

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



edws

Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von
Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher
Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

5. Gendermedizin und Geschlechtervielfalt

Die Notfallmedizinerin Alyson McGregor erzählt in ihrem bekannten Ted-Talk: „Herzkrankheiten sind die Haupttodesursache sowohl bei Männern als auch Frauen. Im ersten Jahr nach einem Herzinfarkt sterben jedoch mehr Frauen als Männer. Männer beklagen sich im Regelfall über erdrückende Schmerzen in der Brust, als säße ein Elefant auf ihrem Brustkorb. Das ist für uns ein typisches Symptom. Auch Frauen klagen über Schmerzen im Brustkorb. Jedoch berichten mehr Frauen als Männer, dass sie sich ‚einfach nicht wohlfühlen‘, ‚irgendwie nicht richtig Luft bekommen‘ und ‚in letzter Zeit schrecklich müde‘ sind. Aus irgendeinem Grund nennen wir das atypisch, obwohl die Bevölkerung – wie erwähnt – [etwa] zur Hälfte aus Frauen besteht“ (McGregor, 2014, 7:06, eigene Übersetzung). Dieses Beispiel von Geschlechterunterschieden bei Herzinfarkten ist inzwischen eine landläufig bekannte Anekdote. Doch wie kommt es dazu, dass die Erkenntnis, dass Frauen andere Symptome als Männer haben, als bahnbrechende Erkenntnis (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019) gilt? Welche Aufgaben hat die sogenannte Gendermedizin? Und inwiefern werden trans* und inter* Personen in der Gendermedizin mitbedacht?

Frauengesundheit und Männergesundheit

Die Frauengesundheitsbewegung der 1960-70er Jahre und die daraus entstehende Frauengesundheitsforschung ab den 1980er Jahren kritisierte, dass die Medizin durch eine vorgeschobene Geschlechterneutralität in ihrer Lehre, Forschung und Behandlung spezifisch weibliche Gesundheitsprobleme nicht beachtete bzw. grundsätzlich kaum Wissen über weibliche Körper vorhanden war (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Die Folge aus einem geschlechtsneutralen Anspruch der Medizin war, dass Frauen und ihre Gesundheit ausgeklammert und nur in der spezifischen Disziplin der Gynäkologie (→ [Gynäkologie](#)) beachtet wurden (Meuser, 2007), was als „Bikini-Medizin“ bekannt ist. In

der Bikini-Medizin gibt es also (allgemeine) Anatomie und weibliche Anatomie. Zusätzlich werden Patientinnen als Frauen diskriminiert – sie erleben beispielsweise, dass ihnen nicht geglaubt wird, wenn sie über Beschwerden klagen, sie werden oft falsch behandelt und falsch diagnostiziert. So dauert eine Diagnose für Endometriose im Schnitt zwischen acht und zehn Jahren in Großbritannien und den USA, weil Patient*innen ihre Schmerzen nicht geglaubt werden bzw. rein psychische Ursachen vermutet werden (Criado-Perez, 2020).

Durch die Frauengesundheitsbewegung und die jahrzehntelange Etablierung und Professionalisierung der Gynäkologie ist die gesundheitliche Lage und Versorgung von Frauen heute bereits gut erforscht. Doch in den letzten Jahrzehnten kommen auch spezifisch männliche Gesundheitsfragen in den Blick – die unter dem Stichwort des medizinischen *Gender Gaps* verhandelt werden, mit dem im Vergleich zu Frauen schlechteren Gesundheitszustand und ein geringeres Gesundheitsbewusstsein in den Blick kommen soll (Meuser, 2007). Manche Männlichkeitsforscher*innen beklagen eine regelrechte „Männerblindheit“ in den Gesundheitswissenschaften (Stiehler, 2016). Männerkörper werden schon seit langen medikalisiert – relativ neu ist allerdings eine eigene Disziplin, die sich der Männergesundheit widmet: die Andrologie (Wöllmann, 2007).

Es galt in der Medizin also die Vorstellung, dass es ausreiche, Therapien und Medikamente nur an Männern zu erforschen – und dass die Ergebnisse dann auch für Frauen gelten würden (Hofmann, 2014). Während der Mann also als generalisierter Mensch, als geschlechtslose Norm galt, wurde die Frau als spezifisches und verändertes Studienobjekt der Gynäkologie (Wöllmann, 2007). Stiehler (2016) beklagt, dass gerade durch ihre Stellung als Normalpatienten spezifisch männliche Gesundheitsanliegen aus dem Blick geraten. Paradoxerweise kamen geschlechtsspezifische Gesundheitsanliegen also durch eine vorge-schobene geschlechterneutrale Herangehensweise insgesamt aus dem Blick der Medizin. Daher begannen ab den 1980er Jahren insbesondere die Kardiologie und die Epidemiologie mit der Erforschung geschlechtsbedingter Besonderheiten bei Krankheiten (Gadebusch Bondio, 2014).

Rásky und Scheipl (2016, S.88-89) fassen diese Entwicklung wie folgt zusammen: „Zuerst fehlte der Forschung die Wahrnehmung, dass Frauen und Männer unterschiedliche Lebenswelten, Chancen und Bedürfnisse haben. In der darauf folgenden Phase wurden Frauen zwar wahrgenommen, doch in ihrer Abweichung vom ‚Mann‘ gesehen, der die biologische und soziale Norm darstellte. Forschungspolitisch und wissenschaftshistorisch folgte dieser Zeit die Erkenntnis, dass ein Messen an der männlichen Norm nicht adäquat ist. Daraufhin wurden Frauen selbst Gegenstand von Studien. Die Fachdisziplin Frauen und Gesundheit etablierte sich danach als eigenständige Disziplin und wurde langsam in den Wissenschaftskanon integriert. Erst in der Folge wurden Besonderheiten von Männern thematisiert und beforscht. Die bisher letzte Stufe stellt das systematische Einbeziehen des Faktors Geschlecht in Forschung und Versorgung dar.“

Was ist Gendermedizin?

Ende der 1980er Jahre wurde die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei Herzpatient*innen aufmerksam und bezeichnete diese Erforschung als *Gender Medicine* (Gendermedizin; Gadebusch Bondio, 2014). Gendermedizin trägt also dem Umstand Rechnung, dass sich zwischen Männern und Frauen Unterschiede bei Symptomen, Ausprägungen und der Versorgung von Krankheitsbildern, von individuellem Krankheitserleben und im gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit finden (Wattenberg, Lätzsch & Hornberg, 2019). In den Blick kommen sollen auch soziale Rahmenbedingungen, die Auswirkung auf die Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern haben und ihre Auswirkungen, wie beispielsweise Geschlechterunterschiede in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen, Copingstrategien, Risiko- und Präventionsverhalten (Wattenberg et al., 2019).

Innerhalb der Medizin soll Geschlecht also als Faktor mituntersucht und -bedacht werden, z.B. in Bezug auf körperliche Unterschiede, Lebensstil, Prädisposition, Inzidenz, Entstehung, Symptomatologie, Ent-

wicklung und Behandlungschancen sowie Gesundheitskompetenzen (Gadebusch Bondio, 2014). Die Gendermedizin „basiert auf der Einsicht, dass die beiden Geschlechter^[1] unterschiedliche Erfahrungen mit der gleichen Krankheit haben können: Sie können unterschiedliche Symptome entwickeln, unterschiedlich auf die Therapie ansprechen und unterschiedlich mit der Krankheit umgehen. Die Pathophysiologie, also die Veränderung der Körpers im Verlauf einer Krankheit, kann auch in Abhängigkeit von Genotyp (genetische Ausstattung), Epidemiologie und biologischem Geschlecht variieren“ (International Society of Gender Medicine, o. J., Abs. 1, eigene Übersetzung). Der Fokus der Gendermedizin liegt also auf Geschlechtsunterschieden zwischen Männern und Frauen in der „Entstehung, Diagnostik, Wiederherstellung und Behandlung von Krankheiten“ (Maschewsky-Schneider, 2016, S. 30). Die Gendermedizin fokussiert sich dabei auf drei Bereiche: die Wissenschaft und klinische Medizin (bspw. Grundlagen- und Versorgungsforschung sowie Pharmakologie), die Lehre (z. B. Entwicklung eines Moduls und Lehrstandards für das Medizinstudium) und Gleichstellungsarbeit (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Es geht in der Gendermedizin also nicht nur um Körper und Krankheiten, sondern einen biopsychosozialen Zugang (→ [Salutogenese](#)) zu Geschlecht, d. h. auch um Patient*in-Ärzt*in-Interaktionen (→ [Kommunikation](#) → [Band 1 Beziehung](#)) sowie pflegerische, therapeutische und rehabilitative Tätigkeiten (Hofmann, 2014 → [Prävention](#)).

Die Gendermedizin nimmt beispielweise in den Blick, dass Frauen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben als Männer, dafür aber seltener an bösartigen Krebs-Neubildungen, woran 51 % der Männer und 43 % der Frauen im Laufe ihres Lebens erkranken (Wattenberg et al., 2019). Außerdem untersucht sie, inwiefern medizinische Behandlungen geschlechtssensibel sein können – wie beispielsweise, dass Frauen in Deutschland nur suboptimal kardiologisch versorgt sind (Wattenberg et al., 2019). Weitere Geschlechterunterschiede fin-

¹ Hier wird also auf ein binäres Geschlechtermodell Bezug genommen.

den sich z. B. bei Herzinsuffizienz, Schlaganfällen, Osteoporose und Hypertonie (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Zu geschlechtersensiblen Ansätzen in der Medizin gehört aber auch die Frage nach der Ansprache von Patient*innen: So gelten Herzinfarkte gesellschaftlich als Männerproblem und Frauen nehmen dies nicht als ein Gesundheitsproblem für sich selbst wahr, sondern als Aufgabe, sich um die Herzgesundheit ihrer Ehemänner und Partner zu kümmern (Hofmann, 2014). Herzinfarkt-Symptome, so wie viele Frauen sie haben (bspw. Atemnot, Übelkeit und Erbrechen), gelten dagegen auch bei Mediziner*innen als „atypische“ Symptome, was die Normsetzung von Männern als normale Patienten fortschreibt (Hofmann, 2014)

Die Gendermedizin ist in der deutschen Forschung inzwischen gut institutionell verankert. So gibt es einige deutschsprachige Veröffentlichungen, das Berliner Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité und die Zeitschrift *Gender Medicine* (Maschewsky-Schneider, 2016). Trotzdem ist sie noch ein relativ neues Forschungsfeld: Wie Hornberg, Pauli und Wrede (2016) herausarbeiten, fehlt es zum einen an Sensibilität für Geschlechterunterschiede und zum anderen an Forschungsergebnissen zum Einfluss von Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit. Gleichzeitig stößt die Gendermedizin, wie die interdisziplinäre Geschlechterforschung insgesamt, auf gesellschaftliche und fachliche Ablehnung und Resistenzen – gerade weil sie herrschaftskritisch agiert (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019). Die medizinische Lehre, wie beispielsweise in Lehrbüchern, scheint sich aber nach wie vor noch nach einer männlichen Norm zu richten und Frauen größtenteils auszuklammern (Criado Perez, 2020).

Von welchem Geschlecht spricht die Gendermedizin?

Anders als im Deutschen gibt es im Englischen zwei Begriffe für Geschlecht: *Sex* und *Gender* (→ [Band 1 Vielfalt](#)). Häufig wird *Sex* als körperliches Geschlecht übersetzt, während *Gender* die soziale Konstruktion von Geschlecht, wie beispielsweise Geschlechterrollen und -erwartungen, meint. Diese Zweiteilung ist in der Geschlechterforschung in-

zwischen überholt, u. a. weil sowohl körperliche als auch soziale Dimensionen von Geschlecht als Effekte gesellschaftlicher Konstruktion analysiert werden. Die begriffliche Trennung zwischen Körper und Gesellschaft findet sich aber in vielen (zumeist naturwissenschaftlichen) Ansätzen trotzdem weiterhin (vgl. Bolte, 2016) bzw. die beiden Aspekte werden miteinander verwechselt oder sie nicht genügend definiert (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019).

Vielfach wird kritisiert, dass die Medizin „in ihrer Definition von Gender immer noch ein dichotomes, normiertes zweigeschlechtliches Verständnis“ nutzt, obwohl diese Definition „theoretisch und praktisch infrage gestellt werden kann“ (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019, S. 742). Damit einher geht, dass Männer und Frauen als jeweils in sich homogene Gruppen gefasst und damit Unterschiede innerhalb dieser Gruppen unsichtbar gemacht werden. Auch wenn in der Gendermedizin verschiedene Verständnisse von Geschlecht kursieren, ist doch die Gefahr groß, dass sich – gerade wegen der Körperbezogenheit der Medizin – ein rein körperbasiertes Verständnis von Geschlecht verhärtet und zu einem biologischen Determinismus in Bezug auf Gesundheit zurückgekehrt wird (Bolte, 2016). Häufig wird in der medizinischen Forschung das Geschlecht der Proband*innen zwar erhoben – aber nicht auf der Basis von Selbstaussagen, sondern entweder von den Forscher*innen aufgrund ihrer Wahrnehmung eingegeben oder aus Gesundheits- und Meldedaten abgelesen (Bolte, 2016). Damit wird Zweigeschlechtlichkeit immer wieder als Norm (Heteronormativität → [Band 1 Vielfalt](#)) vergegenständlicht und Geschlechterstereotype aufrechterhalten (Wattenberg et al., 2019). Dahinter steht allerdings auch die große Frage, wie Geschlecht für medizinische Forschungen quantifiziert und operationalisiert werden kann (Bolte, 2016).

Gendermedizin und Zweigeschlechtlichkeit

Wie Wöllmann (2007, S. 100) beobachtet, zementiert die Etablierung und strikte Trennung der Andrologie und Gynäkologie Zweigeschlechtlichkeit: „Insofern stellt die Andrologie wie die Gynäkologie einen Ef-

fekt der Übersetzung der Zweigeschlechtlichkeit in die disziplinäre Ordnung der Biomedizin dar: Menschliche Körper werden als biologisch männlich oder biologisch weiblich klassifiziert und bedürfen im nächsten Schritt einer geschlechtsspezifischen medizinischen Versorgung. [...] Die Andrologie hebt zwar tendenziell die asymmetrische Medikalisierung von Geschlechtskörpern auf, verfestigt damit aber, was einmal der Ausgangspunkt dieser Asymmetrie war: Die medizinische Durchsetzung von Zweigeschlechtlichkeit.“

So lassen sich in der Literatur auch explizit Referenzen finden, nachdem u. a. der (als weiblich interpretierte) Chromosomensatz XX für die bessere Gesundheit von Frauen verantwortlich sei (Stiehler, 2016) oder Ansätze, die Männer und Frauen als molekular völlig unterschiedliche Kategorien konzipieren (Hofmann, 2014). Es geht also nicht nur darum, dass in der geschlechtersensiblen Medizin Geschlecht bipolar gedacht wird, sondern auch, dass Geschlecht als rein körperliches Phänomen festgeschrieben wird. Daraus folgt, dass trans*, nicht-binäre und inter* Menschen unsichtbar gemacht werden. Eine viel geäußerte Kritik an der Gendermedizin ist aber auch, dass Geschlechterstereotype nicht hinterfragt werden (Rásky & Scheipl, 2016), so dass beispielsweise das Bild der schwachen, kränklichen Frau bestehen bleibt und medizinisches Personal Patient*innen aufgrund von Geschlechterstereotypen verschieden behandelt (Wattenberg et al., 2019 → [Band 1 Beziehung](#))

Hornberg und Kolleg*innen (2016) sprechen hoffnungsvoll davon, dass die Gendermedizin beste Voraussetzungen biete, um die Geschlechterbinarität in der medizinischen Forschung und gesundheitlichen Versorgung kritisch zu hinterfragen und um die Vielfalt von Geschlecht zu erweitern. Bisher scheint sich die Gendermedizin aber noch nicht ausführlich mit der Gesundheitslage von trans*, nicht-binären und inter* Menschen auseinanderzusetzen, sondern verbleibt in der Zweigeschlechternorm bzw. fokussiert sich ausschließlich auf die Gesundheit von Männern und Frauen. Dabei liegen im Bereich Trans*- und Inter*geschlechtlichkeit erhebliche Forschungslücken vor und es ist bekannt, dass trans* und inter* Personen insgesamt eine höhere

Wahrscheinlichkeit für einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (Houben, Dennert, González Athenas & Ohms, 2019; Pöge et al., 2020 → [Band 1 Gesundheit](#) → [Band 1 Inter*](#) → [Band 1 Trans*](#)).

Wie kann eine tatsächlich geschlechtersensible Medizin aussehen?

Hofmann (2014) schreibt, auf den ersten Blick könnte es so wirken, als würde die Gendermedizin sich insbesondere auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen konzentrieren, was „so falsch nicht [ist], weil hier die ‚weißen Flecken‘ waren und sind“ (S.42). Nun wäre es allerdings an der Zeit, Zweigeschlechtlichkeit aufzubrechen, Genitalien nicht mit Geschlecht gleichzusetzen und die Gesundheit von trans*, nicht-binären und inter* Personen ernst zu nehmen – denn hier liegen die „weißen Flecken“ der Gegenwart.

Die geschlechtersensible Medizin kann also ein wichtiger Schritt in eine bessere gesundheitliche Versorgung von allen Menschen werden – dafür muss sie ihren Geschlechterbegriff allerdings kritisch reflektieren, die Vielfalt von Geschlecht ernst nehmen und weitere soziale Kategorien in Augenschein nehmen, die den Gesundheitszustand von Menschen verschlechtern können sowie die Verwobenheiten dieser Kategorien (wie z. B. die von armutsbetroffenen Männern; vgl. Stiehler, 2016; Oertelt-Prigione & Hiltner, 2019 → [Band 1 Intersektionalität](#)). Diese Binnendifferenzierung innerhalb der Kategorien „Mann“ und „Frau“ ist wichtig. So haben z. B. lesbische Frauen andere gesundheitliche Versorgungsbedarfe als heterosexuelle Frauen (→ [Gynäkologie](#)) und trans* Männer andere als cis Männer (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Letztendlich ist die Gendermedizin ein guter Ansatz für bessere wissenschaftliche Praxis, in der Patient*innen und ihre Bedarfe genauer in den Blick genommen werden.

Literatur

- BOLTE, G. (2016). Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 103-124). Wiesbaden: Springer VS.
- CRIADO-PEREZ, C. (2020). *Unsichtbare Frauen. Wie eine von Daten beherrschte Welt die Hälfte der Bevölkerung ignoriert* (6. Aufl.). München: Btb.
- GADEBUSCH BONDIO, M. (2014). Mann und Frau, ganz individuell. Entwicklungen eines neuen medizinischen Denkens. In M. Gadebusch Bondio, E. Katsari & T. Fischer (Hg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin* (S. 6-19). Bielefeld: Transcript.
- HOFMANN, A. (2014). Warum braucht geschlechtsspezifische Medizin breite Öffentlichkeit? Überlegungen zu einem Paradigmenwechsel. In M. Gadebusch Bondio, E. Katsari & T. Fischer (Hg.), *Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin* (S. 39-46). Bielefeld: Transcript.
- HORNBERG, C., PAULI, A., & WREDE, B. (2016). *Medizin – Gesundheit – Geschlecht: Gesundheitswissenschaftliche und gendermedizinische Perspektiven*. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 1-21). Wiesbaden: Springer VS.
- HOUBEN, M., DENNERT, G., GONZÁLEZ ATHENAS, M., & OHMS, C. (2019). Gesundheit „jenseits der Mann/Frau-Binarismen“. Bedarfe an eine nicht-normative Versorgung in Bezug auf Körper, Geschlecht und sexuelle Orientierung. In M. A. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 103-123). Bielefeld: Transcript.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF GENDER MEDICINE (o. J.). Aims of the IGM. Abgerufen am 22.06.2021 von <http://www.isogem.eu/IGM/Aims-of-IGM/>
- MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (2016). Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 25-50). Wiesbaden: Springer VS.
- MCGREGOR, A. (2014). Why Medicine Often Has Dangerous Side Effects for Women. Abgerufen am 23.06.2021 von https://www.ted.com/talks/alyson_mcgregor_why_medicine_often_has_dangerous_side_effects_for_women
- MEUSER, M. (2007). Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In M. Dinges (Hg.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 - ca. 2000* (S. 73-86). Stuttgart: Steiner.
- OERTELT-PRIGIONE, S., & HILTNER, S. (2019). Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), *Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 741-750). Wiesbaden: Springer VS.
- PÖGE, K., DENNERT, G., KOPPE, U., GÜLDENRING, A., MATTHIGACK, E. B., & ROMMEL, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30. <https://doi.org/10.25646/6448>
- RÁSKY, E., & SCHEIPL, S. (2016). Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit. Entwicklung, Status Quo und Zukunftsperspektiven in Österreich. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 75-100). Wiesbaden: Springer VS.
- STIEHLER, M. (2016). Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hg.), *Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive* (S. 51-70). Wiesbaden: Springer VS.

WATTENBERG, I., LÄTZSCH, R., & HORNBERG, C. (2019). Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hg.), Handbuch interdisziplinäre Geschlechterforschung (S. 1193-1202). Wiesbaden: Springer VS.

WÖLLMANN, T. (2007). Andrologie – Wie die Medizin die Männer ‚entdeckt‘. In M. Dinges (Hg.), Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800 - ca. 2000 (S. 87-104). Stuttgart: Steiner.

Autor*in

Annika Spahn ist Doktorandin an den Universitäten Freiburg und Basel. Sie forscht zu Heteronormativität in Wissensproduktion, Lehre und Behandlungspraxis der Sexualmedizin. Sie arbeitet als Lehrbeauftragte u. a. an der Technischen Universität Braunschweig und der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und koordiniert das Queer Lexikon (www.queer-lexikon.net).

Kontakt: annika.spahn@unibas.ch