

## Vorwort

„Mann oder Frau: Wer ist gesünder?“ fragt die Wochenzeitung *Die Zeit* in ihrer Ausgabe vom 24. Mai 2017 und greift damit – wie viele andere Medien in letzter Zeit auch – ein Thema auf, das gesundheitspolitisch zunehmend relevanter wird. Dass Männer und Frauen sich aufgrund unterschiedlicher sozialer Rollen und Verhaltensmuster in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten voneinander unterscheiden, wird von der Geschlechtergesundheitsforschung schon seit den 1970er Jahren thematisiert. Männer, so konnte gezeigt werden, verhalten sich in der Regel risikobereiter und betrachten ihren Körper eher als Werkzeug denn als Teil ihrer Identität. Das führe dazu, dass sie häufiger in Unfälle verwickelt seien, eher gewaltsame Konflikte eingingen, unregelmäßiger essen würden und seltener zum Arzt bzw. zur Ärztin gingen. Frauen hingegen verhielten sich gesundheitsbewusster, achteten mehr auf ‚gute‘ Ernährung und gingen häufiger zur Vorsorge. Vor diesem Hintergrund sei es also erklärlich, dass Frauen in Deutschland im Schnitt zwar ca. fünf Jahre länger lebten als Männer, dass sie jedoch in ihrem Leben auch häufiger krank seien.

Ging man bislang davon aus, dass diese Differenzen soziale und psychische Ursachen hätten, so kann die seit den 1990er Jahren entstandene Gendermedizin heute zeigen, dass auch die unterschiedliche Biologie der Geschlechter für gesundheitliche Ungleichheit eine zentrale Rolle spielt: Männer und Frauen, so zitiert *Die Zeit* die erste deutsche Professorin für Geschlechtermedizin Vera Regitz-Zagrosek, unterscheiden sich biologisch nicht nur aufgrund ihrer Hormone, der Keimdrüsen und der äußeren Geschlechtsmerkmale voneinander. Unterschiede gäbe es vielmehr auch in Gewicht, Fett- und Wasseranteil des Körpers, in der Durchblutung der Organe, der Filterwirkung der Nieren, der Konzentration der Enzyme in der Leber und nicht zuletzt der Haut, die bei Frauen dünner und empfindlicher sei als bei Männern. Alles, was auf den Menschen aus seiner natürlichen und sozialen Umwelt einwirke, werde deshalb bei Frauen und Männern unterschiedlich relevant und auch medikamentöse Therapien schlugen bei den Geschlechtern unterschiedlich an.

Geschlechtsspezifische Differenzen spielen jedoch nicht nur auf Seiten der Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> eine Rolle, auch der wissenschaftliche und ärztliche Blick weist androzentrische Engführungen auf, die letztlich beiden Geschlechtern zum Nachteil gereichen. So galt noch bis in die 2000er Jahre hinein der männliche, weiße Körper als Normgröße in Forschung, Diagnostik und Therapie. In Versuchsanordnungen bspw. wurden Frauen mit dem Hinweis nicht berücksichtigt, dass die Folgen der Versuche für eine mögliche Schwangerschaft unberechenbar seien.<sup>2</sup> Folglich führte auch der auf den Normkörper trainierte Blick der Ärztinnen und Ärzte zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bei beiden Geschlechtern: Männer und Frauen zeigen bspw. bei Herzinfarkten unterschiedliche Symptome (Männer geben häufig Schmerzen an, die in den linken Arm ausstrahlen, während Frauen eher über diffuse Schmerzen im Magen- und Rückenbereich klagen), was zur Folge hat, dass Herzinfarkte bei Frauen seltener erkannt werden und häufiger zum Tode führen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik bei Depressionen hingegen führen oftmals dazu, dass die Erkrankung bei Männern übersehen wird, zeigen sie doch Symptome, wie aggressives Verhalten, höhere Risikobereitschaft oder Spielsucht, die bei depressiven Erkrankungen nicht als typisch erachtet werden.

Für die Medizin und die Gesundheitsforschung haben diese Erkenntnisse weitreichende Bedeutung. In allen Bereichen des Gesundheitswesens, von der Gesundheitsförderung und Prävention über medizinische Diagnostik und Therapie bis hin zur pflegerischen Betreuung, so weiß man heute, werden geschlechtsspezifische Unterschiede relevant. Seit Anfang der 1990er Jahre ist auch hinsichtlich der Förderung geschlechtersensibler Gesundheitsforschung und -versorgung einiges passiert: Spezielle Gesundheitsberichte für Frauen und Männer sind erschienen, *Models of Good Practice* im Bereich Mädchen- und Frauengesundheit wurden entwickelt und seit 2015 verpflichtet das Sozialgesetzbuch Teil 5 die gesetzlichen Krankenkassen dazu, den unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Bedarfen von Männern und Frauen bei allen Leistungsausgaben Rechnung zu tragen. Gleichzeitig macht der erweiterte Fokus auf Geschlechterdifferenzen jedoch auch die weiter bestehenden enormen Defizite in Forschung

---

1 Wir haben den Autorinnen und Autoren dieses Bandes offen gelassen, wie sie sich zum generischen Maskulinum der deutschen Sprache verhalten wollen.

2 Was jedoch nicht erklärt, dass auch in Tierversuchen häufiger männliche Tiere zum Einsatz kamen.

und Versorgung deutlich, die bezüglich der gesundheitlichen Ungleichheit der Geschlechter noch bestehen: Dies beginnt bei geschlechtsspezifischen Fragestellungen und Settings in der Forschung, geht über neue Untersuchungsbereiche wie Magersucht und psychischen Störungen bei Männern oder der Erforschung der speziellen Versorgungsbedarfe Geflüchteter und endet (noch lange nicht) bei Fragen der Integration geschlechtsspezifischer Ausbildungsinhalte in Medizinstudium und Gesundheitsberufen.<sup>3</sup>

So wichtig diese Konzepte einer wissenschaftlichen und politischen Kritik des standardisierten männlich-weißen Normkörpers auch waren und weiterhin sind, mit ihren normativen Vorstellungen von binärer Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität bleiben sie selbst wiederum blind für die Bedürfnisse und Bedarfe all jener, die diesen Normen nicht entsprechen können oder wollen, wie trans- oder intergeschlechtliche, homo- oder bisexuelle Menschen. Von besonderer Bedeutung ist deshalb die weitere Entwicklung der Diversifizierung und Vervielfältigung der Geschlechtervorstellungen, die sich aus grundsätzlich zwei Quellen speist: zum einen aus einem gesellschaftlichen Prozess der Flexibilisierung und Individualisierung, Globalisierung und Entgrenzung und zum anderen aus der kritischen Reflexion der Erkenntnisse der geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung und Medizin der letzten Jahre.

Politische Bewegungen ebenso wie sozial-, kultur- und naturwissenschaftliche Studien konnten mittlerweile zeigen, dass die skizzierten Differenzen zwischen Frauen und Männer selbst noch stereotypen Geschlechterbildern gehorchen und in ihrer Dualität viel zu kurz greifen. Will man den Bedürfnissen und Bedarfen der Geschlechter in der Gesundheitsversorgung und Medizin gerecht werden, müssen – auf allen Ebenen der Forschung und Versorgung – auch jene Probleme reflektiert werden, die sich in Folge binärer Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit manifestiert haben. Das heißt, zum einen müssen auch jene Formen von Geschlechtlichkeit und Sexualität in den Blick genommen werden, die heteronormativen Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit nicht entsprechen, wie Inter- und Transgeschlechtlichkeit bzw. -sexualität. Zum anderen muss auch innerhalb der Genusgruppen selbst differenziert werden: Nicht alle Männer und nicht alle Frauen empfinden und verhalten sich gleich. Nicht zuletzt müssen geschlechtsspezifische Eigenschaften zu anderen sozialen,

---

<sup>3</sup> Vgl. zu dieser Problemeinschätzung auch den kurzen, aber sehr gelungenen Überblick in *impu!se* 2017.

biologischen und psychologischen Merkmalen in Bezug gesetzt werden, wie Klasse, Milieu, Bildung, Einkommen, Alter, Herkunft, Religion usw.

Entsprechend dieser weit gefächerten und komplexen Problemlagen hat sich die Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin inzwischen breit ausdifferenziert. Idealtypisch können ihre Arbeitsbereiche in drei Ausrichtungen beschrieben werden. Zum einen *gendermedizinische Studien*: Sie fokussieren sowohl geschlechtsspezifische Differenzen im Rahmen vielfältiger Krankheitsbilder, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose u. v. m. als auch Geschlechtersensibilität bezogen auf einzelne Fächer, wie Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Rheumatologie etc.<sup>4</sup> Zweitens *gesundheitswissenschaftliche Studien*: Sie nehmen allgemeine Fragen geschlechtsspezifischer Versorgung in den Blick, wie bspw. in der Pflege, dem betrieblichen Gesundheitsmanagement oder der Betreuung von Menschen mit spezifischen Bedürfnissen, von älteren Menschen, Menschen mit Behinderung oder geflüchteten Menschen bzw. Menschen mit Migrationshintergrund. Sie fokussieren Probleme einer geschlechtersensiblen Epidemiologie ebenso wie methodische Fragen zum Lebenslagenansatz, zu Intersektionalität oder Individualisierter Medizin. Darüber hinaus wird hier immer wieder gut begründet eingefordert, Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen im Medizinstudium und der Ausbildung der Gesundheitsberufe zu implementieren.<sup>5</sup> Nicht zuletzt mehren sich in den letzten Jahren auch in Deutschland *Studien, die sich differenziert mit den Bedürfnissen und Bedarfen von trans- und intergeschlechtlichen Menschen auseinandersetzen*.<sup>6</sup>

Resümierend lässt sich für den vorliegenden Band also festhalten, dass wir uns zum Start unserer Reihe mit dem Thema *Geschlecht und Gesundheit* einem gesellschaftlich aktuellen, gesundheitspolitisch höchst relevanten, inhaltlich hoch komplexen und genuin interdisziplinären Thema widmen. Mit den hier zusammengestellten Aufsätzen versuchen wir jedoch nicht, einen der im vorigen Absatz genannten, allesamt sehr empfehlens-

---

4 Vgl. dazu bspw. die eher klinisch ausgerichteten Überblicksbände von Gadebusch Bondio/Katsari (Hg.) 2014; Kautzky-Willer (Hg.) 2011; Rieder/Lohff (Hg.) 2008.

5 Vgl. die gesundheitswissenschaftlich-interdisziplinär ausgerichteten Überblicksbände von Kolip/Hurrelmann (Hg.) 2016 und Hornberg/Pauli/Wrede (Hg.) 2016 sowie international ausgerichtet Kuhlmann/Annandale (Hg.) 2012.

6 Vgl. hierzu aus historischer Perspektive Klöppel 2010, Stahnisch/Steger (Hg.) 2005; aus ethischer und juristischer Perspektive Schochow et al. (Hg.) 2016 sowie als interdisziplinärer Überblick Sauer (Hg.) 2015.

werten Überblicksbände neu und besser aufzulegen. Wir haben uns vielmehr vorrangig gefragt, wo die aktuellen Probleme und die bisher eher wenig bearbeiteten oder randständigen Fragestellungen der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin liegen und wollen mit den hier präsentierten Beiträgen einige davon thematisieren. Ziel des vorliegenden Bandes ist es insofern, Diskussionen zu Themen anzuregen, die im anwendungsorientierten Alltag der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin wenig Raum finden.

*Teil I: Geschlechterkonstruktionen. Reflexionen aus der Perspektive der Wissenschaftsforschung*

Als eines der grundlegenden Probleme, das implizit oder explizit nahezu alle Beiträge durchzieht, hat sich in diesem Sinne die Frage herauskristallisiert, wie Geschlechtlichkeit angesichts der Differenzierungen der letzten 20 Jahre überhaupt noch begriffen und konzeptionalisiert werden kann. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Frage, ob und wie an der Sex-Gender-Unterscheidung noch festgehalten werden kann. Die Autorinnen *des ersten Teils* setzen sich explizit mit diesen Fragen auseinander und nehmen dafür eine metatheoretische Perspektive ein: Aus der Sicht der Wissenschaftsforschung fokussieren sie die Konstituierung der Geschlechterkategorie in der sozialwissenschaftlichen Geschlechterforschung und der Biomedizin.

Die Soziologin *Alexandra Manzei* geht in ihrem Beitrag von der Annahme aus, dass es in der Frauen- und Geschlechterforschung bezüglich der Geschlechterkategorie in den vergangenen 20 Jahren zu einem tiefgreifenden Konflikt zwischen sozial- bzw. kulturwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Disziplinen gekommen ist, der sich für die anwendungsorientierte Geschlechtergesundheitsforschung und die Gendermedizin negativ auswirkt. In einem historischen Rückblick auf die Entwicklung der Geschlechtervorstellungen der Frauen- und Geschlechter(gesundheits)forschung seit Mitte des 20. Jahrhunderts arbeitet sie als Kern dieses Konflikts den *Gegensatz von identitätspolitischem Feminismus und radikal identitätskritischem Postfeminismus* heraus, der in seinen Folgen von der Community der Frauen- und Geschlechterforschung nicht ausreichend reflektiert werde. Mit Blick auf die drei heute existierenden Richtungen der Geschlechtergesundheitsforschung diskutiert sie abschließend

die Möglichkeiten, den Konflikt für die anwendungsorientierte Geschlechtergesundheitsforschung konstruktiv zu wenden.

Ebenfalls aus Sicht der Wissenschaftsforschung fokussiert die Biologin *Ruth Müller* die Entwicklung der Geschlechtervorstellungen in der Biologie und Biomedizin. Sie spannt einen großen historischen Bogen von dem in der Antike dominanten aristotelischen Ein-Leib-Modell, über die Komplementaritätsvorstellungen von Mann und Frau in der Zeit der Aufklärung und die Darwinsche Naturalisierung und Universalisierung der bürgerlichen Geschlechterrollen des 19. Jahrhunderts, bis hin zur ‚Entdeckung der Geschlechtshormone‘ zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Dabei kann sie zeigen, wie es zu einer zunehmenden Biologisierung geschlechtlicher und sozialer Differenzen in den Naturwissenschaften gekommen ist. Deutlich wird dabei in allen historischen Phasen, was die Wissenschaftsforschung als *Koproduktion von Wissenschaft und Gesellschaft* bezeichnet: der wechselseitige Einfluss zwischen gesellschaftspolitischen Normen und wissenschaftlichen Kategorien. Mit einem Rekurs auf die Epigenetik, die sie als vielversprechenden Forschungszweig begreift, zeigt sie abschließend, wie sich Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen erklären lassen, ohne biologisch zu argumentieren.

*Teil II: Interdisziplinär und multiprofessionell: Theorie-Praxis-Verhältnisse in der Geschlechtergesundheitsforschung*

Mittlerweile ist es zwar seit langem anerkannt, dass Geschlecht und Gesundheit schon für sich genommen genuin interdisziplinäre Themen sind, allein die Frage, wie disziplinübergreifende Forschung und Praxis gelingen kann, stellt sich immer wieder neu. Im zweiten Teil des Bandes sind deshalb Beiträge zusammengefasst, die verschiedene Formen interdisziplinären und multiprofessionellen Arbeitens erörtern und repräsentieren.

In diesem Sinne beleuchtet die Soziologin und Geschlechterforscherin *Ulrike Maschewsky-Schneider* in ihrem zentralen Überblicksbeitrag die Bedeutung von Geschlecht bezogen auf die *Public Health*-Forschung, die sie als „Wissenschaft und Praxis der Gesundheit der Menschen in sozialen Einheiten“ versteht. Nachdem sie dieses Verständnis in einem ersten Abschnitt näher expliziert, konkretisiert sie auf unterschiedlichen Ebenen den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit sowie die sich daraus ableitenden Maßnahmen für die *Public Health*-Praxis. In einem eigenen Abschnitt widmet sie sich dann der Frage nach den theoretischen

Zugängen zur Kategorie Geschlecht in Bezug auf Krankheit und Gesundheit in der deutschen sowie in der internationalen *Public Health*-Forschung. Als Fazit ihrer Ausführungen zeigt sich, dass eine gesundheitsbezogene Geschlechterforschung interdisziplinär und multiprofessionell anzulegen ist und daher zukünftig ein wechselseitiger theoretischer Zugang zwischen biologischem und sozialem Geschlecht geschaffen werden muss.

Der Psychologe *Toni Faltermaier* nimmt in seinem Beitrag das Thema Männergesundheit aus der Perspektive der „interdisziplinären Gesundheitswissenschaften“ in den Blick und fragt nach theoretischen Erklärungsansätzen für das besondere Gesundheitsverhalten und Krankheitserleben von Männern. Dafür belegt er unter Rückgriff auf sozialepidemiologische Daten zunächst die Differenzen zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Krankheit und Gesundheit, gibt dann einen Überblick über die bisherigen sozialpsychologischen Erklärungsansätze und macht anschließend einen Vorschlag für ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. Auf dieser Basis erläutert er die Entstehung typisch männlicher Verhaltensweisen und Rollenmuster im biografischen Verlauf und konstatiert, dass man trotz aller belegbaren Differenzen zwischen den Geschlechtern, die Gruppe der Männer nicht als homogen ansehen dürfe, sondern nach Hierarchien und Differenzen von Männern untereinander fragen müsse. Abschließend verbindet er die verschiedenen Ansätze und entwickelt darauf aufbauend einige Vorschläge für eine bessere, zielgruppenorientierte Gesundheitsversorgung von Männern.

Am Beispiel der besonderen Bedürfnisse und Bedarfe von transgeschlechtlichen Personen belegen *Andreas Köhler*, *Jana Eyssel*, *Peer Brien* und *Timo O. Nieder* die Notwendigkeit interdisziplinären Forschens und multiprofessioneller Praxis aus einer anwendungsorientierten Perspektive heraus: Aus medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer Perspektive heraus forschen und praktizieren sie am 2013 gegründeten, interdisziplinären Transgender-Versorgungszentrum (*Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg*; ITHCCH) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Beginnend mit einer Klärung der mittlerweile vielfältigen Bezeichnungen von Geschlechtlichkeit und Sexualität, umreißen sie zunächst die epidemiologische Dimension des Feldes *Transgender*, erläutern und diskutieren die diagnostischen Kriterien für Transgeschlechtlichkeit entlang der aktuellen Klassifikationskataloge in Psychiatrie und Medizin (DSM-5 und ICD-10 bzw. -11) und setzen sich anschließend kritisch mit der Frage auseinander, ob und in welcher Form es überhaupt sinnvoll ist, nach medizinischen Erklärungen für das Vorlie-

### *Vorwort*

gen und die Entstehung von Transgeschlechtlichkeit zu suchen. Nach einem Überblick über die Behandlungsoptionen und die rechtliche Situation von Trans\*Gesundheit reflektieren sie die Wirkung der Behandlungen und formulieren auf dieser Basis abschließend Forderungen für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Trans\*Gesundheitsversorgung und mahnen ein gesellschaftliches Umdenken hinsichtlich restriktiver binärer Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit an.

### *Teil III: Normative Perspektiven auf geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe*

Drittens werfen die Medizin wie auch die Geschlechterforschung mit ihrem weitreichenden gesellschaftlichen und politischen Veränderungspotential auch normative Fragen auf. Daran gemessen tauchen jedoch ethische, juristische, religiöse oder politikwissenschaftliche Auseinandersetzungen in den einschlägigen Publikationen zu Geschlechtergesundheit vergleichsweise selten auf. Es scheint als würde der Diskurs unterschwellig von der Einstellung geprägt, allein die Diversifizierung und Vervielfältigung der Geschlechtervorstellung zöge – quasi automatisch – eine gute gesellschaftspolitische Handlungspraxis nach sich. Die Autorin und die Autoren des dritten Teils des Bandes zeigen jedoch, dass das Verhältnis von Beschreibung und Bewertung von Geschlechtervorstellungen weit komplexer ist und die gesellschaftliche Umsetzung diversifizierter Geschlechterkategorien elaborierter Auseinandersetzungen darüber bedarf, wie eine gute geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung aussehen soll.

In diesem Sinne diskutieren der Jurist *Ulrich M. Gassner* und der Mediziner *Florian Steger* normative Fragen der Geschlechtergerechtigkeit, die sich aus sich wandelnden geschlechtsspezifischen Versorgungsansprüchen ergeben. In einem ersten Schritt entfalten sie einen Maßstab für Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Den Rahmen dafür bildet das Kriterium der medizinischen Indikation mit dem darin eingelassenen Krankheitsbegriff, dessen gesundheitsökonomische und freiheitsdogmatische Dimension die Autoren zunächst herausarbeiten: Ansprüche einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung müssten hier mit dem individuellen Recht auf Selbstbestimmung in Einklang gebracht werden. Am Beispiel der religiös motivierten Beschneidung bei Jungen, den Bedürfnissen und Bedarfen medizinischer Transition bei transgeschlechtlichen Personen und der geschlechtlichen Selbstbestimmung bei intersexu-



ellen Kindern diskutieren sie anschließend die Folgen und kommen erstens zu dem Ergebnis, die Beschneidungen minderjähriger Jungen seien ethisch und verfassungsrechtlich nicht legitimierbar. Zweitens plädieren sie für die Einführung eines eigenen Leistungstatbestands in der Krankenversicherung, um die Pathologisierung von Transsexualität auszuschließen, und drittens arbeiten sie abschließend die weitreichenden Folgen heraus, die die bundesverfassungsgerichtliche Rechtsprechung zur Kritik der Geschlechterbinarität für die Rechtsstellung intersexueller Menschen hat.

Die Soziologin und Ethikerin *Helen Kohlen* spricht in ihrem Beitrag ein geschlechtsspezifisches Thema an, das im Grenzbereich zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik angesiedelt ist: Unter dem Label *Care* bzw. *Sorge-Arbeit* begreift sie die Betreuung und Versorgung von kranken, betagten, gebrechlichen, beeinträchtigten oder besonders bedürftigen Menschen als (drängende) gesellschaftliche (Zukunfts-)Aufgabe und diskutiert sie im normativen Spannungsfeld von Politik und Ethik. Sind wir es aufgrund der Ausdifferenzierung der Wissenschaften in Disziplinen und Fächer sowie auch aus der politischen Perspektive der Wohlfahrtsstaatlichkeit heraus gewohnt, zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik zu trennen, so zeigt sich in konkreten Versorgungszusammenhängen immer stärker, dass diese Trennung weder theoretisch sinnvoll noch praktisch angemessen ist. Mit den Konzepten der *Sorge-Arbeit* und der *Care-Ethik* bieten sich Modelle, so Helen Kohlen, die Folgeprobleme dieser Trennung zu überwinden. In einem historischen Rückblick arbeitet sie zunächst die deutsche Diskussion auf, die *Care-Tätigkeit* in den 1980er Jahren überwiegend als *Reproduktionsarbeit* fasste, was dazu führte, dass weder ethische Fragen nach Gerechtigkeit noch die Qualität der *Sorge-Arbeit* thematisiert wurden. In skandinavischen und angelsächsischen Ländern hingegen seien mit der *Care-Ethik-Debatte* bereits zeitgleich normative Fragen einer guten Versorgung diskutiert worden: Als relationale Ethik verweise *Care-Ethik*, mit ihren Schlüsselkonzepten der Achtsamkeit, Leiblichkeit und Verletzlichkeit, darauf, dass Menschen existenziell aufeinander angewiesen seien; Autonomie könne somit lediglich als fiktionales gesellschaftliches Leitbild verstanden werden. Die Abwehrhaltung der Frauenforschung gegenüber einer Festlegung von Frauen auf *Sorge-Arbeit* habe jedoch lange zu einer Rezeptionssperre gegenüber Diskussionen der *Care-Ethik als sorgender politischer Praxis* geführt. Abschließend diskutiert die Autorin verschiedene aktuelle Modelle gesellschaftlicher *Sorge-Arbeit* (wie *Caring Communities* oder die Delegation von Sorgearbeit an Migrantinnen) kritisch im Lichte der *Care-Ethik*.

*Teil IV: Gesundheitskommunikation in den Medien und der Medizin*

Nicht zuletzt spielen Fragen der – heute oftmals medial vermittelten – Kommunikation auch in der Geschlechtergesundheitsforschung und -medizin eine zentrale Rolle. Auf der gesellschaftlichen Makroebene prägen die Massenmedien und seit ca. 20 Jahren nun auch das Internet und die Sozialen Netzwerke die geschlechtsspezifischen Rollenbilder in Bezug auf Krankheit und Gesundheit und normieren die Vorstellungen optimaler, leistungsgerechter Körperlichkeit.

Die Kommunikationswissenschaftlerinnen *Susanne Kinnebrock* und *Anna Wagner* fragen deshalb danach, wie Geschlecht und Gesundheit in den Kommunikations- und Medienwissenschaften thematisiert wird. Nach einer Einführung in die Verwendung des Geschlechterbegriffs in ihrem Fachgebiet untersuchen sie entlang drei zentraler Hauptforschungsrichtungen – der Medieninhaltsforschung, der Nutzungsforschung und der Wirkungsforschung – das Vorkommen, die Bedeutung und die Nutzung von Geschlechterkategorien. Als Fazit konstatieren sie für die verschiedenen Bereiche zwar einerseits eine durchaus divergente Konzeption und Operationalisierung der Geschlechterkategorien. Andererseits zeige sich jedoch insgesamt eine unreflektierte, wenig kritische Vermittlung stereotyper heteronormativer Geschlechterbilder. Abschließend plädieren die Autorinnen deshalb für einen geschlechtersensiblen Ansatz in der Gesundheitskommunikation.

Aber auch auf der gesellschaftlichen Mikroebene werden in der alltäglichen Interaktion – explizit und implizit, verbal und nonverbal – geschlechtsspezifische Rollenbilder kommuniziert. Die Gesundheitswissenschaftlerinnen *Claudia Hornberg*, *Andrea Pauli* und *Brigitta Wrede* nehmen deshalb im letzten Beitrag des Bandes die – für das Gelingen einer guten medizinischen Versorgung höchst bedeutsame – Arzt-Patient-Kommunikation in den Blick. Mittlerweile gäbe es eine Fülle von Studien, die belegen, dass in der sprachlichen wie auch der gestisch-mimischen Interaktion auf Seiten der Patientinnen und Patienten ebenso wie bei Ärztinnen und Ärzten geschlechtsspezifische Rollenbilder transportiert würden. Zudem zeigten Frauen und Männer auf beiden Seiten unterschiedliches Kommunikationsverhalten und hätten unterschiedliche Erwartungshaltungen an das jeweilige Gegenüber. Geschlechtersensible Gesprächsführung stellt für die Autorinnen deshalb eine Kernkompetenz in der Medizin dar, an deren Vermittlung es in der derzeitigen medizinischen Ausbildung jedoch noch mangle: „Genderkompetenzen [müssten] als unentbehrliche Bedingung

und Kernkompetenz bedarfsgerechter, geschlechterangemessener Gesundheitsversorgung konsequent in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt und gefördert werden“. Leider hinkt Deutschland in dem Bemühen, die Vermittlung von Genderkompetenzen in die Curricula aufzunehmen, im europäischen und internationalen Vergleich jedoch noch deutlich hinterher.

Abschließend möchten wir uns bei allen bedanken, die maßgeblich zum Gelingen dieses Bandes beigetragen haben. Zu nennen wäre hier zuallererst Ann Kristin Augst, M. A., die die redaktionelle Arbeit an diesem Band durch ihre fundierten Kenntnisse in der Frauen- und Geschlechterforschung bereichert und die Fertigstellung des Endmanuskripts verantwortlich betreut hat. Tatkräftig unterstützt wurde sie dabei von den studentischen Mitarbeiterinnen und dem Mitarbeiter des *Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung* und der *Professur für Gesundheitssoziologie*, namentlich Simon Caputo, Miriam Ghobrial, Leonie König, Alexandra Merz und Olga Ruhl. Nicht zuletzt bedanken wir uns herzlich bei Frau Dr. Sandra Frey, vom Nomos Verlag, die sowohl den Start der Reihe *Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven (G.IP)* wie auch die Entstehung dieses ersten Bandes freundlich, kompetent und geduldig begleitet hat.

Augsburg/Ulm im August 2018

Alexandra Manzei  
Ulrich M. Gassner  
Julia von Hayek  
Florian Steger

### Literatur

- Gadebusch Bondio, M/Katsari, E* (Hg.) (2014): Gender-Medizin. Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Bielefeld: transcript Verlag.
- Hornberg, C/Pauli, A/Wrede, B* (Hg.) (2016): Medizin – Gesundheit – Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.
- impu!se* (2017): Gender und Gesundheit. Was gibt es Neues? *impu!se*, 2017: 94.
- Kautzky-Willer, A* (Hg.) (2012): Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien: Böhlau Verlag.
- Kolip, P/Hurrelmann, K* (Hg.) (2016): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

*Vorwort*

- Klöppel, U* (2010): *XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität.* Bielefeld: transcript Verlag.
- Kuhlmann, E/Annandale, E* (Hg.) (2012): *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare, 2. Auflage.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rieder, A/Lohff, B* (Hg.) (2008): *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.* Wien: Springer Verlag.
- Sauer, AT* (Hg.) (2015): *Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter & Transsexualität.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schochow, M/Gehrmann, S/Steger, F* (Hg.) (2016): *Inter\*- und Trans\*Identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte.* Gießen: Psychosozial Verlag.
- Stahnisch, F/Steger, F* (Hg.) (2005): *Medizin, Geschichte und Geschlecht. Körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen.* Stuttgart: Franz Steiner Verlag.