



Factsheet Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Medizinische Fakultät der Universität Zürich / Universitäre Medizin Zürich (UMZH)

Co-Autorinnen: Sarah Scheidmantel (Medizingeschichte), Beatrix Göcking
(Biomedizinische Ethik)

29. Februar 2024

Ergänzend hierzu: Foliensatz zum Factsheet Biomedizinische Ethik und
Medizingeschichte

Vorbemerkung:

Das Factsheet Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte stellt, wie alle anderen Factsheets, einzelne Aspekte der Thematik von Sex und Gender dar. In seinen ethischen und medizinhistorischen Dimensionen bedient es sich geisteswissenschaftlicher Herangehensweisen, die einen erweiterten Blick auf die Thematik in der Medizin ermöglichen sollen.

Es erhebt keinen Anspruch auf vollständige Darstellung der Problematik. Alle Factsheets wurden in der Kommission Sex and Gender in Medicine der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich diskutiert und in der vorliegenden Form verabschiedet. Die inhaltliche Verantwortung liegt bei den Autorinnen und Autoren.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung	3
1 «Geschlecht und Medizin» - eine historische Hinführung zum Thema	3
2 Die Berücksichtigung von Sex und Gender in der Medizin – historische und ethische Erwägungen	3
3 Versorgungsgerechtigkeit	3
3.1 Geschlechtergesundheit am Beispiel Menstruation	4
3.2 Geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen	4
3.3 Ungleiche intensivmedizinische Versorgung	4
4 Respekt vor Autonomie	4
4.1 Reproduktionsmedizin	4
4.2 Geschlechtsoptimierung als Business Case	5
4.3 Genitale Autonomie	5
4.4 Suizid und assistierter Suizid	5
Schluss	5
Literatur	6

Factsheet Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Einleitung

Der Begriff «Gender» [1] bezieht sich auf die soziale Konstruktion von Geschlecht und beinhaltet Normen, Verhalten und Rollenbilder, die sich gesellschaftlich unterscheiden und sich im Laufe der Zeit ändern können. «Gender» interagiert mit «Sex», ist jedoch davon zu unterscheiden. «Sex» [1] verweist auf biologische und physiologische Charakteristiken von männlichen, weiblichen und intersex Menschen, wie zum Beispiel Chromosomen, Hormone und Fortpflanzungsorgane. [1]

Im Falle der binären Argumentation im Factsheet kommt sie aus der Ursprungsliteratur.

Das Factsheet beschäftigt sich aus einer wissenschaftlich säkularen, eurozentrischen, weissen und weiblichen Perspektive mit dem Thema «Sex und Gender» in der Ethik und der Medizingeschichte, wobei es den Standort Schweiz fokussiert.

1 «Geschlecht und Medizin» - eine historische Hinführung zum Thema

Die Definition von Geschlecht hat sich historisch gewandelt. So war das binäre Geschlecht als historisches Kontinuum nicht gegeben, sondern hat sich erst mithilfe der westlich-christlichen Medizin gesellschaftlich manifestiert. [2] Spätestens seit dem späten 19. Jahrhundert rückte eine binäre Perspektive auf Geschlecht als Analysekategorie in der Medizin in den Mittelpunkt [3, 4], was nicht nur von der Psychiatrie [5–12], sondern zunehmend von der Entwicklung der Psychoanalyse aufgegriffen wurde. [13] Das cis männliche Geschlecht galt als Standardkörper, dem gegenüber der weibliche Körper zur Ausnahme gemacht wurde. [14, 15] Dazu trug bei, dass der Grossteil der medizinischen Forschenden lange Zeit westliche weisse Männer waren, die so ihre eigenen Perspektiven repräsentierten. [16, 17] Frauen durften in der Schweiz etwa erst ab 1866 studieren, womit das Land als Vorreiter des Frauenstudiums gilt. [18–20]

Eine gegenwärtige Reflexion diverserer Forschung fehlt bisher. [21]

2 Die Berücksichtigung von Sex und Gender in der Medizin – historische und ethische Erwägungen

Vor dem Hintergrund dieser historischen Vorbedingungen wurde die unzureichende Finanzierung der Forschung zur Frauengesundheit [22] zunehmend politisch und wissenschaftlich kritisiert. Besonders seit den ersten Vorstössen in Richtung Gendermedizin als eigenes Fach seit Mitte der 1980er Jahre von der US-amerikanischen Kardiologin Marianne Legato unternommen wurden, ausgehend von Unterschieden bei Herzerkrankungen bei Männern und Frauen. [23–25] Legatos Ausführungen wiesen auf die Unterscheidung von Sex und Gender und ihren medizinischen Implikationen hin, eine Unterscheidung, die auch in der Philosophie fokussiert wurde. [26, 27]

In unterschiedlichen Richtlinien (Bsp. Society of General Internal Medicine, Swissethics) wird die Berücksichtigung von Sex und Gender gefordert, etwa bei der Planung und Auswertung von Studien [28–31]. Das Bundesamt für Gesundheit überarbeitet derzeit entsprechend das Humanforschungsgesetz: [32] Die Revision sieht eine "angemessene Geschlechterverteilung" bei klinischen Versuchen vor (Art. 4a KlinV). Die revidierte Verordnung soll in der zweiten Jahreshälfte 2024 in Kraft treten. [32]

Die Berücksichtigung von Sex und Gender in der Medizin geht über rechtliche Anforderungen hinaus und wird als ethisch geboten betrachtet. Diese Betrachtungsweise bildet die Grundlage für drei entscheidende Aspekte in der medizinischen Praxis: die Gewährleistung hoher Qualität in der medizinischen Versorgung, die Entwicklung personalisierter Medizin und die Sicherstellung eines fairen Zugangs zu Gesundheitsleistungen.

In den folgenden Abschnitten werden diese Themen anhand ausgewählter Beispiele näher beleuchtet.

3 Versorgungsgerechtigkeit

Das ärztliche und pflegerische Prinzip der Zuwendung kollidiert häufig mit ökonomischen Prinzipien der Zuteilung. [33] Die Auswirkungen auf (un)gerechte Versorgung am Beispiel Geschlecht wird sowohl im Bereich der Forschung als auch in der direkten Patient:innenversorgung deutlich. Dabei kann es

sowohl zu Unter- wie auch zur Überversorgung kommen.

3.1 Geschlechtergesundheit am Beispiel Menstruation

Etwa die Hälfte der Weltbevölkerung menstruiert circa 37.5 Jahre lang rund einmal im Monat während gesamthaft etwa 7 Jahren Lebenszeit. [34, 35] Untersuchungen zeigen, dass Betroffene an Schmerzen und Stigmatisierung leiden und der Zugang zu Hygieneprodukten teilweise begrenzt ist. [35, 36] Dies wurde auch schon in der schweizerischen Bundesversammlung unter dem Begriff der «Periodenarmut» thematisiert. [37] Aus den Queer Studies wird zunehmend Kritik an den Begriffsverwendungen «Mädchen», «Frau» und «weiblich» in Verbindung mit Menstruation laut, da nicht alle Menstruierenden cisweiblich sind. [38]

Die Diagnose Endometriose betrifft 10% erwachsenen Frauen [Begriffsbezeichnung Ursprungsliteratur] und wird bis heute oft nicht, verzögert oder falsch diagnostiziert [39] – obwohl die Erkrankung bereits 1690 in der Literatur beschrieben wurde. [40]

3.2 Geschlechtsspezifische Vorsorgeuntersuchungen

Zur Entlastung der Krankenkassen wurde seit den 1970er Jahren in Vorsorge investiert. [41] Bei geschlechterspezifischen Vorsorgeuntersuchungen, wie dem Mammographie-, Pränatal- oder PSA-Screening wird eine multikausale Überversorgung kritisiert, die durch (a) eine defensive Medizin zum Selbstschutz der Behandelnden, (b) eine Fehlinterpretation von Gesundheitsstatistiken und (c) Interessenskonflikten verursacht wird. [42] Bemühungen um mehr Transparenz werden am Beispiel PSA-Screening deutlich: Aufklärung soll mittels Icon-Boxen [43] oder anderen interaktiven präferenzsensiblen Entscheidungshilfen [44] erfolgen.

3.3 Ungleiche intensivmedizinische Versorgung

Auswirkungen der Polio-Epidemie in den 1950er Jahren ermöglichten den Ausbau technologischer Möglichkeiten und damit die Grundlage der heutigen Intensivmedizin. [45] Eine internationale Studie zeigt, dass knapp 60% der intensivmedizinisch behandelten Patient:innen männlich sind, [46] was auch der

schweizerischen Datenlage entspricht. [47] Frauen haben bei schweren Erkrankungen eine geringere Wahrscheinlichkeit, intensivmedizinisch behandelt zu werden, haben eine höhere Mortalitätsrate [47] und erhalten weniger invasive Therapien. [48, 49] Die Begründungen hierfür sind teilweise spekulativ und erfordern weitere Untersuchungen.

4 Respekt vor Autonomie

Selbstbestimmung und Autonomie sind in Entscheidungssituationen und auf Beziehungsebene zwischen Behandlungs-/ Betreuungs-/ Beratungsteam und dem Individuum zentral. [50]

4.1 Reproduktionsmedizin

Das reproduktive Selbstbestimmungsrecht ist Gegenstand komplexer medizinischer, juristischer und ethischer Diskurse, die nicht zuletzt von gesellschaftlichen, geschlechtsspezifischen und heteronormativen Zuschreibungen mitbestimmt werden. [51] Sobald die private Frage der Fortpflanzung durch eine dritte Seite beeinflusst wird, treten ethisch und teilweise widersprüchlich begründete Einspruchs- und Regulierungsprozesse in Kraft, in denen diskutiert und reguliert wird, wer medizinische Hilfe in Anspruch nehmen darf. Diese Diskurse sind historisch im Wandel, etwa durch das sich ändernde Abtreibungsrecht. [52] Insemination, [51] In-vitro-Fertilisation, [53] Leihmutterchaft, [54] Sterilisationswünsche, [55] Gebärmuttertransplantation [53], Ectogenese [56, 57] und gezielte Geschlechterselektion. [58, 59] Mit diesen Reproduktionstechniken sind ethische und juristische Fragestellungen verbunden, die sich mit dem zunehmenden technischen Fortschritt ändern. Die gezielte Auswahl des Geschlechts kann durch selektive Abtreibungen, Embryonentransfer und Insemination gesteuert werden. Die Diskussion darüber erfolgt unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien wie Diskriminierung [59] und Entscheidungsautonomie. [58] Die Regelungen dazu sind in der Gesetzgebung genetischer Untersuchungen (Art. 17 Absatz 2 GUMG) und dem Fortpflanzungsmedizingesetz (Art 5a FMedG) festgelegt.

4.2 Geschlechtsoptimierung als Business Case

Idealvorstellungen von Geschlecht sind fluid und bis in die Antike dokumentiert. [60] Schönheitsoperationen im Sinne der westlichen Medizin hatten ihre Anfänge vor ca. 130 Jahren., [61–63] Diese Angebote werden durch die Ökonomisierung immer mehr nachgefragt [64] und zunehmend gesellschaftlicher Bestandteil.

Forschungen und Behandlungen zur Potenz- und Fruchtbarkeitsteigerung, beispielsweise Hormonersatztherapie, [65] nehmen zu. All diese Behandlungen finden meist aus dem Anspruch einer Geschlechtsoptimierung im Sinne einer Verstärkung stereotyper binärer historisch bedingter Geschlechtsmerkmale heraus statt. [65]

4.3 Genitale Autonomie

Operative, nicht-therapeutische Eingriffe der äusseren Geschlechtsmerkmale bei Kindern sind ebenfalls Gegenstand ethischer Diskurse. [66] Befürworter:innen plädieren für Toleranz, während Kritiker:innen die fehlende Selbstbestimmung der Kinder betonen. [67]

Wenn körperliche Geschlechtsmerkmale, wie zum Beispiel Chromosomen, Hormone oder Körperformen nicht eindeutig weiblich oder männlich einzuordnen sind, werden diese unter dem Begriff der Intergeschlechtlichkeit, Intersex oder Varianten der Geschlechterentwicklung definiert, [68] einst unter dem Begriff Hermaphroditismus [69] bekannt. Mit zunehmenden operativen Möglichkeiten, die sich besonders seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts herausbildeten, wurden jahrzehntelang entsprechende Operationen in der westlichen Welt an Neugeborenen durchgeführt, so auch am Kinderspital Zürich, um sie in ein binäres Geschlechtsschema einzupassen. [70–72]

Forschende sehen im Umgang mit intergeschlechtlichen Menschen Handlungsbedarf, da bestehende inter-nationale Handlungsempfehlungen (Chicago Consensus, 2006) nur unzureichend umgesetzt werden. [73–75] Unfreiwillige geschlechtsbestimmende medizinische Eingriffe können bei den Betroffenen zu schwerem Leiden bis hin zu Suiziden führen [76] und werden als mögliche Verletzung der Selbstbestimmung und damit der Grund- und Menschenrechte beschrieben. [75]

Die Existenz der Geschlechtervariabilität wird auch von anderen Interessensgruppen genutzt, um für oder gegen Binarität der Geschlechter zu argumentieren. [69] Gleichzeitig besteht ein anhaltender ethischer Diskurs zum Umgang mit trans und intersex Athlet:innen bei geschlechtsgetrenntem Sport, wo politische und juristische Regulierungen zu Ausschlüssen und Diskriminierung führen. [77]

Siehe auch Factsheet LGBTQ+

4.4 Suizid und assistierter Suizid

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit nehmen Frauen in der Schweiz im Verhältnis 10:13 (m:f) Dienste des assistierten Suizids häufiger in Anspruch, während Männer eine dreifach höhere Suizidrate aufweisen als Frauen. [78] In Bezug auf Suizid starben Männer durch Erhängen (34%), Erschiessen (27%) und Vergiften (12%); Frauen starben durch Vergiften (25%), Erhängen (23%) und Sturz in die Tiefe (18%). [76] Bi- und homosexuelle Jugendliche weisen eine fünfmal höhere Suizidversuchsrate auf als heterosexuelle Jugendliche.[76, 79] [siehe auch FS LGBTQ+] Seelsorgedienste markieren eine Zunahme an Suizidgesprächen, wobei die Anrufe mit einer $\frac{3}{4}$ -Mehrheit weiblich sind und non-binäre Menschen die Unterstützung eher via Chat suchen. [80] Die erläuterten Unterschiede führen zur Interpretation unterschiedlicher Beweggründe, abhängig von der Bevölkerungsgruppe, die bis jetzt wenig erforscht sind. [81]

Schluss

Durch eine Betrachtung historischer Zusammenhänge und ethischer Überlegungen erhalten wir nicht nur einen tiefen Einblick in die Entwicklung medizinischer Praktiken, sondern auch ein bewussteres Verständnis für die Sensibilität und Komplexität der Fragen von Sex und Gender.

Dies ermöglicht eine präzisere Einordnung aktueller medizinischer Herausforderungen und fördert die Konzipierung patient:innenzentrierter Ansätze.

Die Verbindung von Medizingeschichte und Ethik im Hinblick auf die Komplexität von Sex und Gender im medizinischen Kontext schafft einen Mehrwert durch ein erweitertes Fachwissen und trägt zur integrativen Gesundheitsversorgung bei.

Literatur

1. Gender EURO; 2023. URL: https://www.who.int/europe/health-topics/gender#tab=tab_1 [Stand am 17.10.2023].
2. Laqueur TW. Auf den Leib geschrieben: Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. München: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1996.
3. Hirschfeld M. Sexualpathologie ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Bonn: A. Marcus & E. Webers; 1920.
4. Krafft-Ebing R von. Psychopathia sexualis. Stuttgart: Matthes & Seitz; 1997.
5. Nolte K. Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900. Kassel; 2003.
6. Ankele M. Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900: Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn. Wien; 2009.
7. Showalter E. The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980. London: Virago; 2009.
8. Braun C von. Nicht ich: Logik, Lüge, Libido. 1. Aufl. Berlin: Aufbau; 2009.
9. Chesler P. Frauen - das verrückte Geschlecht? 37. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1986.
10. Schlichter A. Die Figur der verrückten Frau: Weiblicher Wahnsinn als Kategorie der feministischen Repräsentationskritik. Tübingen: Ed. Diskord; 2000.
11. Meier M. Zwang in der Psychiatrie der Fall Zürich 1870-1970. Nachrichtenblatt der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik 2004; 57(3): 184–97.
12. Meier M. Fallkonstituierungen die "unruhige Frauenabteilung" der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich Ende 1950. In: Brändli S (Hrsg.). Zum Fall machen, zum Fall werden: Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts ; [Internationales Kolloquium "Arbeit am Fall: Historische Annäherungen an ein Flüchtliges Konstrukt am 13./14. Januar 2006 in Basel. Frankfurt am Main: Campus-Verl; 2009, 211–228.
13. Freud S. Gesammelte Werke: Chronologisch geordnet. Fünfter Band. Werke aus den Jahren 1904-1905. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
14. Haerdle S. Spritzen: Geschichte der weiblichen Ejakulation. Hamburg: Edition Nautilus GmbH; 2020.
15. Sanyal MM. Vulva: Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach; 2009.
16. Haraway D. Primate visions: Gender, race, and nature in the world of modern science. New York, London: Routledge; 1989.
17. Connell R. Masculinities. 2. Aufl. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press; 2005.
18. Rogger F, Bankowski M. Ganz Europa blickt auf uns!: Das schweizerische Frauenstudium und seine russischen Pionierinnen. Baden: Hier + Jetzt Verl. für Kultur und Geschichte; 2010.
19. Brinkschulte E (Hrsg.). Weibliche Ärzte: Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland. 2. Aufl. Berlin: Ed. Hentrich; 1995.
20. Maurer T (Hrsg.). Der Weg an die Universität: Höhere Frauenstudien vom Mittelalter bis zum 20. Jahrhundert. Göttingen: Wallstein Verlag; 2010.
21. Stadler G, Chesaniuk M, Haering S et al. Diversified innovations in the health sciences: Proposal for a Diversity Minimal Item Set (DiMIS). Sustainable Chemistry and Pharmacy 2023; 33: 101072.
22. Smith K. Women's health research lacks funding – these charts show how; 2023. URL: <https://www.nature.com/immersive/d41586-023-01475-2/index.html> [Stand am 29.11.2023].
23. Legato MJ. Gender-specific features of human biology for the practicing physician. Armonk, NY: Futura Pub. Co; 1997.
24. Legato MJ, Colman C. The female heart: The truth about women and coronary artery disease. New York: Simon & Schuster; 1991.
25. Legato MJ. Eve's rib: The groundbreaking guide to women's health. New York, NY: Open Road Integrated Media; 2002.
26. Beauvoir S de. Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2000.

27. Butler J. Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1991.
28. White J, Tannenbaum C, Klinge I et al. The Integration of Sex and Gender Considerations Into Biomedical Research: Lessons From International Funding Agencies. *J Clin Endocrinol Metab* 2021; 106(10): 3034–48.
29. Henrich JB, Schwarz EB, McClintock AH et al. Position Paper: SGIM Sex- and Gender-Based Women's Health Core Competencies. *J Gen Intern Med* 2023; 1–5.
30. Heidari S, Babor TF, Castro P de et al. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Res Integr Peer Rev* 2016; 1: 2.
31. Kleist P. Empfehlungen zur Gender-gerechten Forschung; 2020.
32. Aktuelles Rechtsetzungsprojekt: Revision des Verordnungsrechts: Das BAG überarbeitet das Ausführungsrecht zum Humanforschungsgesetz. Es passt die Verordnungen an nationale und internationale Entwicklungen in der Humanforschung an. Abteilung Biomedizin; 2023. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/forschung-am-menschen/revision-verordnungen-hfg.html> [Stand am 29.11.2023].
33. Nagel E. Der Arzt im Spannungsfeld von Versorgungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.). *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert: ... dokumentiert die Fachvorträge des 1. Kölner Symposions zum Medizinrecht*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009, 37–44.
34. Menstruation Facts and Figures; 2020. URL: https://www.ahpma.co.uk/menstruation_facts_and_figures/ [Stand am 25.01.2024].
35. FAST FACTS: Nine things you didn't know about menstruation; 2018. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/fast-facts-nine-things-you-didnt-know-about-menstruation> [Stand am 25.01.2024].
36. Barrington DJ, Robinson HJ, Wilson E, Hennegan J. Experiences of menstruation in high income countries: A systematic review, qualitative evidence synthesis and comparison to low- and middle-income countries. *PLoS One* 2021; 16(7): e0255001.
37. Klopfenstein Broggin D. Wie will der Bundesrat Periodenarmut nachhaltig bekämpfen?: 22.3475. Interpellation; 2022. URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20223475> [Stand am 29.11.2023].
38. Frank SE. Queering Menstruation: Trans and Non-Binary Identity and Body Politics. *Sociological Inquiry* 2020; 90(2): 371–404.
39. Simpson CN, Lomiguen CM, Chin J. Combating Diagnostic Delay of Endometriosis in Adolescents via Educational Awareness: A Systematic Review. *Cureus* 2021; 13(5): e15143.
40. Batt RE. *A History of Endometriosis*. London: Springer-Verlag London Limited; 2011.
41. Jaraus K (Hrsg.). *Das Ende der Zuversicht?: Die siebziger Jahre als Geschichte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2008.
42. Gigerenzer G. *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: C. Bertelsmann; 2013.
43. McDowell M, Gigerenzer G, Wegwarth O, Rebitschek FG. Effect of Tabular and Icon Fact Box Formats on Comprehension of Benefits and Harms of Prostate Cancer Screening: A Randomized Trial. *Med Decis Making* 2019; 39(1): 41–56.
44. Cheetham M, Holzer B, Kleber M et al. Patienten-Entscheidungshilfen zur Wertklärung und Präferenzhebung. *Ther Umsch* 2022; 79(8): 415–24.
45. Reisner-Sénéral L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. *Intensive Care Med* 2011; 37(7): 1084–6.
46. Avidan A, Sprung CL, Schefold JC et al. Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. *Lancet Respir Med* 2021; 9(10): 1101–10.
47. Todorov A, Kaufmann F, Arslani K et al. Gender differences in the provision of intensive care: a Bayesian approach. *Intensive Care Med* 2021; 47(5): 577–87.
48. Wang SS-Y, Bögli SY, Nierobisch N et al. Sex-Related Differences in Patients' Characteristics,

- Provided Care, and Outcomes Following Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Neurocrit Care* 2022; 37(1): 111–20.
49. Blecha S, Zeman F, Specht S et al. Invasiveness of Treatment Is Gender Dependent in Intensive Care: Results From a Retrospective Analysis of 26,711 Cases. *Anesthesia & Analgesia* 2021; 132(6): 1677–83.
50. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Autonomie in der Medizin: 7 Thesen*. Bern: Zenodo; 2020.
51. Fischer T. Genderspezifische Diskriminierung in der Reproduktionsmedizin? Das Beispiel Anonyme Samenspende. In: Groß D (Hrsg.). *Gender schafft Wissen - Wissenschaft Gender: Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit ; [beruht in wesentlichen Teilen auf den Referaten und Diskussionsbeiträgen des Aachener "Tags der Wissenschaftsgeschichte", ... Juni 2008. Kassel: Kassel Univ. Press; 2009, 291–310.*
52. Jütte R (Hrsg.). *Geschichte der Abtreibung: Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: Beck; 1993.
53. Cavaliere G. Fertility treatment, valuable life projects and social norms: In defence of defending (reproductive) preferences. *Bioethics* 2023.
54. Nisha Z. Negotiating 'Surrogate Mothering' and Women's Freedom. *Asian Bioeth Rev* 2022; 14(3): 271–85.
55. Richie C. Voluntary sterilization for childfree women: understanding patient profiles, evaluating accessibility, examining legislation. *Hastings Cent Rep* 2013; 43(6): 36–44.
56. Segers S, Romanis EC. Ethical, Translational, and Legal Issues Surrounding the Novel Adoption of Ectogestative Technologies. *Risk Manag Healthc Policy* 2022; 15: 2207–20.
57. Cavolo A, Boer A, Proost L et al. Navigating the Ethical Landscape of the Artificial Placenta: A Systematic Review; 2023.
58. Savulescu J, Dahl E. Junge oder Mädchen: Sollten sich Eltern das Geschlecht ihrer Kinder aussuchen dürfen? *Reproduktionsmedizin* 2000; 16(4): 274–8.
59. Rogers W, Ballantyne A, Draper H. Is sex-selective abortion morally justified and should it be prohibited? *Bioethics* 2007; 21(9): 520–4.
60. Gallagher C, Laqueur TW (Hrsg.). *The making of the modern body: Sexuality and society in the nineteenth century*. Berkeley: Univ. of California Press; 1987.
61. Gerste RD. *Jacques Joseph: Das Schicksal des großen plastischen Chirurgen und die Geschichte der Rhinoplastik*. Heidelberg: Kaden; 2015.
62. Ramsbrock A. *Korrigierte Körper: Eine Geschichte künstlicher Schönheit in der Moderne*; 2011.
63. Noel S. *Die ästhetische Chirurgie und ihre soziale Bedeutung*. Leipzig: Barth; 1932.
64. Radtke R. Anzahl von Schönheitsoperationen weltweit bis 2022; 2024. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/702578/umfrage/laender-mit-der-hoechsten-anzahl-an-schoenheitsoperationen/> [Stand am 25.01.2024].
65. Stoff H. *Wirkstoffe: Eine Wissenschaftsgeschichte der Hormone, Vitamine und Enzyme, 1920 - 1970*. Stuttgart: Steiner; 2012.
66. Earp BD, Steinfeld R. Genital Autonomy and Sexual Well-being. *Curr Sex Health Rep* 2018; 10(1): 7–17.
67. Earp BD. In defence of genital autonomy for children. *J Med Ethics* 2016; 42(3): 158–63.
68. Intergeschlechtliche Menschen e.V. *Intergeschlechtlichkeit - Intergeschlechtliche Menschen e.V.; 2023*. URL: <https://im-ev.de/intergeschlechtlichkeit/> [Stand am 25.09.2023].
69. Carpenter M. The "Normalization" of Intersex Bodies and "Othering" of Intersex Identities in Australia. *J Bioeth Inq* 2018; 15(4): 487–95.
70. Janett M, Althaus A, Hulverscheidt M et al. Doctors, families and the industry in the clinic: the management of 'intersex' children in Swiss paediatric medicine (1945–1970). *Med. Hist.* 2021; 65(3): 286–305.
71. Althaus A, Janett ML, Streuli JC et al. »Schnitt im Kopf« Zur Rolle der Kommunikation in der Behandlung »intersexueller« Kinder am Kinderspital Zürich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. De Gruyter; 2021.

72. Janett M. Dazwischen? Intergeschlechtlichkeit in der historischen Forschung. Überblick und Perspektiven. infoclio.ch; 2021.
73. Gramc M, Streuli JC, Clercq E de. Multidisciplinary teams caring for people with variations of sex characteristics: a scoping review. BMJ Publishing Group; 2021.
74. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der SAMW zu «Varianten der Geschlechtsentwicklung». Bern; 2016.
75. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE. Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung: Ethische Fragen zur "Intersexualität". Bern; 2012.
76. Walter E, Duetz Schmucki M, Bürli C et al. Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bern; 2016.
77. Johnston L. Transgender and Intersex Athletes in Single-sex Sports. J Law Med 2020; 28(1): 197–213.
78. Junker C. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz: Todesursachenstatistik 2014. Neuenburg; 2016.
79. Pfister A, Mikolasek M. Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen.: Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz. Luzern: Zenodo; 2019.
80. Die Dargebotene Hand. Jahresbericht 2022: Die Dargebotene Hand/Tel 143. Zürich; 2022.
81. Zimmermann M. Beihilfe zum Suizid - Entwicklungen und Debatten in der Schweiz. Zeitschrift für Medizinische Ethik 2021(67): 433–43.