

Aus dem Institut für Rechtsmedizin  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme

Evaluation der medizinischen Lehre  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
zum Thema Gender

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
**Rebecca Tschorsch**  
2016

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. Graß

Zweitgutachter: Prof. Dr. Barz

Meiner Familie.

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

R. Tschorsch, J. de Bruin, S. Ritz-Timme, H. Graß, „Evaluation der medizinischen Lehre an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zum Thema Gender“, *Journal des Netzwerks Frauen- und Geschlechterforschung NRW*, Nr. 30, S. 55-56, 2012

# Zusammenfassung

**Einleitung:** Gender-Themen rücken zunehmend in den Fokus von Forschung und Klinik, es wird stetig klarer, wie ausschlaggebend eine gender-sensible Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten für eine umfassende und ganzheitliche Patientenversorgung ist. Zur Vorbereitung einer Curriculumreform wurde eine Ist-Analyse (SS2009/WS09-10) der aktuellen Lehre zum Thema Gender in der medizinischen Ausbildung der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) durchgeführt.

**Methoden:** Zunächst wurden die aktuellen Lernzielkataloge auf 9 verschiedene gender-relevante Begriffe durchsucht. Anschließend wurde sowohl eine Online-Befragung von Studierenden der Humanmedizin, als auch von Lehrenden der Medizinischen Fakultät der HHU durchgeführt. Die Fragebögen beinhalteten Fragen zur individuellen Einschätzung der Relevanz des Themas Gender, weiter zu Integrationsformen, Prüfungsrelevanz und einschlägigen Lernzielen. Für die Studierenden war eine Teilnahme im Rahmen der Semester-Abschlussevaluation verbindlich, die Teilnahme der Lehrenden geschah auf freiwilliger Basis. Der zeitliche Aufwand zur Bearbeitung des studentischen Fragebogens lag bei etwa vier, die der Lehrendenbefragung bei etwa zehn Minuten.

**Ergebnisse:** In den Lernzielkatalogen ließen sich fast ausschließlich „Gender“-Themen finden, die mit biologischen Unterschieden zwischen Mann und Frau zusammenhängen. Themen, die die Schwangerschaft betreffen, wurden beispielsweise gut abgedeckt. Zum Umgang mit dem Einfluss des sozialen Geschlechtes auf Gesundheit und Krankheit fanden sich keinerlei Lernziele. Bezüglich der Studierendenbefragung konnten insgesamt 1000 beantwortete Fragebögen ausgewertet werden. Hierbei zeigte sich deutlich, dass die meisten Studierenden nur wenig Kontakt mit Genderthemen hatten. Je weiter sie im Studienverlauf fortgeschritten waren, desto eher gaben sie jedoch an, Gender in der Lehre punktuell kennengelernt zu haben. Das Geschlecht der Antwortenden nahm erheblichen Einfluss darauf, wie relevant Gender eingeschätzt wurde. Frauen sind hier signifikant sensibilisierter und offener für Genderthematiken. Auch in den 62 Fragebögen, die von Lehrenden ausgefüllt wurden, fiel auf, dass Gender noch keine große Rolle in der Lehre spielte. Außerdem fanden sich auch hier unterschiedliche Einschätzungen von weiblichen und männlichen Lehrenden, wobei auch hier Männer die Thematik für deutlich weniger relevant hielten als Frauen.

**Schlussfolgerung:** Die Thematik Gender zeigte sich in der Ist-Analyse (SS2009/WS09-10) nur wenig präsent in der Lehre der Medizinischen Fakultät der HHU. Die Bedeutung des Themas wurde erkannt und Ansätze für die Implementierung in das neue Curriculum wurden erarbeitet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>iv</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>vi</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>viii</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2 Material und Methoden</b>	<b>7</b>
2.1 Lernzielkataloge . . . . .	7
2.2 Befragung der Studierenden . . . . .	7
2.3 Befragung der Lehrenden . . . . .	8
2.4 Literaturanalyse . . . . .	9
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>10</b>
3.1 Lernzielkataloge . . . . .	10
3.2 Befragung der Studierenden . . . . .	12
3.3 Befragung der Lehrenden . . . . .	20
<b>4 Diskussion</b>	<b>32</b>
4.1 Lernzielkataloge . . . . .	33
4.2 Befragung der Studierenden . . . . .	34
4.3 Befragung der Lehrenden . . . . .	36
4.4 Vergleich der Ergebnisse untereinander . . . . .	37
4.5 Vergleich der Ergebnisse mit bestehenden Erhebungen . . . . .	38
4.5.1 Lernzielkataloge . . . . .	38
4.5.2 Befragung der Studierenden . . . . .	39
4.5.3 Befragung der Lehrenden . . . . .	42
4.6 Methodenkritik . . . . .	46
<b>5 Ausblick: Erweiterung der Lernzielkataloge</b>	<b>47</b>
5.1 Erfolgsfaktoren . . . . .	47
5.2 Integrationsformen und Ausblick . . . . .	49
5.3 Projekt „Männer, Frauen und Medizin (MFM)“ . . . . .	51
5.4 Erweiterung der Lernzielkataloge . . . . .	52
<b>6 Fazit</b>	<b>72</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>73</b>

<b>A Studierendenfragebogen</b>	<b>83</b>
<b>B Dozentenfragebogen</b>	<b>86</b>
<b>C Lehrinhalte</b>	<b>90</b>
<b>D Internetreferenzen</b>	<b>96</b>
D.1 WHO Gender-Definition . . . . .	96
D.2 Charité Wahlfach Gender . . . . .	97
D.3 International Gender Studies . . . . .	98
D.4 Charité EUGIM . . . . .	99
D.5 Medizinische Hochschule Hannover . . . . .	100
D.6 Charité GiM . . . . .	101
D.7 HHU Männer, Frauen und Medizin . . . . .	102

# Abbildungsverzeichnis

1.1	Der dreistufige Studienansatz . . . . .	4
3.1	Vorkommen von Gender im Studienverlauf — Alle Studierende . . . . .	12
3.2	Vorkommen von Gender im Studienverlauf — Nach Studienstand * . . . . .	13
3.3	Einschätzung der Relevanz von Gender durch alle Studierenden . . . . .	13
3.4	Einschätzung der Relevanz von Gender durch die Studierenden — Nach Geschlecht * . . . . .	14
3.5	Einschätzung der Relevanz von Gender durch die Studierenden — Nach Studienstand * . . . . .	14
3.6	Einschätzung der Relevanz von Gender durch die Studierenden nach Stu- dienstand — Weibliche Studierende . . . . .	15
3.7	Einschätzung der Relevanz von Gender durch die Studierenden nach Stu- dienstand — Männliche Studierende . . . . .	15
3.8	Einschätzung des Dozierendeninteresses an Gender durch alle Studierenden	16
3.9	Einschätzung des Dozierendeninteresses an Gender durch die Studieren- den — Nach Studienstand * . . . . .	16
3.10	Einschätzung des Dozierendeninteresses an Gender durch die Studieren- den — Nach Geschlecht . . . . .	17
3.11	Altersverteilung der Dozierenden nach Geschlecht . . . . .	20
3.12	Verteilung der Dozierenden auf die vorklinischen Fächer . . . . .	21
3.13	Verteilung der Dozierenden auf die klinischen Fächer . . . . .	21
3.14	Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden gesamt . . . . .	22
3.15	Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht . . . . .	23
3.16	Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich . . . . .	23
3.17	Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach aller Dozierenden . . . . .	24
3.18	Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich . . . . .	24
3.19	Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht . . . . .	25
3.20	Prüfungsrelevanz im eigenen Fach aller Dozierenden . . . . .	25
3.21	Prüfungsrelevanz im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich . . . . .	26
3.22	Prüfungsrelevanz im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht . . . . .	26
3.23	Prüfungsrelevanz im eigenen Fach nach Dozierendenalter . . . . .	27
3.24	Relevanz bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten — Alle Dozie- renden . . . . .	27
3.25	Relevanz bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten — Nach Ge- schlecht . . . . .	28



3.26	Relevanz bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten nach Dozierendenalter . . . . .	28
3.27	Befürwortung der Curriculumsreform durch die Dozierenden — Alle Dozierenden . . . . .	29
3.28	Befürwortung der Curriculumsreform durch die Dozierenden — Nach Geschlecht . . . . .	29
3.29	Befürwortung der Curriculumreform nach Dozierendenalter . . . . .	30

---

\* statistisch signifikantes Ergebnis

# Tabellenverzeichnis

3.1	Ergebnisse der Lernzielkataloguntersuchung zu Gender-Themen . . . . .	10
3.2	Gender-Themen in den Lernzielkatalogen . . . . .	11
3.3	Von den Studierenden angegebene Lehrformate zur Integration des Themas „Gender“ . . . . .	18
3.4	Von den Studierenden benannte Fächer, die das Thema „Gender“ in ihrer Lehre ansprachen, nach Häufigkeit. . . . .	19
3.5	Ausgeübte Lehrform der befragten Dozierenden . . . . .	22
5.1	Ursprünglicher Lernzielkatalog für das Fach Allgemeinmedizin . . . . .	54
5.2	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Allgemeinmedizin	55
5.3	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Allgemeine Pharmakologie . . . . .	56
5.4	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Anästhesie . . . .	57
5.5	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Anatomie . . . .	57
5.6	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Arbeits- und Sozialmedizin . . . . .	57
5.7	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Biochemie . . . .	58
5.8	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Chirurgie . . . .	58
5.9	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Dermatologie . .	59
5.10	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Geschichte, Theorie und Ethik . . . . .	59
5.11	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach HNO . . . . .	60
5.12	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Humangenetik .	60
5.13	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Hygiene . . . . .	61
5.14	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Immunologie . .	61
5.15	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Innere Medizin .	63
5.16	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Klinische Chemie	65
5.17	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Medizin des Alterns	66
5.18	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Medizinische Psychologie & Soziologie . . . . .	67
5.19	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Mikrobiologie . .	67
5.20	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Neurologie . . . .	67
5.21	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Pädiatrie . . . . .	68
5.22	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Pathologie . . . .	68
5.23	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Physiologie . . . .	68
5.24	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Prävention . . . .	69

5.25	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Psychiatrie u. Psychosomatik . . . . .	69
5.26	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Radiologie . . .	70
5.27	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Rechtsmedizin .	70
5.28	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Spezielle Phar- makologie . . . . .	71
5.29	Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Urologie . . . . .	71

# Abkürzungsverzeichnis

**AG** Arbeitsgemeinschaft

**HHU** Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**KHK** Koronare Herzkrankheit

**MHH** Medizinische Hochschule Hannover

**NGAM-Skala** Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale

**pAVK** periphere arterielle Verschlusskrankheit

**PONV** *postoperative nausea and vomiting*

**SS2009** Sommersemester 2009

**WHO** World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

**WS09-10** Wintersemester 2009-2010

# 1 Einleitung

Mit Gründung der Arbeitsgruppe „Gender, Women and Health“ [1] nahm sich die Weltgesundheitsorganisation einer Problematik an, die in der aktuellen medizinischen Forschung immer stärker in den Vordergrund tritt. Die mögliche geschlechterspezifische Heterogenität von Krankheitssymptomen, beispielsweise beim Erleben eines Myokardinfarktes, ist mittlerweile weitgehend bekannt. Dass aber das Geschlecht auch Einfluss auf die Pharmakodynamik und -kinetik von Medikamenten [2] oder den psychosozialen Umgang mit Krankheit nehmen kann, tritt erst aktuell vermehrt in den Fokus der Wissenschaft und das Bewusstsein von Mediziner\*innen. Insgesamt mehren sich die Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Aspekten von Krankheit, ihrer Symptomatik, Diagnostik und Behandlung. Diese Erkenntnisse werden unter dem Begriff „Gender-Medizin“ zusammengefasst.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit des Textes wird an Stellen, an denen nicht explizit zwischen den zwei Geschlechtern unterschieden werden muss, lediglich die maskuline Form gewählt. In diesen Fällen sind stets beide Geschlechter gemeint.

Um den Begriff „gender“ besser verstehen zu können, ist ein Blick auf den englischen Sprachgebrauch erhellend, der im Gegensatz zum deutschen „Geschlecht“ zwischen „sex“ und „gender“ unterscheidet. Dabei meint „sex“ das rein biologische Geschlecht, also das durch die Biologie bestimmte, letztlich also genetische Geschlecht. Der Begriff „gender“ hingegen meint das durch die Umwelt beeinflusste Geschlechtskonstrukt, d.h. das Geschlecht, welches über soziokulturelle Einflüsse vermittelt und erfahren wird. Diese Begriffsklärung gleicht der von der WHO formulierten Gender-Definition: *„Gender refers to the socially constructed roles, behaviours, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women. Sex refers to the biological and physiological characteristics that define men and women.“*<sup>1</sup>. Die Trennung der zwei Begriffe ist im medizinischen Sinne allerdings nicht komplett umsetzbar, da sich hier „sex“ und „gender“ überschneiden und beeinflussen. Die unterschiedliche Symptomatik von Männern und Frauen bei einer Depression etwa, ist wohl hauptsächlich durch das Geschlecht im Sinne von „gender“ bedingt, die Unterschiede in der Pharmakotherapie der Depression hingegen bedingen sich am ehesten durch das Geschlecht im Sinne von „sex“ [3].

Nach dieser Begriffsklärung ist „gendersensible“ oder „Gender-Medizin“ als eine Medizin zu bezeichnen, die sich am Geschlecht des Patienten ausrichtet. Sie erfasst die Patientin/den Patienten als umfassende Einheit sowohl aus biologischem („sex“) wie auch sozialem Geschlecht („gender“) und berücksichtigt jeglichen Aspekt, in dem sich Männer und Frauen medizinisch unterscheiden. Gemeint sind hiermit, wie bereits beschrieben, z.B. verschiedene Symptome, unterschiedlicher Umgang mit Krankheiten und

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>, 25.10.2014, Kopie in Anhang D.1

Krankheitskonzepten oder die unterschiedliche Verstoffwechslung von Medikamenten. Auch Unterschiede in der Arzt-Patienten-Beziehung in Abhängigkeit des Geschlechtes und sozio-kultureller Faktoren, ausgehend sowohl vom Geschlechts des Arztes als auch des Patienten, sind von Bedeutung, denn auch diese beeinflussen Umgang, Diagnostik und Therapie [4, 5, 6, 7]. Es konnte beispielsweise 2006 in einer kanadischen Untersuchung gezeigt werden, dass die wenigsten Missverständnissen zwischen Arzt und Patient entstehen, wenn eine Patientin eine Ärztin aufsucht, als in den anderen möglichen Geschlechter-Konstellationen [8]. So entsteht eine komplexe Interaktion von Patientengesundheit, Arzt-Patienten-Beziehung und soziokulturellen Gegebenheiten.

Lange Zeit wurde das Thema „gender“ in der medizinischen Forschung vernachlässigt. Pharmakologische Studien zum Beispiel wurden meist alleinig an jungen Männern durchgeführt [2]. Die Resultate wurden auf Frauen übertragen, ohne dass die Pharmaka an ihnen unter Studienbedingungen getestet wurden. Die Wirkung und Nebenwirkungen eines Pharmakons wurden also nicht an weiblichen Probanden untersucht und fanden hiermit keinen Eingang in die Markteinführung und Dosierung des selbigen. Dieser Missstand ist vermutlich auf die Erfahrungen der Jahre um 1960 mit dem Medikament Thalidomid („Contergan“) zurückzuführen [9]. Seitdem werden Frauen oft aufgrund einer unter Umständen bestehenden Schwangerschaft von Phase I der klinischen Arzneimittelprüfung ausgeschlossen oder müssen für die Studienzeit Kontrazeptiva einnehmen. Kritisch erweist sich, dass sich gerade die Phase I mit der Pharmakokinetik und damit den Prozessen des Pharmakons im Körper wie z.B. Resorption und Metabolisierung, befasst [10]. Eine Studie der Jahre 1995-1999 konnte zeigen, dass Frauen nur in 25% der pharmakologischen Studien in Phase-I-Studien vertreten waren. In den folgenden Studienphasen waren Frauen in einem der Krankheit entsprechend realistischem Verhältnis abgebildet [11].

Eine nicht gendersensitive Medizin führt demnach auch, etwa durch zu hohe oder niedrige Wirkspiegel bei Frauen, zu unter Umständen fehlerhafter, sogar toxischer Pharmakotherapie bei Patientinnen. So benötigen Frauen beispielsweise etwa eine 30-40% niedrigere Morphinkonzentration am Opioidrezeptor als Männer und zeigen daher unter Therapie mit Morphin signifikant häufiger unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen [12]. Auch bei dem sehr häufig verschriebenen Medikament Acetylsalicylsäure zur Prävention ischämischer kardialer und cerebraler Ereignisse, konnte in einer prospektiven Placebo-kontrollierten Studie an fast 40.000 Patienten ein relevanter Geschlechtsunterschied gezeigt werden. So wurde festgestellt, dass bezüglich der Sekundärprävention, also der Prävention eines Zweitereignisses, beide Geschlechter gleichermaßen von der Einnahme profitieren, in der Primärprävention bei Frauen fast ausschließlich das cerebrale, bei Männern hauptsächlich das kardiale System geschützt wird [13, 14]. Weitere Studien konnten zeigen, dass Frauen signifikant häufiger von erhöhten Blutungskomplikationen durch orale Antikoagulanzen wie beispielsweise Clopidogrel oder Glykoprotein

IIB/IIIa-Inhibitoren betroffen sind als Männer. Oft scheint dies auf eine zu hohe Dosierung zurück zu gehen, weswegen laut der Autoren bis zu einem Viertel dieser Komplikationen bei Frauen vermeidbar erscheinen [15].

Aktuell findet die Thematik „Gender“ zunehmend Bedeutung in der Forschung und wird damit empirisch greifbar. Es wurde bereits 2006 in der „Zielvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen, der Uniklinik Düsseldorf und der Heinrich-Heine-Universität“ gefordert, dass diese Forschungsergebnisse in die medizinische Lehre integriert werden, um damit eine gute, patientenzentrierte Ausbildung von Medizinern zu realisieren, die ohne Gender-Bezug nicht umfassend und ganzheitlich möglich scheint [16]. In der Zielvereinbarung aus dem Jahre 2012 wird dieser Punkt abermals fokussiert [17]. Auch die Weltgesundheitsorganisation und weitere Institutionen, fordern die Berücksichtigung von Gender in der medizinischen Praxis (*„All health professionals must have knowledge and awareness of the ways gender affects health, so that they may address gender issues wherever appropriate and thus make their work more effective.“*[18]) [19]. Auch die Bundesärztekammer forderte in ihrem Tätigkeitsbericht von 2012 Gender- und Lebensphasenorientierte Medizin in die Ausbildung und das Studium von Medizinern zu integrieren [20]. Trotz dieser Forderungen konnte in einer Studie aus dem Jahr 2010 in Berlin gezeigt werden, dass die Ergebnisse der Forschung noch keinen ausreichenden Einzug in die aktuellen Leitlinien gefunden haben [21].

Im Gegensatz vor allem zum englischsprachigen Ausland steht Deutschland bezüglich der Integration von Ergebnissen der Genderforschung in die Lehre noch am Anfang. Mit der Integration der Thematik in Lernzielkataloge und Curricula beschäftigten sich bereits einige, vor allem ausländische Arbeitsgruppen [22, 23, 24]. An den Universitätskliniken Hannover [25] und Berlin [26], sowie im Ausland wurden bereits Untersuchungen durchgeführt, bei denen jeweils die Sicht der Lehrenden beleuchtet wurde [27, 28, 29]. Studierendenbefragungen fanden ebenfalls bereits im Ausland, etwa an der Universität Yale, statt [30, 31]. Eine umfassendere Befragung, die sowohl Lehrende als auch Lernende und zusätzlich die Regularien des Studiengangs untersucht, wurde bislang noch nicht durchgeführt.

Die Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf arbeitet derzeit an einer Reform ihres Curriculums für die Studierenden der Humanmedizin. Für die Entwicklung der künftigen Einbindung des Themas „Gender“ wurde eine Ist-Analyse (SS-2009/WS09-10) mit dem Ziel durchgeführt, die aktuelle Integration von Gender in die Lehre zu erfassen. Die Zielsetzung der Arbeit bestand darin gegebenenfalls zentrale Bedarfe festzustellen und Voraussetzungen zu schaffen, die eine Integration von Gender in die medizinische Lehre zulassen. Hierfür wurde ein Ansatz gewählt der drei wichtige Säulen der universitären Lehre umfasst, welcher in Abbildung 1.1 veranschaulicht wird.

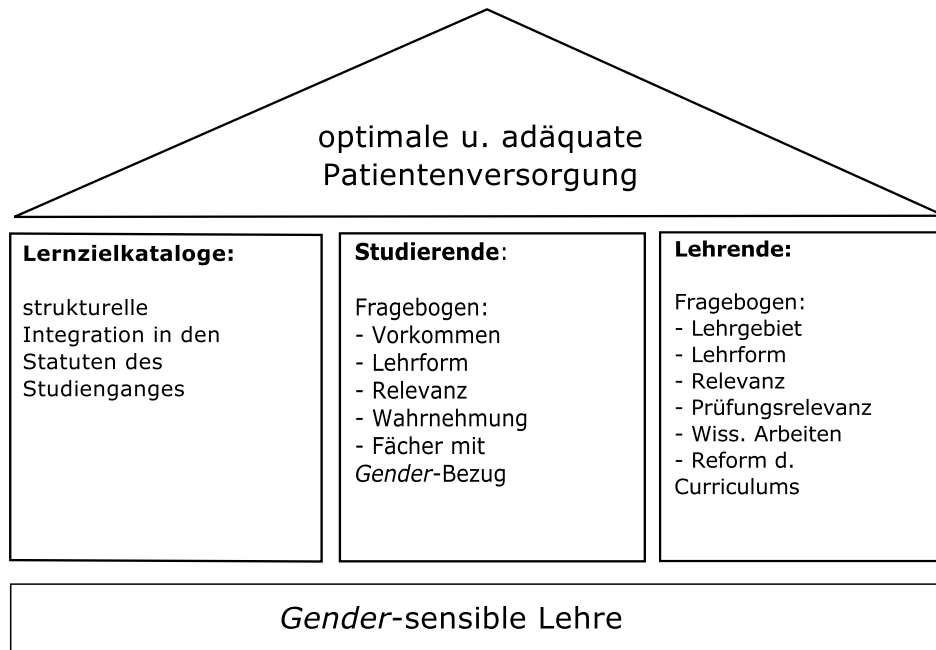


Abbildung 1.1: Der dreistufige Studienansatz

Zunächst wurden die Lernzielkataloge des Studienganges Humanmedizin computergestützt sowie sorgfältig manuell auf Genderthemen untersucht. Es folgten Datenerhebungen mithilfe von Fragebögen sowohl bei den Studierenden als auch den Lehrenden des Studienganges mit Unterstützung des Studiendekanates (vgl. Kap. 2).

Durch dieses Vorgehen werden die drei wichtigen Größen der Lehre abgebildet: Studierende und Lehrende als Hauptakteure der Lehre sowie die Lernzielkataloge als organisatorische und strukturelle Komponente. Während die Analyse der Lernzielkataloge darüber Aufschluss gibt, ob Gender in den Statuten des Studienganges vorgesehen ist, geben die Fragebögen der Studierenden und Lehrenden darüber Aufschluss, welche Relevanz Gender tatsächlich im gelebten Lehralltag einnimmt. Hierdurch wird ein Vergleich zwischen Soll und Ist-Zustand möglich, wobei das Soll durch die Vorgaben der Lernzielkataloge definiert sei. Mit dem Vergleich der Ergebnisse der drei Themenbereiche befasst sich Kapitel 4.4.

Durch die Auswertung der Studierendenfragebögen können Rückschlüsse auf den Einfluss des Studienabschnittes sowie des Geschlechtes der Studierenden bezüglich der Wahrnehmung von Gender gezogen werden. Auch die allgemeine Einstellung der Studierendenschaft gegenüber dem Thema Gender wird erhoben.

Die Auswertung der Lehrendenfragebögen gibt Aufschluss über Prüfungsrelevanz, die Lehre von Gender sowie die Einschätzung der Relevanz des Themas durch die Lehrenden. Auch hier werden wieder Rückschlüsse z.B. bezüglich des Geschlechtes der Lehrenden als Einflussfaktor auf die Einstellung gegenüber dem Thema Gender ermöglicht. Durch die parallele Erhebung der Ergebnisse von sowohl Studierenden wie auch Lehren-



den lassen sich hier erhellende Vergleiche zwischen der Wahrnehmung der beiden Gruppen durchführen.

Die Lehre in ihrer Gesamtheit zu untersuchen ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung ein völlig neuer Ansatz, der bisher noch nicht in dieser Form durchgeführt wurde. Während alle Säulen bereits einzeln an verschiedenen Universitäten und Institutionen betrachtet wurden und die Lehre auch gelegentlich zweistufig untersucht wurde, ist der beschriebene dreistufige Ansatz bisher einzigartig. Beispielhaft seien hier zum Vergleich die bisherigen „großen deutschen Gender-Untersuchungen“ der Charité Berlin und der Medizinischen Hochschule Hannover genannt: Das Zentrum für Geschlechterforschung der Charité untersuchte 2006 die Lernzielkataloge auf Gender-Themen und führte zusätzlich eine Befragung von Lehrkoordinatoren durch [32]. Eine Untersuchung im Jahr 2005 befragte die Lehrenden mit dem ursprünglichen, für die folgende Arbeit angepassten und weiterentwickelten, Fragebogen zur Thematik Gender [32]. Dieser Fragebogen wurde folgend im Jahre 2006 für eine vergleichbare Lehrendenbefragung des Netzwerkes Medizin und Geschlecht Medizinische Hochschule Hannover eingesetzt [25]. Einen detaillierten Vergleich der genannten deutschen, sowie auch relevanter internationaler Studien, beinhaltet Kapitel 4.5.

Der in dieser Arbeit vorgestellte umfassende Ansatz ermöglicht es erstmals Rückschlüsse auf die Lehre in ihrer Gesamtheit zu ziehen und wichtige Aspekte zur Integration von Gender zu untersuchen:

- Ist Gender in den Lernzielen vorgesehen? Falls ja, werden diese Lernziele in den Lehralltag integriert oder gibt es Diskrepanzen zwischen Lernziel und der Realität im Hörsaal?
- Gibt es Unterschiede in den verschiedenen Semestern oder bezüglich der beiden Geschlechter?
- Gibt es Gruppen, die bereits sensibilisiert sind gegenüber anderen Fraktionen, die dem Thema trotz seiner Wichtigkeit skeptisch gegenüber stehen?
- Gibt es nennenswerte Unterschiede bezüglich der Antworten zwischen Lehrenden und Studierenden?

Auf Basis der erhobenen Daten werden im Kapitel 5 „Ausblick: Erweiterung der Lernzielkataloge“ nach der Diskussion von Erfolgsfaktoren für gute Lehre auch verschiedene Integrationsformen von Gender verglichen, wobei sich eine natürliche Integration in den Lehralltag der einzelnen Fächer, gegenüber einer isolierten Genderbetrachtung als überlegen darstellt.

Folgend wurde ein genderspezifischer Lernzielkatalog für insgesamt 201 Lernziele aus 28 Fächern erarbeitet, der sich auf aktuelle Forschungsergebnisse und Fachliteratur zum Thema stützt und die Grundlage für ein neues genderspezifisches Curriculum bilden soll.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut: Nach der Einleitung in Kapitel 1 beschreibt Kapitel 2 die Methoden sowie unter anderem den Aufbau und die Herleitung der Fragebögen. Im folgenden Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Erhebung im Detail geschildert, aus denen dann in Kapitel 4 Schlüsse über den Status-Quo der Lehre gezogen werden. Außerdem werden an dieser Stelle die Ergebnisse mit namenhaften Studien aus dem In- und Ausland verglichen. Im Kapitel 5 „Ausblick: Erweiterung der Lernzielkataloge“ werden Überlegungen zu Erfolgsfaktoren und Integrationsformen von Gender in ein Curriculum diskutiert. Abschließend wurde auf der Grundlage der erhobenen Daten und Lernziele in Zusammenspiel mit bereits bestehender Literatur zum Thema Gender ein erstes Konzept für die Integration der für eine optimale Patientenversorgung so wichtigen Thematik „Gender“ in ein neues Curriculum erarbeitet und dargestellt. Kapitel 6 schließt die Arbeit mit einem Überblick und Fazit ab.

Der wissenschaftliche Beitrag dieser Arbeit umfasst abschließend zusammengefasst folgende Punkte:

- Untersuchung der aktuellen Lehrsituation zum Thema Gender an der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf
- Bisher neuartiger dreistufiger ganzheitlicher Untersuchungsansatz
- Vergleich und Einordnung der Studie in bestehende wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema
- Diskussion der alternativen Formen einer Integration in das Curriculum
- Erstellung eines beispielhaften neuartigen gender-sensiblen Curriculums

# 2 Material und Methoden

## 2.1 Lernzielkataloge

Die Lernzielkataloge der verschiedenen Fächer der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) können online über die Seite des Studiendekanates eingesehen und heruntergeladen werden<sup>1</sup>. Insgesamt standen zur Zeit des Projektes (SS09/WS09-10) Lernzielkataloge für 20 verschiedene Fächer, darunter 3 vorklinische und 17 klinische, sowie für 30 verschiedene Module, die den Unterricht im vierten Studienjahres des Studiums der Humanmedizin an der HHU umfassen, zur Verfügung.

Die Lernzielkataloge wurden computergestützt nach den folgenden gender-relevanten Begriffen „Gender“, „Gyn\*“, „Geschlecht“, „Frau\*“, „Weib\*“, „Mann“, „Männ\*“, „Patientin\*“ und „Schwanger\*“ durchsucht. Die Sternchen hinter den Begriffen symbolisieren, dass verschiedene Endungen möglich waren. So wurden z.B. „Schwangerschaft“ oder „Schwangere“ unter dem Suchbegriff „Schwanger\*“ erfasst. Die Groß- bzw. Kleinschreibung war hierbei irrelevant. Um wichtige Bereiche nicht zu übersehen, wurden die Curricula anschließend noch manuell auf wichtige Themenbereiche hin geprüft.

## 2.2 Befragung der Studierenden

Für die Evaluation durch die Studierenden wurde ein 6 Fragen umfassender Fragebogen erstellt, der bewusst kurz gehalten wurde, um ein möglichst zuverlässiges Ergebnis zu erzielen. Die Befragung wurde mit der nach jedem Semester stattfindenden Online-Lehr-Evaluation durchgeführt, wodurch eine vollständige Erreichbarkeit aller Studenten erzielt wurde, da die Evaluation des vergangenen Semesters für die Studierenden der Humanmedizin der HHU obligat ist. Hierdurch konnten Antworten von insgesamt 1000 Studierenden aus den vorklinischen und klinischen Abschnitten erzielt werden.

Um eine möglichst komfortable Teilnahme zu ermöglichen, wurde der Fragebogen als Onlinebefragung konzipiert. Der Fragebogen ist im Anhang einsehbar (Anhang A). Nach einer initialen Abfrage allgemeiner Daten, d.h. Alter, Geschlecht und Semester bzw. Block (Block A-F als Unterrichtsform im klinischen Studienabschnitt), folgten 3 Gender-bezogene Items, bei denen jeweils zwischen fünf Antwortmöglichkeiten gewählt werden konnte. Thematisiert wurden hier die subjektiv empfundene Wichtigkeit des Themas, die Einschätzung der Relevanz für die Lehrenden, sowie die Integration in den bisherigen Studienverlauf. Es folgte eine Frage, in welcher Form Gender bisher gelehrt wurde, wobei hier Mehrfachantworten möglich waren (Mündliche Erwähnung, Folien, Literatur-

<sup>1</sup><http://www.medizinstudium.uni-duesseldorf.de/>

verweise, Prüfungsrelevanz, Gar Nicht). Die abschließenden Fragen waren fakultativ zu bearbeiten und ermöglichten Freitextantworten zu Fächern und Lehrenden, die sich aus Studierendensicht durch besondere Gender-Integration in ihrer Lehre auszeichneten. Der Zeitaufwand für eine Bearbeitung des Fragebogens lag bei etwa vier Minuten.

Die Ergebnisse wurden mit PASW Statistics, Version 18.0.0 ausgewertet und auf die erste Stelle nach dem Komma gerundet. Der Chi-Quadratstest wurde angewandt und ein P-Wert von  $< 0,05$  als signifikant angesehen. Signifikante Ergebnisse wurden im Abbildungstitel und Abbildungsverzeichnis mit einem Sternchen gekennzeichnet.

## 2.3 Befragung der Lehrenden

Für die Befragung der Lehrenden wurde ein standardisierter Fragebogen zu Grunde gelegt, der 2005 von der AG Lehre an der Charité Berlin entworfen wurde [26]. In Berlin wurde dieser anfänglich an einer Subgruppe Lehrender getestet und geringfügig überarbeitet. Dieser überarbeitete Bogen wurde dann an der Medizinischen Hochschule Hannover [25] weiter modifiziert, um folgend, mit freundlicher Genehmigung beider Hochschulen, weiter entsprechend der Bedürfnisse und Lehrangebote der Universität Düsseldorf angepasst zu werden.

Insgesamt enthielt der schließlich eingesetzte Bogen 14 Fragen, darunter 9 Einfach-, 2 Mehrfachnennungen und 3 Freitextfelder. Auch dieser Fragebogen ist im Anhang einsehbar (Anhang B). Die Bearbeitung des Fragebogens erfolgte freiwillig sowie anonym und nahm etwa 10 Minuten in Anspruch. Nach der Abfrage einiger persönlicher Daten wie dem eigenen Geschlecht, Alter und Fachgebiet, wurden die Einschätzungen zur Genderthematik abgefragt. Hier wurde nach entsprechenden Lernzielen gefragt und ob bzw. wie diese bereits in die Lehre integriert würden. Hier war es außerdem möglich, für das neue Curriculum gewünschte Themen zu benennen. Außerdem wurde nach der Prüfungsrelevanz der Thematik „Gender“ und deren Relevanz bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten gefragt. Schließlich wurde noch ein freies Kommentarfeld angeboten.

Vor der Befragung verschickte das Studiendekanat Briefe mit einer Ankündigung der Befragung und der Bitte um Teilnahme an die Instituts- und Klinikleitungen. Eine Woche später wurden E-Mails an insgesamt 286 Beschäftigte der Medizinischen Fakultät der HHU versandt.

In den E-Mails waren ein Anschreiben an die Lehrenden, sowie ein Internetlink inklusive einer persönlichen Transaktionsnummer (TAN) für die Durchführung der Befragung, enthalten. Dieser Link führte zu dem Evaluationssystem „Evasys“ (Education Survey Automation Suite Version 4.0) der Universität Düsseldorf, wo durch Angabe der persönlichen TAN der Fragebogen aufgerufen und ausgefüllt werden konnte. Nach 4 Wochen erfolgte

ein elektronisches Erinnerungsschreiben. Nach insgesamt 7 Wochen wurde die Befragung beendet.

Die eingegangenen Ergebnisse wurden mit PASW Statistics Version 18.0.0 ausgewertet und auf die erste Stelle nach dem Komma gerundet.

## 2.4 Literaturanalyse

Die Literatur in Kapitel 4.5, die mit der vorliegenden Untersuchung verglichen wird, ging aus einer Literatursuche der Internetdatenbank „PubMed“<sup>2</sup> unter Verwendung genderrelevanter Suchkriterien wie z.B. „*gender, medical studies, student/s, medical education*“ hervor.

Die genderrelevanten Forschungsergebnisse, die in dieser Arbeit vorgestellt werden und unter Anderem auch zur Erstellung der neuen Lernzielkataloge in Kapitel 5 dienen, stammen einerseits aus aktueller Literatur auf dem Fachbuchmarkt wie z.B. [33, 34] oder auch der „Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterforschung“ [25]. Auch hier wurde außerdem wieder eine Internet- und Datenbanksuche in „PubMed“<sup>2</sup> mit genderrelevanten Stichworten durchgeführt.

---

<sup>2</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

# 3 Ergebnisse

## 3.1 Lernzielkataloge

Die Ergebnisse der Durchsuchung der Lernzielkataloge nach den in Kapitel 2.1 aufgelisteten Begriffen, werden in den folgenden Tabellen 3.1 und 3.2 dargestellt. In der ersten Spalte von Tabelle 3.1 sind die Suchbegriffe dargestellt, die zu der in der zweiten Spalte dargestellten Trefferanzahl führten. In der dritten und vierten Spalte können die Fächer und Module abgelesen werden, in denen die Suchbegriffe gefunden wurden. Tabelle 3.2 stellt die Themen im Detail dar.

Es fällt auf, dass besonders die Themen, die mit Schwangerschaft assoziiert sind, gut abgedeckt werden. Auch gynäkologische Themen und Untersuchungen fanden sich in den Lernzielkatalogen. Über spezielle Themen der „Frau“ oder des „Mannes“ findet sich, außer der unterschiedlichen Normwerte im klinischen Labor für Mann und Frau, keinerlei Information. Das Wort und Thema „Gender“ wurde in den insgesamt 50 Dokumenten nicht genannt.

Wenn man die gefundenen Fächer vergleicht, fällt auf, dass es sich hierbei um ausschließlich klinische Fächer und Module handelt. Fächer der Vorklinik sind nicht vertreten.

Suchbegriff	Treffer	Fächer	Module
Schwanger*	9	Humangenetik, Neurologie, Pharmakologie	Hypertonie, Blutung
Gyn*	8	Neurologie, Pädiatrie, Radiologie	Bauchschmerz, Blutung
Geschlecht*	5	Humangenetik, Mikroskop. Anatomie	Ikterus
Männ*	4	Humangenetik, Radiologie	Anämie, Bauchschmerz
Weib*	3	Humangenetik, Radiologie	Bauchschmerz
Frau*	1		Anämie
Patientin*	1		Gewichtsverlust
Gender*	0		
Mann*	0		
Gesamt	31		

Tabelle 3.1: Ergebnisse der Lernzielkataloguntersuchung zu Gender-Themen

Fach/Modul	Themen
Anämie	Unterschiedliche Normwerte bei Männern und Frauen
Bauchschmerz	Gynäkologische Erkrankungen
	Körperliche Untersuchung mit bimanueller gyn. Untersuchung
	Gyn. Ursachen des Unterbauchschmerzes
	Definitionen in der Gynäkologie
	Ursachen der weiblichen Sterilität
	Ursachen der männlichen Sterilität
Blutung	Blutungen außerhalb der Schwangerschaft
	Blutungen in der Schwangerschaft
	Schwangerschaftsbedingte Blutungen
	Gynäkologische Untersuchungsmethoden, Labor-Diagnostik
Gewichtsverlust	Pathologische Verhaltensmuster der PatientInnen
Humangenetik	Med., Krankheitserreger u. schäd. Umwelteinfl. während der Schwangerschaft
	Störungen der Geschlechtsentwicklung und Fortpflanzungsfähigkeit
	Manifestation X-chrom-rez. u. - dom. Erkr. im weibl. u. männl. Geschlecht
Hypertonie	Besonderheiten der Hypertonie in der Schwangerschaft
Ikterus	Geschlechtsverteilung sklerosierende Cholangitis
Pädiatrie	Kinder- und Jugendgynäkologie
Neurologie	Schwangerschaftschorea
	Gynäkologische Aspekte der antiepileptischen Therapie
Pharmakologie	Besonderheiten in Schwangerschaft/Stillzeit
	Problematische Medikamente in der Schwangerschaft
Radiologie	Gynäkologische Radiologie
	Tumoren des männlichen Genitales
	Tumoren des weiblichen Genitales

Tabelle 3.2: Gender-Themen in den Lernzielkatalogen

## 3.2 Befragung der Studierenden

Insgesamt wurden 1.000 Fragebögen von Studierenden beantwortet und nachfolgend ausgewertet. 975 von 1.000 Personen beantworteten den Fragebogen vollständig, während 25 Studierende den Fragebogen nicht ausfüllten und leer abschickten (Beteiligung 97,5%). Es ergab sich ein Anteil weiblicher Studenten von 63,1% (615 Personen) und demnach ein männlicher Anteil von 36,9% (315 Personen). Dies entspricht einem Verhältnis von 1,7:1 und spiegelt die aktuell deutlich größere Anzahl weiblicher Studierender im Fach Humanmedizin wider.

Zur Altersanalyse konnten 938 gültige Antworten herangezogen werden. Die Analyse ergab ein Durchschnittsalter von 23,71 Jahren (Standardabweichung: 3,35 Jahre, Median: 23,0 Jahre). Das minimale Alter lag bei 18, das maximale Alter bei 46 Jahren. Die beteiligten männliche Studenten waren durchschnittlich 25,06 Jahre alt (Standardabweichung 12,185), während die beteiligten Studentinnen mit einem Durchschnittsalter von 23,27 Jahren (Standardabweichung 3,423) deutlich jünger waren.

**Ansprache des Themas Gender im Studienverlauf** Zu der Frage wie oft das Thema „Gender“ im bisherigen Studienverlauf angesprochen wurde, erfolgten 968 verwertbare Antworten. Der Großteil von 74,0% der Studierenden entschied sich hier für „selten“ oder „gelegentlich“. Der Meinung, dass die Thematik in ihrem Studienverlauf noch „nie“ vorgekommen sei, waren 19,9% der Studierenden. Für die Möglichkeiten „oft“ und „immer“ entschieden sich insgesamt nur 6,1% aller Studierenden (vgl. Abbildung 3.1).

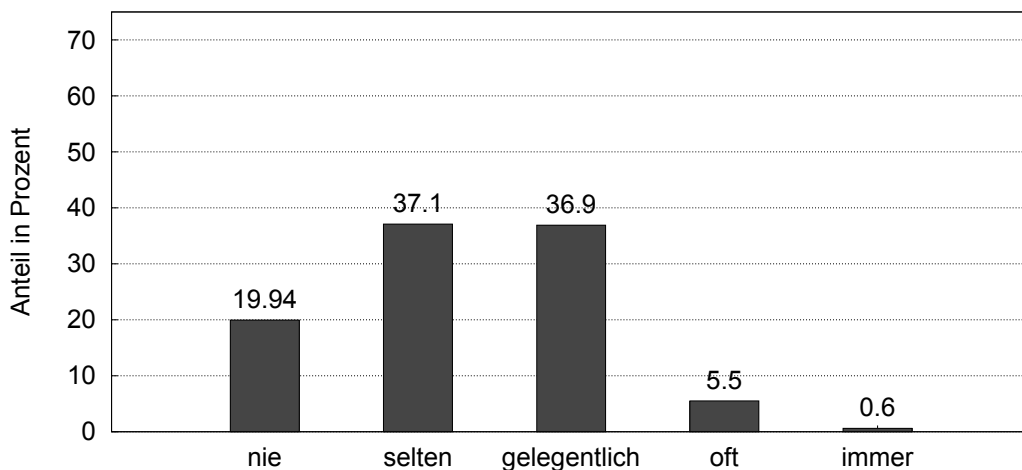


Abbildung 3.1: Ansprache des Themas „Gender“ im Verlauf des Studiums — Alle Studierenden

Es fällt hierbei auf, dass der Fortschritt im Studienverlauf mit der Einschätzung eines eher häufigeren Vorkommens korreliert ( $p < 0,001$ ). So zeigt Abbildung 3.2, dass sich 66,4% der Studierenden im vorklinischen Abschnitt für „nie“ und „selten“ entschieden. Dem



gegenüber stehen 47,5% der klinischen Studierenden, die angaben, Gender sei „nie“ oder „selten“ vorgekommen. Insgesamt 33,6% der vorklinischen und 52,5% der klinischen Studierenden verteilen sich auf die Antwortmöglichkeiten „gelegentlich“, „häufig“ und „immer“.

Das Geschlecht der Studierenden beeinflusste die Beantwortung dieser Frage nicht signifikant ( $p = 0,365$ ).

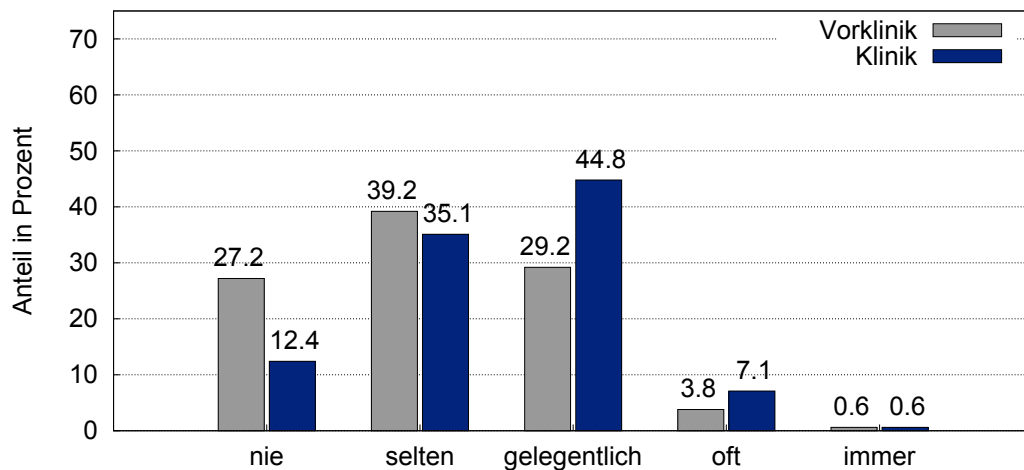


Abbildung 3.2: Ansprache des Themas „Gender“ im Verlauf des Studiums — Nach Studienstand \*

**Individuelle Relevanzeinschätzung des Themas „Gender“** Entgegen der Ergebnisse zum Vorkommen im Studienverlauf, zeigen sich bei der individuellen Einschätzung der Relevanz der Thematik „Gender“ keine Zusammenhänge zum eigenen Studienstand. Zur individuellen Einschätzung der Relevanz äußerten sich 969 Studenten. Abbildung 3.3 zeigt folgende Ergebnisse: Das Thema „Gender“ wird von einem Viertel (25,0%) der Studenten als „sehr unwichtig“ oder „eher unwichtig“ eingestuft. 38,2% entschlossen sich für „unentschieden“. Nur 36,8% halten Gender für „ziemlich“ und „sehr wichtig“.

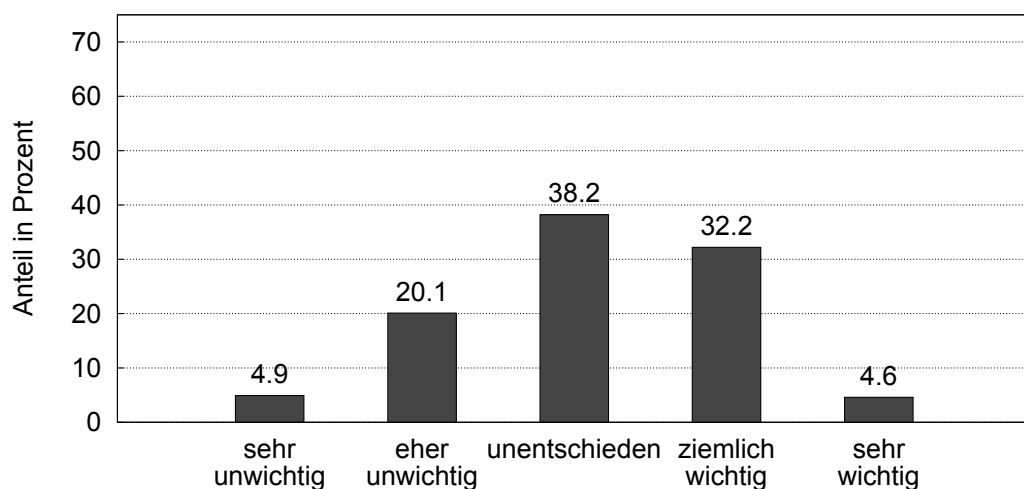


Abbildung 3.3: Eigene Einschätzung der Relevanz des Themas „Gender“ durch alle Studierenden

962 Fragebögen konnten ausgewertet werden, bei denen sowohl eine Angabe zum Geschlecht als auch zur eigenen Meinung zur Relevanz des Themas gemacht wurden. Wie in Abbildung 3.4 zu sehen ist, schätzten deutlich mehr Männer das Thema „Gender“ als eher unwichtig ein („sehr unwichtig“ und „eher unwichtig“: 35,3% der Männer, 18,9% der Frauen). Frauen entscheiden sich hier signifikant häufiger für „wichtig“ und „sehr wichtig“ (28,5% der Männer, 41,9% der Frauen) ( $p < 0,001$ ).

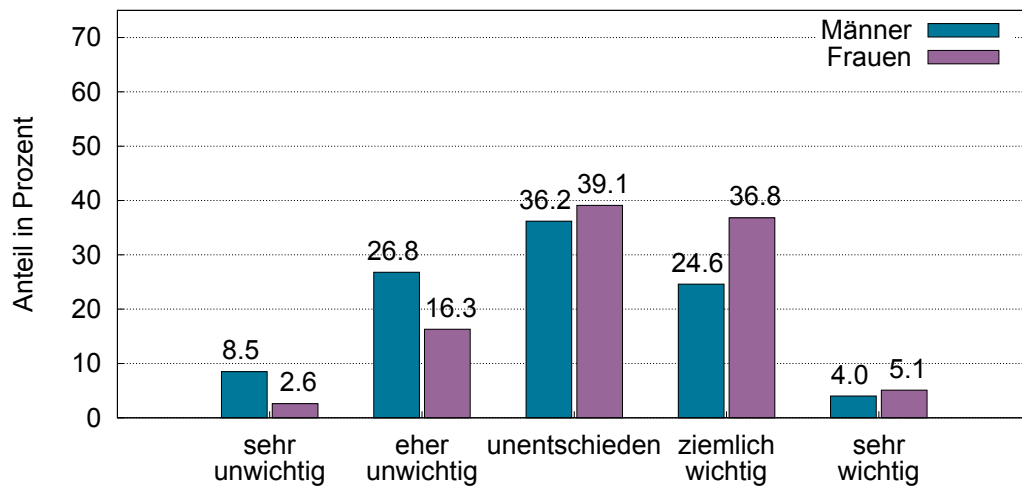


Abbildung 3.4: Eigene Einschätzung der Relevanz des Themas „Gender“ durch die Studierenden — Nach Geschlecht \*

Auch der eigene Studienabschnitt bedingt signifikant die individuelle Relevanzeinschätzung ( $p < 0,001$ ). So entschieden sich nur 34,5% der Studierenden im vorklinischen Abschnitt dafür, dass die Integration von Gender subjektiv „ziemlich“ oder „sehr wichtig“ ist. Bei den Studierenden im klinischen Studienabschnitt entschieden sich mit 39,5% mehr Studierende für diese Möglichkeit (Abbildung 3.5).

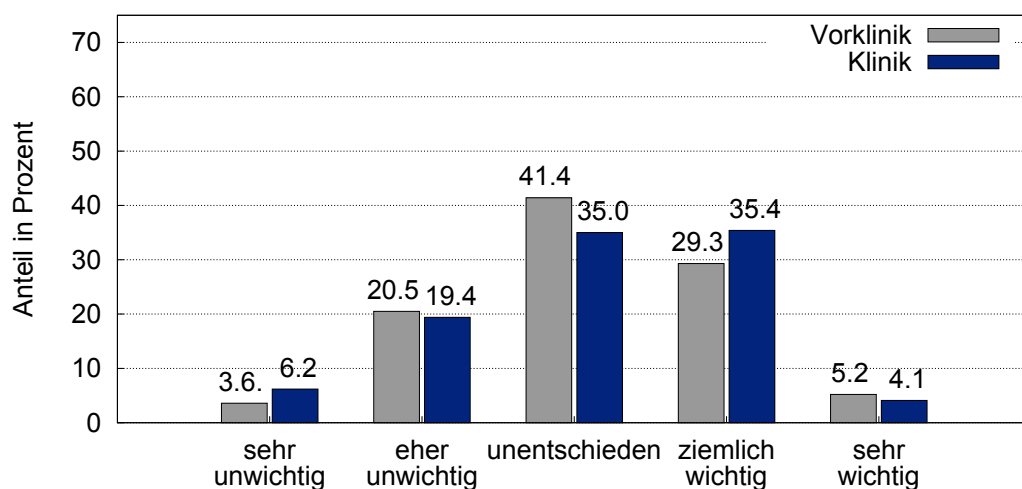


Abbildung 3.5: Eigene Einschätzung der Relevanz des Themas „Gender“ durch die Studierenden — Nach Studienstand \*

Vergleicht man außerdem weibliche und männliche Studierende unter Berücksichtigung ihres Studienstandes, wird deutlich, dass weibliche Studierende im klinischen Studienabschnitt „Gender“ die größte Bedeutung zurechnen, während männliche Studierende sich im Bezug zum Studienabschnitt weniger stark unterscheiden (Abb. 3.6 und 3.7). Statistisch ist dieser Unterschied aber nach der Definition aus Kapitel 2.2 nicht ausreichend signifikant ( $p = 0.05$ )

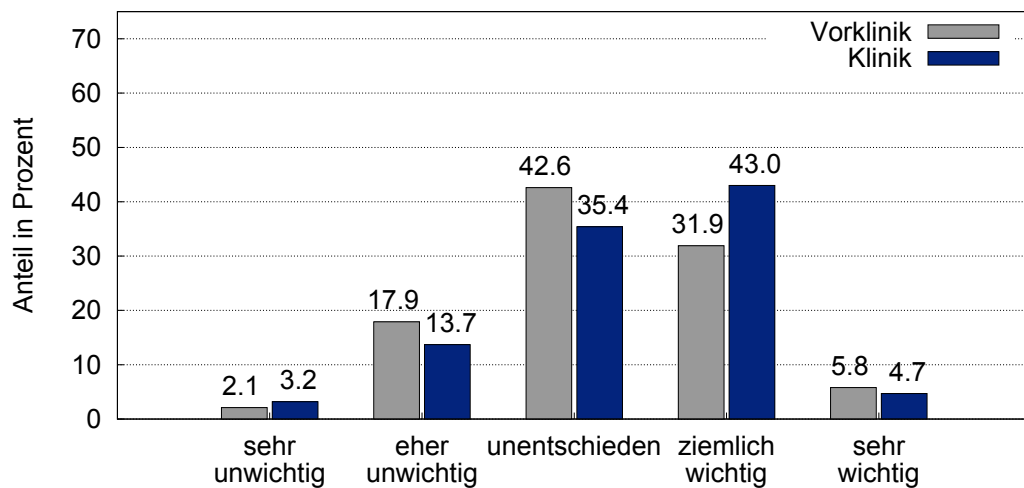


Abbildung 3.6: Eigene Einschätzung der Relevanz des Themas „Gender“ durch die Studierenden nach Studienstand — Weibliche Studierende

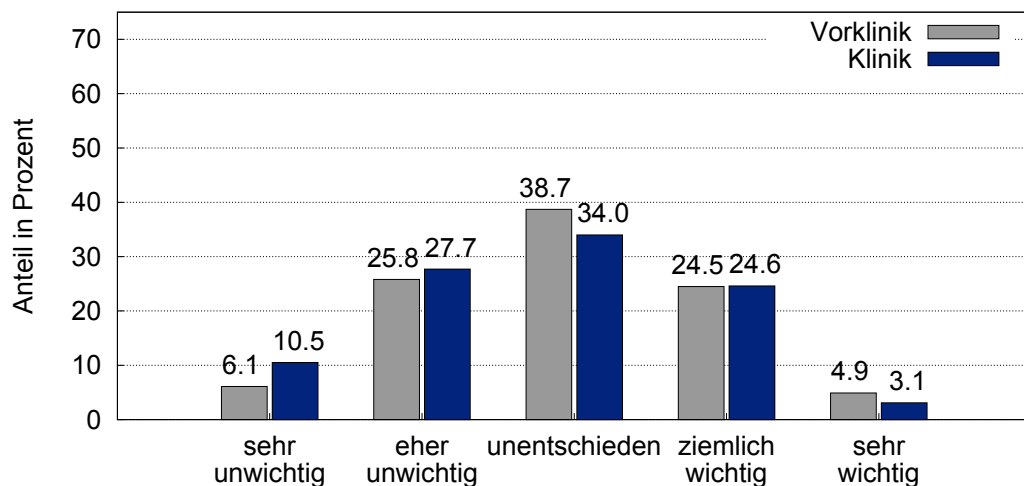


Abbildung 3.7: Eigene Einschätzung der Relevanz des Themas „Gender“ durch die Studierenden nach Studienstand — Männliche Studierende

**Dozierendeninteresse** In den Antworten auf die Frage nach der studentischen Einschätzung des Dozierendeninteresses am Thema Gender, spiegelt sich offenbar das Vorkommen des Themas in der Lehre wider. Mehr als die Hälfte der Studierenden (53,1%) glaubten, dass Gender den Dozierenden „sehr unwichtig“ oder „eher unwichtig“ ist. 41,3% waren unentschieden (Abbildung 3.8). Nur 5,6% der Studierenden glaubten, dass Gender ein wichtiges Thema für die Lehrenden sei.

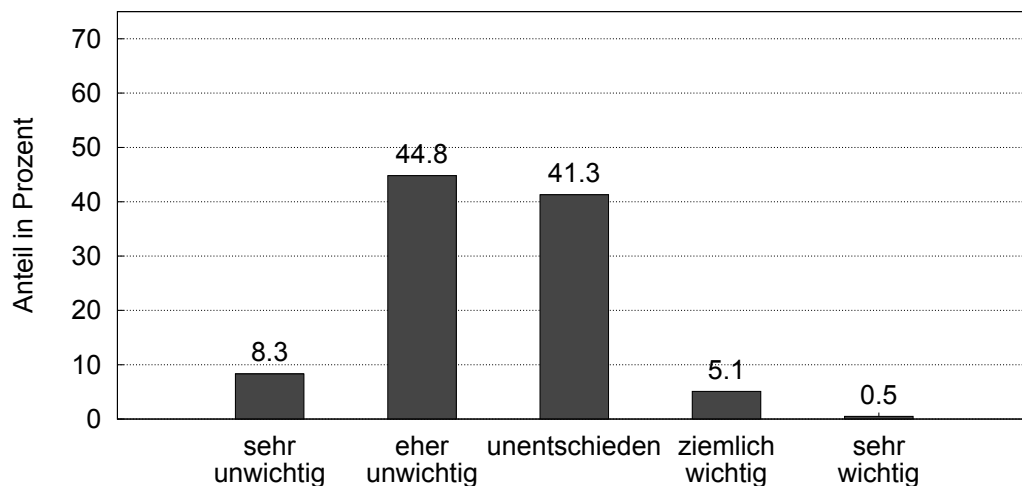


Abbildung 3.8: Einschätzung des Dozierendeninteresses am Thema „Gender“, durch alle Studierenden

Vorklinische Studierende gaben mit 52,1% etwas seltener als klinische Studierende (54,0%) an, dass Gender den Lehrenden „eher“ oder „sehr unwichtig“ sei (Abbildung 3.9). Auch gaben diese mit 4,0% weniger als die klinischen Studierende (7,3%) an, dass das Thema den Dozierenden „ziemlich“ oder „sehr wichtig“ sei ( $p = 0,003$ ).

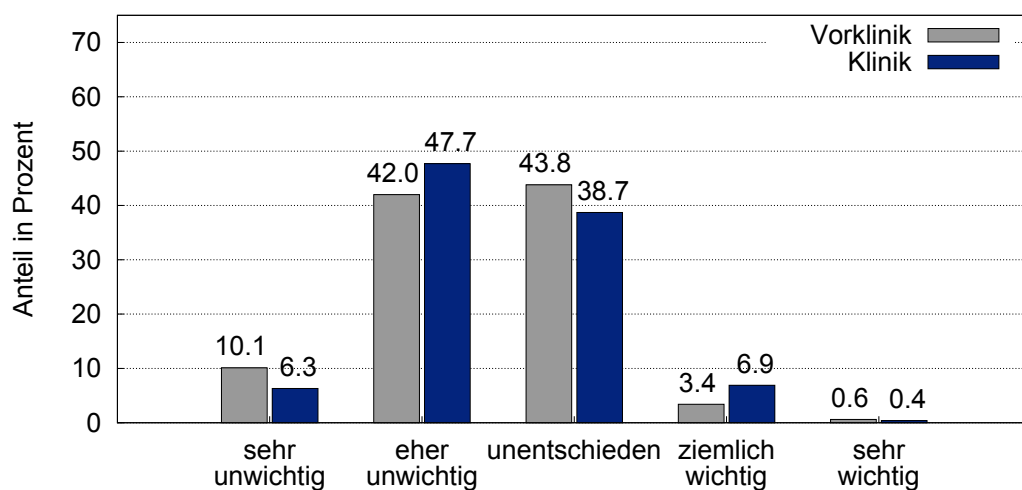


Abbildung 3.9: Einschätzung des Dozierendeninteresses am Thema „Gender“ durch die Studierenden — Nach Studienstand \*

Einen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Studierenden gab es bei dieser Einschätzung nicht ( $p = 0,212$ ) (Abbildung 3.10).

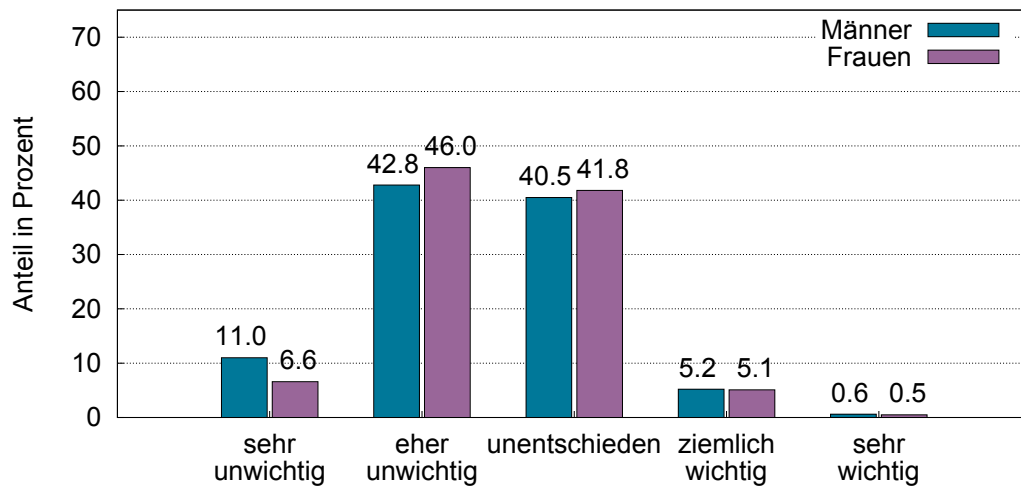


Abbildung 3.10: Einschätzung des Dozierendeninteresses am Thema „Gender“ durch die Studierenden — Nach Geschlecht

**Lehrformate** Die Frage, in welcher Form Gender gelehrt wird, wurde von 941 Personen mit 1415 Aussagen beantwortet, die in Tabelle 3.3 aufgelistet sind. Da es sich bei der Frage um eine Mehrfachantwortfrage handelt, sind die Ergebnisse in der folgenden Tabelle in drei Spalten dargestellt. Die erste Ergebnisspalte zeigt die absolute Anzahl der gemachten Antworten, Spalte zwei zeigt, wie vielen Prozent bezogen auf die Gesamtantwortzahl dies entspricht. Spalte drei setzt die Ergebnisse in Relation zu den Studierenden und zeigt an, wie viel Prozent der Studierenden mit mindestens einer Antwort, auf die entsprechende Möglichkeit entfallen. Die 150,4% kommen somit dadurch zustande, dass sich die Studenten, die antworteten, im Durchschnitt für 1,5 Antworten entschieden. Am Beispiel „Mündliche Erwähnung“ heißt dies, dass insgesamt 566 Mal von den Studierenden diese Möglichkeit ausgewählt wurde. Bezogen auf alle Antworten (insgesamt 1415) hat der Punkt „Mündliche Erwähnung“ hier einen Anteil von 40,0%. Da die Studenten jedoch mehrere Antworten machen konnten (im Durchschnitt 1,5), ist es so, dass sich sogar insgesamt 60,1% aller Antwortenden für die genannte Antwortmöglichkeit entschieden.

Neben den genannten 40,0% der Antworten für die Antwortmöglichkeit „Mündliche Erwähnung“ entfallen 22,2% der Antworten auf die Vorstellung in „Folien“, was 33,4% der Studenten entspricht. Jeweils etwa 9% verteilen sich auf „Prüfungsrelevanz“ und „Literaturverweise“ und entspricht demnach etwa je 13% der Studenten. 20,1% der Antworten finden sich bei der Option „Gar Nicht“, dies entspricht 30,3% der Studenten, die auf diese Frage antworteten.

Lehrformat	Antworten		Prozent der Antworten
	N	Prozent	
Mündliche Erwähnung	566	40,0%	60,1%
Folien	314	22,2%	33,4%
Literaturverweise	127	9,0%	13,5%
Prüfungsrelevanz	123	8,7%	13,1%
Gar Nicht	285	20,1%	30,3%
<b>Gesamt</b>	<b>1415</b>	<b>100,0%</b>	<b>150,4%</b>

Tabelle 3.3: Von den Studierenden angegebene Lehrformate zur Integration des Themas „Gender“

**Benennung von Fächern, die das Thema „Gender“ in ihrer Lehre ansprechen** 280 Studierende, d.h. 28,0% der Studierenden, machten 428 Angaben zu insgesamt 23 Fächern, in denen Genderthemen besprochen wurden und die der Tabelle 3.4 zu entnehmen sind. Die Tabelle ist so zu lesen wie Tabelle 3.3: In der zweiten Spalte ist der absolute, in der dritten Spalte der relative Wert abzulesen, in der letzten Spalte ist der absolute Wert in Relation zu den Studierenden, die geantwortet haben gesetzt.

Am häufigsten wurde hier das kombinierte Fach Medizinische Psychologie und Soziologie angegeben. Es kommt auf insgesamt 103 und damit 24,0% der Nennungen. Es folgen mit 18,2 und 10,7% Anatomie und Innere Medizin, gefolgt von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin mit 6,1%. Die hauptsächlich im Sinne von „sex“ (vgl. Kap. 1) spezifisch „weiblichen“ und „männlichen“ Fächer Gynäkologie und Urologie liegen mit 19 (4,4%) bzw. 13 (3,0%) Nennungen ebenfalls in der oberen Hälfte.

**Benennung von Lehrenden, die „Gender“ in ihrer Lehre integrieren** Zur Freitextfrage nach Lehrenden, die sich durch besondere Integration von Genderaspekten ausgezeichnet haben, äußerten sich insgesamt 54 Studierende zu 23 Lehrenden in insgesamt 71 Nennungen. Die Fächer der Dozierenden korrelieren mit den bereits in Tabelle 3.4 dargestellten Fächern.

Fach	Antworten		Prozent der Antworten
	N	Prozent	
Med. Psychologie und Soziologie	103	24,1%	36,8%
Anatomie	78	18,2%	27,9%
Innere Medizin	46	10,7%	16,4%
Geschichte, Theorie, Ethik	26	6,1%	9,3%
Psychosomatik	22	5,1%	7,9%
Gynäkologie	19	4,4%	6,8%
Physiologie	16	3,7%	5,7%
Allgemeinmedizin	14	3,3%	5,0%
Urologie	13	3,0%	4,6%
Pathologie	11	2,6%	3,9%
Rechtsmedizin	9	2,1%	3,2%
Pharmakologie	9	2,1%	3,2%
Prävention	9	2,1%	3,2%
Biochemie	7	1,6%	2,5%
Chirurgie	7	1,6%	2,5%
Humangenetik	5	1,2%	1,8%
Psychiatrie	5	1,2%	1,8%
Mikrobiologie	4	0,9%	1,4%
Pädiatrie	4	0,9%	1,4%
Geriatric, Radiologie	je 3	je 0,7%	je 1,1%
Epidemiologie, Physik, Umweltmedizin, Biologie	je 2	je 0,5%	je 0,7%
Gesundheitsökonomie, Biopsychologie, Terminologie	je 1	je 0,2%	je 0,4%
Hygiene, Neurologie, Rehabilitation, Untersuchungskurs	je 1	je 0,2%	je 0,4%
Gesamtanzahl	428	99,7%	153,1%

Tabelle 3.4: Von den Studierenden benannte Fächer, die das Thema „Gender“ in ihrer Lehre ansprachen, nach Häufigkeit.

### 3.3 Befragung der Lehrenden

Von 286 angeschriebenen Lehrenden, antworteten 62 auf den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 21,7% entspricht. Unter den Antwortenden waren 66,1% Männer, Frauen beteiligten sich demnach mit 33,9% an der Umfrage, was einem Verhältnis von 1,9:1 zu Gunsten der Männer entspricht.

Alle Lehrenden beantworteten die Frage nach ihrem Alter (Abbildung 3.11), wobei sich die Altersgruppe 46-55 Jahre mit 38,7% aller Lehrenden als größte Gruppe erwies. Mit jeweils 28,6% gehört ein Großteil der Frauen den jüngeren Altersgruppen „unter 35“ und „36 bis 45 Jahren“ an. Mit 23,8 und 19,0% liegen die folgenden Altersgruppen deutlich darunter. Betrachtet man beide Geschlechter sind Frauen v.a. in der jüngsten Altersgruppe mit 66,7% der Antworten vertreten. Dies bedeutet, dass der Großteil der weiblichen Dozierenden auf die jüngeren Altersgruppen entfällt und sie hier sogar den Großteil aller Dozierenden stellen, d.h. gegenüber den Männern überwiegen. Bewertet man die Gesamtpopulation der ältesten Antwortenden, d.h. die absolute Verteilung bei der bestehenden Geschlechterverteilung von 1,9:1 zu Gunsten der Männer, stellen Frauen in der ältesten Gruppe noch 36,4% aller Antwortenden (nicht in Abbildung dargestellt).

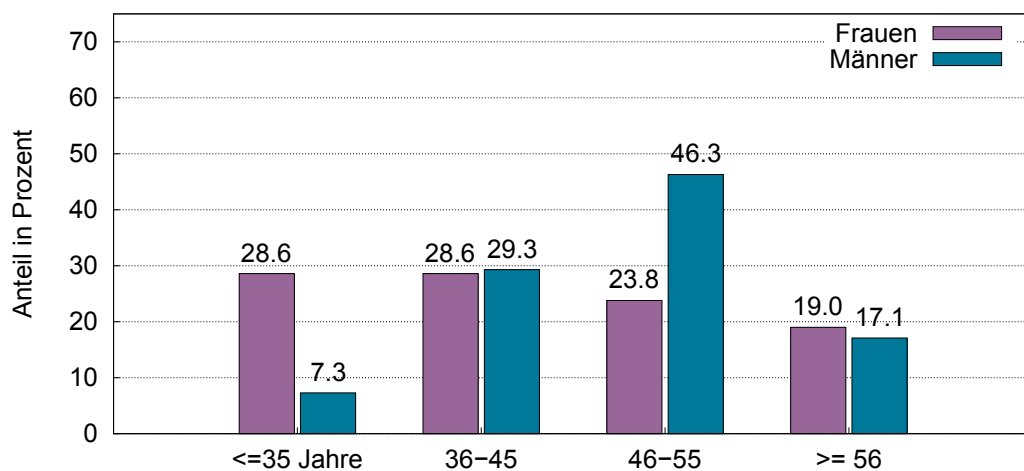


Abbildung 3.11: Altersverteilung der Dozierenden nach Geschlecht

46,8% der Dozierenden lehrten ein klinisches, 37,1% ein theoretisches Fach. 16,1% gehören den Querschnittsbereichen wie z.B. Epidemiologie an. Mit 23,1% der vorklinisch Lehrenden war die Anatomie hier das am meisten vertretene Fach, gefolgt von Biochemie (15,4%), Physiologie und Berufsfelderkundung (je 11,5%). Bei den klinischen Fächern führte das Fach Psychiatrie mit 17,0%, vor den Fächern Allgemeinmedizin und Innere Medizin (je 8,5%). Die Aufteilung der Fächer im Detail ist den Abbildungen 3.12 und 3.13 zu entnehmen.



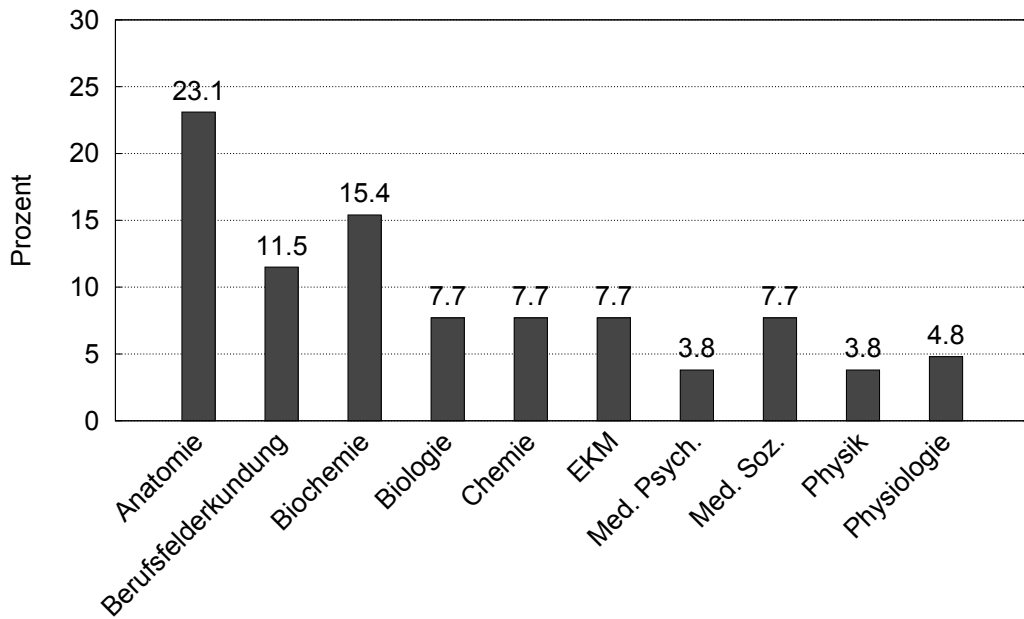


Abbildung 3.12: Verteilung der Dozierenden auf die vorklinischen Fächer

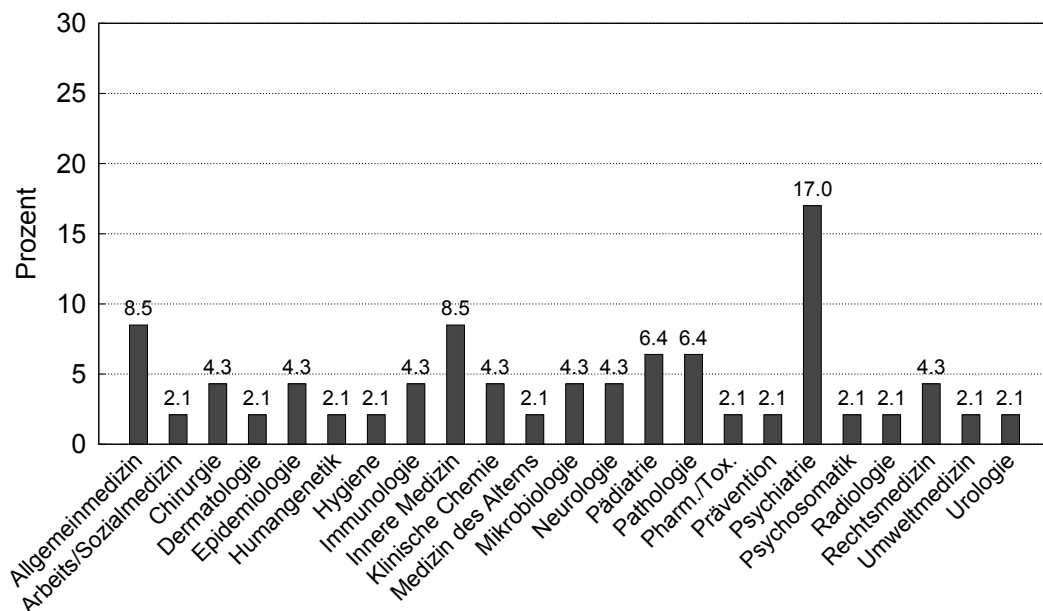


Abbildung 3.13: Verteilung der Dozierenden auf die klinischen Fächer

Zu der Frage, in welcher Unterrichtsform die befragten Dozierenden unterrichten, waren Mehrfachnennungen möglich. Zu 6 festgelegten Antwortmöglichkeiten wurden von 61 Lehrenden 184 Antworten gemacht. Die Tabelle 3.5 ist zu lesen, wie bei Tabelle 3.3 erklärt.

Mit 82,0% und 78,7% der Dozierenden mit mindestens einer Antwort, sind die Unterrichtsformen „Seminar“ und „Praktische Übung“ am meisten vertreten. Es folgt mit 72,1% der Dozierenden die Lehrveranstaltung „Vorlesung“.

Im Freitextfeld wurden von den Befragten noch 7 andere Unterrichtsformen genannt. Namentlich waren dies E-Learning, Problem-orientiertes Lernen, Promotionskolloquien (vierfache Nennung) und Demonstrationen mit z.B. visuellen Medien.

Lehrform	Antworten		
	N	Prozent	Prozent der Dozierenden
Seminar	50	27,2%	82,0%
Praktische Übung	48	26,1%	78,7%
Vorlesung	44	23,9%	72,1%
Wahlpflichtfach	21	11,4%	34,4%
Unterricht am Krankenbett	13	7,1%	21,3%
Tutorien	8	4,3%	13,1%
<b>Gesamt</b>	184	100,0%	301,6%

Tabelle 3.5: Ausgeübte Lehrform der befragten Dozierenden

**„Gender-Themen“ im eigenen Fach** Zu der Frage, ob es im eigenen Lehrgebiet Themen gibt, die unter geschlechtsdifferenzierten Aspekten betrachtet werden sollten, äußerten sich 61 von 62 Befragten (98,4%). Die Ergebnisse stellt Abbildung 3.14 dar: Mit 44,3% wurde die Antwortmöglichkeit „viele“ vor der Möglichkeit „wenige“ (39,3%) gewählt. Nur 16,4% entschieden sich für die Alternative „keine“. Niemand entschied sich hier für die Antwort „alle“.

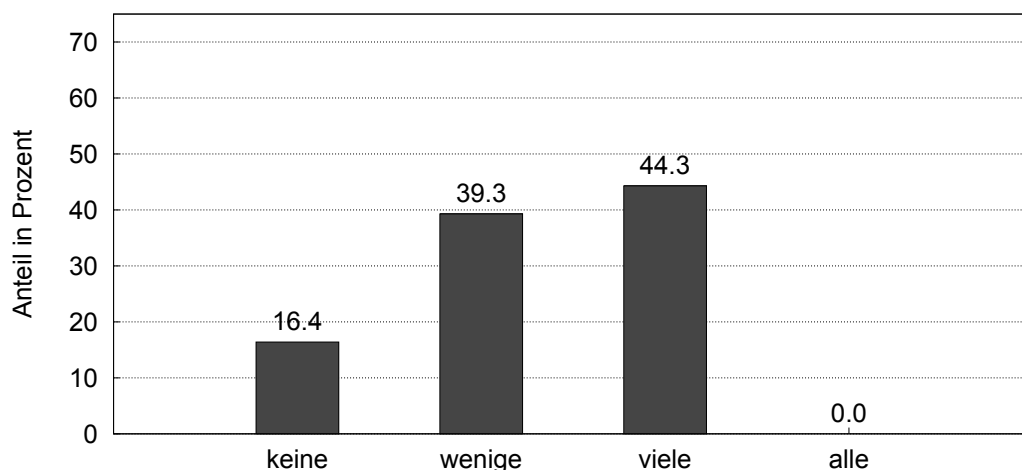


Abbildung 3.14: Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden gesamt

Von den weiblichen Dozierenden entschieden sich, wie Abbildung 3.15 zu entnehmen, 61,9% für die Antwortmöglichkeit „viele“, 23,8% entschieden sich für „wenige“ und 14,3% für „keine“. Bei den Männern verhält es sich anders: Der Großteil der Männer entschied sich mit 47,5% für „wenige“, mit 35,0% für „viele“ und mit 17,5% für „keine“. Frauen entscheiden sich also deutlich häufiger für eine Relevanz der Thematik „Gender“ im eigenen Fach.

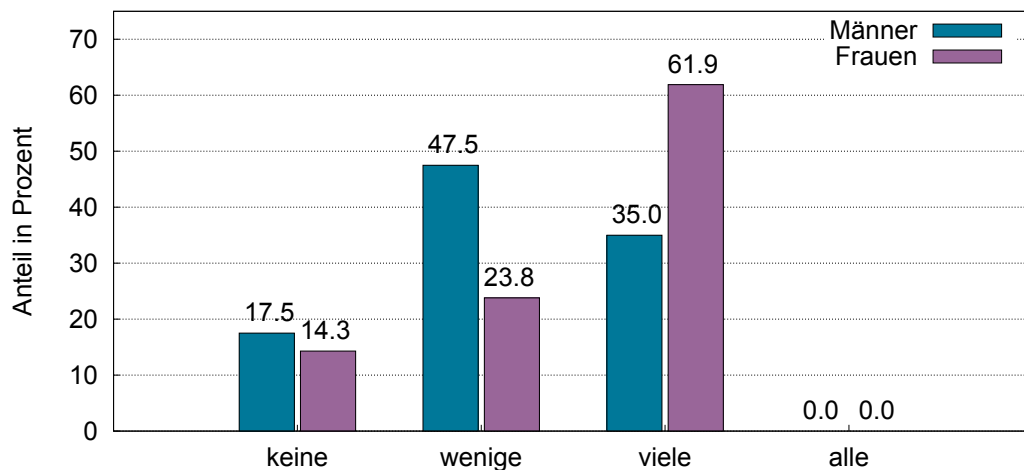


Abbildung 3.15: Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht

Wie Abbildung 3.16 zu entnehmen ist, entschieden Kliniker sich hier mit 50,0% etwas häufiger als die Vorkliniker mit 46,2% für die Möglichkeit „viele“. Die Lehrenden vorklinischer Fächer entschieden sich häufiger für die Möglichkeit „keine“ (19,2%) als die Kliniker (13,0%).

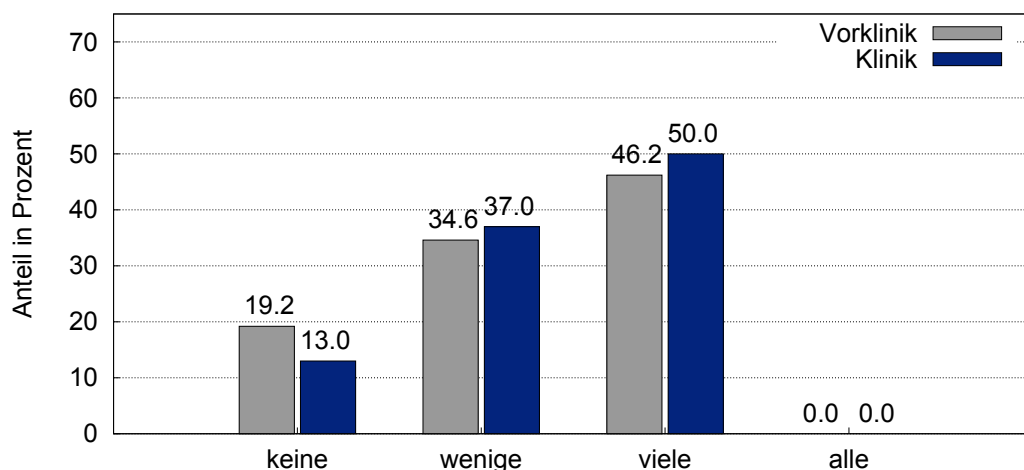


Abbildung 3.16: Genderthemen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich

Mit 21,7% der Personen, die sich hier für die Möglichkeiten „viele“ entschieden, stellen die Psychiater das hier am häufigsten vertretene Fach dar, bei den vorklinischen Fächern führt hier die Anatomie mit 33,3%. Diese beiden Fächer hoben sich aber, wie bereits beschrieben, allgemein durch eine hohe Teilnahmequote hervor. Die Lehrenden, die „kei-

ne“ Gender-Themen in ihrem Fachgebiet kennen, gehören den Fächern Chirurgie, Innere Medizin, Mikrobiologie, Epidemiologie, Neurologie und Pathologie an.

Das Alter spielt bei dieser Fragestellung keine Rolle, jede Altersgruppe entschied sich mit etwa 45% dafür, dass es „viele“ relevante Fragestellung gibt.

**Berücksichtigung von Gender-Aspekten im eigenen Fach** Auch zu der Frage, ob Gender-Aspekte in der Lehre des eigenen Faches bereits berücksichtigt würden, äußerten sich 61 von 62 Befragten. 54,7% der Antworten verteilen sich auf die Möglichkeit „ja“, 44,3% auf „nein“, dies wird in Abbildung 3.17 dargestellt.

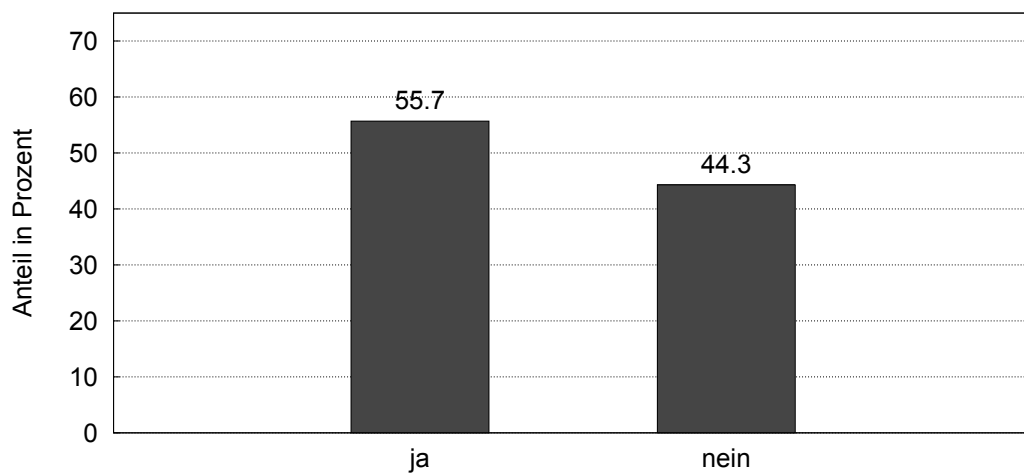


Abbildung 3.17: Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach aller Dozierenden

Die Vorklinik kommt hier auf ein Gleichgewicht von je 50%, wobei hier wieder die Anatomie mit 38,5% das Fach darstellt, was am ehesten glaubt, dass Gender-Aspekte in die Lehre integriert sind. Bei den klinischen Fächern fallen 63,0% auf „ja“. Hier stellen sich vor allem die Fächer Psychiatrie, Rechtsmedizin, Allgemeinmedizin und Klinische Chemie als „genderinteressiert“ dar. Diese Ergebnisse zeigt Abbildung 3.18.

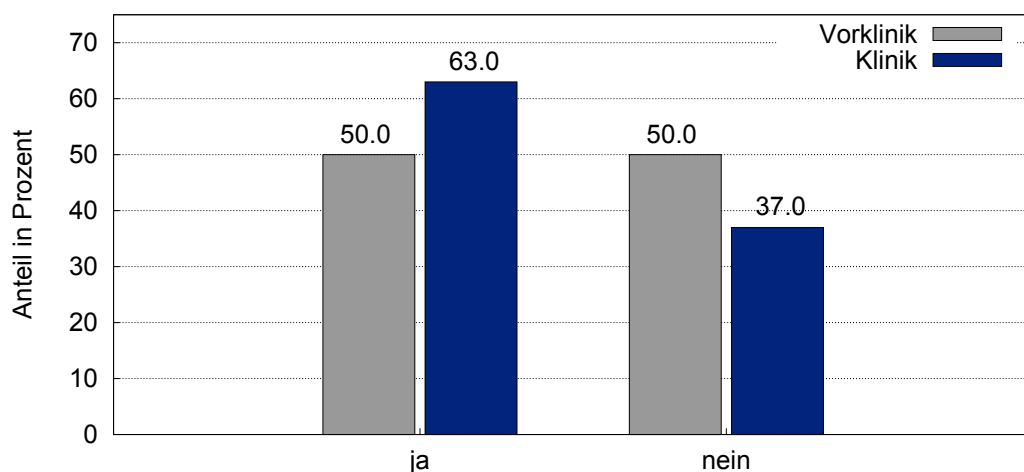


Abbildung 3.18: Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich

Von den Frauen entschieden sich zur Frage ob Genderaspekte berücksichtigt werden 66,7% für „ja“, von den Männern 50% (vgl. Abbildung 3.19).

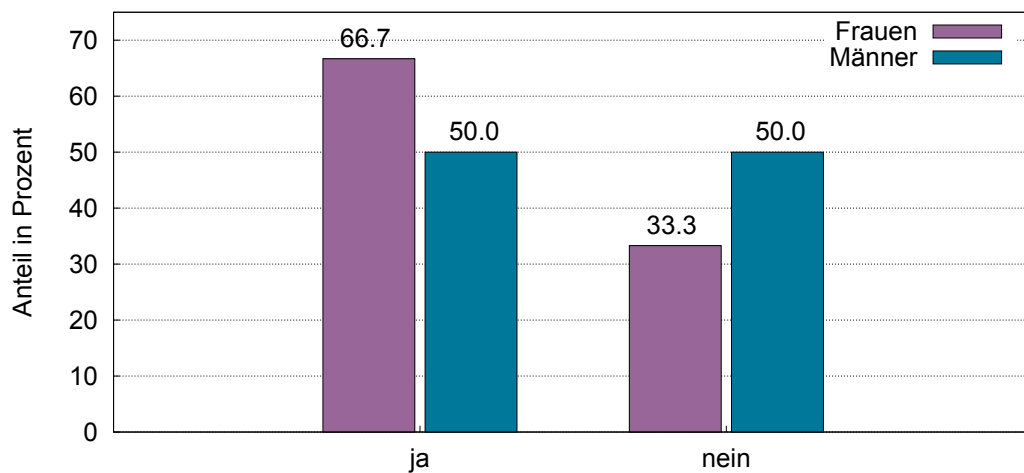


Abbildung 3.19: Berücksichtigung von Gender im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht

**Prüfungsrelevanz des Themas „Gender“** Auf die Frage nach der Prüfungsrelevanz des Themas „Gender“, wurden 61 Antworten gegeben. Es entschieden sich mit 67,2% der Großteil der Dozierenden für „selten“ und „nie“, 32,8% integrieren Genderaspekte „häufig“ oder „immer“ in ihre Prüfungen (vgl. Abbildung 3.20).

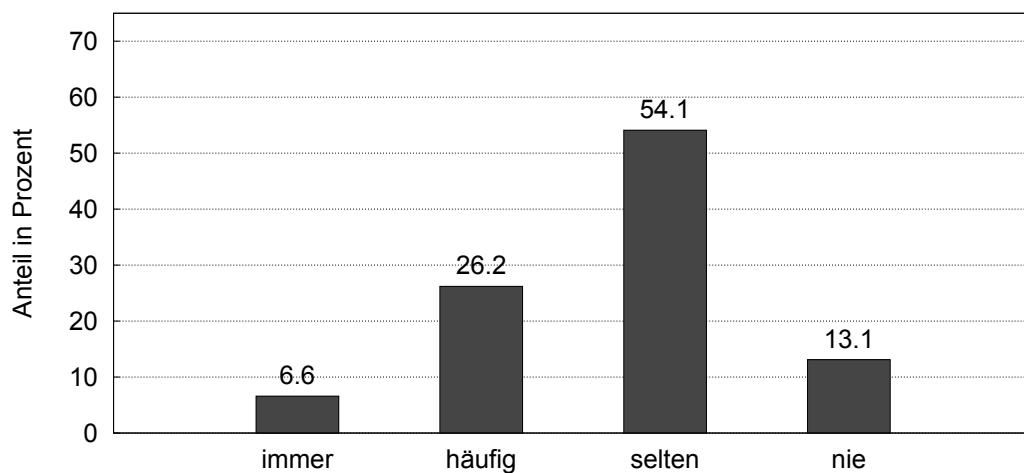


Abbildung 3.20: Prüfungsrelevanz von Gender-Themen im eigenen Fach aller Dozierenden

Mit 65,2% und 65,4% gaben hier Lehrende der klinischen und vorklinischen Fächer etwa gleich oft an, Gender „selten“ oder „nie“ in den Prüfungen zu berücksichtigen (Abbildung 3.21).

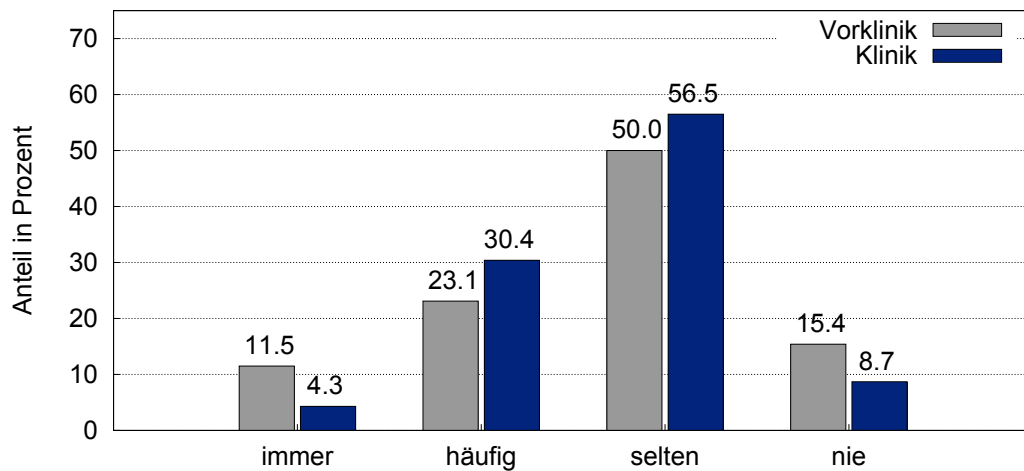


Abbildung 3.21: Prüfungsrelevanz von Gender-Themen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Lehrbereich

Die weiblichen Lehrenden entschieden sich mit 42,9% häufiger für die Antworten „immer“ und „häufig“ als die Männer (27,5%). Dieser Geschlechterunterschied ist Abbildung 3.22 zu entnehmen.

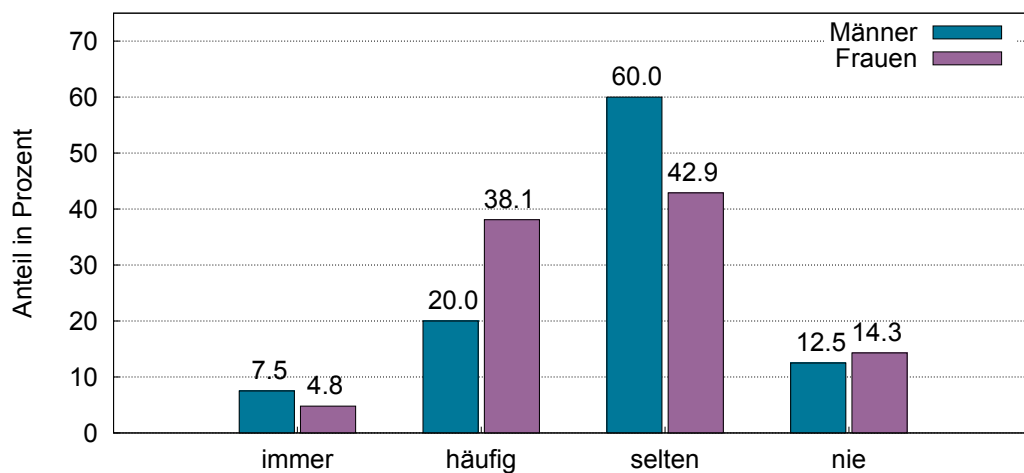


Abbildung 3.22: Prüfungsrelevanz von Gender-Themen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Geschlecht

Vor allem die Altersgruppen von 36 bis 45 und 46 bis 55 Jahren beziehen Gender mit 70,5% bzw. 70,8% „selten“ oder „nie“ in die Prüfungen ein. Die Dozierenden unter 35 Jahren beziehen es zu 66,7% nicht mit ein, bei den über 56-Jährigen steigt die Prüfungsintegration, von ihnen entschieden sich noch 54,5% für eine seltene oder fehlende Integration (vgl. Abbildung 3.23).

Mit 36,4%, gegenüber 22,2% in der jüngsten Gruppe, ist es besonders die älteste Dozierendengruppe, die angibt, Gender in die Prüfungen zu integrieren.

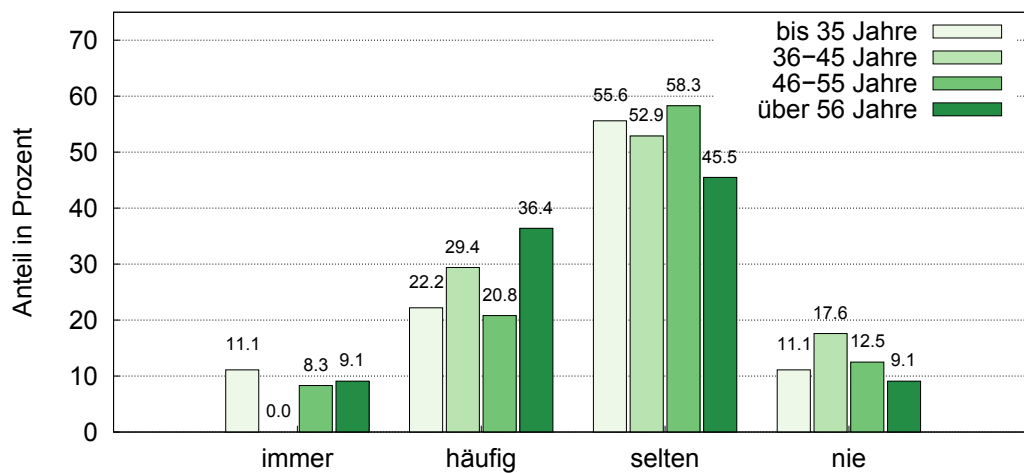


Abbildung 3.23: Prüfungsrelevanz von Gender-Themen im eigenen Fach der Dozierenden — Nach Alter

**Relevanz von „Gender-Themen“ bei der Beurteilungen wissenschaftlicher Arbeiten** Bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten achten, wie Abbildung 3.24 zeigt, von 60 Dozierenden 53,3% auf Genderaspekte, während 46,7% angeben, diese nicht in die Beurteilung einfließen zu lassen.

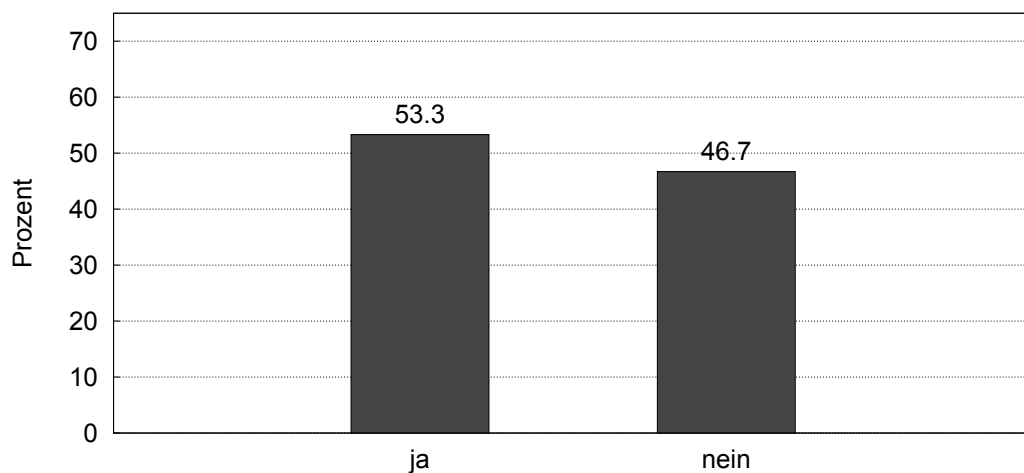


Abbildung 3.24: Relevanz von „Gender-Themen“ bei der Beurteilungen wissenschaftlicher Arbeiten der Dozierenden — Alle Dozierenden

Mit 61,5 und 61,9% geben Männer als auch Frauen vergleichbar oft an, bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten auf Genderaspekte zu achten (Abbildung 3.25).

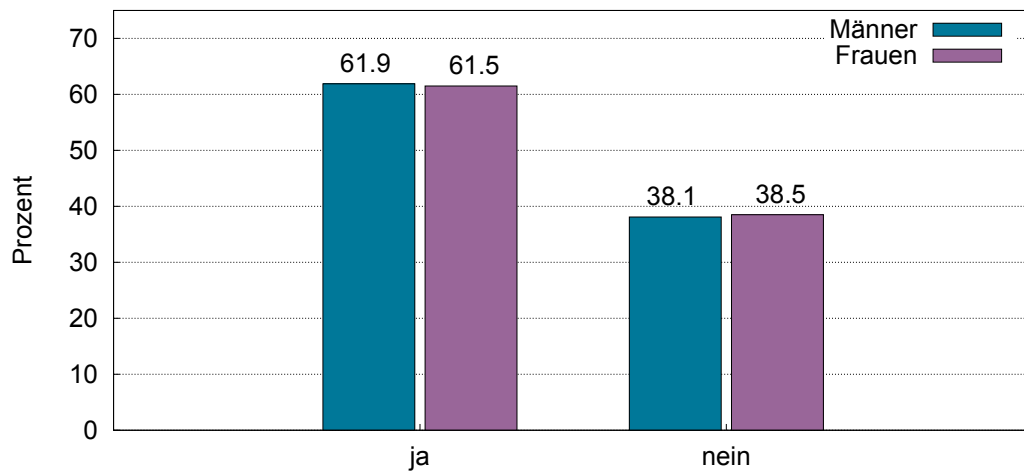


Abbildung 3.25: Relevanz von „Gender-Themen“ bei der Beurteilungen wissenschaftlicher Arbeiten der Dozierenden — Nach Geschlecht

Betrachtet man zusätzlich das Alter der Dozierenden, fällt auf, dass vor allem die zwei mittleren Altersgruppen angeben, bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten auf Gender-Aspekte zu achten (Abbildung 3.26). 88,9% der Dozierenden im Alter bis einschließlich 35 Jahren geben an, bei der Beurteilung nicht auf Gender-Aspekte zu achten, während es bei den Dozierenden über oder gleich 56 Jahren 50,0% sind.

Unter den Dozierenden, die hier Gender als Bewertungskriterium für wissenschaftliche Arbeiten angeben, befinden sich 61,7% Lehrende der klinischen und 62,5% der vorklinischen Fächer.

So beurteilt die jüngste Lehrendengruppe (bis 35 Jahre) wissenschaftliche Arbeiten etwa nur zu 11,1% hinsichtlich Gender, während die Gruppe der 46 bis 55-Jährigen hierauf zu 65,2% achtet. Die älteste Gruppe achtet noch zu 50% auf Genderaspekte bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten.

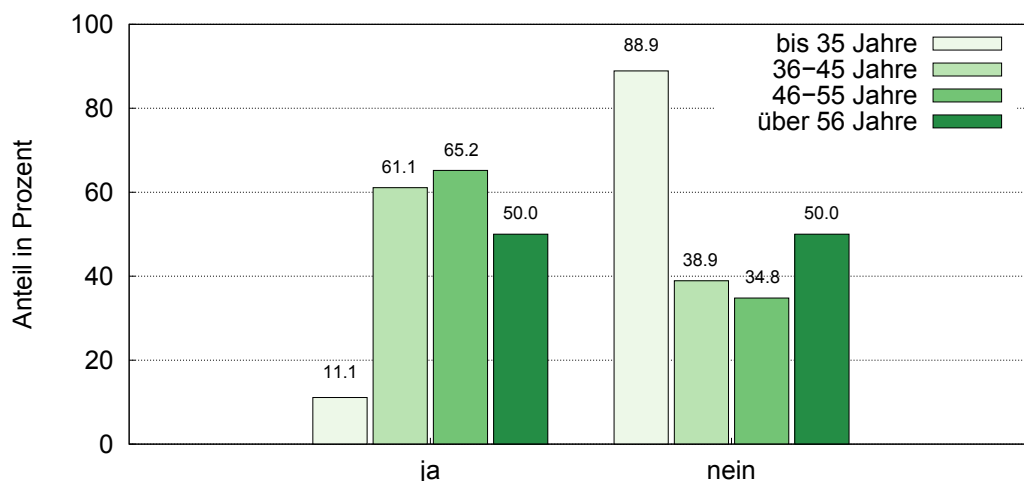


Abbildung 3.26: Relevanz von „Gender-Themen“ bei der Beurteilungen wissenschaftlicher Arbeiten der Dozierenden — Nach Alter



**Integration von Gender-Themen in die Curriculumreform** 64,9% von 57 Dozierenden befürworteten eine Integration in das neue Curriculum (vgl. Abbildung 3.27). Es zeigte sich hier zwischen den Bereichen kein großer Unterschied: Kliniker befürworteten die Integration der Thematik in die Curriculumreform mit 68,2% minimal stärker als die Vorkliniker mit 66,7%.

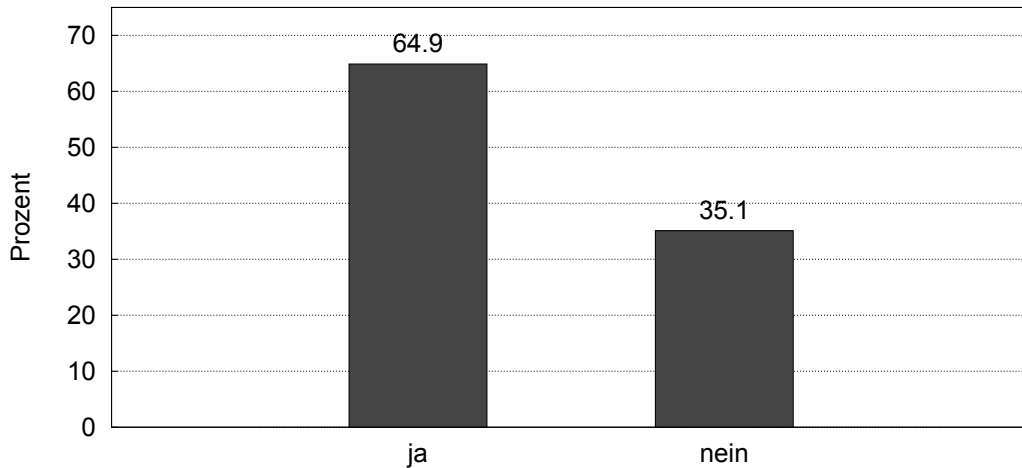


Abbildung 3.27: Befürwortung der Integration der „Gender-Thematik“ in die Curriculumreform der Dozierenden — Alle Dozierenden

Die Männer entschieden sich mit 67,5% etwas häufiger für „ja“ als die Frauen (58,8%) (Abbildung 3.28).

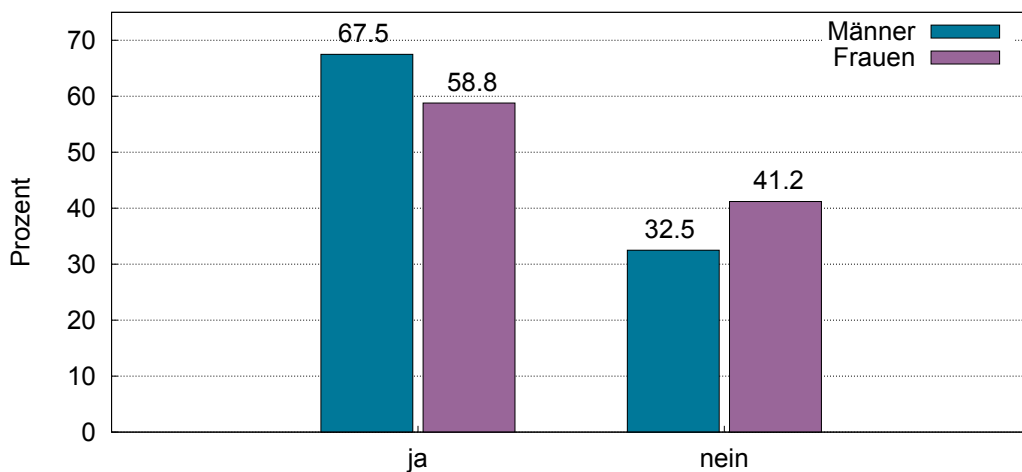


Abbildung 3.28: Befürwortung der Integration der „Gender-Thematik“ in die Curriculumreform der Dozierenden — Nach Geschlecht

Vor allem die mittleren Altersgruppen entschieden sich hier mit 76,5% (36-45Jahre) und 72,7% (46-55 Jahre) für eine Integration in das neue Curriculum. Die Gruppe der bis 35-Jährigen entschied sich hier mit 50,0% für eine Integration, die älteste Gruppe mit noch 40,0% (Abbildung 3.29).

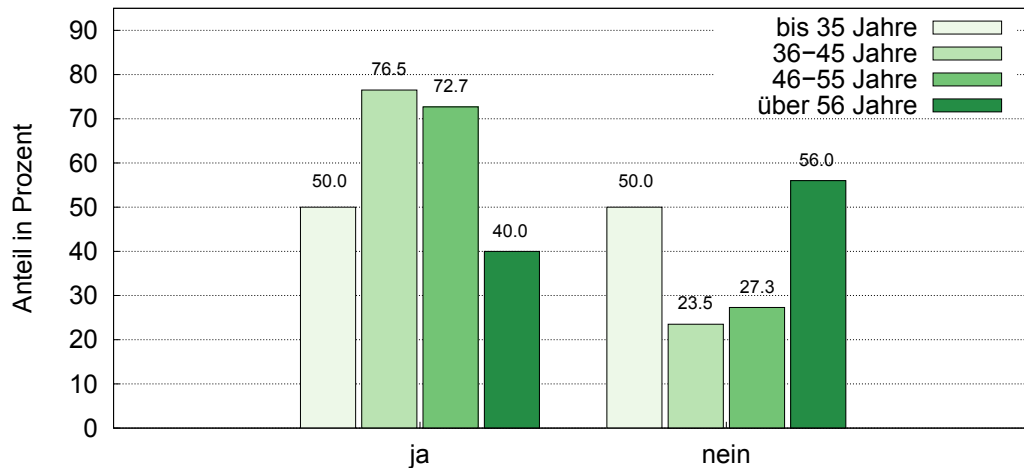


Abbildung 3.29: Befürwortung der Integration der „Gender-Thematik“ in die Curriculumreform der Dozierenden — Nach Alter

**Freitextfelder für Lehrinhalte** Die Freitextfelder zur Angabe von Lehrinhalten als auch Lehrzielen nutzten zwei Drittel der Dozierenden. Hierbei gaben mit 66,7% aller Dozentinnen v.a. die Frauen Lehrinhalte an. Bei den Männern äußerten sich hierzu 48,8%. Nach Zusammenfügung von Themenbereichen bleibt eine Liste von 110 Lernzielen aus 22 Fächern. Die weiblichen Dozierenden nutzten die Freitextfelder mit 76,2% deutlich öfter als ihre männlichen Kollegen (68,3%).

Besonders viele relevante Lehrinhalte wurden hier für die Fächer Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychiatrie und Rechtsmedizin genannt. Unterschiedlicher Umgang mit Präventionsangeboten, sozialökonomische Auswirkungen von Krankheitsdiagnosen, Genderaspekte bei der Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen sowie die gendersensible Versorgung von Gewaltopfern sind hier einige Beispiele. Die Liste der genannten Lehrinhalte ist im Anhang C einsehbar.

**Freitextfelder** Zum Abschluss des Fragebogens nutzten noch 17 Lehrende (27,4%) die Möglichkeit für einen Kommentar. Unter Anderem merkten Lehrende hier an, dass sich eine Integration in die Lehrinhalte schwierig gestalten würde, solange diese nicht in die Prüfungskataloge der Staatsexamina einfließen würden. Ähnlich wie einige Studierende, äußerten sich auch einige wenige Dozierenden, dass die Umfrage „unsinnig“ sei oder sie der Integration des Themas „Gender“ in die Curriculumreform „indifferent“ gegenüberstünden. Diese gender-kritischen Antworten stammten ausschließlich von männlichen Lehrenden.

Von mehreren Lehrenden wurde vorgeschlagen, Gender „natürlich“ in den Lehrinhalt zu integrieren und es nicht „künstlich“ isoliert, sondern im entsprechenden Kontext zu betrachten. Lehrende der Neurologie, Psychiatrie und Humangenetik bestätigten die Relevanz des Themas und gaben an, dass Gender in ihren Fächern bereits integriert sei und damit gelehrt werde.

## 4 Diskussion

Zahlreiche Forschungsgruppen widmen sich weltweit mittlerweile der Relevanz von „Gender“ für die Medizin, sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite. Sogar die Weltgesundheitsorganisation richtete im Jahr 2009 eine Arbeitsgruppe „Gender, Women and Health“ ein [1]. Diese Arbeitsgruppe arbeitet v.a. in Afrika, Südamerika und Asien an der Förderung des Bewusstseins für „Gender“-Themen. Besondere Schwerpunkte liegen hier bei Gewalthandlungen gegenüber Frauen, sowie HIV und Aids. Sie bestärkt außerdem Institutionen und Personen darin, Kompetenzen in „Gender“-Themen zu erlangen und damit selbst initiativ zu Aktivitäten der „Gender“-Förderung beitragen zu können.

Mit der Einrichtung der Arbeitsgruppe und deren Arbeiten sendet die WHO ein eindeutiges Signal: Gendersensible Medizin ist ein Qualitätsmerkmal für eine kompetente und umfassende Patientenversorgung. Sie bezieht die Individualität des Patienten, seine soziokulturellen Vorstellungen und Charakteristika ein und wirkt einer Fehlversorgung entgegen.

So ist es für einen angehenden Arzt beispielsweise essentiell zu wissen, dass pharmakologische Studien bislang meist nur an jungen Männern durchgeführt wurden, sodass einem unmittelbaren Transfer der Daten auf weibliche Patienten kritisch begegnet werden sollte, da sich hieraus markante Fehlversorgungen von Patientinnen ergeben können. Studien konnten beispielsweise zeigen, dass das Enzym CYP3A4 bei Frauen bis um den Faktor 30 stärker exprimiert ist. So können entsprechende Medikamente, wie etwa der Kalziumkanalinhistor Verapamil, bei Frauen schneller abgebaut werden und damit in ihrer Wirkstärke abgeschwächt werden [35]. Auch bei der Substanzgruppe der Opioide, die eine besondere Rolle in der Schmerztherapie und Anästhesie spielt, konnten signifikante Unterschiede in der nötigen Dosierung gefunden werden: Da Frauen eine bis zu 40% geringere Sättigung des Rezeptors mit Morphin zur Schmerzerleichterung benötigen, zeigen sie bei konventioneller Dosierung signifikant häufiger unerwünschte Arzneimittelwirkungen [12].

Sehr komplexe „Gender-Faktoren“ können auch in der Arzneimittelverordnung von Ärzten zu einer Fehlversorgung von Patienten führen. So kommt es durch bestimmte Hypothesen (auch Gender-Norm-Hypothesen genannt) dazu, dass etwa Frauen deutlich öfter Schmerzmittel und Psychopharmaka verschrieben werden, während bei Männern öfter somatische Beschwerden im Vordergrund der Behandlung stehen. Dies geht teilweise auf historische Vorstellungen zurück, nach denen Frauen „anfälliger“ für psychische und psychiatrische Erkrankungen seien als Männer. Der Mann hingegen leide, der Annahme nach, unter Anderem durch körperliche Arbeit, vor allem an körperlichen Beschwerden. Hierdurch kann es bei beiden Geschlechtern sowohl zu Über- als auch Unterversorgung kommen [36].

Kardiologie und Kardiochirurgie sind Disziplinen, in deren klinischer Praxis Gender-Aspekte bereits gut bekannt sind. Dennoch finden diese Aspekte in sehr unterschiedlichem Ausmaß Eingang in die Lehre. Während mittlerweile relativ häufig gelehrt wird, dass ein Myokardinfarkt bei Frauen andere Symptome zeigen kann als bei Männern und Frauen durchschnittlich später an einer KHK erkranken, sind andere wichtige Aspekte noch nicht in die Lehre integriert: So können auch diagnostische Maßnahmen, wie die Ergometrie, bei den zwei Geschlechtern unterschiedliche Aussagewerte aufweisen [37]. Auch, dass das allgemeine Risiko bei herzchirurgischen Maßnahmen bei Frauen durch längere Aufenthalte auf der Intensivstation oder etwa einen erhöhten Transfusionsbedarf steigt und daraus eine höhere Hospitalmortalität resultiert, fließt nach den erhobenen Ergebnissen noch nicht in die Lehre ein [38].

Bei den angeführten Aspekten handelt es sich lediglich um Beispiele. Aktuelle Forschungsergebnissen beweisen, dass eine gendersensible Medizin ein Qualitätsmerkmal der modernen Medizin ist und jeder praktizierende Arzt sich der Gender-Relevanz bewusst sein sollte. Dies begründet die Wichtigkeit der Integration von Gender-Inhalten in die Curricula des Studiums der Humanmedizin sowie in Fort- und Weiterbildung bereits approbierter Ärzte.

## 4.1 Lernzielkataloge

Betrachtet man die Lernzielkataloge der Medizinischen Fakultät der HHU, so floss die Gender-Thematik zum Zeitpunkt der Analyse offenbar nur bedingt in die Lehre ein. Der Begriff „Gender“ kam zum Zeitpunkt der Ist-Analyse in keinem Lernzielkatalog vor. Demnach muss davon ausgegangen werden, dass Gender in der Lehre bisher nicht ausreichend abgebildet war.

Alle unter Tabelle 3.2 aufgeführten Themen beziehen sich nicht auf Gender-Aspekte im engeren Sinne, sondern betreffen das biologische Geschlecht im Sinne des englischen Begriffes „sex“ (vgl. Kap. 1). So nennen die Fächer Radiologie und Humangenetik beispielsweise v.a. weibliche oder männliche Krankheitsentitäten, wie z.B. das Prostata-Karzinom des Mannes oder genetischen Pathologien, die nur bei Männern auftreten. Oft werden die Begriffe „Mann und Frau“ bzw. „Patient und Patientin“ nur aus Gründen einer geschlechtsgerechten Sprache in den Lernzielen aufgeführt. Treffer für diese Begriffe sagten demnach nichts über Art, Umfang und Qualität der Integration von Gender-Inhalten in die Lehre aus.

Dies lässt den Rückschluss zu, dass das Thema „Gender“ im Studium der Humanmedizin an der HHU zum Zeitpunkt der Ist-Analyse nicht umfassend adressiert wurde, da eine entsprechende Präsenz in den Lernzielkatalogen zu vermissen war.

Ausformulierte Lernziele, die besonders auch in die universitätseigenen Lernzielkataloge und als weiteres Ziel auch in die Prüfungen der Staatsexamina einfließen, sind ein wichtiger Schritt für qualitative Gender-Lehre. Beispielhafte Lernzielkataloge wurden auf Basis der Fragebögen und aktueller Forschungsergebnisse erarbeitet und finden sich folgend in Kap. 5.

## 4.2 Befragung der Studierenden

Die in Kapitel 3.2 beschriebenen Ergebnisse lassen einige Schlüsse bezüglich der Integration von Gender in die Lehre der Universität Düsseldorf zu. Fast drei Viertel aller Studenten entschieden sich dafür, dass Gender „selten“ oder nur „gelegentlich“ in ihrem Studienverlauf vorkam. Dies korreliert mit dem bereits in den Lernzielkatalogen in Kapitel 4.1 festgestellten Defizit an Genderintegration.

Gender scheint vor allem erst in späteren, d.h. klinischen, Studienabschnitten wirklich von den Studierenden wahrgenommen zu werden. Mehr als zwei Drittel der Studierenden, die nach eigener Angabe noch „nie“ mit Gender konfrontiert wurden, befinden sich im vorklinischen Studienabschnitt, nur etwas mehr als ein Drittel der Studierenden, die sich schon „oft“ mit Genderthemen in Kontakt sahen, sind in der Vorklinik. Dies zeigt, dass Gender eher in den klinischen und praktisch orientierten Fächern gelehrt wird und in der theoriebasierten Vorklinik noch wenig Aufmerksamkeit erfährt.

Im Gegensatz hierzu steht jedoch die Beobachtung, dass vorklinische Studenten eher ein Gender-Interesse der Dozierenden wahrnehmen. Wahrscheinlich ist hier vornehmlich den vorklinischen Studierenden der Gender-Begriff noch nicht geläufig, sodass etwa Unterschiede der Anatomie als Genderthemen angenommen werden.

Nennenswert ist außerdem, dass obwohl Frauen Gender signifikant als wichtiger einschätzen, keine Differenz zwischen männlichen und weiblichen Studenten besteht, wenn es um die Frage der Wichtigkeit im Auge der Dozierenden geht.

Lediglich knapp 37% der Studierenden halten Gender subjektiv für „sehr“ oder „ziemlich wichtig“, ein Viertel ist der Meinung, Gender sei „sehr“ oder „eher unwichtig“. Diese Ergebnisse sind im Zusammenhang mit der unzureichenden Lehrintegration zu sehen, da das nötige Bewusstsein für die Wichtigkeit der Genderthematik bei den Studenten durch die spärliche Repräsentanz nicht geschult wurde und wird. Dieses mangelnde Bewusstsein erschwert die zukünftige Integration in den Lehrplan und die Akzeptanz durch die Lernenden, da diese großteils der Meinung sind, dass Gender kein relevantes Thema sei. Auch wenn diese Studierenden später einmal selbst lehren sollten, erscheint es fraglich, ob sie besonderen Wert auf Genderaspekte legen werden. Hier ist also dringende „Auf-

klärungsarbeit“ notwendig, um das Bewusstsein zu schulen und Genderaspekte ohne Vorurteile integrieren zu können.

Auffällig ist auch, dass vor allem Frauen sich eher dafür aussprachen, dass Gender „ziemlich wichtig“ oder „sehr wichtig“ sei. Dies deutet darauf hin, dass vor allem den männlichen Studenten die Relevanz des Themas bisher nicht bewusst ist. Auch der individuelle Studienabschnitt beeinflusst hier abermals die Meinungsbildung: Studentinnen in klinischen Semestern stehen einer Genderintegration am offensten gegenüber.

Zum Freitextfeld bezüglich der Frage nach Fächern, in denen Gender bereits präsentiert wurde, äußern sich nur 28% der Studierenden. Dies kann einerseits darauf hinweisen, dass Gender selten gelehrt wird oder andererseits den Studenten das Bewusstsein für die Thematik fehlt und sie sich nicht genau darauf festlegen können, was der Begriff Gender bedeutet.

Dass das Fach „Medizinische Psychologie und Soziologie“ am häufigsten genannt wurde, überrascht keineswegs. Auch „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ ist wie Erstgenanntes ein Fach, das sich teilweise mit Geschlechterrollen und den daraus entstehenden Eigenheiten beschäftigt. Dass Anatomie mit knapp einem Fünftel der Antworten das am zweit häufigsten genannte Fach ist, zeigt jedoch sehr eindrücklich, dass der Begriff „Gender“ nicht eindeutig verstanden ist und die Studierenden z.B. den Aufbau der weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgane als Gender-Thema begreifen. Gleiches gilt für die Bereiche Urologie und Gynäkologie.

Manche Studierenden nutzten das Freitextfeld, um sich allgemein zum Thema Gender zu äußern: Einige wenige Studenten beschrieben, dass Gender leider gänzlich unterrepräsentiert sei, dass eine eigene Vorlesung hierfür sinnvoll wäre oder sie sich in ihrer eigenen Geschlechterrolle im Studium bereits falsch behandelt fühlten. Bezüglich des letzten Punktes wurde leider nicht weiter ausgeführt, wie die empfundene Fehlbehandlung im Detail zu Stande kam.

Ein anderer und weit größerer Teil äußerte sich negativ zum Thema, sprach von Zeitverschwendung, den Fragebogen ausfüllen zu müssen und dass Gender „glücklicherweise noch in keinem Fach vorkam“. Diese Aussagen zeigen auf markante Weise, wie schlecht das Thema Gender in der Studentenschaft angesehen wird und wie viel Motivations- und Informationsarbeit hier noch durch die Lehrenden zu leisten ist.

Alles in Allem scheinen Gender-Aspekte noch nicht ausreichend in die Lehre integriert zu sein oder zumindest von den Studenten nicht als solche wahrgenommen zu werden. Auch die subjektive Relevanzwahrnehmung und die Einschätzung der Dozierendenmeinung zum Thema spiegeln dies wider. Für die Wahrnehmung und Relevanzeinschätzung spielt das eigene Geschlecht der Studenten eine entscheidende Rolle.

### 4.3 Befragung der Lehrenden

Die Rücklaufquote lag mit 21,7% in der Größenordnung vorheriger Untersuchungen zum Thema z.B. der Medizinischen Hochschule Hannover (23,79%)[25]. Da bei vielen angeschriebenen Lehrenden nicht absolut sichergestellt war, dass sie tatsächlich alle lehrten, war sie wahrscheinlich noch etwas höher.

Die Ergebnisse bezüglich der Frage, ob es im eigenen Fachgebiet Themen gibt, die unter geschlechtsdifferenzierten Aspekten betrachtet werden sollten, weisen auf die allgemeine Unentschlossenheit bezüglich des Themas Gender hin. Es entschieden sich zwar mehr Dozierende dafür, dass es „viele“ derartige Themen gäbe, doch auch die gegenteilige Antwortmöglichkeit „wenige“ erhielt beinahe gleich viele Antworten. In den klinischen Fächern erkannten die Dozierenden tendenziell etwas mehr Gender-Themen. Dies korreliert mit den Ergebnissen des Studierendenfragebogens, die bestätigen, dass Gender vermehrt im späteren und damit klinischen Studienabschnitt gelehrt wird.

Betrachtet man das Geschlecht der Dozierenden, fällt auf, dass vor allem Frauen Genderthemen in ihren Fachgebieten erkannten. Dies liegt jedoch nicht darin begründet, dass hier Dozentinnen aus „typischen Frauenfächern“ geantwortet hätten. Es gab außer dem Fach Rechtsmedizin, das Initiator dieser Befragung war, kein Fach mit auffällig vielen Frauen, die den Fragebogen beantworteten. Diese Beobachtung korreliert mit den Aussagen der Studenten, nach denen ebenfalls vor allem die Studentinnen Gender als ein wichtiges Thema bezeichneten. Die Frauen schienen allgemein ein größeres Gender-Bewusstsein aufzuzeigen als die männlichen Teilnehmer.

Interessant erscheint ebenfalls, dass einige der Dozierenden, die sich dafür entschieden, dass es keine Genderthemen in ihrem Lehrgebiet gäbe, trotzdem Lehrziele nennen konnten. Wahrscheinlich war von diesen Dozierenden gemeint, dass es zwar Themen gäbe, diese aber bisher nicht integriert seien, denn gerade das Fach Innere Medizin hat in den Freitextfeldern einige Lehrinhalte angefügt.

Dass zwei Drittel der Dozierenden Gender „nie“ oder „selten“ in ihre Prüfungen integrieren, korreliert mit der Meinung der Studierenden, dass Gender „selten“ oder „nie“ im Studienverlauf vorkomme. Frauen berücksichtigten Gender hier prozentual etwas häufiger, trotzdem berücksichtigten auch die Mehrheit der Dozentinnen Gender in ihren Prüfungen „selten“ oder „nie“. Die geringste Prüfungsrelevanz gaben die mittleren Altersklasse von 36-55 Jahren an. Im Kontrast hierzu befürwortete diese Altersgruppe am stärksten eine Integration in das neue Curriculum. Die Gruppe der ältesten Lehrenden schien einer Curriculumsänderung eher skeptisch gegenüber zu stehen, obwohl diese Gruppe am ehesten angab, auf Genderaspekte in wissenschaftlichen Arbeiten und Prüfungen zu achten. Wahrscheinlich begünstigen hier, bezüglich der Prüfungsrelevanz der höheren Altersklas-



sen, bereits selbst erlebte Erfahrungen mit Gender-Unterschieden eher eine Prüfungsintegration als bei den jüngeren Dozierenden.

Für eine Integration in das Curriculum entschieden sich vor allem die Dozierenden der Querschnittsfächer. Interessanterweise sprachen sich die Männer gegenüber den Frauen vermehrt für eine Integration in die neuen Lernzielkataloge aus, möglicherweise weil Frauen Gender schon stärker in ihren Fächern identifizieren konnten.

Die Freitextfelder zur Angabe von Lehrinhalten und Lehrzielen nutzten zwei Drittel der Dozierenden. Bei der Untersuchung nach dem Geschlecht der Dozierenden fiel auf, dass Frauen deutlich häufiger bereit waren, die Freitextfelder zur Nennung relevanter Themen zu nutzen. Dies spiegelt die bereits beschriebenen Diskrepanzen in der Wahrnehmung der Relevanz des Themas wider.

Nach Zusammenfügung von Mehrfachnennungen und Exklusion von offensichtlich nur das biologische Geschlecht betreffenden Themen (etwa die Anatomie der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane), konnte eine Liste von 110 Lernzielen aus 22 Fächern erstellt werden. Diese Liste wurde bewusst eher liberal gestaltet, so dass sowohl ganzheitliche Lehrziele wie etwa das Bewusstsein für Genderthematiken zu schärfen, als auch spezielle Ziele wie etwa geschlechtersensibler Behandlung von Gewaltopfern, integriert werden konnten. Diese Liste wird den Arbeitsgemeinschaften der Curriculumreform zur Verfügung gestellt. Sie findet sich in Anhang C und wurde zur Formulierung beispielhafter Lernzielkataloge in Kapitel 5 herangezogen.

Auch in den Freitextfeldern zeigt sich die Diskrepanz des Interesses für Gender zwischen den Geschlechtern: Nur Männer äußern sich negativ zum Thema und zu der Umfrage im Speziellen.

## 4.4 Vergleich der Ergebnisse untereinander

Durch den dreigliedrigen Ansatz werden interessante Vergleiche zwischen den einzelnen Säulen, d.h. den Statuten des Studienganges im Rahmen der Lernzielkataloge sowie dem durch Studierende und Lehrende wahrgenommenen Lehralltag, möglich. In der Untersuchung der Lernzielkataloge fällt auf, dass das Thema „Gender“ nur sehr spärlich vertreten ist, da es namentlich in keinem einzigen der Lernziele genannt ist. Es fällt jedoch auf, dass alle Fächer, die sich mit „gender-nahen“ Stichworten befassen, aus klinischen Fächern und Modulen stammen. Dies korreliert mit den Ergebnissen der Studierendenfragebögen, bei denen vor allem Studierende der späteren, d.h. klinischen, Studienabschnitten bereits mit „Gender“ in Kontakt gekommen waren. Allgemein war geplant einen Abgleich zwischen geplanter Lehre, im Sinne der Lernzielkataloge und der gelebten Lehre durchzuführen. Durch die eher rudimentäre Anlage der Lernzielkataloge war dies jedoch nur bedingt

möglich, sodass am ehesten gesagt werden kann, dass sowohl die Statuten als auch die Lehre zum Thema Gender bisher eher noch in den Anfangsphasen stecken.

Auch der Aspekt, dass die Lehrenden Gender jeweils nur mit eher kleinerer Mehrheit in die Lehre ihres Faches, in die Prüfungen sowie die Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten integrieren, steht in Einklang mit den Ergebnissen der Studierendenfragebögen, in denen Studierende den Lehrenden eher weniger Interesse an der Thematik zusprachen.

In beiden Gruppen, d.h. sowohl bei Studierenden als auch Lehrenden, zeigten sich v.a. die weiblichen Befragten als offener und bereits sensibilisierter für Gender-Themen. In den Freitextfeldern beider Gruppen nutzten ausschließlich männliche Befragte die Möglichkeit zu gender-kritischen Anmerkungen.

## 4.5 Vergleich der Ergebnisse mit bestehenden Erhebungen

### 4.5.1 Lernzielkataloge

**Department of Internal Medicine Yale** Von 2003 bis 2004 untersuchte das Department of Internal Medicine der Universität Yale [30] mit der Hilfe des in den USA etablierten Curriculum-Programms CurrMIT (Curriculum Management and Information Tool), die Curricula der 95 lehrenden Institutionen für Medizin, die ebenfalls das genannte Programm nutzten. Die eingegebenen Daten wurden nach 18 genderrelevanten Themen durchsucht. Dies waren im Speziellen die Themen „*abortion, alternative-complementary medicine, chronic fatigue, communication skills, contraception, cultural diversity, domestic violence, eating disorders, fibromyalgia, gender identity/diversity (lesbian health), hormone therapy, human sexuality (female sexuality), life cycle considerations, menopause, migraine, osteoporosis, sexual dysfunction, sexual assault*“. Es wurden also neben allgemeinen Genderthemen wie z.B. der kulturellen Diversität, auch direkt nach speziellen Themen, bei denen Genderaspekte bereits bekannt sind, gesucht. Insgesamt wurden 42 Themen identifiziert, von denen der Durchschnitt der Schulen 11 Themen lehrte. Das Minimum lag bei 0 und das Maximum bei 26 integrierten Themen. Es scheint also, als seien an den amerikanischen Schulen bereits Lernziele in den Curricula definiert, welche aber noch nicht vollständig in den Lehralltag integriert werden. Durch die direkte Suche nach speziellen Themen ist diese Studie leider nicht gänzlich vergleichbar. In den Düsseldorfer Lernzielkatalogen kommen natürlich auch die Themen Osteoporose, Migräne oder Fibromyalgie vor, ob diese aber auch im Genderkontext bearbeitet werden, wird aus den Lernzielkatalogen nicht deutlich. Des Weiteren besteht ein großer Unterschied in der Menge der untersuchten Institutionen. Während in den USA 95 medizinische Lehr-

anstalten über das Curriculumsprogramm analysiert wurden, wurde mit der Universität Düsseldorf in der vorliegenden Untersuchung nur eine Lehreinrichtung geprüft. Eine Anwendung wie CurrMIT steht in Deutschland für medizinische Hochschulen bisher nicht zur Verfügung.

**Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin Charité Berlin** Im Zeitraum von Juli bis Dezember 2006 wurde am Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin sowohl eine Untersuchung der Lernzielkataloge als auch eine Befragung von Lehrkoordinatoren durchgeführt [32]. Die bestehenden Lernzielkataloge wurden wie in Düsseldorf über die Lehre-Seite der medizinischen Fakultät online eingesehen und auf geschlechterspezifische Themen untersucht. Neben den offensichtlich geschlechtsspezifischen Fächern Gynäkologie, Urologie und Sexualmedizin fanden sich Lernziele für die Fächer Notfall- und Allgemeinmedizin sowie Pharmakologie.

Ähnlich wie in Düsseldorf befassten sich diese Lernziele fast ausschließlich mit geschlechtsspezifischen Gegebenheiten im Sinne des Begriffes „sex“, z.B. mit Besonderheiten in der Schwangerschaft. In Gesprächen mit Lehrkoordinatoren konnten die Lernzielkataloge geschlechterdifferenziert erweitert werden (s.u.).

#### 4.5.2 Befragung der Studierenden

**Department of Internal Medicine Yale** Eine Studie von 2004 und 2005 des Department of Internal Medicine der Universität Yale [27] führte über neun Monate einen Onlinefragebogen mit Medizinstudenten im dritten und vierten Studienjahr von insgesamt 125 schulmedizinischen Lehrinstitutionen durch. In diesem Fragebogen wurde insgesamt nach 44 Themen und deren Integration in das Curriculum, sowie der Vorbereitung bezüglich der Durchführung von 25 klinischen Fertigkeiten, gefragt. Die Themen und klinischen Fertigkeiten mussten jeweils mit einer numerischen Skala von 1-4 bewertet werden, wobei bei den Themen eine 1 für eine fehlende und eine 4 für eine Abhandlung der Themen im Detail stand. Bezüglich der klinischen Fertigkeiten symbolisierte die 1 eine fehlende, die 4 eine tief gehende Vorbereitung der Studenten. Im Durchschnitt lag die Rücklaufquote bei 13 ausgefüllten Fragebögen pro Schule, was einer Gesamtücklaufzahl von 1267 Studierenden gleichkommt. Der Fragebogen ergab mit einem Durchschnittswert von 2,53 eine mäßige Integration genderrelevanter Themen in das Curriculum sowie mit einem Durchschnitt von 3,09 eine etwas bessere Einschätzung der eigenen klinischen Fertigkeiten. Wie auch bei den Düsseldorfer Ergebnissen besteht ein Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Studenten in der Hinsicht, dass Frauen die Integration von Gender im Curriculum kritischer bewerten und eher angaben, dass Gender-Themen nicht gelehrt würden.

Der große Unterschied zwischen den zwei Untersuchungen liegt in der Begrenzung auf das dritte und vierte Studienjahr, sowie der Freiwilligkeit der Teilnahme, die trotz des Einbeziehens von insgesamt 125 Institutionen zu einer niedrigeren Rücklaufquote als in Düsseldorf führte. Die Ergebnisse der Studentenbefragungen zeichnen jeweils eine eher mäßige Gender-Lehre ab, wobei durch die Semesterbeschränkung zusätzlich viele Aussagen, z.B. die Signifikanz des Studienstandes, nicht verglichen werden können.

**Universität Nijmegen** An der Universität Nijmegen in den Niederlanden wurde 2005 im Rahmen einer Studierendenbefragung die sogenannte „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale“ erarbeitet [39]. Die Skala basiert auf drei Unterpunkten: Sensibilisierung für Gender, Geschlechterrollenideologie sowie Faktenwissen zum Thema.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Studierende im ersten Studienjahr weniger sensibilisiert für Genderthemen sind als Studierende im sechsten Jahr. Es zeigte sich außerdem ein Unterschied zwischen den zwei Geschlechtern, sodass vor allem Frauen eine größere Sensibilisierung und größeres Interesse an der Thematik zeigten als männliche Studierende. Es konnte außerdem gezeigt werden, dass Studierende im späteren Studienabschnitt weniger starke genderbezogene Vorurteile haben als ihre weniger weit fortgeschrittenen Kommilitonen. Interessanterweise liegt das Maximum von Gendersensibilisierung bei den Studierenden im dritten und vierten Studienjahr, während Studienanfänger dem Thema eher indifferent entgegenstehen. Im letzten Jahr nimmt die Sensibilisierung wieder ab, ist jedoch trotzdem noch höher als zu Beginn des Studiums. Die Vorurteile gegenüber dem Geschlecht von sowohl Patient als auch Arzt verhält sich bei beiden Geschlechtern deutlich unterschiedlich: Während Frauen bereits im ersten Jahr deutlich geringere Genderstereotypen aufweisen und diese im Laufe des Studiums konstant absinken, fallen die Vorurteile der Männer zwar im dritten und vierten Jahr ab, um dann aber im sechsten Jahr wieder zuzunehmen (sie bleiben jedoch unter dem Ausgangsniveau zu Studienbeginn).

Die Autoren schließen, dass die NGAM-Skala eine valide, reliable Skala ist, um die Sensibilisierung für Gender bei Studierenden zu erfragen. Sie folgern außerdem, dass sich die Entwicklung eines Verständnisses für Gender bei den zwei Geschlechtern unterschiedlich verhält und Männer v.a. im letzten, d.h. praktischen, Studienabschnitt Gender wieder „verlernen“. Es wird konstatiert, dass eine intentionelle und ganz bewusste Lehre von Gender von Nöten ist, um vor allem den männlichen Studierenden die Thematik näher zu bringen.

Vergleicht man die Ergebnisse mit den Angaben der Düsseldorfer Studenten treten jeweils die weiblichen Studenten als bereits sensibilisiert für Genderthemen hervor. Auch die Entwicklung, dass das Bewusstsein im Laufe des Studiums zunimmt, ist beiden Untersuchungen zu entnehmen. Die Ergebnisse überschneiden sich also sehr stark. Dass Gender

im letzten Jahr jedoch wieder „verlernt“ wird, konnte in Düsseldorf nicht nachgewiesen werden.

Mit Hilfe der NGAM-Skala wurde auch der folgend beschriebene Vergleich schwedischer und niederländischer Studierender durchgeführt.

**Universität Nijmegen** An der Universität Nijmegen in den Niederlanden [40, 39, 41] wurde 2012 ein länderübergreifender Vergleich schwedischer und niederländischer Studierender durchgeführt. Mit Hilfe der Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale [39] konnten 1096 Medizinstudierende im ersten Semester befragt werden. Hierbei zeigte sich, dass die Studierenden der Niederlande eine höhere Sensitivität für Genderunterschiede aufwiesen, schwedische Studierende jedoch weniger durch Stereotypen und Vorurteile beeinflusst wurden. Vergleichbar zu den Düsseldorfer Ergebnissen konnte auch bei dieser Untersuchung gezeigt werden, dass v.a. männliche Studierende dem Thema eher kritisch gegenüberstehen und eher von Vorurteilen betroffen sind als ihre weiblichen Kommilitonen.

**Medizinische Universität Wien** Eine Studie der Medizinischen Universität Wien aus dem Jahr 2011 untersucht die Wahrnehmung von Genderthemen in der Lehre, von insgesamt 642 Studenten [42]. Die Untersuchung bediente sich einer numerischen Skala von 1-6 Punkten. Die Studenten schätzten die Genderrelevanz mit einem Durchschnittswert von 4,02 Punkten als recht hoch ein. Die Relevanz des Verständnisses der Thematik für den ärztlichen Beruf wurde mit 4,49 Punkten sogar noch höher eingeschätzt. Die Studenten schätzten ihr Wissen mit 3,40 Punkten als eher moderat ein, sprachen sich jedoch mit 3,64 Punkten dafür aus, dass Gender bereits ausreichend gelehrt würde. Auch bei dieser Untersuchung konnten signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Antworten beobachtet werden.

Tendenziell wird Gender also von den Studenten der Medizinischen Universität Wien als etwas wichtiger eingeschätzt als durch die Düsseldorfer Vergleichsgruppe. Der Unterschied bezüglich des Geschlechtes des Antwortenden konnte in beiden Umfragen festgestellt werden, während die Stichprobe in Wien kleiner ist.

**Universitäten Münster und Duisburg-Essen** Eine aktuelle Online-Umfrage der medizinischen Fakultäten der Universitäten Münster und Duisburg-Essen wurde im Jahr 2012 durchgeführt und erzielte eine Teilnahme von insgesamt 2531 Personen, die sich auf 53 Professoren, 787 wissenschaftliche Mitarbeiter sowie 1691 Studierende verteilten [43, 44]. Hierbei wurde ein 19-teiliger Multiple Choice Test zu Gender-Themen durchgeführt, der medizinische und biologische Fakten mit Genderbezug prüfte. Insgesamt zeigte sich, dass nur etwa die Hälfte aller Fragen von den Teilnehmenden korrekt

beantwortet wurden. Hierbei bestand kein Unterschied zwischen Studierenden (52,5%) und wissenschaftlichem Personal (51,9%) oder den beiden Standorten. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass Ärzte gegenüber wissenschaftlichem Personal häufiger richtig antworteten (56,8% zu 44,8%) und dass Studierende mit fortgeschrittenem Studienstand ebenfalls häufiger richtig antworteten. Frauen schnitten durchschnittlich besser ab als Männer.

Im zweiten Teil der Befragung wurden zusätzlich die Themen Gendersensibilität und Rollenvorstellungen abgebildet, wobei von allen befragten Gruppen eine Relevanz des Themas bestätigt wird (Zustimmung > 70%) [45]. Interessanterweise wird jedoch das Geschlecht des Patienten als deutlich wichtiger als das Geschlecht des Behandelnden gewertet. Die Autoren schlussfolgern, dass Gender unzureichend integriert ist und daher ein großer Bedarf zur verstärkten Integration gegeben ist. Außerdem fordern sie eine stärkere Berücksichtigung der Auswirkung des Geschlechtes des Behandelnden auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

Aufgrund des divergenten Studiendesigns, lassen sich die Ergebnisse nicht völlig mit den Ergebnissen aus Düsseldorf vergleichen. Das Resultat aus beiden Untersuchungen beschreibt aber gleichermaßen ein Defizit bezüglich der Gendersensitivität und eine Notwendigkeit für eine bessere Integration von Genderthematiken in die Lehre und den medizinischen Alltag.

### 4.5.3 Befragung der Lehrenden

**Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin Charité Berlin** Im Zeitraum von Juli bis Dezember 2006 wurde am Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin der Charité Berlin sowohl eine Untersuchung der Lernzielkataloge (s.o.) als auch eine Befragung von Lehrkoordinatoren durchgeführt [32]. Es konnte mit 37 Lehrkoordinatoren in Gesprächen, die zwischen 10 und 60 Minuten dauerten für 5 Fächer der Vorklinik, 10 Querschnittsbereiche sowie 14 klinische Fächer geschlechterdifferenzierte Lernziele erarbeitet werden. Für die folgenden Fächer eigne sich nach Aussage der Koordinatoren keine Geschlechterdifferenzierung: Physik, Chemie, Einführung in die klinische Medizin, Berufsfelderkundung, Gesundheitsökonomie, Biometrie, Medizinische Informatik, Hygiene, Viro- und Mikrobiologie sowie Infektiologie. Die Gespräche ergaben außerdem, dass Gender-Medizin im Alltag schon stärker gelehrt werde als es die Lernzielkataloge vermuten ließen.

Vergleichend bestand der größte Unterschied zwischen Berlin und Düsseldorf darin, dass die Befragung in Berlin persönlich oder telefonisch stattfand, während in Düsseldorf ein Online-Fragebogen eingesetzt wurde. Die Ergebnisse sind relativ ähnlich zur Befragung in Düsseldorf in der nach Zusammenfassung eine Liste von 110 Lernzielen aus 22 Fä-

chern erarbeitet werden konnte. In den Fächern Hygiene und Mikrobiologie konnten entgegen der Berliner Ergebnisse ebenfalls Lernziele formuliert werden. Ein Meinungsbild der Lehrenden zur Thematik wurde in dieser Untersuchung aus Berlin nicht näher thematisiert (vgl. [26]).

**Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin Charité Berlin** Am Universitätsklinikum Berlin, genauer dem Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) der Charité, wurde von den Mitgliedern der „AG Lehre“ im Juni 2005 [26] eine vergleichbare Lehrendenbefragung durchgeführt, an der sich insgesamt Lehrende aus 30 Fächern beteiligten. Auch hier kam ein standardisierter Fragebogen zum Einsatz, der je nach Lehrenden 13 bzw. 15 Fragen umfasste. Beim verwendeten Fragebogen handelt es sich um den ursprünglichen Fragebogen, der anschließend von der Medizinischen Hochschule Hannover [25] und dann für die Düsseldorfer Untersuchung genutzt und modifiziert wurde.

Da die genaue Anzahl der Lehrenden an der Charité Berlin nicht bekannt ist und die Verteilung der Fragebögen über die Lehrsekretariate lief, kann keine Rücklaufquote angegeben werden. Es lagen jedoch insgesamt 232 Fragebögen zur Auswertung vor. Der Anteil von Frauen beantworteter Fragebögen lag mit 35,8% nahe an der Düsseldorfer Verteilung (33,1% Frauen).

Während in Berlin v.a. die Fächer Innere Medizin, Radiologie und Chirurgie bei der Umfrage dominierten, waren es in Düsseldorf v.a. die Fächer Psychiatrie, Anatomie, Allgemein- und Innere Medizin.

In Berlin entschieden sich v.a. die Männer mit 49,7% dafür, dass es im eigenen Lehrgebiet „keine“ oder „wenige“ Themen mit Genderrelevanz gäbe. Bei den Frauen lag der Anteil hier bei 32,5%. In Düsseldorf lag der Anteil der Männer bei 65%, der Frauenanteil bei 38,1%. Hier ist allerdings anzumerken, dass in der Modifikation des Fragebogens aus den drei Antwortmöglichkeiten in Berlin („wenige/keine“, „einige“ und „viele/alle“) vier Antwortmöglichkeiten wurden („keine“, „wenige“, „viele“ und „alle“) und die Ergebnisse daher nicht gänzlich miteinander verglichen werden können.

In Berlin gaben 70,2% der Lehrenden an, genderrelevante Themen zumindest teilweise in die Lehre einzubeziehen, in Düsseldorf taten dies 54,7%. In Düsseldorf schienen v.a. die Dozentinnen bereits Gender zu lehren, in Berlin gab es hier kaum Unterschiede. Auch in Berlin erfolgte die Vorstellung hauptsächlich durch mündliche Nennung. Grafiken oder Literatur wurden auch hier nur geringgradig eingesetzt.

Es scheint somit, als würde Gender in Berlin bereits deutlich besser in die Lehre integriert. Dies könnte an den Aktivitäten und Engagements des Zentrums für Geschlechterforschung (GIM) liegen, das 2003 zwecks der Integration von Gender an der Charité

initiiert wurde.

Betrachtet man die Relevanz in Prüfungen, scheinen die Lehrenden in Berlin mit 17,5% Gender deutlich seltener als die Düsseldorfer Lehrenden (32,8%) "häufig" oder "immer" in Prüfungen zu integrieren. Hier tritt also eine Diskrepanz zwischen Prüfungsrelevanz und Lehralltag auf. Eine Begründung hierfür könnte im Fehlen von Genderaspekten in den Lernzielkatalogen liegen.

In Berlin stand ein Großteil der Dozierenden einer Curriculums-Entwicklung eher kritisch gegenüber. Während sich hier nur 36,6% der Frauen und 21,9% der Männer für eine Reform aussprachen, waren es in Düsseldorf mit 58,8% der Frauen und 67,5% der Männer nicht nur deutlich mehr Lehrende, die eine Reform befürworteten, es waren außerdem v.a. die männlichen Dozenten.

Das Freitextfeld wurde mit 65,1% ähnlich oft zur Nennung von Themen in den Freitextfeldern genutzt wie in Düsseldorf (67,3%). In Berlin entstanden so 347 einzelne Themen aus 30 Fachgebieten, die zu 83 Überthemen reduziert wurden. In Düsseldorf konnten 110 Themen aus 22 Fachbereichen erarbeitet werden. In beiden Universitäten nutzen v.a. die Dozentinnen die Freitextfelder für Themennennungen und waren hier überdurchschnittlich häufig repräsentiert.

Die Berliner Autoren schlussfolgerten, dass bereits einige Gender-Themen gelehrt wurden und die Lehrenden Interesse an der Thematik zeigen, was gezielt gefördert und unterstützt werden sollte.

Vergleichend scheint die Integration in die Lehre in Berlin bereits etwas fortgeschrittener als in Düsseldorf, wo v.a. das Bewusstsein für und die Lehre von Themen im eigenen Lehrgebiet geringer angegeben wurde. Dafür gaben die Düsseldorfer Lehrenden eine größere Prüfungsrelevanz an und zeigten sich einer Curriculumsreformierung gegenüber offener. Bei ähnlicher Zusammensetzung der Dozierenden, war die Anzahl der beantworteten Fragebögen in Berlin deutlich größer und damit aussagekräftiger.

**Netzwerk Medizin und Geschlecht Medizinische Hochschule Hannover** Das „Netzwerk Medizin und Geschlecht“ an der Medizinischen Hochschule Hannover führte im Jahr 2006 eine Umfrage unter den Lehrenden durch, deren Fragebogen als Grundlage für den in diesem Projekt genutzten Fragebogen diente [25] und wie in Kap. 2.3 beschrieben modifiziert wurde. Der Fragebogen wurde an Professoren und wissenschaftliche Mitarbeiter verschickt. Es ging neben der Bedeutung geschlechterspezifischer Inhalte auch um das Meinungsbild zu einer Datenbank zum Thema Gender und dem Engagement, in eine solche aufgenommen zu werden.

Von insgesamt 1833 angeschriebenen Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeitern, antworteten in Hannover 23,79%, in Düsseldorf waren es 21,7%, die Rücklaufquoten



unterscheiden sich also nur leicht. In Hannover liegt die absolute Anzahl beantworteter Fragebögen mit 424 Bögen allerdings deutlich über den 62 Fragebögen aus Düsseldorf. In Hannover teilten sich die Lehrenden zu 53,1% in Männer und 46,9% in Frauen auf, in Düsseldorf waren es 66,9% Männer und 33,1% Frauen, d.h. in Hannover war der Anteil der teilnehmenden Frauen deutlich höher. Die Altersverteilung der Dozierenden unterschied sich dahingehend, dass in Düsseldorf die Dozierenden durchschnittlich etwas älter waren. Des Weiteren unterschied sich der Anteil der Frauen in der ältesten Gruppe deutlich von einander. In Hannover wird die sogenannte "Karriereschere"[25] durch einen geringen Frauenanteil von 12,5% deutlich. In Düsseldorf liegt der Frauenanteil in der Gruppe der über 56-Jährigen noch bei 36,36%.

Wie auch in Düsseldorf kam der Hauptteil der Lehrenden aus klinischen Fachbereichen, gefolgt von theoretischen Fächern. Die wenigsten Lehrenden lehrten im Bereich der Querschnittsfächer. In Hannover gehörte ein Großteil der Antwortenden den Fächern Innere Medizin, Kinderheilkunde und Chirurgie an, während in Düsseldorf v.a. die Fächer Psychiatrie, Anatomie, Allgemeinmedizin und Innere Medizin dominierten.

Bezüglich der Frage, ob es im eigenen Lehrgebiet Themen gebe, die unter geschlechtsspezifischen Aspekten betrachtet werden sollten, unterschieden sich die zwei Städte relativ deutlich. In Hannover entschieden sich mit 68,2% der Lehrenden, der Großteil für die Möglichkeiten „keine“ und „wenige“. In Düsseldorf entschieden sich mit 54,8% weniger Lehrende für die zwei genannten Möglichkeiten und damit mehr Personen für die Antwortmöglichkeiten „alle“ und „viele“.

Zur Frage, ob Gender in den Lehrzielen des eigenen Faches bereits berücksichtigt würde, antworteten die Lehrenden aus Hannover zu insgesamt 34,3% mit „ja“. In Düsseldorf waren es 54,7%. In Düsseldorf entschieden sich v.a. die Frauen dafür, dass Gender berücksichtigt würde, in Hannover eher die Männer.

67% der Lehrenden in Hannover gaben an, Genderthemen bezüglich der Bewertung wissenschaftlicher Arbeiten zu berücksichtigen. Demgegenüber stehen in Düsseldorf mit 53,3% deutlich weniger Lehrende.

Die Lehrenden in Hannover benannten zu 67,3% genderrelevante Themenkomplexe aus ihrem Lehrgebiet, die in die Lehre einbezogen werden sollten. In Düsseldorf nutzten die Dozierenden zu 71,0% das Freitextfeld zur Benennung von Themengebieten. Die hier genannten Themengebiete überschritten sich zwischen den zwei Universitäten recht stark: Besonders Themen, die Schwangerschaft und Psyche betreffen, wurden genannt.

Die Autoren schlossen aus den Ergebnissen auf ein generelles Interesse der Dozierenden am Beitritt in das Netzwerk „Medizin und Geschlecht“ und an der Thematik im Allgemeinen. Sie folgerten außerdem, dass Frauen generell ein höheres Interesse zeigen als Männer.

Alles in Allem liegt der größte Unterschied der zwei Untersuchungen darin, dass die Stichprobengröße in Hannover deutlich umfangreicher war als in Düsseldorf. Die Ergebnisse ähneln sich, bis auf die Zusammensetzung der Gruppe bezüglich des Geschlechts und Alters, sehr stark. Während die Düsseldorfer Lehrenden Gender bereits stärker in die Lehre integriert sahen, wurde die Thematik von den Lehrenden aus Hannover bereits stärker bei der Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten beachtet. Interessanterweise stellten sich die Männer in Hannover offener für Genderthemen dar, während es in Düsseldorf vor allem die Frauen waren.

**Universitäten Münster und Duisburg-Essen** Die Untersuchung der Universitäten Münster und Duisburg-Essen wurde sowohl an Lehrenden als auch an Studierenden durchgeführt und findet sich im Kapitel 4.5.2 „Befragung der Studierenden“.

## 4.6 Methodenkritik

Im Nachhinein fielen Aspekte auf, die gegebenenfalls hätten helfen können die Untersuchung noch effizienter durchzuführen. Es scheint, als wären größere Freitextfelder von Vorteil gewesen, da einige Teilnehmer die zur Verfügung stehenden 200 Zeichen ausnutzten und gerne noch mehr geschrieben hätten. Des Weiteren wäre das Ergebnis, v.a. der Rücklaufquote, repräsentativer gewesen, wenn man streng nur Mitarbeiter der Universität und des Uniklinikums angeschrieben hätte, von denen man weiß, dass sie aktuell in relevantem Umfang lehren. Man sollte sich hierbei aber die Möglichkeit erhalten, auch die Meinung der Lehrenden, die nicht Oberarzt oder Professor sind, einzuholen.

# 5 Ausblick: Erweiterung der Lernzielkataloge

## 5.1 Erfolgsfaktoren

Im März 2011 wurden vom Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft acht Erfolgsfaktoren exzellenter Lehre festgelegt [46], die im Folgenden im Originaltext in kursiver Schrift dargestellt sind. Diese sind auch auf genderspezifische Lehre übertragbar und werden im Folgenden zum Thema Gender modifiziert.

**Studierendenzentrierung:** *„Lernergebnis/Kompetenzorientierung, Diversität der Studierenden einbinden, Studierende als Partner und Experten ihrer Lernerfahrung anerkennen, verpflichtende Self-Assessments anbieten, „Shift from teaching to learning““*

Die Studierenden in ihren unterschiedlichen Geschlechtern, Wertvorstellungen und Herkünften wahrzunehmen und diese gezielt zu fördern, genügt nicht nur dem Anspruch einer guten studentenorientierten, sondern auch einer gendersensitiven Lehre, da soziale Aspekte nicht nur Lehrinhalte sondern auch das eigentliche Lernen beeinflussen. Hieraus muss sich eine möglichst individuelle Forder- und Förderung ergeben. Um dies realisieren zu können, ist eine angemessene Betreuungsrelation erforderlich.

**Professionalisierung:** *„Vielfalt von Lehr- und Prüfungsformen nutzen, Beratungs-/Betreuungsstrukturen ausbauen, Weiterqualifizierungsmöglichkeiten für Lehrende schaffen, Lehr-/Lerngemeinschaften bilden, hochschulübergreifende Fach- und Kompetenzzentren gründen, Ausbau der Lehr-/Lernforschung und Anbindung an die hochschulinterne Qualitätsentwicklung der Lehre“*

Lehre profitiert nicht nur generell von einem Ausbau von Lehr- und Prüfungsangeboten, auch gendersensitive Lehre wird durch einen Ausbau von Lehr- und Lernstrukturen bereichert. Unter diesen Aspekt fällt auch die Schulung und Sensibilisierung der Lehrenden zum Thema Gender.

**Schaffung rechtlicher und zeitlicher Freiräume für Lehrende und Lernende:** *„Abbau der Verrechtlichung, Freisemester für die Lehre, Flexibilität“*

Der Grundgedanke dieses Aspektes ist, dass optimale Lehre und optimales Lernen nur mit genügend Zeit und Freiraum realisiert werden können. So soll sowohl den Studierenden genug Freiraum eingeräumt werden, um Themen auch im Detail zu vertiefen, als auch Lehrenden z.B. Freisemester gezielt zur optimalen Gestaltung der eigenen Lehre gewährt werden. Auch können nur so wissenschaftliches Arbeiten, problemorientiertes und -bewusstes Denken und echte Kritikfähigkeit heranreifen. Außerdem muss eine finanzielle Absicherung gegeben sein, um die entsprechenden Freiräume zu erhalten. Auch Lehre

und Lernen von Gender sowie das entsprechenden Interesse für die Thematik profitieren von Freiräumen.

**Forschungsorientierung:** *„Forschendes Lernen, Evidenzbasierung“*

Auch genderzentrierte Lehre muss sich an aktuellen wissenschaftlichen Publikationen orientieren, um einerseits den aktuellen Wissensstand, als auch andererseits die Relevanz des Themas vermitteln zu können. Studenten hier vielleicht sogar in die Forschung einzubeziehen, könnte das Interesse der Studenten weiter fördern.

**Transparenz und Veröffentlichung:** *„Studierendenbefragungen, Lehrevaluationen, Online-Foren, Absolventenstudien, Verbreitung guter Praxisbeispiele“*

Wie jede gute Lehre muss auch gendersensible Lehre stetig im Dialog von Lernenden und Lehrenden evaluiert und diskutiert werden.

**Richtige Anreize setzen:** *„Qualitätsaspekt Lehre, Forum für Lehre, Lehrpreise wie Ars legendi, Wettbewerbe exzellente Lehre, Lehrkompetenz in Berufungsverfahren stärker gewichten“*

Mit verschiedenen Lehrpreisen und Wettbewerben könnten auf beiden Seiten der Lehre Anreize zur tiefer gehenden Beschäftigung mit der Thematik geschaffen werden. Um dies zu ermöglichen, sind jedoch die bereits genannten Freiräume zwingend erforderlich.

**Institutionalisierung lehrförderlicher Strukturen an Hochschulen:** *„Studierendenvertreter in Verantwortung nehmen, Qualitätszirkel, externe Beiräte“*

Studierendenvertreter und Qualitätszirkel können, ähnlich wie Evaluationsmöglichkeiten, auch gendersensitive Lehre bereichern.

**Förderung der individuellen und institutionellen Wertschätzung für Lehrende und Lernende:** *„Konzepte für gutes Lehren und Lernen“*

Eine gegenseitige Wertschätzung zwischen Dozierenden und Studenten ist Voraussetzung für eine gute Lehre, die als Dialog begriffen werden muss. Dies gilt insbesondere auch für gendersensible Lehre.

## 5.2 Integrationsformen und Ausblick

Berücksichtigt man die genannten Aspekte als Qualitätsmerkmale erfolgreicher Lehre, bleibt aber weiterhin die Frage offen, ob Gender isoliert oder in andere Fächer integriert gelehrt werden sollte. Hierzu entwickelte eine Arbeitsgruppe verschiedener medizinischer amerikanischer Hochschulen drei Modelle [47].

Es wurde unterschieden zwischen

- einer isolierten Betrachtung von Gender in einem eigenen Kurs
- der Weitergabe der Curriculumsentwicklung an Mitarbeiter der verschiedenen Fächer, zwecks Integration in den normalen bestehenden Lehralltag und
- der Gründung einer Arbeitsgruppe, die Lernziele formuliert und dann in das bestehende Curriculum integriert.

Die Autoren beschreiben jeweils Vor- und Nachteile der Methoden:

Wird Gender in einem separaten Wahlkurs angeboten, wird nur ein kleiner Anteil der Studenten erreicht. Im wahrscheinlichsten Falle sind dies Studenten, die sich per se bereits mit dem Thema beschäftigen und ihr Wissen vertiefen wollen. Meist werden solche Kurse außerdem von einzelnen Instituten organisiert, sodass die Themen oft sehr fachspezifisch und wenig interdisziplinär sind.

Wird die Koordination an einzelne Lehrende bestimmter Bereiche weitergegeben, um Gender in die einzelnen Fachcurricula zu integrieren, werden alle Studenten erreicht. Leider kommt es durch eine fehlende Abstimmung unter den Fächern jedoch leicht zu Überschneidungen oder auch dazu, dass bestimmte Themenbereiche nicht abgedeckt werden.

Auch wenn eine eigene Arbeitsgemeinschaft zur Curriculumsentwicklung zwar, wie von den Autoren beschrieben, sowohl die kosten- als auch zeitintensivste Methode ist, scheint sie trotzdem auch die förderlichste Alternative zu sein. Durch die Beteiligung verschiedener Lehrenden, Studierenden und Curriculumsentwicklern kann der Lernplan interdisziplinär und umfassend erstellt werden, während gleichzeitig sämtliche Themen ohne Doppelnennungen abgedeckt werden.

An der Universitätsklinik Berlin wird, parallel zum dargestellten ersten Modell, bereits ein Wahlfach "Genderbezogene Medizin" angeboten<sup>1</sup>. Zusätzlich kann im Rahmen des Studienganges "Public Health" der Masterstudiengang "International Gender Studies" angeschlossen werden<sup>2</sup>. Außerdem wird bereits in Zusammenarbeiten mit sieben europäi-

---

<sup>1</sup><http://gender.charite.de/studium/wahlfach/>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.2

<sup>2</sup><http://gender.charite.de/studium/masterstudiengaenge/>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.3

schen Universitäten im Rahmen des Projektes "EUGIM" durch regelmäßige Konferenzen an der Identifizierung von Themen und Fächern mit Genderbezug gearbeitet. Es soll zu einer Gruppe international anerkannter Experten sowie einer Harmonisierung der Lehre der europäischen Hochschulen führen. Das Programm kann als Weiterbildungsangebot, Bachelor- oder Masterstudiengang belegt werden<sup>3</sup>.

An der medizinischen Hochschule Hannover werden im Rahmen des Projekts "Implementierung geschlechterspezifischer Inhalte in das Curriculum des Modellstudiengangs Hannibal an der MHH" regelmäßig Workshops zu verschiedenen relevanten Genderthemen abgehalten.

Mit dem „Kompetenzzentrum für gendersensible Medizin an der MHH“<sup>4</sup> und dem „Institut für Geschlechterforschung in der Medizin“<sup>5</sup> der Charité, existiert an beiden Universitäten ein eigenständiges Institut für Gender-Medizin.

An der Medizinischen Universität Wien gibt es neben einer Vorlesung „Gender in der Medizin“ einen weiterführenden Mastertudiengang „Gender Medicine“. Für die Integration von Gender in das Curriculum wurde im Jahr 2009 die „Arbeitsgruppe Gender im Curriculum“ ins Leben gerufen, die Lehrende bei der Identifikation und Ausarbeitung genderspezifischer Lehrziele in ihrem Lehrgebiet unterstützen soll.

Da in Düsseldorf bereits eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft zur Curriculumentwicklung ins Leben gerufen wurde, scheint wegen der genannten Vorteile, eine Erstellung von Lernzielen in dieser Arbeitsgruppe und eine anschließende longitudinale Integration in bestehende Systeme die sinnvollste und eine mit angemessenem Aufwand realisierbare Lösung.

Hierbei erscheint es förderlich, den Lehrenden keine Themen vorzuschreiben, sondern sie selbst entscheiden zu lassen, welche Themen in ihrem Fachbereich besonders relevant und lernenswert sind. Dies fördert außerdem das Bewusstsein und die Auseinandersetzung der Lehrenden selbst mit der Thematik „gender“. Auch interne Fortbildungen zum Thema Gender erscheinen in diesem Sinne eine geeignete Option.

Eine nützliche Neuerung wäre außerdem, den Genderaspekt in der Lehre zum festen Teil der regelmäßigen Evaluationen durch die Studierenden werden zu lassen, um einerseits weiter das Bewusstsein der Studenten zu schärfen, als auch den Erfolg der Curriculumsreformierungen überprüfen zu können.

Vergleichbar mit den in Hannover stattfindenden Workshops, findet in Düsseldorf seit 2007 jährlich ein sogenannter "Gender-Day" statt, ein durch die Ärztekammer Nordrhein zertifiziertes Fachsymposium zum Thema Gender, an dem Experten verschiedener Fach-

---

<sup>3</sup><http://gender.charite.de/studium/eugim/>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.4

<sup>4</sup><https://www.mh-hannover.de/index.php?id=25961&L=1>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.5

<sup>5</sup><http://gender.charite.de/institut/>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.6

gebiete Vorträge zu genderspezifischen Themen wie „Geschlechterunterschiede beim Informationsbedarf zur Krankenhauswahl“, „Männerdepressionen“ oder „Entscheidet das Geschlecht des Patienten und Arztes über den Therapieerfolg?“ halten. Auch ein Wahlfach „Frauen und Männer als Ärzte und Patienten“ besteht seit einigen Jahren und konnte als Blockpraktikum von Studenten besucht werden. Aktuell wird dieses Wahlfach jedoch nicht mehr angeboten.

Die Bildung eines eigenen Institutes für Gender-Medizin scheint, nimmt man Hannover und Berlin als Vorbilder, eine sinnvolle Entwicklung, die der Curriculumsentwicklung sehr zuträglich wäre.

Die von den medizinischen Universitäten Wien und Innsbruck entwickelte „Checkliste Gender & Medizin“ [48] kann sowohl bei wissenschaftlicher Forschung als auch bei der Entwicklung gendersensibler Curricula wertvolle Anregungen liefern und damit bei der Formulierung umfassender und hochwertiger Lernziele helfen. Adressiert werden unter anderem geschlechtssensible Sprache, Methodenwahl und geschlechtssensibler Umgang mit Forschungsergebnissen.

Auch Autoren einer Untersuchung der Universitäten Münster, Duisburg und Essen, die in Kapitel 4.4 beschrieben wurde, befürworten eine longitudinale Integration von Gender in das Curriculum [49].

### 5.3 Projekt „Männer, Frauen und Medizin (MFM)“

Aufbauend auf die bisher beschriebenen Ergebnisse, wurde an der Universität Düsseldorf ein Projekt zum Diversity Management mit dem Titel „Männer, Frauen und Medizin (MFM)“ ins Leben gerufen, welches Teil der gleichnamigen Arbeitsgemeinschaft<sup>6</sup> ist. Das Projekt ist, ähnlich der stattgehabten Untersuchung in drei Blöcke mit folgenden Zielen aufgeteilt:

**Sensibilisierung der Lehrenden:** Die Lehrenden sollen unter anderem im Rahmen des Forums „Gender in der Medizin 2014“ bezüglich der Relevanz des Themas geschult werden. Danach sollen aus jedem Themenbereich mindestens drei geschlechtsspezifische Lernziele identifiziert werden und diese mit Unterstützung der Lehrenden durch die Projektmitarbeiter implementiert werden. Des Weiteren soll ein Leitfaden zur fächerübergreifenden Implementierung genderspezifischer Themen entwickelt werden.

**Implementierung von Geschlechteraspekten im Curriculum Humanmedizin:** Zwecks der Integration von relevanten Aspekten in die Lehre soll das Thema „Chancen-

---

<sup>6</sup><http://www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungsbeauftragte/initiativen/ag-maenner-frauen-und-medizin-drittmittel-gefördert.html>, 9. Dezember 2016, Kopie in Anhang D.7

gleichheit für Studierende“ in das Leitbild Lehre der Medizinischen Fakultät aufgenommen werden. Außerdem sollen durch eine detaillierte Analyse Lernziele und Unterrichtskonzepte entwickelt werden.

**Sensibilisierung der Studierenden:** Zur Sensibilisierung der Studierenden sollen zukünftig alle Maßnahmen, Angebote und Veranstaltungen zum Thema genderspezifische Medizin auf einer Website gebündelt dargestellt werden. Außerdem ist ein Leistungsnachweis für Genderkompetenzen sowie eine Online-Evaluation der Lehrangebote der „AG Männer, Frauen und Medizin (MFM)“<sup>6</sup> geplant.

Die Arbeitsgemeinschaft wird extern durch die „Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie“ sowie die „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ unterstützt.

## 5.4 Erweiterung der Lernzielkataloge

Die Resultate der Untersuchung der Lernzielkataloge sowie der Studierenden- und Lehrendenbefragung wurden für die Erweiterung der bestehenden Lernzielkataloge genutzt. Hierdurch konnten insgesamt 110 relevante Lernziele aus insgesamt 22 klinischen und vorklinischen Fächern herangezogen werden. Nachdem die durch die Lehrenden genannten Lehrinhalte bei Mehrfachnennungen zu Themengruppen zusammengefügt wurden, konnten alle benannten Lernziele, die in Anhang C einzusehen sind, integriert werden. Sie sind in den folgenden Lernzielkatalogen mit einem Stern (\*) gekennzeichnet. Außerdem wurden sie durch Vorschläge aus der Literatur zum Thema Gender (z.B. [33, 34]), sowie aktuelle wissenschaftliche Artikel (z.B. [50, 51, 52]) ergänzt. Hierbei wurden v.a. Themen ausgewählt, die im Grundstudium eines Arztes und damit für die Grundlagen der Patientenversorgung besonders relevant sind. Darüber hinausgehende spezifische Details können in der Zeit eines Medizinstudiums nicht abgebildet werden und sollten aufgrund der Fülle an inzwischen erhobenen Genderthematiken Teil der entsprechenden Facharztweiterbildungen sein und werden.

Im Folgenden werden beispielhafte Entwürfe für die Erweiterung der bestehenden Lernzielkataloge bezüglich Genderthemen vorgestellt. Der Übersicht wegen, wurde auf die Aufführung der kompletten, d.h. nicht genderspezifischen Lernzielkataloge verzichtet und eine Beschränkung auf die relevanten Genderaspekte vorgenommen.

Bis auf die bereits beschriebenen, mit einem Sternchen (\*) markierten Lernziele der Lehrenden, handelt es sich hierbei um neue Lernziele. Jedes Lernziel ist ein Lernziel mit Genderbezug, die nicht genderspezifischen Lernziele werden nicht aufgeführt.



Weiter wurde auf einen Lernzielkatalog Gynäkologie verzichtet, da sich gynäkologische Themen in einigen Modulen wiederfinden und sich das Fach im Allgemeinen stärker auf Medizin im Sinne von „sex“ denn „gender“ beschränkt. Der Einfluss der Beziehung zwischen Patientin und Arzt bzw. Patientin und Ärztin im Versorgungskontext ist allerdings auch in diesem medizinischen Fachbereich beachtenswert; darauf soll (und kann) aber hier nicht vertieft eingegangen werden. Allgemeine Aspekte hierzu sollen in der Ausbildung in die Themenfelder ärztlicher Kommunikationsfähigkeiten im Fach Allgemeinmedizin integriert werden.

Durch die starke Ausrichtung auf den Patienten in seiner Gesamtheit und der damit verbundenen Gendersensitivität in fast jedem Themenschwerpunkt des Fachs, wurde im Lernzielkatalog Allgemeinmedizin stellvertretend für alle Fächer der komplette Lernzielkatalog des Fachs abgebildet. Bei den weiteren Fächern findet der Übersichtlichkeit wegen eine Beschränkung auf die fachspezifischen genderspezifischen Thematiken statt.

Zusammenfassende Details zu den folgenden Lernzielkatalogen:

- Die dargestellten Lernzielkataloge wurden komplett neu erstellt.
- Sie bestehen aus aktuellen Forschungsergebnissen, Literatur und in den Fragebögen erhobenen Themen.
- Die durch die Lehrenden in den Fragebögen vorgeschlagenen Themen sind mit einem Sternchen (\*) gekennzeichnet.
- Die Tabellen stellen jeweils nur genderspezifische Lernziele dar. Die einzige Ausnahme bildet das Fach Allgemeinmedizin.
- Hierdurch konnten 201 Lernziele aus 28 Fächern zusammengestellt werden.

Die vorgeschlagenen Lernziele sollen im Weiteren von der Arbeitsgemeinschaft der Curriculumreform überarbeitet und ergänzt werden, um ein neues, gendersensibles Curriculum zu gestalten.

**Allgemeinmedizin:** Das Fach Allgemeinmedizin zeigt sich durch den patientenzentrierten Ansatz der hausärztlichen Versorgung als besonders geeignet für die Integration von Genderaspekten. Aus diesem Grund wurden die Grundlagen der „Gender-Medizin“ im Lernzielkatalog dieses Faches integriert. Zur Veranschaulichung wird der bereits bestehende Lernzielkatalog in Tabelle 5.1 aufgeführt. Unter dem Punkt „Soziokulturelle Patientenzentrierung“ im überarbeiteten Lernzielkatalog (Tabelle 5.2) werden die für den Arztberuf besonders wichtigen soziokulturellen Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung und der Umgang mit medizinischen Leistungen im Allgemeinen behandelt. Auch ethische Aspekte des ärztlichen Handelns, der Zugang zu und Umgang mit rehabilitativen und präventiven Gesundheitsmaßnahmen sind Unterthemen. Viele der Themen, die im Fach Allgemeinmedizin im Überblick behandelt werden sollen, werden später in den einzelnen Fächern im Detail aufgegriffen. Beispielsweise sei hier das Thema „Gendersensible Pharmakotherapie“ als allgemeines Lernziel und das Thema „Dosisanpassung, Nebenwirkungen: Antiinfektiva, Benzodiazepine, Betablocker, Digitalis Zytostatika“ als Redundanz des Themas im Detail im Fach Spezielle Pharmakologie (Tabelle 5.28) genannt.

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Niedrig-Prävalenz-Bereich, Niedrig-Ausprägungs-Bereich – Folgen für Diagnostik u Therapie
	Abwartendes Offenhalten unter Meidung potentiell gefährlicher Verläufe
	Erlebte Anamnese
	Bedeutung und Nutzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses
	Aushandeln von Diagnostik und Behandlungskonzepten sowie Compliance – shared decision making
	Ziele des Patienten-Auftrages auf Hilfe: Schulmedizinische Hilfe vs Placebo-Medizin
	komplexe Entscheidungsfindung bei Berücksichtigung von Medizin, Psyche und soziokulturellen Faktoren (Mehrdimensionalität des Krankseins und Multimorbidität)
	Krankheitskonzepte von Patienten und Arzt
	Chronisch Krank - sein
	Ethische Aspekte in hausärztlicher Arbeit

Tabelle 5.1: Ursprünglicher Lernzielkatalog für das Fach Allgemeinmedizin

Metaebene	Themen
Allgemeinärztliches Tätigkeitsspektrum	Abwartendes Offenhalten
	Betreuungskontinuität
	Hausbesuche
	Kooperation mit anderen Disziplinen
	Ökonomie
	<b>Prävention *</b>
	Sozialrecht
Abwartendes Offenhalten	Sterbebegleitung
	Gefährliche Verläufe erkennen und abwenden
	Entscheidungen treffen
Diagnostik	Zeitmanagement
	<b>Erkrankungsdifferenzen und Prävalenz *</b>
	<b>Gendersensible Labordiagnostik</b>
	Psychische Aspekte und Somatisierung
	Risiken von Diagnostik
Therapie	Therapeutische Konsequenzen beachten
	Akzeptanz wenn Kuration nicht möglich
	<b>Gendersensible Pharmakotherapie</b>
	Interdisziplinäre Entscheidungsfindung
	Möglichkeiten, Shared-Decision-Making
Patientenvorstellung	Palliativmedizin
	Anamnese, Diagnostik, Therapie
Soziokulturelle Patientenzentrierung im Gender-Fokus	<b>Arzt-Patienten-Beziehung *</b>
	<b>Ethische Probleme</b>
	<b>Krankheitskonzepte</b>
	<b>Soziokulturelle Besonderheiten im Umgang mit bestimmten medizinischen Themen z.B. Genitalbeschneidung, Geschlechtsbestimmung von Feten *</b>
	<b>Soziokulturelle Konsequenzen medizinischer Diagnosen *</b>
	<b>Teilnahmen an Präventionsmaßnahmen</b>
	<b>Teilnahmen an Rehabilitationsmaßnahmen</b>
	<b>Zugang zu medizinischer Versorgung</b>

Tabelle 5.2: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Allgemeinmedizin (die mit Fettschrift markierten Lernziele sind hierbei die besonders auf Genderaspekte fokussierenden Themen; die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Allgemeine Pharmakologie:** Der genderspezifische Lernzielkatalog für das Fach Allgemeine Pharmakologie (Tabelle 5.3) beschäftigt sich mit den bereits in Kapitel 1 beschriebenen pharmakologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezüglich des Einschlusses in Studien [2], der Pharmakokinetik und Besonderheiten von Medikamenten in der Schwangerschaft. Aber auch verschiedene Verschreibungshäufigkeiten, z.B. von Schmerzmitteln, passen thematisch in diesen Lernzielkatalog [53]. Da von den Lehrenden für dieses Fach keine Lernziele genannt wurden, wurde der Lernzielkatalog gänzlich neu konzipiert.

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Besonderheiten in der Schwangerschaft
	Gender-Besonderheiten von pharm. Studien und kritische Bewertung [2]
	Einflussgrößen der Pharmakokinetik: Geschlecht, Alter z.B.[13, 12]
	Gender-Unterschiede im Um- und Zugang zu und mit Medikamenten z.B. Schmerzmedikation [53]

Tabelle 5.3: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Allgemeine Pharmakologie

**Anästhesie:** Da für das Fach Anästhesie keine Lernziele durch die Lehrenden genannt wurden, wurden die Lernziele sämtlich aus bekannten Forschungsergebnissen erstellt (Tabelle 5.4). Die Betreuung Schwangerer zur Entbindung aber auch zu nicht geburtshilflichen Operationen erfordert eine Abwägung zwischen regionalen und allgemeinen Anästhesieverfahren sowie Kenntnis über eine eventuell notwendige Aspirationsprophylaxe. Dieses Wissen ist nicht nur im Fachbereich Anästhesie sondern in nahezu allen anderen Fachbereichen von Bedeutung und ist aus diesem Grund Teil des beispielhaften Lernzielkataloges. Die bereits in Kapitel 1 beschriebene Differenz zwischen den Geschlechtern bezüglich der Empfindlichkeit für Opioide erscheint für Medizinstudenten ein wichtiges Lehrziel und wurde deswegen in die Lernziele aufgenommen [12]. Dass das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor für das Erleben einer postoperativen Übelkeit und postoperativen Erbrechen (englisch PONV: *postoperative nausea and vomiting*) ist, ist bekannt und gut erforscht und mit Sicherheit ein auch für Studenten sehr wichtiger Aspekt [54]. In mehreren Studien konnte bisher außerdem nachgewiesen werden, dass das schwere Krankheitsbild der Sepsis auf der Intensivstation v.a. Männer betrifft, wobei hier diskutiert wird, ob Sepsis Männer häufiger betrifft oder ob die Diagnose bei Frauen lediglich später oder nicht gestellt wird [55]. Dieses Wissen erscheint aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes und der möglichen Folgen für Frauen bei zu später Diagnose ein essenzielles Thema der genderspezifischen Lehre.

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Allg. und regionale Anästhesieverfahren in der Schwangerschaft
	Geschlechtsspez. Pharmakotherapie z.B. Opioide [12]
	PONV [54]
	Prävalenz und Therapie der Sepsis [55]

Tabelle 5.4: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Anästhesie

**Anatomie:** Die Themengebiete für das Fach Anatomie (Tabelle 5.5) stammen sämtlich aus den genannten Lernzielen der Lehrenden (vgl. Anhang C).

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Besonderheiten in der Schwangerschaft, Geburt *
	Geschlechtsspez. Anatomie: Leistenkanal, Urogenitaltrakt, ZNS*
	Zyklus, postmenopausale Veränderungen *
Spezielle Themen	Interaktion Vitamin D - Sexualsteroid *
	Neuroendokrines System, Hypothalamus *
	Visuelles System *

Tabelle 5.5: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Anatomie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Arbeits- und Sozialmedizin:** Die Themen geschlechtersensible Gefährdungsanalyse am Arbeitsplatz, Mutterschutz sowie typische Männer- bzw. Frauenberufe des Lernzielkataloges Arbeits- und Sozialmedizin (Tabelle 5.6) entstammen den Lehrzielangaben der Lehrenden (vgl. Anhang C). Im Themenblock Berufskunde soll neben der Gefährdungsanalyse für Ärztinnen und Ärzte auch auf die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung, die hierfür wichtigen Geschlechterrollen sowie soziokulturelle Besonderheiten eingegangen werden (z.B. [4, 5, 6, 8]). Der Themenkomplex „Soziokulturelle Aspekte von Berufskrankheiten“ beschäftigt sich mit den Themen Mutterschutz, Prävention, Rehabilitation und der Nutzung von Arbeitsschutzmaßnahmen (z.B. [56]).

Metaebene	Themen
Berufskunde	Arzt-Patienten-Beziehung
	Geschlechterrollen von Arzt und Patient
	Geschlechtersensible Gefährdungsanalyse am Arbeitsplatz z.B. für Schwangere *
	soziokulturelle Besonderheiten
Soziokulturelle Aspekte von Berufskrankheiten	Mutterschutz *
	Nutzung von Arbeitsschutzmaßnahmen
	Rehabilitation
	Typische Frauen- bzw. Männerberufe *
	Wahrnehmung von Gesundheitsberatung und -förderung, Präventionsangeboten

Tabelle 5.6: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Arbeits- und Sozialmedizin (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Biochemie:** Die Themen des Faches Biochemie (Tabelle 5.7) entstammen der Lehrendenbefragung (vgl. Anhang C).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Hormone *
	Immunologie und Schwangerschaft *

Tabelle 5.7: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Biochemie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Chirurgie:** Dass Männer und Frauen sowohl unterschiedliche perioperative Risiken für bestimmte Operationen [38, 57], als auch unterschiedliche hormonell-bedingte Voraussetzungen für Wundheilungsstörungen aufweisen [58], hat alltägliche Bedeutung und wurde deshalb im beispielhaften Lernzielkatalog Chirurgie integriert. Die unterschiedlichen Risikofaktoren, Symptome und auch z.B. die Altersverteilung über die Geschlechter bei der koronaren Herzkrankheit, gehört zu einem der wichtigsten genderspezifischen Themen des Studiums [59]. Bereits in Kapitel 4 wurde beschrieben, dass Frauen gegenüber Männern ein erhöhtes Risiko bei herzchirurgischen Operationen eingehen, einen größeren Transfusionsbedarf aufweisen und auch häufiger sterben [38]. Auch ist es wichtig zu wissen, dass Frauen signifikant häufiger an Erkrankungen der Schilddrüse leiden als Männer, um ihnen eine adäquate Diagnostik und Therapie zukommen zu lassen [60]. Aus diesen genannten Themen wurde ein erweiterter Lernzielkatalog erstellt (Tabelle 5.8).

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Perioperatives Risiko [57, 38]
	Wundheilung [58]
Herzchirurgie	Risikofaktoren und Symptome der KHK [59]
	erhöhte Mortalität, Bluttransfusionsbedarf etc. bei herzchirurg. Operationen [38]
Modul „Globusgefühl“	Schilddrüsenerkrankungen Prävalenz, Therapie [60]

Tabelle 5.8: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Chirurgie

**Dermatologie:** Für das Fach Dermatologie wurden von den Lehrenden keine Lehrziele angefügt, sodass der beispielhafte Lernzielkatalog gänzlich auf relevant erscheinende Forschungsergebnisse aus der Literatur gestützt ist. Es erscheint für Studenten wichtig zu wissen, dass Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Prävalenz und des Krankheitsverlaufes bestehen [61]. Auch Dermatosen die v.a. Schwangere betreffen bilden ein genderspezifisches Lehrziel [62]. Auch dass geschlechtsspezifische berufliche Exposition zu spezifischen Hauterkrankungen führen kann, erscheint ein wichtiges Thema [63]. Der genderspezifische Umgang mit Hautkrankheiten und ihren soziokulturellen Konsequenzen stellt ein weiteres wichtiges Thema des Lernzielkataloges dar [64] (Tabelle 5.9).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Einfluss von Hormonen auf die Haut u. genderspez. Prävalenzen [61]
	Dermatosen in der Schwangerschaft [62]
	Geschlechtsspez. Hauterkrankungen nach beruflicher Exposition [63]
	Komplikationen und Konsequenzen dermatologischer Erkrankungen [64]

Tabelle 5.9: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Dermatologie

**Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin:** Im Fach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (Tabelle 5.10) scheint es sinnvoll das ärztliche Selbstverständnis sowie die geschichtliche Entwicklung des Arztberufes abzuhandeln und hierbei auch Schwerpunkte auf die geschichtliche Entwicklung der Frau im Berufsbild Arzt zu legen. Auch die generelle Bedeutung von Geschlechterrollen für den Arztberuf und die Abgrenzung der Begriffe „gender“ und „sex“ können hier diskutiert werden.

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Ärztliches Selbstverständnis, geschichtliche Entwicklung des Arztberufes
	Begriffsklärung „gender“ u. „sex“
	Geschlechterrollen

Tabelle 5.10: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Geschichte, Theorie und Ethik

**Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde:** Im Fach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Tabelle 5.11) erscheint es wichtig zu lernen, dass Jungen häufiger von kindlichen Hörstörungen betroffen sind als Mädchen und auch Männer im Alter schlechter hören als Frauen [65, 66]. Die mit der Hörstörung einhergehende Minderung des Sprachverstehens führt regelmäßig zu niedrigerem Bildungsstand der Betroffenen, was eine genderspezifische Diagnostik und zügige Therapie auch aus volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten wichtig macht [67].

Metaebene	Themen
Gender u. Hören	Geschlechtsspez. Sprachentwicklung [65]
	Konsequenzen von Hör- und Sprachstörungen [67]

Tabelle 5.11: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach HNO

**Humangenetik:** Der Lernzielkatalog für das Fach Humangenetik (Tabelle 5.12) besteht hauptsächlich aus den durch die Lehrenden vorgeschlagenen Lehrziele (vgl. Anhang C), die bereits sehr umfangreich waren. Sie wurden lediglich um den Punkt Pränataldiagnostik ergänzt.

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Konsequenzen und Probleme pränataler Diagnostik
	Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung *
	Störungen der Geschlechtsdifferenzierung und Fertilität *
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Unterschiede z.B. kindl. Entwicklung o. Krankheiten
	Fragiles X-Syndrom *
	Mosaik im weibl. Organismus durch X-Inaktivierung *
	Neuromuskuläre Erkrankungen *
	X-chrom.-dom. Erkrankungen am Modell des RETT-Syndroms *

Tabelle 5.12: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Humangenetik (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Hygiene:** Die Lernziele für das Fach Hygiene (Tabelle 5.13) wurden den von den Lehrenden angegebenen Lernzielen entnommen (vgl. Anhang C).



Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Compliance u. Annahme präventiver Maßnahmen *
	Geschlechtsspez. risikobehaftete Verhaltensmuster *
	Geschlecht als Risikofaktor für Infektionskrankheiten (z.B. beatmungsassoziierte Infektionen) *
	Impfungen und Infektionen bei Schwangeren *

Tabelle 5.13: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Hygiene (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Immunologie:** Auch die Lernziele für das Fach Immunologie (Tabelle 5.14) stammen aus den Ergebnissen des Fragebogens (vgl. Anhang C).

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Autoimmunerkrankungen bei Frauen *
	Geschlechtsspez. Antigene *
	Geschlechtsspez. Proteinsynthese u. Abbauraten *
	Immunologie u. Immunsuppression in/ nach der Schwangerschaft *

Tabelle 5.14: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Immunologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Innere Medizin:** Für das Fach Innere Medizin (Tabelle 5.15) wurden von den Lehrenden vor allem Themen genannt, die im Block „**Allgemeine Themen**“ zu finden sind und dort, wie beschrieben, mit einem Stern versehen wurden (vgl. Anhang C). Dieser Themenbereich befasst sich mit allgemeinen Gender-Themen, die später im Detail in den einzelnen Themenblöcken oder auch in anderen Fächern wie z.B. der Speziellen Pharmakologie (Tabelle 5.28) wieder aufgegriffen werden.

Der Bereich „**Arzt-Patienten-Beziehung**“ soll die Besonderheiten in der Kommunikation mit Patienten anderer Kulturen und die Geschlechterrollen von Arzt und Patient beleuchten.

Im Fachbereich „**Gastroenterologie**“ inklusive der Module „Ikterus, Bauchschmerzen und Diarrhoe“ scheinen die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen mit z.B. der Tendenz, dass der M. Crohn eher bei Frauen, die Colitis Ulcerosa eher bei Männern auftritt, ein relevantes genderspezifisches Lernziel [68]. Auch die genderspezifischen Aspekte der Hepatitis, z.B. der erhöhten Sterblichkeit von Schwangeren bei einer Hepatitis E Infektion sind für angehende Mediziner von immenser Relevanz [69]. Auch gynäkologische Ursachen und Differentialdiagnosen zum Bauchschmerz bei Frauen wie extrauterine Schwangerschaft, Adnexitis und Zysten, können hier im Rahmen des Moduls „Bauchschmerzen“ beachtet werden. Die typische Geschlechterverteilung der primären biliären Zirrhose, von der Frauen bis zu zehn mal häufiger betroffen sind als Männer, gegenüber der primären sklerosierenden Cholangitis, die v.a. Männer betrifft ist ein weiteres wichtiges genderrelevantes Lernziel [70, 71].

Der Themenbereich „**Hämatologie**“ umfasst auch die Module „Anämie und Blutung“, weswegen hier die gynäkologische Differentialdiagnostik der Blutung besprochen werden sollte. Auch die genderspezifischen labormedizinischen Normwerte und die einhergehende geschlechtsspezifische Definition der Anämie, erscheinen hier ein sinnvolles Lehrziel. Anämie und Blutung als Komplikation einer antiokoagulativen Therapie ist ein weiteres genderspezifisches Thema, das bereits z.B. in Kapitel 1 angesprochen wurde [13]. Auch die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Gründe für eine Anämie scheint für die medizinische Ausbildung relevant [72].

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Demographischer Wandel und Folgen
	Geschlechtsspez. Ausprägung u. Symptomatik von Erkrankungen *
	Geschlechtsspez. Pathogenese von Erkrankungen *
	Geschlechtsspez. Pharmakotherapie *
	Krankheitskonzepte und -verarbeitung *
	Sozioökonomische Folgen von Krankheit *
Arzt-Patienten- Beziehung	Kommunikation mit Pat. anderer Kulturen *
	Geschlechterrollen von Arzt und Patient
Gastroenterologie, Modul "Ikterus", "Bauchschmerzen", "Diarrhoe",	Chron.-entzdl. Darmerkrankungen: M. Crohn, Colitis Ulcerosa [68]
	Hepatitis: Risikofaktoren, Schwangerschaft, vert. Übertragung [69]
	Gynäkologische Ursachen: EUG, Adnexitis, Zysten
	Gründe für weibliche und männliche Infertilität
	Primär sklerosierende Cholangitis u. primär biliäre Zirrhose [70, 71]
Hämatologie, Modul "Anämie", "Blutung"	Gyn. Blutungen: Schwangerschaft, prä- oder postmenopausal
	Normwerte
	Therapie und Komplikationen Antikoagulation [13]
	Ursachen nach Geschlecht [72]
Kardiologie, Angiologie, Modul "Herzstolpern", "Husten", "Hypertonie", "Ödeme", "Thoraxschmerz"	Diagnostik [37, 73]
	Herzinsuffizienz: Prävalenz, Therapie, Klappenerkrankungen, Risikofaktoren [74]
	Kardiomyopathien: Prävalenz, Therapie, Risikofaktoren [75]
	KHK: Epidemiologie, Risikofaktoren, Altersverteilung [38]
	pAVK: Prävalenz, Alters- und Geschlechterverteilung, Therapie, Leidensdruck [76, 77]
	Rhythmusstörungen Inzidenz, Therapie [78]
	Therapie, Dosierungen z.B. [13, 79]
	Thrombose: Prävalenz, Therapie, Risikofaktoren [80]
Nephrologie	HWI und Zystitis bei Frauen
	Nephrolog. Komplikationen bei Schwangeren [81, 82]
Onkologie, Modul "Fieber", "Gewichtsverlust" und "LK-Schwellung" [83]	HIV-Infektion z.B. Ursachen durch Lebensumstände *
	Inzidenz von Tumoren nach Geschlecht, Alter
	Risikofaktoren
	Therapieansprechen und -optionen, Schmerztherapie, Lebensqualität [84, 85]
	Unterschiede in der Ernährung und Folgen [86]
Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen [87]	
Pulmonologie, Modul "Luftnot", "Husten"	Asthma [88, 89]
	Lungenembolie Prävalenz, Ursachen [80, 90]
	Risikofaktoren
Rheumatologie, Modul "Dickes Gelenk" [91]	Geschlechtsspez. Prävalenz und Inzidenz *[92]
	Nutzung von Therapie- und Rehabilitationsangeboten [93]
	Rheumatische Systemerkrankungen z.B. Wahrscheinlichkeit, Therapie, Konsequenzen z.B. [94]
	Rheumatologische Erkrankungen und Schwangerschaft [94]
	Therapieerfolge [95]

Tabelle 5.15: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Innere Medizin (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

Im Themenblock „**Kardiologie und Angologie**“, das nach dem bisherigen Curriculum die Module „Herzstolpern, Husten, Hypertonie, Ödeme und Thoraxschmerz“ umfasste, finden sich einige besonders relevante genderspezifische Themen: Dass die kardiologische Diagnostik beispielsweise bei Frauen weniger sensibel ist und Frauen auch bei gleichen Symptomen deutlich seltener koronarangiographiert werden, sind wissenswerte Aspekte zur besseren kardiologischen Versorgung von Frauen [37, 73]. Betrachtet man das Thema Herzinsuffizienz, ist es beispielsweise sinnvoll zu wissen, dass Frauen ein dreifach erhöhtes Risiko für Herzinsuffizienz auf Grundlage einer Hypertension aufweisen, während dies bei Männern nur zweifach erhöht ist [74]. Auch bei Kardiomyopathien gibt es genderspezifische Unterschiede. Ein interessantes Thema könnte hier z.B. die post bzw. peripartale Kardiomyopathie junger Frauen sein [75]. Das Thema KHK und seine Wichtigkeit wurde bereits beim Lernzielkatalog Chirurgie beschrieben [38]. Auch bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) unterscheiden sich die Geschlechter bezüglich der Epidemiologie, so zeigen Frauen beispielsweise durchschnittlich 10 Jahre später als Männer die typische Claudicatio intermittens und sind dann im späteren Alter über 65 Jahren stärker von einer pAVK betroffen als Männer [76]. Auch steigern die Risikofaktoren gestörte Glukosetoleranz und Nikotinabusus die Wahrscheinlichkeit einer Manifestation einer pAVK bei älteren Frauen deutlich stärker als bei Männern [77]. Vorhofflimmern als häufigste persistierende Arrhythmieform betrifft besonders Männer, was jedoch durch die erhöhte Anzahl von Frauen in den höheren Altersgruppen in absoluter Anzahl wieder ausgeglichen wird [78]. Die Relevanz von Besonderheiten bezüglich der Pharmakotherapie wurde bereits an mehreren Stellen erwähnt (z.B. [13, 79]). Neben Prävalenz und Therapie der Thrombose scheint der Zusammenhang mit der Einnahme oraler Kontrazeptiva ein sinnvolles Lernziel [80].

Im Block „**Nephrologie**“ soll es einerseits um den Harnwegsinfekt und die Zystitis der Frau, andererseits um nephrologische Komplikationen bei Schwangeren, z.B. Nierenversagen bei HELLP-Syndrom oder die Lupus-Nephritis gehen [81, 82].

Im Themenbereich „**Onkologie**“ erscheint es sinnvoll, Inzidenzen von Tumoren nach Geschlecht und Alter zu lehren, z.B. nach dem Krebsregister des Robert Koch Institutes. Die unterschiedliche Verteilung von Risikofaktoren, z.B. Alkohol- oder Nikotinkonsum oder beruflicher Exposition, hängt eng mit den Inzidenzen zusammen. Auch genderspezifische Therapieoptionen und unterschiedliches Ansprechen sind wichtige Lernziele, als Beispiel sei hier z.B. das Zytostatikum 5-Fluorouracil genannt, was beim kolorektalen Carcinom bei Frauen bei höherer Toxizität einen 10% Überlebensvorteil gegenüber Männern erzielt [84]. Auch dass Frauen häufiger psychoonkologische Angebote wahrnehmen, ist ein interessanter Aspekt [85]. Interessant ist außerdem, dass Frauen Vorsorgeuntersuchungen deutlich häufiger wahrnehmen als Männer [87].

Da im gleichen Themenbereich auch das Modul „Gewichtsverlust“ integriert ist, bietet sich das Thema der genderspezifischen Ernährung und die einhergehenden Folgen und Probleme als Lehrziel an. Beispielsweise könnte hier die Anorexia nervosa besprochen werden, die v.a. junge Frauen zwischen 15 und 35 Jahren betrifft [86].

Im Themenfeld „**Pulmonologie**“ sollten die genderspezifischen Unterschiede beim Krankheitskomplex Asthma behandelt werden, von dem Frauen häufig schwerer betroffen sind als Männer und v.a. in jungen Jahren eine schlechtere Kontrolle über die Asthmaanfälle ausüben [88, 89]. Die Prävalenz der Lungenarterienembolie, die v.a. junge Frauen betrifft und sich im mittleren Lebensalter den männlichen Fallzahlen annähert, scheint bei den jungen Frauen auf orale Kontrazeptiva zurückzuführen zu sein [80, 90]. Die genderspezifischen Aspekte der Risikofaktoren für pulmologische Erkrankungen z.B. dem Konsum von Zigaretten, können ebenfalls hier abgehandelt werden.

Der Themenkomplex „**Rheumatologie**“ sollte sich mit der Prävalenz rheumatischer Erkrankungen beschäftigen, von denen Frauen besonders oft betroffen sind [92], auch die unterschiedliche Nutzung von Rehabilitationsangeboten ist ein interessantes Lehrziel [93]. Auch rheumatische Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, z.B. die erhöhte Fehlgeburtsrate bei Lupus erythematodes könnten hier besprochen werden [94]. Auch interessant ist der Aspekt, dass Männer im Durchschnitt besser auf die rheumatologische Therapie anzusprechen scheinen [95].

**Klinische Chemie:** Für das Fach Klinische Chemie (Tabelle 5.16) wurden von den Lehrenden keine Lehrziele genannt, sodass auch dieser Lernzielkatalog beispielhaft aus Literaturdaten neu erstellt wurde. Die Besonderheiten im Labor schwangerer Frauen, sowie die Diagnostik wichtiger schwangerschaftsassoziierter Erkrankungen wie z.B. dem HELLP-Syndrom, erscheinen von großer Wichtigkeit [81]. Auch Gerinnungsstörungen wie z.B. die Hämophilie, die durch den x-rezessiven Erbgang v.a. Männer betrifft und ihre Diagnostik ist ein sinnvolles genderspezifisches Lernziel [96]. Dass es für Studenten wichtig ist zu wissen, dass Normwerte des Labors nicht nur vom Geschlecht sondern auch vom Alter abhängen, bedarf keiner weiteren Erklärung.

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Besonderheiten in der Schwangerschaft z.B.[81]
	Häufigkeiten von Erkrankungen der Gerinnung z.B. [96]
	Normwerte nach Geschlecht und Alter

Tabelle 5.16: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Klinische Chemie

**Medizin des Alterns:** Die Lernziele des Faches Medizin des Alterns (Tabelle 5.17) stammen teilweise aus den vorgeschlagenen Lehrzielen (vgl. Anhang C) und wurden durch weitere Themen ergänzt. Die Themen „kindliche Sprachentwicklung“, „psychogene u. funktionelle Stimmstörungen“, „Stimmalterung“ sowie „Transsexualismus und Stimmangleichung“ wurden von den Lehrenden vorgeschlagen. Die „Feminisierung des Alters“, die mit dem demographischen Wandel und der damit verbundenen Verteilung der Geschlechter einhergeht erfordert eine geschlechtsspezifische Analyse von Mortalität, Morbidität und Pflegebedürftigkeit [97]. Auch die hiermit einhergehende Multimorbidität sollte genderspezifisch beleuchtet werden [98]. Osteoporose, die Frauen im Alter bis zu doppelt so häufig betrifft wie Männer, ist nicht nur aus genderspezifischer Perspektive ein interessantes Thema, sondern spielt auch sozioökonomisch eine entscheidende Rolle [99]. Des Weiteren ist der Zugang zu medizinischer Versorgung, die genderspezifische Diagnostik und auch die geschlechtsspezifische Nutzung von Pflegemaßnahmen ein neuer Punkt des erarbeiteten Lernzielkataloges [100, 101].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Analyse von Mortalität, Morbidität, Pflegebedürftigkeit [97]
	Kindliche Sprachentwicklung *
	Multimorbidität [98]
	Osteoporose [99]
	Präventionsmaßnahmen und Zugang zu med. Versorgung im Alter [100, 101]
	Psychogene und funktionelle Stimmstörung bei Frauen und Männern *
	Stimmalterung bei Frauen und Männern *
	Stoffwechsel und Verteilungsvolumen
	Transsexualismus und Stimmangleichung (operativ, konservativ) *

Tabelle 5.17: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Medizin des Alterns (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Med. Psychologie und Soziologie:** Die Themen des Faches Medizinische Psychologie & Soziologie (Tabelle 5.18) entstammen den vorgeschlagenen Lernzielen durch die Lehrenden (vgl. Anhang C).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Betreuung kranker Familienmitglieder *
	Compliance *
	Doppelbelastung Beruf und Familie *
	Geschlechterrolle als Aspekt der Ausübung des ärztl. Berufes *
	Prävention *
	Umgang mit Gesundheit und Krankheit *

Tabelle 5.18: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Medizinische Psychologie & Soziologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Mikrobiologie:** Auch die Themen der Mikrobiologie (Tabelle 5.19) stammen aus den Vorschlägen der Lehrenden (vgl. Anhang C).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Infektionskrankheiten bei Mann u. Frau, insb. STD *
	Vertikale Infektionen, Infektionen in der Schwangerschaft *

Tabelle 5.19: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Mikrobiologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Neurologie:** Für das Fache Neurologie wurden von den Lehrenden (vgl. Anhang C) vielfältige Lehrziele vorgeschlagen, die in den beispielhaften Lernzielkatalog (Tabelle 5.20) aufgenommen wurden. So sollen z.B. die unterschiedlichen Symptome und das schlechtere Outcome von Frauen beim Hirninfarkt hier gelehrt werden [102]. Auch der geschlechterspezifische Umgang mit den Konsequenzen neurologischer Erkrankungen könnte hier abgehandelt werden [103].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Emotionale Störungen bei M. Parkinson *
	Epileptische Therapie in der Schwangerschaft *
	Hirninfarkt, zerebr. Blutungen: Pathogenese, Risikofaktoren, Therapie *
	Multiple Sklerose in Schwangerschaft und Stillzeit *
	Neuromuskuläre Erkrankungen: Genetik *
	Umgang und Konsequenzen neurologischer Erkrankungen

Tabelle 5.20: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Neurologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Pädiatrie:** Die Lernziele für das Fach Pädiatrie (Tabelle 5.21) stammen hauptsächlich aus den Vorschlägen der Lehrenden: Geschlechtsspez. Pathogenität von Virusinfektionen, HIV und seine Prävalenz sowie vertikale Übertragung, Infektionen in der Schwangerschaft als auch sexuell übertragbare Erkrankungen und die Konsequenzen von sexuellem Missbrauch wurden in den Fragebögen vorgeschlagen (vgl. Anhang C). Ein weiteres Lernziel könnten Pseudo- und Hermaphroditismus sowie das androgenitale Syndrom sein.

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Pathogenität von Virusinfektionen *
	Hermaphroditismus, Pseudohermaphroditismus, adrenogenitales Syndrom
	HIV: Prävalenz, vertikale Übertragung, Symptomatik, Therapie *
	Infektionen in der Schwangerschaft *
	Sexuell übertragbare Erkrankungen, Konsequenzen sex. Missbrauch *

Tabelle 5.21: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Pädiatrie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Pathologie:** Die Ergebnisse der Fragebögen (vgl. Anhang C) dienen der Erstellung des beispielhaften Lernzielkataloges für das Fach Pathologie (Tabelle 5.22).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Unterschiede in Häufigkeit von Muskel- und Tumorerkrankungen, Metastasierung *
	HIV: Verlaufsformen bei Frauen und Männern *
	Präventionsmaßnahmen, Krebsvorsorgeuntersuchungen: Geschlechtsspez. Akzeptanz *

Tabelle 5.22: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Pathologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Physiologie:** Im Fach Physiologie (Tabelle 5.23) würden sich die Themen Hormonhaushalt, Zyklus und Fortpflanzung und Schwangerschaft anbieten, die verdeutlichen, dass in der Medizin wenig Themengebiete rein dem Thema „gender“ zuzuordnen sind und fast immer auch von dem Thema „sex“ beeinflusst werden (vgl. Kapitel 1).

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Hormonhaushalt, Zyklus
	Fortpflanzung und Schwangerschaft

Tabelle 5.23: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Physiologie



**Prävention:** Aufgrund fehlender Lernziele durch die Lehrenden, wurde der Lernzielkatalog für das Fach Prävention (Tabelle 5.24) gänzlich neu erstellt. Er umfasst die Themen „geschlechtsspezifische Risiken und Risikoverhalten“, „soziokulturelle Aspekte in Umgang und Verfügbarkeit medizinischer Angebote“ [104] sowie „Wahrnehmungsverhalten präventiver Maßnahmen“ [105].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Risiken, Risikoverhalten
	Soziokulturelle Aspekte in Umgang u. Verfügbarkeit med. Angebote [104]
	Wahrnehmungsverhalten präventiver Maßnahmen [105]

Tabelle 5.24: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Prävention

**Psychiatrie/ Psychosomatik:** Im Fach Psychiatrie (Tabelle 5.25) wurden von den Lehrenden vielfältige und umfassende Lernziele vorgeschlagen, die im folgenden Lernzielkatalog in die zwei thematischen Blöcke „gendersensible u. soziokulturelle Patientenzentrierung“ und „Sexualität“ aufgeteilt wurden (vgl. Anhang C). Während sich der erste genannte Themenkomplex v.a. mit gendersensiblen Umgang mit wichtigen psychiatrischen Themenfelder wie z.B. Kommunikation, Stigmatisierung, Suchterkrankungen und Suizidalität sowie der genderspezifischen psychiatrischen Pharmakotherapie beschäftigt, behandelt der Komplex „Sexualität“ Themen wie Geschlechtsidentitätsstörungen, sexuelle Devianz und Dysfunktion.

Metaebene	Themen
Gendersensible u. soziokulturelle Patientenzentrierung	Anamnese, Symptomatik
	Diagnostik z.B. männl/ weibl. Depression, Essstörungen *
	Gendersensible Kommunikation
	Inzidenz u. Prävalenz psych. Störungen nach kulturellen Aspekten, Geschlecht und Alter *
	Krankheitskonzepte *
	Medikamentennebenwirkungen und Besonderheiten in der Pharmakotherapie *
	Stigmatisierung und Umgang mit psych. Erkrankungen *
	Therapie z.B. Psychotherapieform, Suchterkrankungen *
	Traumaverarbeitung, Traumatisierung in der Kindheit, PTBS *
	Umgang mit Emotionen und Leistung *
	Umgang mit Tod und Sterben *
	Umgang mit und Gründe für suizidales Verhalten *
	Versorgungsaspekte z.B. gemischtgeschl. geschl. Station *
Sexualität	Geschlechtsidentitätsstörungen *
	Forensische Aspekte *
	Sexualdevianz *
	Sexuelle Dysfunktion *
	Sexuelle Dysfkt. als Nebenwirkung der Pharmakotherapie *

Tabelle 5.25: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Psychiatrie/ Psychosomatik (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Radiologie:** Die Punkte genderspezifischen Strahlenexposition sowie Kinderradiologie stammen aus den Ergebnissen der Fragebögen (vgl. Anhang C) und wurden in das beispielhafte Curriculum der Radiologie integriert (Tabelle 5.26). Doch auch die genderspezifische Diagnostik von z.B. Tumoren durch Mammographie und andere Untersuchungen sowie die Osteoporosediagnostik sollten Teil der radiologischen Lehre sein [106].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Kinderradiologie z.B. zur Bestimmung des Skeletalters *
	Strahlenexposition und geschlechtsspez. Auswirkungen *
	Strahlenexposition in der Schwangerschaft *
	Women's Imaging: Mammographie, Osteoporosediagnostik, Tumorsuche

Tabelle 5.26: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Radiologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Rechtsmedizin:** Die Ergebnisse der Fragebögen (vgl. Anhang C) wurden weiter zur Erstellung der Lernziele für das Fach Rechtsmedizin genutzt (Tabelle 5.27).

Metaebene	Themen
Allgemeine Themen	Beurteilung geschlechterspez. Behandlungsfehler *
	Gendersensible Kommunikation, Therapie, Untersuchung *
	Versorgung von Opfern häuslicher Gewalt *
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. forensische Altersdiagnostik *
	Pharmakokinetik und -dynamik forensich-relevanter Stoffgruppen *

Tabelle 5.27: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Rechtsmedizin (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

**Spezielle Pharmakologie:** Der Lernzielkatalog für das Fach Spezielle Pharmakologie (vgl. Tabelle 5.28) wurde gänzlich neu gestaltet und beinhaltet im Gegensatz zur allgemeinen Pharmakologie Details zu bestimmten, häufig verschriebenen und genutzten Medikamenten, für die bereits genderrelevante Unterschiede beschrieben wurden und die für das Studium von großer Relevanz sind [12, 13, 79, 107, 108]. Auch Unterschiede im Phase I- und II-Metabolismus erscheint ein wichtiges Lernziel der speziellen Pharmakologie [35].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Dosisanpassung, NW: Antiinfektiva, Benzodiazepine, Betablocker, Digitalis Zytostatika z.B. [79, 107]
	Erhöhtes Blutungsrisiko bei Frauen unter Antikoagulationstherapie [13]
	Opioide: Dosierung, Nebenwirkung, Schmerzfreiheit [12]
	Psychopharmaka: Verschreibungsverhalten, Wirkstoffgruppen, Dosierungen z.B. [108]
	Unterschiede in Phase-I- und II-Metabolismus [35]

Tabelle 5.28: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Spezielle Pharmakologie

**Urologie:** Die urologischen Lernziele (Tabelle 5.29) entstammen hauptsächlich den genannten Lehrzielen durch die Lehrenden (vgl. Anhang C). Der Punkt „Stigmatisierung und psych. Konsequenzen“ wurde aufgrund seiner immensen Bedeutung neu hinzugefügt [109].

Metaebene	Themen
Spezielle Themen	Geschlechtsspez. Diagnostik Schmerzen im Unterbauch *
	Harninkontinenz: Prävalenz, Therapie, Ätiologie *
	Stigmatisierung und psych. Konsequenzen [109]

Tabelle 5.29: Gender-Erweiterung des Lernzielkataloges für das Fach Urologie (die mit \* markierten Lernziele wurden den durch die Lehrenden genannten Lernzielen entnommen)

## 6 Fazit

Obwohl Gender immer stärker in das Bewusstsein der Forschung rückt, ist die Thematik noch nicht ausreichend in die Ausbildung von Mediziner\*innen integriert. Es ist jedoch essenziell, in der Ausbildung die Grundlagen für die in der Facharzt\*innenbildung zu vertiefenden Aspekte einer ganzheitlichen Patientenversorgung zu gestalten.

In einer ausführlichen Analyse von Lernzielkatalogen, sowie durch Befragungen von Studierenden und Lehrenden der Universität Düsseldorf, wurde erstmals das komplette Lehrangebot, in der Gesamtheit der drei genannten Säulen der Lehre, untersucht.

Die Untersuchung zeigte, dass Gender bisher nur eine mäßige Integration in die Lehre der Universität erfährt. In der Wahrnehmung zeigen sich signifikante Geschlechterunterschiede: Während sowohl weibliche Studierende als auch weibliche Lehrende dem Thema allgemein offener gegenüber stehen und für die Thematik bereits eine gewisse Sensibilität entwickelt haben, sind es vor allem die Männer, die Gender als eher unwichtig ansehen. Gerade hier muss gendersensible Aufklärungsarbeit geleistet werden, um den Grundbaustein für eine umfassende Lehre legen zu können. Dies erscheint besonders wichtig, wenn bewusst wird, dass Gender nicht nur Männer und Frauen als Ärzte und Ärztinnen betrifft, sondern auch als Patienten und Patientinnen. Außerdem muss hier entgegen gewirkt werden, dass Gender als weibliche Domäne wahrgenommen wird.

Basierend auf den aus der Untersuchung entstandenen Kenntnissen, ist eine Curriculumreform definitiv zu befürworten. Bevor Gender nicht Teil der Lernzielkataloge und wenn möglich auch der Gegenstandskataloge für die Staatsexamina ist, wird das Thema wohl keinen völligen Einzug in die Lehre halten können. Eine „natürliche“ Integration in den Lehralltag erscheint, vor allem in Hinblick auf das Ziel Gender als „natürlichen“ Aspekt der Patientenversorgung zu begreifen, sinnvoll. In diesem Sinne sollte eine Integration in die bestehende Lerninfrastruktur anstelle eines isolierten „Gender-Kurses“ angestrebt werden. Auch eine Aufnahme in die Gegenstandskataloge für die medizinischen Staatsexamina muss gefordert werden, um Gender auch „offiziell“, d.h. prüfungesrelevant, festigen zu können.

Die erarbeiteten Entwürfe zur Ergänzung der Lernziele um Gender-Aspekte werden in die Curriculumreform der Universität Düsseldorf einfließen. Eine weitere Diskussion, Überarbeitung sowie Erweiterung durch die Lehrenden der entsprechenden Fachbereiche wird für das neue Curriculum nötig sein. Diese Maßnahmen können das Fundament für eine gendersensible und patientenzentrierte Ausbildung der Düsseldorfer Medizinstudenten legen.

# Literaturverzeichnis

- [1] WHO Department of Gender, Women and Health, „Overview of activities: Department of Gender, Women and Health,” Jan. 2008.
- [2] P. Thürmann, „Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakotherapie,” in *Gender Medizin*, Rieder und Lohff, Hrsgg. Springer, 2008, S. 31–47.
- [3] B. Winklbauer, N. Ebner und G. Fischer, „Psychiatrie,” in *Gender Medizin*, Rieder und Lohff, Hrsgg. Springer, 2008, S. 289–330.
- [4] K. E. Hauer, C. Boscardin, N. Gesundheit, A. Nevins, M. Srinivasan und A. Fernandez, „Impact of student ethnicity and patient-centredness on communication skills performance,” *Med Educ*, Vol. 44, S. 653–661, July 2010.
- [5] H. Powell, J. Bridge, S. Eskesen, F. Estrada und M. Laya, „Medical students’ self-reported experiences performing pelvic, breast, and male genital examinations and the influence of student gender and physician supervision,” *Acad Med.*, Vol. 81, Nr. 3, S. 286–9, Mar. 2006.
- [6] M. Wahlqvist, R. K. Gunnarsson, G. Dahlgren und S. Nordgren, „Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference,” *Med Teach*, Vol. 32, S. e191–198, 2010.
- [7] B. Babitsch, T. Braun, T. Borde und M. David, „Doctor’s perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play?” *BMC Health Serv Res*, Vol. 8, S. 82, 2008.
- [8] B. L. Lovell, R. T. Lee und C. M. Brotheridge, „Interpersonal factors affecting communication in clinical consultations: Canadian physicians’ perspectives,” *Int J Health Care Qual Assur*, Vol. 25, Nr. 6, S. 467–482, 2012.
- [9] M. Barsch und A. Otte, „The legal standards for the radioactive or non radioactive drugs research and approval in the European Community and in Germany after the thalidomide catastrophe,” *Hell J Nucl Med*, Vol. 13, Nr. 1, S. 45–51, 2010.
- [10] P. A. Thürmann und B. C. Hompesch, „Influence of gender on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs,” *Int J Clin Pharmacol Ther*, Vol. 36, Nr. 11, S. 586–590, Nov 1998.
- [11] B. Evelyn, T. Toigo, D. Banks, D. Pohl, K. Gray, B. Robins und J. Ernat, „Women’s Participation in Clinical Trials and Gender-Related Labeling: A Review of New Molecular Entities Approved 1995-1999,” U.S. Food and Drug Administration, 2001.
- [12] H. Pleym, O. Spigset, E. D. Kharasch und O. Dale, „Gender differences in drug effects: implications for anesthesiologists,” *Acta Anaesthesiol Scand*, Vol. 47, S.

- 241–259, Mar. 2003.
- [13] P. M. Ridker, N. R. Cook, I. M. Lee, D. Gordon, J. M. Gaziano, J. E. Manson, C. H. Hennekens und J. E. Buring, „A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women,” *N. Engl. J. Med.*, Vol. 352, Nr. 13, S. 1293–1304, Mar 2005.
- [14] J. S. Berger, M. C. Roncaglioni, F. Avanzini, I. Pangrazzi, G. Tognoni und D. L. Brown, „Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: a sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials,” *JAMA*, Vol. 295, Nr. 3, S. 306–313, Jan 2006.
- [15] K. P. Alexander, A. Y. Chen, L. K. Newby, J. B. Schwartz, R. F. Redberg, J. S. Hochman, M. T. Roe, W. B. Gibler, E. M. Ohman und E. D. Peterson, „Sex differences in major bleeding with glycoprotein IIb/IIIa inhibitors: results from the CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress ADverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) initiative,” *Circulation*, Vol. 114, Nr. 13, S. 1380–1387, Sep 2006.
- [16] Land Nordrhein-Westfalen, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum Düsseldorf, „Zielvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen - vertreten durch das Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie-, der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und dem Universitätsklinikum Düsseldorf,” 2006.
- [17] Land Nordrhein-Westfalen, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, „Ziel- und Leistungsvereinbarung IV (2012-2013) zwischen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen,” 2012.
- [18] WHO Department of Gender, Women and Health, „Gender, women and primary health care renewal,” S. 15, 2010.
- [19] Commonwealth Secretariat, „Gender Mainstreaming in the Health Sector. Experiences in Commonwealth Countries.”
- [20] Bundesärztekammer, „Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt VI: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer,” *Dtsch Arztebl International*, Vol. 109, Nr. 22-23, S. A-1181–1186, 2012.
- [21] S. Weinbrenner, S. Lonnfors und B. Babitsch, „Gender: new methodological approaches in guideline development,” *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, Vol. 104, Nr. 7, S. 547–553, 2010.
- [22] A. C. Brodkey und D. L. Shaw, „Women’s health competencies in the undergraduate psychiatry curriculum: past and future,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Vol. 187, S.

- S15–18, Sep. 2002.
- [23] M. A. Lumsden und I. M. Symonds, „New undergraduate curricula in the UK and Australia,” *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Vol. 24, S. 795–806, Dec 2010.
- [24] P. Verdonk, L. J. Mans und A. L. Lagro-Janssen, „Integrating gender into a basic medical curriculum,” *Med Educ*, Vol. 39, S. 1118–1125, Nov 2005.
- [25] B. Miemietz, L. Burruano und L. Verner, „Integration geschlechterspezifischer Inhalte in das Medizincurriculum - Ein Projekt zur Qualitätssteigerung der Lehre an der Medizinischen Hochschule Hannover,” *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterforschung*, Vol. 2, 2007.
- [26] J. Busch, B. Babitsch, B. Dohnke, J. Begenau, V. Braun, M. Dören, V. Regitz-Zagrosek und J. Fuchs, „Integration geschlechtsspezifischer Inhalte in die Lehre der Charite - Universitätsmedizin Berlin,” *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 24, Nr. 3, Aug. 2007.
- [27] S. Keitt, C. Wagner, C. Tong und S. Marts, „Positioning women’s health curricula in US medical schools,” *MedGenMed.*, Vol. 5, Nr. 2, S. 40, Mai 2003.
- [28] G. Risberg, K. Hamberg und E. E. Johansson, „Gender awareness among physicians—the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school,” *BMC Med Educ*, Vol. 3, S. 8, Okt. 2003.
- [29] G. Risberg, E. E. Johansson, G. Westman und K. Hamberg, „Gender in medicine - an issue for women only? A survey of physician teachers’ gender attitudes,” *Int J Equity Health*, Vol. 2, S. 10, Nov. 2003.
- [30] J. Henrich und C. Viscoli, „What do medical schools teach about women’s health and gender differences?” *Acad Med.*, Vol. 81, Nr. 5, S. 476–82, Mai 2006.
- [31] B. Zelek, S. Phillips und Y. Lefebvre, „Gender sensitivity in medical curricula,” *CMAJ*, Vol. 156, S. 1297–1300, Mai 1997.
- [32] B. Babitsch, J. Fuchs, S. Boral, J. Busch und C. Hägele, „Entwicklung von geschlechterspezifischen Lernzielen für die medizinische Ausbildung an der Charité - Universitätsmedizin Berlin,” 2006.
- [33] A. Rieder und B. Lohff, *Gender Medizin*. Springer Verlag, 2008, Vol. 2.
- [34] D. A. Voß, *Frauen sind anders krank als Männer*. Irisiana, 2007.
- [35] R. Wolbold, K. Klein, O. Burk, A. K. Nussler, P. Neuhaus, M. Eichelbaum, M. Schwab und U. M. Zanger, „Sex is a major determinant of CYP3A4 expression in human liver,” *Hepatology*, Vol. 38, S. 978–988, Oct 2003.
- [36] D. A. Voß, „Der kleine Unterschied bestimmt die Kur - Wie Medikamente verordnet werden,” in *Frauen sind anders krank als Männer*, D. A. Voß, Hrsg. Irisiana,

- 2007, S. 115–117.
- [37] A. Arbogast und U. Sechtem, „Geschlechtsunterschiede im Aussagewert der Diagnostik der KHK,” in *Die koronare Herzkrankheit der Frau*, J. Brachmann und H. Medau, Hrsgg. Steinkopff Verlag, 2002, S. 137–147.
- [38] J. Butterworth, R. James, R. Prielipp, J. Cerese, J. Livingston und D. Burnett, „Female gender associates with increased duration of intubation and length of stay after coronary artery surgery. CABG Clinical Benchmarking Database Participants,” *Anesthesiology*, Vol. 92, S. 414–424, Feb. 2000.
- [39] P. Verdonk und T. Lagro-Janssen, *Gender Awareness in Medical Students - Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale*. Radboud Universiteit Nijmegen, 2005.
- [40] P. Verdonk, L. Mans und T. Lagrojanssen, „How is gender integrated in the curricula of Dutch medical schools? A quickscan on gender issues as an instrument for change,” *Gender and Education*, Vol. 18, Nr. 4, S. 399–412, July 2006.
- [41] J. Andersson, P. Verdonk, E. E. Johansson, T. Lagro-Janssen und K. Hamberg, „Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students—results from a questionnaire,” *BMC Med Educ*, Vol. 12, S. 3, 2012.
- [42] J. Harreiter, H. Wiener, H. Plass und A. Kautzky-Willer, „Perspectives on gender-specific medicine, course and learning style preferences in medical education: a study among students at the Medical University of Vienna,” *Wien Med Wochenschr*, Vol. 161, S. 149–154, Mar. 2011.
- [43] J. Becker, A. Kindler-Röhrborn, A. Bauland, D. Burghaus, K. Kappes, M. Heue und B. Pfeleiderer, „Gender knowledge in medicine: still a long way to go!” *AMEE Jahrestagung Lyon*, 2012.
- [44] D. Burghaus, K. Kappes, A. Bauland, M. Heue, A. Kindler-Röhrborn, J. Becker und B. Pfeleiderer, „Gendersensibilität und geschlechterspezifische Rollenvorstellungen in der Medizin: Eine Bestandsaufnahme,” *GMA Jahrestagung Aachen*, 2012.
- [45] D. Burghaus, J. Becker, K. Kappes, A. Bauland, M. Heue, A. Kindler-Röhrborn und B. Pfeleiderer, „Geschlechterspezifische Lehre in der Medizin: ein needs assessment,” *GiM-Symposium Gendermedizin Berlin*, 2012.
- [46] Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, „Was macht exzellente Lehre aus? Eine Synopse.” HRK-Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.4.2008 "Für eine Reform der Lehre in den Hochschulen", Mar. 2011.
- [47] D. Magrane, K. Ephgrave, M. B. Jacobs und R. Rusch, „Weaving women’s health across clinical clerkships,” *Acad Med*, Vol. 75, S. 1066–1070, Nov. 2000.



- [48] Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Universität Wien, „Checkliste Gender & Medizin,” 2009.
- [49] B. Pfeleiderer, D. Burghaus, G. Bayer, A. Kindler-Röhrborn, M. Heue und J. Becker, „Integration geschlechtersensibler Aspekte in die medizinische Lehre - Status Quo und Zukunftsperspektiven 29(5),” *GMS Z Med Ausbild*, 2012.
- [50] E. M. Camacho, S. M. Verstappen, M. Lunt, D. K. Bunn und D. P. Symmons, „Influence of age and sex on functional outcome over time in a cohort of patients with recent-onset inflammatory polyarthritis: Results from the Norfolk arthritis register,” *Arthritis Care Res (Hoboken)*, Vol. 63, S. 1745–1752, Dez. 2011.
- [51] I. Lambrinouadaki, A. Augoulea, E. Armeni, D. Rizos, A. Alexandrou, M. Creatsa, M. Kazani, G. Georgiopoulos, A. Livada, A. Exarchakou und K. Stamatelopoulos, „Menopausal symptoms are associated with subclinical atherosclerosis in healthy recently postmenopausal women,” *Climacteric*, Dez. 2011.
- [52] M. M. McDermott, P. Greenland, G. Reed, K. M. Mazor, P. A. Merriam, R. Graff, H. Tao, S. Pagoto, L. Manheim, M. R. Kibbe und I. S. Ockene, „Gender differences in cholesterol-lowering medication prescribing in peripheral artery disease,” *Vasc Med*, Vol. 16, S. 428–435, Dez. 2011.
- [53] D. J. Green, J. Bedson, M. Blagojevic-Burwell, K. P. Jordan und D. van der Windt, „Factors associated with primary care prescription of opioids for joint pain,” *Eur J Pain*, Vol. 17, Nr. 2, S. 234–244, Feb 2013.
- [54] C. C. Apfel, C. A. Greim, I. Haubitz, C. Goepfert, J. Usadel, P. Sefrin und N. Roewer, „A risk score to predict the probability of postoperative vomiting in adults,” *Acta Anaesthesiol Scand*, Vol. 42, Nr. 5, S. 495–501, May 1998.
- [55] M. W. Wichmann, D. Inthorn, H. J. Andress und F. W. Schildberg, „Incidence and mortality of severe sepsis in surgical intensive care patients: the influence of patient gender on disease process and outcome,” *Intensive Care Med*, Vol. 26, Nr. 2, S. 167–172, Feb 2000.
- [56] A. Grundwald, „Frauensensible Betriebliche Gesundheitsförderung,” *Arbeitsmerkkammer Bremen*, 2008.
- [57] G. Bazoua und M. P. Tilston, „Male gender impact on the outcome of laparoscopic cholecystectomy,” *JSLs*, Vol. 18, Nr. 1, S. 50–54, 2014.
- [58] S. C. Gilliver, J. J. Ashworth und G. S. Ashcroft, „The hormonal regulation of cutaneous wound healing,” *Clin. Dermatol.*, Vol. 25, Nr. 1, S. 56–62, 2007.
- [59] L. Mosca, J. E. Manson, S. E. Sutherland, R. D. Langer, T. Manolio und E. Barrett-Connor, „Cardiovascular disease in women: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Writing Group,” *Circulation*, Vol. 96,

- Nr. 7, S. 2468–2482, Oct 1997.
- [60] S. Morganti, G. P. Ceda, M. Saccani, B. Milli, D. Ugolotti, R. Prampolini, M. Maggio, G. Valenti und G. Ceresini, „Thyroid disease in the elderly: sex-related differences in clinical expression,” *J. Endocrinol. Invest.*, Vol. 28, Nr. 11 Suppl Proceedings, S. 101–104, 2005.
- [61] W. Chen, M. Mempel, C. Traidl-Hofmann, S. Al Khusaei und J. Ring, „Gender aspects in skin diseases,” *J Eur Acad Dermatol Venereol*, Vol. 24, Nr. 12, S. 1378–1385, Dec 2010.
- [62] V. Teixeira, I. Coutinho, R. Gameiro, R. Vieira und M. Goncalo, „Specific dermatoses of pregnancy,” *Acta Med Port*, Vol. 26, Nr. 5, S. 593–600, 2013.
- [63] European Agency for Safety and Health at Work, „New risks and trends in the safety and health of women at work,” 2014.
- [64] C. Vlassoff, M. Weiss, E. B. Ovuga, C. Eneanya, P. T. Nwel, S. S. Babalola, A. K. Awedoba, B. Theophilus, P. Cofie und P. Shetabi, „Gender and the stigma of onchocercal skin disease in Africa,” *Soc Sci Med*, Vol. 50, Nr. 10, S. 1353–1368, May 2000.
- [65] P. C. Stacey, H. M. Fortnum, G. R. Barton und A. Q. Summerfield, „Hearing-impaired children in the United Kingdom, I: Auditory performance, communication skills, educational achievements, quality of life, and cochlear implantation,” *Ear Hear*, Vol. 27, Nr. 2, S. 161–186, Apr 2006.
- [66] C. H. Morrell, S. Gordon-Salant, J. D. Pearson, L. J. Brant und J. L. Fozard, „Age- and gender-specific reference ranges for hearing level and longitudinal changes in hearing level,” *J. Acoust. Soc. Am.*, Vol. 100, Nr. 4 Pt 1, S. 1949–1967, Oct 1996.
- [67] H. Schulze-Gattermann, *Kosten-Nutzen-Analyse der Cochlea-Implantation bei Kindern*. Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2002.
- [68] K. Karlinger, T. Gyorke, E. Mako, A. Mester und Z. Tarjan, „The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease,” *Eur J Radiol*, Vol. 35, Nr. 3, S. 154–167, Sep 2000.
- [69] R. Sultana und S. Humayun, „Fetomaternal outcome in acute hepatitis e,” *J Coll Physicians Surg Pak*, Vol. 24, Nr. 2, S. 127–130, Feb 2014.
- [70] N. Momah und K. D. Lindor, „Primary biliary cirrhosis in adults,” *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, Mar 2014.
- [71] C. O. Zein, „Primary sclerosing cholangitis,” *Clin Liver Dis*, Vol. 17, Nr. 2, S. 211–227, May 2013.
- [72] N. J. Kassebaum, R. Jasrasaria, M. Naghavi, S. K. Wulf, N. Johns, R. Lozano,

- M. Regan, D. Weatherall, D. P. Chou, T. P. Eisele, S. R. Flaxman, R. L. Pullan, S. J. Brooker und C. J. Murray, „A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010,” *Blood*, Vol. 123, Nr. 5, S. 615–624, Jan 2014.
- [73] R. M. Steingart, M. Packer, P. Hamm, M. E. Coglianese, B. Gersh, E. M. Geltman, J. Sollano, S. Katz, L. Moye und L. L. Basta, „Sex differences in the management of coronary artery disease. Survival and Ventricular Enlargement Investigators,” *N. Engl. J. Med.*, Vol. 325, Nr. 4, S. 226–230, Jul 1991.
- [74] D. Levy, M. G. Larson, R. S. Vasan, W. B. Kannel und K. K. Ho, „The progression from hypertension to congestive heart failure,” *JAMA*, Vol. 275, Nr. 20, S. 1557–1562, 1996.
- [75] D. Hilfiker-Kleiner und K. Sliwa, „Pathophysiology and epidemiology of peripartum cardiomyopathy,” *Nat Rev Cardiol*, Apr 2014.
- [76] F. G. Fowkes, E. Housley, E. H. Cawood, C. C. Macintyre, C. V. Ruckley und R. J. Prescott, „Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population,” *Int J Epidemiol*, Vol. 20, Nr. 2, S. 384–392, Jun 1991.
- [77] W. B. Kannel und D. L. McGee, „Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study,” *J Am Geriatr Soc*, Vol. 33, Nr. 1, S. 13–18, Jan 1985.
- [78] W. M. Feinberg, J. L. Blackshear, A. Laupacis, R. Kronmal und R. G. Hart, „Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation. Analysis and implications,” *Arch. Intern. Med.*, Vol. 155, Nr. 5, S. 469–473, Mar 1995.
- [79] A. B. Luzier, A. Killian, J. H. Wilton, M. F. Wilson, A. Forrest und D. J. Kazierad, „Gender-related effects on metoprolol pharmacokinetics and pharmacodynamics in healthy volunteers,” *Clin. Pharmacol. Ther.*, Vol. 66, Nr. 6, S. 594–601, Dec 1999.
- [80] M. de Bastos, B. H. Stegeman, F. R. Rosendaal, A. Van Hylckama Vlieg, F. M. Helmerhorst, T. Stijnen und O. M. Dekkers, „Combined oral contraceptives: venous thrombosis,” *Cochrane Database Syst Rev*, Vol. 3, S. CD010813, 2014.
- [81] L. Weinstein, „Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Vol. 142, Nr. 2, S. 159–167, Jan 1982.
- [82] T. J. Stanhope, W. M. White, K. G. Moder, A. Smyth und V. D. Garovic, „Obstetric nephrology: lupus and lupus nephritis in pregnancy,” *Clin J Am Soc Nephrol*, Vol. 7, Nr. 12, S. 2089–2099, Dec 2012.
- [83] C. Marosi, C. Vutuc, H. Greinix, B. Dörner-Fazeny und C. Zielinski, „Onkologie,” in *Gender Medizin*, Rieder und Lohff, Hrsgg. Springer, 2008, S. 144–179.

- [84] T. Watanabe, T. T. Wu, P. J. Catalano, T. Ueki, R. Satriano, D. G. Haller, A. B. Benson und S. R. Hamilton, „Molecular predictors of survival after adjuvant chemotherapy for colon cancer,” *N. Engl. J. Med.*, Vol. 344, Nr. 16, S. 1196–1206, Apr 2001.
- [85] P. A. Parker, W. F. Baile, C. d. de Moor und L. Cohen, „Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients,” *Psychooncology*, Vol. 12, Nr. 2, S. 183–193, Mar 2003.
- [86] S. Munsch, „Anorexia Nervosa: Überblick und Fallbericht,” *Aktuel Ernährungsmed*, Vol. 27, S. 285–289, 2002.
- [87] Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, „Wiener Frauengesundheitsbericht,” 1996.
- [88] D. S. Postma, „Gender differences in asthma development and progression,” *Gend Med*, Vol. 4 Suppl B, S. S133–146, 2007.
- [89] K. Lisspers, B. Stallberg, C. Janson, G. Johansson und K. Svardsudd, „Sex-differences in quality of life and asthma control in Swedish asthma patients,” *J Asthma*, Vol. 50, Nr. 10, S. 1090–1095, Dec 2013.
- [90] F. Santosa, T. Moysidis, C. Moerchel, K. Kroger und A. Bufe, „Pulmonary embolism in young people. Trends in Germany from 2005 to 2011,” *Hamostaseologie*, Vol. 34, Nr. 1, S. 88–92, Feb 2014.
- [91] J.-M. Engel, „Rheumatologie,” in *Gender Medizin*, Rieder und Lohff, Hrsgg. Springer, 2008, S. 235–267.
- [92] J. Charles, H. Britt und Y. Pan, „Rheumatoid arthritis,” *Aust Fam Physician*, Vol. 42, Nr. 11, S. 765, Nov 2013.
- [93] M. D. Iversen, R. K. Chhabriya und N. Shadick, „Predictors of the use of physical therapy services among patients with rheumatoid arthritis,” *Phys Ther*, Vol. 91, Nr. 1, S. 65–76, Jan 2011.
- [94] A. N. Baer, F. R. Witter und M. Petri, „Lupus and pregnancy,” *Obstet Gynecol Surv*, Vol. 66, Nr. 10, S. 639–653, Oct 2011.
- [95] K. Hekmat, L. T. Jacobsson, J. A. Nilsson, Y. Lindroth und C. Turesson, „Changes and sex differences in patient reported outcomes in rheumatoid factor positive RA-results from a community based study,” *BMC Musculoskelet Disord*, Vol. 15, S. 44, 2014.
- [96] S. Lovdahl, K. M. Henriksson, F. Baghaei, M. Holmstrom, E. Berntorp und J. Astermark, „A longitudinal study of family structure in Swedish persons with haemophilia,” *Haemophilia*, Dec 2013.

- [97] A. Kruse und E. Schmitt, „Gesundheit und Krankheit im hohen Alter,” in *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, H. K und K. P, Hrsgg. Hans Huber Bern, 2002, S. 206–222.
- [98] M. van den Akker, F. Buntinx, J. F. Metsemakers, S. Roos und J. A. Knottnerus, „Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases,” *J Clin Epidemiol*, Vol. 51, Nr. 5, S. 367–375, May 1998.
- [99] C. Scheidt-Nave, „Die sozioökonomische Bedeutung der Osteoporose,” *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Vol. 44, Nr. 1, S. 41–51, 2001.
- [100] M. Schlaud, E. Raum, S. Meyer, U. Walter und F. Schwartz, „Untersuchung zur Altersabhängigkeit ambulanter Leistungen und Behandlungsstrategien an älteren Patienten mittels Beobachtungspraxen,” *Gesundheitsweisen*, S. 62 A 60, 2000.
- [101] U. Schneekloth und H. W. Wahl, „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III),” *im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, 2005.
- [102] J. Roquer, A. R. Campello und M. Gomis, „Sex differences in first-ever acute stroke,” *Stroke*, Vol. 34, Nr. 7, S. 1581–1585, Jul 2003.
- [103] W. Westerhuis, M. Zijlmans, K. Fischer, J. van Andel und F. S. Leijten, „Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study,” *J. Neurol.*, Vol. 258, Nr. 1, S. 37–43, Jan 2011.
- [104] K. Malterud und I. Okkes, „Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research,” *Fam Pract*, Vol. 15, Nr. 5, S. 404–410, Oct 1998.
- [105] Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung Wien, „Gesundheitsbericht Wien,” *Magistrat der Stadt Wien*, 2002.
- [106] D. Flöry, C. Krestan, C. Loewe, M. Hörmann und T. Helbich, „Womens Imaging - ein Beitrag zur genderspezifischen Radiologie,” in *Gender Medizin*, Rieder und Lohff, Hrsgg. Springer, 2008, S. 181–208.
- [107] M. P. Blaustein, S. W. Robinson, S. S. Gottlieb, C. W. Balke und J. M. Hamlyn, „Sex, digitalis, and the sodium pump,” *Mol. Interv.*, Vol. 3, Nr. 2, S. 68–72, Mar 2003.
- [108] B. S. Jonas, Q. Gu und J. R. Albertorio-Diaz, „Psychotropic medication use among adolescents: United States, 2005-2010,” *NCHS Data Brief*, Nr. 135, S. 1–8, Dec 2013.

- [109] Z. Simeonova, I. Milsom, A. M. Kullendorff, U. Molander und C. Bengtsson, „The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population,” *Acta Obstet Gynecol Scand*, Vol. 78, Nr. 6, S. 546–551, Jul 1999.

# A Studierendenfragebogen

## Studierendenfragebogen Gender-Projekt

Sehr geehrte Studierende,

Sie werden im Studium schon an der einen oder anderen Stelle von geschlechtsspezifischen Besonderheiten in der Diagnose und/oder Therapie gehört haben.

Es stellt sich jedoch zunehmend die Frage, ob es nicht generell von Bedeutung ist, wie Sie als Frauen und Männer Ihre weiblichen und männlichen Patienten betreuen. Ihre Meinung dazu und Ihre Wahrnehmung von geschlechtsspezifischen Aspekten in der Ausbildung interessiert uns sehr.

Daher möchten wir Sie bitten, den nachfolgenden Fragebogen zu beantworten.

Ihre Angaben werden im Rahmen einer Studie ausgewertet und die Ergebnisse finden Eingang in die Curriculumreform der Medizinischen Fakultät zur Optimierung Ihrer Ausbildung.

Vielen Dank.

### Allgemeine Daten:

- Geschlecht
- Alter
- Semester/Block (1,2,3,4,A,B,C,D,E,F,PJ)

### Gender:

Für wie wichtig halten Sie die Integration Gender-bezogener Themen in die medizinische Lehre?

sehr unwichtig    eher unwichtig    unentschieden    ziemlich wichtig    sehr wichtig  
                                                                                       

Wie häufig sind in Ihrem bisherigen Studium Gender-Aspekte vorgekommen?

nie                      selten                      gelegentlich                      oft                      immer  
                                                                                       

Wie glauben Sie, schätzen die Dozenten die Wichtigkeit des Themas Gender ein?

sehr unwichtig    eher unwichtig    unentschieden    ziemlich wichtig    sehr wichtig  
                                                                                       

In welcher Form sind Ihnen bereits Gender-Aspekte begegnet?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- Mündliche Erwähnung
- Folien
- Literaturverweise
- Prüfungsrelevanz



- Gar nicht

Bitte nennen Sie bestimmte Fächer, in denen Gender-Aspekte gelehrt wurden


Bitte nennen Sie Lehrende, die sich besonders durch Integration von Gender-Aspekten in ihre Lehre auszeichnen (optional)


## **B Dozentenfragebogen**

# **Lehrerhebung – Gender-Aspekte in der Medizin**

## **Dozenten-Fragebogen** Med. Fakultät HHU Düsseldorf

Sehr geehrte Lehrende der Medizinischen Fakultät,

grundlagenwissenschaftliche und klinische Daten zu verschiedensten Erkrankungen belegen eindrucksvoll die Bedeutung geschlechterdifferenzierter diagnostischer und therapeutischer Konzepte. Die Vermittlung dieses Wissens an unsere Studierenden leistet einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Qualität der Versorgung ihrer späteren Patientinnen und Patienten und steht im Einklang mit dem Leitbild für die Lehre an der hiesigen Fakultät.

Vor diesem Hintergrund wenden uns an Sie mit der Bitte, uns in einem Projekt zur Klärung folgender Fragen zu unterstützen:

- Welches Wissen zu geschlechterdifferenzierte Ansätzen in Diagnostik, Therapie und bei der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten vermitteln wir derzeit in unserem Unterricht ?
- Wie sollen die Konzepte zur Vermittlung dieses Wissens im zu entwickelnden neuen Curriculum 2011 aussehen ?

Wir bitten Sie darum, den nachfolgenden Dozenten-Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten werden einen wichtigen Beitrag zur systematischen Implementierung von Lehrinhalten zu einer geschlechterdifferenzierten Medizin in das Düsseldorfer Curriculum leisten.

**Da wir nicht alle Lehrenden per E-Mail erreichen konnten bitten wir Sie herzlich darum, diese E-Mail an lehrende Kollegen weiterzuleiten.**

Wir freuen uns auf Ihren Beitrag und Ihre Meinung !

### **1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:**

weiblich

männlich

### **2. Welcher Altersgruppe gehören Sie an:**

bis 35 Jahre

46 bis 55 Jahre

36 bis 45 Jahre

56 Jahre und älter

### **3. In welchem Bereich sind Sie tätig?**

- Theoretisches Fach (z.B: Pathologie, Pharmakologie, Geschichte der Medizin)
- Klinisches Fach (z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie)
- Querschnittsbereich (z.B. Epidemiologie, Infektiologie, Immunologie, Notfallmedizin)

### **4. In welchem Fachgebiet unterrichten Sie?**

#### **Vorklinik:**

Anatomie

Biochemie

Berufsfelderkundung

Biologie

- Chemie
- Med. Psychologie
- Physik
- Terminologie
- EKM /Seminar mit klin. Bezügen
- Med. Soziologie
- Physiologie

**Klinik:**

- Allgemeinmedizin
- Arbeits-/Sozialemedizin
- Chirurgie
- Epidemiologie
- Geschichte, Theorie, Ethik
- HNO
- Hygiene
- Innere Medizin
- Medizin des Alterns
- Neurologie
- Pathologie
- Prävention
- Psychosomatik
- Rechtsmedizin
- Umweltmedizin
- Anaesthesiologie
- Augenheilkunde
- Dermatologie
- Gesundheitsökonomie
- Gynäkologie
- Humangenetik
- Immunologie
- Klinische Chemie
- Mikrobiologie
- Pädiatrie
- Pharmakologie, Toxikologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Rehabilitation
- Urologie

**5. In welchen Lehrveranstaltungen sind Sie tätig? (Mehrfachnennung möglich)**

- Vorlesung
- Seminar
- Praktische Übung (Praktikum, Übung, Kurs)
- Unterricht am Krankenbett
- Wahlpflichtseminar
- Tutorien
- anderes:  
bitte benennen

(Freitextfeld, 20 Zeichen)

**6. Gibt es aus Ihrer Sicht in dem von Ihnen vertretenen Lehrgebiet Fragestellungen, die unter geschlechterdifferenzierten Aspekten betrachtet werden sollten?**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenige	<input type="checkbox"/> viele	<input type="checkbox"/> alle
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

**7. Werden in den Lernzielen Ihres eigenen Lehrgebiets geschlechterdifferenzierte Aspekte (bzw. Unterschiede) berücksichtigt?**

- ja  nein

**7.1 Falls ja, geben Sie bitte exemplarisch entsprechende Lernziele an:**

---



---

**8. Welche geschlechterdifferenzierten Themenkomplexe sind Ihrer Meinung nach in Ihrem Lehrgebiet relevant? Bitte nennen Sie bis zu drei für Sie bedeutsame... (je Freitextfeld max. je Zeile 50 Zeichen)**

- 1.:
- 2.:
- 3.:



# C Lehrinhalte

## Von den Dozierenden vorgeschlagene Inhalte zum Thema Gender:

### Allgemeinmedizin

- Erkrankungsdifferenzen
- Genitalbeschneidung
- Infektionen, die den Genitaltrakt betreffen
- Intrauterine Bestimmung des Geschlechtes des Fetus mit entsprechend möglicher Konsequenz je nach Herkunft (z.B. gezielte Abtreibung weiblicher Feten in Indien)
- Prävention - Differenzen
- Unterschiede im Umgang mit Krankheit
- Unterschiede in der Arzt-Patienten-Beziehung
- Unterschiedliche Auffassung bzw. Konsequenzen medizinischer Diagnosen bei Männern/Jungen vs. Frauen
- Unterschiedlicher Zugang zur medizinischen Versorgung je nach kulturellem Hintergrund

### Anatomie

- Anatomie und Funktion des neuroendokrinen Systems im Hypothalamus
- Anatomie und Funktion des visuellen Systems
- Endokrine, immunologische und neuroendokrine Regulation
- Geschlechtsspezif. Unterschiede im Präparierkurs bei der praktischen Arbeit am Körper
- Interaktion Vitamin D - Sexualsteroid z. B. in Bezug zum Mineralhaushalt (Stichwort. Osteoporose)
- Kenntnisse geschlechterdifferenzierter Aspekte der Anatomie und Funktion des Zentralnervensystems
- Körperbau, Haut, Bindegewebe, Blutbild, Urogenitalsystem
- Zyklus, Geburt, postmenopausale Veränderungen

### Arbeits-/Sozialmedizin

- Mutterschutz
- Spezielle Gefährdungen bei Schwangeren inkl. arbeitsmedizinische Vorsorge
- Typische Frauenberufe und ihre jeweiligen Gefährdungen

## Biochemie

- Hormone
- Immunologie und Schwangerschaft

## Humangenetik

- Fragiles X-Syndrom als häufigste genetische Ursache der geistigen Entwicklungsverzögerung beim Mann
- Eigenheiten des durch die X-Inaktivierung bedingten Mosaiks im weiblichen Organismus
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Störungen der geistigen und körperlichen Entwicklung
- Störungen der Geschlechtsdifferenzierung und Fertilität
- X-chromosomal dominante Erkrankungen am Modell des RETT-Syndroms

## Hygiene

- Compliance und Annahme präventiver Maßnahmen
- Geschlecht als endogener Risikofaktor bestimmter Infektionskrankheiten (z.B. beatmungs-assoziiertes Infektionen)
- Geschlechtsbezogene Unterschiede risikobehafteter Verhaltensmuster
- Risikofaktoren von Infektionskrankheiten

## Immunologie

- Geschlechtsspezifische Antigene
- Geschlechtsspez. (Protein-)Synthese/ Abbauraten
- Häufung von Autoimmunerkrankungen bei Frauen
- Immunologie/Immunsuppression in und nach der Schwangerschaft

## Innere Medizin

- Geschlechtsspezifische Ausprägung der Erkrankungen
- Geschlechtsspezifische Krankheitsverarbeitung
- Geschlechtsspezifische Pathogenese der Erkrankungen
- Geschlechtsspezifische Pharmakotherapie
- Geschlechtsspezifische Sozioökonomische Folgen
- Geschlechtsspezifische Wahrscheinlichkeit, Häufigkeit und Ausprägung entzündlich rheumatischer Systemerkrankungen.

- Kommunikation mit Patienten anderer Kulturen (Erleben von und Zugang zu Krankheit)
- Ursachen für HIV-Infektion (z.B. fehlende Frauenrechte insbesondere in Afrika)

#### Klinische Chemie

- Geschlechtsspezifische Bewertung von Biomarkern
- Geschlechtsspezifische Referenzbereiche für Untersuchungen im Rahmen der Laboratoriumsdiagnostik
- Geschlechtsspezifische Unterschiede des Metabolismus und Endokriniums

#### Medizin des Alterns

- Alterung der Stimme bei Frauen und Männern
- Kindliche Sprachentwicklung bei Mädchen und Jungen
- psychogene und funktionelle Stimmstörungen bei Frauen und Männern
- Transsexualismus und Stimmangleichung (operativ, konservativ) an das neue Geschlecht

#### Medizinische Psychologie

- Compliance
- Prävention
- Umgang mit Gesundheit und Krankheit

#### Medizinische Soziologie

- Bedeutung für das Berufslebens
- Doppelbelastung
- Familienangehörigenbetreuung
- Verstehen, wie sich Geschlechtsrollen auf die Wahl und Ausübung des ärztlichen Berufes auswirken

#### Mikrobiologie

- Infektionen in der Schwangerschaft, vertikale Infektionen
- Inzidenz von Infektionskrankheiten beim Mann und Frau, insbesondere bei sexuell übertragenen Erkrankungen (STD)

#### Neurologie

- Emotionale Störungen bei M. Parkinson
- Epidemiologie der zerebralen Blutungen



- Epileptische Therapie in der Schwangerschaft
- Genetische Ursachen neuromuskulärer Erkrankungen
- Pathogenese des Hirninfarkts
- Verlauf der Multiplen Sklerose in Schwangerschaft und Stillperiode

#### Pädiatrie

- Geschlechterdifferente Pathogenität von Virusinfektionen
- HIV
- Sexuell übertragbare Erkrankungen
- Virusinfektionen in der Schwangerschaft

#### Pathologie

- Differentialdiagnose und Früherkennung sowohl maligner Tumoren als auch benignen Erkrankungen.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Häufigkeit von Muskel- oder Tumorerkrankungen u. deren Metastasierung
- Konduktorinnen-Status bei Muskeldystrophien.
- Mögliche Ursachen unterschiedlicher Akzeptanz von Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen und Männern.
- Unterschiedliche Verlaufsformen der HIV-Infektion bei Männern und Frauen.

#### Psychiatrie

- Forensische Aspekte
- Genderaspekte in der Diagnostik (z.B. der Depression)
- Genderaspekte bei der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Genderaspekte bei Essstörungen
- Gender-Aspekte bei Suchterkrankungen
- Genderaspekte suizidalen Verhaltens
- Geschlechterdifferente Genese, Inzidenz, Risikofaktoren und Phänotypen psychischer Störungen
- Geschlechterdifferenzierte therapeutische Aspekte insbesondere bei psychotherapeutischen Ansätzen
- Geschlechtsidentitätsstörungen
- Inzidenz und Prävalenz von psychischen Erkrankungen im Alter

- Nebenwirkung von Medikamenten
- Posttraumatische Belastungsreaktion
- Schwangerschaftspsychose
- Sexualdevianz
- Sexuelle Dysfunktionen als Teil der Erkrankung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie
- Traumatisierungen in der Kindheit
- Umgang mit Traumatisierungen
- Versorgungsaspekte, z. B. bei der psychiatrischen Behandlung auf geschützten, gemischtgeschlechtlichen Stationen

#### Psychosomatik

- Differenz bei sexuellen Dysfunktionen und Sexualstörungen
- Differenz im Umgang mit Depression usw.
- Umgang mit Emotionen/Leistung
- Umgang mit Tod und Sterben

#### Radiologie

- Kinderradiologische Themen wie Skeletalter
- Strahlenexposition u. deren Auswirkungen bei den verschiedenen Röntgenuntersuchungen
- Strahlenexposition in der Schwangerschaft

#### Rechtsmedizin

- Beurteilung von Behandlungsfehlern
- Erkennen der Notwendigkeit gendersensibler Diagnostik und Therapie
- Gendersensible Ansprache, Versorgung, Untersuchung von Gewaltopfern (Täter/Opfer Mann oder Frau?)
- Geschlechterdifferenzierte forensische Altersdiagnostik
- Pharmakokinetik und -dynamik von forensisch relevanten Stoffgruppen
- Versorgung von Opfern von (häuslicher) Gewalt

#### Umweltmedizin

- Geschlechterspezifische Häufigkeit immunologischer Erkrankungen

#### Urologie

- Gendersensible Diagnostik Schmerzen Unterbauch
- Inkontinenz: Ätiologie Frau und Mann

# D Internetreferenzen

## D.1 WHO Gender-Definition

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>

### Gender, women and health

---

#### What do we mean by "sex" and "gender"?

Sometimes it is hard to understand exactly what is meant by the term "gender", and how it differs from the closely related term "sex".

**"Sex"** refers to the biological and physiological characteristics that define men and women.

**"Gender"** refers to the socially constructed roles, behaviours, activities, and attributes that a given society considers appropriate for men and women.

To put it another way:

**"Male" and "female" are sex categories, while "masculine" and "feminine" are gender categories.**

Aspects of sex will not vary substantially between different human societies, while aspects of gender may vary greatly.

Some examples of sex characteristics :

- Women menstruate while men do not
- Men have testicles while women do not
- Women have developed breasts that are usually capable of lactating, while men have not
- Men generally have more massive bones than women

Some examples of gender characteristics :

- In the United States (and most other countries), women earn significantly less money than men for similar work
- In Viet Nam, many more men than women smoke, as female smoking has not traditionally been considered appropriate
- In Saudi Arabia men are allowed to drive cars while women are not
- In most of the world, women do more housework than men

## D.2 Charité Wahlfach Gender

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://gender.charite.de/studium/wahlfach/>



Institut für Geschlechterforschung  
in der Medizin  
Charité Campus Mitte  
Hessische Straße 3-4, D-10115 Berlin

*Startseite / Studium / Wahlfach*

### Wahlfach "Genderbezogene Medizin"

Frauen und Männer unterscheiden sich erheblich in Pathogenese und Verlauf bzw. Prognose von Erkrankungen. Diagnoseverfahren und Therapieoptionen sind bei Frauen und Männern nicht zwangsläufig identisch. Noch ist die Geschlechterforschung in der Medizin jedoch wenig etabliert.

Das Wahlfach „Genderbezogene Medizin“ will mit dem vorliegenden Veranstaltungskonzept genau hier eine Lücke schließen und eine geschlechtsspezifische Herangehensweise systematisch in die Lehre integrieren. Dies geschieht im Rahmen einer interdisziplinären Vorlesungsreihe, welche durch zwei Seminartermine ergänzt wird, in denen die Studierenden die Ergebnisse einer selbständigen Auseinandersetzung mit dem Thema in Form eines Vortrages präsentieren.

Besonderer Wert wird auf die Verknüpfung von klinischem praktischen Handeln und wissenschaftlichem Arbeiten gelegt. Daher werden in vielen Fächern die geschlechtsspezifischen Unterschiede an Hand von Fallvorstellungen dargestellt. Das Fach Gender-bezogene Medizin bietet daher einen curricularen Mehrwert, weil über das studienordnungsgemäße Curriculum hinaus die systematische Diskussion der Rolle von Sex und Gender in Krankheitsentstehung und Verlauf in zahlreichen Fächern vermittelt wird.

## D.3 International Gender Studies

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://gender.charite.de/studium/masterstudiengaenge/>



Institut für Geschlechterforschung  
in der Medizin  
Charité Campus Mitte  
Hessische Straße 3-4, D-10115 Berlin

[Startseite](#) / [Studium](#) / [Masterstudiengänge](#)

### Masterstudiengänge

Folgende Masterstudiengänge mit Genderfokus werden in Zusammenarbeit mit der Charité oder anderen Berliner Universitäten angeboten.

- [Health and Society: International Gender Studies Berlin](#)
- [Molecular Medicine](#)

## D.4 Charité EUGIM

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://gender.charite.de/studium/eugim/>



Institut für Geschlechterforschung  
in der Medizin  
Charité Campus Mitte  
Hessische Straße 3-4, D-10115 Berlin

[Startseite](#) / [Studium](#) / [EUGIM](#)

### EUGIM

Ziel des Projektes ist die Ausbildung von international anerkannten ExpertInnen mit umfassenden Kenntnissen im Bereich der geschlechtsspezifischen Medizin und die Entwicklung eines europäischen Netzwerkes universitärer und nicht-universitärer Institutionen.

Sieben europäische Universitätsprofessorinnen aus Deutschland, Italien, Österreich, Ungarn, den Niederlanden und Schweden mit ausgewiesener Expertise in der Geschlechterforschung in der Medizin entwickeln und koordinieren ein Curriculum für ein flexibles Master Modul "Gender Medicine (GM)" im Rahmen des europäischen ERASMUS Programms [EUGIM](#).



Aufgrund der Vielfalt an Erkrankungen mit relevanten Geschlechterunterschieden wird dieses Modul in „basic subjects“ und „additional subjects“ geteilt. Der Umfang des Moduls entspricht 5 ECTS. Inhaltliche Schwerpunkte liegen in allen Teilbereichen der Medizin von der Prävention bis zur Therapie abhängig von dem aktuellen Forschungsstand zur Gendermedizin in Europa. Ein weiterer Schwerpunkt sind soziokulturelle Aspekte der einzelnen Länder.

Das Modul kann innerhalb eines Bachelor- oder Masterstudienganges belegt werden oder als Weiterbildungsangebot für ÄrztInnen und medizinische Berufe mit Hochschulabschluss genutzt werden. Ein international anerkanntes Zertifikat kann erworben werden.

Die Netzwerkpartner sollen Universitäten, Fachgesellschaften, die pharmazeutische Industrie, Gesundheitsministerien, fördernde Institutionen und Krankenversicherungen auf geschlechtsspezifische Aspekte aufmerksam machen.

Aufmerksamkeit für Geschlechterunterschiede wird die Behandlung von Frauen und Männern verbessern und die Mortalität sowie unerwünschte Nebenwirkungen der Pharmakotherapie senken. Weiterhin, werden die Kenntnisse auch an Laien vermittelt werden. All dies wird die Modernisierung der medizinischen Ausbildung fördern und zur Harmonisierung der europäischen biomedizinischen Studiengänge beitragen.

#### Funding Disclaimer

This project has been funded with support from the European Commission. This publication (communication) reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## D.5 Medizinische Hochschule Hannover

Besucht am: 9. Dezember 2016

<https://www.mh-hannover.de/index.php?id=25961&L=1>



### Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin

Das **Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH** wurde am 18. Dezember 2009 gegründet und soll langfristig der weiteren Vernetzung und Unterstützung aller am Thema „Medizin und Geschlecht“ Interessierten dienen und die Thematik an der MHH auf eine neue Ebene bringen. Im Besonderen soll eine geschlechtersensible Terminologie gefestigt und etabliert werden.

[Ziele des Kompetenzzentrums](#)

[Mitglieder und Kontakt](#)





## D.6 Charité GiM

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://gender.charite.de/institut/>



Institut für Geschlechterforschung  
in der Medizin  
Charité Campus Mitte  
Hessische Straße 3-4, D-10115 Berlin

*Startseite / Institut*

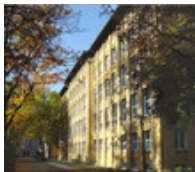


### Institut

Das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin wurde als ein interdisziplinäres Zentrum im Jahre 2003 ins Leben gerufen.

Seit 2007 ist es ein eigenständiges Institut an der Charité.

Unser Labor für die Grundlagenforschung befindet sich im Center for Cardiovascular Research (CCR) der Charité.



Alle anderen Aktivitäten und Forschungsprojekte finden in unseren Büros im Bettenhochhaus der Charité statt.

Auf den folgenden Seiten können Sie Einblick in unser wissenschaftliches **Team** und die **Geschichte**, **Struktur** und **Lage des Instituts** gewinnen.

## D.7 HHU Männer, Frauen und Medizin

Besucht am: 9. Dezember 2016

<http://www.medizin.hhu.de/dekanat/beauftragte/gleichstellungs>

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<

---

AG Männer, Frauen und Medizin an der HHU Düsseldorf

### **Projekt Männer, Frauen und Medizin an der Medizinischen Fakultät Düsseldorf zur Förderung ausgewählt**

Das Zentrum für Kompetenzentwicklung für Diversity Management in Studium und Lehre an Hochschulen in NRW (KomDiM) hat das Projekt „Männer, Frauen und Medizin“ zur Förderung ausgewählt. Die Projektlaufzeit beginnt im Januar 2014 und beträgt ein Jahr.

#### **AG Männer, Frauen und Medizin (MFM)**

Im Rahmen der Curriculumreform gründeten Dr. Simone Weyers (Medizinische Soziologie) und Dr. Anja Vervoorts (Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät und Referentin für Curriculumentwicklung) im Februar 2013 die Arbeitsgruppe MFM.

Eine geschlechtersensible Medizin berücksichtigt biologische, psychologische als auch soziale Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Entstehung und Häufigkeit von Erkrankungen, ihrer Prävention, Diagnostik und Therapie. Der medizinischen Ausbildung kommt eine Schlüsselrolle zu, indem sie die Studierenden befähigt, geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen und diese Erkenntnisse in der eigenen ärztlichen Tätigkeit zu nutzen. An der Medizinischen Fakultät Düsseldorf sollen im Rahmen des Projektes ‚Männer, Frauen und Medizin‘ Aspekte der geschlechtersensiblen Medizin systematisch und auf verschiedenen Ebenen in die Ausbildung aufgenommen werden.

Folgende Kliniken/Fächer bzw. Institute beteiligen bisher sich an der Arbeit der Arbeitsgruppe: Rechtsmedizin, Andrologie/Dermatologie, Allgemeinmedizin, Phoniatrie/Pädaudiologie, Rheumatologie, Arbeitsmedizin, Medizinsoziologie, Public Health, Medizinisches Studiendekanat, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrische und Psychosomatische Klinik, Gefäßchirurgie, Humangenetik, Pathologie und Anästhesiologie.

#### **Kontakt**

Bei Interesse kontaktieren Sie bitte

Dr. Simone Weyers

Institut für Medizinische Soziologie

# Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau PD Dr. Hildegard Lilly Graß, sowie den Mitarbeitern des Institutes für Rechtsmedizin des Uniklinikums Düsseldorf. Danke für zahlreiche Korrekturen und Anregungen. Herzlichen Dank auch an die Studiendekanin Prof. Ritz-Timme, für die Unterstützung des Projektes von offizieller Seite. Weiterer Dank gilt Frau Dr. Judith de Bruin für die Unterstützung beim Design des Studierendenfragebogens und der Datensammlung der beiden Fragebögen.

# Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

9. Dezember 2016, Rebecca Tschorsch