

Gender Medizin ist eine noch junge Wissenschaft. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, bislang entwickelte Forschungsfragen, Diagnose- und Therapieansätze durch einen geschlechtssensiblen Blick auf Gesundheit und Krankheit aus biologischer und psychosozialer Sicht zu ergänzen.

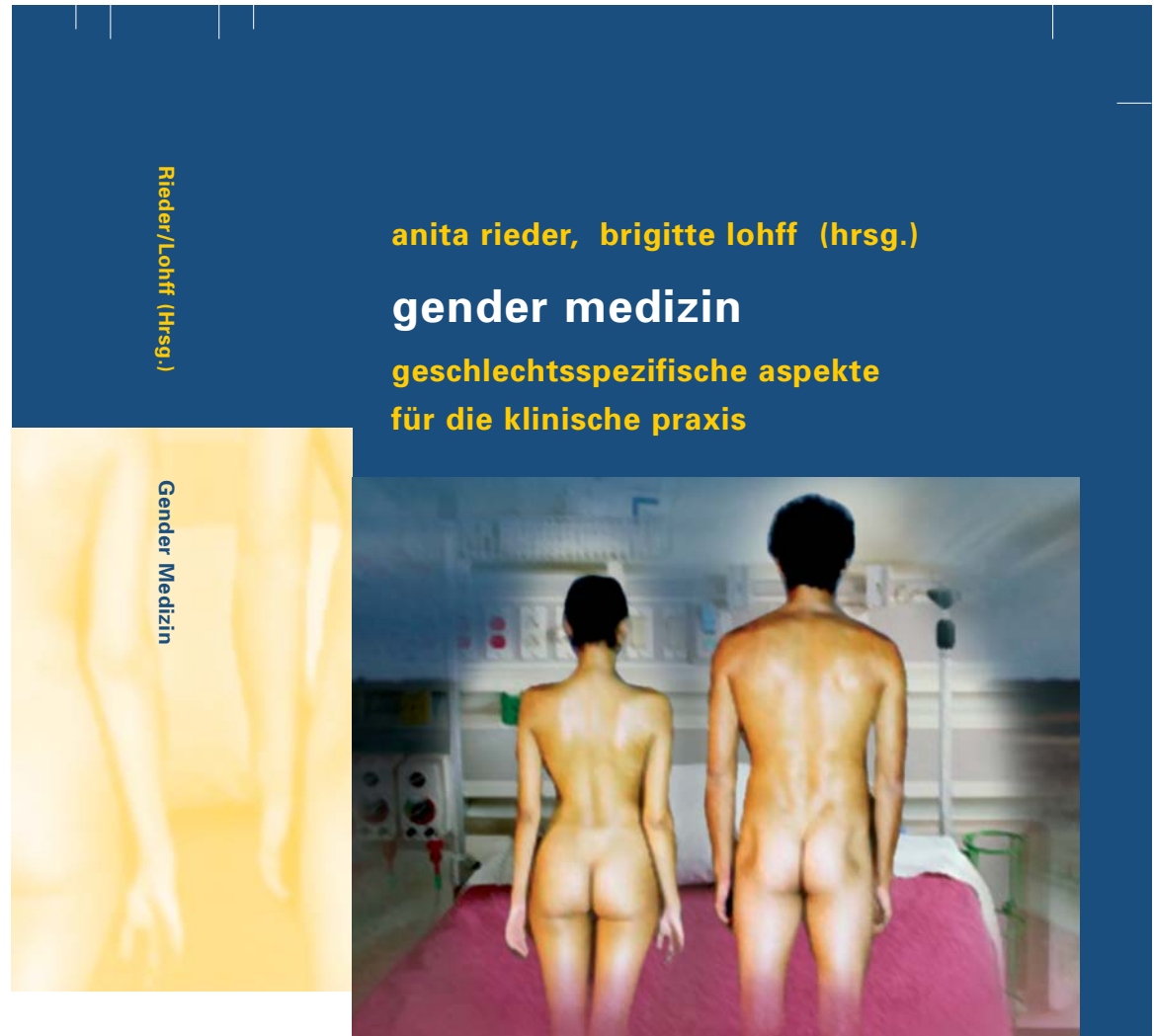
In diesem umfassenden Handbuch wird erstmals die Gender Medizin aus der Sicht von unterschiedlichen klinischen Fachbereichen, wie etwa Kardiologie, Rheumatologie, Intensivmedizin und Physikalische Medizin praxisrelevant aufbereitet. Geschlechtsspezifische Forschung wird hierbei im Hinblick auf verbesserte und optimierte Prävention, Diagnostik, Früherkennung, Therapie und Rehabilitation dargestellt. Neben der systematischen Übersicht aus der jeweiligen Fachliteratur werden auch aktuelle Forschungsergebnisse mit praktischen Tipps und Ratschlägen verknüpft und erleichtern somit den Arbeitsalltag von klinisch tätigen ÄrztInnen.

Springer **Medizin**

ISBN 3-211-00766-0
springer.at



SpringerWienNewYork



Anita Rieder
Brigitte Lohff (Hrsg.)

Gender Medizin

Geschlechtsspezifische Aspekte
für die klinische Praxis

SpringerWienNewYork

Autorenverzeichnis

Herausgeberinnen:

Frau
Univ.-Prof. Dr. Anita **Rieder**
Medizinische Universität Wien
Institut für Sozialmedizin
Rooseveltplatz 3
A-1090 Wien

Frau
Univ.-Prof. Dr. Brigitte **Lohff**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Geschichte, Ethik
und Philosophie der Medizin
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Wiss. Koordinatorin:

Frau
Dipl. Päd. Angelika **Voss**
Abt. Geschichte, Ethik
und Philosophie der Medizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

AutorInnen:

Herr
Univ.-Doz. Dr. Johann **Auer**
Allgemeines Öffentliches Krankenhaus
der Barmherzigen Schwestern
vom Hl. Kreuz
Grieskirchner Str. 42
A-4600 Wels

Frau
Dr. Eva **Bitzer** MPH
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
Lavesstraße 80
D-30159 Hannover

Herr
Dr. Robert **Berent**
Allgemeines Öffentliches Krankenhaus
der Barmherzigen Schwestern
vom Hl. Kreuz
Grieskirchner Str. 42
A-4600 Wels

Herr
Priv.-Doz. Dr. Anibh **Das**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Pädiatrische Nephrologie und
Endokrinologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D- 30625 Hannover

Frau
Priv.-Doz. Dr. Marie-Luise **Dierks**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Carl-Neuberg-Str. 1
D- 30625 Hannover

Frau
Univ.-Doz. Dr. Barbara **Dörner-Fazeny**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Herr
Dipl. Soz. Hans **Dörning**
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
Lavesstraße 80
D-30159 Hannover

Herr
Prim. Univ.-Prof. Dr. Bernd **Eber**
Allgemeines Öffentliches Krankenhaus
der Barmherzigen Schwestern
vom Hl. Kreuz
Grieskirchner Str. 42
A-4600 Wels

Frau
Dr. Nina **Ebner**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien

Herr
Univ.-Prof. Dr. Jochen **Ehrich**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Pädiatrische Nephrologie und
Endokrinologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Herr
Dr. Joachim-Michael **Engel**
Rheumaklinik Bad Liebenwerda
Dresdener Straße 9
D-04924 Bad Liebenwerda

Frau
Univ.Prof. Dr. Veronika **Fialka-Moser**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Physikalische
Medizin und Rehabilitation
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien

Frau
Univ.-Prof. Dr. Gabriele **Fischer**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Frau
Univ.-Prof. Dr. Hildegard Theresia **Greinix**
Univ.-Klinik für Innere Medizin I, AKH
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Herr
Dr. Thomas **Grobe**
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
Lavesstraße 80
D-30159 Hannover

Herr
Univ.-Prof. Dr. Klaus **Hager**
Klinik für Medizinische Rehabilitation
und Geriatrie der Henriettenstiftung
Schwemannstraße 17-19
D-30559 Hannover

Herr
Dr. Hans **Hartmann**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Pädiatrische Nephrologie und
Endokrinologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Frau
Dr. Malvina **Herceg**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Physikalische
Medizin und Rehabilitation
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien

- Frau
Univ.-Doz. Mag. Dr. Ingrid **Kiefer**
Medizinische Universität Wien
Institut für Sozialmedizin
Rooseveltplatz 3
A- 1090 Wien
- Frau
Dr. Elisabeth **Lassnig**
Allgemeines Öffentliches Krankenhaus der
Barmherzigen Schwestern
vom Hl. Kreuz
Grieskirchner Str. 42
A-4600 Wels
- Frau
Univ.-Prof. Dr. Christine **Marosi**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
- Herr
Univ.-Prof. Univ.-Doz. DDr.
Philipp G.H. **Metnitz**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Anästhesie und
Allgemeine Intensivmedizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
- Frau
Priv.-Doz. Dr. Angela **Moré**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Pädiatrische Hämatologie und
Onkologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D- 30625 Hannover
- Herr
Univ.-Prof. Dr. Ernst **Pilger**
Medizinische Universität Graz
Klinische Abteilung für Angiologie
Auenbruggerplatz 15
A- 8036 Graz
- Frau
Dr. Susanne **Rabady**
Medizinische Universität Wien
Abt. Arbeitsmedizin
Ärztin für Allgemeinmedizin
Vizepräsidentin der ÖGAM Landstraße 2
A-3841 Windigsteig
A-1090 Wien
- Frau
Mag. Theres **Rathmanner**
Medizinische Universität Wien
Institut für Sozialmedizin
Rooseveltplatz 3
A-1090 Wien
- Frau
Dr. Ana **Reiter**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Anästhesie
und Allgemeine Intensivmedizin
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
- Herrn
Dr. Erwin **Rebhandl**
Arzt für Allgemeinmedizin
Präsident der ÖGAM
Markplatz 43
A- 4170 Haslach
- Frau
Dr. Christine **Schröder**
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Neurologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover
- Herr
Univ.-Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm **Schwartz**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Herr
Univ.-Prof. Dr. Olaf **Stanger**
Landesklink für Herzchirurgie Salzburg
Schlossergasse 3
A- 5020 Salzburg

Herr
Univ.-Prof. Dr. Christian **Vutuc**
Medizinische Universität Wien
Institut für Krebsforschung
Borschkegasse 8a
A-1090 Wien

Frau
Dr. Gerda **Vacariu**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Physikalische
Medizin und Rehabilitation
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien

Frau
Priv.-Doz. Dr. Ulla **Walter**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung (ISEG)
Carl-Neuberg-Str. 1
D- 30625 Hannover

Herr
Dr. Thomas **Weber**
Allgemeines Öffentliches Krankenhaus
der Barmherzigen Schwestern
vom Hl. Kreuz
Grieskirchner Str. 42
A-4600 Wels

Frau
Dr. Claudia **Wenzel**
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Neurologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Frau
Univ.-Prof. Dr. Karin **Weissenborn**
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Neurologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D- 30625 Hannover

Herr
Univ.-Prof. Dr. Christoph **Zielinski**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Onkologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Herr
Univ.-Prof. Dr. Michael **Zimpfer**
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für
Anästhesie- und Intensivmedizin
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien

Herr
Dr. Miro **Živičnjak**
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. Pädiatrische Nephrologie und
Endokrinologie
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

Vorwort

In der Medizin gibt es viele Entwicklungen, die üblicherweise mit dem Begriff „Fortschritt“ versehen werden. Im Allgemeinen handelt es sich um spektakuläre neue diagnostische oder therapeutische Verfahren, selten sind es aber grundsätzlich neue Fragestellungen, die das Verständnis von medizinisch relevanten Phänomenen betreffen, oder die grundsätzliche Sichtweise von Vorgängen und Prozessen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Die Gender Medizin ist eine derartige Neuentwicklung, die den Begriff „echter Fortschritt“ verdient. Das Buch ist das erste seiner Art im deutschen Sprachraum, und es ist der große Verdienst der beiden Herausgeberinnen (Anita Rieder und Brigitte Lohff), die das anspruchsvolle Projekt umgesetzt haben.

Sie wählen einen integrierten Ansatz in der Darstellung, in dem sie nicht nur die klassischen medizinischen Fächer (wie Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Onkologie, Neurologie, Physikalische Medizin, Kardiologie, Chirurgie, Angiologie) unter geschlechtsspezifischen Aspekten an ausgewiesenen ExpertInnen behandeln lassen, sondern auch darüber hinaus wesentliche Grundsatzfragen behandeln.

Für das klassische medizinische System wird es eine Herausforderung sein, sich mit dem komplexen Thema „vom biologischen zum sozialen Geschlecht“ auseinanderzusetzen.

Viele „Gender“-Aspekte sind uns aus der Epidemiologie und der Klinik geläufig, bisher hat aber eine zusammenfassende Darstellung des vorhandenen Wissens gefehlt.

Es ist anzunehmen, dass sich aufgrund der Informationen auch eine Diskussion darüber ergeben wird, wie geschlechtsspezifisch wir in der Diagnostik und Therapie vorgehen, und welche Rolle nicht nur das Geschlecht der uns anvertrauten Gesunden und Kranken spielt, sondern auch das der so genannten „Health Care Providers“.

Das vorliegende Buch versteht sich also nicht nur als ein übliches in erster Linie der Wissensvermittlung dienendes Medium, sondern auch als eine zur Reflexion anregende Lektüre.

O. Univ.-Prof. Dr. Michael Kunze
Vorstand des Instituts für Sozialmedizin
der Medizinischen Universität Wien

Juni 2004

Geleitwort

Im deutschsprachigen Raum liegt nun das erste Buch zum Thema „Gender Medicine“ vor. Immer mehr ist dieser Begriff in den letzten Jahren in den universitären Alltag in die medizinischen, aber auch mit der Medizin verwandten Fakultäten eingedrungen, ohne dass er deshalb auch in die tägliche Arbeit einfluss. Außerhalb der Universitäten ist der Begriff in vielen Fällen überhaupt noch fremd. Dass es auch geschlechtsspezifische Unterschiede vieler Erkrankungen gibt, die im biologischen Sinn nicht nur Frauen oder Männer akquirieren können, und die auch unterschiedlich behandelt, mit unterschiedlichen prophylaktischen Maßnahmen verhindert oder hintangestellt werden sollten, bisweilen auch unterschiedlich diagnostiziert werden müssen, ist Ärzten – aber auch Ärztinnen – nur punktuell bewusst. Dazu liefert das vorliegende Werk profunde Hilfestellung. Es kann aber nur Ansporn sein, dass „Gender Medicine“ in die ärztliche Routinetätigkeit eindringt, ein Thema der medizinischen Forschung und – noch entscheidender – der Forschungsförderung wird, und sich wie ein roter Faden durch die medizinischen Curricula zieht. Kurz – „Gender Medicine“ muss „gelebt“ werden.

O. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schütz
Rektor der Medizinischen Universität Wien

Juni 2004

Einleitung

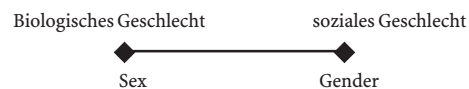
A. Rieder und B. Lohff

Viele werden sich fragen, wozu und warum ein Textbuch zu Gender Medizin für die klinische Praxis? In diesem einleitenden Kapitel möchten wir dieses etwas ausführlicher erläutern, ausgehend von den Begriffen Sex und Gender.

Mittlerweile ist der Begriff Gender vielen als Wort geläufig, da in den universitären und ministeriellen Richtlinien die Durchsetzung des „Gender mainstreaming“ sich als Terminus eingebürgert hat. Aber es ist durchaus zu erwarten, dass sehr Unterschiedliches mit dem Begriff Gender verbunden wird. Oft tendiert man dazu, Gender als einen anderen Ausdruck für „Geschlecht“ zu halten, wobei dann zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht unterschieden werden kann. Der deutsche Ausdruck Geschlecht trifft nur begrenzt das, was mit Gender gemeint ist. Versuchen wir also den Unterschied zwischen Sex, Gender, biologischem und sozialem Geschlecht etwas genauer zu fassen. Der englische Ausdruck Gender bedeutet sowohl das linguistische Genus, als auch das biologische Geschlecht im Singular und Plural, ebenso kann damit das grammatikalische als auch das soziale Geschlecht gemeint sein.¹ Gender ist ein Begriff, der zwar die biologischen Funktionen im Hintergrund mit transportiert, jedoch die Prägung „Mann“ und

„Frau“ als etwas begreift, was vornehmlich durch die Umwelt, das soziale Umfeld und die Erfahrungen des einzelnen Individuums entwickelt wird. Die Begriffe „Sex“ und „Gender“ werden vor allem seit Erscheinen des Berichtes des National Institute of Medicine, Washington, immer öfter auch im medizinischen Sprachgebrauch verwandt. „Sex“ meint hingegen die biologische Ausrichtung des Lebewesens aufgrund der Chromosomen, seiner Reproduktionsorgane und deren Funktionen und wird somit als männlich und als weiblich zugeordnet.

Definitiv lässt sich der Begriffskontext Sex-Gender auf einem Kontinuum vom biologischen bis hin zum sozialen Geschlecht veranschaulichen.



Dabei lassen sich unterschiedliche Abstufungen unterscheiden:

- Genetisches oder Kerngeschlecht (genetic sex, nuclear sex)
- Gonadales Geschlecht (gonadal sex)
- Genitales Geschlecht (sexual phenotype)
- Psychisches Geschlecht oder sexuelle Selbstidentifikation (sex identification)
- Soziales Geschlecht, d.h. sexuelle Einordnung und Rollenzuweisung durch

¹ Aus dem Englischen abgeleitet gibt es noch folgende Begriffe, die teilweise als Fachtermini auch in der deutschen Sprache verwandt werden: Gender dimorphism (Geschlechtsunterschiede), gender-free (geschlechtsneutral), Gender-rights (bezogen auf Homosexuelle, Lesben, Transsexuelle), Gender-Studies (Frauen- und Geschlechterforschung). Mit Gender-gap bezeichnet man die Kluft zwischen den Geschlechtern, und die Gender-imbalance ist auf das Ungleichgewicht der Geschlechter bezogen.

die Umwelt (auch in juristischer Hinsicht)=**Gender**.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl das biologische wie das soziale Geschlecht von Verzerrungen (gender bias) durchzogen sind bzw. sein können, die sich aus der historischen Entwicklung der primär maskulin gestalteten und von einem androzentrischen Blick geprägten Naturwissenschaften und Medizin ableiten lassen.

Die Entwicklung von Gender Medizin als interdisziplinärer Forschungsansatz

In der vormals vermeintlich geschlechtsspezifischen Forschung hat man sich vor allem auf das reproduktive System konzentriert, außerhalb des reproduktiven Systems wurden die Unterschiede als nicht so relevant und eventuell auch als gar nicht existent oder deren Berücksichtigung sogar als unwissenschaftlich angesehen (Braun, 1957, 1961).

So war die Erfassung von Geschlechtsunterschieden oft nur ein Nebenprodukt von Studien, wie zum Beispiel die Beobachtung, dass Frauen nach Schlaganfällen, die in der linken Hirnhemisphäre lokalisiert sind, schneller wieder das Sprechen lernen als Männer (Institutes of Medicine, 2001). Gender Medizin entwickelte sich vor allem aus zwei Bereichen: zum einen der feministisch orientierten Sozial- und Gesundheitswissenschaft und zum anderen aus der Public Health Forschung. Die Auseinandersetzung des Feminismus mit speziellen medizinischen Problemen der

Frau hat dazu beigetragen, die Aufmerksamkeit auf unterschiedliche diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen bei der Frau im Vergleich zum Mann zu lenken. Dabei konnte es nicht ausbleiben, dass auch hier ideologische Konflikte entstanden. Die Weltgesundheitsorganisation hat in den 90er Jahren begonnen, sich der Gender-Thematik zu widmen und 1996 eine „Gender Working Group“ ins Leben gerufen. Ziele der Tätigkeit dieser Arbeitsgruppe war und ist die Entwicklung von Strategien zur Integration von Gender-Fragen in WHO-Programme, die Erhöhung des Bewusstseins für Gender-Angelegenheiten und Förderung der diesbezügliche Forschung und Integration des Gender-Gedankens in Public Health Programme der WHO sowie eine kontinuierliche Erstellung von Berichten (WHO, 1998). Dass die Frauengesundheitsberichte in den unterschiedlichen Ländern der EU die Beschäftigung mit der Männergesundheit möglich gemacht haben, ist sicher von großer Bedeutung für die Integration von Gender Aspekten in der Medizin.

Gender Forschung und Gender Praxis sehen wie ausgeführt, nicht nur ein Geschlecht, sondern betrachten und beschreiben zugleich Unterschiede und Gemeinsamkeiten, um daraus auch Handlungsbedarf abzuleiten. Public Health als Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum, integriert ebenso die soziale Verantwortung in ihre Überlegungen. Public Health geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme beeinflusst sind durch physische und psychosoziale Faktoren sowie durch

das soziale und gesundheitspolitische Umfeld. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird als starker Einflussfaktor auf die Morbidität und Mortalität definiert.

Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezogen auf die genannte Definition von Public Health sind in wissenschaftlicher und praxisbezogener Hinsicht von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung einer Gender Perspektive in der Medizin. In gewisser Hinsicht nimmt sie hier eine Vermittlerrolle für die klinische Medizin ein, da sich anhand der Frauen- und Männergesundheitsberichte konkrete Problembereiche und Aufgabenstellungen für die zukünftige Medizin allgemein und die Forschung generell ableiten lassen und bewusst gemacht werden:

- Ein Public Health Resümee zur Männergesundheit wurde 1999 mit der Erstellung des international ersten wissenschaftlichen Männergesundheitsberichtes, des Wiener Männergesundheitsberichtes, gezogen. Männer sind damit aufgrund der Ergebnisse des Gesundheitsberichtes als spezifische Zielgruppe präventivmedizinischer Maßnahmen anzusprechen. Das präventive Potential (Gesundheitspotential) ist in bezug auf die männliche Bevölkerung besonders groß, und die Lebens- und Gesundheitserwartung sind deutlich auszubauen. Die Ziele dafür sind auf der einen Seite die Reduktion der Risikofaktoren für die häufigsten Ursachen frühzeitiger Todesfälle und die Förderung der Gesundheitsvorsorge, auf der anderen Seite die Berücksichtigung im Gesundheits- und Sozialwesen einer zunehmenden Zahl von Alterserkrankungen bei Männern
- (Schmeiser-Rieder et al., 1999; Rieder et al., 2001). Der alternde Mann war speziell die Zielgruppe des Männergesundheitsberichtes der WHO im Jahr 2000 (WHO, 2000).
- In den nächsten Jahrzehnten wird allein durch die demographische Entwicklung das ärztliche Klientel in viel stärkerem Ausmaß als heute der ältere Mann sein, mit Beschwerden und Erkrankungen, die mit dem Älterwerden und dem Alter verbunden sind. In Europa wird der Anteil der älteren Bevölkerung bis 2010 um 3% zunehmen, die Gesundheitskosten werden um 10% ansteigen. Der größere Anteil der älteren Menschen wird, trotz steigender Lebenserwartung bei den Männern, jedoch auch in der Zukunft weiblich sein (Institutes of Medicine, 2001) und so wird auch ein Großteil des ärztlichen zu betreuenden Klientels die ältere Patientin sein.
 - Ältere Frauen sind von Armut, Alleinleben und chronischer Krankheit stärker bedroht als ältere Männer. Insgesamt stellt der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen für unsere Gesellschaft eine enorme Herausforderung an Gesundheits- und Sozialwesen dar. Maximierung der Prävention frühzeitiger Todesfälle auf der einen Seite und maximale Prävention der Altersrisiken auf der anderen Seite sind eine dieser Herausforderungen auch für den klinischen Alltag.
 - Man kennt seit mehr als 100 Jahren (Stöckel und Walter, 2002) die sozioökonomischen Einflüsse auf die Gesundheit und die Sterblichkeit und deren geschlechtsspezifische Auswirkung. Es ist jedoch besonders schwierig, die

sozioökonomischen Risikogruppen mit medizinischer Vorsorge und gesundheitsförderlichen Maßnahmen anzusprechen. Für die Zukunft ist es wichtig, in allen Gesundheitsprogrammen diese Aspekte zu berücksichtigen und Maßnahmen zu treffen, um diese Zielgruppen auch mit einzubeziehen.

Wie sieht die Realität in der klinischen Forschung in Bezug auf Analysen von „Sex und Gender“ aus?

2001 haben die Institutes of Medicine, Washington, einen Bericht mit dem Titel *Exploring the biological contributions: Does Sex matter?* publiziert (Institutes of Medicine, 2001). Dieser Bericht zielt vor allem auf die Förderung der geschlechtsspezifischen Forschung ab und liefert dafür die entsprechenden Argumente.

Der Bericht definiert drei thematische „Sex matters“ Botschaften:

- In der biomedizinischen Forschung und gesundheitsbezogenen Forschung sollen Studiendesign und Datenanalyse auf das Geschlecht eingehen. Männlich oder weiblich zu sein spielt für viele Bereiche eine erhebliche Rolle. Geschlechtsunterschiede finden sich im Gehirn, im Verhalten, in den kognitiven Fähigkeiten. Hormone spielen natürlich eine große Rolle, aber sie erklären nur einen Teil der Unterschiede. Die Inzidenz von Krankheiten und auch die Schwere von Krankheiten unterscheiden sich zwischen Männern und Frauen, metabolische Vorgänge differieren, ebenso wie

die Reaktion auf die Exponierung gegenüber verschiedenen Substanzen, z.B. auch Medikamenten.

- Die geschlechtsspezifische Forschung entwickelt sich zur etablierten Wissenschaft. Bereits jetzt liegen viele Ergebnisse bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede vor, und es ist möglich damit auch Hypothesen für weitere Forschungsschritte zu bilden. Momentan befindet man sich noch im Stadium der deskriptiven Forschung. Die Hypothesen sollen jedoch verstärkt experimentell geprüft werden. Diese Forschung muss den gesamten Lebenszyklus umspannen.
- Es gibt nach wie vor Barrieren, die eine geschlechtsspezifische Forschung in Bezug auf Gesundheit und Krankheit verhindern. Diese Barrieren müssen überwunden werden und eine geschlechtsspezifische Forschung gefördert werden. So wurden zwischen 1994 und 1999 im *New England Journal of Medicine* 442 randomisierte klinische Studien publiziert, in nur 24,6% der Arbeiten waren Frauen Teil der Studienpopulation, davon betrafen 14% geschlechtsspezifische Analysen. (Rammasubu et al., 2001).

Es gibt viele Beobachtungen von Geschlechtsunterschieden in der Medizin, die zahlreiche Fragen aufwerfen. Um diese Beobachtungen auch für die Verbesserung von Behandlung und Präventionsmaßnahmen zu nützen, müssen diese Fragestellungen systematisch wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Prävalenz und der Schwere von Erkrankungen und Beschwerdebildern zeigen eine breite Palette und stellen eine Herausforderung an die klinische For-

schung dar, um auch hier den Forderungen an einer Evidenz-basierten Medizin gerecht zu werden. Eine weitere Herausforderung ist es, Konzepte zu entwickeln, damit Informationen über präventives, diagnostisches und therapeutisches Wissen in Bezug auf Geschlechtsunterschiede bereits heute Eingang in die klinischen Praxis sowie in die Aus-, Fort- und Weiterbildung finden können.

Zu diesem Buch

Bereits aus den Vorgesprächen mit den AutorInnen dieses ersten klinischen Textbuches zur Gender Medizin hat sich herausgestellt, dass das Wissen um genderspezifische Verhaltensweisen im medizinischen Alltag sehr wohl von Relevanz ist. Die AutorInnen haben sich aus der Sicht ihres jeweiligen Faches inhaltlich mit folgenden Fragestellungen auseinandergesetzt:

1. Welche Geschlechtsunterschiede und Gemeinsamkeiten, die klinisch relevant oder nicht relevant sind, sind bekannt?
2. Welche wissenschaftliche Evidenz und klinische Erfahrungen liegen vor?
3. Resultieren daraus Einflüsse auf klinische Diagnose, Therapie und Outcome?
4. Lassen sich Empfehlungen für die Praxis ableiten, und wenn, welche?

Das vorliegende Textbuch bestätigt, was Motivation und Anlass für diese Publikation seitens der Herausgeberinnen, der AutorInnen und des Verlages war: Bücher zu geschlechtsspezifischen Themen aus bzw. über die Medizin liegen seit den letzten Jahren vor. Allerdings wurde in diesen Publikationen die klinische Seite bislang wenig oder

gar nicht beleuchtet. Der Alltag der Gender Medizin, wo diese wirklich stattfindet, wurde bis zu diesem Buch nicht strukturiert dokumentiert. Die AutorInnen haben es für dieses Buchprojekt getan und gezeigt, welche Fülle an Detailwissen und Erfahrung bereits vorliegen.

Die Herausgeberinnen sind zu jedem Zeitpunkt des Projektes darüber einig gewesen, dass eine derartige Publikation keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Die im Buch enthaltenen Fächer folgen unseren Überlegungen, wo Gender im klinischen Alltag von besonderer Relevanz sein könnte. Fächer wie die Gynäkologie und Urologie wurden in diesem Buch nicht berücksichtigt, da in diesen Spezialgebieten das Geschlecht den „Ton angibt“, während hier möglichst die Fächer zu Worte kommen sollten, wo das Geschlecht der PatientInnen in Bezug auf Therapie, Prävention und Rehabilitation bisher nach außen hin nicht oder kaum sichtbar war, aber vielleicht doch eine Rolle gespielt hat.

Die AutorInnen wurden gebeten ihren Erfahrungsschatz und ihr Wissen um die Evidenz für klinisches Gender-gerichtetes Handeln auch in Empfehlungen für die Leser und Leserinnen dieses Buches zu formulieren, die im klinischen Alltag für bereits praktizierende ÄrztInnen von Vorteil sein können. Uns lag aber auch daran, dass Studierende bereits während ihrer Ausbildung anhand dieses Textbuches sich einen Überblick verschaffen können.

In den neuen Medizincurricula (Approbationsordnung), in Österreich wie in Deutschland, wird der Anspruch erhoben, geschlechtsspezifische Lehre im speziellen und im Prinzip in alle Lehrinhalten einfließen zu lassen. Gender Medizin in die stu-

dentische Lehre zu integrieren soll aus unserer Sicht zum Ziel haben, dass StudentInnen sich mit folgenden Problemfeldern auseinandersetzen lernen:

1. Den Gender Aspekt in die Interaktion mit dem Patienten oder der Patientin im klinischen als auch im Präventionssetting mit einzubeziehen
2. Die Wahrnehmung geschlechtsspezifischer psychosozialer und sozioökonomischer Aspekte von Gesundheit und Krankheit schärfen.
3. Die Auswirkung genderbezogener Effekte auf Risiko und Outcome in der täglichen medizinischen Praxis abschätzen und berücksichtigen lernen,
4. damit Compliance bzw. Adherence verbessern.
5. Die Kluft zwischen den Geschlechtern in bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und klinischer Behandlung zu überbrücken.
6. Quality of Life des einzelnen Patienten verbessern zu helfen, welches auch ein Ziel jeglichen ärztlichen Handelns in der Behandlung und Prävention von Krankheiten ist

➤ Um dieses Ziel einer gendergerechten Medizin zu erreichen und sinnvoll in die Lehre zu integrieren, ist eine solide Kenntnis der Grundlagen erforderlich. Dass bisher diese Grundlagen noch nicht vorliegen, zeigen die Erfahrungen, die im Rahmen eines aktuellen EU-Forschungsprojektes an der Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin der MHH in Hannover mit dem Arbeitstitel „Gender aspects in medical education“ gewonnen wurden (Hannover 2003)². Dieses Projekt hatte die Dokumentation und Evaluierung aller europäischen Medizincurricula in Hinblick auf Angebote und Integration von geschlechtsspezifischer Lehre zum Ziel. Es wurde deut-

lich, dass europaweit für die medizinische Ausbildung praktisch kaum Lehrmodelle in dieser Hinsicht existieren. Folge dieses Mangels ist, dass Studierende nicht lernen, sich mit dieser Gender-Sichtweise auseinander zusetzen und deshalb diesem Aspekt ärztlicher Tätigkeit in ihrer späteren Praxis keine Aufmerksamkeit schenken. Es sind damit sowohl Auswirkungen auf den Umgang mit dem PatientInnen als auch für die Entwicklung spezifischer Forschungsfragen zu erwarten.

Eine der Ursachen für dieses Desiderat liegt unseres Erachtens im Mangel an einer systematischen Erfassung der ja vorliegenden wissenschaftlichen und klinischen Erfahrungen über geschlechtsspezifische Medizin. Mit diesem Buch wird das Vorliegen von Erfahrungen in vielfältiger Hinsicht bestätigt.

Wollten wir ein historisches Beispiel heranziehen, um unser Anliegen zu verdeutlichen, ein Buch zu publizieren, was vorwiegend auf Erfahrungen und weniger auf Evidenz basierten Wissen zur Gender medicine beruht, so bietet sich als Analogie die Veränderungen in der theoretischen als auch angewandten Medizin im 17. Jahrhundert an.

Ein kleiner historischer Exkurs

Am Anfang des 17. Jahrhunderts waren die theoretischen als auch die praktischen Konzepte der Medizin in dem derzeit über 1000 Jahre andauernden humoralpathologischen Paradigma erstarrt. In Folge der Schriften des französischen Philosophen René Descartes und der damit verbundenen philosophischen Ermutigung, sich seines Verstandes in aufgeklärter Weise zu bedienen,

² Die aus dem Projekt entwickelte Datenbank ist unter der Internetadresse: www.mh-hannover.de/institute/medizingeschichte einzusehen.

ist ein Wandel in den theoretischen Konzepten der Medizin und in Folge dessen auch in der klinisch-beobachtenden Medizin zu verzeichnen. Ärzte – Frauen waren zu diesem Zeitpunkt weitgehend ausgeschlossen³ – fühlten sich zunehmend ermutigt, ihre Beobachtungen über Entstehung und Verlauf von Krankheiten, die nicht unbedingt mit der humoralpathologischen Denkweise in Übereinstimmung standen, niederzuschreiben.

Eine der herausragenden Persönlichkeiten für diesen Paradigmenwechsel war Thomas Sydenham, der als englischer Hippokrates in die Geschichte eingegangen ist. Sydenham wollte Krankheiten beobachten wie das Wachstum der Pflanzen. Daraus entstanden eine Fülle von exzellenten Kasuistiken. Seine wichtigste Schrift, *Methodus curandis febres* (1666), lieferte einen Überblick über die Erkrankungen, die damals allgemein nur mit „Fieber“ bezeichnet wurde. Seine Schrift lieferte zum ersten Mal eine differenziertere Krankheitszuordnung der vielfältigen fiebrigen Erkrankungen. So gab er sehr genaue Beschreibung über den Verlauf von Malaria, Masern, Scharlach und Gicht – woran er selber litt. Sydenham konnte in einer Schrift über die Hysterie mit dem Vorurteil aufräumen, dass lediglich Frauen – wie man seit Jahrtausenden glaubte – von dieser Krankheit befallen werden, sondern genau so oft auch Männer⁴. Ebenfalls wurden in diesem Jahrhundert besonders von dem

anderen herausragenden englischen Arzt Thomas Willis erste exakte Verlaufsbeschreibungen von „Unterleibs-Typhus“, Myasthenia gravis, Kindbettfieber und sogar von progressiver Paralyse vorgelegt.

Mit diesen erfolgreichen Krankheitsbeschreibungen lernten die europäischen Ärzte genauer einzelne Krankheiten in ihren jeweiligen Verläufen gegeneinander abgrenzen. Damit lieferten sie die Basis, die vorherrschenden Theorien über Krankheitsentstehung an einer Fülle von Kasuistiken zu überprüfen und zu korrigieren. Ebenso eröffneten sich den Ärzten neue Einsichten, die unter der erstarrten Interpretationsschematik der Humoralpathologie, der Vier-Säfte-Lehre und der Qualitätenlehre nicht wahrgenommen worden waren. Über den Weg der Beobachtung, detaillierten Beschreibung und Zusammenfassung der Beobachtungen zu neuen Krankheitsbildern veränderte sich das Verständnis von Diagnose, Therapie und Prognose. Der damit erbrachte Beweis, dass „vorurteilsfreie“ Beobachtung der Krankheitsverläufe neue Einsichten hervorbringt, ebnete den Weg für neue systematische Untersuchungen. Auf der Basis dieser kasuistischen Medizin wurde der Boden für die wissenschaftliche Medizin des ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhunderts bereitet. (Lohff, 1990, 2003) Indem man also begann, empirisches Wissen systematisch zu erfassen, wurden die Wissensdefizite offensichtlich und man gelangte zu neuen Fragestellungen.

³ Obwohl die „scientific lady“ ein Produkt der naturwissenschaftlichen Revolution war, blieb die studierte Ärztin bis ins 20. Jahrhundert die große Ausnahme. Die wohl berühmteste deutsche Medizinerin des 18. Jahrhunderts ist Dorothea Christiane Leporin Erxleben (1715-1762), die mit ihrer Dissertation über die heilenden Effekte angenehm schmeckender Arzneien als erste Frau an einer deutschen Universität einen Dokortitel erwarb.

⁴ Der englische Arzt Thomas Willis war übrigens derjenige, der festgestellt hat, daß die Hysterie nicht eine Erkrankung des Uterus sei, sondern eine des Nervensystems.

In diesem Sinne hoffen wir mit der vorliegende Publikation einen Anstoß zu geben, dass es sinnvoll ist und neue Horizonte öffnet, teilweise auf vorhandenes Wissen zurückzugreifen, es aber unter veränderter Perspektive zu betrachten. Es birgt unseres Erachtens in sich die Chance, Vorhandenes mit verändertem Blick zu betrachten und dadurch neues Wissen zu generieren, welches in den vorliegenden wissenschaftlichen Systemen noch nicht festgelegt ist.

Aus den wenigen vorliegenden Studien ist bereits abzuleiten, dass eine Gender-sensitive Diagnose, Therapie etc. nicht nur dem/r Patienten/in gerechter wird, sondern auch Risiko und Outcome beeinflussen. Es liegt auch auf der Hand, dass mit einer Gender gerechteren Therapie die Compliance für medizinische Maßnahmen dadurch verbessert werden kann.

Wir hoffen auch, dass mit und durch die Zusammenstellung von unterschiedlichen Erfahrungen, Anregungen entstehen und Motivation geschaffen wird, sich dem Themenkreis Gender Medicine mit wissenschaftlichen Forschungsansätzen zu nähern. Für die Praxis hoffen wir folgenden Zielen mit diesem Buch näher zu kommen:

- Wissenserweiterung
- Auseinandersetzung mit Gender im klinischen Alltag
- Umsetzen des Wissen im klinischen Alltag und der medizinischen Praxis
- Kriterien in die Hand zu geben, wann Gender im medizinischen Handeln berücksichtigt werden sollte und wann es nicht relevant ist
- Vor dem Hintergrund von Gender Medizin kann dann angemessen im klinischen Alltag diskutiert werden, ob in

dem jeweils vorliegenden speziellen Fall, Gender eine Rolle spielt oder auch nicht.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen AutorInnen bedanken, die mit ihrem enormen Fachwissen und ihrer wissenschaftlichen Kompetenz dieses Neuland im klinischen Bereich so exzellent aufbereitet haben und uns mit der Fülle von fachspezifischen Detailkenntnissen zu Gender selber überrascht haben.

Den AutorInnen ist es in hervorragender Weise gelungen, besonders anschaulich die genderspezifischen wissenschaftlichen Erkenntnisse in den Kontext mit der klinischen Praxis zu bringen. Besonders freut uns auch, dass auf Basis der intensiven Auseinandersetzung mit der Materie im Rahmen des Buchbeitrages einige AutorInnen neue Forschungsprojekte im Bereich Gender Medizin initiiert haben.

Dem Verlag Springer und besonders Frau Eichberger sei für die ermutigende, konstruktive und zu jedem Zeitpunkt uns unterstützende Zusammenarbeit herzlich gedankt. Frau Voss sei ebenfalls gedankt, die mit ihrer Kompetenz und Geduld eine entscheidenden Rolle gespielt hat, dass diese Publikation zügig und fast in dem vorgegebenen Zeitrahmen publiziert werden konnte. Es hat uns ebenfalls gefreut, dass wir in Österreich und Deutschland für dieses Buchprojekt bei den Ministerien, für die eine Berücksichtigung des Genderaspektes auch politisch eine prominentere Rolle spielt, Interesse wecken konnten: **In Deutschland danken wir dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Wissenschaft und Bildung, in Österreich dem Bun-**

desministerium für Gesundheit und Frauen, dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, dass sie bereit waren, die Veröffentlichung finanziell zu unterstützen.

Wien/Hannover
im Februar 2004

Anita Rieder
Brigitte Lohff

Literatur

1. Braun RN (1957) Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Grundlagen und Krankheitshäufigkeit. Schattauer, Stuttgart
2. Braun RN (1961) Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. Diagnostische und statistische Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart
3. Institutes of Medicine (2001) Exploring the biological contributions to human health: Does sex matter? National Academy Press, Washington
4. Lohff B (1990) Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik. [Medizin in Geschichte und Kultur 17.] Fischer, Stuttgart
5. Rammasubu K, Gurm H, Litaker D (2001) Gender biases in clinical trials: do double standards still apply? J Women's Health Gend Based Med 8: 757–764
6. Rieder A et al. (2001) Sex and gender matter. The Lancet 35(358): 842–843
7. Schmeiser-Rieder A et al. (1999) Viennas men's health report. The Ageing Male 2(3): 166-179
8. Schmeiser-Rieder A et al. (Hrsg.) (1999) Wiener Männergesundheitsbericht 1999. MA-L Wien
9. Stöckel S, Walter U (Hrsg.) (2002) Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung. Juventa, Weinheim
10. WHO (2000) Men, ageing and health. Ageing and health programme, social change and mental cluster. The Ageing Male 3: 3–36
11. World Health Organization (1998) Gender and health: technical paper. Geneva

Inhalt

Autorenverzeichnis	xi
Einleitung	
<i>Anita Rieder und Brigitte Lohff</i>	1
1 Allgemeinmedizin	
<i>Susanne Rabady und Erwin Rebhandl</i>	11
2 Geschlechtsunterschiede im Kindesalter: Wachstum, Entwicklung und Krankheit	
<i>Jochen Ehrich, Miro Živičnjak und Hans Hartmann</i>	29
3 Zur Geschlechtsspezifität bei (neuro)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie	
<i>Angela Moré</i>	45
4 Angeborene Stoffwechselstörungen	
<i>Anibh Das</i>	63
5 Psychiatrie	
<i>Nina Ebner und Gabriele Fischer</i>	77
6 Onkologie	
<i>Christine Marosi, Christian Vutuc, Hildegard Theresia Greinix, Barbara Dörner-Fazeny und Christoph Zielinski</i>	113
7 Public Health in Deutschland und die Integration von Gender Fragen	
<i>Marie-Luise Dierks</i>	149
8 Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion und Essstörungen	
<i>Ingrid Kiefer und Theres Rathmanner</i>	173
9 Neurologie	
<i>Christine Schröder, Claudia Wenzel und Karin Weissenborn</i>	189
10 Rheumatologie	
<i>Joachim-Michael Engel</i>	215
11 Physikalische Medizin und Rehabilitation unter geschlechtsspezifischen Aspekten	
<i>Veronika Fialka-Moser, Gerda Vacariu und Malvina Herceg</i>	247

12 Die alternde Bevölkerung: Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Gender-Fokus <i>Ulla Walter und Klaus Hager</i>	267
13 Intensivmedizin <i>Ana Reiter, Philipp G.H. Metnitz und Michael Zimpfer</i>	301
14 Kardiologie <i>Thomas Weber, Johann Auer, Robert Berent, Elisabeth Lassnig und Bernd Eber</i>	313
15 Herzchirurgie <i>Olaf Stanger</i>	357
16 Angiologie <i>Ernst Pilger</i>	389
17 „Gender aspects“ im Spiegel der Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse“ <i>Friedrich-Wilhelm Schwartz, Thomas Grobe, Eva Bitzer und Hans Dörning</i>	419
18 Nach-Denkliches zur Gender Medizin <i>Angelika Voss und Brigitte Lohff</i>	435

18 Nach-Denkliches zur Gender Medizin

A. Voss und B. Lohff

Gender Based Medizin (GBM) liefert, wie die hier vorgestellten fachspezifischen Zugänge zeigen, sowohl für weibliche wie männliche PatientInnen eine Basis für eine bessere, geschlechtergerechte Versorgung in mannigfaltiger Weise. Mit dem wachsenden Verständnis für eine geschlechtsspezifische und zugleich entzerrende Annäherung an das biologische und soziale Geschlecht schafft Sex und Gender Medizin die Grundlage für geschlechtssensible Diagnose- und Therapiekonzepte, die Verringerung eines geschlechtsspezifischen Risikos von Nebenwirkungen pharmazeutischer Präparate und den Abbau von geschlechtsspezifischen wie professionsspezifischen Kommunikationsbarrieren. Sie kann unter Ausnutzung dieses Wissens auch dazu beitragen, die Compliance der Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Die Dynamik der Gender Medizin ergibt sich aus dem Spannungsverhältnis von biomedizinischen Fragen in Zusammenschau mit der Frauen- und Geschlechterforschung bzw. den Gender Studies in den Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann und Kolip, 2002) einschließlich den Ergebnissen der Männer- und Frauengesundheitsberichte (Schmeiser-Rieder et al., 1999; BMFSFJ 2001). Gender Medizin lebt daher neben dem Spezialwissen der medizinischen Expertinnen und Experten auch von den kritischen Reflexionen der Gender Studies aus ärztlicher Sicht (Cavalcanti de Aguiar, 1998). Über die Wahrnehmung des geschlechtlichen Körpers hinaus wer-

den so die sozialen Geschlechterverhältnisse in ihren gesunderhaltenden und krankmachenden Beziehungen (Gesundheitsakademie, 2000) als medizinisch relevantes Thema anerkannt. Gender Medizin heißt deshalb auch, die eigene ärztliche Perspektive auf geschlechtsspezifische Verzerrungen zu überprüfen, die zu Fehldiagnosen sowie Über- oder Unterversorgung von Männern wie Frauen führen können (vgl. etwa Rebhandl et al., Kapitel 2).

In unserer abschließenden Betrachtung wollen wir auf der Grundlage der hier vorgestellten Erfahrungen einer Genderbezogenen Sicht einige Schlussfolgerungen für zukünftige Forschungsansätze in der Medizin diskutieren. Wie groß das Desiderat in diesem komplexen Bereich diagnostischer, therapeutischer und präventiver Ansätze ist, konnte anhand der in diesem Band publizierten Aufsätze gezeigt werden. Es ist sicher deutlich geworden, dass vor allem neben der generellen Einsicht, was eine geschlechts-differenzierende Analyse Erstaunliches zu Tage fördert, ein großer Forschungsbedarf allein schon darin besteht wird, die vorhandenen Datenmaterialien auf Gender Aspekte neu zu sichten. Aus der Entwicklung geschlechtsspezifischer Fragestellungen und Methoden in den Gesundheitswissenschaften als Teil des Gender Mainstreaming (Maschewsky-Schneider, 2002; Hurrelmann und Kolip, 2002) lassen sich Phasenmodelle zur Entwicklung von „gender sensitivity“ auch für die Medizin ableiten. Kernelemente dieses

Ansatzes sind zum einen das Fünf-Schritt-Modell nach Rosser (Maschewsky-Schneider, 2002: S 495f.). In dessen Mittelpunkt steht die Frage nach der

- An- bzw. Abwesenheit von Frauen in der medizinischen Forschung,
- die Erfassung der Kategorie „Weiblich“ als eigenständige Größe in der Analyse,
- kritischen Betrachtung der Blickrichtung von „männlicher“ Wissenschaft auf das weibliche Subjekt.

Daraus ergibt sich der in den USA bereits anerkannte

- eigene Forschungsschwerpunkt „Women's Health“, der Frauen nicht mehr nur als die generative Reproduktion sichernden Menschen wahrnimmt.

Und schließlich die

- Rückführung dieses frauenspezifischen Forschungsansatzes in eine geschlechterbezogene Zugangsweise. Denn auch Frauen können einen positiv oder negativ falsch assoziierten Zugang zum geschlechtlichen Gegenüber entwickeln, der zur gender bias, also den geschlechtsspezifischen Verzerrungen in Diagnose und Therapie führt. Zu Recht ist der Titel des führenden US-amerikanischen Gender-Medicine Journals *Women's Health* um den Zusatz „& Gender Based Medicine“ erweitert worden.

Ebenfalls als Fünferschritt wurde zweitens die Methode von Margret Eichler entwickelt. Diesmal ist der Bezugspunkt allerdings das männliche Geschlecht, aus dessen Perspektive, heraus dem sog. **Androzentrismus**, eine **Untergeneralisierung** für Frauen insbesondere bei Herzkreislauf-

krankungen resultierte (s. alle Beiträge in diesem Band; Maschewsky-Schneider, 2002; BMFSFJ, 2001; Hurrelmann und Kolip, 2002: S 273f.). In Gegenüberstellung dazu stellen die an Männern gewonnenen und auf Frauen übertragenen klinischen Forschungsergebnisse in der Schlussfolgerung eine **Übergeneralisierung** dar. Als Konsequenz aus diesen Erkenntnissen folgt die Forderung nach **Herausbildung von Geschlechts-sensibilität**, d.h. die Berücksichtigung des männlichen wie weiblichen Geschlechts als eigenständige und bedeutsame Parameter innerhalb der Medizin. Und schließlich verlangt diese Methode den **„Doppelten Bewertungsmaßstab“**. Mit ihm wird ausgelotet, inwieweit ungleiche bzw. unterschiedliche Versorgungs- und Behandlungskonzepte, medizinische wie wissenschaftliche Fragestellungen und Maßnahmen auf die geschlechtsspezifischen Verzerrungen zurückzuführen sind, oder um es in der Alltagssprache auszudrücken, wo liegen geschlechtsspezifische Vorurteile in der Entscheidungsfindung von Diagnostik und Therapie sowie sprachliche Missverständnisse in der Bewertung von Krankheitsverhalten und -verläufen bei Männern und Frauen zugrunde. Wie die Beiträge in diesem Band zeigen, besteht hier noch ein weit reichendes Forschungsdefizit (s. a. Dierks, Kapitel 8).

Wenn man diesen methodischen bzw. methodologischen Grundgerüsten folgt, liegen vernünftige Instrumentarien für die Gender Medizin vor, wie sie diese für wissenschaftlich fundierte Untersuchungen braucht. Vor allem kann man dann auch auf die Probleme eingehen, die sich bei einer Gender Medizin durchaus einstellen können.

Zu diesen Problemzonen der geschlechtssensiblen Medizin, die gegenwärtig diskutiert werden, gehört nicht umsonst die Einbeziehung von Frauen in klinische Studien (s.a. Reiter et al., Kapitel ?). Dabei muss gleichzeitig überlegt werden, bis zu welchem Grad es Sinn macht, geschlechtssensible Analysen zu verlangen und unter welchen Bedingungen Frauen in Studien aufgenommen, wie sie angesprochen, welches Studiendesign entworfen werden soll sowie welche Zielsetzung damit verbunden ist (Breithaupt-Grögler, Heger-Mahn, Klipping et al., 1997). Hier kann die Vorlage des National Institute of Health (NIH) in den USA beispielhaft sein, in der festgelegt ist, dass für Frauen relevante Medikamentenprüfungen nur dann finanziert werden, wenn Frauen im Forschungsansatz, der Erhebung und Analyse explizit berücksichtigt sind. Bereits seit 1994 liegen in den USA ethische und rechtliche Richtlinien für die Aufnahme von Frauen in klinischen Studien vor (Mastrionni et al., 1994).

Die Aufnahme von Frauen in klinische Studien alleine reicht allerdings nicht aus. Es müssen auch neue Forschungsfragen formuliert und neue Forschungsfelder erschlossen werden.

Wie wichtig dabei die jeweilige Rückkoppelung von biologischen und sozialen Fragestellungen, von Interdisziplinarität und Forschungstransfer ist, zeigt das Beispiel des plötzlichen Herztodes bei Frauen (s. die Kapitel 15 und 16, Kardiologie und Herzchirurgie, in diesem Band). Die Ernährungswissenschaften weisen aktuell einen Selendefizit von Frauen gegenüber Männern auf (Kiefer und Rathmann, Kapitel 9). Gleichzeitig werden kardiovaskuläre Erkrankungen in einen pathogeneti-

schen Zusammenhang mit Selenmangel gesetzt, und einige Untersuchungen ergaben eine positive Korrelation von niedriger Selenkonzentration und dem Auftreten plötzlicher kardialer Todesfälle (Zumkley und Kisters, 1990; Gröber, 2000). Hier besteht also dringender Forschungsbedarf, ob der geringere Selenmangel bei Frauen, möglicherweise verursacht durch die bewusster Ernährung und die damit verbundene geringere Aufnahme von Fleisch, zu einem Defizit führt, das den plötzlichen Herztod der Frauen begünstigt.

Die Beiträge in diesem Buch zeigen weiterhin, dass die Humanmedizin als normierende und standardisierende Disziplin und Disziplinierung des (geschlechtlich definierten) Körpers auf dem Fundament der „sex based biology“ ruht. So wird die Dichotomie von männlich/weiblich als biologisch manifester Unterschied bis in die genetische Konstitution erklärt. Damit ist eine geschlechtssensible Medizin aber nicht gefeit vor neuen Missverständnissen. Denn mit der Feststellung des Andersseins als die Andere oder der Andere wird noch keine Garantie für die Anerkennung von Differenz als nicht-pathologisch, nicht-krankhaft und nicht-therapiebedürftig gegeben (vgl. Hurrelmann und Kolip, 2002: S 107). Während die Transsexualität als psychosoziales Problem vor allem das Erwachsenenalter betrifft, fällt die Frage nach Intersexualität als klinisches Forschungs- und Praxisfeld in den Bereich der Pädiatrie und betrifft hier insbesondere die Neugeborenen und Kleinkinder. Diese Vorverlegung der Geschlechtsfestlegung resultiert dabei nicht zuletzt aus einer Gesetzgebung, die eine Eintragung in das Stammbuch nur als Junge oder als Mädchen zulässt. Begriffe

wie Zwitter, Intersex oder andere Bezeichnung sind durch diese Regelung ausgeschlossen. Die Leiterin des Zentrums für feministische Studien der Universität Bremen, Konstanze Plett, eine promovierte Juristin für europäisches Recht, führt aus, dass durch diese Gesetzesgrundlage chirurgische und hormonelle Eingriffe an nicht-einwilligungsfähigen Neugeborenen und Kleinkindern vorgenommen werden, um das Geschlecht zu korrigieren, obwohl durch die Intersexualität keinerlei Gefahr für Leib und Leben besteht. Sie plädiert daher an die Pädiatrer, nicht mehr eine invasive „Korrektur“ zur Herstellung einer Rechtssicherheit durchzuführen, sondern vielmehr gegenüber den Gerichten darauf hinzuweisen, dass Intersexualität ein durchaus häufiges Phänomen darstellt und die Entscheidung für die Festlegung der Geschlechtsidentität den Menschen selbst überlassen werden sollte (Plett, 2002). Noch 1963 wurden z.B. chromosomale Aberrationen, die zur Herausbildung von Hermaphroditen führen, nicht als biologisches, sondern als psychosoziales Problem aufgefasst und die Frage, ob es ein Junge oder ein Mädchen sei, zum Schutz dieser „dritten Kategorie“ Geschlecht nicht weiter vertieft. Auch die Tatsache, dass diese Kinder später selbst nicht biologische Eltern werden könnten, wurde als Schicksal betrachtet, dass sie mit „zahlreichen anderen Menschen“ teilten (Böttcher, 1963: S 448).

In der „sex based biology“ Medizin wird demgegenüber beispielsweise AGS (kongenitales androgenitales Syndrom, hervorgerufen durch einen Enzymdefekt) als pa-

thologisch und therapiebedürftig eingestuft (Legato, 2002: S 55). Mit der Normierung von Geschlecht in der gegenwärtigen Diskussion wird somit parallel eine biologistische Sichtweise reaktiviert und transportiert, die die Diskurse zur psychosozialen Geschlechtsidentität (West und Zimmerman, 1991) als Standard zu Abweichungen verwirft und intersexuelle Geschlechterunterschiede auf prädispositionierte Charaktereigenschaften zurückführt (vgl. Legato 2002: S 45f).¹ Auf mögliche Verzerrungen innerhalb der biologischen Definition von Geschlecht als das „Natürliche“ (gender bias) trotz gender based biology verweist u.a. Angela Morée in diesem Band über „Geschlechtsspezifität bei (neuro)psychologischen und psychosomatischen Störungen aus der Sicht der pädiatrischen Psychologie“. Einen guten Einblick in die Varianzbreite der intra-geschlechtlichen Differenzen liefert auch der Beitrag zur Neurologie in diesem Band.

Auch die folgende Überlegung zeigt, dass in der Gender Medizin immer wieder die Frage gestellt werden muss: Qui bono – wem nützt es? Die Zugehörigkeit zum jeweils gleichen Geschlecht kann von einer vermeintlichen Unterversorgungssituation auch in einer möglichen Übermedikalisierung münden, wie an einem weiteren Beispiel verdeutlicht werden soll. Dieses Problem wird in den von Frauen (-verbänden) geforderten und durch die Medizin bereitgestellten Maßnahmen in der Krebsfrüherkennung und Therapie ersichtlich: Obwohl die Herz-Kreislauf-erkrankungen auch bei Frauen an erster Stelle

¹ Dass die medizinischen Interventionen bei Kindern bzw. Ungeborenen zur „genauen“ Festlegung von männlich/weiblich nach geno- wie phänotypischen Merkmalen zunehmend auch ein Problem für das Rechtswesen darstellen, geht aus einer kritischen Stellungnahme der Universität Hawaii hervor (Mich J Gend Law 2000; 7(1):1–63).

stehen und in Deutschland die Sterberate bei Frauen höher liegt als bei Männern (53% zu 43%, BMFSFJ 2001: S 113), wird nach wie vor die weibliche Brust als zentrales „Risikoorgan“ ins Visier genommen. Mit der Terminologie Brustkrebs, Brustkrebszentren, Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen werden durch Angst auslösende Konnotationen und Halbwahrheiten (Hahn, 1994) geschlechtsspezifische Anreize zur Teilnahme an Krebs(früh)erkennungsuntersuchungen transportiert. Dabei bestimmt seit Entdeckung der Genaberrationen BRCA₁ und BRCA₂ in der (sekundären) Krebsprävention die Vorstellung vom Gen als Auslösefaktor von Brustkrebs die weitere Regie der Diagnoseverläufe. Bei einem Gentest mit positivem Befund wird zunehmend eine regelmäßige Kontrolle durch Mammographien empfohlen. Sowohl die Deutung des Gens als individueller Risikofaktor wie auch Sinn und Problematik der Mammographiescreenings haben für sich genommen zu mehreren kritischen Beiträgen aus unterschiedlicher Sicht geführt und die Diskussion ist keinesfalls abgeschlossen (Hurrelmann und Kolip, 2002; Lohmann, 2002; Mühlhauser und Höldke, 2000; Schmitz-Feuerhake, 1997). Was aber bislang keinerlei Eingang in die Diskussion gefunden hat, sind die Warnungen von Radiologen, die in der Kombination von genetischer Prädisposition und Mammographie als Früherkennungsmaßnahme einen synergetischen Effekt befürchten, weil die vererbte genetische Aberration für sich nicht zwingend einen Krebs auslöst, sondern eine weitere genetische Veränderung hinzu kommen muss, bevor sich eine prädisponierte Zelle in eine Krebszelle verwandelt. Als sicher gilt je-

doch, dass überwiegend Doppelstrangbrüche der DNS durch Strahlung induziert werden, die über Chromosomenveränderungen zu einem manifesten Strahlungskrebs führen können (Strahlentelex 272–273 (1998):1–2; <http://staff-www.uni-marburg.de/~kunih/all-doc/dukuni.pdf>). Durch die Vorannahme, dass die ererbten sogenannten Brustkrebsgene das eigentliche Risiko darstellen, würde somit nach mehreren Mammographien ein positiver Befund zur falsch positiven Aussage führen, dass der prädisponierte Faktor für das Auftreten der Krankheit verantwortlich ist, während es sich tatsächlich um einen iatrogenen Schaden handelt.

Zu dem Terminus „Brustkrebsgene“ ist außerdem anzumerken, dass er einen falschen geschlechtsspezifischen Zusammenhang herstellt, weil die an die Mutation der BRCA-Gene gebundene Aussage des erhöhten Krebsrisikos eben nicht nur im Falle eines Brustkrebses bei Frauen gilt (Lohmann, 2000). Für beide Geschlechter wird die Genabweichung als Indikator anderer maligner Anlagen betrachtet. Durch die vermeindlich ein-eindeutige Bindung der Genveränderung an die weiblich assoziierte Brust werden aber Ängste vor der Erkrankung, Einwilligung zur permanenten Kontrolle und die Hoffnung auf mehr Sicherheit ausschließlich an Frauen festgemacht, womit sie zugleich auch das höhere Risiko einer iatrogen verursachten Krebserkrankung tragen (Voß, 1999). Geschlechtersensible Forschung und medizinische Praxis heißt hier vor einem Zuviel an Maßnahmen ebenso zu warnen wie vor dem Wecken falscher Hoffnungen (Hahn, 1994; Lohmann, 2000). Bei den in das ATM-Gen bzw. dessen Mutation gesetzte Erwartun-

gen einer effizienteren Strahlentherapie ist zu berücksichtigen, dass die nicht mehr vorhandene Reparaturfähigkeit von Strahlenschäden nicht nur auf die Tumorzellen, sondern auf die Patientin insgesamt zu beziehen ist (Voß, 2003).

Gewohnt, in erster Linie den Körper, die Zellen, Chromosomen, Blutwerte und Eiweiße zu ergründen, verliert sich der ganze Mensch oft hinter diesen Einzelwerten. Geschlecht – und zwar biologisches wie soziales – kann aber nicht gedacht werden ohne die historische, soziale und kulturelle Einbindung, ohne biographische und geographische Verortung, ohne Altersstufen als biologische Prozesse und Lebenserfahrung (vgl. auch Fialka-Moser et al., Kapitel 12 in diesem Band). Frauen und Männer anderer Kulturen erleben Medizin nicht nur anders als Menschen der eigenen Kultur, sie zeigen auch Unterschiede in der biologischen Konstitution. Die Migrationsforschung in den Gesundheitswissenschaften hat das für einige Bereiche bereits heraus gearbeitet (David, 2000). Differenz in der Gleichheit zu beachten heißt hier, für eine geschlechtssensible Medizin auch zu berücksichtigen, dass dem biologischen Geschlecht durch die Zugehörigkeit zu einer anderen Ethnie möglicherweise andere biomedizinische Normen zugrunde gelegt, andere Zugänge zum Medizinwesen verschafft werden müssen, als dies für die weiße westliche Bevölkerung gültig ist. Diese Elemente sind die Eckpfeiler sowohl der biologischen wie sozialen Kategorie Geschlecht, ausgedrückt in den geschlechts- wie ethnospezifischen Zugangsweisen zu den Einrichtungen des Gesundheitssystems. Soziale Ungleichheiten, Abhängigkeits- und Gewaltverhältnisse spielen in diesem Zusammenhang eine ent-

scheidende Rolle. Von ihnen hängen nicht nur Compliance und Coping, sondern ebenso Erfolge der Therapien als biomedizinische Intervention ab.

Die besonderen Probleme der geschlechtssensiblen Altersforschung (Walter und Hager, Kapitel 13) werden an der längeren Lebenszeit von Frauen bei gleichzeitig erhöhter Multimorbidität ersichtlich. Schon lange ist durch umfassende sozialwissenschaftliche Studien der „gender gap“ in der sozialen Absicherung älterer Frauen gegenüber Männern bekannt. Armut als Krankheitsfaktor muss daher in den weiteren Überlegungen der Gesundheits(system)forschung, der Epidemiologie und der Geriatrie als geschlechtsspezifische Größe berücksichtigt werden. Dies bedeutet insbesondere angesichts massiver Einschnitte im Gesundheitswesen eine doppelte Benachteiligung für Frauen: erstens, weil sie als die länger Lebenden mit einem schlechteren Gesundheitszustand eigentlich einen größeren Bedarf an medizinischer Versorgung haben, und zweitens, weil sie als die sozial schlechter gestellte (Gruppe) stärker von den Auswirkungen der Sparmaßnahmen betroffen sind.

Die Vernachlässigung der geschlechtshierarchischen Verhältnisse als Auslöser für Gewalt führt bis heute dazu, dass das Thema Häusliche Gewalt nur mühsam Eingang findet in die medizinische Versorgung. Mit rein technischen Diagnoseverfahren wie Röntgen, Ultraschall und Blutanalysen sind die Ursachen für physische Verletzungen nicht bzw. nur schwer zu ermitteln und durch diese Gewalterfahrung bewirkte Traumatisierungen bleiben oft gänzlich unerkannt. Gewaltdiagnostik für die besonders davon berührten Spezialbereiche

wie Notfallambulanz, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie und Rechtsmedizin sowie die Pflegeberufe und das Hebammenwesen ist in diesem Kontext eine notwendige Ergänzung (Warshaw, 1997). Hier gilt es außerdem, der sprechenden Medizin wieder zu mehr Gewicht zu verhelfen, um die Betroffenen aus ihrer Sprachlosigkeit ebenso zu befreien wie ihnen das Gefühl des Schutzes innerhalb des medizinischen Betriebs zu vermitteln. Somit kann auch den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation und Europäischen Union (EG/SEM/VIO (99) 21) nach einer **gender based** medizinischen Versorgung als Teil der Gewaltprävention Rechnung getragen werden.

Die Aufgabe der Medizinethik und Medizingeschichte wird es sein, durch einen geschlechtssensiblen Zugang weitere Forschungsbereiche aufzuzeigen und zum besseren Verständnis historisch gewachsener Geschlechtersichtweisen und Kommunikationsstrukturen in der Medizin aus ihrem jeweiligen Fachbereich beizutragen (Meinel und Renneberg, 1996).

Weitere Untersuchungen auf der Basis der Frauen- und Geschlechterforschung und im Spiegel der reziproken geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen von ÄrztInnen und PatientInnen sind dringend erforderlich. Dies gilt insbesondere, wenn PatientInnen zu einer sozial stigmatisierten Gruppe gehören wie Drogenabhängige, Alkoholranke, Obdachlose und sowohl Sozialstatus wie Geschlecht möglicherweise die Diagnoseerhebung und weitere Behandlung beeinträchtigen. So lautet die Frage nicht nur, ob Frauen und Männer anders erkranken, wie alle Beiträge in diesem Band zeigen, sondern ob sie qua Ge-

schlecht und/oder aufgrund ihrer sozialen Stellung anders wahrgenommen und behandelt werden sowie ob und welche Rolle das jeweilige Geschlecht der behandelnden MedizinerInnen dabei spielt.

Da es das Anliegen dieses Buches ist, die bisherigen bekannten Unterschiede der Geschlechter aus klinischer Sicht aufzufächern und die Desiderate hinsichtlich Forschung, Lehre und Praxis zu verdeutlichen, fehlen die auf ein biologisches Geschlecht fokussierenden Bereiche der Gynäkologie und Urologie bzw. Andrologie ebenso wie der Bereich der Reproduktionsmedizin. Wie sehr dieses letztgenannte Spezialgebiet der Medizin an der biologischen und gesellschaftlichen Konstruktion von Geschlecht durch die medizinische Intervention beteiligt ist, zeigt eine kritische Auseinandersetzung mit der Definition von Pathologie und Therapie in diesem Fachbereich. Die „künstliche Befruchtung“ war von ihren Anfängen her als iatrogenes Instrument zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ausgelegt worden. Allerdings handelte es sich bei Indikationsstellung und beabsichtigter Therapie um ein unmögliches Unterfangen: Die Diagnose bedingte oder völlige Sterilität beim Mann zog und zieht bis heute die Frauen in den Sog einer Pathologisierung, die sie als Gesunde zur Patientin werden lässt. Angesichts einer an der Frau vorgenommenen iatrogenen Insemination, die selbst unter keiner Fertilitätsstörung leidet, von einer „Patientin“ zu sprechen, zeigt das bis dato geleugnete Unvermögen des Mannes, Kinder zu zeugen. So werden Frauen behandelt, die nicht behandlungsbedürftig sind. Selbst dann wird der Eingriff als Therapie definiert, wenn der Partner wegen

Kontraindikationen einer Verwendung seines Spermas als künftiger sozialer Vater gar nicht erst in das Verfahren einbezogen ist. Ein anderer Aspekt betrifft die Erwartungshaltung, die mit den Reproduktionstechniken verbunden werden. So wird mittlerweile Frauen, die wegen bestehender schwerer Krankheiten wie z.B. maligner Tumoren einer Therapie unterzogen werden, die zu einer Schädigung der Keimzellen führen kann, zur extrakorporalen Lagerung ihrer Eizellen geraten, um sie später zurückverpflanzen zu lassen (vgl. Marosi et al., Kapitel 7). Dabei ist zweierlei anzumerken: Zum einen ist bislang überhaupt nicht bekannt, ob mit der Exkludierung der Eizellen vor der Therapie ein Schutz auch dann gewährleistet ist, wenn sie anschließend in eine Frau reimplantiert werden. Zum anderen sind die psychischen und physischen Belastungen zu berücksichtigen, die Frauen mit der Reproduktionsmedizin eingehen. Und gerade weil es sich bei z.B. Krebskranken schon um eine Gruppe handelt, die unter einem großen Leidensdruck steht, wäre es unverantwortlich in einer Krisensituation, die fast immer im Eilverfahren erlebt und durchlitten wird, weil die Zeiten zwischen Diagnose und Therapie kaum eine umfassende Information über beide iatrogenen Eingriffe zulässt, die Sicherung der Fortpflanzungsfähigkeit in den Mittelpunkt zu stellen.

Literatur

1. Böttcher HM (1963) Das Hormonbuch. Die Geschichte der Hormonforschung. Köln
2. Breithaupt-Grögler K, Heger-Mahn D, Klipping C (1997) Klinische Arzneimittelprüfung an Frauen. Deutsches Ärzteblatt 94 (15): 51
3. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland. Berlin [Kurzbezeichnung: Frauengesundheitsbericht]
4. Cavalcanti de Aguiar A (1998) Medicine and women's studies: possibilities for enhancing women's health care. Journal National Women's Studies Association [NWSA] 10(1): 23–42
5. David M et al (Hrsg) (2000) Migration – Frauen – Gesundheit : Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main
6. GesundheitsAkademie, Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hrsg) (1998) Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt am Main
7. Gröber U (2000): Orthomolekulare Medizin: Ein Leitfaden für Apotheker und Ärzte. Stuttgart
8. Hahn S (1994): Wissensvermittlung oder Angst-macherei? Eine kritische Betrachtung der Gesundheitsaufklärung über Krebs. In: Bach O, Günther H (Hrsg) Gesundheitswissenschaften in der Onkologie, S 30–44
9. Hurrelmann K, Kolip Pe (Hrsg) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Huber, Bern
10. Kracke B, Wild E (Hrsg) (1996) Überlegungen und Befunde zur beruflichen Situation und Förderung des naturwissenschaftlichen Nachwuchses. Heidelberger Frauenstudien, Heidelberg
11. Legato M (2002) Evas Rippe. Die Entdeckung der weiblichen Medizin. Bern
12. Lohff B, Voss A (2002) Geschlechterfragen in der ärztlichen Ausbildung. EU-Projekt zur Integration von Gender Mainstreaming in die medizinische Forschung und Lehre: pro familia Magazin 3: 9–10
13. Lohmann R (2002) Die Entdeckung der Brustkrebs-gene und ihre gesundheitspolitischen Folgen. In: Verein FluMiNuT (Hrsg) Dokumentation. Wissen_schaf(f)t Widerstand, Wien
14. Maschewsky-Scheider U (2002): Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen – die Herausforderung eines Zauberwortes. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 3: 493–503
15. Mastroianni A C, Faden R, Federman D (eds) (1994) Women and health research. Ethical and legal issues of including women in clinical studies, vol I. Washington D.C
16. Meinel C, Renneberg M (Hrsg) (1996) Geschlechterverhältnisse in der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Bassum, Stuttgart

17. Metz-Goeckel S, Schmalzhaf-Larsen C, Belinszki E (Hrsg) (2000) Hochschulreform und Geschlecht: neue Bündnisse und Dialoge. Opladen
18. Mühlhauser I, Höldke B (2000) Mammographie. Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchung. Mainz
19. Plett K (2003) Intersexuelle – gefangen zwischen Recht und Medizin. In: Koher F, Pühl K (Hrsg) Gewalt und Geschlecht. Konstruktionen, Positionen, Praxen. Opladen, S 21–41
20. Schmitz-Feuerhake I, Lengfelder E (Hrsg) (1997): 100 Jahre Röntgen: Medizinische Strahlenbelastung – Bewertung des Risikos. Berlin
21. Steering Committee for Equality between Women and Men of the Council of Europe (ed) (2000): Seminar: Men and violence against women. Palais de l'Europe, Strasbourg, 7–8 Octobre 1999, Proceedings, EG/SEM/VIO (99) 21, Strasbourg
22. Voss A (1999) Der Krebs ist ein Feind im Körper..., Frauen in der Technik (FiT) (Hrsg) Frauenmehrwert – eine Bilanz am Ende des Jahrtausends. Darmstadt, S 404–414
23. Dies (2002) Pränataldiagnostik bei Migrantinnen. Deutsche Hebammenzeitschrift 4: 48–51
24. Dies (2003) Kampf dem Brustkrebs – und wer verliert? AUF. Eine Frauenzeitschrift: 4–8
25. Warshaw C (1997) Intimate partner violence: developing a framework for change in medical education. Academic Medicine 72(Suppl): 26–37
26. West C, Zimmerman D (1991) Doing gender. In: Lorber J, Farrell S (eds) The social construction of gender. Newsbery Park, 13–37
27. Zumkley H, Kisters K (1990) Spurenelemente. Geschichte, Grundlagen, Physiologie, Klinik. Darmstadt