



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg



Universitätsklinikum
Halle (Saale)

Handreichung für die Integration geschlechtssensibler Medizin in die Lehre

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

INHALTSVERZEICHNIS

1. Relevanz.....	2
2. EINFÜHRUNG IN DIE GESCHLECHTSENSIBLE MEDIZIN	3
3. INTEGRATION GESCHLECHTSENSIBLER MEDIZIN IN DIE LEHRE UND PRAXIS.....	6
4. LERNZIELE	7
5. GESCHLECHTSENSIBLE FORSCHUNG	11
6. GESCHLECHTSENSIBLE SPRACHE UND PRÄSENTATION	12
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	13
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	15

1. Relevanz

“Every cell is sexed and every person is gendered”

Jede Zelle des menschlichen Körpers wird von „Sex-Spezifischen“, d. h. durch das biologische Geschlecht bestimmte, Faktoren beeinflusst. Neben der Zellteilung und dem zellulären Stoffwechsel wird auch die Interaktion und Kommunikation im Zellverband von geschlechtsspezifischen Prozessen beeinflusst. Die Unterschiede auf zellulärer Ebene beruhen vor allem auf genetischen und epigenetische sowie (geschlechts-)hormonellen Faktoren.

Neben der biologischen Ebene, ist die soziale Komponente entscheidend. Jede Person handelt beeinflusst von dem ihr (zugewiesenem) sozialen Geschlecht, welches im wissenschaftlichen Kontext als Gender-Konstrukt bezeichnet wird. In unserer Betrachtung wird damit vor allem das „geschlechtsspezifisches Verhalten“ in Bezug auf den Zugang zum Gesundheitssystem, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten bzw. das Krankheitsempfinden, die Compliance oder die Interaktion mit medizinischem Personal gemeint.

Die Gendermedizin untersucht und berücksichtigt das Zusammenspiel aus den zellulären, biologischen Faktoren und dem sozialen Gender-Konstrukt. Die Betrachtung dieser Aspekte ist essentiell für eine bessere, modernere und genauere medizinische Praxis und Forschung. Hierbei sollten die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht mehr als spezialisiertes Fach (Gendermedizin) gesehen werden, sondern vielmehr als eine der Determinanten für Gesundheit bzw. Krankheit. Die Gendermedizin stellt also eine zentrale interdisziplinäre Aufgabe dar. Geschlechtsspezifische Faktoren sollten Einfluss auf die

Behandlung jede:r Patient:in nehmen. Die Beachtung der Gendermedizin stellt eine Form der personalisierten Medizin dar, welche nicht nur die „Frauengesundheit“, sondern vielmehr die medizinische Versorgung aller Geschlechter verbessern würde.

Im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung (SPD, FDP, Bündnis 90/ Die Grünen) von 2021 wird auf die Relevanz des Themas verwiesen: „Wir berücksichtigen geschlechtsbezogene Unterschiede in der Versorgung, bei Gesundheitsförderung und Prävention und in der Forschung und bauen Diskriminierung und Zugangsbarrieren ab. Die Gendermedizin wird Teil des Medizinstudiums, der Aus-, Fort- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe werden.“

Mittlerweile empfehlen verschiedene Akteure in der Gesundheitspolitik eine geschlechtsspezifische Medizin. So empfahl dies die World Health Organisation (WHO) schon seit 2001. Auch im NKLM (Nationalen Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin) ist die Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede an verschiedenen Stellen verankert.

Die vorliegende Handreichung richtet sich an die Lehrenden der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Da eine erfolgreiche Implementierung geschlechtssensibler Aspekte in der Medizin wesentlich durch die Lehrenden der Fakultät mitgestaltet wird, sollten diese bei der Integration unterstützt werden. Die vorliegende Handreichung soll hierfür eine erste Hilfestellung liefern, indem sowohl didaktische Methoden und Ressourcen vorgestellt als auch konkrete Literaturhinweise gegeben werden. Nach einer Darstellung aktueller Empfehlungen zur Integration geschlechtssensibler Medizin in die Lehre werden grundlegende Anliegen und Themen der geschlechtssensiblen Medizin sowie Richtlinien zur geschlechtssensiblen Sprache und Präsentation vorgestellt. Anschließend werden Beispiele für die Formulierung von Lernzielen, die Aspekte der geschlechtssensiblen Medizin berücksichtigen, präsentiert.

Die erste Fassung dieser Handreichung entstand im Rahmen des Projekts „GenderMed“ mit dem Ziel der strukturierten Weiterentwicklung der Curricula der Medizinischen Fakultät im Hinblick auf die Integration geschlechtssensibler medizinischer und psychosozialer Inhalte in die Lehre.

2. EINFÜHRUNG IN DIE GESCHLECHTSENSIBLE MEDIZIN

DEFINITION GESCHLECHTSENSIBLE MEDIZIN

Geschlechtssensible Medizin beschreibt eine Disziplin der Humanmedizin, die anhand des biopsychosozialen Modells den Einfluss des biologischen und psychosozialen/soziokulturellen Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit berücksichtigt.

Synonym werden auch häufig die Begriffe Gendermedizin/Gender Medizin, geschlechtsspezifische Medizin oder sex- and gender-specific medicine (engl.) verwendet.

Ziel der geschlechtssensiblen Medizin ist es, die bestmögliche Gesundheitsversorgung aller Geschlechter sicherzustellen.⁴ Die Verfasserinnen gehen von einem nicht binärem Geschlechtssystem aus. Deshalb wird nicht dichotom zwischen weiblich und männlich unterschieden, sondern genauso Personen integriert, die ihre Geschlechtsidentität außerhalb des binären Systems definieren. In der folgenden Handreichung muss dennoch häufig gemäß Forschungsstand auf das binäre Geschlechtssystem referiert werden, aufgrund des aktuellen Forschungsstandes jedoch teilweise im binären Geschlechtssystem bewegen und von „Männern“ und „Frauen“ schreiben.

Geschlechtssensible Medizin beschäftigt sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Wahrnehmung, Entstehung, Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten bei Frauen, Männern und nicht-binären Personen.⁵ Geschlechtssensible Medizin hat damit einen patient:innenorientierten Fokus und ist von Themen der Gleichstellung bzw. des Gender Mainstreamings im engeren Sinne (z. B. Geschlechtsverhältnisse, Karriereverläufe von Ärzt*innen in der Medizin) abzugrenzen.

Zu den **zentralen Anliegen** der geschlechtssensiblen Medizin gehören⁶:

- die Analyse von Geschlechtsunterschieden in Morbidität und Mortalität
- die Analyse von Geschlechtsunterschieden im Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem⁶
- die Etablierung geschlechtssensibler Behandlungsleitlinien
- die Umsetzung geschlechtssensibler Prävention und Gesundheitsförderung
- die Vermeidung der Über-, Unter- und Fehlversorgung der Geschlechter in der Versorgungspraxis, die auf klischeehaften Annahmen von Gesundheitsbedürfnissen bei Männern und Frauen basieren.
- Förderung der Geschlechterforschung und Umsetzung der Forschungsergebnisse in die medizinische Praxis
- Erarbeitung geschlechtssensibler Lehrkonzepte
- Implementierung geschlechtssensibler Ansätze in den Klinikalltag²

SEX VS. GENDER

Der Begriff „Gender“ wird im wissenschaftlichen Kontext als mehrdimensionales Konstrukt beschrieben. Dazu gehören das biologische Geschlecht, die von der Person selbst festgelegte Geschlechtsidentität, das soziale Geschlecht und das juristische Geschlecht, welches durch den Eintrag in die Geburtsurkunde (männlich, weiblich, divers, keine Angabe) definiert wird. Es ist wichtig, die sexuelle Orientierung und Identifikation gesondert

zu betrachten. Für die folgende Handreichung sind vor allem das biologische und das soziale Geschlecht von Bedeutung.

Als biologisches Geschlecht („sex“) wird jenes verstanden, das durch Anatomie, Morphologie, Physiologie, Hormone und Gene bestimmt wird. Dabei werden folgende Kriterien zur Geschlechterzuordnung herangezogen: chromosomales Geschlecht, gonadales Geschlecht, hormonales Geschlecht, innere Geschlechtsorgane und äußere Geschlechtsorgane.⁴

Das soziale Geschlecht beschreibt die sozial konstruierten Rollen, Verhaltensweisen, Aktivitäten und Eigenschaften, die in einer Gesellschaft als angemessen für Frauen und Männer betrachtet werden.⁷ Gender beschreibt daher, welche Aufgaben, Anforderungen, Erwartungen, Rollen und Fähigkeiten Personen aufgrund ihres Geschlechts zugeschrieben werden. Dazu gehören auch traditionelle Rollenzuschreibungen, d. h. „Was ist typisch weiblich/männlich?“ oder „Was ist angemessen bzw. sozial erwünscht?“ Außerdem hat die Repräsentation nach Außen, zum Beispiel durch das Tragen bestimmter Schmuck- oder Kleidungsstücke, einen Einfluss auf das Soziale Geschlecht. Soziale Zuordnungen zu den Geschlechtern sind dabei abhängig vom sozialen bzw. kulturellen Kontext und veränderlich. Sex- und Genderaspekte beeinflussen sich wechselseitig und bestimmen u. a. den Gesundheitszustand oder das Risikoverhalten von Patient*innen sowie deren Zugang zur Gesundheitsversorgung.⁴

Die medizinische Forschung und Praxis war für eine sehr lange Zeit nur auf die männliche Physiologie ausgelegt. In weiten Teilen trifft das gegenwärtig auch noch zu. Für Forschung und klinische Studien werden hauptsächlich männliche Zellen, Mäuse oder Probanden untersucht. Die Ergebnisse werden dann mit der Annahme, dass männliche und weibliche Zellen gleich funktionieren, auf Frauen übertragen. Jedoch besteht ein sehr großer Unterschied zwischen dem männlichen und weiblichen „Biologischen System“. Dieser Unterschied zeigt sich in der Epidemiologie, Pathophysiologie, klinischen Manifestation, Progression und Behandlung von Krankheiten zwischen Männern und Frauen und sind vor allem auf eine genetische Heterogenität und das Verhältnis der Sexualhormone untereinander zurückzuführen.

Neben den biologischen Aspekten, spielen Gender-assozierte Aspekte eine besondere Rolle im Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Männern und Frauen. So bestimmten Gender-Normen die Wahrnehmung von Stress und Schmerzen, die Ernährung, das Sport- und Rauchverhalten, die Krankheitsanfälligkeit oder zwischenmenschliche Interaktionen, wie zum Beispiel das Vertrauen in die behandelnden Ärzt:innen und Pflegenden. Neben den individuellen Gender-Normen bestimmen auch institutionalisierte Genderaspekte die geschlechtsspezifische medizinische Betrachtung und Behandlung. Beispiele dafür sind die Bereitschaft, sich an medizinisches Fachpersonal zu wenden, der Zugang zum Gesundheitswesen, das Compliance- oder Risiko- und Präventionsverhalten,

Allein an diesen Beispielen wird deutlich, wie essentiell die Beachtung von gendermedizinischen Aspekten und geschlechtsspezifischen Unterschieden für eine adäquate medizinische Behandlung ist.

3. INTEGRATION GESCHLECHTSENSIBLER MEDIZIN IN DIE LEHRE UND PRAXIS

Eine weitreichende Implementierung der Gendermedizin in den medizinischen Alltag stellt eine interdisziplinäre Herausforderung dar und muss von verschiedenen Institutionen mitgetragen werden. In unserer Betrachtung sind die Kernbereiche hierfür die Integration in wissenschaftliche und klinische Forschung und in die klinische Medizin, eine Lehre an allen medizinischen Fakultäten und die Überwindung von (infra)strukturellen Hürden.

Um Grundlagen für Lehre und Praxis zu schaffen, ist es essentiell klinische Erfahrungen in Bezug auf Geschlechtsunterschiede zu sammeln, und diese durch Forschung wissenschaftlich belegen zu können. Oder andersherum, Erkenntnisgewinn durch wissenschaftliche Forschung klinisch umzusetzen. Die Forschung sollte Grundlagenforschung, klinische Forschung sowie Versorgungsforschung beinhalten. Anschließend können neue klinische und wissenschaftliche Erkenntnisse in die Lehre an medizinischen Fakultäten integriert werden. Die Studierenden und somit zukünftig praktizierende Ärzt:innen und Forscher:innen tragen dann zu einer strukturellen und weitreichenden Verankerung der Inhalte bei.

Die größte Hürde stellt die strukturelle Verankerung gendermedizinischer Inhalte in all den oben genannten Bereichen dar. Dies umfasst zum einem das Erstellen von evidenzbasierten Leitlinien für die verschiedenen Fachgebiete der Medizin. Zum anderen müssen Verantwortlichkeiten geschaffen werden. Das können Institutionen und verantwortliche Personen an medizinischen Fakultäten sein, die eine weitreichende Integration unterstützen und kontrollieren. Im übergeordneten Kontext müssen auch gesundheitspolitische Akteur:innen, fachpolitische Gremien, Finanzierungsprogramme und Ärztekammern Strukturen schaffen, die eine Integration und die Weiterentwicklung der Gendermedizin fördern.

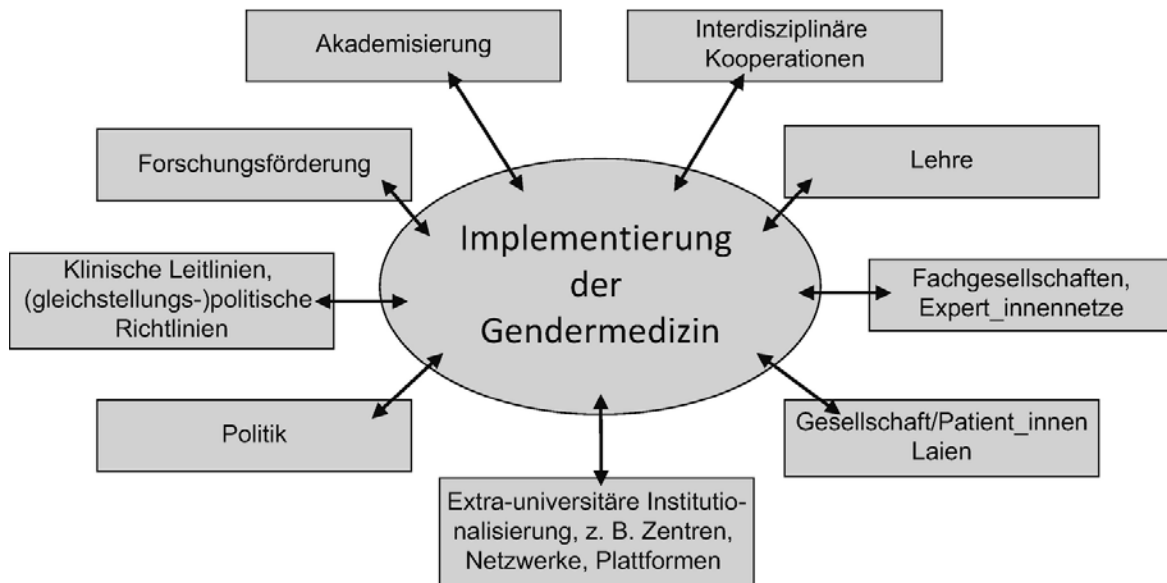


Abbildung 1: Einflussfaktoren für die Implementierung der Gendermedizin

Für die Integration von Geschlechteraspekten in medizinische Studiengänge wird eine Kombination aus einem integrativen Ansatz und einem partikularexpliciten Ansatz empfohlen. Das bedeutet eine übergreifende Integration von geschlechtsspezifischen Inhalten in alle - sofern sinnvoll - Regelveranstaltungen des Medizinstudiums longitudinal ab dem ersten Semester. Dadurch wird die Geschlechtssensible Medizin als Querschnittsaufgabe betrachtet. Darüber hinaus sollen mittels des partikularexpliciten Ansatzes geschlechtssensible Inhalte spezifisch über ein Angebot von Lehrveranstaltungen mit explizitem Geschlechterbezug integriert werden, z. B. im Rahmen einer Überblickveranstaltung zum Einfluss von Geschlecht auf Erkrankungen und die medizinische Versorgung (einschließlich Prävention). Laut dem Lernzielkatalog von Verdonk et al. (2005) sollen für Studierende verschiedene Lehrveranstaltungen in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren angeboten werden, die sich sowohl auf biomedizinische als auch auf soziokulturelle Unterschiede konzentrieren.

Darüber hinaus soll es die Möglichkeit für alle Studierende einer Universität geben, studienfachübergreifend an Gender-Modulen teilzunehmen, die neben Geschlechtssensibler Medizin verschiedene Inhalte aus dem Bereich der „Gender-Studies“ beinhaltet.

4. LERNZIELE

Wie bereits in Kapitel 3. *Integration geschlechtssensibler Medizin in die Lehre und Praxis* beschrieben, wird für medizinische Studiengänge eine durchgängige Thematisierung von geschlechtsbezogenen Inhalten in alle, sofern sinnvoll, Regelveranstaltungen empfohlen. Zur nachhaltigen Integration sollen für alle Fächer entsprechende Lernziele formuliert werden, die die Basis eines geschlechtssensiblen Curriculums darstellen.³

In der aktuellen Version des NKLM sind Lernziele verankert, die sowohl biologische (sex) als auch psychosoziale Aspekte (gender) des Geschlechts berücksichtigen.¹⁷ Die geschlechtssensiblen Lernziele integrieren überwiegend biologische Aspekte.

Für die Formulierung von Lernzielen die die Aspekte der geschlechtssensiblen Medizin berücksichtigen bzw. für die Integration von Geschlechteraspekten in bestehende Lernziele, kann der Lernzielkatalog der Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (AGPO) sowie von Verdonk et al. (2005) beispielhaft genutzt werden. Zusammenfassend wurden diese gemeinsam mit den Lernzielen des Projekts Gender Med formuliert:

1. Wissen über geschlechts- und genderspezifische Unterschiede von Gesundheit und Krankheit in Bezug auf Prävention und Behandlung. Insbesondere in Bezug auf epidemiologisch bedeutsame Erkrankungen.
2. Geschlechts-, gender- und kultursensible Kommunikation
3. Durchführung einer geschlechtssensiblen körperlichen Untersuchung und Diagnostik.
4. Einfluss genderspezifischer, sozialer und kultureller Rollen auf die Gesundheitsversorgung aller Geschlechter, z. B. auf das ärztliche Handeln. Und allgemein das Thema Gleichstellung in medizinischen Berufsgruppen reflektieren können.
5. Geschlechtsaspekte in der aktuellen Forschungslage und Leitlinien kritisch hinterfragen und Methoden geschlechtssensibler Forschung kennen.
6. Maßnahmen geschlechtssensibler Prävention
7. Anliegen und die historischen Grundlagen der geschlechtssensiblen Medizin kennen
8. Biologische und psychosoziale Aspekte geschlechtsspezifischer Unterschiede kennen.
9. Die Geschlechtsunterschiede sind in den curricularen Lernzielen der absolvierten Ausbildung enthalten und werden auch geprüft.

Tabelle 1. Beispiele biologischer und psychosozialer Aspekte Unterschiede

Biologische Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> - Genetik, z. B. Transkription, Genexpression - Sexualhormone und deren Effekte, z. B. Signalübertragung, Schutzfaktor Östrogen - Epigenetik, Expression von Rezeptoren, Enzymen und Proteinbindungen - Anatomie, z. B. Organgröße, -funktion, -effizienz - Stoffwechsel
Psychosoziale und Sozioökonomische Aspekte ⁸⁻¹¹
<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits- und Risikoverhalten, z. B. Prävention; Therapieadhärenz; Ernährung; Alkohol- oder Nikotinkonsum; Substanzmissbrauch; körperliche Aktivität; Zeit, die für Gesundheit aufgewendet wird - soziales Netzwerk, familiäre Unterstützung, Familienkonstellationen - Vorstellungen/Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, z. B. Gesundheitskonzepte - Stress und Bewältigungsverhalten - Gesundheitskompetenz - Arbeitsbedingungen, z. B. Umweltexpositionen, Tätigkeitsmuster, Bildungs- und Gehaltsniveau - geschlechtsbezogene Arbeitsteilung, z. B. Erwerbsarbeit, Familien- und Pflegearbeit, Hausarbeit - Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem - Geschlechterrollenerwartungen, z. B. Maskulinität/Femininität, Tabuisierungen/Stigmatisierungen - Wahrnehmung von Geschlechterrollen, z. B. im Arbeitskontext, in der Familie - Stereotypisierung und Krankheitsattribution, z. B. Diagnostik- und Therapieangebote, „männliche“ und „weibliche“ Erkrankungen - gesellschaftliche Wertesysteme, institutionelle Praxis - Gesundheitsaufklärung/Gesundheitsinformation

GENDER BIAS

Als Gender Bias bzw. geschlechterbezogener Verzerrungseffekt wird das Auftreten systematischer Fehler durch inadäquate Berücksichtigung, Missachtung, Fehlinterpretation oder Generalisierung von Geschlecht bezeichnet.^{12,13} In *Tabelle 2* werden einige Beispiele geschlechtsbezogener Verzerrungseffekte vorgestellt. Es wird dabei zwischen Verzerrungseffekten unterschieden, die durch die Nichtbeachtung von Geschlechterunterschieden entstehen und solchen, die durch eine Überbetonung von Geschlechterunterschieden

aufzutreten.¹² Unterschiedliche Möglichkeiten zur Vermeidung geschlechtsbezogener Verzerrungseffekte in empirischen Arbeiten (u. a. durch Richtlinien, Kurzfragebogen) werden in Kapitel 5. *Geschlechtssensible Forschung* vorgestellt.

Tabelle 2. Beispiele geschlechtsbezogener Verzerrungseffekte (Gender Bias)¹²⁻¹⁴

1. Geschlechtsunterschiede werden <u>nicht beachtet</u>
<p>a) Geschlechtsinsensibilität:</p> <ul style="list-style-type: none">- es werden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gemacht (ohne empirische Belege für die Zulässigkeit) <p>b) Androzentrismus (male bias):</p> <ul style="list-style-type: none">- Männer wurden lange als die Norm, Frauen als die Abweichung von der Norm betrachtet- es werden vorrangig Männer betreffende Probleme, Risikofaktoren und Sichtweisen berücksichtigt z. B.: Arzneimittelwirksamkeit, Myokardinfarkt <p>c) Übergeneralisierung:</p> <ul style="list-style-type: none">- Studienergebnisse, die ausschließlich auf männlichen/weiblichen Daten basieren, werden über das untersuchte Geschlecht hinaus generalisiert z. B. diagnostische Modelle für Osteoporose traditionell nur für Frauen, Risikofaktoren bei Männern nicht etabliert
2. Geschlechtsunterschiede werden <u>überbetont</u>
<p>d) doppelter Bewertungsmaßstab:</p> <ul style="list-style-type: none">- Gleiches (z. B. Persönlichkeitseigenschaften) wird bei Männern und Frauen unterschiedlich bewertet (Reproduktion von Geschlechterstereotypen) z. B. Symptomschilderungen <p>e) Geschlechterdichotomie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Geschlechtsunterschiede werden ohne ausreichende Evidenz behauptet (Publikationsbias)- Vernachlässigung von Geschlechtsüberschneidungen, d. h. Unterschiede in den Gruppen der Frauen und Männer können größer sein als Unterschiede zwischen den Gruppen <p>f) Unterschiede zwischen Frauen und Männern werden fälschlich auf das biologische Geschlecht zurückgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nichtbeachtung von Gender-Aspekten (Geschlechterrollen, sozioökonomischer Status)- das biologische Geschlecht wird unter Ausschluss anderer wichtiger Variablen überbetont- Stereotypisierung/Diskriminierung von Frauen und Männern

5. GESCHLECHTSENSIBILE FORSCHUNG

Geschlechtssensible Forschung....

„[...] zeichnet sich durch eine Haltung und ein Bemühen aus, die Qualität der eigenen Forschung durch Geschlechtssensibilität zu verbessern, wenn Geschlechteraspekte für die Forschung relevant sind.“^{11(p74)}

„[...] hat das Ziel, Geschlechterunterschiede und -gemeinsamkeiten zu untersuchen und/oder die Geschlechteraspekte einer Fragestellung angemessen zu berücksichtigen.“^{20(p1041)}

Aktuell sind geschlechtsspezifische Empfehlungen nur eingeschränkt in klinische Leitlinien integriert. Gründe dafür sind u. a. der langjährige Ausschluss von Frauen aus klinischen Studien sowie fehlende Evidenz zu Geschlechtsunterschieden in vielen Disziplinen der Medizin.^{8,9} Die Forschung im Bereich der geschlechtssensiblen Medizin steht dabei auch methodischen Herausforderungen gegenüber, z. B. der Komplexität der Konzepte „sex“ und „gender“ und der Übertragung von sozial- und kulturwissenschaftlichen Konzepten in naturwissenschaftlich orientierte Forschung.^{8,11,14} Außerdem sei es komplizierter, Frauen in die medizinische Forschung zu integrieren. Als Faktoren dafür werden der Menstruationszyklus, die Einnahme von Verhütungsmitteln oder die (hormonellen) Unterschiede vor und nach dem Klimakterium oder während Schwangerschaften genannt. Historisch wurde in der Medizin der männliche Körper (weiß, 1,75 m groß, 80 kg schwer) als Standard betrachtet. Er wurde als anatomisches und physiologisches Modell, zur Beschreibung von Symptomen und für die Entwicklung therapeutischer und diagnostischer Verfahren herangezogen. Auch klinische und laborative Forschung wird vorrangig an Männern durchgeführt, selbst männliche Mäuse und männliche Zellen werden viel häufiger verwendet als weibliche Organismen.

Aus oben genannten Gründen resultiert der „Gender Data Gap“ bzw. „Gender Health Gap“, der dazu führt, dass Frauen häufig nicht evidenzbasiert behandelt werden können. Im Jahr 1982 wurde eine Studie der US-amerikanischen National Science Foundation veröffentlicht. Der „Report on Women and Minorities in Science and Engineering“ (Crowley und Lane) belegte das erste Mal, dass Frauen in der Wissenschaft signifikant unterrepräsentiert sind. Worauf 1993 der NIH Health Revitalization Act bestimmte, dass Frauen und Minderheiten gesetzlich in klinische Studien eingeschlossen werden müssen.²³

UMSETZUNG GESCHLECHTSENSIBLER FORSCHUNG

Um Fehlaussagen, Geschlechterungleichheit in Wissensbeständen und vermeidbare Mortalität/Morbidität/Invalidität zu reduzieren, sollten Geschlechteraspekte durchgängig und

systematisch in allen Phasen des Forschungsprozesses (Forschungsfrage/-ziele, Literaturrecherche, Studienplanung und Durchführung, Datenanalyse) angemessen und sachgerecht berücksichtigt werden.^{9,11} Forschungsansätze und -ergebnisse sollen dabei systematisch reflektiert werden und methodische Kompromisse diskutiert und transparent gemacht werden.¹¹ Fachliche Standards sollten darüber hinaus durch Fachgesellschaften und Institutionen der Forschungsförderung implementiert werden.¹¹

Als Leitfaden für eine geschlechtssensible Forschung kann das Planungstool für „Sex and Gender in Systematic Reviews“ der Cochrane Sex/ Gender Methods Groups verwendet werden:

https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.equity/files/uploads/SRTool_PlanningVersionSHORTFINAL.pdf

6. GESCHLECHTSENSIBLE SPRACHE UND PRÄSENTATION

„Wer nicht genannt wird, ist nicht gemeint und wer nicht angesprochen wird, wird nicht erreicht.“

Sprache spiegelt nicht nur Werte und Haltungen einer Gesellschaft wider, sie gestaltet auch Realität, indem sie unser Denken und Bewusstsein beeinflusst. In der Theorie der Kognitiven Repräsentation bedeutet dies, dass mit dem Gebrauch des Generischen Maskulinums auch vornehmlich männliche Personen assoziiert werden und verhindert, dass Frauen und nicht binäre Personen sichtbar gemacht werden. Wenn es beispielsweise heißt, „Experte gesucht“, werden sehr wahrscheinlich weniger Frauen und nicht binäre Personen vorgeschlagen, als bei der Suche nach „Expert:innen“ oder „Experten und Expertinnen“. Dies wird vor allem in männlich dominierten Kontexten der Fall sein. Sprache trägt daher auch dazu bei, dass diskriminierende Strukturen verfestigt werden können beziehungsweise im Gegensatz dazu können, diese durch eine Veränderung hin zu einer diskriminierungsfreieren Sprache abgebaut werden. Bemühungen um einen geschlechtssensiblen Sprachgebrauch tragen nicht nur zu einer möglichst diskriminierungsfreien Lehr- und Lernumgebung in der Hochschule bei, sondern sind auch Ausdruck wissenschaftlicher Genauigkeit. Ziel der geschlechtssensiblen Sprache ist das adäquate Ansprechen aller Geschlechter. Das heißt es werden genauso Personen eingeschlossen und sichtbar gemacht, die sich außerhalb des binären Geschlechtssystems definieren.

Empfehlungen zur geschlechtssensiblen Sprache an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und am Universitätsklinikum Halle (Saale) wurden bereits 2015 durch die damalige Prodekanin für Gender, Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, veröffentlicht und seitdem zweimal überarbeitet. Die letzte Überarbeitung erfolgte im Jahr 2022. Die Empfehlungen und eine kompakte Fassung in Form eines Flyers sowie einen Selbstüberprüfungsbogen zur geschlechtssensiblen Kommunikation können Sie

unter dem folgenden Link abrufen:

<https://www.umh.de/medizinische-fakultaet/foerderprogramme-umh/genderfragen-2014-bis-2022>

7. LITERATURVERZEICHNIS

1. Ludwig S, Dettmer S, Peters H, Kaczmarczyk G. Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre: Noch in den Kinderschuhen. *Dtsch Arztebl.* 2016;113(51-52):A2364-A2366.
2. Verdonk P, Mans LJJ, Lagro-Janssen ALM. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ.* 2005;39(11):1118-1125. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02318.x.
3. Hilgemann M, Kortendiek B, Knauf A. *Geschlechtergerechte Akkreditierung und Qualitätssicherung - eine Handreichung: Analysen, Handlungsempfehlungen und Gender Curricula.* 3. Auflage. Essen; 2012; 14. https://www.netzwerk-fgf.nrw.de/fileadmin/media/media-fgf/download/publikationen/Studie-14_Geschlechtergerechte_Akkreditierung_2.pdf. Accessed December 18, 2018.
4. Arbeitsgruppe Gender im Curriculum, Medizinische Universität Wien in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen des KAV. *Leitfaden für Gender und Diversity in der Medizin.* Wien; 2014. https://www.meduniwien.ac.at/web/fileadmin/content/serviceeinrichtungen/gender_mainstreaming/leitfaden_fuer_gender_und_diversity_in_der_medicin.pdf. Accessed September 26, 2018.
5. Kautzky-Willer A. Editorial. In: Kautzky-Willer A, ed. *Gendermedizin: Prävention, Diagnose, Therapie.* Wien: Böhlau Verlag; 2012:7-16.
6. Kolip P, Hurrelmann K. Geschlecht und Gesundheit: eine Einführung. In: Kolip P, Hurrelmann K, eds. *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich.* 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2016:8-17.
7. World Health Organization. Glossary of terms and tools. <http://www.who.int/gender-equityrights/knowledge/glossary/en/>. Accessed November 19, 2018.
8. Oertelt-Prigione S. Sex and gender in medical literature. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V, eds. *Sex and gender aspects in clinical medicine.* London: Springer Verlag; 2012:9-15.
9. Harreiter J, Thomas A, Kautzky-Willer A. Gendermedizin. In: Kolip P, Hurrelmann K, eds. *Handbuch₅₃ Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich.* 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2016:34-44.
10. Faltermaier T, Hübner IM. Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Kolip P, Hurrelmann K, eds. *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich.* 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2016:45-57.

11. Jahn I. Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Kolip P, Hurrelmann K, eds. *Handbuch Geschlecht und Gesundheit: Männer und Frauen im Vergleich*. 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2016:71-86.
12. Bolte G. Gender in der Epidemiologie. Diskussionsstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbla*. 2008;51(1):3-12. doi:10.1007/s00103-008-0414-z.
13. Gendered innovations in science, health & medicine, engineering, and environment. Terms. <http://genderedinnovations.stanford.edu/terms.html>. Accessed November 19, 2018.
14. Gansefort D, Jahn I. Mehr als "broken down by sex "...": Geschlechtersensible Forschung in der Epidemiologie. In: Gadebusch Bondio M, Katsari E, eds. *Gender-Medizin: Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin*. Bielefeld: transcript Verlag; 2014:49-67.
15. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Aspekte einer geschlechtssensiblen Gesundheitsversorgung: Handbuch Qualitätszirkel*. [Ergänzungsdruck Januar 2015]. Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/4.19_Geschlechtersensible_Gesundheitsversorgung.pdf. Accessed December 18, 2018.
16. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Chancengleichheit in der Wissenschaft: Fordern, fördern, forschen. https://www.dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/2018/info_wissenschaft_18_33/index.html. Updated March 26, 2019.
17. MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland. *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin*. Berlin; 2015.
18. AGPO Women's Healthcare Education Office. *Women's health care competencies for medical students: Taking steps to include sex and gender differences in the curriculum*; 2005.
19. Weyers S, Vervoorts A, Dragano N, Engels M. The Gender lens: Development of a learning aid to introduce gender medicine. *GMS J Med Educ*. 2017;34.
20. Jahn I, Gansefort D, Kindler-Röhrborn A, Pfeleiderer B. Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie und Medizin: Wie kann das erreicht werden? Ziele und erste Ergebnisse des Verbundes "Geschlechtersensible Forschung in Epidemiologie, Neurowissenschaften und Genetik/Tumorforschung". *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2014;57(9):1038-1046. doi:10.1007/s00103-014-2010-8.
21. Schiebinger L. Gendered innovations in biomedicine and public health research. In: Oertelt-Prigione S, Regitz-Zagrosek V, eds. *Sex and gender aspects in clinical medicine*. London: Springer Verlag; 2012:5-8.
22. Eichler M, Fuchs J, Maschewsky-Schneider U. Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. *J Public Health*. 2000;8(4):293-310.
23. Oertelt-Prigione S, Hiltner S. Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition. In: Kortendiek, B., Riegraf, B., Sabisch, K. (eds) *Handbuch Interdisziplinärer Geschlechterforschung*. Vol 65. Wiesbaden: Springer Verlag; 2019: 741-750.

8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: https://media.springernature.com/full/springer-static/image/chp%3A10.1007%2F978-3-658-12496-0_139/MediaObjects/416192_1_De_139_Fig1_HTML.png?as=webp

Impressum

Im Rahmen des Projektes „Gender Med“, welches aus Hochschulpaktmitteln (01/2018 bis 03/2019) gefördert wurde, ist die erste Fassung dieser Handreichung entstanden. Die Projektleitung übernahm Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer. Sie wurde von Dipl.-Psych. Katharina Clever unterstützt.

Im Jahr 2022 wurde die vorliegende Handreichung unter der Leitung von Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer durch Leah Tomerius aktualisiert.

Kontakt:

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel.: 0049 (0)345 557 4498/4466
E-Mail: gabriele.meyer@medizin.uni-halle.de

<https://www.medicin.uni-halle.de/portraits/prof-dr-gabriele-meyer>