

Einleitende Überlegungen

Ein Jubiläum wie das dieser Tagung ist meist ein Anlass zum Rückblick auf die eigene – im Falle des AKF durchaus erfolgreiche – Praxis. Ein Jubiläum kann aber auch als Einladung verstanden werden, gesellschaftliche Veränderungen zu reflektieren, die in den zurückliegenden Jahren stattgefunden haben. Damit verbunden ist dann die Frage, welche neuen Herausforderungen an die eigene Arbeit mit diesen Veränderungen verbunden sind. Zu eben dieser Perspektive haben sich die Veranstalterinnen unserer Tagung entschieden – und ich möchte mit meinen Überlegungen diese Perspektive aufgreifen.

Manche für die Frauengesundheitsarbeit bedeutsame Veränderungen liegen auf der Ebene der sozialen und politischen Realität und einige davon sind unübersehbar geworden. Dies gilt beispielsweise für

- die Notwendigkeit einer globalen Sicht auf gesundheitliche Probleme,
- für die Zunahme fokussierter und zugleich lang andauernder Kriegführung,
- aber auch für die zunehmende Privatisierung von Gesundheitsdiensten in den sozialstaatlich verfassten „reichen„ Gesellschaften.

Über einige dieser Themen ist am gestrigen Tag nachgedacht und diskutiert worden; andere werden uns im Verlauf des heutigen Tages weiter beschäftigen.

Etwas weniger auf der Hand liegend als Veränderungen in der gesellschaftlichen Realität, aber vielleicht ähnlich irritierend, sind die theoretischen Verschiebungen und Brüche, die seit den 1990er Jahren in der feministisch geprägten Sozialtheorie stattgefunden haben und häufig unter die Überschrift „dekonstruktive Wende“ gefasst werden. Die in dieser Wende formulierten Kritiken und Einwände kommen hochtheoretisch daher, sind aber mitnichten rein theoretischer Natur. Sie betreffen vielmehr wichtige Grundüberzeugungen und Positionen, von denen die Frauengesundheitsarbeit politisch und in ihrer professionellen Ausrichtung ihren Ausgang nahm und die sie in vielen Bereichen bis heute prägen. So wird die Vorstellung einer strukturellen Zweigeschlechtlichkeit genauso kritisiert wie das Programm einer zu erreichenden Geschlechtergerechtigkeit, das auf dem Emanzipationsinteresse aller Frauen gründet. Die Konzepte und Kategorien aus der feministischen Theorie, die diese Vorstellungen begründet und eine entsprechende emanzipatorische Praxis motiviert haben, sind in den letzten Jahren in sehr grundlegender Weise kritisiert worden – das irritiert und wirft neue Fragen auf.

Unsicher geworden ist,

- worauf sich eine emanzipatorische Arbeit für Frauen heute stützen kann. Ist doch zu beobachten, dass sich die entsprechende soziale Bewegung diversifiziert und zersplittert hat, manche sagen auch, sie habe sich aufgelöst. Unklar ist, ob es ein politisches Subjekt wie „die Frauen“ überhaupt gibt.
-

Fraglich geworden ist auch,

- ob durch die Gegenüberstellung von Begriffen wie Männer und Frauen; Heterosexualität und gleichgeschlechtliches Begehren, (National-)Staat und (1.; 2.; 3.)Welt noch realitätsmächtige Strukturen beschrieben werden. Oder handelt es sich bei diesen Begriffspaaren vielleicht nur um Formen der Repräsentation, die Machtverhältnisse nicht nur spiegeln, sondern auch bestätigen und festigen. Das würde sie für die Beschreibung emanzipatorischer Politik und für eine dem Humanen verpflichtete professionelle Praxis untauglich machen.

Infragestellungen wie diese werden innerhalb feministischer Theorie mit dem Namen Judith Butler und ihrem 1990 (auf deutsch) erschienen Buch „Das Unbehagen der Geschlechter“ verbunden – wohl weil es diese Publikation war, die innerhalb der Frauenbewegung verwirrende und verunsichernde Diskussionen ausgelöst hat. Der Kritikrahmen, um den es hier geht, ist allerdings sehr viel breiter. An Foucault anschließende kritische Analysen (1), dekonstruktive Gendertheorien (2), Transgender-Diskurse (3) und postkoloniale Ansätze (4) – sie alle liefern ernst zu nehmende Kritiken gerade an den Theorien und Begrifflichkeiten, die auch in die Themenbeschreibungen eingehen, mit denen wir uns auf dieser Tagung beschäftigen.

Welche Folgen haben solche Irritationen für die professionelle Praxis und wie kann man als Akteur frauenpolitischer Arbeit damit umgehen?

Ich möchte in meinen Überlegungen heute Morgen einigen dieser Irritationen nachgehen – allerdings nicht in der Absicht Paradigmen der Frauengesundheitsarbeit aufzulösen, als vielmehr mit dem Ziel, Perspektiven zu skizzieren, die sich öffnen, wenn man sich irritieren lässt.

Dabei lasse ich mich auf drei – für die Theorie wie für die Praxis – zentrale Begriffe ein: Gerechtigkeit – Differenz – Inklusion.

Alle drei Kategorien haben in der Begründung und Motivation frauenspezifischer Gesundheitsarbeit seit den 1980er Jahren eine Rolle gespielt; sie sind auch heute nicht aus der Diskussion verschwunden, sind aber neu kontextualisiert und begründet worden und eignen sich deshalb besonders für eine Perspektivöffnung bzw. -erweiterung.

1. Nachdenken über Gerechtigkeit

Geschlechtergerechtigkeit ist seit den 1960er Jahren eine zentrale Kategorie feministischer Theoriebildung und Politik: Gleicher Zugang zu Berufen und Öffentlichkeit wurde mit Bezug auf Geschlechtergerechtigkeit genauso gefordert wie die „gerechte“ Verteilung vorhandener Ressourcen – auch solcher Ressourcen, die Gesundheit ermöglichen bzw. wieder herstellen. Und auch viel konkretere Forderungen der Frauengesundheitsarbeit – sexuelle Selbstbestimmung, respektvoller Umgang mit weiblichen Gesundheitsbeschwerden oder die angemessene Berücksichtigung von Frauen in der medizinischen Forschung – rekurrieren auf Werte und normative Überzeugungen, die Geschlechtergerechtigkeit implizieren.

1.1 Gerechtigkeit und Anerkennung

Viele dieser Forderungen waren – das wird im Rückblick deutlich – von Vorstellungen begleitet, die mit großer Selbstverständlichkeit einen funktionierenden Sozialstaat voraussetzten und „Bevölkerung“ als etwas relativ Homogenes ansahen. Nicht zufällig war es die feministische Debatte in den Vereinigten Staaten (5), in der „die Andere“ (nicht im Sinne von Simone de Beauvoirs „anderem Geschlecht“, sondern) als die andere Frau zum zentralen Thema wurde (6).

„Anerkennung“ in der Fassung von Nancy Fraser (2001) ist inzwischen – angeregt durch diese Diskussionen – ein zentrales Thema der feministischen Gerechtigkeitsdiskussion. Was bedeutet diese Verschiebung? Und was kommt damit neu in den Blick? Fraser unterscheidet zwei Typen sozialer Gerechtigkeit: „Auf der einen Seite stehen die wohlbekanntesten Forderungen nach Umverteilung, die eine gerechtere Verteilung der Reichtümer und des Vermögens anstreben. Wie sich immer deutlicher abzeichnet, stehen wir heute mit der ‚Politik der Anerkennung‘ vor einem zweiten Typus von Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit. In ihrer bündigsten Formulierung zielt sie auf eine differenzfreundliche Welt, in der für Ebenbürtigkeit und Gleichbehandlung nicht mehr der Preis der Assimilation an die Mehrheit oder herrschende kulturelle Normen zu zahlen wäre.“ (Fraser 2003:15)

Gerechtigkeit lenkt den Blick nun nicht nur auf die Ressourcenverteilung und die Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung, sondern auch auf den unterschiedlich machtvollen Status der beteiligten Akteure. Damit sind auch Genderaspekte des sozialen bzw. politischen Status angesprochen, allerdings nicht nur diese. Das Spektrum an Fragen und Anforderungen, mit denen sich die Frauengesundheitsarbeit auseinander zu setzen hat, ist breiter geworden.

Noch einigermaßen vertraut klingt die mit dem Anerkennungskonzept verbundene Frage:

- Müssen Frauen als Professionelle den Preis der Assimilation an ein hierarchisches Gesundheitssystem zahlen? Nicht mehr ganz so selbstverständlich, aber mindestens genauso wichtig, ist der Blick auf die andere Seite der helfenden oder heilenden Beziehung:
- Kann eine erkrankte Frau, mit welcher Migrationsgeschichte auch immer, ihre Sicht auf ihren Körper einbringen und eigene Bedürfnisse formulieren oder muss sie sich zu allererst in die Versorgungsstrukturen des medizinischen Systems einfügen und sich von da aus definieren lassen.

Und eine ganz neue Herausforderung steckt in der Frage:

- Wie lässt sich Anerkennung praktizieren, in einer Beziehung, die nicht nur unter Gendergesichtspunkten und bei der Berücksichtigung kultureller und politischer Ungleichheiten, sondern strukturell asymmetrisch ist – was für jede heilende, pflegende oder therapeutische Beziehung zutrifft. (7)

Nancy Frasers Forderung nach einer Politik der Anerkennung stellt sich aktiv gegen homogenisierende Bilder von Gesellschaft und damit gegen gesellschaftlich verbreitete Vorstellung von sozialer Gerechtigkeit (8). Sie greift wichtige Aspekte feministischer Ideen von Geschlechtergerechtigkeit auf, bezieht diese aber nicht nur

auf Frauen, sondern generell auf marginalisierte Personen, die „anders“ sind. Sie verbleibt mit diesem Konzept aber weitgehend innerhalb der Vorstellung eines abgegrenzten Sozialstaates.

Dennoch scheint in der Diskussion um Anerkennung bereits etwas Grundsätzlicheres auf:

Anerkennung – so formuliert es Axel Honneth (2003) – ist das Gegenteil von sozialer Unsichtbarkeit, es geht um die in der Interaktion gestisch ausgedrückte Wahrnehmung des und der Anderen als Person mit all ihren situativ relevanten Merkmalen. Verweigerung von Anerkennung ist etwas gleichermaßen Aktives: das gestische wie sprachliche Unsichtbarmachen eines Anderen, eine subtile und zugleich sehr wirksame Form der Demütigung (Honneth 2003: 10).

Folgt man dieser Perspektiverweiterung, dann wird Gerechtigkeit, auch soziale Gerechtigkeit zu einem Thema allgemeiner Menschenrechte.

1.2 Gerechtigkeit und Menschenrechte

Menschenrechte greifen die Frage der Gerechtigkeit in einer globalen bzw. transnationalen Perspektive auf. Auf zwei Themenfeldern der aktuellen Menschenrechtsdiskussion werden Fragen aufgegriffen, die Herausforderungen der Frauengesundheitsarbeit enthalten: Der erste Themenbereich bezieht sich auf politische Menschenrechte – es ist der historisch ältere, der meist mit der Absicherung von Rechtsstaatlichkeit als prinzipiell geklärt gilt. Politische Menschenrechte waren daher aus der Sicht westlicher Gesellschaften häufig ein Thema ausschließlich für Amnesty International; sie mussten für Andere, den globalen Osten oder Süden gefordert werden. Erste Brüche bekam dieses Sicherheitsgefühl durch die Balkankriege der 1990er Jahre. Aktuell auf die Tagesordnung gesetzt ist die Frage der politischen Menschenrechte durch die sich auf Europa richtenden Flüchtlingsströme und die Abwehrstrategien der europäischen Staaten.

Politische Menschenrechte sind Freiheitsrechte, sie zielen auf den Rechtsstatus von Personen und stellen die Frage, was eigentlich nötig ist, damit jemand Menschenrechte nicht nur abstrakt zugesprochen bekommt, sondern seine Menschenrechte selbst in Anspruch nehmen kann. Auf die damit verbundenen Probleme scheint mir immer noch die Antwort richtungweisend zu sein, die Hannah Arendt 1949 gegeben hat. Gegen alles fürsorgliche Eintreten für die Menschenrechte der Anderen hat sie hervorgehoben, dass ein grundlegendes Menschenrecht zu gelten habe, das Recht nämlich, (irgendwo auf der Welt) Rechte zu haben. Das Staatsbürgerrecht ist die Voraussetzung dafür, sich für Rechte dort einsetzen zu können, wo man lebt, und andernorts Gastrecht einzufordern. Dieses grundlegende Menschenrecht war 1949 keine politische Realität und ist es auch heute nicht. Angesichts heutiger Flüchtlingsströme klingt die Situationsbeschreibung aus der ersten Hälfte des 20. Jh. aktuell: „Alle politischen und sozialen Katastrophen unserer Zeit, Kriege oder Revolutionen, haben in erschreckender Monotonie die Masse der absolut Recht- und Heimatlosen vermehrt und das Problem solcher Rechtlosigkeit in neue Länder und Kontinente verschleppt. Kein anderes Problem kehrt mit gleicher Beharrlichkeit und mit gleicher Aussichtslosigkeit auf befriedigende Lösung auf allen internationalen Konferenzen der letzten zwanzig Jahre wieder. Und kein Paradox zeitgenössischer Politik ist von einer bittereren Ironie erfüllt als die Diskrepanz zwischen den Bemühungen wohlmeinender Idealisten, welche beharrlich Rechte als unabdingbare Menschenrechte hinstellen, deren sich nur die Bürger der blühendsten und zivilisiertesten Länder erfreuen, und der Situation der Entrechteten selbst, die sich ebenso beharrlich verschlechtert hat ...“ (Arendt 1949: 755)

Es lohnt sich dieses zentrale und grundlegende Menschenrecht immer wieder hervorzuheben, haben doch alle Überlegungen zu kulturellen, sozialen und gesundheitsbezogenen Menschenrechten nur auf dieser Grundlage, einen Sinn, der über wohlmeinende, karitative Fürsorge hinausgeht.

Die *sozialen Menschenrechte*, als legitimierbare Ansprüche auf angemessene Lebensbedingungen, bauen auf den politischen Menschenrechten auf und formulieren Kriterien, an denen sich Lebensverhältnisse und Lebensbedingungen weltweit messen lassen sollen. Sie stellen in vielen Feldern der transnationalen medizinischen Versorgung den wichtigsten normativen Rahmen der Arbeit dar. Das Problem, das es dabei zu lösen gilt, resultiert aus der Schwierigkeit, gleiche Ansprüche zu formulieren, ohne kulturelle Differenzen und unterschiedliche geografische Umweltbedingungen zu vernachlässigen bzw. bei der Berücksichtigung dieser Unterschiede nicht in Relativismus zu verfallen.

Einen interessanten Versuch einer Lösung dieses Problems haben Martha Nussbaum und Armatya Sen (1993) vorgelegt. Sie definieren soziale Menschenrechte als Ansprüche auf die Möglichkeit, menschliche Fähigkeiten in angemessener Weise zu betätigen. Es geht nicht darum, Minimal- oder Maximalstandards für ein gutes Leben festzulegen. Vielmehr wird die Möglichkeit der Betätigung als Anspruch formuliert, die Art der Betätigung sowie der dafür erforderliche materielle Einsatz aber offen gelassen.

Dieser „capability approach“ geht von einem anthropologischen Konzept der menschlichen Fähigkeiten aus, das von Martha Nussbaum mit „der intuitiven Idee eines der Menschenwürde gemäßen Lebens“ (Nussbaum 2010: 105) verbunden wird, woraus sich dann auch normative Aussagen ableiten lassen. Genannt werden folgende zentrale Fähigkeiten von Menschen, deren Betätigung in Nussbaums Perspektive ein grundlegendes Bedürfnis ist:

- ein eigenes Leben leben können (in körperliche Integrität und Gesundheit),
- Entwicklung des Verstandes, der Emotionen und der Sinne,
- Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unserer selbst aufbauen
- Kontakt zur Natur haben
- spielen können. (9)

Durch diese Merkmale charakterisiert Martha Nussbaum eine anthropologische Grundausstattung, mit der Menschen in unterschiedlichen Kulturen verschieden umgehen. Dieses Konzept bietet keine Lösung für alle Fragen (10), wohl aber einen Denkanstoß und entsprechende Anknüpfungspunkte für eine Frauengesundheitsarbeit, die weder im selbstverständlichen Transfer moderner medizinischer Standards auf Gesundheitsfragen überall auf der Welt beruht, noch auf den ganz anderen Bedürfnissen anderer kultureller Räume besteht. Ein genaues Untersuchen und Wahrnehmen örtlich gegebener kultureller Formen des „guten“ Lebens ist gefragt. Die auf diese Weise partizipativ zugänglich gewordenen Wissensbestände und Praktiken gilt es angemessen mit professionellem medizinischen Wissen und Können zu verbinden – immer dem Kriterium der Entfaltungsmöglichkeiten menschlicher Fähigkeiten folgend.

2. Nachdenken über Differenz

Wenn wir Vorstellungen von gerechten Lebensbedingungen entwickeln und ein für alle Menschen geltendes Recht auf Gesundheit formulieren, ist der zentrale Ausgangspunkt die grundsätzliche Gleichheit aller Menschen. Die natürliche Verletzlichkeit jeder menschlichen Existenz (11) und die soziale und politische Angewiesenheit jeder Person auf das Wahrgenommenwerden durch andere werden als Merkmal der von allen Menschen geteilten Gattungszugehörigkeit verstanden. Für die daraus abgeleiteten Normen und Ansprüchen haben Theoretiker/innen wie Nussbaum und Sen Vorschläge formuliert.

Im Kontext feministisch begründeter Gesundheitsarbeit muss allerdings nicht besonders betont werden, dass normative Konzepte nicht die soziale Realität beschreiben. Man denke nur an die normativen Bestimmungen des Grundgesetzes – GG Artikel 3, Abs. 2 formuliert, „Männer und Frauen sind gleichberechtigt.“ Damit ist ein wichtiges politisches Instrument gegeben, um Geschlechtergerechtigkeit zu erkämpfen; beschrieben aber wird nicht die soziale Realität in der BRD. Die grundsätzliche Gleichheit aller Menschen ist normativer Art – im Sinne des Anspruchs auf gleiche Lebenschancen. Sie gerät zur Ideologie, wenn sie die realen Unterschiede in den Machtkonstellationen, in den Lebenschancen und Lebensentwürfen außer Acht lässt. Es ist also notwendig sich auch mit Differenzen auseinanderzusetzen – und zwar in neuer Weise, weil auch in diesem Punkt Selbstverständlichkeiten brüchig geworden sind.

2.1 Geschlechterdifferenz im Lichte der Gender-Theorien

Sowohl in den empirischen Sozialwissenschaften als auch in der Sozialmedizin und in feministischen Analysen war bis in die 1990er Jahre, wenn von Geschlecht die Rede war, immer eine irgendwie geartete Zweigeschlechtlichkeit als Vorstellung präsent. Am differenziertesten ging noch die feministische Theorie mit der Kategorie „Geschlecht“ um. Sex (als körperlich-anatomisches Geschlecht) wurde von gender (als soziokulturellem Geschlecht) unterschieden und vor allem das zweite wurde skandalisiert. Die Analysen, die von Judith Butler (1990) angeregt worden sind, zeigen jedoch, dass die Annahme einer gegebenen Zweigeschlechtlichkeit selbst Teil des skandalisierten Problems war – auch die sex/gender-Unterscheidung teilt noch das, was bei Butler „heterosexuelle Matrix“ heißt, einen quasi immer mitlaufenden Text, der Mann und Frau (als heterosexuell Begehrende) zur Normalität erklärt, gemessen an der alles andere zur Abweichung wird.

Gender ist die Kategorie, die seitdem für das Programm einer kritischen Analyse der Machtstrukturen steht, die mit jeder Kategorisierung von Geschlecht verbunden sind. Im Lichte dieser Kritik muss ein Konzept wie „Frauengesundheit“ in mehrfacher Hinsicht als problematisch gelten – unterstellt es doch einen beschreibbaren Gegenstandsbereich „Frauengesundheit“ (eine Vorstellung von gesunder Sexualität eingeschlossen) sowie eine als „Frauen“ benennbare Zielgruppe. In allen drei Hinsichten produziert das Konzept Verengungen, Schließungen und Ausschlüsse und wirft Fragen auf. Wir müssen uns fragen lassen:

- Von welchem Frauenkörper ist die Rede (genetisches Geschlecht? Geschlechtsidentität? Sexuelle Orientierung?) ? (12)
- Was grenzt diesen Frauenkörper vom männlichen Körper ab? Was vom intersexuellen Körper?
- Ist Frauengesundheit eine heterosexuelle? Eine gebärende?
- Führt eine transgender Identität zu chirurgischen Anpassungspraxen?

- An welche Lebensstile ist Gesundheit gebunden?
- Ist die ästhetische Gestaltung des eigenen Körpers (Tätowierung und Schönheitschirurgie) Selbstverletzung oder weibliches Selbstbestimmungsrecht?
- Und – last not least – beteiligt man sich nicht an der Ungleichheit zwischen Männern und Frauen, wenn man Frauen zu einer eigenen Zielgruppe macht?

Sich diesen Fragen zu stellen, *bedeutet nicht* Frauengesundheitsarbeit auszusetzen, es bedeutet jedoch bei unterschiedlichen Themen und Arbeitsfeldern zu unterschiedlichen Entscheidungen und Haltungen zu kommen.

- Vielleicht ist es angemessen, von einer weiblichen Anatomie auszugehen und dennoch Gestaltung zuzulassen bzw. die Vorstellung einer körperlich vorgegebenen Geschlechtsidentität aufzugeben.
- Vielleicht ist die Gesundheit weiblicher Menschen heute in weniger oder anderen Bereichen anders als die von männlichen Menschen?
- Vielleicht enthält die Ausstattung mit materiellen Ressourcen und Bildung heute in manchen Feldern der Gesundheitsversorgung eine gravierendere Differenz als die Personenstandszuordnung männlich/weiblich?
- Und – vielleicht sind all diese kulturell gebundenen Fragen immer dann außer Kraft gesetzt, wenn die Verrohung, die mit Kriegshandlungen einhergeht, sexuelle Gewalt gegen Frauen zu einer Waffe macht?

2.2 kulturelle und soziale Unterschiede

Differenz umfasst in der heutigen Diskussion nicht nur die Differenzen, die mit der Gender-Kategorie angesprochen sind. Und auch das ist natürlich nichts völlig Neues: Dass Patientinnen unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben, unterschiedlich mit Ressourcen ausgestattet sind und verschiedene Vorstellungen darüber haben, was Gesundheit für sie jeweils bedeutet, ist für die professionelle Arbeit im Gesundheitsbereich genauso wenig eine Neuigkeit, wie die Unterschiedlichkeit unter den Kolleginnen. Menschen sind individuell und damit verschieden, Frauen unterscheiden sich nicht nur von Männern, sondern auch untereinander. In diese Selbstverständlichkeiten jedoch ist Bewegung geraten, Differenzen scheinen weniger gut fassbar zu sein, von Vielfalt ist die Rede und in manchen Kliniken wird ein Diversity-Management eingeführt. Worum geht es dabei?

Wenn in der Gesundheitsversorgung und in der psychosozialen Arbeit die Unterschiede von Kultur und Milieu mitgedacht werden, werden häufig klare Zugehörigkeiten (zu einer religiösen Gemeinde, einem Milieu oder einer Schicht) unterstellt und diese Zugehörigkeiten werden als Besonderheiten bzw. Abweichungen von einer irgendwie vorausgesetzten Mehrheitskultur verstanden. In diesem Punkt haben poststrukturalistische bzw. dekonstruktive Ansätze unsere Sicht ziemlich verändert. Wir wissen heute, dass jede Subjektposition – auch die der verantwortungsvollen Medizinerin und der gendersensiblen Psychotherapeutin – in Machtverhältnisse eingebunden ist und Machtpraktiken einschließt. Dies macht misstrauisch gegenüber unterstellter Homogenität und Normalität, die im Verdacht stehen, Machtverhältnisse zu verdecken. Die Kulturalisierung der sozial „Anderen“ – z.B. im Bild der türkischen Migrantin – ist eine solche Verdeckungsstrategie, ebenso die Nicht-Thematisierung von „Weißsein“ – wenn wir den Phänotyp europäischer Weißer als „normal“ voraussetzen und die Effekte der Rassenpolitik des 20. Jh. und die koloniale Vorgeschichte

heutiger Migrations- und Konfliktverläufe ausblenden. „Differenz“ (13) steht in der aktuellen Diskussion für die Notwendigkeit, jede als bedeutsam erfahrene Unterschiedlichkeit reflexiv zu verstehen und auf die darin eingebundenen Machtverhältnisse hin zu untersuchen.

Wie kann man mit einer solchen Anforderung umgehen? Wie lässt sich Differenz angemessen berücksichtigen, wenn Unterschiede gerade nicht als fest umrissene beschrieben werden können, ohne dass der oder die Andere unangemessen definiert und marginalisiert wird?

2.3 Intersektionalität in der Arbeit für Frauengesundheit

In der Forschung und der sozialen Praxis hat sich für die Beantwortung dieser Frage inzwischen das Konzept der „Intersektionalität“ etabliert. (14) Damit wird umschrieben, dass bei jeder konkreten Fragestellung, in jeder beschreibbaren sozialen Situation und bei allen Lebensentscheidungen mehrere Achsen der Lebenswirklichkeit bedeutsam werden und mehrere Aspekte der individuellen Identität angesprochen sind, dass sich aber wie bei Straßenkreuzungen immer auch bestimmen lässt, wie die einzelnen Strecken aufeinander treffen und welche Richtung, welcher Weg an diesem Punkt das Geschehen möglicherweise fokussiert.

Was bedeutet dies für die Frauengesundheitsarbeit? Es gibt nach wie vor gute Gründe dafür, sich mit der Gesundheit von Frauen als einer spezifischen Zielgruppe zu beschäftigen, und zwar nicht nur, weil es medizinisch relevante Unterschiede zwischen männlichen, weiblichen und intersexuellen Körpern gibt. Allerdings – es lohnt neu darüber nachzudenken, warum und für welche Bereiche der Gesundheitsversorgung der Gender-Zugang als zentraler Fokus zu gelten hat. Bei der Arbeit mit anorektischen Kindern und Jugendlichen scheint Gender nicht immer der entscheidende Fokus zu sein. In der Gesundheitsversorgung von Wohnungslosen dagegen gewinnt die Gender-Perspektive zunehmend an Bedeutung. Und auch da, wo Gender im Schnittpunkt von sozialen Lebensbedingungen, kultureller Bindung und individuellen Potenzialen zum ausschlaggebenden Fokus wird, gilt es den Blick frei zu halten für die Bedeutung auch der Wege und Spuren, die gerade nicht im Fokus stehen.

3. Nachdenken über Inklusion

Viele Einzelpunkte der bis hierhin formulierten Überlegungen enthalten bereits Hinweise darauf, dass die lange gepflegte Vorstellung von Integration – der „Frauen“ (ins Arbeitsleben z.B.), der „Behinderten“ (in die Lebenswelt), der „Migranten“ (in die Gesellschaft) weder Gerechtigkeitsforderungen noch dem aktuellen Stand des Wissens über Differenz angemessen ist. Integration nimmt immer die einzelne Person, Gruppe oder Gesellschaft in den Blick, wodurch sich auch die zu leistende Integrationsanstrengung meist auf diese verschiebt. Inklusion dreht die Anstrengungszumutung um: Es ist die Gesellschaft und es sind die gesellschaftlichen Institutionen, die dafür sorgen sollen, dass Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen nicht ausgeschlossen bzw. in Sondereinrichtungen untergebracht werden, sondern am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Als UN-Konvention mit bindender Wirkung für die unterzeichnenden Staaten ist das Inklusionskonzept bisher für Menschen mit Behinderungen verabschiedet worden (vgl. UNO 2008). Hier liegen Herausforderungen, nicht nur für die Bildungseinrichtungen und den Bereich der (politischen) Öffentlichkeit, sondern auch für den Gesundheitssektor. Und dies sowohl hinsichtlich von vorhandenen Einschränkungen der Zugänglichkeit und Versorgungsoffenheit als auch in der Notwendigkeit einzelne medizinische Maßnahmen und Eingriffe zu überdenken. (15)

In einer globalen Perspektive könnte das Konzept der Inklusion in Zukunft auch für andere Formen von Teilhabe-Einschränkungen Bedeutung gewinnen – das aber ist vielleicht Thema (16) eines weiteren Vortrags.

Anmerkungen:

- (1) Für den engeren Bereich von medizinischer und psychosozialer Versorgung s. Rose 1998; Brändli, Lüthi & Spuhler 2009; Eberfeld & Otto 2009.
- (2) S. hierzu exemplarisch für eine sehr differenziert geführte Debatte Hark 1996
- (3) Diese Diskussion durchkreuzt alle binären Geschlechterbilder in sehr grundsätzlicher Weise. S. z.B. Halberstam 2005.
- (4) Viele Konzepte globaler Friedenspolitik, die Initiativen der UNO sowie die nationalen Programme der Entwicklungshilfe gehen von einer Weltordnung aus, in der aus Kolonien und besetzten Regionen selbstständige Staaten geworden sind. Das Ende des Kolonialismus bedeutet aber nicht das Ende entsprechender Hierarchien und Herrschaftsstrukturen. Postkoloniale Theorien formulieren eine radikale Kritik an der Ausblendung der durch koloniale Strukturen hervorgerufenen Asymmetrien. Vgl. Castro Varela & Dhawan 2005.
- (5) einem Land mit langer Migrationsgeschichte und langer Geschichte von Rassismus, der aber anders als der deutsche Rassismus die „Anderen“ nicht auszulöschen versucht hat.
- (6) Vgl. die auch für die deutsche Debatte wirksam gewordenen Publikationen von bell hooks (1989) und
- (7) Vgl. hierzu Großmaß 2010.
- (8) Zur heutigen philosophischen Debatte über Gerechtigkeit als Grundlage von Rechtsstaatlichkeit vgl. z.B. Rawls 2003; zur „sozialen Gerechtigkeit“ vgl. z.B. Miller 2008
- (9) Dies ist eine Kurzfassung. Nussbaum hat diese Fähigkeit in mehrfach beschrieben und ausformuliert (vgl. Nussbaum 1999; 2010). Zur aktuellsten Fassung s. Nussbaum 2010: 112-114.
- (10) Martha Nussbaum setzt sich in „Grenzen der Gerechtigkeit“ (Nussbaum 2010) selbst mit Problembereichen auseinander, die aktuell in den Blick kommen und mitnichten als gelöst gelten können: die Einbeziehung eingeschränkter Menschen (157-199; 218-309), die Ausdehnung des auf Nationalstaaten bezogenen Konzeptes auf „Weltgemeinschaft“ (352-362; 376-399); die Einbeziehung von Tieren in die Gerechtigkeitskonzeption (471- 503).
- (11) Zu möglichen ethischen Folgerungen aus dieser menschlichen Gemeinsamkeit, die hier nicht explizit ausgearbeitet werden kann, s. Butler 2004.
- (12) Vgl. hierzu theoretische vertiefend Halberstam 2005; Villa 2006.
- (13) Bei Derrida mit dem Kunstwort „différance“ gefasst.
- (14) s. hierzu: Winker & Degele (2009).
- (15) Deutlich geworden sind die damit verbundenen Irritationen bereits für die Behandlung Nicht-Hörender mit technischen Implantaten.
- (16) Zu denken ist z.B. an die Inklusion postkolonial marginalisierter Subjekte.

Literatur:

- Arendt, Hannah (1949): Es gibt nur ein einziges Menschenrecht. In: Die Wandlung, 4. Jg., Herbstheft 1949, Dezember 1949, S. 754-770. Übernommen aus: HannahArendt.net <http://www.hannaharendt.net/index.php/han/article/view/154/274> [19.3.2013]
- Brändli, Sibylle; Lüthi, Barbara; Spuhler, Gregor (Hg.) (2009): Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie der 19. Und 20. Jahrhunderts. Frankfurt: Campus
- Butler, Judith (1990): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt: Suhrkamp
- Butler, Judith (2004): Precarious Life – The Powers of Mourning and Violence. London & New York: Verso [dt. 2005 "Gefährdetes Leben". Frankfurt: Suhrkamp]
- Castro Varela, Maria do Mar & Dhawan, Nikita (2005): Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung. Bielefeld: transcript
- Eberfeld, Jens & Otto, Marcus (Hg.) (2009): Das schöne Selbst. Zur Genealogie des modernen Subjekts zwischen Ethik und Ästhetik. Bielefeld: transcript
- Fraser, Nancy (2001): Die halbierte Gerechtigkeit - Schlüsselbegriffe des postindustriellen Sozialstaats. Frankfurt am Main, Suhrkamp
- Fraser, Nancy & Honneth, Axel (2003): Umverteilung oder Anerkennung? Eine politischphilosophische Kontroverse. Frankfurt: Suhrkamp
- Großmaß, Ruth (2010): Justice versus Care – A Dilemma of Ethics. In: Zvirsek, Darja,
- Rommelspacher, Birgit & Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.) Ethical Dilemmas in Social Work. Ljubljana: University Ljubljana, 25-38
- Halberstam, Judith (2005): In a Queer Time and Place: Transgender Bodies, Subcultural Lives. New York & London: New York University Press
- Hark, Sabine (1996): Deviante Subjekte. Die paradoxe Politik der Identität. Opladen: Leske + Budrich
- Honneth, Axel (2003): Unsichtbarkeit. Über die Epistemologie von „Anerkennung“. In: Ders. Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität. Frankfurt: Suhrkamp; 10-27
- hooks, bell (1989): Talking back – thinking feminist * thinking black. Cambridge: south end press
- Miller, David (2008): Grundsätze sozialer Gerechtigkeit. Frankfurt & New York: Campus
- Nussbaum, Martha (1999): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Nussbaum, Martha (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Berlin: Suhrkamp
- Nussbaum, Martha & Sen, Armatya (Hrsg.) (1993): The Quality of Life Oxford: Clarendon Press
- Rawls, John (2003): Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf. Frankfurt: Suhrkamp
- Rose, Nikolas (1998): Inventing our selves. Psychology, power and personhood. Cambridge: University Press
UNO (2008): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Online unter:
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDFPublikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile
- Villa, Paula-Irene (2006): Sexy Bodies – eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper. Wiesbaden: VS
- Winker, Gabriele & Degele, Nina. (2009): Intersektionalität. Bielefeld: transcript