

5. Methodologie und Aufbau des Forschungsprojekts

5.1 Selbstpositionierung

Bevor ich den Aufbau des Forschungsprojekts darstelle, zeige ich meine Positionierung im Feld auf und reflektiere, welche Auswirkungen diese hat. Ich beschreibe mich selbst als queer und habe heteronormative Marginalisierung in- und außerhalb der Medizin erlebt, darunter auch einige der Situationen, über die ich in dieser Arbeit schreibe. Zwischen 2008 und 2012 war ich ab und an im Patient*innenbegleitedienst¹ in einem Klinikum tätig und dabei u. a. klinische Arbeitsabläufe und Hierarchien erlebt sowie einen professionalisierten Kontakt zu Patient*innen erlernt. Außerdem habe ich während der Arbeit an meiner Dissertation einen Kurs in Anatomie und Physiologie des Menschen belegt und daher u. a. ein Grundverständnis für medizinische Terminologie. Das privilegiert mich in der Interaktion mit Ärzt*innen, die mich auch meistens deswegen ernst nehmen, weil ich weiß bin und einen hohen Bildungsabschluss habe.

Ich bin durch meine Biographie, mein persönliches Umfeld, meinen queeren Aktivismus, meinen Beruf und meine wissenschaftliche Arbeit mit dem Themenkomplex sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt vertraut. Ich verfolge und involviere mich in queere Diskurse. Meine Ausbildung in der Geschlechterforschung und mein queeres Erfahrungswissen kann ich strategisch nutzen, wodurch ich z. B. spezifische Narrative erkenne und analysieren kann. Als cis- und endogeschlechtliche Person, deren Frausein nie grundsätzlich in Frage gestellt wird, versuche ich, mir meine eigenen Privilegien innerhalb der queeren Community vor Augen zu führen und zu reflektieren. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit u. a. auf marginalisierten Existenzweisen innerhalb der queeren Community, wie Intergeschlechtlichkeit oder Asexualität. Ich achte darauf, wo dies möglich ist, Literatur zu verwenden, die explizit von queeren, besonders trans und inter* Personen geschrieben ist und aktivistische Standpunkte miteinbezieht. Queere Personen sind

1 Der Patient*innenbegleitedienst bringt u. a. Patient*innen von ihren Zimmern in den OP-Bereich oder zu verschiedenen Untersuchungen (z. B. Röntgen) und zurück.

in meinem Verständnis Expert*innen in eigener Sache und haben die Deutungshoheit über ihre Geschlechter, Sexualitäten, Beziehungen, Identitäten, Körper und Biographien. Ich verfolge mit dieser Arbeit auch das (durchaus normative) Ziel, die gesundheitliche Situation von queeren Menschen zu verbessern und Marginalisierung entgegenzuwirken.

Macht habe ich in diesem Forschungsprozess u. a. dadurch, dass ich den Gesprächsanlass für die Gruppendiskussionen schaffe, die Fragen stelle, in der Analyse inhaltliche Schwerpunkte setze und entscheide, wann ein Thema ausgeschöpft ist (vgl. Presser 2005, S. 2069). Ich bin mir der Gefahr bewusst, dass der Forschungsprozess durch meine Biographie sowie damit verbundene Vorannahmen und Überzeugungen beeinflusst und verzerrt werden kann. Um dem vorzubeugen, wurde meine Arbeit von zwei unterschiedlichen Forschungskolloquien mitbegleitet, die meine Konzeption, Datenerhebung und meine Interpretationen kritisch betrachteten. Zudem habe ich meine Forschungsfrage zwar anhand von Hypothesen entwickelt, aber gezielt ergebnisoffen gehalten, sodass ich im Forschungsprozess auch überrascht wurde und teilweise Ergebnisse erzielte, mit denen ich nicht gerechnet hatte.

5.2 Aufbau des Forschungsprojekts, Erkenntnisinteresse und Forschungsfragen

Mein Erkenntnisinteresse für meine Forschung leitet sich aus dem in Kapitel 3.6 beschriebenen schlechten gesundheitlichen Zustand und der schlechten gesundheitlichen Versorgung queerer Personen her. Ich will mit dieser Arbeit zeigen, wie Heteronormativität in der Medizin konkret aussieht, welche Formen sie annimmt und welche Auswirkungen das auf die Gesundheit queerer Personen haben kann. Der Gegenstand ist entsprechend die Medizin bzw. spezifisch Ärzt*innen im deutschen und schweizerischen Gesundheitssystem. Ich ziehe dabei keinen Vergleich zwischen den beiden Gesundheitssystemen, sondern betrachte sie wegen ihrer Gemeinsamkeiten zusammen. Für diese räumliche Eingrenzung habe ich mich entschieden, da im Gegensatz zu z. B. dem US-amerikanischen oder britischen Gesundheitssystem bisher kaum Forschung vorliegt. Wie in Kapitel 4.4 dargestellt, sind die Forschungsfragen für diese Arbeit:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der Medizin?
- Auf welchen Ebenen findet sich Heteronormativität in der Medizin? Wie materialisiert sich Heteronormativität in der Medizin?
- Welche Dimensionen von Heteronormativität zeigen sich in der Medizin und wie hängen diese zusammen?

- Welche Formen nimmt Heteronormativität in der Medizin an? Wie regiert Heteronormativität in der Medizin? Wie wird Heteronormativität in der Medizin aufrechterhalten?
- Wie geht die Medizin mit dem Phänomen sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt um?
- Welches Wissen existiert in der Medizin über Heteronormativität und über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt?
- Inwiefern finden sich Persistenz und Wandel von Heteronormativität in der Medizin?
- Wie wirkt sich Heteronormativität in der Medizin auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das gesundheitliche Handeln queerer Menschen aus?

In Bezug auf die *medizinische Wissensproduktion* untersuche ich exemplarisch den medizinischen Diskurs rund um Uterustransplantationen. Diese sind ein hochaktuelles Forschungsfeld (Beckmann et al. 2017), daher lässt sich an diesem Beispiel die aktuelle Konzeption von Geschlecht und Sexualität in der medizinischen Wissensproduktion gut nachvollziehen. Ich arbeite heraus, welche Vorstellungen von Geschlecht und Sexualität dieser Forschung zugrunde liegen, welche heteronormativen Vorannahmen Mediziner*innen über ihre Patient*innen treffen und welche Auswirkungen das hat. Dabei zeige ich u. a., wie die Forschung Frauen und Weiblichkeit durch das Transplantieren eines Uterus symbolisch und materiell herstellt.

In Bezug auf die *medizinische Lehre* untersuche ich exemplarisch Lehrmaterialien, die aktuell im Medizinstudium an vier Universitäten in Deutschland und der Schweiz eingesetzt werden. Dabei lässt sich analysieren, welche Rolle Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in der Vermittlung medizinischen Wissens spielen. Ich beschreibe, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt bzw. queere Patient*innen in den Lehrmaterialien dargestellt werden, welches Wissen in der Medizin über Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vorhanden ist und vermittelt wird und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan (Murphy 2016) in der Medizin ausgegangen werden kann.

In Bezug auf die *medizinische Behandlungspraxis* betrachte ich die Erlebnisse von asexuellen Patient*innen in der Medizin. Dabei lässt sich analysieren, welche Auswirkungen das erlernte heteronormative Wissen in der Medizin hat bzw. welche Rolle Heteronormativität und sexuelle und geschlechtlicher Vielfalt in der Anwendung von medizinischem Wissen spielen. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, was dieses Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung ggf. finden (müssen).

5.3 Die Qualitative Inhaltsanalyse als methodischer Überbau

Qualitative Inhaltsanalyse

Ich nutze die Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) in dieser Arbeit als methodischen Überbau. Sie wird in den einzelnen empirischen Kapiteln durch verschiedene Analyseheuristiken ergänzt. Bei Kuckartz' und Rädikers Methode handelt es sich um ein Verfahren, mit dem eine Vielfalt qualitativer Daten (darunter Gruppendiskussionen oder Dokumente) regelgeleitet erhoben und anschließend systematisch ausgewertet werden können. Dafür werden Kategorien definiert, Daten inhaltlich strukturiert und Zusammenhänge analysiert (qualitativeinhaltsanalyse.de 2023, o. S.). Kuckartz und Rädiker unterscheiden drei verschiedene Basisformen, wobei ich mich auf die inhaltlich-strukturierende Form stütze, mit der eine themenorientierte Auswertung möglich ist und bei der das Material in mehreren Kodierdurchläufen durchgesehen wird (Kuckartz und Rädiker 2022, 104–128). Bei Kuckartz und Rädiker wird keine bestimmte Samplingstrategie vorgegeben und eine Kombination aus deduktiven und induktiven Kodierungsstrategien ermöglicht (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 70–103; Kohlbrunn und Scheytt o. J., o. S.). Hierbei zeigt sich, dass das Verfahren flexibel eingesetzt und auf spezifische Forschungsfragen, Erkenntnisinteressen, Erhebungsmethoden sowie Analyseschwerpunkte angepasst werden kann. Daher ist dieses Verfahren als methodischer Überbau für diese Arbeit besonders gegenstandsangemessen, um die unterschiedlichen Facetten von Heteronormativität erfassen zu können. Die Orientierung an Kuckartz' und Rädikers Verfahren erlaubt mir, methodisch kontrolliert vorzugehen und gleichzeitig flexibel verschiedene Arten von Daten auszuwerten, also die unterschiedlichen Materialsorten in meinem Sample (s. u.) gegenstandsangemessen zu behandeln. Bei der Analyse in diesem Projekt arbeite ich computergestützt, wofür ich die Software MAXQDA nutze.² Sie wurde für die Arbeit mit dem Text eingesetzt, d. h. für das Markieren von Segmenten für die Analyse, das Verfassen von Memos, die Erstellung, Sortierung und Systematisierung des Kategoriensystems³ und das Kodieren.

Kategorien

Kuckartz' und Rädikers Verfahren basiert auf der Bildung von Kategorien, mit denen das Material kodiert wird (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 53–69). Die Kategorien haben einen abstrakten, klassifizierenden Charakter und sollen den Inhalt der jeweiligen Textstelle widerspiegeln. Aus diesem Grund stehen die deduktiv entwickelten Kategorien auch in enger Beziehung zu den Forschungsfragen (Kuckartz

2 QDA-Software schreibt keine bestimmte Auswertungsmethode vor.

3 In QDA-Software wird hierbei von »Codes« gesprochen.

und Rädiker 2022, S. 63). Kuckartz und Rädiker unterscheiden verschiedene Arten von Kategorien, wobei ich insbesondere zwei davon nutze: Thematische Kategorien sind aus dem Material generiert und folgen z. B. bei den Gruppendiskussionen der Schwerpunktsetzung der Gruppe (wie *Coming-Out-Strategien bei Ärzt*innen* in meiner Analyse der medizinischen Behandlungspraxis). Analytische Kategorien sind durch mein theoretisches Wissen über den Forschungsgegenstand informiert (wie *Unsichtbarkeit von Queerness/Null-Lehrplan* in meiner Analyse medizinischer Lehre) (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 56–57; vgl. Kohlbrunn und Scheytt o. J., o. S.).

Ablauf

Die inhaltlich-strukturierende Qualitative Inhaltsanalyse ist in sieben Schritte gegliedert. Kuckartz und Rädiker empfehlen einen kontrollierten Einstieg in die Analyse, wobei sich Ziele und Kontext der eigenen empirischen Untersuchung vor Augen geführt und Vorwissen und Vorannahmen reflektiert werden (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 118–119). Die sieben Schritte sind wie folgt (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 119–156):

Tabelle 1: Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker

Nr.	Schritt	Konkrete Aufgabe
1	Initiierende Textarbeit	Sichtung des Materials; Zusammenfassen des Materials; Reflexion und Dokumentation des Entstehungskontexts der Daten; Markierung wichtiger und auffälliger Textpassagen; Festhalten von Fragen und Gedanken in Memos
2	Entwicklung von Hauptkategorien	Bildung deduktiver Kategorien
3	Erster Kodierdurchgang	Sequenzielle Kodierung mit den gebildeten Kategorien
4	Induktive Bildung von Subkategorien	Ausdifferenzierung, Systematisierung und Ordnung des
5	Zweiter Kodierdurchgang	Neukodierung mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem
6	Einfache und komplexe Analysen	Analyse der Hauptkategorien
7	Verschriftlichung und Dokumentation	Systematisierung und Verschriftlichung der Analyseergebnisse

Anwendung

In meiner Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse muss ich das Verfahren an einigen Stellen leicht anpassen (s. u.). Für alle drei Analyseverfahren in dieser Arbeit stelle ich zunächst deduktiv, d. h. forschungsstand- bzw. theoriegeleitet, Kategorien auf. Diese wurden jedoch im Forschungsprozess induktiv erweitert, d. h. präzisiert und modifiziert. Außerdem formuliere ich zu jedem Analyseverfahren spezifische Unterfragen, die meine Analyse leiten. Diese Fragen sind gleichzeitig auch Ausgang für meine deduktive Kategorienbildung.

5.4 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion

Um herauszuarbeiten zu können, wie Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion wirkt, führe ich eine kritische feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009) medizinischer Papers am Beispiel von Uterustransplantationen durch. Auf der Ebene der medizinischen Wissensproduktion geht es um jenes Wissen, das in der Medizin aktuell geschaffen wird. Ich analysiere dazu den Diskursstrang von medizinischen Journal-Artikeln zu Uterustransplantationen, da sich dort neuste Erkenntnisse und Entwicklungen finden. Medizinische Journals erfüllen eine wichtige Aufgabe für die Disziplin, da Ärzt*innen sich regelmäßig über neue Entwicklungen in ihrer Disziplin informieren müssen (Taylor 2005, S. 8).

5.4.1 Analyseheuristik

Ich nutze als Analyseheuristik die Kritische Feministische Diskursstranganalyse (Keller 2004; Lazar 2007a; Fairclough und Wodak 2009), die auf Michel Foucaults Diskursbegriff⁴ aufbaut. Das vergleichsweise offene Verfahren einer Diskursanalyse wurde mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) für ein regelgeleitetes Vorgehen kombiniert.

Diskurse

Allgemein lassen sich Diskurse als »Formen und Regeln öffentlichen Denkens, Argumentierens und begründungsnotwendigen Handelns als Grundprinzipien von Gesellschaftlichkeit« definieren (Kaschuba 2012, S. 235). Diskurse finden im

4 Michel Foucaults Definition des Diskurses ist nicht statisch, sondern verändert sich im Lauf seines Werks.

Rahmen von Wissensordnungen und Wertehorizonten statt und regulieren gesellschaftliche Wissenssysteme und -zugänge: Sie sind »wirmächtige Wissensformen und (Macht-)Praktiken, die nicht nur den semantischen und symbolischen Rahmen für die Repräsentation von Aussagen und Dingen schaffen, sondern dem, was sie benennen, Realität verleihen« (Bublitz 2019, S. 371). Dies ist wichtig, denn Foucault fokussiert sich vor allem auf die Prozesse der Wissensproduktion (Jäger 2015, S. 23). Die Frage, die Foucault stellt, ist: »Wie kommt es, daß eine bestimmte Aussage erschienen ist und keine andere an ihrer Stelle?«⁵ (Foucault 1981, S. 42). Für Foucault steht damit die Ordnung des Diskurses im Vordergrund; er fragt nach den politischen Regeln und institutionellen Bühnen, auf denen gesellschaftlich diskutiert wird:

»Ich setze voraus, daß in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und die Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen« (Foucault 1991, S. 10–11).

Wissenschaftliche Disziplinen wie die Medizin (Foucault 1991, S. 22) kontrollieren⁶ Diskurse, d. h. sie bestimmen, was für die Entstehung neuer Aussagen erforderlich ist (bspw. die Verwendung bestimmter Begrifflichkeiten oder Denkfiguren) (Foucault 1991, S. 17–25; vgl. Fleck 1980 [1935]).

Wie gerade in Diskursen um Uterustransplantationen sichtbar werden wird, konstituieren Diskurse Materialität, da sich Diskursives und Materielles miteinander verschränken (Bublitz 2019, S. 371; vgl. Maihofer 1997). Judith Butler denke Foucaults Überlegungen weiter, so Bublitz, insbesondere mit einem Fokus auf die Performativität von Sprechakten (Bublitz 2003, S. 14):

»Butler geht davon aus, dass es im wiederholten Zitieren einer Norm, sozusagen nach dem Muster der ›Stillen Post‹, durch Verfehlen der Norm immer wieder zu Verschiebungen kommt. Es sind diese Verfehlungen ritualisierter Wiederholungen normativer Zwänge, die Butler zugleich als Bedingungen ihrer Subversion ausmacht« (Bublitz 2003, S. 102).

Gerade diese Sprechakte sind für die Erforschung von Geschlechternormen bei Uterustransplantationsstudien von Bedeutung, denn: Wie wird hier materiell und

5 In dieser Frage werden implizit Ausschlüsse und Grenzziehungen in- und außerhalb von Diskursen, z. B. im Hinblick auf Verbote und Tabus thematisiert (Foucault 1991, S. 11–17).

6 Hieran erkennt man bereits, dass Diskurse ritualisiert sind, d. h. dass die Qualifikation der Sprecher*innen eine wichtige Rolle in Bezug auf ihre Äußerungsmöglichkeiten spielt (Foucault 1991, S. 25–30).

sprachlich Geschlecht – ganz besonders Weiblichkeit – hervorgebracht? Wie werden Subjekte, um an Kapitel 2.2 dieser Arbeit anzuschließen, mithilfe von Diskursen intelligibel?

Diskursstranganalyse

Ich analysiere hier nicht den gesamten Diskurs zu Uterustransplantationen, sondern nur den medizinischen Diskursstrang.⁷ Ein *Diskursstrang* ist zusammengesetzt aus einzelnen *Diskursfragmenten* (Jäger 2015, S. 80). Im Fall dieser Arbeit ist ein Diskursfragment ein wissenschaftlicher Aufsatz, der zu Uterustransplantationen veröffentlicht wurde. Nach Siegfried Jäger ist ein Diskursstrang ein einheitlicher Diskursverlauf, d. h. ein synchroner oder diachroner Schnitt durch einen Diskurs (Jäger o. J., o. S.). Die verschiedenen Diskursfragmente, die »nach dem selben [sic!] Muster oder Regelsystem gebildet worden sind« (Keller 2004, S. 44), bilden einen intertextuellen Zusammenhang (Keller 2004, S. 24). Diskurs(-strang-)analysen sind nicht-standardisierte Forschungsansätze, die der Sprachwissenschaftler Siegfried Jäger folgendermaßen definiert:

»[Die] Diskursanalyse erfasst *das jeweils Sagbare* in seiner qualitativen Bandbreite und in seiner Häufung bzw. allen Aussagen, die in einer bestimmten Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit geäußert werden (können), aber auch die Strategien, mit denen das *Feld des Sagbaren* ausgeweitet oder auch eingeengt wird, etwa Verleumdungsstrategien, Relativierungsstrategien Enttabuisierungsstrategien etc.« (Jäger 2001, S. 83–84 [HiO]).

Bei einer Diskursanalyse geht es also darum, »herauszufinden, was als jeweiliges Wissen mit dem Anspruch, wahr zu sein, [...] kursiert oder gar behauptet absolut und objektiv wahr zu sein« (Jäger 2015, S. 12 [HiO]). Das Ziel ist die systematische Rekonstruktion kollektiver Wissensordnungen und -praktiken und ihrer zugrundeliegenden inneren Organisation sowie die Analyse der Wechselwirkungen zwischen Diskurs und Institutionen bzw. Kollektiven, die Analyse der Ermöglichung von Machtwirkungen, Identitätsstiftungen und sozialen Prozessen (Diaz-Bone 2017, S. 131–132). Die Foucaultsche Diskursanalyse fragt nach den vermeintlichen Wahrheiten, die gerade in wissenschaftlichen Diskursen konstruiert werden. Dazu werden Regelwerke und Diskurspraktiken untersucht, die von Machtstrukturen durchsetzt sind. Diese zugrundeliegenden Machtstrukturen sind den Akteur*innen größtenteils unbewusst, sodass die Diskursanalyse zugleich auch eine Kulturanalyse darstellt (Thomas 2009, S. 62–64). So schreibt auch Siegfried Jäger: »Diskurse

7 Die Methodik von Diskursstranganalysen ist gleich wie die von Diskursanalysen, es muss nur bedacht werden, dass hier eben nur ein Strang eines größeren Diskurses analysiert wird.

üben als ›Träger‹ von (jeweils gültigem) ›Wissen‹ Macht aus; sie selbst sind ein Machtfaktor, indem sie geeignet sind, Verhalten und (andere) Diskurse zu induzieren« (Jäger 2001, S. 86 [HiO]). Und weiter: »Diskurse üben Macht aus, da sie Wissen transportieren, das kollektives und individuelles Bewußtsein speist. Dieses zustande kommende Wissen ist die Grundlage für individuelles und kollektives Handeln und die Gestaltung von Wirklichkeit« (Jäger 2001, S. 87). Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Produktion von Normalität, Natürlichkeit, Selbstverständlichkeit usw. durch Diskurse, d. h. die Regulationsmacht, die bspw. durch die Medizin wirkt – wie die Unterscheidung zwischen *krank* und *gesund* (Jäger 2015, S. 53). Diese sollen sowohl durch die Diskursanalyse freigelegt als auch erschüttert bzw. dekonstruiert werden (Langer et al. 2019, S. 7).

(Feministische) Kritische Diskursanalyse⁸

Ich nutze für diese Arbeit spezifisch das Verfahren der kritischen Diskursanalyse. Dabei handelt es sich um eine interdisziplinäre Methodik, die soziale Probleme aufgreift und Machtbeziehungen (sowohl innerhalb des Diskurses als auch in seinen Entstehungsbedingungen) analysiert (Keller 2004, S. 29). Die Sprachwissenschaftler*innen Norman Fairclough und Ruth Wodak definieren die kritische Diskursanalyse (KDA) als die Analyse von »real and often extended instances of social interaction which take a linguistic form. The critical approach is distinctive in its view of (a) the relationship between language and society, and (b) the relationship between analysis and the practices analyzed« (Fairclough und Wodak 2009, S. 258). Diskurse

-
- 8 Der Politikwissenschaftler Martin Nonhoff kritisiert die KDA: »Die Diagnose, dass die Probleme mit Herrschaftsverhältnissen zusammenhängen [...] ist immer schon getätigt. Die Werte, auf denen die Kritik beruht, gehen der Analyse einerseits voraus; andererseits ist nirgends von einer Rückwirkung der Analyse auf die Werte die Rede. [...] Die Position derjenigen, die aufklären, derjenigen über die aufgeklärt wird und derjenigen, die aufgeklärt werden, stehen schon vorab fest; in anderen Worten sind die Subjektpositionen im Sprachspiel der Kritik immer schon besetzt« (Nonhoff 2019, S. 20). Um dieses Dilemma zu lösen, schlägt Nonhoff zwei methodologische Standards vor: *Erstens*, dass die Diskursanalyse keinen beliebigen Zugang zu ihren Gegenständen wählen darf, sondern die Generierung des Wissens miteinbeziehen muss und *zweitens*, dass der Blick auf die Sinnverhältnisse mit dem Arrangement von Machtverhältnissen kombiniert werden muss (Nonhoff 2019, 30–31). In dieser Analyse wird mein Fokus auch auf den Entstehungsbedingungen der jeweiligen Forschungsergebnisse liegen und z. B. miteinbeziehen, welchen institutionellen, disziplinären und sozialen Zwängen und Machtverhältnissen Ärzt*innen bei der Generierung ihres Wissens unterliegen. Damit versuche ich auch, aus meiner queerfeministischen, sozialwissenschaftlichen und in Bezug auf medizinisches und klinisches Wissen lai*innenhaften Position Verständnis für die Motivationen, Entscheidungen und Haltungen der Forschenden aufzubringen und diese als in verschiedene Machtverhältnisse komplex eingebundene Subjekte wahrzunehmen.

werden hier als sozial konstituiert undstituierend gefasst – und KDA als Intervention in diese Prozesse (Fairclough und Wodak 2009, S. 258). Mit einer kritischen Diskursanalyse ist also zum einen verbunden, die Zusammenhänge von Wissen und Macht zu analysieren (Jäger 2001, S. 81) und beide als sozial positioniert zu betrachten (Jäger 2015, S. 33). Zum anderen ist »das Ziel eine[...] emanzipatorische[...] Aufklärung durch Praxiskritik und daran anschließende Verbesserungsvorschläge« (Keller 2004, S. 26; Fairclough und Wodak 2009, S. 259). Kurz gefasst kommt es der KDA nicht nur darauf an, die Machtstrukturen zu beschreiben, »sondern von einem normativen Standpunkt aus die diskursiven Strukturen und Strategien aufzudecken, die dabei helfen, ungleichheitserzeugenden und -erhaltenden Machtmissbrauch abzusichern« (Nonhoff 2019, S. 19). Fairclough und Wodak (2009, S. 268–279) stellen für die KDA 8 Prinzipien auf:

- (1) dass die kritische Diskursanalyse sich sozialer Probleme annimmt,
- (2) dass sie Macht- und Herrschaftsbeziehungen als diskursiv auffasst und analysiert,
- (3) dass unter der Annahme gearbeitet wird, dass Diskurse die Gesellschaft und Kultur konstituieren,
- (4) dass sie Diskurse als ideologisch (d. h. soziale Ungleichheiten tradierend) konzipiert,
- (5) dass sie anerkennt, dass Diskurse einen historischen Kontext haben,
- (6) dass sie Text und Gesellschaft in einem komplexen Verhältnis zueinander konzipiert,
- (7) dass die Diskursanalyse interpretativ und erklärend arbeitet und
- (8) dass sie Diskurse als eine Form sozialen Handelns anerkennt.

Michelle Lazar entwickelt den Begriff der feministischen kritischen Diskursanalyse. Mit dieser Form der KDA sollen die immer subtileren asymmetrischen Machtbeziehungen zwischen den Geschlechtern sowie Geschlechterideologien analysiert werden – und zwar aus einer explizit feministischen Perspektive (Lazar 2007b, S. 1–4). Ziel ist es, die Diskurse kritisch zu analysieren, die eine patriarchale Ordnung aufrechterhalten (Lazar 2007b, S. 5).

Vorgehen

Für meine konkrete Analyse des Diskursstranges der medizinischen Papers stütze ich mich vor allem auf Jäger (2001, 2015), aber auch auf Keller (2004), Fairclough und Wodak (2009), McGee (2011) und Diaz-Bone (2017). Für die Feinanalyse verwende ich außerdem die Metaphernanalyse nach Lakoff/Johnson (2014 [1998]) in der Operationalisierung von Schmieder (2007). Nach der Zusammenstellung des Korpus und vorbereitenden Arbeiten (wie das Nachvollziehen des Forschungsstands)

erfolgt eine Strukturanalyse der Diskursfragmente, d. h. eine Beleuchtung des institutionellen Kontextes, eine Zusammenfassung des Inhalts und eine Analyse der Textoberfläche. Darauf aufbauend verfasse ich eine Charakterisierung des Diskursstrangs, z. B. im Hinblick auf Träger*innen und Adressat*innen. Anschließend wird der Korpus zwei Mal kodiert, zuerst induktiv, bevor in einem zweiten Durchgang aus den Forschungsfragen deduktiv Codes abgeleitet werden und damit das Material nochmals kodiert wird. Eine anschließende Feinanalyse, bei der ich mich vor allem auf die linguistische Ausrichtung der kritischen Diskursanalyse beziehe, deckt u. a. die Untersuchung folgender Aspekte ab: Argumentationslinien, z. B. die Begründung der Notwendigkeit von Uterustransplantationen; Implikate, z. B. wie Geschlecht konzipiert und definiert wird; Metaphern und Vergleiche und Sprechakte, z. B. in Bezug auf die Versprachlichung von Geschlecht.

Limitationen des Zugangs

Da sich meine Analyse exemplarisch auf einen einzigen Diskursstrang bezieht, kommen andere Diskurse und Diskursstränge, an denen die Medizin beteiligt ist, nicht in den Blick. Diese könnten sich im Hinblick auf ihren Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt deutlich anders verhalten. In meiner Analyse wird außerdem nur sichtbar, was die Forscher*innen in diesem Feld beschlossen haben, zu publizieren – unpublizierte oder nach der Durchführung meiner Analyse publizierte Ergebnisse können nicht aufgenommen werden. Alle Informationen über die Durchführung, das Verhältnis zwischen Forscher*innen und Uterus-Spender*innen und Empfänger*innen usw. können nur über das erfasst werden, was die Forscher*innen in den Artikeln preisgeben und wie sie es darstellen.

Leitende Fragen für die Analyse

In meiner Analyse des medizinischen Diskursstrangs zu Uterustransplantationen interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Wissensproduktion?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität, Beziehungen und Familie in der medizinischen Wissensproduktion konzipiert und verhandelt?
- Wie wird in der medizinischen Wissensproduktion mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt umgegangen?
- Wie wird das queerende Potential von Uterustransplantationen verhandelt?

5.4.2 Sampling und Korpus

Sampling

Der Korpus für meine Analyse medizinischer Wissensproduktion besteht aus 26 medizinischen und medizinethischen Fachartikeln, deren Hauptthema Uterustransplantationen sind. Kriterien für die Aufnahme in den Korpus sind: Die Studie muss zwischen 2010 und 2020 in einem medizinischen oder medizinethischen Fachjournal auf Deutsch oder Englisch erschienen sein und Menschen als Objekte ihrer Forschung haben. Die zeitliche Eingrenzung treffe ich vor allem deswegen, um aktuelle Diskurse abbilden zu können. Außerdem wurden Artikel ausgeschlossen, die sich auf eine Totspende von Uteri konzentrierten, da aktuell die Anwendung der Lebendspende dominiert. Aufgrund der benötigten Korpusgröße wurden auch Artikel verwendet, die sich auf andere Regionen als Deutschland und die Schweiz beziehen. Gefunden wurden diese Artikel über eine Auswertung des *American Journal of Transplantation* und *Fertility&Sterility*, über eine systematische Recherche über PubMed⁹ und über ein weiterführendes Schneeballsystem. Nach der Strukturanalyse von 26 Artikeln war das Kategoriensystem gesättigt, sodass in den Korpus keine weiteren Artikel aufgenommen wurden.

Beschreibung des Korpus

An dieser Stelle erfolgt keine Zusammenfassung der einzelnen Diskursfragmente, da die genauen Ziele und Ansätze der Forschungsarbeiten (wie z. B. robotergestützte Operationstechniken) für meine Arbeit nicht von Interesse sind. Stattdessen sind u. a. die verwendeten Begründungen und Kriterien für den Einschluss oder Ausschluss von potentiellen Empfänger*innen relevant. Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Die Artikel sind vor allem den folgenden Textsorten zuzurechnen: Fallstudien, »Reviews, Berichte und Evaluationen, sowie ethische und rechtliche Analysen rund um Uterustransplantationen. Die Artikel sind in insgesamt 16 verschiedenen Journals erschienen, das am häufigsten vertretene Journal ist *Fertility&Sterility* mit fünf Artikeln.

5.5 Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Lehre

Für die *medizinische Lehre* untersuche ich die Lernplattform AMBOSS und einige der in den vier ausgewählten Medizinstudiengängen in Deutschland und der

9 Bei PubMed ergab eine Suche mit den Stichworten »uterus« und »transplant*« mit den genannten Kriterien 788 Resultate.

Schweiz eingesetzten Lehrbücher und Präsentationsfolien. Hierbei analysiere ich, welche impliziten und expliziten Lehrinhalte über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vermittelt werden, welches Wissen in der Medizin über Heteronormativität und sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt vorhanden ist und vermittelt wird und inwiefern von einem heimlich-heteronormativen Lehrplan in der Medizin (Murphy 2016) ausgegangen werden kann. Exemplarisch für die medizinische Lehre bzw. Wissensweitergabe analysiere ich also Lehrmaterialien, da diese eine Autoritätsfunktion für Studierende haben: Während das gesprochene Wort in einer Vorlesung (außer bei Aufzeichnungen) eher flüchtig und unvollständig im Gedächtnis bleibt, bleibt das geschriebene Wort (wie in Präsentationsfolien und Lehrbüchern) Studierenden erhalten und kann immer wieder konsultiert werden, z. B. in der Vor- und Nachbereitung von Lehrinhalten. Lehrbüchern kommt eine wichtige Funktion bei der Strukturierung, Repräsentation, Steuerung und Differenzierung von Lerninhalten zu (Fuchs und Henne 2019, S. 841). Sie bilden Wissen nicht einfach neutral ab, sondern produzieren einen Kanon von anerkanntem Wissen, je nachdem, welche Inhalte sie wie aufgreifen (Bittner 2011, S. 13; Höhne und Heerdegen 2018, S. 241). Lehrbücher werden auch als Mediatoren-Medium zwischen dem formellen und heimlichen Lehrplan gesehen (Fuchs und Henne 2019, S. 842) und können auch auf letzteren hin analysiert werden (Bittner 2011, S. 6–7).¹⁰

5.5.1 Analyseheuristik

Dokumentenanalyse

Für meine Analyse konzipiere ich Präsentationsfolien, Lehrbücher und E-Learning-Materialien als Dokumente.¹¹ Ich nehme eine inhaltlich strukturierende Qualitative Inhaltsanalyse verschiedener Dokumente vor,¹² da es bisher keine ausgearbeitete Methodik für die explizite Analyse von Lehrbüchern (Fuchs und Henne 2019, S. 853),

10 Außerdem muss immer bedacht werden, dass es sich bei Lehrbüchern um Waren handelt, die von kommerziellen Verlagen unter spezifischen ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen produziert und verlegt werden (Fuchs und Henne 2019, S. 843–844). Damit sind Verlage Organisationen der Diskursproduktion, die »das in Curricula festgehaltene ›kanonische Wissen‹ reproduzieren und zugleich auch verändern« (Fuchs und Henne 2019, S. 844).

11 Die Medienwissenschaftlerin Lisa Gitelman bezeichnet Dokumente als epistemische Objekte (2014, S. 1), die die soziale Autorität der herausgebenden Institutionen unterstreichen. Daher müssen Dokumente auch im Hinblick auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse analysiert werden (Gitelman 2014, S. 4–5).

12 Eine teilnehmende Beobachtung war aus mehreren Gründen (u. a. der Covid-19-Pandemie) nicht möglich.

Präsentationsfolien in der akademischen Lehre (Bläsi 2021) oder E-Learning-Materialien (Boyer Christiansen 2021) gibt. Dieser methodische Zugang erlaubt es mir, das Lehrmaterial systematisch zu erfassen und strukturiert zu analysieren, gleichzeitig kann ich es durch mikrolinguistische Analyseverfahren erweitern. Wie auch bei der Analyse der Artikel zu Uterustransplantationen handelt es sich bei den Lehrmaterialien um non-reaktive Daten, d. h. sie wurden nicht extra für und durch meine Forschung geschaffen. Forschungsgegenstand ist nicht der Inhalt des vermittelten Wissens, sondern die Konstruktion und Aufbereitung, die narrativen Strategien und diskursiven Brüche dieses Wissens (Fuchs und Henne 2019, S. 841).¹³ Das bedeutet, dass es mir in meiner Analyse darum geht, wie Wissen vermittelt wird, welche Metaphern der verwendeten Sprache zugrunde liegen und welche Implikationen dies für den späteren Umgang von Medizinstudierenden mit queeren Patient*innen hat.

Lehrbücher

Wie auch die Geschlechterforscherin Melanie Bittner in ihrer Analyse von Heteronormativität in Schulbüchern, lege ich den Fokus meiner Analyse auf die in den Lehrbüchern vermittelten Normen und Stereotypen bzw. auf Normierungen und Stereotypisierungen durch Lehrbücher. Sie sind laut Bittner »Konstruktionen und zugleich Konstrukteure sozialer Ordnungen und gesellschaftlichen Wissens« (Bittner 2011, S. 7). Wie bereits in Kapitel 3.4 ausgeführt, beziehe ich mich in dieser Arbeit auf die Konzeptionen Ludwik Flecks (1980 [1935]) zu Denkstilen. Fleck schreibt Lehr- und Handbüchern im Unterschied zu wissenschaftlichen Zeitschriften zu, dass dort Feststehendes und Bewiesenes, d. h. wissenschaftliche Tatsachen und Denkwänge abgebildet werden, bzw. dass sie Mitgliedern eines Denkkollektivs zeigen, welches Wissen von einer Disziplin als wahr anerkannt wird. Die Analyse von Hand- und Lehrbüchern kann also Aufschluss über den Denkstil eines Denkkollektivs geben (Fleck 1980 [1935]; Sabisch 2016).

Präsentationsfolien

Präsentationen sind und waren ein wichtiges Element naturwissenschaftlicher Wissensvermittlung seit Mitte des 19. Jahrhunderts, damals noch in Form von Dia-Vorträgen (Roux-Goupille 2021, S. 228), und sind auch heute noch Bestandteil des Medizinstudiums (Jeffries 2022, S. 45–46). Medizinstudierende favorisieren diese Art der Lehre u. a., weil sie ihnen erlaubt, sich während des Vortrags Notizen

13 Die Literaturwissenschaftlerin Christine Ott (2014, S. 256) verdeutlicht dies am Beispiel von Mathematik-Schulbüchern, wo in der Analyse nicht die Rechenoperationen im Zentrum stehen, sondern die Rahmung der Aufgaben.

zu machen und sich die Lehrinhalte besser zu merken (Larocque et al. 2015). In Vorlesungen werden häufig Präsentationsfolien verwendet, denn: »Specifically, lectures provide an efficient method for delivering substantial amounts of factual information to a large group of learners, can be effective at providing inspiration to further interest in a given subject, and can be recorded and made available to learners at a future date« (Babik und Luther 2020, S. 36).¹⁴ Interessant an Präsentationsfolien ist, dass sie, anders als Lehrbücher, zumeist von den Dozierenden selbst spezifisch für eine bestimmte Lerngruppe erstellt werden und dass keine anderen Instanzen, wie z. B. Verlage, im Spiel sind.

Die Lernplattform AMBOSS

Gerade durch die Covid-19-Pandemie und die damit verbundene Digitalisierung ist E-Learning nicht mehr aus der akademischen Lehre wegzudenken. Die bekannteste medizinische Lernplattform in Deutschland und der Schweiz ist die Lernplattform AMBOSS der Firma Miamed. Laut eigenen Angaben nutzen über 200.000 Mediziner*innen die Plattform (AMBOSS o. J.a, o. S.). AMBOSS stellt den Nutzer*innen eine digitale Lernkartenbibliothek und vergangene »IMPP-Fragen zur individuellen Prüfungsvorbereitung zur Verfügung (Kuhn et al. 2018). Sie wird also hauptsächlich von Studierenden genutzt, aktuell aber auch als Ressource für die Fort- und Weiterbildung praktizierender Mediziner*innen ausgebaut. Das Redaktionsteam besteht aus über 70 (Fach-)Ärzt*innen (AMBOSS o. J.k, o. S.). Wie Präsentationsfolien sind E-Learning-Formate, im Gegensatz zu Lehrbüchern, schnell und einfach aktualisierbar.

Durchführung

In meiner Durchführung halte ich mich an die Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse, wie in Kapitel 5.3 dargestellt. Nach der Auswahl und Begründung meines Forschungsgegenstands formuliere ich Erkenntnisinteresse, Vorannahmen und Vorwissen sowie erste übergeordnete Forschungsfragen für diese Analyse. Anschließend vollziehe ich den Forschungsstand zu medizinischer Lehre, Lehrbuchforschung und sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt in der Lehre nach. Ich erarbeite einen Analyseleitfaden und lege fest, welche Arten von Dokumenten ich analysiere. In Absprache mit Expert*innen (s. u.) stelle ich meinen Korpus zusammen. Anschließend verfasse ich eine Beschreibung des Diskurses, in den die Dokumente eingebunden sind und eine formale Beschreibung der Dokumente, z. B. im Hinblick auf ihre Gliederung und ihr intendiertes Publikum. Ich

14 Auch hier zeigt sich die Autoritätsfunktion des schriftlich festgehaltenen Lehrmaterials, das Studierende z. B. zur Wiederholung und Prüfungsvorbereitung konsultieren.

nutze in dieser Analyse deduktive Kategorien, die ich im nächsten Schritt festlege. Anschließend selektiere, sortiere und finalisiere ich meinen Korpus. In einem ersten Durchgang durch das Material mache ich mir Notizen, die dann dazu verwendet werden, meine Kategorien zu erweitern. Mit diesen Kategorien wird das Material danach zwei Mal kodiert. Um einen Eindruck von der Vermittlung expliziter Inhalte zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt sowie Heteronormativität zu bekommen, führe ich eine Analyse der Stichwortverzeichnisse der Lehrbücher und der Suchfunktion von AMBOSS durch. In einer Feinanalyse der codierten Segmente achte ich spezifisch auf die Grafiken, auf sprachlich-rhetorische Mittel wie Metaphern, Widersprüche oder Wertungen und auf die erkennbaren Denkstile. In einem nächsten Schritt clustere ich die Analyseergebnisse, um sie verschriftlichen zu können und beziehe meine Ergebnisse wieder auf mein Erkenntnisinteresse und meine Forschungsfragen zurück. Zuletzt stelle ich Überlegungen zur Gültigkeit und Validität meiner Ergebnisse an.

Limitationen des Zugangs

Selbstverständlich hat der von mir gewählte Zugang einige Implikationen und Limitationen. Auch mit Präsentationsfolien kann ich nicht analysieren, was während einer Vorlesung gesprochen wird. Weiterführende Erklärungen, Beispiele, Tonfälle wie Ironie oder Nachfragen von Studierenden bleiben mir verborgen. Dafür kann ich analysieren, welches Wissen Studierenden in Textform mitgegeben wird, da es entweder von den Dozierenden selbst erarbeitet oder von ihnen empfohlen wurde.

Leitende Fragen für die Analyse

Um zu analysieren, inwiefern und in welchen Formen Heteronormativität sich in der medizinischen Lehre findet, frage ich, wie sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt in Lehrmaterialien im Medizinstudium abgebildet werden, d. h. was Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen (sollen). Ich habe außerdem Fragen formuliert, die meine Analyse lenken sollen. Diese leiten sich einerseits von Bildungsmaterialanalysen (Fey 2014; Fuchs et al. 2014; Knecht et al. 2014; Ott 2014) und andererseits von Analyseverfahren mit dem Thema sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt (Bittner 2011; Gustke et al. 2018; Höhne und Heerdegen 2018) ab oder sind eigenständig aus dem Gesamtforschungsinteresse dieser Arbeit hergeleitet:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Lehre? Welche Formen nimmt sie an?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Lehre konzipiert und verhandelt?

- Inwiefern und wie werden sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt dargestellt? Wo bleibt sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt unsichtbar?
- Was sollen Medizinstudierende über sexuelle, romantische und geschlechtliche Vielfalt lernen?
- Gibt es spezifische Inhalte zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von queeren Patient*innen?
- Welche Position(en) zu sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt, Heteronormativität und queeren Menschen wird den Studierenden zugeschrieben bzw. nahegelegt?

5.5.2 Datenerhebung, Sampling und Korpus

Sampling der Lehrbücher

Um Lehrbücher untersuchen zu können, die tatsächlich von Studierenden verwendet werden, fragte ich die Universitätsbibliotheken der ausgewählten Universitäten, die drei größten Verlage für medizinische Fachbücher (Springer, Thieme und Elsevier), sowie Lehmanns und Amazon als größte online (Fach-)Buchhändler*innen nach den drei meist verkauften bzw. verliehenen Einführungsbänden¹⁵ in »Gynäkologie, »Andrologie, »Sexualmedizin, »Urologie und Endokrinologie zwischen 2017 und 2021. Ich erhielt Antworten von zwei Online-Fachhändler*innen¹⁶, zwei Verlagen und drei Universitätsbibliotheken.¹⁷ Aus den genannten Titeln wähle ich für die Analyse die pro Disziplin meistgenannten drei¹⁸ Bücher aus. Zu einem späteren Zeitpunkt beschloss ich, den Korpus um medizinsoziologische Lehrbücher zu erweitern und nahm drei Lehrbücher auf, die mir von den entsprechenden Studiengängen empfohlen wurden. Damit besteht der Korpus aus insgesamt 16 Lehrbü-

15 Aus den genannten Büchern schloß ich die aus, die keine expliziten einführenden oder zusammenfassenden Lehrbücher waren, sondern z. B. nur bestimmte Diagnostikverfahren erklärten.

16 Auf amazon konnte ich dies durch die »Bestseller«-Liste selbst erheben.

17 Für eine der Universitätsbibliotheken musste ich eine Zufallsstichprobe aus der medizinischen Lehrbuchsammlung ziehen, da solche Zahlen von der entsprechenden Bibliothek nicht erhoben werden (können).

18 In der Sexualmedizin wurden nur zwei Lehrbücher in den Korpus aufgenommen, da alle anderen Lehrbücher, die infrage gekommen waren, entweder zu alt (d. h. vor 2000 erschienen) oder keine grundlegenden Einführungen in die Disziplin waren (ein Lehrbuch fokussierte sich z. B. nur auf Sexualstraftäter*innen). In der Endokrinologie wurde von allen angefragten Stellen nur ein Lehrbuch mehr als einmal genannt. Von den übrigen Lehrbüchern waren alle, bis auf eins, zu alt für den Korpus, so dass auch für die Endokrinologie nur zwei Lehrbücher Teil des Korpus sind.

chern. Aus diesen analysiere ich jeweils das Stichwortverzeichnis (soweit vorhanden) sowie Kapitel, die entweder explizite und spezifische Inhalte zu Geschlecht und Sexualität hatten (bspw. zu Intergeschlechtlichkeit) oder sich mit Themen beschäftigten, die für queere Personen besondere Relevanz haben (bspw. »HIV).

Sampling der Präsentationsfolien

Eine erste Sichtung der öffentlich verfügbaren Informationen über die Studiengänge führte zu einer Liste an Modulen, die für meine Analyse von Interesse sind, darunter Module für Gynäkologie, Urologie, Endokrinologie und Reproduktion. Anders als Lehrbücher und die AMBOSS-Plattform sind Präsentationsfolien der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Die Folien erhielt ich über verschiedene Online-Zugänge und nach E-Mail-Anfragen an die entsprechenden Studiengangsverantwortlichen bzw. -koordinator*innen. Präsentationsfolien wurden nach einer ersten Sichtung dann in den Korpus aufgenommen, wenn sie entweder explizite und spezifische Inhalte zu Geschlecht und Sexualität haben (bspw. Vorlesungsfolien zu Andrologie oder STIs) oder sich mit Themen beschäftigen, die für queere Personen besondere Relevanz haben. Insgesamt umfasst der Korpus 67 Präsentationsfoliensätze.

Sampling der AMBOSS-Inhalte

Auf der Plattform AMBOSS wurden systematisch alle Inhalte gesichtet und drei Kategorien von Inhalten für den Korpus gesichert: Grundlegende einführende Inhalte (z. B. zu »Ärzt*in-Patient*in-Beziehung oder zu »Anamnese), Sexualmedizinische Inhalte (z. B. zu STIs) und Inhalte zu Erkrankungen, die queere Personen im besonderen Maße betreffen (z. B. Suizidalität (Plöderl 2020)). Insgesamt umfasst der Korpus 70 E-Learning-Einheiten, sowie Ergebnisdokumentationen aus einer Stichwortsuche auf der Plattform.

Korpus

Im Korpus befinden sich also drei Arten von Dokumenten: Lehrbücher, Präsentationsfolien und E-Learning-Module, die aktuell im Medizinstudium in Deutschland und der Schweiz eingesetzt werden. Eine Übersicht über den Korpus befindet sich im Anhang dieser Arbeit. An dieser Stelle erfolgt keine Zusammenfassung der einzelnen Diskursfragmente. Die Auswahl dieser drei Kategorien entwickelte ich im Gespräch mit Expert*innen u. a. einer Person, die gerade in Deutschland das Medizinstudium abgeschlossen hat und der emeritierten Medizinprofessorin Elisabeth Zemp aus der Schweiz. Im vorklinischen Teil des Studiums kommen Lehrbücher zum Einsatz, da sich in diesem Teil des Studiums die Inhalte kaum noch verändern. Im klinischen Teil dagegen sind die Inhalte flexibler und ver-

ändern sich schneller, wie bspw. Behandlungsrichtlinien. Daher wird in diesem Teil eher mit Präsentationsfolien und E-Learning-Inhalten gelernt, weshalb sich die Untersuchung aller drei Formate aufdrängte. Zur Auswahl der Dokumente habe ich exemplarisch vier Universitäten ausgewählt, zwei in Deutschland und zwei in der Schweiz. Die E-Learning-Plattform AMBOSS wurde ausgewählt, da zwei der ausgewählten Universitäten zu den offiziellen Partner*innen gehören. Die Vermutung, dass Studierende mit diesem Angebot lernen (oder zumindest in Lehrveranstaltungen darauf hingewiesen wird), liegt also nahe.

5.6. Aufbau der Empirie: Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis

Um Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis analysieren zu können, führte ich zwei Gruppendiskussionen mit asexuellen Personen durch und befragte diese zu ihren Erlebnissen in der Medizin. Ich arbeite heraus, auf welche Arten und Weisen queere Patient*innen in der Medizin mit Heteronormativität konfrontiert werden, bspw. in der Analyse der Medikalisierung von Asexualität. Außerdem zeige ich auf, was das Erleben von Heteronormativität für queere Patient*innen bedeutet und welche Umgangsstrategien sie mit dieser Behandlung ggf. finden (müssen). Mit der Analyse der Erfahrungen von Patient*innen kommt in den Blick, welche Auswirkungen das generierte und erlernte heteronormative Wissen in der Behandlungspraxis hat und auch, inwiefern Heteronormativität in der Medizin ein Erklärungsansatz für die schlechtere gesundheitliche Lage und Versorgung queerer Menschen ist.

5.6.1 Analyseheuristik

Für eine exemplarische Analyse von Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis entschied ich mich dafür, zwei Gruppendiskussionen mit asexuellen Personen über ihre (Marginalisierungs-)Erfahrungen im medizinischen System durchzuführen. Für die Datenerhebung nutzte ich also ein Gruppendiskussionsverfahren. Die Transkripte der Gruppendiskussionen wurden dann mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) ausgewertet. Sie wurden weiterhin durch die Analyseheuristiken erweitert, die der Soziologe Jan Kruse (2015) als Teil des integrativen Basisverfahrens vorschlägt.¹⁹

19 Ich habe die Verknüpfung von in Gruppendiskussionsverfahren gewonnenen Daten und Jan Kruses integrativem Basisverfahren bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Spahn 2017a).

Gruppendiskussionen²⁰

Gruppendiskussionen sind keine standardisierte und fest definierte Methode. Allgemein gesprochen sind sie sozialwissenschaftliche, qualitative Verfahren, in denen eine Gruppe von ca. fünf bis 15 Personen über eine von den Forschenden vorgegebene Frage diskutiert (Mayring 2002). Sie werden u. a. häufig in der Gesundheitsforschung eingesetzt (Green 2019, S. 128). Meistens handelt es sich um eine Gruppe, die auch im Alltag besteht, deren Mitglieder sich also auch kennen (sog. Realgruppe), weil dann davon ausgegangen werden kann, »daß diese über eine gemeinsame Erfahrungsbasis verfügen« (Loos und Schäffer 2001, S. 44). Peter Loos und Burkhard Schäffer formulieren, dass die Fragestellung der Forschung nah an der gemeinsamen Erfahrungsbasis der Gruppe liegen sollte (Loos und Schäffer 2001, S. 44). Im Fokus der Untersuchung können, anders als bei anderen Methoden, die Gruppendynamiken und Interaktionen während der Diskussion als Konstitution für Meinungen, Orientierungs- und Bedeutungsmuster der Gruppe stehen (Bohnsack 2014, S. 107). In einer Gruppendiskussion werden Gruppen als Ganze untersucht, sie dient nicht dazu, individuelle Meinungen abzubilden (Loos und Schäffer 2001) – Ralf Bohnsack, Aglaja Przyborski und Burkhard Schäffer nennen dies »kollektive Orientierungen« (Bohnsack et al. 2006b, S. 7). Die von mir durchgeführten Gruppendiskussionen beschäftigten sich mit den (Marginalisierungs-)Erfahrungen asexueller Personen in der Medizin. Obwohl Gesundheitsthemen oft in Realgruppen verhandelt werden (Green 2019, S. 130), ist dies bei Marginalisierungserfahrungen nicht der Fall. Es ist allerdings naheliegend, dass solche Themen in Gruppen besser besprochen werden können als bspw. in Einzelinterviews, da die Teilnehmenden sich gegenseitig bestärken können. Außerdem verknüpfen die Teilnehmenden ihre eigenen Erfahrungen mit den Äußerungen der anderen, sodass immer wieder neue Denkanreize und Impulse gesetzt werden, die die Diskussion bereichern (Sander und Schulz 2015, S. 330; Pohontsch et al. 2018).

Ablauf von Gruppendiskussionen

Eine Gruppendiskussion wird zunächst durch einen Grundreiz des*der Diskussionsleiter*in in Gang gesetzt. Die folgende Diskussion soll möglichst ohne weitere Intervention auskommen.²¹ Gerade durch diese Offenheit kann die Relevanzsetzung der Teilnehmer*innen untersucht werden – das bedeutet: die Gruppe handelt ihr konkretes Thema selbst aus, »damit diese so weitgehend wie möglich ohne

20 Bei den Gruppendiskussionen handelt es sich, anders als bei der Diskursstrang- und der Dokumentenanalyse, um reaktive Daten.

21 Gerät die Diskussion ins Stocken oder kommt zu ihrem Ende, kann der*die Diskussionsleiter*in natürlich weitere Stimuli und Fragen in den Raum geben.

fremdgesteuerte Strukturierungsleistungen und theoretische Vorannahmen – die von außen an sie herangetragen werden – ihre subjektiven Relevanzsysteme, Deutungen und Sichtweisen verbalisieren können« (Kruse 2015, S. 148). Nach Abschluss der Gruppendiskussion wird diese transkribiert (Loos und Schäffer 2001; Mayring 2002).

Online-Gruppendiskussion

Eine der beiden Gruppendiskussionen wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie online durchgeführt. Mit der zunehmenden Digitalisierung sind die meisten Personen in Deutschland und der Schweiz mit digitalen Meeting-Plattformen vertraut, was online durchgeführte Gruppendiskussionen, z. B. über Zoom, ermöglicht (Archibald et al. 2019). Online-Gruppendiskussionen bieten einige Vorteile, darunter die Tatsache, dass die Teilnehmenden nicht anreisen müssen. Gleichzeitig kann es ungewohnt sein, mit fremden Personen in einer Videokonferenz über die eigenen (Marginalisierungs-)Erfahrungen zu sprechen (Sander und Schulz 2015, S. 338). Online-Gruppendiskussionen sollten z. B. aufgrund der erschwerten non-verbalen Kommunikation in kleineren Gruppen geführt werden (Lobe et al. 2020, S. 2). Die online geführte Diskussion erfolgte synchron als Videokonferenz (und nicht z. B. als asynchrone Chat-Diskussion) und ist daher mit einer nicht-digitalen Gruppendiskussion vergleichbar.

Verfahren

Eine der von mir geführten Gruppendiskussionen fand 2019 in Deutschland statt, die andere folgte 2022 online. An der zweiten Gruppendiskussion waren asexuelle Schweizer*innen beteiligt. Grundsätzlich verfare ich in der Auswertung entlang dem Ablaufschema wie von Kuckartz und Rädiker (2022) für die Qualitative Inhaltsanalyse vorgegeben. Nach der initiierenden Textarbeit und der Aufstellung eines Haupt-Kategoriensystems (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 133) kodiere ich das Material ein erstes Mal – u. a., um zentrale Motive herauszustellen. Anschließend überarbeite und systematisiere ich das Kategoriensystem und entwickle induktive Subkategorien. In einem zweiten Durchgang werden die überarbeiteten Codes auf das Material angewandt. Außerdem erfolgt hierbei eine Auswahl dichter Passagen und Analysefokusse, die ich anschließend mit Jan Kruses forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken (2015, S. 161–165) analysiere. Zuletzt erfolgen die Verschriftlichung und Dokumentation der Analyseergebnisse.

Zu methodischen Analyseheuristiken zählen bei Jan Kruse u. a. die Agency-Analyse, d. h. eine Analyse der Handlungs- und Wirkmächtigkeit sowie der (De-)Agentivierungspraktiken auf mikrosprachlicher Ebene (Kruse 2015, S. 492–499), die Positioning-Analyse, d. h. die Positionierung der Akteur*innen in Bezug auf ihre so-

zialräumliche Funktion (Kruse 2015, S. 499–503), die Argumentationsanalyse, d. h. vor allem Legitimations- und Anerkennungspraktiken (Kruse 2015, S. 503–505) und die Metaphernanalyse. Bei dieser wird davon ausgegangen, dass Metaphern soziale Funktionen einnehmen, in dem sie unser Denken und Handeln nachhaltig beeinflussen und steuern, weswegen Regeln und Muster der verwendeten Metaphern analysiert werden (Kruse 2015, S. 505–508).

Limitationen des Zugangs

An meiner Untersuchung lässt sich also festmachen, welche Auswirkungen und Konsequenzen Heteronormativität auf queere Patient*innen, ihren Gesundheitszustand, ihre Gesundheitsversorgung und ihr Gesundheitshandeln hat. In den Gruppendiskussionen berichten mir die Teilnehmer*innen mit zeitlichen Abstand von ihren Erlebnissen als Patient*innen. Die Gruppendiskussionen stellen also einen Ort des Sprechens über das Erlebte dar; die unmittelbaren Handlungen der Ärzt*innen sind somit nicht unvermittelt zu rekonstruieren. Was ich daher analysiere, ist, wie die Patient*innen diese Begegnungen wahrgenommen haben, was sie als heteronormative Marginalisierung in der Medizin erleben und welche Konsequenzen diese Erlebnisse für sie hatten.

Leitende Fragen für die Analyse

In Bezug auf die medizinischen Behandlungspraxis interessieren mich folgende Fragen:

- Wie zeigt sich Heteronormativität in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Wie werden Körper, Geschlecht, Sexualität und Beziehungen in der medizinischen Behandlungspraxis konzipiert und verhandelt?
- Wie erleben queere Patient*innen den ärztlichen Umgang mit sexueller, romantischer und geschlechtlicher Vielfalt?
- Welche Erfahrungen machen queere Patient*innen in der medizinischen Behandlungspraxis?
- Welche Folgen hat das Erleben von heteronormativer Behandlungspraxis auf den Gesundheitszustand, die gesundheitliche Versorgung und das Gesundheitshandeln queere Patient*innen?

5.6.2 Datenerhebung

Diskussionsleitfaden, Transkription²² und Datenschutz

Den Leitfaden²³ für die Gruppendiskussionen erarbeite ich anhand Kruses (2015) S²PS²-Verfahren. Die Einstiegsfrage ist ›Was bedeutet für euch Asexualität?‹. Damit soll den Diskutierenden die Möglichkeit gegeben werden, eine gemeinsame Diskussionskultur zu schaffen, bevor ich Fragen zu Marginalisierungserfahrungen stelle. Den Teilnehmenden wird, vor Beginn der Diskussion und bevor die Aufnahme gestartet wird, der Forschungsprozess erklärt und eine Pseudonymisierung der Daten zugesichert. In den Transkripten finden sich pseudonymisierte Namen, die die Teilnehmer*innen sich teilweise selbst ausgesucht haben. Sie durften auch bestimmen, welche Pronomen in der Analyse für sie verwendet werden. Sämtliche Namen und Orte²⁴ wurden in den Transkripten anonymisiert.

Da ich kein Schweizerdeutsch spreche und es nur mäßig verstehe, wenn sich zwei Schweizer*innen unterhalten, wurde ich während und nach der Gruppendiskussion mit Schweizer Teilnehmer*innen von einer studentischen Hilfskraft unterstützt, welche das Gespräch transkribierte und anschließend ins Standarddeutsche übersetzte.²⁵ Dabei orientierte sie sich an den Grundsätzen zur Transkription und Übersetzung, die Kruse (2015, S. 312–318) referiert. Das übersetzte Transkript habe ich in mehreren Durchgängen korrigiert. Die Transkription der Gruppendiskussionen erfolgte mithilfe der Software f4. Auch in der deutschen Gruppendiskussion wurden Dialekte ins Standarddeutsche übersetzt, um die Anonymisierung der Teilnehmenden zu gewährleisten. Die studentische Mitarbeiterin half außerdem bei der kommunikativen Validierung des Verständnisses und der Interpretation verschiedener Textstellen der schweizerischen Gruppendiskussion.²⁶ Ein Transkripti-

-
- 22 Die erste Gruppendiskussion wurde vollständig transkribiert, bei der zweiten wurde eine ca. 10-minütige Stelle im Transkript ausgespart, da die Teilnehmer*innen vollständig vom Thema abwichen. Daher findet sich nur eine inhaltliche Zusammenfassung dieser Stelle im Transkript.
 - 23 Die Interviewleitfäden befindet sich im Anhang der Arbeit, ebenso wie Factsheets zu den beiden Gruppendiskussionen.
 - 24 Orte wurden deshalb anonymisiert, da es im DACH-Raum kaum asexuelle Gruppen und Aktivist*innen gibt, so dass die Teilnehmenden sonst einfach identifizierbar gewesen wären.
 - 25 Dieses Vorgehen, Interviews in der Schweiz auf Schweizerdeutsch zu führen und anschließend ins Standarddeutsche zu übersetzen, ist Standard in der Forschung (Kruse et al. 2012, S. 48). Spezifisch Schweizerdeutsche Redewendungen und Begriffe wurden beibehalten und mit einer standarddeutschen Übersetzung ergänzt.
 - 26 Wie Kruse et al. (2012, S. 32) in ihrem Artikel zum Forschen in fremden Sprachen ausführen, werden hier nur solche Tätigkeiten an eine Muttersprachlerin delegiert (nämlich die Transkription und Übersetzung), die notwendig waren. Die Interviewdurchführung und Interpretation nahm ich selbst vor.

onsindex, in dem die verwendeten Zeichen aufgeschlüsselt werden, befindet sich im Anhang der Arbeit.

5.7 Gütekriterien

Wie bei jeder Art von Forschung ist es auch hier wichtig, mir über Gütekriterien in Bezug auf meine Empirie Gedanken zu machen. Die Kriterien für gute (qualitative) Forschung sind u. a. Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit und intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Um meinen Forschungsprozess zu reflektieren, orientiere ich mich an der Gütekriterien-Checkliste von Kuckartz und Rädiker (2022, S. 237–238) für qualitative Inhaltsanalysen.

Verfahrensdokumentation, Transkription und Pseudonymisierung

Alle von mir verwendeten Daten werden fixiert, d. h. sie liegen im PDF-Format vor und es existieren geschützte Sicherungskopien des gesamten Korpus. Zu beiden Gruppendiskussionen wird unmittelbar nach dem Ende des Interviews ein ausführliches Postskript erstellt. Namen und identifizierende Details der Teilnehmer*innen an den Gruppendiskussionen werden pseudonymisiert, ebenso die Herkunft der PowerPoint-Präsentationen in der Analyse der Lehrmaterialien.

Gültigkeit

Diese Arbeit untersucht Heteronormativität in der Medizin – insbesondere, wie sie sich darstellt und wie sie wirkt. Mit der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz und Rädiker 2022) können also sowohl der Inhalt von Diskurssträngen sowie Dokumenten als auch die Erlebnisse von Patient*innen erfasst und analysiert werden; damit ist die Methode dem Gegenstand angemessen. Durch die Wahl der drei verschiedenen Analyseverfahren habe ich eine große Diversität an Daten, sodass der Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden kann (Flick 2011). Da bei den Gruppendiskussionen auch erfasst wurde, was die Teilnehmer*innen unter Marginalisierung bzw. Heteronormativität in der Medizin verstehen, flossen in die Arbeit auch verschiedene Verständnisse des Forschungsthemas mit ein. Bei allen drei Analyseverfahren wurde das gesamte Material ausschließlich von mir kodiert (jeweils mindestens zwei Mal). Ausgewählte Beispiele aus meinen Daten sowie Entwürfe von Ergebnis-Kapiteln wurden in zwei verschiedenen Kolloquien diskutiert, in denen ich kritische und multiperspektivische Rückmeldungen erhalten habe. Dort, wo ich auf abweichende Fälle gestoßen bin, habe ich diese in meinen Ergebnissen angeführt und in meine Schlussfolgerungen einbezogen (diese also z. B. relativiert). Ich bin dem Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse und der ausge-

wählten Analyseheuristiken soweit gefolgt, wie es gegenstandsangemessen war und habe eventuelle Modifikationen dokumentiert.

Schlussfolgerungen

Welche Schlussfolgerungen kann ich nun tatsächlich aus meiner Forschung ziehen? Ich lege in dieser Arbeit einen systematisierten Vorschlag von Dimensionen und Herrschaftstechniken vor, mit denen in der Medizin Heteronormativität (re-)produziert wird. Diese Liste an Dimensionen und insbesondere von Herrschaftstechniken ist durch meinen Analysefokus beeinflusst. Während ich auf mögliche Assoziationen z. B. zwischen Heteronormativität in der Ausbildung von Ärzt*innen und einer von Heteronormativität geprägten Behandlung von Patient*innen hinweisen kann, kann ich nicht wissen, ob und inwiefern diese Phänomene tatsächlich kausal verknüpft sind.

