

Genderkompetenz in der Medizin und Osteopathie

Priska Wikus, Anita Wimpissinger

Zusammenfassung

Bereits seit dem vorigen Jahrhundert versucht das Gender Mainstreaming, in unserer Kultur Fuß zu fassen. Ziel ist die Gleichberechtigung aller Geschlechter auf allen gesellschaftlichen Ebenen, um deren Gleichstellung durchzusetzen. Dennoch sieht man in vielen Bereichen nach wie vor den sogenannten „Gender Gap“ – auch in der Medizin mit dem Gender Health Gap. Denn es zeigt sich: Der Mann steht immer noch im Zentrum (medizinischer) Forschung, ein androzentristische Weltbild und binäres Denken halten sich kontinuierlich.

Für die Medizin hat dies schwerwiegende Folgen, da es oft zu Fehl- oder verspäteten Diagnosen bei anderen Geschlechtern führt: Herzerkrankungen werden bei Frauen nicht oder zu spät erkannt. Schmerzen werden tendenziell öfter ungerechtfertigt

als psychosomatisch diagnostiziert, weil weibliche Personen von klein auf als empfindlich und emotional wahrgenommen werden. Nicht-binäre Personen sind nahezu nicht präsent.

Medizinische Erkenntnisse zu Genderunterschieden sind auch für die Osteopathie relevant, da Symptome gendergerecht interpretiert werden müssen, um Kontraindikationen für eine Behandlung auszuschließen.

Schlüsselwörter

Geschlecht, Gender, Gender Health Gap, Schmerz, Herzerkrankungen.

Abstract

Since over a century gender mainstreaming tries to take root in our society to ensure equality of all genders on all social levels. Nevertheless, the so-called gender gap is

still omnipresent, especially the gender health gap. Men are still the main focus in (medical) research, the androcentric system and binary thinking are tenacious. This can cause severe consequences for medical issues for non-male genders. Late or wrong diagnosis for heart diseases or pain syndromes in women happen a lot of times because of unawareness of early symptoms or wrongly blaming a psychosomatic cause. Non-binary people are not represented at all.

The medical knowledge of gender differences is also important for osteopathy, because we have to interpret those symptoms in a gender sensitive way in order to avoid missing contraindications for a treatment.

Keywords

sex, gender, gender health gap, pain, heart disease

Der Geschlechterbegriff in der Medizin

Seit Anbeginn der Zeit unterliegt das Geschlechterverständnis der Menschheit einem regen Wandel. In der Antike herrschte das sogenannte Ein-Geschlechter-Modell mit darauf aufbauenden klaren binären Rollenverteilungen vor: Männer galten demnach als anatomisch vollkommen, Frauen hingegen entsprachen einer minderwertigen Version des Mannes, die oft als weich und schwach beschrieben wurde [34]. Auch wurde zu dieser Zeit kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Geschlechtsorganen gemacht: Der römische Arzt Galenos sah alle Genitale als identisch an, lediglich ein Mangel an Hitze sorgte bei weiblichen Menschen für eine unterschiedliche anatomische Lage ebendieser. So wurden beispielsweise Ovarien, Uterus und Vagina bis ins 17. Jahrhundert als „nach innen ge-

stülpte“ Hoden, Skrotum und Penis interpretiert [24].

Neugeborene Kinder, die sich aufgrund anatomischer Merkmale und Vielfalt nicht in das binäre Denken der Antike – also der vollkommene Mann als das *eine* Geschlecht, die Frau als unvollkommene Abweichung dessen – einfügen konnten, wurden oft aus Angst vor drohendem Unheil ertränkt [4].

Dieses Denken und die Lehren Galenos' hielten sich bis in die Renaissance und Neuzeit und wurden erst im Zeitalter der Aufklärung sukzessive aufgebrochen. Die Trennung von Körper und Geist ermöglichten erste Gleichstellungsbestrebungen von Frauen in der Gesellschaft und ließen den Blick auch auf physiologische und anatomische Differenzen der Geschlechter schweifen. Dadurch festigte sich im 19. Jahrhundert eine binäre Geschlechterordnung, die auf vielen Ebenen strikt zwischen Männern und Frauen unterschied. Auch die Möglichkeit einer

unklaren biologischen Entwicklung der Geschlechtsorgane wurde im 18. Jahrhundert viel diskutiert. Vorreiter für Forschung auf diesem Gebiet war der Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel. Oft wurden Menschen mit unklarer Geschlechtsdetermination im 18. und 19. Jahrhundert als „Missbildungen“ bezeichnet, in Gesetzestexten ausgespart und von der Medizin einem der beiden bekannten Geschlechter Mann oder Frau zwangszugeordnet [16].

Mit Richard Benedict Goldschmidt wuchs zu Beginn des 20. Jahrhundert die Bedeutung der Chromosomenverteilung, besonders des X-Chromosoms, für die Geschlechtsbestimmung, und der Begriff Intersexualität fand erste Beachtung [11]. Aufgegriffen wurde dieser Gedanke auch von Fausto-Sterling, die in ihrem viel diskutierten Artikel „The Five Sexes – Why Male and Female Are Not Enough“ erstmal alternative Geschlechtersysteme abseits des binären Denkens forderte [7].

Heutzutage einigte man sich auf folgende Kategorien, die in der medizinischen und biologischen Forschung ausschlaggebend zur Geschlechtsbestimmung sind:

- das chromosomale oder genetische Geschlecht,
- das gonadale Geschlecht,
- das hormonelle Geschlecht,
- die inneren und die außen liegenden Geschlechtsorgane.

Ebenso hielt die soziologisch geprägte Unterscheidung in „sex“ und „gender“ Einzug in medizinisches Denken. Laut WHO stellt „sex“ – oft auch als „biologisches Geschlecht“ definiert – die oben erwähnten biologischen, genetischen, hormonellen und physiologischen Faktoren ins Zentrum und wird durch den Begriff „gender“ ergänzt, der soziale, kulturelle, ökonomische und politische Faktoren miteinbezieht. Die WHO schlägt hier eine Zuordnung zu weiblich, männlich und intersexuell vor [36].

Mittlerweile ist auch in der deutschen und österreichischen Rechtsordnung anerkannt, dass „sex“ und „gender“ unabhängig voneinander bestehen. So entschieden die Verfassungsgerichte der beiden Länder 2017 (D) und 2018 (Ö) über die Eintragung eines dritten Geschlechts im Personenstandsregister und in Urkunden. Es wird diesbezüglich insbesondere auf die Bezeichnungen „divers“, „inter“ oder „offen“ verwiesen, die auch von Bioethikkommissionen vorgeschlagen werden [9]. Die Einordnung in nur zwei oder drei Geschlechter gilt heute sowohl in der biologischen als auch in der soziologischen Forschung als überholt [3]. Diese Entwicklung schlägt sich auch in kulturellen Ritualen und Gepflogenheiten wie einer geschlechtersensiblen und -neutralen Sprache und Pädagogik nieder.

Gender in der Medizin

Hope Lehmann (1855–1916) war die erste Frau, die 1880 in Deutschland das medizinische Staatsexamen ablegte, und wurde damit erste praktische Ärztin

und Gynäkologin Münchens. Als berufstätige Mutter, geschiedene und wieder verheiratete Ehefrau, politisch denkende Reformerin und Friedensaktivistin setzte sie sich für die Gleichberechtigung besonders von Frauen ein. Bereits im Jahr 1900 erregte sie Aufsehen durch ihre Ansichten zu medizinischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern und entdeckte, dass Frauen eine verhältnismäßig höhere Anzahl schmerzbedingter Symptome aufweisen. Damit legte sie zwar den Grundstein der Gendermedizin [10], das Aufbrechen alter Theorien, die eine androzentristische Sicht auf den Körper wie im Ein-Geschlechter-Modell mit männlichen Körpern als medizinische Norm vorschlugen, dauert jedoch noch bis heute an.

In den 1990er-Jahren wurden genderspezifische Gedanken als Teilgebiet der personalisierten Medizin wieder aufgegriffen und näher beleuchtet. Mittlerweile strebt die Gendermedizin (oder auch geschlechtersensible Medizin) die genaue Erforschung und Behandlung von Krankheiten hinsichtlich geschlechterspezifischer Unterschiede auf biologischer, psychischer und auch soziokultureller Ebene an [8]. Zu diesen spezifischen Faktoren zählen auf biologischer Ebene beispielsweise Körpergröße, Gewicht, hormonelle Zyklen, prozentueller Fettgehalt und Muskelmasse. Auf psychischer Ebene wird dies durch Emotionalität, Empathie und auch Umgang mit Affekten ergänzt. Dazu kommen soziokulturelle Gesundheitsdeterminanten wie Bildung, soziale Normen, finanzielle Ressourcen, Religion, ethnischer Hintergrund oder sexuelle Orientierung [6].

Diese möglichen geschlechtsspezifischen Unterschiede und der Gender Health Gap ziehen sich über den gesamten medizinischen Diagnose- und Behandlungsverlauf.

Von Frauen geäußerte Beschwerden und Schmerzen werden generell öfter

als emotional und psychosomatisch eingeordnet, als dies bei Männern der Fall ist [5]. Eine Studie der Harvard Universität aus dem Jahr 2021 zeigte, dass Frauen 2,5-mal öfter Antidepressiva verschrieben bekommen als Männer, obwohl sie nicht an Depressionen leiden [35]. Nicht-binäre Menschen sind in diesen Studien nahezu nicht vertreten. Aus Unwissenheit um gendersensible Unterschiede bei spezifischen Krankheitssymptomen wird oft nicht weiter nach physischen Gründen für Schmerzen gesucht, sondern die Psyche als Ursprung der Probleme diagnostiziert.

Auch bei der Wirkweise von Medikamenten sehen wir einen starken Gender Health Gap: Bis zum Jahr 1994 wurden klinische Studien zur Wirksamkeit und Zulassung von medizinischen Wirkstoffen nur an männlichen Personen getestet, erst seit 2004 müssen hier auch geschlechtsspezifische Unterschiede erforscht werden. Tierversuche werden auch heute noch aus wirtschaftlichen Gründen hauptsächlich an männlichen Mäusen durchgeführt, weshalb Medikamente größtenteils für die Ansprüche und Bedürfnisse von Männern erforscht sind. Beispielsweise wirken so Paracetamol und Morphin bei Frauen stärker, weil die Verdauung der Wirkstoffe im weiblichen Organismus länger dauert, das Präparat bis zur Ausscheidung länger im Darm verweilt und dadurch mehr Wirkstoff aufgenommen wird.

Genderrelevante Unterschiede in der Medizin – erklärt anhand von Herzkrankheiten und Schmerz

Herzkrankheiten

Eines der wichtigsten Themen beim Gender Health Gap ist das Gebiet der Herzkrankheiten. Auch wenn Herzinfarkte auch heute noch oft als Männerkrankheit wahrgenommen werden,

weiß man mittlerweile, dass alle Menschen gleichermaßen Herzinfarkte erleiden [27]. Ärzt*innen und Therapeut*innen übersehen oder missinterpretieren Pathologien, weil das Bewusstsein für gendersensible Differenzen und Abweichungen fehlt [17]. Die in der Praxis bekannten Symptome eines Herzinfarktes sind

- starke Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust, oft deutlicher in der linken Seite,
- eine Schmerzausstrahlung in den linken Arm und
- Atemnot [22].

Frauen beschreiben diesen Symptomkomplex jedoch nicht oder oft gemeinsam mit anderen Anzeichen, die auf ein Herzproblem hindeuten. Hierzu zählen

- Äußerungen starken Unwohlseins, Übelkeit oder Erbrechen,
- Schwitzen,
- Benommenheit, Schwindel,
- Schmerzen auf der rechten Seite des Brustkorbs bis in den rechten Arm ausstrahlend,
- Schmerzen im Oberbauch,
- aber vor allem auch ungewöhnliche und starke Müdigkeit;
- außerdem klagen sie über Schmerzen
 - zwischen den Schulterblättern,
 - im Bereich des Kiefers,
 - im oberen Rücken oder
 - im Bereich des Bauches [27].

Auch Depressionen werden als mögliche Vorboten eines Herzinfarktes bei Frauen genannt. Vor allem gefährdet sind hier junge Patientinnen, wie das British Medical Journal in einer Studie aus dem Jahr 2016 schreibt: Bei ihnen wird aufgrund des Alters kein Problem der Herzgesundheit vermutet und dadurch übersehen [12]. In Anlehnung an einen Film mit Barbara Streisand wird dieses Phänomen – das Verkennen von Symptomen bei nicht-männlichen Personen – auch als „Yentl-Syndrom“ bezeichnet [24].

Ein weiteres Beispiel zur mangelnden Erforschung geschlechterspezifischer Erkrankungen ist das sogenannte Broken-Heart- oder auch Takotsubo-Syndrom, das deutlich öfter bei Frauen, vor allem nach den Wechseljahren,

vorkommt. Schon die Bezeichnung „Gebrochenes-Herz-Syndrom“ weist auf die enge Verwurzelung medizinischer Ausdrücke in einem androzentristischen Weltbild hin, in dem Frauen als emotionaler (früher gar als hysterischer [29]) wahrgenommen und Symptome oftmals auf diese Emotionalität geschoben werden.

Christiane Tiefenbacher, Chefärztin für Kardiologie und Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der deutschen Herzstiftung, beschreibt das Krankheitsbild, das in 5% der Fälle tödlich verläuft, wie folgt: Die Beschwerden weisen im EKG deutlich sichtbare, kardiologische Veränderungen auf, deren Ursache jedoch kein verstopftes Herzkranzgefäß ist, wie es normalerweise bei einem Herzinfarkt auftritt. Ein emotional stark belastendes Ereignis geht dieser Veränderung der sensiblen Herzgefäße voraus, welches das Herz nur im übertragenen Sinne brechen lässt. Eine seelische Belastung lässt nach Tiefenbacher den Cortisolspiegel im Blut ansteigen, was zur Folge hat, dass sich die feinen Herzkranzgefäße verengen. Es kommt zu Mikrospasmen, sodass kein Blut mehr durch die Gefäße hindurchfließen kann [31]. Die komplexe Entstehung dieses Krankheitsbildes ist jedoch nach wie vor unklar, aufgrund des emotionalen Auslösers dieser Erkrankung sprechen Ärzt*innen oft auch von einer „Stress-Kardiomyopathie“, deren Therapie noch nicht genau erforscht ist und oft nur auf dem Ausschlussprinzip basiert [30].

Schmerzen und Schmerzsyndrome

Auch bei Schmerz und Schmerzsyndromen zeigt sich ein großer Gender Health Gap, der uns bereits beizeiten beeinflusst: Schmerzverhalten wird sehr früh im Leben stark binär in männlich oder weiblich geprägt [13]. Schmerzskalen messen somit Schmerz, der durch das soziale Geschlecht beeinflusst ist [29]. Von frühester Kindheit an sind alle Menschen in binären Gendernormen sozialisiert, welche festlegen, wie sie auf

Schmerz reagieren und damit umgehen. Myers et al. stellen in den Raum, dass Jungen und Männern beigebracht wird, stark sein zu müssen und Schmerz auszuhalten, wohingegen Frauen dazu erzogen sind, Schmerzen zu verbalisieren und sensibler dafür zu sein [23]. Männer minimalisieren Schmerzwahrnehmungen und nehmen weniger Hilfe in Anspruch – Frauen hingegen sind feinfühler im Umgang mit und Ausdruck von Schmerz und offener für ärztliche und therapeutische Unterstützung [15]. Zusätzlich zu den psychosozialen Unterschieden beim Umgang mit Schmerzen gibt es auch biologische Unterschiede für die Grundlage von Schmerzen. Bereits 1993 schreibt das Journal of the International Association for the Study of Pain (IASP) über Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Schmerz [28]. Biologischer Ursprung für geschlechterspezifische Unterschiede in Wahrnehmung, Beschreibung und Bewältigungsstrategien von Schmerzen werden unter anderem in genetischen Faktoren, hormonellen Divergenzen und einer Andersartigkeit der Schmerzmediatoren im Körper vermutet [8]. Dies lässt auf Zusammenhänge zwischen Hormonen und Schmerzmediatoren schließen [26]. Der weibliche Organismus ist beeinflusst durch den Monatszyklus, Schwangerschaften und oftmals auch den Gebrauch von Kontrazeptiva [2]. Studien zeigen, dass 15% der Bevölkerung an Migräne leiden – bereits in der Pubertät sind Mädchen häufiger betroffen, im Erwachsenenalter steigt die Zahl der Migränepatientinnen auf das 3- bis 4-Fache von Männern [19]. Die Attacken sind oftmals auch heftiger, und die Regenerationszeit dauert länger, wofür biologische Unterschiede der Hormone Progesteron und Östrogen als Auslöser beschrieben werden [1]. Schließlich sind Frauen allgemein häufiger von chronischen Schmerzen betroffen [29].

Da 79% der Versuchstiere, an denen medizinisch zu Schmerz geforscht wird, männlich sind, bleibt hier vieles ungeklärt [21]. Um das Schmerzkonstrukt besser zu verstehen, ist es notwendig biologische, wie auch soziologische

Unterschiede betreffend Geschlecht und Schmerz genauer zu untersuchen [13]. Wenn Schmerzen weiterhin vorwiegend am männlichen Organismus getestet werden, scheinen bestimmte Schmerzen nicht zu existieren und werden damit eher einem psychischen Ursprung zugeschrieben [2]. Das hat den Effekt, dass Frauen und ihre Beschwerden unsichtbar werden und dadurch weder zeitgerecht noch richtig behandelt werden [14].

Schlussfolgerungen für die Osteopathie

Oft kommen Patient*innen in die osteopathische Praxis, bevor sie ärztliche Konsultationen in Anspruch nehmen. Um Krankheitsbilder zu erkennen und Kontraindikationen für eine Behandlung auszuschließen, ist es notwendig, bereits in der Anamnese auf geschlechterspezifische Unterschiede zu achten, die sich in der Angabe von Symptomen und Schmerzen zeigen.

Wenn wichtige Krankheitsbilder der Herzgesundheit, wie das Yentl- oder Takotsubo-Syndrom, sowie genderspezifische Äußerungen von Schmerzen nicht erkannt werden und bekannt sind, können Red Flags leicht übersehen werden.

Da die Osteopathie sehr effektiv am Kreislaufsystem arbeitet, ist umfassendes Wissen um die Unterschiedlichkeit der Beschaffenheit von Herzkranzgefäßen bei Frauen und Krankheitsbilder wie das Yentl- und Broken-Heart-Syndrom relevant, um Symptome in der Anamnese richtig zu interpretieren. Hier erschließen sich Indikation oder Kontraindikationen für eine Behandlung. Die bereits erläuterten unterschiedlichen Symptome bei Herzinfarkten müssen auch in die osteopathische Anamnese, Befundung und Behandlung mit einfließen, um eine bestmögliche Versorgung aller Patient*innen zu gewährleisten.

Auch bei der Schmerzanamnese ist es entscheidend, Genderunterschiede zu respektieren, um keine schmerzauslösende Struktur oder ein Krankheitsbild

in der Differenzialdiagnose zu übersehen oder gar Patient*innen vorschnell als psychosomatisch einzustufen und physische Auslöser in der Untersuchung differenzialdiagnostisch nicht ausreichend zu ergründen.

In der Osteopathie ist die Einheit von Geist und Körper zentral. Für John Martin Littlejohn lässt sich der Geist nicht auf das Gehirn begrenzen, sondern drückt sich durch den Körper als Ganzes aus [32]. Candace Pert schreibt, dass die Stoffe, die unseren Körper und unser Gehirn lenken, dieselben sind wie jene, die an unserem Gefühlshaushalt beteiligt sind. Das bedeutet, dass wir in Bezug auf das Thema Gesundheit auch unsere Gefühle genauer betrachten sollten [25]. Den Geist als Ursache von Schmerzen auszublenden, würde diesen osteopathischen Grundaussagen widersprechen. Schließlich besteht die Wechselwirkung zwischen Geist und Körper in beide Richtungen.

Um den Gender Health Gap umfassend – oder zumindest teilweise – zu schließen, ist es unvermeidlich, geschlechtersensible Forschung zu betreiben. An etlichen medizinischen Universitäten gibt es hier bereits Lehrgänge zu Gendermedizin. Alexandra Kautzky-Willer, Professorin für Gendermedizin an der medizinischen Universität Wien und Österreichs Wissenschaftlerin des Jahres 2016, schreibt:

„Aus den Erkenntnissen, dass Krankheiten und Störungen nur Frauen, hauptsächlich Frauen oder Frauen anders als Männer betreffen können, wurden seit mehr als 10 Jahren Forderungen im Gesundheitswesen erhoben, den Fokus verstärkt auf eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise der Gesundheit von Frauen und Männern zu lenken. Diese Forderungen beinhalten sowohl verstärkte Anstrengungen im Bereich der Wissenschaft und Forschung als auch Forderungen nach einer frauen-/männergerechten Versorgung, sowie Rahmenbedingungen in

denen die Gesundheit von Frauen und Männern erhalten, verbessert bzw. wiederhergestellt wird, da ein unzureichendes Verständnis über die Entstehung von Krankheitsprozessen, wie und warum diese von jenen bei Frauen/Männern differieren, zu unzureichenden oder falschen Interventionen sowohl in der Diagnostik als auch in der Diagnostik und Therapie führen kann.“

(Alexandra Kautzky-Willer [20])

Um die Osteopathie in ihrer Anerkennung und Forschung voranzutreiben, darf auch sie sich nicht vor einem geschlechtersensiblen Umgang, angepasster Forschung und ausreichend Kenntnissen hinsichtlich dieser Entwicklungen in der Medizin verschließen. Da mittlerweile die Begrenzung auf ein binäres Geschlechterverständnis (Mann/Frau) sowohl in der Biologie als auch in der Gesellschaft als überholt gilt, sollten auch Konzepte zu nicht-binären Geschlechtersystemen im Sinne der holistischen Philosophie Einzug in osteopathisches Denken und Handeln halten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenzadresse

Mag. Priska Wikus, MSc. M.A.
Grinzinger Allee 17/5a
1190 Wien
Österreich
wikus@osteopathie-p.at

Literatur

- [1] Al-Hassany L, Haas J, Piccininni M et al. Giving researchers a headache – sex and gender differences in migraine. *Front Neurol* 2020; 11: 549038
- [2] Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med* 2001; 16(4): 266-275. DOI:10.1046/j.1525-1497.2001.00229.x
- [3] Bosson JK, Vandello JA, Buckner CE. The psychology of sex and gender. 1. Aufl. USA: Sage Publications; 2021
- [4] Brisson L. Sexual Ambivalence: Androgyny and Hermaphroditism in Graeco-Roman Antiquity. University of California Press, 2002
- [5] Cedars-Sinai. Gender Disparities in Healthcare. 06.03.2020. Im Internet: <https://youtu.be/FwJrXlpuaJU> (Stand: 08.09.2023)

- [6] DeCola PR et al. Handbook of clinical gender medicine. Basel: Karger; 2012: 10–17
- [7] Fausto Sterling A. The Fives Sexes. Why Male and Female are not enough. *The Sciences* 1991; 03/04
- [8] Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC et al. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009; 10(5): 447–485
- [9] Frostnig I. Das dritte Geschlecht im heteronormalen Gesellschafts- und Rechtssystem. Unveröffentlichte Dissertation. Karl-Franzens-Universität, Graz; 2019
- [10] Freye E. Opiode, Gender, Sex und Schmerz – geschlechtsspezifische Unterschiede. Opiode in der Medizin. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2010: 243–254
- [11] Goldschmidt RB. Im Wandel das Bleibende – Mein Lebensweg. Verlag Paul Parey; 1963
- [12] Gottlieb S, Khatta M, Friedmann E et al. (2004) The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1542–1549. DOI: 10.1016/j.jacc.2003.10.064
- [13] Greenspan JD, Craft R, LeResche L et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain* 2007; 132(1): 26–45
- [14] Hayes SM, Myhal GC, Thornton JF et al. Fibromyalgia and the therapeutic relationship: where uncertainty meets attitude. *Pain Res Manag*; 15(6): 385–391
- [15] Homann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics*. 2001; 29: 13–27. DOI:10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x
- [16] Johnson M. This is not a hermaphrodite: The medical assimilation of gender difference in Germany around 1800. *CBMH/BCHM* 2005; 22(2): 233–252
- [17] Kaul P, Armstrong PW, Sookram S et al. Temporal trends in patient and treatment delay among men and women presenting with ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart Journal* 2011; 161(1): 91–97
- [18] Kautzky-Willer Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin. UTB Verlag; 2012
- [19] Keogh E. Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. *J Mens Health* 2006; 3(3): 236–243
- [20] Medizinische Universität Wien. Allgemeine Informationen. Im Internet: www.meduniwien.ac.at/hp/gender-medicine/allgemeine-informationen (Stand: 08.09.2023)
- [21] Mogil J, Chanda ML. The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005; 117: 1–2. DOI:10.1016/j.pain.2005.06.020
- [22] Morrow D. Myocardial Infarction. Elsevier; 2016: 55–65
- [23] Myers CD, Riley JL, Robinson ME. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *Clin J Pain* 2003; 19(4): 225–232
- [24] Perez CC. Invisible women. 1. Aufl. London: Vintage; 2019: 196–197
- [25] Pert C. Molecules of Emotion. New York: Scribner; 2004
- [26] Racine M, Tousignant-Laamme Y, Kloda LA et al. A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception—part 2: do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain* 2012; 153(3): 619–635
- [27] Regitz-Zagrosek V, Schmid-Altringer S. Gender Medizin. Warum Frauen eine andere Medizin brauchen. 1. Aufl. München: Scorpio Verlag; 2020: 11–12, 146–148, 192–195
- [28] Ruda MA. Gender and Pain. *Pain* 1993; 53(1): 1–2. DOI: 10.1016/0304-3959(93)90048-T
- [29] Samulowitz A, Gremy I, Eriksson E et al. Brave men and emotional women: a theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag* 2018; 2018: 6358624
- [30] Templin C, Ghadri JR, Diekmann J et al. Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2015; 373: 929–938. DOI:10.1056/NEJMoa1406761
- [31] Tiefenbacher C. Die Herzen der Frauen. *HERZ heute* 2020; 4: 15–17
- [32] Turner S. Reflexionen über Psyche und Geist in der Osteopathie. *DO, Dtsch Z Osteopath* 2017; 15: 36–40
- [33] Verfassungsgerichtshof, 15. Juni (2018) Österreich. *G 77/2018-9*.
- [34] VoVoß H-J. Making Sex Revisited. Dekonstruktion des Geschlechts aus biologisch-medizinischer Perspektive. transcript Verlag; 2011
- [35] Wehrwein P. Harvard Health Blog. Astounding increase in antidepressant use by Americans. 20.10.2011. Im Internet: <https://www.health.harvard.edu/blog/astounding-increase-in-antidepressant-use-by-americans-201110203624>. (Stand: 08.09.2023)
- [36] WHO. Gender and health. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1; 2022 (abgerufen 04.10.2023)