen Informationskampagnen.**

Die PrEP ist die grösste Errungenschaft im Kampf gegen das HI-Virus seit der Einführung der Dreifach-

therapie 1996. Gegenwärtig meist in Form einer Pille vorliegend, schützt die PrEP den Körper vor einer allfälligen Exposition gegenüber dem HI-Virus bei penetrativem Geschlechtsverkehr ohne Kondom und verhindert eine Infektion.

Die zunehmende Verwendung der PrEP in MSM-Communitys hat einen direkten Einfluss auf die Fallzahlen. So schreibt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem Bulletin 48/2021 zur Situation im Jahr 2020: «Zum ersten Mal seit Beginn der HIV-Epidemie Anfang der 1980er-Jahre wurden dem BAG weniger als 300 Fälle gemeldet [...] Eine wesentliche Grundlage dieses Rückgangs ist eine nachhaltige «HIV-Kaskade», in der fast alle Personen mit HIV ihren Status kennen und rasch effektiv behandelt werden, sodass sie das Virus nicht mehr weitergeben.» Weiter ist zu

**Angela Lagler** ist Sozialarbeiterin im niederschwelligen Bereich. Zusammen mit ihrer 24-jährigen Tochter wohnt sie im ländlichen Thurgau. Mit ihren 51 Jahren lebt sie die Hälfte ihres Lebens mit HIV. Fast genauso lange setzt sie sich als Aktivistin auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Rollen für Menschen mit HIV ein.

lesen, dass dies mehrheitlich nur auf Männer zutrifft. Im Jahr 2020 wurden 44,6% der Infektionen bei MSM in der Schweiz als frisch eingestuft, der Zeitpunkt der Infektion lag also weniger als ein Jahr zurück. Im Gegensatz dazu wurde bei Frauen, die eine Neudiagnose bekamen, kein einziger Fall registriert, bei dem sich eine Frau erst vor Monaten angesteckt hatte. Alle lebten schon länger mit HIV, ohne es zu wissen.

Die Mehrheit der gemeldeten HIV-Fälle betraf in der Schweiz im Jahr 2020 mit einem Anteil von 79% immer noch Männer. So schreibt das BAG: «Die Inzidenz war im Jahr 2020 deutlich niedriger als im Vorjahr und lag für Frauen bei 1,3 (Vorjahr: 2,0) und für Männer bei 5,2 (Vorjahr: 7,6) pro 100 000 Wohnbevölkerung.» Die PrEP habe zur Abnahme beigetragen: «Ende 2020 haben sich mindestens 3000 Personen, überwiegend schwule Männer, mittels PrEP vor HIV geschützt.»<sup>1</sup>

#### **Die PrEP als neue Geschlechterschere?**

Weltweit ist jedoch die Hälfte aller Menschen mit HIV weiblich. In Europa ist es über ein Drittel.<sup>2</sup> Wenn die PrEP in Europa weiterhin lediglich bei MSM so erfolgreich eingesetzt wird, dann wird sich der Frauenanteil bald dem weltweiten Niveau angleichen. In dieser

Prognose zeigt sich drastisch, inwiefern Frauen und andere Geschlechter jenseits der cismännlichen Norm der anhaltenden HIV-Pandemie ausgesetzt sind, und ferner: dass die gesundheitspolitischen Institutionen dieser Ungleichbehandlung mit zu wenig Entschlossenheit begegnen. Dies offenbart sich einerseits in der Diagnostik, also in dem Faktum, dass keine der 2020 diagnostizierten Frauen in der Schweiz eine «frische» Infektion aufwies. Es zeigt sich aber auch darin, wie die PrEP momentan entwickelt und beworben wird.

In der Schweiz sind aktuell nur *Truvada* (TDF/FTC) und dessen Generika in Form einer oralen PrEP zugelassen. Die orale Variante ist für Menschen mit Vagina nicht besonders geeignet. Um einen zuverlässigen Schutz zu erzielen, müssen sie täglich und über einen längeren Zeitraum eine Tablette einnehmen. Das einmalige Vergessen einer Tablette vermindert bereits die Wirkung. Hingegen reichen bei cisgeschlechtlichen Männern bereits zwei bis drei Tabletten pro Woche, um die Infektionsrate um 84% zu reduzieren.<sup>3</sup> Insbesondere schwule und bisexuelle trans Männer, die vaginalen Geschlechtsverkehr mit anderen Männern haben, sind

dadurch in einem doppelten Sinne gefährdet. Bei ihnen kommt auch noch die hohe Inzidenz bei MSM dazu.

Dieselbe Thematik finden wir in der Sexarbeit. Mitarbeitende der gynäkologischen Sprechstunden einer Anlaufstelle für Sexarbeitende sagten mir, dass sie cisweibliche Sexarbeiterinnen nicht über PrEP informieren. Dies mit der Begründung, dass die Anlaufstellen keine Anreize schaffen wollen, die den Verzicht auf die Verwendung von Kondomen fördern, welche teilweise auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten (STIs) schützen. Was aber, wenn eine Sexarbeitende aus wirtschaftlichem Druck analsex ohne Kondom anbietet und dadurch ein anatomisches Risiko hat wie ein Mann, der Sex mit Männern hat? Sexarbeitende Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen unter Druck stehen, auf die Verwendung von Kondomen zu verzichten, hätten mit der PrEP immerhin die Möglichkeit, sich vor HIV zu schützen. Vor allem eine, die in ihrer Hand liegt. Es erscheint naiv und bevormundend, zu insistieren, dass Sexarbeiterinnen ein Kondom benutzen müssen, und ihnen deswegen das Wissen über die PrEP vorzuenthalten. Zudem ist zu bedenken, dass Menschen, welche die PrEP ärztlich verschrieben haben, regelmässig auf sämtliche STIs getestet werden. Dadurch werden andere STIs, die

im Gegensatz zu HIV nicht nur behandelbar, sondern auch heilbar sind, zuverlässiger entdeckt.

Jede Frau, ob Sexarbeitende oder nicht, muss für sich selbst abschätzen können, ob diese Form der Prävention für sie Sinn ergibt. Diese sexuelle Selbstbestimmung zu ermöglichen, liegt in der Verantwortung der gesundheitspolitischen Institutionen und der medizinischen Forschung.

### **Spezifische PrEP-Forschung für Frauen fördern und deren Umsetzung beschleunigen**

Bei Menschen mit Vagina ist die *Cabotegravir*-Depotspritze wirksamer als die täglich einzunehmende Tablette. Sie bietet einen hochwirksamen Schutz vor HIV, schreibt die Deutsche Aidshilfe im November 2020.<sup>4</sup> *Cabotegravir* ist ein Medikament mit Langzeitwirkung, welches alle acht Wochen intramuskulär verabreicht wird. Die Studie *HPTN 084* wurde in sieben Ländern Subsahara-Afrikas mit 3223 cis-geschlechtlichen Frauen zwischen 18 und 45 Jahren durchgeführt. Die eine Hälfte der Probandinnen bekam die orale PrEP, die andere Hälfte die Depotspritze. Es stellte sich noch vor Ablauf der Studie heraus, dass die zweite Gruppe einen um 89% wirksameren Schutz vor HIV hatte als jene Probandinnen,

die PrEP oral einnahmen. Die Studie konnte vorzeitig beendet werden.

In der Schweiz ist die *Cabotegravir*-Depotspritze erst seit Oktober 2021 neu unter dem Namen *Vocabria* zugelassen, jedoch nur zur postinfektiösen Behandlung von HIV. Bis sie als PrEP eine Zulassung bekommt, wird Zeit vergehen. In den USA hingegen ist sie als PrEP seit 2021 zugelassen und wurde für alle Geschlechter als sicher und wirksam befunden.<sup>5</sup>

Für Menschen mit Vagina stellt der *Dapivirin*-Vaginalring eine weitere Präventionsmethode dar. Das antiretrovirale Medikament wird im Laufe eines Monats langsam im Vaginalgewebe freigesetzt, um im Bereich der Vagina eine Infektion mit HIV zu verhindern. Weiter ist auf der Webseite von PrEP-Watch zu lesen: «Dies bedeutet, dass das Medikament wahrscheinlich nicht in hohen Konzentrationen im Blutkreislauf und in anderen Körpergeweben gefunden wird, was Nebenwirkungen sowie das Risiko der Entwicklung einer HIV-Resistenz verringern kann.»<sup>6</sup> Der Ring ist eine geeignete, diskrete und langwirksame Alternative, um das Risiko einer HIV-Infektion beim vaginalen Sex zu reduzieren. Es bedeutet aber auch, dass der Ring keinen Schutz beim Analsex bietet.

In einigen afrikanischen Ländern ist der Ring bereits zugelassen. Erfreulich ist auch, dass aktuelle Studien die Vaginalringe mit Kombinationspräparaten untersuchen, die dann auch mögliche Schwangerschaften oder STIs verhindern sollen. Das bedeutet, dass auch Menschen mit Vagina künftig mehr Optionen für ihren eigenen Schutz haben. Die Frage ist nur, wie lange wir darauf warten müssen.

- 1 Für den gesamten Abschnitt siehe: Bundesamt für Gesundheit (BAG): Sexuell übertragene Infektionen und Hepatitis B/C in der Schweiz im Jahr 2020: Eine epidemiologische Übersicht. Bulletin 48/2021.
- 2 Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG): Frauen und HIV – gezielte Forschung ist notwendig. Verfügbar unter: [daignet.de/site-content/die-daig/sektionen/aawsall-around-women-special](https://daignet.de/site-content/die-daig/sektionen/aawsall-around-women-special), aktual. 07.06.2022.
- 3 Deutsche Aidshilfe: PrEP für Frauen, HIV-Report (01/2018).
- 4 Deutsche Aidshilfe: PrEP für Frauen: Cabotegravir-Depotspritze bietet hochwirksamen Schutz vor HIV. Verfügbar unter: [aidshilfe.de/meldung/prep-frauen-cabotegravir](https://aidshilfe.de/meldung/prep-frauen-cabotegravir), publ. 09.11.2020.
- 5 PrEP-Watch: PrEP Basics. Verfügbar unter: [prepwatch.org/about-prep/basics/](https://prepwatch.org/about-prep/basics/) (10.06.2022).
- 6 PrEP-Watch: Dapivirine-Ring. Verfügbar unter: [prepwatch.org/about-prep/dapivirine-ring/](https://prepwatch.org/about-prep/dapivirine-ring/) (10.06.2022).



## La PrEP – une préparation codée masculine ?

### La tache aveugle de la prévention du VIH chez les personnes FLINT

TEXTE : ANGELA LAGLER

TRADUCTION : LOUISE DÉCAILLET

**Depuis janvier 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) recommande une prophylaxie pré-exposition (PrEP) comme protection pour les personnes séronégatives présentant un risque élevé de contracter le VIH. Cette recommandation concerne particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Les personnes FLINT (femmes, personnes lesbiennes, inter, non binaires ou trans) à haut risque de VIH restent en revanche en marge de cette méthode de prévention relativement nouvelle. Ainsi, la marginalité féminine dans le discours sur le VIH se reproduit aussi dans le progrès médical autour du VIH/sida et ses campagnes d'information sur la santé.**

La PrEP est la plus grande avancée dans la lutte contre le VIH depuis l'introduction de la trithérapie en 1996.

Se présentant actuellement le plus souvent sous la forme d'une pilule, la PrEP protège l'organisme d'une éventuelle exposition au VIH lors de rapports sexuels avec pénétration sans préservatif et empêche une infection.

L'utilisation croissante de la PrEP dans les communautés HSH exerce une influence directe sur le nombre de cas. Ainsi, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) écrit dans son bulletin 48/2021 à propos de la situation en 2020 : « Pour la première fois depuis le début de l'épidémie de VIH, au début des années 1980, l'OFSP a reçu moins de 300 déclarations [...] L'une des principales explications de ce recul est une « cascade VIH » durable, dans laquelle presque toutes les personnes séropositives connaissent leur statut et se font traiter efficacement et rapidement, de façon à ne plus transmettre le virus ». On peut également lire que cela ne concerne majoritairement que les hommes.

**Angela Lagler** est travailleuse sociale à bas seuil. Elle habite dans la campagne turgovienne avec sa fille âgée de 24 ans. A 51 ans, elle vit depuis la moitié de sa vie avec le VIH et s'engage comme activiste à plusieurs niveaux et de différentes manières pour les personnes séropositives.

En 2020, 44,6% des infections chez les HSH en Suisse étaient classées comme récentes, le moment de l'infection datant donc de moins d'un an. En revanche, chez les femmes ayant reçu un nouveau diagnostic, aucun cas n'a été enregistré où une femme avait été infectée il y a seulement quelques mois. Toutes vivaient avec le VIH depuis plus longtemps sans le savoir.

En 2020, la majorité des cas de VIH déclarés en Suisse concernait toujours les hommes, avec une part de 79%. Ainsi, l'OFSP écrit : « En 2020, l'incidence a été nettement plus basse que l'année précédente, à 1,3 pour 100 000 personnes chez les femmes (2019 : 2,0) et à 5,2 chez les hommes (2019 : 7,6) ». La PrEP aurait contribué à cette diminution. « Fin 2020, au moins 3000 personnes, principalement des hommes gays, se sont protégées par cette méthode ».<sup>1</sup>

#### La PrEP comme nouvel écart entre les genres ?

Cependant, à l'échelle mondiale, la moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes. En Europe, il s'agit de plus d'un tiers.<sup>2</sup> Si la PrEP continue à être utilisée avec autant de succès uniquement chez les HSH en Europe, la proportion de femmes

rejoindra bientôt le niveau mondial. Ce pronostic montre de manière drastique à quel point les femmes et les autres genres au-delà de la norme cis-masculine sont exposé·e·s à la pandémie persistante de VIH et que les institutions responsables des politiques de santé ne font pas preuve de suffisamment de détermination face à cette inégalité de traitement. Cela se manifeste d'une part dans le diagnostic, c'est-à-dire dans le fait qu'aucune des femmes diagnostiquées en 2020 en Suisse ne présentait une infection « récente ». Mais cela se voit aussi dans la manière dont la PrEP est actuellement développée et promue.

En Suisse, seul le *Truvada* (TDF/FTC) et ses génériques sous forme de PrEP orale sont actuellement autorisés. La version orale n'est pas particulièrement adaptée aux personnes ayant un vagin. Pour obtenir une protection fiable, elles doivent prendre un comprimé par jour et pendant une plus longue période. L'oubli d'un seul comprimé réduit déjà l'efficacité. En revanche, chez les hommes cis, deux à trois comprimés par semaine suffisent à réduire le taux d'infection de 84 pour cent.<sup>3</sup> Les hommes trans, gays et bisexuels en particu-

lier, qui ont des rapports sexuels vaginaux avec d'autres hommes sont ainsi doublement menacés. Pour ceux-ci s'ajoute également l'incidence élevée chez les HSH.

Nous retrouvons la même thématique dans le travail du sexe. Dans un centre d'accueil pour travailleur-euse-s du sexe, les collaborateur-ice-s des consultations gynécologiques m'ont dit qu'ils-elles n'informaient pas les travailleuses du sexe cisgenres sur la PrEP. L'explication donnée est que les centres d'accueil ne veulent pas inciter à renoncer à l'utilisation de préservatifs, qui protègent aussi en partie contre les IST (infections sexuellement transmissibles). Mais que se passe-t-il lorsqu'une travailleuse du sexe, sous la pression économique, propose des rapports anaux sans préservatif et court ainsi le même risque anatomique qu'un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes ? Les travailleuses du sexe qui, pour diverses raisons, subissent des pressions pour renoncer à l'utilisation de préservatifs, auraient tout de même la possibilité de se protéger du VIH grâce à la PrEP, surtout si cette possibilité est entre leurs mains. Il paraît naïf et paternaliste d'insister sur le fait que les travailleuses du sexe doivent utiliser un préservatif et, pour cette raison, de les priver de connaissances sur la PrEP. Il faut en outre tenir compte du fait que les personnes auxquelles la PrEP a été

prescrite par un médecin sont régulièrement testées pour toutes les IST. Cela permet de détecter de manière plus fiable les autres IST qui, contrairement au VIH, peuvent non seulement être traitées mais aussi guéries.

Chaque femme, travailleuse du sexe ou non, doit pouvoir évaluer elle-même si cette forme de prévention a un sens pour elle. Rendre possible cette autodétermination sexuelle relève de la responsabilité des institutions en charge des politiques de santé et de la recherche médicale.

### **Promouvoir la recherche sur la PrEP spécifique aux femmes et accélérer sa mise en œuvre**

Chez les personnes ayant un vagin, l'injection de *cabotegravir* à action prolongée est plus efficace que le comprimé à prendre quotidiennement. Elle offre une protection très efficace contre le VIH, écrit l'Aide allemande contre le sida en novembre 2020.<sup>4</sup> Le *cabotegravir* est un médicament administré par voie intramusculaire toutes les huit semaines avec un effet à long terme. L'étude *HPTN 084* a été menée dans sept pays d'Afrique subsaharienne auprès de 3223 femmes cis âgées de 18 à 45 ans. La moitié des participantes a reçu la PrEP orale, l'autre moitié l'injection à libération prolongée. Avant même la fin de l'étude, il s'est avéré que le deuxième groupe avait

une protection contre le VIH 89% plus efficace que celles qui prenaient la PrEP par voie orale. L'étude a pu être terminée de manière anticipée.

En Suisse, l'injection de *cabotegravir* à libération prolongée n'est autorisée que depuis octobre 2021 sous le nom de Vocabria, mais uniquement pour le traitement post-infectieux du VIH. Il faudra du temps pour qu'elle obtienne une autorisation en tant que PrEP. Aux États-Unis, en revanche, elle est autorisée en tant que PrEP depuis 2021 et a été jugée sûre et efficace pour tous les sexes.<sup>5</sup>

Pour les personnes ayant un vagin, l'anneau vaginal de *dapivirine* est une autre méthode de prévention. Le médicament antirétroviral est libéré lentement dans les tissus vaginaux au cours d'un mois afin de prévenir l'infection par le VIH dans la région du vagin. Plus loin, on peut lire sur le site de PrEP-Watch : « Cela signifie que le médicament ne sera probablement pas retrouvé à des concentrations élevées dans la circulation sanguine et dans d'autres tissus du corps, ce qui peut réduire les effets secondaires ainsi que le risque de développer une résistance au VIH ».<sup>6</sup> L'anneau est une alternative appropriée, discrète et à longue durée d'action pour réduire le risque d'une infection par le VIH lors de rapports sexuels vaginaux. Mais cela signifie également que l'anneau n'offre aucune protection

lors des rapports anaux.

L'anneau est déjà autorisé dans certains pays africains. Il est également réjouissant de constater que des études actuelles analysent les anneaux vaginaux avec des préparations combinées qui devraient alors également prévenir d'éventuelles grossesses ou IST. Cela signifie qu'à l'avenir les personnes ayant un vagin auront également plus d'options pour leur propre protection. La question est de savoir combien de temps nous devons attendre pour cela.

- 1 Pour toute la section, voir : Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse en 2020 : survol épidémiologique et VIH et sida en Suisse, situation en 2020. Bulletin 48/2021.
- 2 Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG): Frauen und HIV – gezielte Forschung ist notwendig. Disponible sous: daignet.de/site-content/die-daig/sektionen/aawsall-around-women-special, aktual. 07.06.2022.
- 3 Deutsche Aidshilfe: PrEP für Frauen, HIV-Report (01/2018).
- 4 Deutsche Aidshilfe: PrEP für Frauen: Cabotegravir-Depot-spritze bietet hochwirksamen Schutz vor HIV. Disponible sous: aidshilfe.de/meldung/prep-frauen-cabotegravir, publ. 09.11.2020.
- 5 PrEP-Watch: PrEP Basics. Disponible sous: prepwatch.org/about-prep/basics (10.06.2022).
- 6 PrEP-Watch: Dapivirine-Ring. Disponible sous: prepwatch.org/about-prep/dapivirine-ring (10.06.2022).





## Anne Fausto-Sterling

### Zur kulturellen Dimension des biologischen Geschlechts

TEXT: JARDENA ROTACH

Anne Fausto-Sterling, geb. 1944, ist eine Biologin und Geschlechterforscherin, die einen Grossteil ihrer Forschung der Frage widmete, welche Rolle die Umwelt in der Bestimmung des biologischen Geschlechts spielt. 1993 veröffentlichte sie den Artikel «The Five Sexes», in welchem sie erklärte, dass es sich beim biologischen Geschlecht um ein Kontinuum handele.<sup>1</sup> Fausto-Sterling zeigte auf, dass u.a. die Chromosomen, die Hormone und die äusseren Geschlechtsorgane stärker variieren, als den meisten bewusst ist, und demzufolge der absolute Dimorphismus auf biologischer Ebene nicht existiert. Zugleich machte sie darauf aufmerksam, wie stark die Normen des binären Geschlechtersystems die Wissensproduktion in Naturwissenschaften und Medizin

prägen, was u.a. in der vermeintlichen Notwendigkeit «geschlechtsangleichender» Operationen bei intergeschlechtlichen Kindern kulminiert. Sie wies in ihrer Forschung nach, dass das kulturelle Verständnis von Geschlecht auch ohne direktes menschliches Eingreifen die physiologischen Prozesse des menschlichen Körpers beeinflusst und so die vorherrschenden Geschlechternormen im wahrsten Sinne des Wortes verkörpert werden.

Fausto-Sterling lehrte und forschte als Professorin an der Brown University (USA). 2020 wurde ihr die Ehrendoktorwürde der Universität Bern verliehen.

<sup>1</sup> Fausto-Sterling, Anne: The Five Sexes. Why Male and Female Are Not Enough. In: Identities: Journal for Politics, Gender and Culture (03/1), Sommer 2004, S. 191-205.

## Das vermeintlich weibliche Gehirn

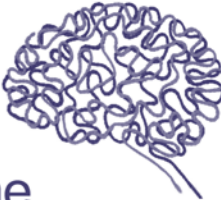
### Gina Rippens Monografie über das «Gendered Brain»

TEXT: LEA SCHLENKER

Seit Langem hält sich die Hypothese der biologisch bedingten Geschlechtsstereotypen hartnäckig in unserer Gesellschaft. Die Idee eines vergeschlechtlichten Gehirns, von dem aus sämtliche geschlechtlichen Differenzen biologisch herleitbar sind, ist hierbei sehr prominent. Seit der Etablierung der modernen Medizin werden Vermutungen über die Beschaffenheit des menschlichen Gehirns als Fakten konstruiert, die das Geschlecht determinieren. Argumentiert wird dabei meistens gleich: Die einzelnen Geschlechter sollen neurologisch auf eine spezifische Art und Weise «verdrahtet» sein. Dass junge Mädchen auf rosafarbene Süßigkeiten ansprechen und heranwachsende Männer auf schnelle Autos stehen, sei daher als direkte Korrelation einer biologischen Gegebenheit zu verstehen. In den letzten Jahren haben sich aber

auch in den Neurowissenschaften vermehrt kritische Positionen Gehör verschaffen können. Die Rolle von Umwelt und Sozialisierung in neurologischen Prozessen wird dadurch immer mehr erforscht und fließt in die zeitgenössische Hirnforschung mit ein. Eine wichtige Vertreterin dieser Position ist Gina Rippon (geb. 1950). Die britische Neurobiologin plädiert in ihrem 2019 erschienenen Buch **«The Gendered Brain: The new neuroscience that shatters the myth of the female brain»** gegen die Typologisierung des Gehirns in «männlich» und «weiblich».

Seit Beginn der Hirnforschung gingen die Forschenden davon aus, dass es einen Unterschied zwischen dem männlichen und dem weiblichen Gehirn geben



## The Gendered Brain

The New Neuroscience that Shatters the Myth of the Female Brain

Gina Rippon

'Highly accessible... Revolutionary to a glorious degree'  
Observer

BRUNNEN

müsse. Nach diesem Unterschied wird bis heute hartnäckig gesucht, wobei Rippon aufzeigt, dass es den bisher gefundenen Differenzen zwischen den Gehirnen von Frauen und Männern oftmals an wissenschaftlicher Gültigkeit mangelt. Viele der bisherigen Behauptungen, wie beispielsweise diejenige, dass das Sprachzentrum bei weiblichen Personen ausgeprägter sei als bei männlichen, wurden zu einem späteren Zeitpunkt widerlegt. Das weibliche Gehirn wurde zudem aufgrund seines geringeren Gewichts als weniger entwickelt als das männliche wahrgenommen, was als Erklärung für eine vermeintlich biologisch bedingte weibliche Unterlegenheit gegenüber dem männlichen Geschlecht diente. Wie wir jedoch mittlerweile wissen, hat die Grösse des Gehirns nicht viel mit der Intelligenz einer Person zu tun, sondern mit der allgemeinen Körpergrösse. Während diese Feststellung inzwischen auch in nicht-akademischen Kreisen an Bekanntheit gewonnen hat, herrschte diesbezüglich jahrelang ein weitverbreiteter Irrglaube vor.

Rippon gliedert ihr Buch in vier Teile. Den ersten Teil widmet sie den historischen Anfängen der Hirnforschung. Dabei zeigt sie eindrücklich auf, dass jene sexistischen Hypothesen über die Differenz von «männlichen» und «weiblichen» Gehirnen aufgestellt

wurden, bevor es technisch überhaupt möglich war, ein funktionierendes Gehirn zu untersuchen. Diese Hypothesen dienten lediglich dazu, die Vorherrschaft der männlichen Bevölkerung aufrechtzuerhalten. Ebenfalls interessant zu lesen ist das Kapitel, das Rippon den hormonell bedingten Geschlechtsunterschieden widmet.

Im zweiten Teil wechselt Rippon ins 21. Jahrhundert. Sie stellt die verschiedenen Techniken vor, wie das Gehirn heute dank neuester technischer Erkenntnisse untersucht werden kann. Wir wissen zwar noch nicht alles über das Gehirn, aber wir wissen schon einiges mehr als noch vor hundert Jahren. Dabei weist Rippon auch auf eine der wichtigsten Erkenntnisse der Hirnforschung der letzten dreissig Jahre hin: die Plastizität und damit Veränderbarkeit unseres Gehirns.

Im dritten Teil geht Rippon auf die soziale Konditionierung des Gehirns ein. Sie zeigt auf, dass die geschlechtliche Stereotypenbildung im Kindesalter auch eine neurologische Dimension hat. Spezifisches Verhalten in Richtung der Norm wird entsprechend belohnt. Kinder lernen so schon in jungem Alter, wie sie sich erwartungsgemäss zu verhalten haben. Diese belohnte Konformität schreibt sich in die neurale Struktur der jungen Gesellschaftsmitglieder ein.

Im vierten Teil des Buches geht die Autorin auf die unterrepräsentierten Frauen in den STEM (Science, Technology, Engineering und Mathematics) ein. Sie zählt verschiedene Aspekte auf, die dazu beitragen, wie Stereotype in der Wissenschaftswelt verbreitet sind und wo wir heute auch in den Neurowissenschaften diesbezüglich stehen. Insbesondere in diesem Bereich wäre es spannend, eine möglichst grosse Bandbreite an Fragestellungen aufweisen zu können. Den Fokus auf die Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Anlage zu richten, könnte neue Erkenntnisse hervorbringen. Wie auch Rippon selbst gegenüber dem Guardian erklärte: «People like me are not sex-difference deniers. Of course there are sex differences. Anatomically, men and women are different. The brain is a biological organ. Sex is a biological factor. But it is not the sole factor; it intersects with so many variables.»<sup>1</sup>

Alles in allem ist «The Gendered Brain» ein Buch, das sich des Neurosexismus' auf eine verständliche und spielerische Art und Weise annimmt. Rippon erklärt auch den Nicht-Statistiker\*innen leicht zugänglich den Publikationsbias, beleuchtet die unterschiedlichen Messinstrumente in den Neurowissenschaften, bemängelt Untersuchungsdesigns mit mangelnder wissenschaftlicher Gültigkeit und tut dies alles mit

einer lesefreundlichen und ansprechenden Sprache. Auch Personen, die sich mit wissenschaftlicher Lektüre für gewöhnlich schwertun, kommen bei diesem Buch gänzlich auf ihre Kosten.

Mein persönliches Fazit: Es lohnt sich, der Plastizität des Gehirns mehr Aufmerksamkeit zu schenken und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht dichotom, sondern als Spektrum zu betrachten. Das Gehirn ist noch immer eines der unerforschtesten Organe des menschlichen Körpers. Die Hirnforschung muss künftig weitere, neue Strategien und Technologien entwickeln, um neurologische Erkenntnisse zu gewinnen. Eine geschlechtliche Diversifizierung innerhalb der Forschungsexpertise wird diesen Prozess produktiv vorantreiben. Somit soll es zunehmend schwieriger werden, die verborgenen Funktionsweisen des Gehirns als Projektionsflächen für Stereotypisierungen zu instrumentalisieren.

1 Fox, Genevieve (2019). Meet the neuroscientist shattering the myth of the gendered brain. In: The Guardian. Verfügbar unter: [theguardian.com/science/2019/feb/24/meet-the-neuroscientist-shattering-the-myth-of-the-gendered-brain-gina-rippon](https://www.theguardian.com/science/2019/feb/24/meet-the-neuroscientist-shattering-the-myth-of-the-gendered-brain-gina-rippon) (24.06.2022).

## Wohlergehen im postpatriarchal gestalteten Raum «Care-Arbeit räumlich denken» von Barbara Zibell

TEXT: INA PRAETORIUS

Wie würde sich unser Lebensraum anfühlen, wäre er Jahrhunderte lang von Architektinnen und Raumplanerinnen gestaltet worden? Wie könnte die Welt in fünfzig Jahren aussehen, wenn wir heute, anknüpfend an Ideen unserer Mütter und Vormütter, in allen Planungsprozessen die Sorge für uns selbst, füreinander, für nachfolgende Generationen und die natürliche Mitwelt in den Mittelpunkt stellen würden?

Diesen Fragen wendet sich Barbara Zibell, emeritierte Professorin für Planungssoziologie und Gender Studies an der Universität Hannover, in einem kenntnis- und materialreichen Buch zu. Anlass ihres feministisch informierten Blicks auf Geschichte und Zukunft der Raumplanung war das 50-Jahre-Jubiläum des Frauenstimmrechts in der Schweiz im Jahr 2021.

### Weg von der patriarchalen Funktionstrennung

Im einleitenden Kapitel interpretiert Zibell das Frauenstimmrecht als ein «Symbol des Gehörtwerdens», das weitergehende Prozesse der Beteiligung nach sich ziehen muss. Im zweiten Kapitel nimmt sie den Ist-Zustand in den Blick: einen weitgehend auf traditionell männliche Lebensformen zugeschnittenen öffentlichen und privaten Raum. Waren in der vorindustriellen Stadt verschiedene Lebensbereiche wie Wohnen und Arbeiten noch eher durchmischt, so dominierte seit der einflussreichen Charta von Athen (1933/41) die Idee der «funktionellen Stadt» mit ihrer Trennung von Wohnen, industrieller Erwerbsarbeit, Freizeit und autozentrierter Mobilität. In dieser Raumstruktur spiegelte sich «die Perspektive desjenigen [...], für dessen Reproduktion auf unsichtbare Weise gesorgt ist» (S. 40) – des Lohnarbeitstätti-

gen Mannes. Insbesondere die nach dem Zweiten Weltkrieg geschaffenen Siedlungsstrukturen behinderten deshalb die heute anstehenden Entwicklungen hin zu einer geschlechter-, generationen- und mitweltgerechten Raumgestaltung der kurzen Wege. Das dritte Kapitel arbeitet die Geschichte feministischer Kritik an herkömmlicher Planung auf. Je länger, je mehr fokussiere diese Kritik auf die Tatsache, dass man in patriarchalen Planungskonzepten «das Aufräumen und Entsorgen [...] ebenso vergessen [hat] wie die vielfach im Privaten geleistete, [...] lebensnotwendige Versorgungsarbeit...» (S. 47). Was es laut feministischen Raumplaner\*innen heute also vor allem brauche, sei eine Ablösung der patriarchalen Trennungen zwischen Erwerbszonen, Schlafstätten und Autoverkehr durch Raumstrukturen, welche die Verwobenheit vielfältiger Prozesse wie Wohnen und Arbeiten, Produktion und Reproduktion, Bildung, Erholung, Ver- und Entsorgung spiegeln und ermöglichen.

### Vision 2071

Der Frage, wie eine Welt aussehen kann, die dem traditionell weiblichen zeitintensiven «versorgen den Alltag» (S. 48) gerecht wird und darüber hinaus einer «breite[n] Palette an Lebensformen und -vorstellungen» (S. 48) verschiedener Generatio-

nen, Geschlechter und Herkunftfe den angemessenen Raum bietet, widmet sich Zibell im vierten und längsten Kapitel «Vision 2071: Bausteine für Räume der Zukunft». Sie versetzt sich hierfür ins Jahr 2071 und blickt von dort aus zurück auf das Jahr 2021, als wir 50 Jahre Frauenstimmrecht feierten. Fünfzig Jahre später ist in der Schweiz vieles erreicht: Die Sorge füreinander und für den gemeinsamen Lebensraum ist konzeptionell ins Zentrum aller Planungsprozesse gerückt. Reine «Wohnzonen» und «Arbeitszonen» sind Geschichte, denn das Arbeiten ist Teil eines umfassenden Verständnisses von Wohnen geworden. Ohnehin arbeiten wir nur noch wenige Stunden pro Tag oder Monate pro Jahr für den Erwerb, das bedingungslose Grundeinkommen für alle ist eingeführt, die meiste Zeit gehört der Selbstversorgung, der Pflege von Beziehungen, dem Selbermachen, Reparieren, Gestalten und der Erholung. «Die Quartiere bieten eine Mischung von Nutzungen: Wohnen und Arbeiten, Versorgen und



Barbara Zibell: Care-Arbeit räumlich denken. Feministische Perspektiven auf Planung und Entwicklung. Wettingen: efef Verlag 2022, 190 Seiten.

Entspannen finden in räumlicher Nähe statt» (S. 101). Während im Jahr 2021 die Leute noch in diversen sogenannten «Verkehrsmitteln» sassen, um anschliessend in Fitnesszentren ihre Körper zu trainieren, ist jetzt Mobilität als *Fortbewegung* des eigenen Körpers wiederentdeckt: vor allem als Zufussgehen und *human powered mobility* (S. 106). «Es geht nicht mehr darum, alles so schnell wie möglich [...] zu bewältigen. Die Kultur der Langsamkeit und des Sorgetragens hat auch zu einer Reduktion der [...] Reisezeiten geführt» (S. 106f). Kurze Wege sind selbstverständlich geworden, weil alle Quartiere mit den Einrichtungen für das Lebensnotwendige ausgestattet sind: Es gibt Wahlgrosseltern und Sterbegleitung in der Nachbarschaft, belebten Aussenraum und Gemeinschaftsküchen, Jokerzimmer und vertikale Gärten, essbare Landschaften und Stadtinkereien, Schulen als durchlässige Lernzentren für alle mitten im Quartier, und noch viel mehr Raum- anordnungen, die dem guten Zusammenleben dienen.

### Bausteine für die Räume der Zukunft

Um sich nicht im Fantastischen zu verlieren, konkretisiert Barbara Zibell ihre Vision mit Bildern und Erzählungen von Projekten, die schon im Jahr 2021 feministischen Kriterien

folgend realisiert sind: Überbauungen wie der Brahmshof, die *Kalkbreite* und das *Kraftwerk1* in Zürich oder die *FrauenWerkStadt 1* in Wien-Florisdorf sind Beispiele für heute schon erlebbare Orte, an denen die care-zentrierte Zukunft erprobt wird. Hier befinden sich die Waschküchen nicht mehr im Keller, sondern auf dem gemeinsam genutzten Dach, Wohnkomplexe bieten Gemeinschafts- und Rückzugsräume. Was gemeinsam genutzt werden kann, findet Raum ausserhalb der eigenen vier Wände, alles Notwendige ist nah, Radfahren ist gefahrlos geworden, denn der motorisierte Verkehr, sofern es ihn noch gibt, hat sich auf wenige Achsen zurückgezogen.

Indem Zibell die Geschichten dieser Orte erzählt, indem sie über verschiedene mögliche Organisationsformen, auch über institutionelle Klippen, Kämpfe um Finanzierungen und die Rolle unterstützender Staatlichkeit berichtet, schafft sie Verbindungen zwischen den zahlreichen an Planungsprozessen beteiligten Institutionen und Gruppierungen und zwischen dem Heute und der Utopie, die Lust machen, sich mitten in dieser krisenhaften Gegenwart auf das Abenteuer eines care-zentrierten Lebensraums einzulassen.

Die vorliegende Rezension wurde mit dem Titel «Blick zurück nach vorn: Wohlergehen im postpatriarchalgestalteten Raum» auf Ina Praetorius' DurchEinAnderBlog am 6. März 2022 erstveröffentlicht.

THINK TANK GENDER & DIVERSITY  
Forum der Schweizer Hochschulen – Forum des hautes écoles suisses – Forum delle scuole universitarie svizzere

The Think Tank Gender & Diversity invites all interested parties to the following public events:

**September 12, 3 – 5 pm**

University of Bern and online (E)

Lecture «On resistance and ignorance towards equality in higher education»

by Inge Bleijenbergh and Marloes Van Engen

(Radboud University, Netherlands).

**November 11, 3 – 5 pm**

University of Bern (D and F with simultaneous translation)

Panel Discussion

«Towards Social Sustainability»

with Aleks Recher, Michèle Amacker, Julia Steinberger, and further panelists, moderated by Christa Binswanger.

Interested in these events and further activities of the Think Tank?

Then sign up to our mailing list:

info@thinktank-gender-diversity.ch

Follow us on Twitter, LinkedIn and Facebook and visit our website:

[www.thinktank-gender-diversity.ch](http://www.thinktank-gender-diversity.ch)

Wir sind quitt.



Wir übernehmen die komplette Administration deiner privaten Arbeitskräfte. einfach.fair.digital.

## Call for Papers FemInfo 62

**Harcèlement sexuel  
dans le contexte scientifique**

En vue de la journée de sensibilisation au harcèlement sexuel dans les hautes écoles (Sexual Harassment Awareness Day) du 23 mars, nous abordons le thème du harcèlement sexuel ainsi que d'autres formes de violence liées au genre et d'atteinte à l'intégrité personnelle. Nous nous interrogeons sur la nécessité d'agir et sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, entrée en vigueur en Suisse en 2018. Quelles sont les structures qui favorisent le harcèlement sexuel et pourquoi ? A partir de quand parle-t-on de violence et quelle est sa spécificité dans le contexte des hiérarchies académiques et des relations de travail ? Quelle est l'importance de ces thèmes dans l'image que les institutions se font d'elles-mêmes et dans la recherche ?

**Nous nous réjouissons de recevoir des textes issus de ta recherche**

Envoie-nous tes idées de contribution jusqu au 15 septembre: info@femwiss.ch. Les contributions comprennent en moyenne 3'200 à 8'500 signes.  
**Délai de rédaction : 1er octobre 2022.**

## Call for Papers FemInfo 62

**Sexuelle Belästigung  
im Wissenschaftskontext**

Im Hinblick auf den hochschulübergreifenden Sexual Harassment Awareness Day am 23. März thematisieren wir sexuelle Belästigung und andere Formen geschlechtsspezifischer Gewalt und Verletzung der persönlichen Integrität. Wir fragen nach Handlungsbedarf und Umsetzungen der 2018 in der Schweiz in Kraft getretenen Istanbul-Konvention zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Welche Strukturen begünstigen sexuelle Belästigung und weshalb? Ab wann sprechen wir von Gewalt, und was ist deren Spezifik im Kontext akademischer Hierarchien und Arbeitsbeziehungen? Welche Bedeutung haben diese Themen im institutionellen Selbstverständnis und in der Forschung?

**Wir freuen uns über Texte aus  
Forschung, Studium und Aktivismus.**

Schicke uns deine Idee bis zum 15. September an info@femwiss.ch. Beiträge umfassen 3'200 bis 8'500 Zeichen inkl. Leerzeichen.  
**Redaktionsschluss: 1. Oktober 2022.**

**Beitritt zum Verein Feministische Wissenschaft Schweiz  
Adhésion à l'Association suisse Femmes Féminisme Recherche** **Ich möchte Mitglied werden • Je souhaite devenir membre****Jahresbeitrag • Cotisation annuelle**

In Ausbildung, erwerbslos, pensioniert	CHF 45.–	Name • Nom
En formation, sans revenu, retraité-e-x-s	CHF 45.–	Vorname • Prénom
Teilzeitverdienend	CHF 85.–	Strasse • Rue
Travail à temps partiel	CHF 85.–	PLZ, Ort • CP, lieu
Vollzeitverdienend	CHF 125.–	Tel. • Tél.
Travail à plein temps	CHF 125.–	E-Mail • e-mail
Kollektivmitglied	CHF 155.–	Sprache • Langue
Membre collectif	CHF 155.–	
Gönner*in	CHF 205.–	
Membre de soutien	CHF 205.–	

 **Ich möchte das FemInfo abonnieren**

(Für Mitglieder im Jahresbeitrag inbegriffen)

CHF 50.–

Datum, Unterschrift • Date, Signature

 **Je souhaite m'abonner à FemInfo**

(Gratuit pour les membres)

CHF 50.–

**Einsenden an • Envoyer à**

Verein Feministische Wissenschaft Schweiz, Postfach, 3001 Bern

