

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Marc Jongen, Nicole Höchst, Dr. Götz Frömming, Dr. Michael Kaufmann, Martin Reichardt, Norbert Kleinwächter, Barbara Lenk, Matthias Moosdorf und der Fraktion der AfD**

### **Förderung von Gender Studies unter dem Begriff „Gendergesundheit“**

Im Koalitionsvertrag bekundet die Bundesregierung, sie berücksichtige „geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung“ und baue „Diskriminierungen und Zugangsbarrieren ab“; die „Gendermedizin“ solle „Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden“ (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>; abgerufen am 15. Juni 2022, S. 86). In Bezug auf seine Fördermaßnahmen im Bereich Gendergesundheit schreibt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): „Neben der genetischen Ausstattung haben die Herkunft, der soziale Status, das Geschlecht sowie das familiäre, berufliche und gesellschaftliche Umfeld Auswirkungen auf die Gesundheit und darauf, wie Krankheiten bewältigt werden können“ (<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gendergesundheit-6678.php>; abgerufen am 31. Mai 2022). Die getrennte Aufzählung von Geschlecht und genetischer Ausstattung insinuiert nach Auffassung der Fragesteller, dass das Geschlecht seitens des BMBF nicht als Teil der genetischen Ausstattung des Menschen aufgefasst wird. Dies entspricht nach Auffassung der Fragesteller jedoch nicht dem Wissensstand und der biologischen Grundlage der Gendermedizin.

Die Gendermedizin ist eine relativ junge Wissenschaftsdisziplin und entstand nach der Frauenrechtsbewegung in den späten 1980er-Jahren in den USA unter dem Namen „Frauengesundheitsforschung“ (Vera Regitz-Zagrosek u. Stefanie Schmid-Altringer: Gendermedizin. Warum Frauen eine andere Medizin brauchen. München 2020, S. 15). Auf Basis der Studie „The inexorable rise of gender and the decline of sex: social change in academic titles, 1945–2001“ seines Fachkollegen David Haig führt der Evolutionsbiologe Ulrich Kutschera den Ursprung der „Gender Biomedizin“ auf die Veröffentlichung der „Gender-Differences-Richtlinien“ der „United States Food and Drug Administration (FDA)“ im Jahr 1993 zurück, da gemäß dieser Vorgaben alle neu einzusetzenden Medikamente auf Geschlechterunterschiede untersucht werden müssen (Ulrich Kutschera: Das Gender-Paradoxon. Mann und Frau als evolvierte Menschentypen. Berlin 2016, S. 304). Die als internationale Pionierin der Gendermedizin geltende Medizinerin Marianne Legato schrieb in ihrem 2002 erschienen Buch „Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin“, dass Mediziner bisher so gehandelt hätten, „als wären Mann und Frau – bis auf ihre Fortpflanzungsorgane – in allem gleich“ (Marianne Legato: Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Köln 2002, S. 13). Die geschlechterspezifische

Forschung habe jedoch ergeben, dass wann immer die Physiologie von Frauen und Männern verglichen werde, sich „in jedem Organsystem – von den Haaren auf dem Kopf bis zum Herzschlag – deutliche und eindeutig geschlechtsspezifische Unterschiede“ fänden (ebd., S. 14). Diese neuen Erkenntnisse veränderten folglich auch die Methoden der Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten (ebd., S. 14). Unter anderem stützte Legato, unter Verweis auf angeborene und vererbte Enzymdefekte wie das kongenitale Adrenogenitale Syndrom und erbliche Genanomalien wie den Pseudo-Hermaphroditismus masculinus, den Befund des Urologen William Reiner, den sie wie folgt formulierte: „(D)ie Geschlechtsorientierung bringen wir in unsere Hirnzellen eingeprägt mit auf die Welt“ (ebd., S. 55). Legato betonte dabei ausdrücklich, dass die Gendermedizin auf Basis biologischer Forschung arbeiten müsse, statt auf Basis linker Identitätspolitik wie dem Feminismus:

„Der Wunsch, im Kontrast zum bisherigen männlich orientierten Wissen mehr über die weibliche Biologie zu erfahren, hat nichts mit einem engstirnig verstandenen Feminismus oder mit einem anbietenden Streben nach ‚political correctness‘ zu tun. Es ist schlicht eine wissenschaftliche Notwendigkeit. Wird sie korrekt benützt, so ist die Erforschung des biologischen Geschlechts eines der potentesten Werkzeuge, die uns zum Erkenntnisgewinn über den menschlichen Organismus zur Verfügung stehen“ (ebd., S. 323).

Einen wichtigen Beitrag zur Etablierung der Disziplin leistete nach Auffassung von Kutschera die Wissenschaftshistorikerin und Professorin an der Universität Stanford Londa Schiebinger. Sie veröffentlichte 2014 im Wissenschaftsmagazin „Nature“ einen Kommentar unter dem Titel „Scientific research must take gender into account“ (<https://www.nature.com/articles/507009a#:~:text=From%20car%20design%20to%20drug,even%20lethal%2C%20argues%20Londa%20Schiebinger.;> abgerufen am 10. Juni 2022). Schiebingers Darlegungen, wonach es unabdingbar sei, die Geschlechterunterschiede zwischen Männern und Frauen in der Medizin zu berücksichtigen, was sie u. a. anhand von Geschlechterunterschieden in der Osteoporose-Analytik oder der Erforschung von Herzkrankheiten exemplifizierte, begründeten demnach die These einer geschlechtergerechten Biomedizin (Gender Medicine, Ulrich Kutschera: Das Gender-Paradoxon. Mann und Frau als evolvierte Menschentypen. Berlin 2016, S. 61 f.).

In Europa entwickelte sich die Gendermedizin seit der Jahrtausendwende (Vera Regitz-Zagrosek u. Stefanie Schmid-Altringer: Gendermedizin. Warum Frauen eine andere Medizin brauchen. München 2020, S. 11). Im Jahr 2003 wurde an der Charité in Berlin die erste Professur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen eingerichtet, woraus sich das interdisziplinäre Zentrum für Gendermedizin entwickelte, das heute unter dem Namen „Gender in Medicine“ (GIM) an der Charité besteht (ebd., S. 15, [https://gender.charite.de/ueber\\_das\\_gim/;](https://gender.charite.de/ueber_das_gim/) abgerufen am 15. Juni 2022). Aktuell wird in der Gendermedizin erforscht, wie sich biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf die Gesundheit auswirken, denn „jede Hirn-, Herz-, Leberzelle usw. ist, wie wir heute wissen, bei Frauen und Männern unterschiedlich“ (Vera Regitz-Zagrosek u. Stefanie Schmid-Altringer: Gendermedizin. Warum Frauen eine andere Medizin brauchen. München 2020, S. 15, 11). Ulrich Kutschera bezeichnet es als die zentrale Erkenntnis der Gendermedizin, dass die Geschlechtschromosomen nicht nur in den Gonaden, sondern in allen Körperzellen exprimiert werden – ein Mann also durch XY- und eine Frau durch XX-Zellen sowie die entsprechende Physiologie und Biochemie, gekennzeichnet sind –, und spricht hinsichtlich der Tragweite biologischer Geschlechterunterschiede von einem „biochemischen Sexual-Dimorphismus auf Zellniveau“ (Ulrich Kutschera: Das Gender-Paradoxon. Mann und Frau als evolvierte Menschentypen. Berlin 2016, S. 382, 234). Zudem wird in der Gendermedizin erforscht, welchen Einfluss der „Genderfaktor – also die je nach Geschlecht unterschiedliche Prägung durch Erzie-

hung und Gesellschaft“ – auf die Entstehung von Krankheiten hat (Vera Regitz-Zagrosek u. Stefanie Schmid-Altringer: Gendermedizin. Warum Frauen eine andere Medizin brauchen. München 2020, S. 15). Die Gendermedizin versteht das Geschlecht, im Unterschied zum soziokulturell definierten Gender, als biologisch und geht so beispielsweise davon aus, dass sich das (kindliche) Geschlecht genetisch bedingt genau dann entscheidet, wenn „die Eizelle mit ihren zwei weiblichen X-Chromosomen auf das männliche XY-Spermium trifft“ (ebd., S. 1, 16). Da die Erforschung der (biologischen) Geschlechterunterschiede eine wesentliche Rolle in der Gendermedizin spielt, bevorzugen Prof. Dr. med. Dr. h. c. Vera Regitz-Zagrosek, Gründungsdirektorin des Berliner Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité und Pionierin der Gendermedizin in Deutschland, und Dr. med. Stefanie Schmid-Altringer, Wissenschaftsjournalistin mit Themenschwerpunkt Frauengesundheit, die Bezeichnung „geschlechtssensible Medizin“ (ebd., S. 15).

Den Fragestellern stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, wie die Bundesregierung es mit ihrem Ziel der Förderung der Gendermedizin in Einklang bringt, bei der Förderung von Forschungsprojekten zur Gendergesundheit einen Geschlechtsbegriff voranzusetzen, der die in der Biologie und der Gendermedizin als Faktum anerkannte genetische Bedingtheit des Geschlechts verkennt. Diese Frage stellt sich ihnen umso mehr, da das BMBF unter dem Begriff der Gendergesundheit Projekte wie das „INGER – Teilprojekt 4 – Gendertheorie und Genderforschung (INGER-HUB)“ fördert, in dem laut BMBF der Bereich „Gendertheorie und Genderforschung mit Schwerpunkt auf gender- und intersektionalitäts-theoretische Konzeptionsarbeiten und transdisziplinäre Konzepttransfers“ bearbeitet wird (<https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/inger-teilprojekt-4-gendertheorie-und-genderforschung-inger-hub-6707.php>; abgerufen am 16. Juni 2022). Laut dem von ihnen verfassten Text „Gendertheoretisch informierte Gesundheitswissenschaften – Herausforderungen, Potentiale und Beispiele ihrer transdisziplinären Entwicklung“, der im Rahmen der BMBF-geförderten Projekte GeUmGe (Geschlecht, Umwelt und Gesundheit) und INGER entstand, ist die Projektleiterin Prof. Dr. Kerstin Palm gemeinsam mit ihren Kolleginnen Lotta Fiedel und Dr. Katharina Jacke der Auffassung, dass es zu den zentralen Herausforderungen des Forschungsprojekts INGER gehöre, Geschlecht als „fluide, kontextspezifische Kategorie von gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftszusammenhängen“ in die Gesundheitswissenschaften einzuführen (<https://elibrary.utb.de/doi/epdf/10.3224/zdfm.v3i2.02>; abgerufen am 13. Juli 2022, S. 1, 3). Palm et al. grenzen sich dabei explizit vom Vorgehen der Gendermedizin ab, die „mit ihrem Rekurs auf den Differenzfeminismus der 1970er-Jahre wesentlich von Einsichten zeitgenössischer Genderforschung“ abweiche, die „Geschlechterdifferenz nicht einfach als Verschiedenheit, sondern als gesellschaftlich organisierte hierarchische Ordnungsstruktur“ verstehe – im Gegensatz zur Gendermedizin gehen sie also nicht von der Zweigeschlechtlichkeit des Menschen aus (ebd., S. 4). Den gewählten Ansatz der Intersektionalität führen sie auf den „Black Feminism“ zurück und bezeichnen diesen als einen „kritisch reflexiven Umgang mit Differenzkategorien“ mit dem Ziel, eine Veränderung von „damit verbundenen Machtverhältnissen“ zu erreichen (ebd., S. 2, 10). Den „Rückgriff auf statistische Methoden aus einer sozialwissenschaftlichen Genderperspektive“ sehen Palm et al. dabei als „wirksame Strategie“, um die „Ressourcenverteilung in der Gesundheitspolitik“ zu nutzen, um „Gehör und Ressourcen für die Bekämpfung von Ungleichheiten zu verschaffen“ (ebd. S. 5). Vor diesem Hintergrund stellt sich aus Sicht der Fragesteller die Frage, ob die Bundesregierung die Ansicht vertritt, dass die Definition von Geschlecht als fluide Kategorie in den Gesundheitswissenschaften etabliert werden und eine Veränderung gesellschaftlicher Machtverhältnisse im Sinne des aus dem Black Feminism stammenden intersektionalen Ansatzes unter Einsatz gesundheitspolitischer Ressourcen erfolgen sollte.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Projekte im Bereich Gendermedizin werden derzeit von der Bundesregierung gefördert, und welche sind dies (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller, bitte jeweilige Kosten für den Steuerzahler angeben)?
2. Fördert die Bundesregierung Projekte, die sich kritisch mit den aktuellen Ausprägungen der Gendermedizin beschäftigen?
  - a) Wenn ja, was beabsichtigt die Bundesregierung mit der Förderung dieser Projekte, und welche Ergebnisse haben diese bislang erbracht, die den bisherigen medizinischen Wissensstand erweitern?
  - b) Wenn nein, warum nicht?
3. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass das Geschlecht nicht zur genetischen Ausstattung des Menschen zu zählen ist?
  - a) Wenn ja, welche Konsequenzen leitet die Bundesregierung daraus in Hinblick auf die Förderung von Forschungsprojekten zur Gendergesundheit und Gendermedizin ab, angesichts dessen, dass die Gendermedizin das Geschlecht als genetisch bedingt ansieht (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
  - b) Wenn nein, warum führt das BMBF Geschlecht und genetische Ausstattung als voneinander getrennt auf (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
4. Plant die Bundesregierung, sich im Rahmen der Umsetzung ihres Ziels, die Gendermedizin als Teil des Medizinstudiums sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe zu etablieren (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller), dafür einsetzen, Geschlecht in der Medizin und den Gesundheitsberufen als fluide Kategorie zu etablieren?
5. Hat die Bundesregierung zur Auffassung der Projektleiterin des von der Bundesregierung geförderten INGER – Teilprojekt 4 – Gendertheorie und Genderforschung (INGER-HUB) und ihrer Kolleginnen, wonach es zu den großen Herausforderungen des Projekts gehöre, das Geschlecht als fluide, kontextspezifische Kategorie von gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftszusammenhängen in den Gesundheitswissenschaften zu etablieren, eine eigene Positionierung erarbeitet (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
  - a) Wenn ja, wie lautet diese?
  - b) Wenn nein, welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung hieraus für die Förderungswürdigkeit dieses Projekts und von den Ansätzen nach vergleichbaren Projekten?
6. Hat die Bundesregierung zur Auffassung der Projektleiterin des von der Bundesregierung geförderten INGER – Teilprojekt 4 – Gendertheorie und Genderforschung (INGER-HUB) und ihrer Kolleginnen, wonach unter Rückgriff auf Ansätze des Black Feminism die Ressourcen der Gesundheitspolitik genutzt werden sollten, um gesellschaftliche Machtverhältnisse zu verändern, eine eigene Positionierung erarbeitet?
  - a) Wenn ja, wie lautet diese?
  - b) Wenn nein, welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung hieraus für die Förderungswürdigkeit dieses Projekts und von den Ansätzen nach vergleichbaren Projekten?

Berlin, den 26. Juli 2022

**Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion**