

**Diplomarbeit**

**GENDER-AWARENESS**

**bei Studierenden der Humanmedizin an der Medizinischen Universität  
Graz**

eingereicht von

**Julia Maria Tober**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie**

unter der Anleitung von

Dr.<sup>in</sup> Theresa Lahousen-Luxenberger und

Priv-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. et scient. med. Eva Reininghaus

Graz, am 15. September 2015

## *Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, am 15. September 2015

Julia Maria Tober eh

## Danksagungen

---

Für die Unterstützung bei meiner Diplomarbeit möchte ich mich herzlich bei folgenden Personen bedanken:

Bei meinen Betreuerinnen, Dr.<sup>in</sup> Theresa Lahousen-Luxenberger und Priv-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. et scient. med. Eva Reininghaus für die gute Erreichbarkeit und geduldige Betreuung.

Bei Frau Mag.<sup>a</sup> Nina Lackner für die Unterstützung in statistischen Angelegenheiten.

Bei Herrn Hans-Christian Caluba für die rasche Ermöglichung der Online-Umfrage und die Einführung in das EvaSys-System.

Bei allen Studierenden, die sich die Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen genommen haben.

Und schließlich bei Herrn Dr. med. univ. Raphael Seuthe für die Rechtschreib- und Formatierungsprüfungen sowie die geduldige Unterstützung während der gesamten Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1 Schlüsselbegriffe</b>	<b>1</b>
„Sex“ und „Gender“	2
Gender-Ideologie und Geschlechterrollen-Ideologie	3
Gender-Medizin	6
Geschlechtsblindheit („gender-blindness“) und Male-Bias	7
<b>2 Geschlechtsbewusstsein (Gender-Awareness)</b>	<b>9</b>
Gender-Awareness im klinischen Alltag	10
Gender-Awareness in der Lehre	10
Essentielle Anwendungsbereiche von Gender-Awareness	12
2.1.1 Geschlechterrollenideologie	12
2.1.2 Geschlechtsblindheit und Male-Bias in der Forschung und Lehre	12
2.1.3 Struktur und Organisation in der Medizin	12
<b>3 Zielsetzung und Einschränkungen</b>	<b>13</b>
<b>4 Fragestellungen und Hypothesen</b>	<b>14</b>
<b>Material und Methoden</b>	<b>16</b>
<b>1 Fragebögen</b>	<b>17</b>
Sozioökonomischer Fragebogen	17
Adaptierter N-GAMS-Fragebogen	18
1.1.1 Subskala „Gender-Sensitivity“ oder Geschlechtssensitivität („GS“)	18
1.1.2 Geschlechterrollen-Subskalen („gender-role ideology“) („GRIP“, „GRID“)	20
Analyse	20
<b>Ergebnisse – Resultate</b>	<b>22</b>
<b>1 Fragestellung und Hypothese 1</b>	<b>22</b>
<b>2 Fragestellung und Hypothese 2</b>	<b>24</b>
<b>3 Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Gender-Awareness von Medizinstudierenden (Hypothesen 3 und 4)</b>	<b>26</b>
Hypothese 3	27
Hypothese 4	28
<b>4 Interkorrelation der Subskalen (Hypothesen 5a und 5b)</b>	<b>29</b>
Hypothese 5a	29
Hypothese 5b	29
<b>5 Single-Item-Analyse mittels T-Test für unabhängige Stichproben</b>	<b>30</b>
<b>6 Zusammenfassung der Resultate</b>	<b>31</b>
<b>Diskussion</b>	<b>33</b>
<b>1 Diskussion der Resultate</b>	<b>33</b>
Zum Geschlechterrollen-Denken	33
1.1.1 Politisches und sozioökonomisches Umfeld, Gesetzliches	38
1.1.2 Tendenziell höhere „GRIP“- als „GRID“-Scores: PatientInnen als „out-group“	43
Zur Gender-Sensitivity	44
1.1.3 Gender-Sensitivity und egalitäres Gender-Verständnis	45
1.1.4 Persönliche Erfahrungen mit Diskriminierung	46

1.1.5	Alter	47
<b>2</b>	<b>Limitationen der Studie</b>	<b>48</b>
	Querschnitts- statt Longitudinaldesign	48
	Freiwillige Teilnahme über Online-Umfrage	49
	Im Vergleich	49
	Schlussbetrachtung	51
	Literaturverzeichnis	53
	Anhang	60

## Glossar und Abkürzungen

---

AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AP	Angina Pectoris
APA	American Psychological Association
EC	Europäische Kommission
EIGE	European Institute for Gender Equality
EU	Europäische Union
EKG	Elektrokardiogramm
GA	Gender-Awareness
GRID	Gender role ideology towards doctors – Geschlechterrollenideologie gegenüber ÄrztInnen
GRIP	Gender role ideology towards patients – Geschlechterrollenideologie gegenüber Patien- tInnen
GS	Gender-Sensitivity – Gender-Sensitivität/ Sensibilität
HDL-C	High Density Lipoprotein-C
KHK	Koronare Herzkrankheit
MANCOVA	mehrfaktorielle, multivariate Kovarianz-

	Analyse
N-GAMS	Nijmegen – Gender Awareness in Medicine Scale (Nijmegen – Gender-Awareness in der Medizin-Skala)
UN	United Nations – Vereinte Nationen
WHO	World Health Organisation – Welt- Gesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1 – Klinikvorstände MedUni Graz	13
Abbildung 2 – Likert-Skala	18
Abbildung 3 – Vergleich der Mittelwerte: GRIP	24
Abbildung 4 – Vergleich der Mittelwerte: GRID	24
Abbildung 5 – Vergleich der Mittelwerte: GS	26

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1 – Stichprobe MANCOVA	17
Tabelle 2 – Variablen MANCOVA	18
Tabelle 3 – N-GAMS-Subskalen	19
Tabelle 4 – Multivariate Tests <sup>a</sup> – sex	22
Tabelle 5 – Univariate Tests – sex	22
Tabelle 6 – Deskriptive Statistik	23
Tabelle 7 – Multivariate Tests <sup>a</sup> – group	25
Tabelle 8 – Univariate Tests – group	25
Tabelle 9 – Multivariate Tests <sup>a</sup> – group*sex	26
Tabelle 10 – Korrelationen: Sozioökonomische Variablen - GA-Subskalen	27
Tabelle 11 – Korrelationen: "upbringing" – GA-Subskalen	27
Tabelle 12 – Multivariate Tests <sup>a</sup> – Sozioökonomische Variablen (Pillai-Spur)	27
Tabelle 13 – Mittelwerte Alter	28
Tabelle 14 – Interkorrelation der Gender-Subskalen	29
Tabelle 15 – Geschlechtsunterschiede 1./2. Semester	30
Tabelle 16 – Single Items 1./2. Semester	30
Tabelle 17 – Geschlechtsunterschiede 11./12. Semester	31
Tabelle 18 – Single Items 11./12. Semester	31
Tabelle 19 – Vergleich der Subskalen	34

## Zusammenfassung

---

**Einleitung:** In den letzten Jahren ist zunehmend ein Bewusstsein dafür erwacht, dass die biologischen und psychosozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowohl die Sensibilität für Risikofaktoren und Risikoverhalten, auch die Entwicklung und Präsentation von Krankheiten sowie das Therapieverhalten/-ansprechen beeinflussen. Missverständnisse und Vorurteile sowie Geschlechtsblindheit und Male-Bias können dabei zu Defiziten bei der Diagnostik und Behandlung von Frauen und/oder Männern führen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die aktuelle Gender-Awareness von Studierenden der Medizinischen Universität Graz anhand der validierten N-GAMS (nach *Verdonk et al.* (1) und *Andersson et al.* (2)) am Beginn und am Ende des Studiums zu erheben und zu vergleichen.

**Material und Methoden:** Die vorliegende Studie wurde im Querschnitts-Design durchgeführt. Zwei Fragebögen (Sozioökonomische Variablen; Gender-Awareness mittels N-GAMS) wurden in einer Online-Umfrage an Studierende der Medizinischen Universität Graz im 1./2., 9./10. und 11./12. Semester verschickt. Insgesamt wurden 340 Studierende inkludiert. Die Hauptanalyse war eine MANCOVA.

**Resultate:** Studierende im 1./2. Studiensemester erzielen im Mittel einen niedrigeren Gender-Sensitivity-Score als Studierende im 11. oder 12. Studiensemester. Das Outcome der Geschlechterrollen-Subskalen unterscheidet sich *nicht* signifikant mit höherem Studiensemester; männliche Studierende erzielen jedoch signifikant höhere Scores in beiden Geschlechterrollen-Subskalen als ihre Kolleginnen. Die höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters korreliert negativ mit dem Outcome in der GRIP-Skala und hat auch in der Hauptanalyse einen Effekt, während das Alter der Studierenden und die höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter zwar mit der Gender-Awareness (GA) korrelieren, aber in der MANCOVA keinen signifikanten Effekt haben.

**Conclusio:** Bei Medizinstudierenden sind geschlechts- und studienfortschrittsbezogene Unterschiede in der Gender-Awareness vorhanden. Sozioökonomische Hintergrundvariablen spielen eine Rolle. Die Implementierung von Gender-Themen in medizinische Curricula mit der Absicht, diese Unterschiede und deren mögliche Folgen aufzuzeigen sowie die Gender-Awareness zu steigern, erscheint daher sinnvoll.

**Schlüsselbegriffe:** Gender, Gender-Awareness, Gender-Medizin

## Abstract

---

**Introduction:** In recent years an increasing awareness of the fact that biological and psychosocial differences between women and men influence both sensitivity to risk factors and risk behaviour on the one hand and development and symptom presentation of diseases as well as therapeutic behaviour on the other hand has been observed. Misunderstandings and prejudice as well as gender blindness and male bias may cause maltreatment and diagnostic deficits for both women and men. The present thesis aims to evaluate and compare current levels of gender awareness (GA) in students of the Medical University of Graz at different stages of their studies using the validated N-GAMS (created/modified by *Verdonk et al.* (1) and *Andersson et al.* (2)).

**Material and methods:** The present survey was conducted using a cross-sectional design. Via an online survey, two questionnaires (socio-economical variables, gender awareness using N-GAMS) were sent out to students of the Medical University of Graz in their 1<sup>st</sup>/2<sup>nd</sup>, 9<sup>th</sup>/10<sup>th</sup> and 11<sup>th</sup>/12<sup>th</sup> semester. A total of 340 students were included. MANCOVA was used as main analysis.

**Results:** Students in their initial two semesters score lower on the gender sensitivity subscale than students in their 11<sup>th</sup>/12<sup>th</sup> semester. Male students score significantly higher in both gender role subscales than their female colleagues, indicating higher acceptance of gender stereotypes. There is *no* significant difference in outcome of both gender role subscales with varying semester. Father's highest education correlated negatively with outcome of the GRIP-scale and had significant effect in the main analysis as well, whereas students' age and mother's highest education correlated with GA, but had no significant effect when tested by MANCOVA.

**Conclusion:** Differences in gender awareness levels related to students' sex and semester of studying do exist. Socio-economical background variables have some effect. Thus, implementation of gender issues in medical curricula aiming to point out these differences and their potential consequences as well as to increase gender awareness seems wise.

**Key words:** gender, gender awareness, gender medicine

# Einleitung

---

*„Being male or female is an important basic human variable that affects health and illness throughout the life span.“* Wizemann & Pardue (3).

In den letzten Jahren und Jahrzehnten ist zunehmend ein Bewusstsein dafür erwacht, dass die biologischen und psychosozialen Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowohl die Sensibilität für Risikofaktoren und die Affinität zum Risikoverhalten, als auch die Entwicklung und Präsentation von Krankheiten sowie das Therapieverhalten/-ansprechen beeinflussen. Ebenfalls in das Bewusstsein gerückt ist die Erkenntnis, dass diese Unterschiede bisher oft zu wenig oder gar nicht beachtet worden sind.

Sowohl das biologische Geschlecht als auch „gender“ im Sinne des psychosozialen Geschlechtes sind entscheidende Einflussfaktoren für die Gesundheit oder Krankheit von Menschen. Das belegen heute zahlreiche Studien (4–11). Das biologische und psychosoziale Geschlecht sowohl der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes als auch der behandelten Patientin/des behandelten Patienten nehmen Einfluss darauf, wie erstere mit letzteren kommunizieren, wie sie ihnen zuhören und in welchem Ausmaß sie das, was ihnen erzählt wird, glauben und interpretieren (4). Missverständnisse und Vorurteile sowie Geschlechtsblindheit und Male-Bias können dabei zu Defiziten bei der Diagnostik und Behandlung von Frauen und/oder Männern führen (4,6–10,12–14). Im Ergebnis werden dann z. B. Medikamente nicht richtig eingenommen oder notwendige Lebensstil-Veränderungen nicht durchgeführt (4).

## **1 Schlüsselbegriffe**

Um diesen Defiziten begegnen zu können und eine qualitativ gleich hochwertige medizinische Versorgung von weiblichen und männlichen Patienten gewährleisten zu können, müssen die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt das Geschlecht – sowohl im biologischen als auch im psychosozialen Sinne – von PatientInnen und ÄrztInnen als wichtigen Einflussfaktor wahrnehmen und ein Verständnis für dessen Bedeutung entwickeln. Das betrifft insbesondere die Bereiche Kommunikation, Biologie, Verhalten und Risikofaktoren. Dafür müssen zuerst die Schlüsselbegriffe geklärt werden.

## „Sex“ und „Gender“

In der Literatur zur Gender-Medizin gibt es keine einheitliche Definition von „sex“ und „gender“. Häufig werden die beiden Begriffe nicht klar voneinander abgegrenzt oder synonym verwendet (15,16). Einig ist man sich hingegen darin, dass eine eindeutige Definition und Abgrenzung von „sex“ und „gender“ notwendig ist (17), auch wenn die Trennung des Einflusses von biologischem und psychosozialem Geschlecht in der Medizin nicht immer vollständig möglich ist (6).

Im Englischen steht „sex“ für das biologische, „gender“ für das psychosoziale Geschlecht. Entsprechend bezieht die APA (American Psychological Association) (18) „sex“ auf den biologischen Status einer Person. Dieser wird typischerweise in männlich, weiblich und intersex (also atypische Kombinationen von Eigenschaften, welche normalerweise männlich von weiblich unterscheiden) kategorisiert. Zu den Indikatoren des biologischen Geschlechtes gehören unter anderem Geschlechtschromosomen, Gonaden, innere Geschlechtsorgane und äußere Genitalien. Geschlechtsunterschiede im Sinne von „sex differences“ basieren folglich auf biologischen Faktoren wie zum Beispiel der Fortpflanzungsfunktion, der Konzentration von Sexualhormonen und der Expression von Genen auf den X- und Y-Chromosomen mit entsprechenden Effekten – wie etwa dem höheren Körperfettanteil von Frauen (19).

Der Begriff „gender“ beschreibt gerade keine biologisch festgelegte Eigenschaft, sondern umfasst laut der APA (18) die Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen, welche eine bestimmte Kultur mit dem biologischen Geschlecht einer Person assoziiert. Verhaltensweisen, die mit kulturellen Erwartungen kompatibel sind, werden als geschlechtsnormativ („gender-normative“) bezeichnet; Verhaltensweisen, die als inkompatibel mit diesen Erwartungen angesehen werden, stellen eine Geschlechts-Nonkonformität dar („gender non-conformity“).

„Gender“ bezieht sich damit auf die Art und Verteilung von Rollen und Macht zwischen Männern und Frauen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems und unterliegt als sozial konstruiertes Konzept kulturellen und historischen Schwankungen (4).

Die WHO (20) unterscheidet in ihrem Genomic Resource Centre „sex“ und „gender“ folgendermaßen: *„Biologisches Geschlecht und sozial konstruiertes ‚gender‘ interagieren, um unterschiedliche Risiken und Vulnerabilität für Krankheit und Unterschiede beim gesund-*

heitsorientierten Verhalten („health-seeking-behaviour“) und in den gesundheitlichen Folgen („health outcomes“) für Frauen und Männer zu produzieren. ‚Gender‘ beschreibt jene Charakteristika von Frauen und Männern, die größtenteils sozial kreiert sind, während ‚sex‘ jene betrifft, die biologisch determiniert sind.“

Es ist unter anderem deswegen wichtig, zwischen den oben genannten Begriffen zu unterscheiden, weil in der Vergangenheit oft Unterschiede zwischen Männern und Frauen – speziell in der Behandlung und der Inzidenz/Prävalenz von Erkrankungen – auf das biologische Geschlecht zurückgeführt wurden, während neuere Studien in vielen Fällen belegen, dass diese Unterscheide tatsächlich auf genderassoziierten Faktoren beruhen (4).

In diesem Zusammenhang wurde früher dann weiter angenommen, dass diese genderassoziierten Ungleichheiten eine natürliche Folge der biologischen Unterschiede und folglich schwierig oder nicht zu ändern seien. Inzwischen gibt es aber vielfältige Belege dafür, dass viele dieser Ungleichheiten soziokulturell bedingt (21) und daher durchaus veränderbar sind (22).

Da es im deutschen Sprachgebrauch keine entsprechende Differenzierung gibt, wird im Folgenden „Geschlecht“ nur für das biologische Geschlecht im Sinne des englischen „sex“ verwendet. Geht es hingegen um das psychosoziale Geschlecht, findet der englische Begriff „gender“ Verwendung.

### **Gender-Ideologie und Geschlechterrollen-Ideologie**

Eng mit dem psychosozial-kulturellen Geschlecht eines Menschen verbunden sind bestimmte Rollen, Eigenschaften und Verhaltensweisen, die damit assoziiert werden. Gemäß der Definition der *Europäischen Kommission* (23) sind Geschlechterrollen erlernte Verhaltensmuster in einer bestimmten Gesellschaft/Gemeinschaft oder speziellen Gruppen, die festlegen, welche Aktivitäten, Aufgaben und Zuständigkeiten als männlich und weiblich wahrgenommen werden.

Laut *Nordenmark* (24) kann Gender-Ideologie oder Geschlechterrollen-Ideologie definiert werden als die Meinungen oder Standpunkte, die eine Person zu Geschlechter-Rollen („gender-roles“) hat. Von Kindheit an nehmen Frauen und Männer diese im Rahmen des Sozialisierungsprozesses an und entwickeln Präferenzen für die Art, wie Frauen und Männer agieren sollten. Diese Präferenzen beinhalten stereotype Vorstellungen darüber, was

„männlich“ und „weiblich“ sein bedeutet und wie sich Frauen und Männer in bestimmten Situationen sowie hinsichtlich der Planung ihres gesamten Lebensweges verhalten sollen (18). Die Geschlechterrollen sind tief im menschlichen Alltag verwurzelt. Menschen, die sich nicht entsprechend den ihnen zugeschriebenen Rollen verhalten, können deswegen als weniger mögenswert angesehen werden (25).

Die Art und Ausprägung der Gender-Ideologien wird dabei durch das soziale, politische und kulturelle Umfeld der Menschen beeinflusst (24,26) – auch die Einstellungen und Haltungen von medizinischen Fachkräften (4). Solche Geschlechtsstereotypen in der Gesellschaft bestehen seit Jahrzehnten in kaum geänderter Form (27) und sind sehr veränderungsresistent (2), jedoch nicht unveränderlich (1,22). So glauben die Menschen, dass Frauen heute maskuliner sind als früher und dass die Frau der Zukunft maskuliner sein wird als die Frau der Gegenwart. Gegenüber Männern scheinen sich Geschlechterrollen-Ideologien weniger zu verändern (22). Sie fungieren als dynamische Kräfte im Rahmen sozialer Veränderungen, was die Bedeutung und Sinnhaftigkeit von Bemühungen um Gender-Awareness-Stärkung, Implementierung von Gender-Aspekten in medizinische (und andere universitäre) Curricula sowie am Arbeitsplatz und insbesondere auch in Krankenhäusern unterstreicht.

Die Interaktion zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient wird deutlich von Geschlechterrollen-Ideologien beeinflusst: Eine 2002 von *Hall und Roter* (12) durchgeführte Literatur-Review zeigte, dass männliche und weibliche Patienten abhängig vom Geschlecht ihres behandelnden Arztes/ihrer behandelnden Ärztin ein unterschiedliches Kommunikationsverhalten an den Tag legten. Sie redeten insgesamt mehr mit Ärztinnen als mit Ärzten, gaben dabei mehr Informationen preis und machten mehr positive Aussagen. Sie zeigten sich aber auch bestimmter gegenüber Ärztinnen und unterbrachen diese häufiger als die männlichen Kollegen. Viele dieser Ergebnisse trafen weniger stark oder sogar umgekehrt auf ÄrztInnen aus dem Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe – einem traditionell stärker weiblich besetzten Fachbereich – zu.

Umgekehrt wird oft auch die Wahrnehmung von PatientInnen durch ÄrztInnen und das Pflegepersonal geschlechtsabhängig beeinflusst: In ihrem 2002 veröffentlichten Artikel zum Thema „gendered patient“ führten *Foss und Sundby* (10) Interviews mit 12 ÄrztInnen und Pflegepersonen eines norwegischen Krankenhauses. Sie beschrieben, dass sich Krankenhausangestellte (ÄrztInnen und Pflegepersonal) – unabhängig vom eigenen Beruf, Ge-

schlecht und Fachbereich – ausgesprochen einig darüber waren, dass es deutliche Geschlechterunterschiede bei Eigenschaften von männlichen und weiblichen Patienten gab und auch welcher Art diese Unterschiede waren. Patientinnen wurden dabei durchweg negativer dargestellt, nämlich als zeitaufwändiger, anspruchsvoller und umständlicher in der Kommunikation.

In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass auch die jeweilige sozioökonomische Situation sowie die politischen Regelungen eines Landes Einfluss auf die in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschenden Einstellungen zu den Geschlechterrollen nehmen (4,24,26–29). Diese beeinflussen umgekehrt wiederum die Indikatoren für Gender-Equality, wie zum Beispiel den Anteil von Frauen an bezahlter (Teilzeit-)Arbeit, die Bildungsstandards oder die Aufteilung von Kinderbetreuung und Haushaltsaufgaben zwischen Männern und Frauen.

Im Rahmen einer 2004 veröffentlichten, internationalen Studie fand *Nordenmark* (24) heraus, dass Männer grundsätzlich vermehrt bezahlter Arbeit nachgehen und Frauen die meiste Hausarbeit erledigen. Dabei gab es aber deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: Länder, die als konservative Sozialstaaten eingeordnet wurden, hatten eine ausgeprägter traditionelle Geschlechter-Aufteilung als Länder, die als sozialliberale oder sozialdemokratische Staaten klassifiziert wurden. *Nordenmark* folgerte hieraus, dass Individuen in sozialliberalen oder sozialdemokratischen Staaten egalitärere Geschlechterrollen-Ideologien haben als Individuen in konservativen Sozialstaaten. Ein aktueller Vergleich kann zum Beispiel anhand des Gender-Equality-Index des European Institute for Gender Equality (EIGE) vorgenommen werden (30).

Traditionelle Geschlechterrollen für Frauen sind etwa jene als Hausfrau und Mutter (26). Frauen werden positive, „warme“ Eigenschaften wie Herzlichkeit, Mitgefühl und Sensibilität zugeschrieben, jedoch auch negative wie Weinerlichkeit, Leichtgläubigkeit und geringere Kompetenz im Vergleich mit Männern (22,28,31,32). Stereotypische männliche Eigenschaften – passend zur traditionellen Rolle als Versorger und Beschützer – sind im Gegensatz dazu Ehrgeiz, Mut, Risikobereitschaft und Stärke, aber auch Egoismus und Aggressivität (22).

## Gender-Medizin

Laut *Hochleitner et al.* (33) bedeutet Gender-Medizin, „alle ‚Wahrheiten‘ der Medizinfor- schung auf ihre Richtigkeit für beide Geschlechter zu prüfen und ihre Auswirkungen auf vorhandene Geschlechtsunterschiede darzustellen.“ Dies sollte in einem individuellen und altersabhängigen Kontext stattfinden (6).

Die Gender-Medizin entwickelte sich ursprünglich aus der Frauenrechtsbewegung. We- sentlichen Einfluss nahm dabei Marianne J. Legato, die bereits in den 1990ern die „gender- based medicine“ begründete (6,34). Hier liegt möglicherweise auch das Missverständnis begründet, dass ausschließlich Frauen von der Gender-Medizin profitieren und diese daher gleichbedeutend mit Frauengesundheit ist. Dabei hat die Beachtung von Geschlechts- Aspekten in der Medizin für beide Geschlechter Vorteile: Während Frauen beispielsweise zu wenig Beachtung in der Diagnose von Krankheiten wie KHK und Angina Pectoris er- fahren, werden als „typisch weiblich“ angesehene Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Osteoporose bei Männern häufiger übersehen (6).

Das universelle Recht auf Gleichbehandlung von Männern und Frauen in der Gesellschaft erfährt in der Medizin dabei eine besondere Herausforderung: Bedingt durch die biologi- schen Unterschiede zwischen Männern und Frauen würde eine absolute Gleichbehandlung nämlich zu einer medizinisch nicht adäquaten Behandlung des jeweiligen Geschlechts mit entsprechend schlechterem Outcome führen. Um gleich gute Ergebnisse bei Frauen und Männern zu erzielen, müssen deshalb teilweise unterschiedliche Methoden in der Diagnos- tik und Behandlung angewandt oder zumindest bezüglich ihrer Gültigkeit für beide Ge- schlechter hinterfragt werden (33). *Sen und Östlin* (21) formulieren in ihrem „Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health“ daher folgende Prinzipien: Wo biologische Geschlechtsunterschiede („sex differences“) mit sozialen Determinanten zusammentreffen und für Männer und Frauen daraus unterschiedliche Bedürfnisse in Ge- sundheitsbelangen resultieren (Beispiel: Mutterschaft), bedeutet Geschlechtergleichheit („gender equity“) gerade eine unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen. Be- steht allerdings kein plausibler biologischer Grund für unterschiedliche Ergebnisse in der Gesundheit („health outcomes“), sollte soziale Diskriminierung als eine Hauptverdächtige für unterschiedliche und ungerechte gesundheitliche Folgen in Betracht gezogen werden.

Neben dieser biologischen Komponente besteht eine weitere Herausforderung der Medizin darin, die genderbedingten Unterschiede, aber auch die oft übersehenen Gemeinsamkeiten

zwischen Männern und Frauen zu erkennen und adäquat auf diese zu reagieren. Hierzu zählen z. B. das unterschiedliche kommunikative Verhalten und das Risiko-Verhalten einschließlich der entsprechenden Vorurteile sowie die damit verbundenen Missverständnisse und Ungerechtigkeiten in der Diagnostik und Behandlung (21).

Die Bezeichnung „Gender-Medizin“ ist nach obigen Ausführungen etwas irreführend, da „gender“ definitionsgemäß ja nur für das psychosoziale und nicht für das biologische Geschlecht im Sinne des englischen Begriffes „sex“ steht, die Gender-Medizin sich aber mit beiden beschäftigt (33). „Gender-Medicine“ wird daher international als Abkürzung für „sex- and gender-specific medicine“ verstanden (6) – und im folgenden auch so verwendet.

Gender-Medizin bezeichnet also zusammenfassend eine medizinische Disziplin, die sich mit der fächerübergreifenden Implementierung geschlechtsspezifischer Aspekte im Bereich der medizinischen Ausbildung, Patientenversorgung und Forschung beschäftigt.

### **Geschlechtsblindheit („gender-blindness“) und Male-Bias**

Nach der Definition der *Europäischen Kommission* (35) bedeutet Geschlechtsblindheit, „... dass das Geschlecht als unverzichtbare Variable sozialer Ergebnisse mit Auswirkungen auf Projekte und politische Strategien ignoriert wird. Von einem geschlechtsblinden Ansatz wird ausgegangen, wenn die Politik oder einzelne Programme – sei es auch unbeabsichtigt – nicht in unterschiedlicher Weise auf Frauen und Männer zugeschnitten sind.“

In der Medizin spielt dies in mehrfacher Hinsicht eine Rolle: Einerseits wird das Geschlecht zusammen mit anderen sozioökonomischen Faktoren wie Ethnizität oder sexueller Orientierung von ÄrztInnen oder PatientInnen als Einflussfaktor oft bewusst ausgeblendet – und zwar sowohl in der Lehre als auch im klinischen Alltag (36,37). Andererseits besteht oft eine „male-biased“, also ins Männliche verzerrte Perspektive der Medizin: Männer, der männliche Körper und seine Funktionsweise wurden vor allem in der Vergangenheit, aber auch noch heute als Standard, Frauen mit ihrer Anatomie und Physiologie als Abweichung von diesem Standard betrachtet (38). Die Annahme, dass Männer und Frauen in Bereichen gleich funktionieren, wo sie es nicht tun, hat unter anderem dazu geführt, dass ein großer Teil des Wissens über Gesundheit und Krankheit am Beispiel von Männern und deren Gesundheit erhoben wurde; über Gesundheit und Krankheit des weiblichen Organismus’ und die (Neben-)Wirkungen mancher Medikamente auf diesen war (und ist) dagegen weniger bekannt (38–40).

Ein Beispiel: In ihrer Review aus dem Jahr 2009 analysierten *Kautzky-Willer* und *Handisurya* (9) verschiedene Studien zu Stoffwechselerkrankungen bezüglich Gender- und Sex-Aspekten. Sie fanden dabei heraus, dass in den untersuchten Studien für viele Komplikationen eine geschlechtsbezogene Analyse der Resultate fehlte. Eine Geschlechts-Spezifität existierte z. B. in den Definitionen des Metabolischen Syndroms nur für die Klassifikation von zentraler Adipositas („central obesity“) und niedrigem HDL-C, wobei aber für verschiedene Risikofaktoren für die Entwicklung von Diabetes mellitus und deren Vorläufern Geschlechtsunterschiede festgestellt wurden. Zusammenfassend schlossen die AutorInnen, dass Geschlechterunterschiede (sowohl „sex“ als auch „gender“) eine wichtige Rolle in Bezug auf Pathophysiologie, klinisches Bild, Therapie und Komplikationen von Stoffwechselerkrankungen spielen und gender-spezifische Forschungen in diesem Bereich zukünftig essentiell sind.

*Daly et al.* (8) veröffentlichten 2006 die Ergebnisse einer im Auftrag der Euro Heart Survey Investigators durchgeführten Studie zu Geschlechtsunterschieden beim Management und im klinischen Outcome von stabiler Angina pectoris. Ihre Untersuchungen zeigten, dass signifikante Male-Bias bei den Untersuchungen und der evidenzbasierten medizinischen Therapie bestanden: Männer erhielten nach initialer Untersuchung durch einen Kardiologen häufiger eine Aspirin- oder Statin-Therapie als Frauen, Frauen außerdem seltener ein Belastungs-EKG oder eine Koronarangiographie. Außerdem wurden sie seltener revascularisiert und signifikant weniger häufig mittels evidenz-basierter sekundär-präventiver Maßnahmen therapiert – selbst nach angiographischer Diagnosesicherung einer KHK.

*Hamberg et al.* (14) untersuchten in einer 2002 veröffentlichten Studie schließlich Geschlechtseinflüsse auf die Vorgehensweise von schwedischen JungärztInnen („Interns“) am Beispiel von Nackenschmerzen. Um Unterschiede aufgrund der Kommunikation/des Verhaltens der PatientInnen auszuschließen, wurden modifizierte Fragen einer nationalen Prüfung analysiert. Die 239 ProbandInnen sollten Vorschläge für die Vorgehensweise bei der Diagnose und Behandlung von Nackenschmerzen eines Busfahrers/einer Busfahrerin mit angespannter Familiensituation machen, wobei die Beschreibung der Patientin/des Patienten – abgesehen vom Geschlecht – identisch war. Es fanden sich signifikante Geschlechtsunterschiede: So wurden für die Busfahrerin häufiger eine unspezifische somatische Diagnose gestellt, psychosoziale Fragen in den Vordergrund gerückt sowie Medikamente ver-

schrieben und der ausdrückliche Bedarf an diagnostischer Unterstützung betont. Beim Busfahrer wurden vermehrt Labortests angeordnet.

Besonderer Beachtung bedürfen Geschlechtsblindheit und Male-Bias in der Forschung. *Chilet-Rosell* (13) analysierte klinische Studien zu Etoricoxib mit Blick auf die Beachtung von Geschlechtsunterschieden bei der klinischen Evaluation und verfasste eine umfassende Review zu diesem Thema. Ihre Resultate zeigten, dass Frauen sowohl in den initialen Studienphasen als auch zum Zeitpunkt der Analyse unterrepräsentiert waren und die Resultate oft gar nicht nach Geschlecht analysiert wurden. Etwaige Interaktion zwischen dem getesteten Medikament und dem weiblichen Hormonhaushalt wurden nicht beachtet. Die Autorin folgerte, dass die Ursache für Male-Bias im klinischen Alltag in Fehlern in der Forschung begraben liegt – und diese wiederum auf einem Mangel an Gender-Awareness beruhen. So wurden – wie bereits erwähnt – früher z. B. ausschließlich Männer in klinische Fallstudien inkludiert und sind auch noch heute in Medikamentenstudien oft überrepräsentiert (13,40). Geschlechtsbasierte Unterschiede in den Hauptfaktoren, die zur interindividuellen pharmakokinetischen Variabilität beitragen, existieren aber nachgewiesenermaßen und sind relevant bezüglich der Effektivität und den Nebenwirkungsprofilen verschiedener Medikamente bei Männern und Frauen (40).

Neben den biologischen Geschlechtsunterschieden spielen in der Forschung auch psychosoziale Faktoren im Sinne von Gender-Unterschieden eine Rolle: *Phillips* (11) schrieb in ihrem 2011 veröffentlichten Artikel, dass die unterschiedlichen sozialen Rollen, Erwartungen und Einschränkungen für Männer und Frauen in einer bestimmten Gesellschaft selten als Faktoren mit Einfluss auf das Outcome in Gesundheitsfragen untersucht werden. So ist z. B. die Inzidenz von nicht-geschlechtsspezifischen Krebsarten (zum Beispiel im Kolon oder den Nieren) bei Männern deutlich höher als bei Frauen, obwohl keine geschlechtsspezifischen genetischen Prädispositionen bekannt sind. Bislang unerkannte Aspekte des Verhaltens, der Exposition und der Vulnerabilität von Männern und Frauen könnten diese Unterschiede erklären.

## **2 Geschlechtsbewusstsein (Gender-Awareness)**

Die *Europäische Kommission* (35) definiert „Gender-Awareness“ oder Geschlechtsbewusstsein als *„die Auffassung, dass es zwischen Frauen und Männern sozial festgelegte Unterschiede gibt, die auf erlerntem Verhalten beruhen – welches sich dann auf ihre Zu-*

*gangs- und Kontrollmöglichkeiten von Ressourcen auswirkt. Dieses Bewusstsein muss durch Geschlechteranalysen in Programmen, Evaluierungen und politischen Strategien Anwendung finden.“* Diese Definition beinhaltet allerdings nur die Gender-, nicht aber die Sex-Komponente – was in Bezug auf soziale und politische Regelungen aber auch Sinn macht.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird Gender-Awareness analog zur N-GAMS (Nijmegen – Gender Awareness in Medicine Scale) (1,2) als Konzept verwendet, welches einerseits eine vorhandene Sensibilität für geschlechtsbedingte Unterschiede, andererseits gering ausgeprägte Geschlechterrollen-Ideologie umfasst.

### **Gender-Awareness im klinischen Alltag**

Da in der Medizin auch biologische Geschlechtsunterschiede eine große Rolle spielen (siehe oben), schließt der Begriff der Gender-Awareness in der vorliegenden Arbeit biologische Geschlechts-Aspekte ein. Gender-Awareness bedeutet damit, dass das Geschlecht als essentielle Determinante von Gesundheit und Krankheit anerkannt und in die medizinische Praxis eingebaut wird (39).

Im medizinischen Kontext fordert Gender-Awareness vom medizinischen Fachpersonal, Hindernisse in der Kommunikation mit PatientInnen zu erkennen und so Missverständnissen und Vorurteilen vorzubeugen (10,12,41). Gender-Bias und Geschlechtsblindheit in der medizinischen Forschung und im klinischen Alltag müssen realisiert werden, um eine möglichst gute Diagnostik und Behandlung von Männern und Frauen zu gewährleisten (8,9,14,39,40).

### **Gender-Awareness in der Lehre**

Besonderes Augenmerk sollte auf die Bildung von Gender-Awareness in der Ausbildung von medizinischem Fachpersonal – insbesondere MedizinstudentInnen – gelegt werden. Schließlich werden die Denkmuster und das Verhalten der späteren Gesundheitsfachkräfte in großen Teilen durch das soziale Umfeld, in dem der- oder diejenige lebt und vor allem ausgebildet wird, geformt (4). Medizinische Curricula waren und sind allerdings auch häufig heute noch an der Ausblendung des Einflussfaktors „Geschlecht“ interessiert, um möglichst „neutrale“ ÄrztInnen zu produzieren (17,36,37).

Um ein Bewusstsein für die Wichtigkeit und den Einfluss der Faktoren „Sex“ und „Gender“ bereits bei den Studierenden zu schaffen, muss eben diese Gender-Awareness aber bereits in der Ausbildung von späteren Ärztinnen und Ärzten vermittelt werden (17). Dabei sollten zwar auch spezielle Lehrveranstaltungen zum Thema „Gender Medizin“ in medizinische Curricula eingeführt werden; „eine routinemäßige Differenzierung nach Geschlecht und damit einhergehend eine Schärfung des Blicks auf eventuell vorhandene Unterschiede sind jedoch in allen Fächern wichtig“ (*Hochleitner et al.* 2014 (33)). Dass eine solche Implementierung genderspezifischer Inhalte in medizinische Curricula zwar mit Herausforderungen verbunden, aber machbar ist und auch positive Ergebnisse erzielt, zeigt die Literatur (17,33,42–45).

Neben den eigentlichen Lehrinhalten kommt es auf die sogenannten „unbewussten Lehrinhalte“ an. *Morgan et al.* (46) sprechen von einem „hidden curriculum“, welches Auswirkungen impliziert, die gelernt, aber nicht beabsichtigt sind. Es schließt Überzeugungen, Wertvorstellungen und Normen ein, die durch die Erfahrungen im Unterricht („classroom“) angenommen und über den Unterricht hinaus angewandt würden.

*Hochleitner et al.* (33) ergänzen: „Das zukünftige Berufs- und Rollenverständnis als Ärztin, als Arzt entsteht in einem kontinuierlichem Austausch und Abgleich zwischen der Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen der Studierenden und den Rollenbildern und Erwartungen von Lehrkräften oder PatientInnen.“ Diese „unterbewussten Lehrinhalte“ können sich auf die Auswahl von Fachgebieten und die Bildung einer professionellen Identität als Ärztin im Unterschied zur Rolle als Arzt auswirken. So unterschieden sich männliche und weibliche Studenten in einer Studie deutlich bezüglich ihrer Selbstsicherheit: Studentinnen waren bei Interaktionen wesentlich ängstlicher und unsicherer – vor allem was ihre Kompetenz betraf (41). Auch Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und sexuelle Belästigung können im Rahmen dieses „hidden curriculums“ trotz hohen Frauenanteils im Medizinstudium und Arztberuf nach wie vor eine Rolle spielen, und zwar auch für männliche (z.B. in weiblich dominierten Fächern wie Gynäkologie), aber vor allem für weibliche Studenten (47–49).

Die Gender-Medizin ist in Österreich mittlerweile in verschiedenen Studiengängen der Medizinischen Universität Innsbruck als Pflichtfach ins Curriculum integriert (33). An der Medizinischen Universität Wien wird sie in Form von freien Wahlfächern und einem post-

graduellen Lehrgang angeboten (50), an der Medizinischen Universität Graz sind entsprechende Veranstaltungen in Planung (51).

## **Essentielle Anwendungsbereiche von Gender-Awareness**

Zusammenfassend muss eine „Awareness“ – neben der Beachtung tatsächlicher Unterschiede bei der Kommunikation und den biologischen Gegebenheiten – vor allem bezüglich folgender Begriffe geschaffen werden:

### **2.1.1 Geschlechterrollenideologie**

Sie stellt ein Risiko für inadäquate Versorgung dar und führt zu Misskommunikation zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn (4,10,12). „Stereotypisierte Krankheiten“ im Sinne von typisch weiblichen (Osteoporose, Depression...)/typisch männlichen (KHK, AP...) werden beim anderen, für die Erkrankung „atypischen“ Geschlecht oftmals übersehen – vor allem, wenn sich die Symptome unterschiedlich manifestieren oder präsentiert werden (4,7,8). Selbst bei gleicher Symptom-Präsentation wird das diagnostische und therapeutische Procedere oftmals unterschiedlich gehandhabt (8,14).

### **2.1.2 Geschlechtsblindheit und Male-Bias in der Forschung und Lehre**

Männliche Anatomie und Physiologie wurden in der Vergangenheit als Standard gesehen. Dadurch wurden viele klinische (Medikamenten-) Studien nicht an Frauen durchgeführt. Folglich ist der Wissensbestand über die Funktionsweise des weiblichen Körpers und Interaktionen von Medikamenten mit diesem heute geringer als beim männlichen (13,38–40). Auch heute noch sind Frauen in klinischen Studien teilweise unterrepräsentiert (13). Traditionelle medizinische Curricula streben weiterhin nach geschlechtsneutralem Medizin-Personal: Das Geschlecht soll als Einflussfaktor möglichst ausgeblendet werden (17,36,37).

### **2.1.3 Struktur und Organisation in der Medizin**

Analog zu geschlechtergetrennten Berufsgruppen in der Gesellschaft gibt es auch für bestimmte medizinische Fachbereiche scheinbare Geschlechts-Präferenzen. (Chirurgie = männlich, Gynäkologie = weiblich). Gender-Awareness könnte zu einer anderen Verteilung beitragen (47–49,52). Ebenso analog zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind Frauen auch in medizinischen Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert (Beispiel Medizinische Universität Graz: siehe Abbildung 1).

	N	Anteil
Analysierte Kliniken	20	100%
Männliche Vorstände	19	95,0%
Weibliche Vorstände	1	5,3%

Abbildung 1 – Klinikvorstände MedUni Graz

### 3 Zielsetzung und Einschränkungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die aktuelle Gender-Awareness von Studierenden der Medizinischen Universität Graz am Beginn (1. und 2. Semester) und am Ende des Studiums (11. und 12. Semester) in einem Querschnitts-Design mittels des validierten N-GAMS-Fragebogens (1,2) zu erheben und hinsichtlich verschiedener Fragestellungen zu analysieren. Im Anschluss werden die eigenen Ergebnisse mit denen der N-GAMS-Originalstudien von *Andersson et al.* (2) und *Verdonk et al.* (1) verglichen und diskutiert.

Nicht befragt wurden ÄrztInnen und das Pflegepersonal sowie PatientInnen. Diese Zielgruppen können Gegenstand weiterer Studien sein. Erhoben, aber nicht in die Auswertung inkludiert wurden die folgenden sozioökonomischen Variablen:

- Fragen zum Beziehungsstatus
- Fragen zum Partner/ zur Partnerin (wenn vorhanden)
- Fragen zu eventuellen Kindern
- Fragen zu Geschwistern
- Fragen zum Raucherstatus und zur Ernährung (Vegetarier ja/nein)

Da „Sex“ und „Gender“ keine dichotomen Eigenschaften sind, ergeben sich spezielle Fragestellungen und Herausforderungen, wenn biologisches Geschlecht und Gender einer Person nicht übereinstimmen oder nicht eindeutig einer der beiden traditionellen Kategorien „männlich“ oder „weiblich“ zugeordnet werden können (Trans-/Intersexualität oder Transgender). Diese unbestritten wichtige Thematik kann hier nicht eingehend behandelt werden, sollte aber ebenfalls Gegenstand weiterer Studien sein.

## 4 Fragestellungen und Hypothesen

Die folgenden Fragestellungen ergaben sich aus der gesichteten Literatur. Sie führten zur Aufstellung der nachstehenden Hypothesen:

- a. Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Gender-Sensitivity und dem stereotypen Geschlechterrollen-Denken gegenüber PatientInnen/ÄrztInnen?

*Hypothese 1: Männliche Medizinstudierende stimmen stereotypischem Denken gegenüber PatientInnen und/oder ÄrztInnen (im Sinne eines höheren Scores in den Geschlechterrollen-Subskalen GRIP und GRID, siehe S. 20) eher zu als weibliche.*

- b. Gibt es einen Unterschied der Gender-Awareness zwischen Studierenden in unterschiedlichen Fortschrittsstadien des Medizinstudiums?

*Hypothese 2: Die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Beginn des Studiums (1./2. Semester) ist niedriger (niedrigerer GS-Score, höhere GRIP- und GRID-Scores) als die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Ende des Studiums (11./12. Semester).*

- c. In welchem Zusammenhang stehen sozioökonomische Faktoren wie Alter, Bildung des Vaters, Bildung der Mutter und „Erziehung hauptsächlich durch (Mutter/Vater/beide/sonstige)“ mit der Gender-Awareness von Medizinstudierenden?

*Hypothese 3: Bei jüngeren MedizinstudentInnen ist die Gender-Awareness geringer als bei älteren (niedrigerer Gender Sensitivity-Score, stärker ausgeprägtes stereotypes Geschlechterrollen-Denken [GRIP, GRID]).*

*Hypothese 4: Medizinstudierende, deren Mütter eine höhere Schulbildung haben (über Pflichtschuljahre hinaus), stimmen stereotypischen Denkweisen gegenüber ÄrztInnen und PatientInnen weniger zu als Studierende, deren Mütter höchstens eine Pflichtschulausbildung haben.*

d. Zur Interkorrelation der Subskalen:

*Hypothese 5: Medizinstudierende, die stereotypischen Statements gegenüber ÄrztInnen und/oder PatientInnen stark zustimmen, verfügen über eine niedrige Gender-Sensitivity: Es besteht eine negative Korrelation zwischen den Subskalen GS einerseits und GRIP und GRID andererseits. Medizinstudierende, die stereotypischem Denken gegenüber PatientInnen zustimmen, denken auch in Bezug auf ÄrztInnen eher stereotypisch: Die beiden Subskalen GRIP und GRID korrelieren positiv miteinander.*

## Material und Methoden

---

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Studie hatte ein Querschnitts-Design und bestand aus zwei Fragebögen, welche mittels einer Online-Umfrage im Lehrevaluationssystem (EvaSys) der Medizinischen Universität Graz an die Studienteilnehmer verschickt wurden. Der erste Fragebogen diente dabei der Ermittlung sozioökonomischer Hintergrundvariablen der ProbandInnen (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Bildungsstand der Eltern usw.), der zweite war der validierte N-GAMS-Fragebogen, der 2007 von *Verdonk et al.* (1) entwickelt wurde. Beide Fragebögen finden sich im Anhang. In der vorliegenden Studie wurde die originale Version nach *Verdonk et al.* (1) vom englischsprachigen Original ins Deutsche übersetzt und mit einem GRID-Item der adaptierten Version nach *Andersson et al.* (2) ergänzt. Jede/r StudienteilnehmerIn erhielt jeweils einen sozioökonomischer Fragebogen kombiniert mit einem adaptierten N-GAMS-Fragebogen.

Die Online-Umfragen wurden als Link in einer Email an alle Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Graz im 1./2. und 11./12. Fachsemester verschickt. In einem zweiten Schritt wurden auch die HumanmedizinstudentInnen im 9. und 10. Fachsemester inkludiert.

Die Rücklaufquote betrug für die Studierenden im ersten Durchgang (1./2. und 11./12. Semester) 38% (N=278), im zweiten (9./10. Semester) 28% (N=62). Insgesamt nahmen 340 Studierende an der Studie teil. In der Hauptanalyse verwertbar – alle relevanten Variablen vollständig ausgefüllt – waren im 1./2. Fachsemester 160 Fragebögen, im 11./12. Semester 104 (siehe Tabelle 1). Um einen Vergleich zwischen StudienanfängerInnen und Studierenden am Ende des Studiums zu ermöglichen, wurde eine Unterteilung mittels der Variable „group“ vorgenommen, wobei „1“ für erstes bzw. zweites Semester stand und „2“ für elftes bzw. zwölftes Semester.

So konnte die Hauptanalyse mittels MANCOVA in Bezug auf die Studienanfänger und die Studierenden in den letzten Studiensemestern gerechnet werden. Die Korrelationsanalysen beinhalteten aufgrund der größeren Stichprobe (für N siehe Tabelle 10, Tabelle 11) auch die Studierenden im neunten/zehnten Fachsemester.

Alle Analysen wurden mit SPSS und Microsoft Office Excel durchgeführt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Ein Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz lag vor.

**Tabelle 1 – Stichprobe MANCOVA**

<b>Semester</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Anzahl</b>
1./2.	weiblich	78
	männlich	82
11./12.	weiblich	49
	männlich	55
Gesamt	weiblich	127
	männlich	137
	1./2. Semester	160
	11./12. Semester	104

## **1 Fragebögen**

### **Sozioökonomischer Fragebogen**

Der in der vorliegenden Studie verwendete sozioökonomische Fragebogen enthielt 25 Fragen bzw. Statements zum Studienfortschritt, sozialen Umfeld, den aktuellen Lebensumständen und der familiären Situation der Studierenden bzw. deren Eltern. Für den gesamten Fragebogen siehe Anhang.

Nach einer Literaturrecherche wurden der Studienfortschritt (Fachsemester), das Geschlecht, das Alter, die höchste abgeschlossene Schulbildung der Mutter und die höchste abgeschlossene Schulbildung des Vaters als relevant für die Testung betrachtet (siehe Tabelle 2). Variablen zur Stellung der ProbandInnen in der Geschwisterreihe wurden in der vorliegenden Studie nicht ausgewertet und können Gegenstand weiterer Forschungen sein.

Tabelle 2 – Variablen MANCOVA

Variable	Frage	Antworten	Werte
group	In welchem Fachsemester befinden Sie sich?	Im ersten oder zweiten Semester	1
		Im elften oder zwölften Semester	2
sex	Geschlecht	weiblich	1
		männlich	2
age	Wie alt sind Sie?	variabel	
SchoolEdMother	Was ist/war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihrer Mutter?	Pflichtschulabschluss	1
		allgemeine oder berufsbildende höhere Schule	2
		Hochschulabschluss	3
SchoolEdFather	Was ist/war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihres Vaters?	Pflichtschulabschluss	1
		allgemeine oder berufsbildende höhere Schule	2
		Hochschulabschluss	3

### Adaptierter N-GAMS-Fragebogen

Der N-GAMS-Fragebogen enthielt in der vorliegenden Version insgesamt 33 Items in deutscher Sprache zu drei unterschiedlichen Aspekten von Gender-Awareness. Die Beurteilung der Items durch die Befragten erfolgte anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (siehe Abbildung 2 ).

Abbildung 2 – Likert-Skala

--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
--	Ich stimme ganz und gar nicht zu					
-	Ich stimme überwiegend nicht zu					
-/+	Ich stimme teils zu/ teils nicht					
+	Ich stimme überwiegend zu					
++	Ich stimme voll und ganz zu					

Die Gender-Awareness wurde in die drei Subskalen „gender-sensitivity“ (GS), „gender role ideology towards patients“ (GRIP) und „gender role ideology towards doctors“ (GRID) nach dem Vorbild des Original-N-GAMS-Fragebogens (1), beziehungsweise des adaptierten N-Gams-Fragebogens (2) unterteilt.

#### 1.1.1 Subskala „Gender-Sensitivity“ oder Geschlechtssensitivität (GS)

Die Europäische Kommission definiert Geschlechtssensitivität als „die Fähigkeit, vorhandene Geschlechterunterschiede sowie damit verbundene Problemstellungen und Ungleich-

heiten zu erkennen und aufzuzeigen und sie in Strategien und Maßnahmen einfließen zu lassen.“ (35)

Eine gendersensitive Gesundheitsversorgung zielt laut *Verdonk et al.* (1) darauf ab, Geschlechts-Gleichheit zu fördern, indem sie das Geschlecht dann berücksichtigt, wenn es relevant ist. Das schließt eine Sensibilität gegenüber dem Einfluss des Geschlechts von ÄrztInnen ein. Gender-Sensitivity bedeute, dass ÄrztInnen Gender-Themen/-Probleme ansprechen und dabei gleichzeitig stereotypisierte Verallgemeinerungen vermeiden. Auf Medizinstudierende bezogen beinhaltet Gender-Sensitivität laut *Andersson et al.* (2) deren Einstellungen/Haltungen zu Gender-Angelegenheiten („gender concerns“) im Bereich des Gesundheitswesens. Sie sei in Bezug auf die verwendeten Statements in dieser Subskala treffender als „Sensitivität für Geschlechterunterschiede“ („sensitivity for gender differences“) zu bezeichnen.

Ein hoher Score auf der Subskala „gender-sensitivity“ bedeutet, dass die befragte Person die Existenz biologischer und psychosozialer Geschlechterunterschiede in der Medizin anerkennt und sowohl diese an sich als auch deren Berücksichtigung und Ansprechen als relevant bewertet.

Aussagen in der GS-Subskala waren zum Beispiel: „Ärztinnen/Ärzte sollen für eine effektive Behandlung Geschlechterunterschiede in Krankheitsursachen und -folgen ansprechen“ und „Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten sind zu gering um relevant zu sein“ (revers codiertes Item). Für den vollständigen Fragebogen siehe Anhang.

Die Gender-Sensitivity-Subskala bestand aus den Items eins bis vierzehn, wobei die Items 1, 3 – 12 und 14 revers codiert waren (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3 – N-GAMS-Subskalen**

Subskala	Bezeichnung	Items	Reverse Items
GS	Gender Sensitivity	1 - 14	1, 3-12, 14
GRIP	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen	15 - 25	Keine
GRID	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen	26 - 33	Keine

### 1.1.2 Geschlechterrollen-Subskalen („gender-role ideology“ – GRIP, GRID)

Geschlechterrollen sind, wie in der Einleitung beschrieben, erlernte Verhaltensmuster in einer bestimmten Gesellschaft/Gemeinschaft oder speziellen Gruppen, die festlegen, welche Aktivitäten, Aufgaben und Zuständigkeiten als männlich und weiblich wahrgenommen werden.

Eine *Geschlechterrollen-Ideologie* repräsentiert im Rahmen dieser Subskalen die Einstellung der Befragten gegenüber PatientInnen und ÄrztInnen in Bezug auf stereotypische Rollen und Eigenschaften von Männern bzw. Frauen. Die Einschätzung erfolgt anhand der Bewertung einer Reihe stereotypisierter Aussagen gegenüber weiblichen und männlichen Patienten auf der Skala „Geschlechterrollenideologien gegenüber PatientInnen“ (*GRIP*) und gegenüber ÄrztInnen auf der Skala „Geschlechterrollenideologien gegenüber ÄrztInnen“ (*GRID*) (siehe Anhang).

Stereotypische Aussagen in diesen beiden Subskalen waren zum Beispiel „Männer gehen bei harmlosen Gesundheitsproblemen nicht zur Ärztin/zum Arzt.“ (*GRIP*) oder „Ärzte sind effizienter als Ärztinnen.“ (*GRID*).

Ein hoher Score in diesen Skalen bedeutet starke Zustimmung der befragten Person zum Denken in stereotypischen Geschlechterrollen.

Revers codierte Items kommen in diesen beiden Subskalen aufgrund des Verlustes der Sinnhaftigkeit bei umgedrehten stereotypischen Aussagen nicht vor (1). Die Subskala *GRIP* enthält in der vorliegenden Studie nach dem Vorbild der N-GAMS nach *Verdonk et al.* (1) 11 Items, die Subskala *GRID* 8, wobei der ursprünglichen N-GAMS ein Item aus der adaptierten Version nach *Andersson et al.* (2) hinzugefügt wurde (siehe Tabelle 3).

### Analyse

Nach Rekodierung der revers scorenden Items (1, 3-12, 14) wurde eine Einteilung der Gender-Awareness-Subskalen (GS, GRIP und GRID) nach dem Vorbild der originalen und adaptierten N-GAMS nach *Verdonk et al.* (1) und *Andersson et al.* (2) durchgeführt.

Zunächst wurden eine Korrelationsanalyse zwischen dem Alter der StudentInnen und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung des Vaters beziehungsweise der Mutter einerseits und den drei Gender-Subskalen andererseits sowie eine Interkorrelationsanalyse der drei Gender-Subskalen durchgeführt. Aufgrund der hochsignifikanten Interkorrelation der Sub-

skalen wurde eine zweifaktorielle, multivariate Kovarianz-Analyse (MANCOVA) für die weitere Analyse genutzt. Dabei wurde ein multivariates 2x2-Design mit den unabhängigen Variablen „Gruppe“ und „Geschlecht“, den abhängigen Variablen „GS“, „GRIP“ und „GRID“ und den Kovariablen „Alter“, „höchste abgeschlossene Schulbildung der Mutter“ und „höchste abgeschlossene Schulbildung des Vaters“ (siehe Tabelle 2) verwendet.

So wurden die N-GAMS-Subskalen-Scores zwischen männlichen und weiblichen Studierenden am Anfang (1./2. Semester) und Ende (11./12. Semester) des Medizinstudiums verglichen und Interaktionseffekte zwischen dem Studienfortschritt und dem Geschlecht sowie Alters- und elterliche Bildungseffekte auf die Gender-Awareness analysiert.

Dabei signifikante Variablen (Gruppe, Geschlecht, Bildung des Vaters) wurden nochmals univariat sowie bezüglich Wechselwirkungen analysiert.

Abschließend wurden einzelne Items nach Geschlechtsunterschieden – geordnet nach Studienfortschritt – mittels T-Tests für unabhängige Stichproben untersucht.

## Ergebnisse – Resultate

---

Zur besseren Übersicht werden die Resultate im Kontext der Fragestellungen und Hypothesen dargestellt.

### 1 Fragestellung und Hypothese 1

*Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Gender-Sensitivity und dem stereotypen Geschlechterrollen-Denken gegenüber PatientInnen/ÄrztInnen?*

In der multivariaten Analyse zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Variable „sex“ (statistische Kennwerte siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 – Multivariate Tests<sup>a</sup> – sex

Effekt	F	Hypothesen-df	Fehler df	Sig.	partielles Eta hoch zwei
Pillai-Spur	4,048 <sup>b</sup>	3	255	.008	.045

<sup>a</sup>Design: Konstanter Term + age + SchoolEdMother + SchoolEdFather + group + sex + group\*sex

<sup>b</sup>Exakte Statistik

#### Hypothese 1

*Männliche Medizinstudierende stimmen stereotypischem Denken gegenüber PatientInnen und/oder ÄrztInnen (im Sinne eines höheren Scores in den Subskalen GRIP und GRID) eher zu als weibliche.*

Univariat präsentieren sich signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studenten in Bezug auf die beiden Geschlechterrollen-Subskalen (GRIP und GRID), wobei die Scores der Männer in beiden Fällen höher sind als die der Frauen. Für den Gender-Sensitivity-Score sind die Unterschiede *nicht* signifikant (statistische Kennwerte siehe Tabelle 5).

Tabelle 5 – Univariate Tests – sex

Abhängige Variable	F	Sig.	partielles Eta hoch zwei
Gender Sensitivity	1.975	.161	.008
Gender Stereotypen ggü. PatientInnen	11.613	.001	.043
Gender Stereotypen ggü. ÄrztInnen	4.734	.030	.018

In der deskriptiven Analyse zeigt sich, dass die Mittelwerte der Scores in den Subskalen GRIP und GRID jeweils bei den Männern höher sind als bei den Frauen. Die Unterschiede

sind auf der GRIP-Skala deutlicher ausgeprägt; die Scores beider Geschlechter sind zudem im Mittel höher als auf der GRID-Skala (siehe Tabelle 6, Abbildung 3, Abbildung 4).

Den im Mittel niedrigsten GRIP-Score erzielen die Studentinnen, die den exakt gleichen Mittelwert am Studienanfang und Studienende erreichen, gefolgt von den Männern am Studienende und den Männern am Studienanfang.

**Tabelle 6 – Deskriptive Statistik**

Subskala	Gruppe	Geschlecht	Mittelwert	Standardabweichung	H
Gender Sensitivity	1.+2. Semester	weiblich	3.55	.622	78
		männlich	3.48	.632	82
		Gesamtsumme	3.52	.626	160
	11.+12. Semester	weiblich	4.07	.468	49
		männlich	3.99	.535	55
		Gesamtsumme	4.03	.504	104
	Gesamtsumme	weiblich	3.75	.619	127
		männlich	3.69	.644	137
		Gesamtsumme	3.72	.632	264
Geschlechtsrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen	1.+2. Semester	weiblich	1.99	.757	78
		männlich	2.33	.778	82
		Gesamtsumme	2.17	.785	160
	11.+12. Semester	weiblich	1.99	.721	49
		männlich	2.28	.682	55
		Gesamtsumme	2.15	.713	104
	Gesamtsumme	weiblich	1.99	.741	127
		männlich	2.31	.739	137
		Gesamtsumme	2.16	.756	264
Geschlechtsrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen	1.+2. Semester	weiblich	1.82	.724	78
		männlich	1.93	.773	82
		Gesamtsumme	1.87	.750	160
	11.+12. Semester	weiblich	1.60	.593	49
		männlich	1.86	.734	55
		Gesamtsumme	1.74	.680	104
	Gesamtsumme	weiblich	1.73	.682	127
		männlich	1.90	.756	137
		Gesamtsumme	1.82	.725	264

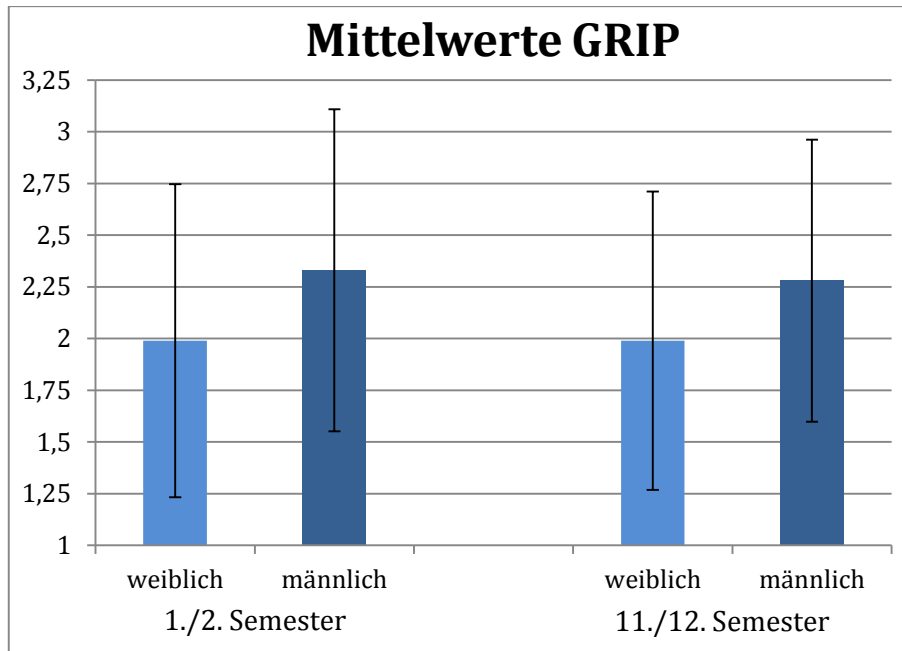


Abbildung 3 – Vergleich der Mittelwerte: GRIP

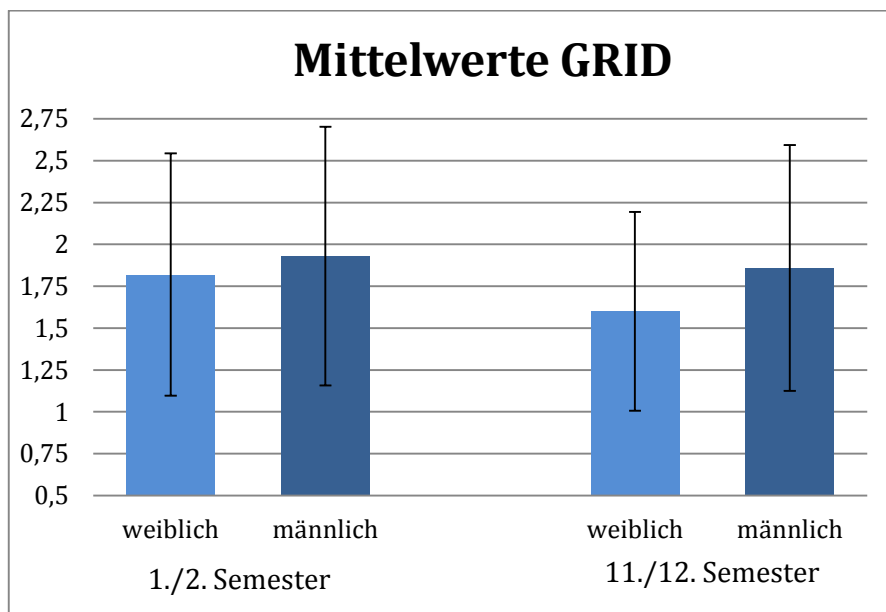


Abbildung 4 – Vergleich der Mittelwerte: GRID

## 2 Fragestellung und Hypothese 2

*Gibt es einen Unterschied der Gender-Awareness zwischen Studierenden in unterschiedlichen Fortschrittsstadien des Medizinstudiums?*

Die multivariate Analyse zeigt einen signifikanten Haupteffekt für die Variable „group“, wobei sich univariat für die GS-Subskala ein hochsignifikanter Gruppenunterschied erkennen lässt (statistische Kennwerte: siehe Tabelle 7, Tabelle 8).

Die Gruppenunterschiede bezüglich des Outcomes auf den Subskalen GRIP und GRID sind hingegen *nicht* signifikant (siehe Tabelle 8).

## Hypothese 2

*Die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Beginn des Studiums (1./2. Semester) ist niedriger (niedrigere GS, höhere GRIP- und GRID-Scores) als die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Ende des Studiums (11./12. Semester).*

Die Gender-Sensitivity der ProbandInnen im 11./12. Semester ist signifikant höher als jene ihrer KollegInnen im 1./2. Semester. Der Studienfortschritt der StudentInnen macht jedoch *keinen* signifikanten Unterschied in Bezug auf das Zustimmung zu stereotypischem Denken sowohl gegenüber ÄrztInnen als auch PatientInnen.

Tabelle 7 – Multivariate Tests<sup>a</sup> – group

Effekt	F	Hypothesen-df	Fehler df	Sig.	partielles Eta hoch zwei
Pillai-Spur	5,096 <sup>b</sup>	3	255	.002	.570

<sup>a</sup>Design: Konstanter Term + age + SchoolEdMother + SchoolEdFather + group + sex + group\*sex

<sup>b</sup>Exakte Statistik

Tabelle 8 – Univariate Tests – group

Abhängige Variable	F	Sig.	partielles Eta hoch zwei
Gender Sensitivity	14.632	.000	.054
Gender Stereotypen ggü. PatientInnen	.249	.618	.001
Gender Stereotypen ggü. ÄrztInnen	1.331	.250	.005

In der deskriptiven Analyse zeigt sich beim Vergleich der Mittelwerte der Gender-Sensitivity, dass beide Geschlechter im 11./12. Fachsemester ihres Studiums im Mittel einen höheren Gender-Sensitivity-Score erreichen als ihre KollegInnen am Beginn des Studiums. Frauen haben *tendenziell* einen höheren Score als die Männer im gleichen Semester (siehe Tabelle 6, Abbildung 5).

Den höchsten mittleren GS-Score erzielen somit Studentinnen im 11. bzw. 12. Fachsemester, gefolgt von den männlichen Studierenden im gleichen Semester und den Studentinnen

am Studienanfang. Den niedrigsten mittleren GS-Score haben die männlichen Studenten im ersten oder zweiten Studiensemester.

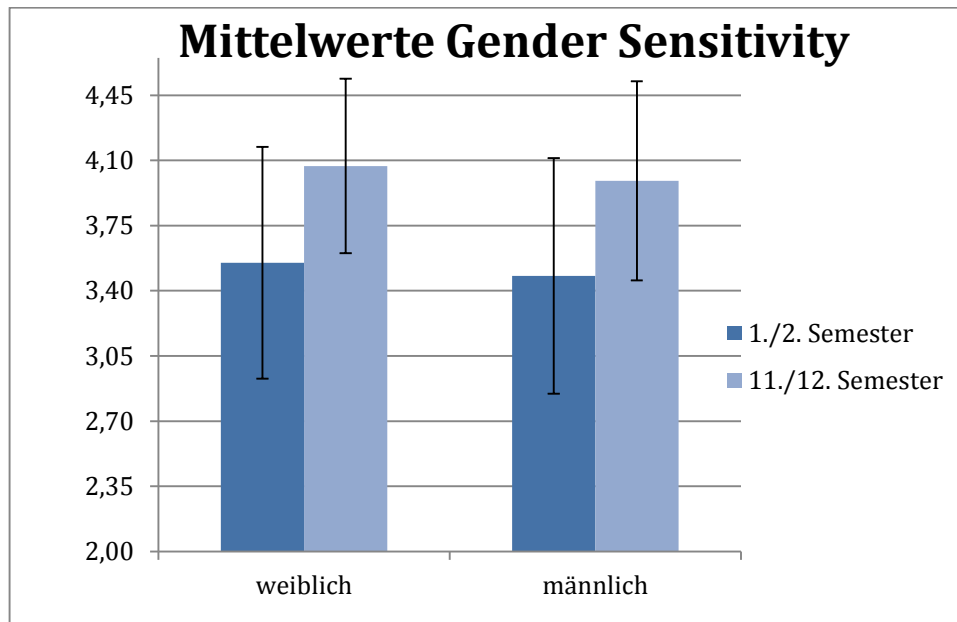


Abbildung 5 – Vergleich der Mittelwerte: GS

Zwischen den Variablen „group“ und „sex“ gibt es *keine* Wechselwirkungen bezüglich des Outcomes auf die Gender-Awareness-Subskalen (statistische Kennwerte – Tabelle 9).

Tabelle 9 – Multivariate Tests<sup>a</sup> – group\*sex

Effekt	F	Hypothesen-df	Fehler df	Sig.	partielles Eta hoch zwei
Pillai-Spur	0.623 <sup>b</sup>	3	255	.601	.007

<sup>a</sup>Design: Konstanter Term + age + SchoolEdMother + SchoolEdFather + group + sex + group\*sex

<sup>b</sup>Exakte Statistik

### 3 Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Gender-Awareness von Medizinstudierenden (Hypothesen 3 und 4)

Anhand einer Korrelationsanalyse zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe eine negative Korrelation der Variable „höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter“ und der GRIP-Skala ( $r=-.247, p<.007$ ) und zwischen der Variable „höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters“ und der GRIP-Skala ( $r=-.124, p<.023$ ). *Keine* dieser beiden Variablen korreliert signifikant mit der GS- oder GRID-Skala (Tabelle 10).

**Tabelle 10 – Korrelationen: Sozioökonomische Variablen - GA-Subskalen**

		Gender sensitivity	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen
Alter	Pearson-Korrelation	.256	.042	-.033
	Sig. (2-seitig)	.000	.447	.545
	N	332	332	332
Höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter	Pearson-Korrelation	-.035	-.147	-.067
	Sig. (2-seitig)	.517	.007	.218
	N	338	338	338
Höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters	Pearson-Korrelation	.068	-.124	-.094
	Sig. (2-seitig)	.217	.023	.085
	N	334	334	334

Die Variable „upbringing“ (Wer war an Ihrer Erziehung hauptbeteiligt?) korreliert in der vorliegenden Stichprobe *nicht* signifikant mit dem Outcome in den Gender-Subskalen (GS, GRIP, GRID) und wurde daher nicht in die multivariate Analyse miteinbezogen (siehe Tabelle 11).

**Tabelle 11 – Korrelationen: "upbringing" – GA-Subskalen**

		Gender sensitivity	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen
An der Erziehung Hauptbeteiligte/r	Pearson-Korrelation	-.028	-.045	.023
	Sig. (2-seitig)	.606	.406	.674
	N	339	339	339

In der multivariaten Analyse zeigt sich ein signifikanter Effekt für die Variable „SchoolEdFather“; für die höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter zeigt sich hingegen *kein* signifikanter Effekt mehr (statistische Kennwerte siehe Tabelle 12).

**Tabelle 12 – Multivariate Tests<sup>a</sup> – Sozioökonomische Variablen (Pillai-Spur)**

Variable	F	Hypothesen-df	Fehler df	Sig.	partielles Eta hoch zwei
höchste Ausbildung des Vaters	3.038 <sup>b</sup>	3	255	.030	.035
höchste Ausbildung der Mutter	0.554 <sup>b</sup>	3	255	.646	.006
Alter	0.670 <sup>b</sup>	3	255	.571	.008

<sup>a</sup>Design: Konstanter Term + age + SchoolEdMother + SchoolEdFather + group + sex + group\*sex

<sup>b</sup>Exakte Statistik

### Hypothese 3

*Bei jüngeren MedizinstudentInnen ist die Gender-Awareness geringer als bei älteren (niedrigerer Gender Sensitivity-Score, stärker ausgeprägtes stereotypes Geschlechterrollen-Denken (GRIP, GRID)).*

Das Alter korreliert in der vorliegenden Stichprobe über die gesamte Stichprobe positiv mit dem Gender-Sensitivity-Score ( $r=.256, p<.01$ ); die Gender-Sensitivity steigt also mit zunehmendem Alter an.

Zwischen den Skalen GRIP ( $r=.042, p<.447$ ) und GRID ( $r=-.033, p<.545$ ) einerseits und der Variable „age“ andererseits besteht *keine* signifikante Korrelation. In der multivariaten Analyse, in der das Alter aufgrund der signifikanten Korrelation mit dem GS-Score sowie aufgrund des vorliegenden Altersunterschiedes zwischen den beiden untersuchten Gruppen (siehe Tabelle 13) als Kovariate berechnet wurde, zeigte sich allerdings *kein* signifikanter Effekt für die Variable „age“ (siehe Tabelle 12).

**Tabelle 13 – Mittelwerte Alter**

Semester	Anzahl	Mittelwert Alter	SD Alter
1./2. Semester	160	20.72	2.381
11./12. Semester	104	25.97	2.66

#### **Hypothese 4**

*Medizinstudierende, deren Mütter eine höhere Schulbildung haben (über Pflichtschuljahre hinaus), stimmen stereotypischen Denkweisen gegenüber ÄrztInnen und PatientInnen weniger zu als Studierende, deren Mütter höchstens eine Pflichtschulausbildung haben.*

Die höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter der ProbandInnen korreliert in der vorliegenden Stichprobe negativ mit dem stereotypischen Denken gegenüber PatientInnen ( $r=-.247, p<.007$ ).

In der multivariaten Analyse zeigt sich jedoch *kein* signifikanter Effekt für die Variable „SchoolEdMother“ mehr (siehe Tabelle 12).

Die höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters erzielte in der multivariaten Analyse hingegen einen signifikanten Effekt (siehe Tabelle 12).

## 4 Interkorrelation der Subskalen (Hypothesen 5a und 5b)

### Hypothese 5a

*Medizinstudierende, die stereotypischen Statements gegenüber ÄrztInnen und/oder PatientInnen stark zustimmen, verfügen über eine niedrige Gender-Sensitivity: Es besteht eine negative Korrelation zwischen den Subskalen GS einerseits und GRIP und GRID andererseits.*

In der Interkorrelationsanalyse zeigt sich eine hochsignifikante negative Korrelation zwischen der Gender-Sensitivity-Subskala einerseits und den beiden Geschlechterrollen-Subskalen (GRIP und GRID) andererseits (Tabelle 14).

**Tabelle 14 – Interkorrelation der Gender-Subskalen**

		Gender sensitivity	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen	Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen
<b>Gender Sensitivity</b>	Pearson-Korrelation	1	-.215	-.267
	Sig. (2-seitig)		.000	.000
	N	340	340	340
<b>Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber PatientInnen</b>	Pearson-Korrelation	-.215	1	.670
	Sig. (2-seitig)	.000		.000
	N	340	340	340
<b>Geschlechterrollen-Ideologie gegenüber ÄrztInnen</b>	Pearson-Korrelation	-.267	.670	1
	Sig. (2-seitig)	.000	.000	
	N	340	340	340

### Hypothese 5b

*Medizinstudierende, die stereotypischem Denken gegenüber PatientInnen zustimmen, denken auch in Bezug auf ÄrztInnen eher stereotypisch: Die beiden Subskalen GRIP und GRID korrelieren positiv miteinander.*

Anhand der durchgeführten Interkorrelationsanalyse zeigt sich eine hochsignifikant positive Interkorrelation der beiden Geschlechterrollen-Subskalen GRIP und GRID (Tabelle 14).

## 5 Single-Item-Analyse mittels T-Test für unabhängige Stichproben

Signifikante Geschlechtsunterschiede gibt es für die StudentInnen im ersten und zweiten Semester für die Items 5, 15, 19, 21, 23 und 28 (siehe Tabelle 15, Tabelle 16).

**Tabelle 15 – Geschlechtsunterschiede 1./2. Semester**

Item	t(60)	Sig. (2-seitig)
Item 5	2.493	.014
Item 15	-2.256	.023
Item 19	-3.675	.000
Item 21	-3.456	.001
Item 23	-2.358	.020
Item 28	-2.823	.005

**Tabelle 16 – Single Items 1./2. Semester**

Item	Geschlecht	H	Mittelwert	Standardabweichung
Item 5	weiblich	79	3.77	1.037
	männlich	87	3.34	1.160
Item 15	weiblich	79	1.43	.728
	männlich	87	1.75	1.037
Item 19	weiblich	79	1.82	.902
	männlich	87	2.39	1.071
Item 21	weiblich	79	2.57	1.237
	männlich	87	3.21	1.132
Item 23	weiblich	79	1.67	.858
	männlich	87	2.02	1.045
Item 28	weiblich	79	1.39	.758
	männlich	87	1.79	1.058

Für die Studierenden im elften oder zwölften Semester gibt es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei den Items 19, 21, 23, 28, 30 und 31 (Tabelle 17, Tabelle 18).

Tabelle 17 – Geschlechtsunterschiede 11./12. Semester

Item	t(107)	Sig. (2-seitig)
Item 19	-2.137	.035
Item 21	-2.798	.006
Item 23	-2.297	.024
Item 28	-2.700	.008
Item 30	-2.176	.032
Item 31	-2.558	.012

Tabelle 18 – Single Items 11./12. Semester

Item	Geschlecht	H	Mittelwert	Standardabweichung
Item 19	weiblich	51	1.84	1.102
	männlich	58	2.29	1.092
Item 21	weiblich	51	2.49	1.271
	männlich	58	3.14	1.146
Item 23	weiblich	51	1.67	.909
	männlich	58	2.12	1.125
Item 28	weiblich	51	1.25	.483
	männlich	58	1.64	.950
Item 30	weiblich	51	1.37	.564
	männlich	58	1.66	.785
Item 31	weiblich	51	1.37	.631
	männlich	58	1.79	1.056

## 6 Zusammenfassung der Resultate

Studierende in unterschiedlichen Stadien des Studienfortschrittes (Anfang vs. Ende) unterscheiden sich bezüglich der Gender-Sensitivity-Scores, wobei die Studierenden im ersten oder zweiten Studiensemester im Mittel einen niedrigeren Score erzielen. Beide Gruppen erzielen im Mittel einen relativ hohen Score.

Den höchsten GS-Score erzielen Studentinnen im 11. bzw. 12. Fachsemester, gefolgt von den männlichen Studierenden im gleichen Semester und den Studentinnen am Studienanfang. Den niedrigsten GS-Score haben die männlichen Studenten im ersten oder zweiten Studiensemester.

Das Outcome der Geschlechterrollen-Subskalen unterscheidet sich *nicht* signifikant bei Studierenden am Anfang und Ende des Studiums. Männer und Frauen erzielen hingegen

signifikant unterschiedliche Ergebnisse in beiden Geschlechterrollen-Subskalen, wobei die Unterschiede auf der GRIP-Skala deutlicher ausgeprägt und die Scores beider Geschlechter im Mittel tendenziell höher sind als auf der GRID-Skala. Die männlichen Studierenden erzielen auf beiden Subskalen und in beiden getesteten Stadien des Studiums höhere Scores als ihre Kolleginnen. Den im Mittel niedrigsten GRIP-Score erzielen die Studentinnen, die den exakt gleichen Mittelwert am Studienanfang und Studienende erreichen, gefolgt von den Männern am Studienende und den Männern am Studienanfang.

Das Alter der Studierenden und die höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter korrelieren zwar mit dem Outcome in den Gender-Awareness-Subskalen, zeigen in der multivariaten Analyse jedoch *keinen* Effekt. Die höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters korreliert negativ mit dem Outcome in der GRIP-Skala und hat auch in der multivariaten Analyse einen Effekt.

Die GS-Skala korreliert hoch signifikant negativ mit den beiden Geschlechterrollen-Skalen, welche wiederum hoch signifikant positiv interkorrelieren.

Die Hypothesen 1 und 5 sind damit vollständig, die Hypothese 2 teilweise bestätigt. Die Hypothesen 3 und 4 sind nicht eindeutig bestätigt, da sich zwar Korrelationen zeigen, in der Hauptanalyse aber kein signifikanter Effekt besteht.

### 1 Diskussion der Resultate

#### Zum Geschlechterrollen-Denken

*„Männliche Medizinstudierende stimmen stereotypischem Denken gegenüber PatientInnen und/oder ÄrztInnen (im Sinne eines höheren Scores in den Subskalen GRIP und GRID) eher zu als ihre Kolleginnen.“*

Die getesteten männlichen Studierenden stimmen unabhängig vom Studienfortschritt deutlich stärker den in der *N-GAMS* dargestellten stereotypischen Aussagen über männliche und weibliche Ärzte bzw. Patienten zu. Insgesamt sind dabei sowohl die Scores bei beiden Geschlechtern als auch die Geschlechtsunterschiede zwischen den Scores tendenziell höher auf der GRIP- als auf der GRID-Skala.

Absolut betrachtet sind die Geschlechterrollen-Scores bei beiden Geschlechtern am unteren Ende der Skala zu finden. Treffender wäre also die Aussage: „Männliche Studierende lehnen stereotypisches Denken gegenüber PatientInnen und ÄrztInnen weniger deutlich ab als ihre Kolleginnen.“

Die gleiche Beobachtung haben *Verdonk et al.* (1) gemacht: Die Männer waren in deren Studie demnach öfter unentschlossen als die Frauen, indem sie häufiger „stimme teils zu/teils nicht“ als Antwort wählten. So ging der mittlere Score zwar in Richtung Ablehnung, allerdings weniger deutlich als bei den Frauen.

Dieses Ergebnis ist nach einer weiterführenden Literaturrecherche nicht überraschend: In fast allen recherchierten Studien hinsichtlich Zusammenhängen zwischen dem Geschlecht der ProbandInnen und deren Zustimmung zu genderstereotypem Denken, unterstützten Männer stereotypes, geschlechterideologisches Denken stärker als Frauen (24,26,28,53).

Auch die beiden Haupt-Vergleichsstudien der vorliegenden Arbeit zeigen ähnliche Ergebnisse und unterstützen diese Hypothese. Sowohl in der von *Andersson et al.* (2) durchgeführten Studie zur Erhebung der Gender-Awareness bei niederländischen und schwedischen Medizinstudierenden im ersten Studienemester als auch in der von *Verdonk et al.* (1) bei niederländischen Medizinstudierenden erzielten die Männer höhere Scores in den Ste-

reotypen-Subskalen (siehe Tabelle 19). Die niederländischen StudentInnen in der erstgenannten Studie hatten eine höhere Gender-Sensitivity, aber auch ein ausgeprägteres Geschlechterrollen-Denken sowohl gegenüber PatientInnen als auch ÄrztInnen als die schwedischen. In beiden Ländern spielten Geschlechtsunterschiede beim Stereotypen-Denken eine Rolle. Die Frauen beider Länder lehnten dabei Stereotypen – vor allem gegenüber PatientInnen – stärker ab als die Männer, sodass schwedische Studentinnen das geringste Geschlechterrollen-Denken zeigten, gefolgt von schwedischen Studenten, niederländischen weiblichen und schließlich niederländischen männlichen Studenten. In der vorliegenden österreichischen Studie erreichen die Studentinnen unabhängig vom Studienfortschritt (bei gleichem Score beider Gruppen) den niedrigsten GRIP-Score, gefolgt von den Männern am Studienende und den Männern am Studienanfang. Für den GRID-Score zeigte sich ein ähnliches Muster (siehe Abbildung 3 und Abbildung 4).

Auch *Verdonk et al.* (1) fanden in ihrer Studie heraus, dass männliche Studenten mehr Geschlechterrollendenken sowohl gegenüber PatientInnen als auch gegenüber ÄrztInnen an den Tag legten als weibliche. Insgesamt erzielten jedoch alle Studierenden – wie auch in der vorliegenden und *Andersson et al.*'s Studie – im Mittel relativ niedrige Scores auf den Geschlechterrollen-Skalen (siehe Tabelle 19).

**Tabelle 19 – Vergleich der Subskalen**

Studie	Land	Geschlecht	GS MW (SD)	GRIP MW (SD)	GRID MW (SD)
Vorliegende Studie	Österreich	weiblich	3.75 (0.62)	1.99 (0.74)	1.73 (0.68)
		männlich	3.69 (0.64)	2.31 (0.74)	1.90 (0.76)
Andersson et al. 2012	Niederlande	weiblich	3.43 (0.53)	2.27 (0.51)	2.43 (0.55)
		männlich	3.43 (0.58)	2.52 (0.59)	2.44 (0.60)
	Schweden	weiblich	3.37 (0.64)	1.70 (0.59)	2.00 (0.72)
		männlich	3.30 (0.66)	1.96 (0.74)	2.07 (0.76)
Verdonk et al. 2007	Niederlande	weiblich	3.60 (0.454)	2.56 (0.50)	2.68 (0.55)
		männlich	3.60 (0.45)	2.90 (0.50)	2.94 (0.55)

Beim Vergleich der vorliegenden Ergebnisse ist zu beachten, dass die jeweils verwendeten Fragebögen zwar sehr ähnlich (da von diesen beiden Studien übersetzt übernommen), aber nicht identisch waren: In der ursprünglichen Version nach *Verdonk et al.* (1) enthielt die N-GAMS 14 GS-, 11 GRIP- und 7 GRID-Items, in der adaptierten Version nach *Andersson et al.* (2) enthielt der Fragebogen 9 GS-, 10 GRIP- und 7 GRID-Statements. Der in der vorliegenden Version verwendete Fragebogen enthielt wie die Originalversion nach *Verdonk et al.* (1) 14 GS- und 11 GRIP-, aber 8 GRID-Items. Das zusätzliche GRID-Item wurde von der adaptierten Version nach *Andersson et al.* übernommen. Zusätzlich gab es natürlich Unterschiede zwischen den Stichproben bezüglich Alter, Studienfortschritt, Studien-

richtung, Rücklaufquoten und dem Verhältnis männlich zu weiblich (ausführlich siehe 2 – Limitationen der Studie).

Was also könnten die Gründe für das bei Männern im Vergleich zu Frauen offensichtlich stärker ausgeprägte stereotypische Geschlechterrollen-Denken sein?

Die in der GRIP- und GRID-Subskala verwendeten Statements etablieren nicht nur Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf Biologie und sozioökonomische Faktoren (wie jene in der GS-Subskala), sondern unterstützen – wie von *Andersson et al.* (2) beschrieben – die Vorstellung einer **hierarchischen Ordnung der Geschlechter**. Eine mögliche Erklärung für die Bestätigung der oben genannten Hypothese könnte also sein, dass Männer derartigem stereotypischem Denken eher zustimmen als Frauen, weil diese Statements eine höhere Stellung des männlichen Geschlechts in der „Geschlechter-Hierarchie“ postulieren (26).

Die traditionellen Geschlechter-Stereotypen sind im Allgemeinen und vor allem im **Kontext eines professionellen Umfeldes** mit entsprechenden Anforderungen deutlich negativer gegenüber Frauen als gegenüber Männern. Konventionelle Stereotypen beschreiben Frauen nämlich zwar unter anderem als herzlich, mitfühlend, sensibel und insgesamt „wärmer“ als Männer, jedoch auch als weinerlich, leichtgläubig, hinterlistig und rückgratlos sowie – aus männlicher Sicht – inkompetenter (22,28,32). Stereotypische männliche Eigenschaften sind im Gegensatz dazu beispielsweise „wetteifernd“, „analytisch“, „abenteuerlustig“, „aggressiv“, „mutig“ aber auch „egoistisch“ und „zynisch“ (22). Bringt man diese stereotypen Eigenschaften von Männern und Frauen in einen professionellen Kontext – im Sinne des Arbeitsplatzes – und vergleicht sie mit den Anforderungen, die Arbeitgeber üblicherweise an ihre Angestellten haben (52,54), so wird deutlich, dass die traditionellen Geschlechterstereotypen vor allem in Bezug auf berufliche Kompetenz deutlich negativer für Frauen besetzt sind als für Männer.

Diese Inkongruenz zwischen Stereotypen bei den Anforderungen eines bestimmten Berufes (z.B. Charakteristika wie Autorität, Aggression und emotionale Härte bei Führungspositionen) und traditionellen Geschlechter-Stereotypen führt dabei häufig zu Voreingenommenheit gegenüber einem Geschlecht – in diesem Beispiel gegenüber dem weiblichen (22,52,54).

In einer Studie von *Koch et al.* (52) zeigte sich beispielsweise, dass in männlich dominierten Berufen vonseiten der Arbeitgeber (dabei deutlicher von Männern) bei potenziellen ArbeitnehmerInnen eine Bevorzugung von Männern stattfand. Diese Voreingenommenheit konnte nur durch Informationen, die die Kompetenz der potenziellen Arbeitnehmerinnen eindeutig belegten, gemindert werden.

*Eagly und Karau* (54) beschrieben, dass dies in Folge zu einem Dilemma führen muss: Um als qualifiziert für einen männlich stereotypisierten Job angesehen zu werden, müssen Frauen traditionell maskuline Eigenschaften zeigen; gleichzeitig könnten sie aber genau deswegen benachteiligt („penalized“) werden (25,52). *Heilman & Okimoto* (25) fanden 2007 in ihrer Studie heraus, dass Frauen, die in männlich-stereotypisierten Berufen erfolgreich waren, nicht gemocht wurden: Sie wurden als weniger wünschenswerte Vorgesetzte im Vergleich zu ähnlich beschriebenen männlichen Managern angesehen. Diese Ergebnisse bestätigen die Vorstellung, dass Nachteile/„Strafen“ („penalties“) für Erfolg von Frauen in Männer-Domänen von der wahrgenommenen Verletzung genderstereotypischer Beschreibungen herrühren.

Auch die auf der GRID-Subskala der N-GAMS genannten stereotypischen Statements sind gegenüber Ärztinnen überwiegend negativer formuliert als gegenüber Ärzten: Ärzte sind laut den Statements effizienter, legen mehr Wert auf technische Aspekte und können besser mit der Arbeit umgehen. Allerdings nehmen sie sich auch zu wenig Zeit für Gespräche. Ärztinnen dehnen Gespräche zu sehr aus und lassen sich emotional zu sehr auf ihre PatientInnen ein, sind dafür aber einfühlsamer und berücksichtigen – unnötigerweise – das Krankheitserleben.

Positiv für Ärztinnen an diesen Statements ist die emotionale Einfühlsamkeit, negativ die fehlende technische Kompetenz und Effizienz verglichen mit ihren männlichen Kollegen. Möglicherweise war es also für männliche Studenten einfacher, die stereotypischen Statements weniger deutlich abzulehnen, da ihre „in-group“ – also die soziale Gruppe der Männer – in den Statements insgesamt positiver beschrieben wurde als die Gruppe der Frauen (ihre „out-group“). Laut dem **Stereotype Content-Model** nach *Fiske et al.* (31,55,56) stereotypisieren Menschen nämlich „out-groups“ (also Menschen, die einer anderen, fremden gesellschaftlichen Gruppe angehören als sie selbst) typischerweise nach deren sozialer Struktur. Dabei herrsche eine Ambivalenz im Sinne der zugeschriebenen Eigenschaften „kompetent aber kalt“ und „warm aber inkompetent“. Frauen werden dabei typischerweise

generell als wärmer eingestuft als Männer – und zwar sowohl von Männern als auch von Frauen (32). Was die Korrelation von „warm aber inkompetent“ betrifft, herrscht allerdings weniger Einigkeit: Im Sinne der Selbst-Favorisierungstheorie stuften bei *Ebert et al.* (32) sowohl Männer als auch Frauen jeweils ihr eigenes Geschlecht als kompetenter ein.

In der vorliegenden Studie wird die Selbst-Favorisierungstheorie durch die Single-Item-Analyse teilweise unterstützt: Signifikante Geschlechterunterschiede bei der Zustimmung/Ablehnung von stereotypen Statements finden sich vor allem auf den Geschlechterrollen-Subskalen GRIP und GRID und dabei vor allem, aber nicht ausschließlich, bei Items, die eindeutig negative Statements gegenüber Patientinnen oder Ärztinnen beinhalten (z.B. Item 28: „Ärzte sind effizienter als Ärztinnen.“). Bei diesen Items erzielten die Männer im Mittel einen signifikant höheren Score.

Zwischen den Studierenden am Studienanfang und jenen am Ende des Studiums gab es eine Verschiebung der Items mit signifikanten Geschlechterunterschieden: Während die Unterschiede bei den Studienanfängern vor allem die Statements auf der GRIP-Subskala betrafen, gab es bei den Studierenden am Studienende zu gleichen Teilen signifikante Geschlechtsunterschiede bei Items der GRIP- und GRID-Skalen. Das könnte daran liegen, dass die Studierenden im 1./2. Studiensemester im Rahmen des Studiums in der Regel noch keinen Kontakt zu PatientInnen gehabt haben – das Grazer Curriculum enthält im ersten Studienjahr nämlich ausschließlich vorklinische Fächer. Kontakte mit PatientInnen im Laufe des Studiums scheinen also das stereotypische Denken gegenüber dieser Gruppe bei männlichen und weiblichen Studierenden zu einem gewissen Grad zu vereinheitlichen. Die Literatur unterstützt dies dahingehend, dass medizinische Fachkräfte ungeachtet ihres eigenen Geschlechtes in Studien dazu neigten, PatientInnen zu stereotypisieren (10). Allerdings gab es vorliegend nur wenige Items mit signifikanten Geschlechtsunterschieden, weshalb hier nicht überinterpretiert werden sollte.

Lässt man den emotionalen Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung außer Acht, sind die Statements Ärztinnen gegenüber wesentlich negativer: Dieser ist schließlich gemäß den im Fragebogen dargestellten Statements der einzige positive Aspekt der Stereotypen gegenüber Ärztinnen. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass ÄrztInnen/MedizinstudentInnen im Vergleich zu PatientInnen weniger Wert auf emotionale Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung legen (57,58). Dies könnte die relativ größere Negati-

vität der Statements den Ärztinnen gegenüber betonen und so zum höheren Score der Männer im Vergleich zu dem der Frauen beitragen.

### **1.1.1 Politisches und sozioökonomisches Umfeld, Gesetzliches**

Einfluss auf das Stereotypen-Denken von Menschen hat nicht zuletzt auch deren Umfeld: So stimmten in der oben erwähnten Studie von *Ebert et al.* (32) StudentInnen den Begriffspaaren „Männer – Kompetenz“ und „Frauen – Inkompetenz“ weniger stark zu als Manager. Die AutorInnen schlussfolgerten, dass dies auch darauf zurückzuführen ist, dass Studierende im Alltag ständig mit kompetenten Frauen konfrontiert sind, Manager als Führungspersönlichkeiten dagegen immer noch in einer stark männerdominierten Welt arbeiten.

*Andersson et al.* (2) führten die Unterschiede in der Gender-Awareness der Studierenden unter anderem auf die unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründe der beiden Länder zurück. Im Speziellen betonten sie die wesentlich weniger stark ausgeprägte „Gender-Equality-Gesetzgebung“ und die im Gegenzug deutlich geschlechts-spezifischere Verteilung von Aufgaben in den Niederlanden verglichen mit Schweden.

In der Literatur ist anerkannt, dass das sozioökonomische und politische Umfeld Einfluss auf die Einstellungen und Meinungen der betroffenen Menschen hat – auch bezüglich Gender (27,28,55,56). So zeigte insbesondere die transkulturelle Studie von *Glick et al.* zur Ambivalenz sexistischer Haltungen, dass bei Frauen das Ausmaß der Ablehnung von bzw. die Zustimmung zu negativen bzw. positiven sexistischen Statements gegenüber Frauen davon abhing, wie ausgeprägt der Sexismus in der jeweiligen Kultur war: Die Zustimmung der ProbandInnen zu geschlechts-stereotypischen Aussagen war umso höher, je niedriger die Gender-Equality (nach UN-Indikatoren) war.

Dies gilt auch für die Medizin: Die Erfahrung, die Menschen mit dem Gesundheitssystem machen, wird stark von deren Beziehung zu medizinischen Fachkräften beeinflusst – gleichzeitig werden die Denkmuster und das Verhalten letzterer auch durch das jeweilige soziale Umfeld geformt (4). *Diderichsen et al.* (59) stellten beispielsweise fest, dass es nur bei Ärztinnen einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an beabsichtigten Arbeitsstunden und der Motivation, Arbeit und Familie zu vereinbaren, gab. Gleichzeitig zeigte die Studie, dass Männer und Frauen in Schweden – im Vergleich zu ähnlichen Studien aus anderen Ländern – sehr stark in ihrer Fachgebieten-Wahl übereinstimmten, was die Auto-

rInnen auf die in Schweden im Vergleich zu vielen anderen Ländern politisch und gesellschaftlich besser umgesetzte und stärker akzeptierte Gender-Equality zurückführten.

Die in einer Gesellschaft vorherrschende Gender-Ideologie hat Einfluss auf **Indikatoren von Gender-Equality**, wie beispielsweise bei der Beteiligung und Verteilung von Männern und Frauen an bezahlter und unbezahlter Arbeit: *Nordenmark* (24) untersuchte in seiner 2004 veröffentlichten Studie den Zusammenhang zwischen der unterschiedlichen Beteiligung von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt und der jeweils vorherrschenden Gender-Ideologie in zehn verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen sozio-politischen Rahmenbedingungen. Seine Untersuchungen zeigten, dass die Gender-Ideologie in allen eingeschlossenen Ländern Auswirkungen auf das Ausmaß hatten, in dem Frauen und Männer am Arbeitsmarkt teilnahmen. Die verschiedene Gender-Ideologie konnte dabei zumindest zum Teil die gefundenen Unterschiede bei der Beteiligung von Frauen und Männern an bezahlter und unbezahlter Arbeit erklären.

Insbesondere der Frauenanteil bei Voll- und Teilzeitbeschäftigung eines Landes ist eine wichtige Komponente des sogenannten „Gender-Equality-Indexes“ (30), welcher regelmäßig vom Europäischen Institut für Gender-Equality (EIGE) herausgegeben wird und für den Vergleich verschiedener europäischer Länder herangezogen werden kann. Der Index untersucht dabei die acht Domänen Arbeit, Geld, Wissen, Zeit, Macht, Gesundheit, Gewalt und überschneidende Ungerechtigkeiten („intersecting inequalities“).

Da die vorliegende Studie in Österreich durchgeführt und die Resultate dieser Arbeit mit denen von *Verdonk et al.* (1) und *Andersson et al.* (2) verglichen werden, sollen im Folgenden noch kurz die **gesetzlichen Rahmenbedingungen** der EU zum Gender-Mainstreaming und deren Umsetzung – z.B. anhand der Gender-Equality-Indizes – in Schweden, den Niederlanden und Österreich dargestellt werden.

Die Gleichberechtigung der Geschlechter ist eines der Gründungsprinzipien der EU und als solches rechtlich in den Gesetzen der Europäischen Union verankert. Die Gender-Equality reicht ins Jahr 1957 zurück: Das Prinzip von gleicher Bezahlung für gleiche Arbeit war Teil der Römischen Verträge (Treaty of Rome) und ist heute unter anderem in Artikel 157 (I) sowie Artikel 153 (I)i) AEUV festgehalten.

## Gender-Mainstreaming

Das EIGE definiert Gender-Mainstreaming als eine international angenommene Strategie zur Realisierung von Geschlechter-Gleichberechtigung („gender equality“). Diese Strategie bezieht sich auf die Integration einer Gender-Perspektive auf jeder Ebene jeder Intervention: Vorbereitung, Design, Implementierung, Überwachung und Evaluierung von Strategien („policies“) sowie ordnungs- und haushaltspolitische Maßnahmen. Das Ziel ist die Förderung von Gleichberechtigung zwischen Frauen und Männern in allen Lebensbereichen. Gender Maistreaming sollte dabei als ein kontinuierlicher Prozess betrachtet werden (66). Nach *Hochleitner et al.* (33) bedeutet Gender-Mainstreaming, dass „in alle Maßnahmen und Aktivitäten – für eine Universität sind das Forschung und Lehre – eine geschlechtersensible Perspektive aufgenommen wird. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Situationen und Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigt und alle Vorhaben auf ihre geschlechtsspezifischen Konsequenzen hin überprüft werden.“ Im europäischen Vergleich des letzten Gender-Equality-Index aus dem Jahr 2012 (30) lag Österreich als eher „konservativer Sozialstaat“ (24) mit einem Index von 50.2 (von maximal 100) unter dem EU-Durchschnitt von 52.9 und deutlich hinter den Niederlanden (68.5) und Schweden (74.2).

*Andersson et al.* (2) erklären das ausgeprägtere Stereotypen-Denken der niederländischen Studierenden unter anderem mit der in den Niederlanden weniger weitgehenden Umsetzung der Gender-Equality verglichen mit Schweden. So sei es zum Beispiel in Schweden üblich, Kinder in Tagesstätten unterzubringen und ein Großteil von sowohl Frauen als auch Männern sei in Vollzeit-Beschäftigung angestellt – während ein großer Anteil der niederländischen Frauen nur in Teilzeit beschäftigt sei und sich daneben um Haushalt und Kinder kümmere. In Österreich ist die Situation ähnlich wie in den Niederlanden: Obwohl sowohl Mütter als auch Väter Karenz bzw. Elternteilzeit in Anspruch nehmen können (60), gibt es nach wie vor kaum Männer, die dies auch tatsächlich tun. So wird das berufliche Engagement von Männern im Gegensatz zu dem von Frauen von der Geburt eines Kindes kaum beeinflusst (61): Die Erwerbsbeteiligung von Frauen in Österreich hat sich laut *Statistik Austria* zwar seit 1994 deutlich erhöht, allerdings fast ausschließlich als Folge der Zunahme von Teilzeitarbeit. Gründe für die Arbeit in Teilzeit waren bei einem großen Anteil der Frauen (37,3 %) Betreuungspflichten für Kinder oder pflegebedürftige Erwachsene, wohingegen diese Gründe für nur 3,8 % der Männer in Teilzeitarbeit eine Rolle spielten (65).

## Zur elterlichen (Aus-)Bildung

Neben dem Frauen- und Männer-Anteil in verschiedenen Arbeitsbereichen ist auch die Bildung ein wichtiger Indikator für Gender-Equality in einer Gesellschaft.

*Hypothese: Medizinstudierende, deren Mütter eine höhere Schulbildung haben (über Pflichtschuljahre hinaus), stimmen stereotypischen Denkweisen gegenüber ÄrztInnen und PatientInnen weniger zu als Studierende, deren Mütter höchstens eine Pflichtschulausbildung haben.*

In der vorliegenden Studie korreliert die höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter zwar mit dem Outcome in den Gender-Awareness-Subskalen, zeigt in der multivariaten Analyse jedoch *keinen* Effekt. Die höchste abgeschlossene Ausbildung des Vaters korreliert negativ mit dem Outcome in der GRIP-Skala und hat auch in der multivariaten Analyse einen Effekt. Je höher die Ausbildung des Vaters ist, desto deutlicher lehnen die Studierenden in der getesteten Stichprobe also stereotypes Geschlechterrollen-Denken gegenüber PatientInnen ab.

*Andersson et al.* (2) fanden heraus, dass das mittlere elterliche (Aus-)Bildungs-Level bei den schwedischen StudentInnen höher war als bei den niederländischen. In ihrer Studie war das Bildungs-Niveau der Mutter die sozioökonomische Variable mit dem größten Beitrag zu den Subskalen-Outcomes, wobei schwedische Studierende mit Müttern mit mittlerer oder höherer Ausbildung stereotypisches Denken gegenüber ÄrztInnen und PatientInnen stärker ablehnten als schwedische Studierende mit weniger gebildeten Müttern.

Da vorliegend auch die Bildung der Mutter auf ähnliche Weise wie die Bildung des Vaters mit den Gender-Awareness-Subskalen korreliert, spielt in der Praxis möglicherweise eine „**mittlere elterliche Bildung**“ im Sinne des Bildungsstandards eines Haushaltes eine Rolle für das stereotypen-konforme Denken der Studierenden. Eine Trennung in väterliche und mütterliche Bildung ist in diesem Zusammenhang dann weniger sinnvoll.

Aufgrund der oben genannten Einschränkungen ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studie am ehesten mit der Original-N-GAMS-Studie von *Verdonk et al.* (1) möglich. Hier zeigt sich zwar ein ähnliches Geschlechtsunterschieds-Muster, die mittleren GRIP- und GRID-Scores der niederländischen Studie waren aber höher als die der vorliegenden Studie, während sich bei der Gender-Sensitivity ein umgekehrtes Bild bot. Be-

trachtet man nochmal die Gender-Equality-Indizes der beiden Länder, würde man aufgrund des deutlich niedrigeren Wertes Österreichs ein anderes Bild erwarten. Das zeigt: Sozioökonomische Variablen alleine können nicht die Geschlechterrollen-Ideologie eines Individuums erklären. Faktoren wie persönliche Erfahrungen oder transkulturell vorherrschende Geschlechterstereotypen spielen ebenfalls eine Rolle.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch folgendes: Bei der Auswertung der Bildung der Eltern zeigte sich, dass die eigene Stichprobe für diese Variable nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Österreichs ist: Während laut *Statistik Austria* (67) 2012 in Österreich insgesamt 16% der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren einen Hochschulabschluss hatten, sind es bei den Eltern der Studierenden der vorliegenden Stichprobe insgesamt fast 52%. Der Anteil an Bürgern mit höchstens einem Pflichtschulabschluss betrug in der österreichischen Gesamtbevölkerung im gleichen Jahr 19%, in der vorliegenden Stichprobe dagegen nur 7%. Auch die Geschlechterverteilung ist anders als in der Allgemeinbevölkerung.

Da die Bildung von Frauen und Männern eine wichtige Rolle bei der Berechnung von Gender-Equality-Indizes spielt, kann dieser Index (der für die Allgemeinbevölkerung eines Landes berechnet wird) nicht eins zu eins auf die vorliegende Stichprobe übertragen werden.

Ein weiterer Unterschied zwischen den eigenen Stichproben und jener der beiden Vergleichsstudien von *Verdonk et al.* (1) und *Andersson et al.* (2) besteht in den Rücklaufquoten: Während *Verdonk et al.* insgesamt eine durchschnittliche Rücklaufquote von (gemittelt) 61,3% und *Andersson et al.* sogar von gerundet 94% hatten, lag die eigene durchschnittliche Response-Rate bei nur 33%. Möglicherweise liegt dies daran, dass unter den Studierenden, die den Fragebogen erhalten hatten, insgesamt ein eher geringes Interesse an den Themen „Gender-Awareness“ oder „Gender-Medizin“ bestand. Dadurch könnte eine ungewollte Selektion der Stichprobe entstanden sein: Möglicherweise waren Studierende mit Interesse am Thema „Gender-Awareness“ und damit einer gewissen Sensibilität für Gender-Themen in der Medizin in der Stichprobe gegenüber der Gesamtpopulation aller Medizinstudierenden in Graz überrepräsentiert.

### 1.1.2 Tendenziell höhere GRIP- als GRID-Scores: PatientInnen als „out-group“

In beiden getesteten Studienfortschrittstadien und auf beiden Geschlechterrollen-Subskalen erzielten die Männer in der vorliegenden Studie höhere Scores als die Frauen. Sowohl Männer als auch Frauen erzielten dabei im Mittel tendenziell höhere Scores auf der GRIP-Skala verglichen mit der GRID-Skala und auch die Geschlechterunterschiede sind tendenziell ausgeprägter auf der GRIP-Skala. Insgesamt sind die Mittelwerte der Ergebnisse auf beiden Skalen eher niedrig (siehe Tabelle 6).

*Andersson et al.* (2) fanden in ihrer Studie analog dazu heraus, dass der Geschlechterunterschied für die GRIP-Skala signifikant war, wobei die männlichen Studierenden höhere Scores erzielten. Dies traf auf die niederländischen StudentInnen stärker zu als auf die schwedischen. Für die GRID-Skala fand sich hingegen kein signifikanter Unterschied.

Dass (manche) Männer Geschlechterstereotypen unterstützen ergibt insofern Sinn, als sie dadurch die gesellschaftlich übergeordnete Stellung ihrer Gruppe bestätigen. Frauen hingegen festigen damit die Stellung ihrer Gruppe in der niedrigeren Status-Position (26). Trotzdem lehnten die Studentinnen in der vorliegenden Studie die – Frauen gegenüber ebenso negativ formulierten – Statements auf der GRIP-Skala weniger stark ab als jene auf der GRID-Skala. Offenbar gibt es also ein Unterscheidungsmerkmal zwischen diesen beiden Skalen bzw. Zielgruppen, das es den ProbandInnen erlaubt, stereotype Aussagen gegenüber PatientInnen eher zu akzeptieren als gegenüber ÄrztInnen. Eine mögliche Erklärung dafür ist die Annahme, dass Studierende sich eher mit der Gruppe der ÄrztInnen als mit der Gruppe der PatientInnen identifizieren. *Becker et al.* (26) beschrieben in ihrer Studie, dass das Ausmaß der Selbstidentifikation von Frauen mit einem bestimmten Frauen-Subtyp bei der Zustimmung/Ablehnung von negativen/positiven Stereotypisierungen diesen Subtypen gegenüber eine Rolle spielt: Eine stärkere Identifikation mit nicht-traditionellen Subtypen von Frauen (zum Beispiel Karrierefrauen) war assoziiert mit stärkerer Ablehnung von hostilem sexistischen Statements gegenüber dieser Gruppe. Unterstellt man also, dass sich die Studentinnen stärker mit der Gruppe der Ärztinnen als mit der Gruppe der Patientinnen identifizieren, können sie negative Statements über Patientinnen eher akzeptieren als über Ärztinnen.

Weiters könnten im Laufe des Studiums erfolgte Kontakte mit PatientInnen oder – im Sinne des „Hidden Curriculums“ – unbewusst weitergegebene Vorurteile vonseiten Lehrender

zur Bildung bzw. Verstärkung stereotypisierter Meinungen über weibliche und männliche Patienten führen. So ist aus der Literatur bekannt, dass medizinische Fachkräfte ungeachtet ihres eigenen Geschlechts, ihrer Fachrichtung und ihrer Profession dazu tendieren, PatientInnen aufgrund ihres Geschlechtes sehr stereotype Eigenschaften zuzuschreiben: PatientInnen seien im Allgemeinen wesentlich zeitaufwändiger, anspruchsvoller und umständlicher in der Kommunikation als Patienten (10).

Im Rahmen des Stereotype Content-Models (SCM) von *Fiske et al.* (31,56) macht es damit Sinn, dass Studierende insgesamt stereotypem Denken gegenüber PatientInnen weniger stark widersprechen als stereotypem Denken gegenüber ÄrztInnen – vorausgesetzt, sie identifizieren sich mit der Gruppe der ÄrztInnen: Sehen sich Studierende nämlich bereits als zur Gruppe der ÄrztInnen zugehörig, so ist die Gruppe der PatientInnen für sie die „out-group“, welcher gegenüber sie stereotype Aussagen leichter annehmen können als gegenüber ihrer eigenen „in-group“ (ÄrztInnen).

### **Zur Gender-Sensitivity**

*Die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Beginn des Studiums (1./2. Semester) ist niedriger als die Gender-Awareness bei MedizinstudentInnen am Ende des Studiums (11./12. Semester).*

In der vorliegenden Studie unterscheiden sich Studierende in unterschiedlichen Stadien des Studienfortschrittes (Anfang vs. Ende) bezüglich der Gender-Sensitivity-Scores, wobei die Studierenden im ersten oder zweiten Studiensemester im Mittel einen niedrigeren Score erzielen. Beide Gruppen erzielen im Mittel einen relativ hohen Score (siehe Tabelle 19). Tendenziell haben die Frauen im Mittel etwas höhere GS-Scores als die Männer; den höchsten GS-Score haben Studentinnen im 11. bzw. 12. Fachsemester, gefolgt von den männlichen Studierenden im gleichen Semester und den Studentinnen am Studienanfang. Den niedrigsten GS-Score erzielen die männlichen Studenten im ersten oder zweiten Studiensemester.

Weder *Verdonk et al.* (1) noch *Andersson et al.* (2) fanden analog zur vorliegenden Studie in ihren Studien Geschlechtsunterschiede bei der Gender-Sensitivity. *Andersson et al.* fanden jedoch heraus, dass niederländische Studierende signifikant höhere Scores auf der „GS“-Skala erzielten als schwedische. Sie führten dies zum Teil darauf zurück, dass die soziopolitischen Rahmenbedingungen in den Niederlande andere sind als in Schweden: In

Schweden ist Gender-Equality politisch und gesellschaftlich selbstverständlicher als in den Niederlanden. Dies bestätigt auch der Vergleich der Gender-Equality-Indizes 2012 der EIGE (30). Niederländer (und damit auch niederländische Studierende) könnten folglich im Alltag häufiger mit Situationen konfrontiert sein, in denen zwischen Männern und Frauen eindeutig differenziert wird, als Schweden. Solche häufig erlebten Unterschiede zwischen Männern und Frauen könnten dann zu einer stärkeren Wahrnehmung des Faktors „Geschlecht“ als Einflussfaktor im Sinne einer höheren GS führen.

Untermauert wird dieser Erklärungsansatz durch die in der vorliegenden Studie erfassten GS-Scores, die im Mittel nochmals deutlich höher ausfallen als jene der Vergleichsstudie von *Verdonk et al.* (1) bei niederländischen Studierenden – und das in Verbindung mit dem wesentlich niedrigeren Gender-Equality-Index Österreichs im Vergleich zu dem der Niederlande (30).

Die getesteten österreichischen StudentInnen sind also – soweit vergleichbar – insgesamt sensibler für den Einfluss des Geschlechts als Unterscheidungsmerkmal in einem medizinischen Setting als die Studierenden der beiden Vergleichsstudien in den Niederlanden und Schweden.

### **1.1.3 Gender-Sensitivity und egalitäres Gender-Verständnis**

Das Konzept „Gender-Sensitivity“ – wie es in der N-GAMS verwendet wird – ist kein ein-dimensionales, sondern wird durch unterschiedliche Vorgänge und Ideologien unterschiedlich beeinflusst. Es spiegelt daher nicht notwendigerweise eine egalitäre Einstellung bezüglich Gender wider. Ein egalitäres Gender-Verständnis beruht auf der Vorstellung über vollkommene Gleichberechtigung zwischen Männern und Frauen. Wie auch *Andersson et al.* (2) beschreiben, spiegeln viele der in der GS-Subskala der N-GAMS dargestellten Statements nur eine Sensitivität für Geschlechterunterschiede und nicht unbedingt eine egalitäre Einstellung bezüglich Gender wider. Tatsächlich könnte also die Gender-Sensitivity einer Person mit stark ausgeprägtem Geschlechterrollen-Denken hoch sein, weil diese Person gerade mit der Kategorisierung von Menschen in geschlechtsspezifische Rollen anerkennt, dass das Geschlecht ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist und sie somit sensibel für Geschlechtsunterschiede ist.

Passend hierzu fanden *Verdonk et al.* (1) kaum signifikante Korrelationen zwischen der GS- und den GRIP/D-Subskalen, was die These unterstützt, dass die beiden Konzepte nicht

unbedingt eng miteinander verknüpft sein müssen. Im Gegensatz dazu besteht in der vorliegenden Studie eine hochsignifikant negative Korrelation zwischen der GS-Subskala und den beiden Geschlechterrollen-Subskalen (s.o.).

Genauso wie das stereotypische Denken wird auch die Gender-Sensitivity vom allgemeinen Geschlechterrollen-Denken in einem bestimmten Umfeld/Land beeinflusst. Je höher der Grad an traditionellen Geschlechterrollen-Erwartungen (oder Sexismus) im Alltag, desto größer ist der wahrgenommene Einfluss von Gender als Unterscheidungs-, bzw. Diskriminierungs-Merkmal und desto größer sind folglich das Geschlechterbewusstsein und die Sensitivität für Unterschiede. In solchen Gesellschaften akzeptieren dann auch Frauen, selbst wenn sie geschlechtsstereotypem Denken im Sinne von negativen Vorurteilen erwie-senermaßen weniger stark zustimmen als Männer, eher Sexismus in einem wohlwollenden Sinne („benevolent sexism“) (1,2,26,28). Wohlwollender Sexismus steht dabei für eine zuneigende, bevormundende Ideologie („an affectionate, patronizing ideology“), die eher positive stereotypische Eigenschaften beinhaltet. *Glick et al.* (28) nahmen an, dass dies eine Art Verteidigungsmechanismus sei: Wenn die allgemeine Einstellung einer Gesellschaft sexistisch ist, neigt die Gruppe mit niedrigerem Status (Frauen) dazu, wohlwollen-den Sexismus zu akzeptieren, um Schutz und Zuneigung der höher statuierten Gruppe zu gewinnen und Feindseligkeit vonseiten der Männer zu vermeiden.

#### **1.1.4 Persönliche Erfahrungen mit Diskriminierung**

Neben dem Einfluss der in der Allgemeinbevölkerung eines Landes vorherrschenden Ein-stellungen und Normen bezüglich Geschlechterrollenideologien tragen auch persönliche Erfahrungen mit Diskriminierung wegen des Geschlechts oder gar sexueller Belästigung zur Entwicklung einer Gender-Sensitivity bei – im Sinne eines Bewusstseins darüber, dass das Geschlecht ein wichtiger Diskriminierungsfaktor ist. In der Medizin, einem – trotz in den letzten Jahren hohen Frauenanteils – traditionell männlichen Fach, werden Medizin-studentinnen von PatientInnen und Lehrenden zum Beispiel oft nicht ernst genommen und manchmal sogar sexuell belästigt (47,62). Umgekehrt erleben männliche Studenten manchmal Diskriminierung im stark weiblich besetzten Fachbereich der Gynäkolo-gie/Geburtshilfe (62).

*Babaria et al.* (47) zeigten, dass sich die Einstellungen zu Gender und dessen Einfluss bei Studentinnen im Laufe eines klinischen Rotations-Jahres veränderten. Die Studentinnen machten im Laufe dieser Rotation Erfahrungen mit Diskriminierung wegen ihres Ge-

schlechts und mit sexueller Belästigung vonseiten ihrer Patienten und auch der Lehrenden. Mit Fortschreiten der Rotation nahmen sie das Geschlecht immer stärker als Unterscheidungsmerkmal im klinischen Alltag wahr. Ihre Sensitivität gegenüber der Variable „Gender“ als Einflussfaktor im Alltag nahm also durch wiederholte (negative) Erfahrungen zu.

### **1.1.5 Alter**

Das Sammeln persönlicher Erfahrungen in Situationen, in denen das eigene Geschlecht als Grund für Diskriminierung erfahren wird, könnte auch eine Ursache für den scheinbaren Anstieg der Gender-Sensitivity mit zunehmendem Alter sein.

*Hypothese: Bei jüngeren MedizinstudentInnen ist die Gender-Awareness geringer als bei älteren (niedriger Gender-Sensitivity-Score, stärker ausgeprägtes stereotypes Geschlechterrollen-Denken [GRIP, GRID]).*

*Andersson et al. (2)* fanden in ihrer Studie heraus, dass das Alter wichtig für die Gender-Sensitivity sowohl bei schwedischen als auch niederländischen StudentInnen war und ältere Studierende dabei höhere Scores erzielten. Ältere schwedische Studierende hatten in dieser Studie auch weniger stereotypisches Denken gegenüber PatientInnen (niedriger GRIP-Score) als jüngere. *Verdonk et al. (1)* untersuchten in ihrer Studie von 2007 zwar nicht den Zusammenhang zwischen Alter und Gender-Awareness, postulierten aber, dass ein solcher bestehen könnte.

Das Alter korreliert in der vorliegenden Studie zwar signifikant positiv mit der Gender-Sensitivity der Studierenden; in der multivariaten Analyse hat es als Kovariate jedoch keinen signifikanten Effekt mehr. Der Studienfortschritt hingegen hat einen signifikanten Effekt auf die Gender-Sensitivity in der Hauptanalyse: Da das Alter den Studienfortschritt mit einem durchschnittlichen Altersunterschied von ca. 5 Jahren (siehe Tabelle 13) zwischen den beiden Gruppen zu einem gewissen Anteil mitdefiniert, spielt es damit trotz des nicht signifikanten Effektes in der multivariaten Analyse eine gewisse Rolle.

Tendenziell hat der Studienfortschritt daneben auch einen gewissen Einfluss auf das Geschlechterrollen-Denken der Studierenden: Für die GRIP- und GRID-Skala zeigen sich in der vorliegenden Studie zwar keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Studienfortschritt oder Alter, tendenziell sind aber beide Scores bei den Studierenden im 11. oder 12. Semester niedriger als bei den Studienanfängern. Insgesamt scheint also ein höheres

Alter signifikant mit einer ausgeprägteren Gender-Sensitivity und tendenziell geringer ausgeprägtem Geschlechterrollen-Denken vergesellschaftet zu sein.

Der im Laufe des Studiums häufiger auftretende Kontakt zu PatientInnen könnte an sich für die Entwicklung einer Gender-Sensitivity eine Rolle spielen. Studien zeigen, dass PatientInnen anders mit weiblichen als mit männlichen Ärzten kommunizieren, indem sie Ärztinnen zum Beispiel insgesamt mehr erzählten und mehr positive Aussagen ihnen gegenüber machten, aber auch bestimmter auftraten und Ärztinnen häufiger unterbrachen als Ärzte (12). Das Erleben dieser Unterschiede in der Kommunikation vonseiten der PatientInnen – vor allem im direkten Vergleich zum Kommunikationsverhalten in Gesprächen mit StudienkollegInnen/Lehrenden des anderen Geschlechts – könnte ebenfalls zur Steigerung des Bewusstseins über Geschlechtsunterschiede beitragen.

Wie oben angedeutet könnte ein weiterer Grund für den scheinbaren Anstieg der Gender-Sensitivity mit steigendem Alter/Studienfortschritt die wiederholte Konfrontation mit geschlechtsdiskriminierenden Situationen im Alltag – vor allem auch am Arbeitsplatz oder in der Ausbildung – sein. Diese wiederholten Erfahrungen mit negativem Verhalten aufgrund des eigenen Geschlechts kann die Auswahl des zukünftigen Fachgebietes beeinflussen (47,62,63), das weibliche/männliche Selbstbild als Ärztin/Arzt und das Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten beeinflussen (41,47,63) und so ein Karrierehindernis darstellen (49,64).

## **2 Limitationen der Studie**

„Gender“ ist als soziales Konstrukt abhängig von sozialen Normen und daher sehr variabel in verschiedenen Kulturen und Zeitaltern. Es ist folglich schwierig, ein Studiendesign zu entwerfen, welches für alle involvierten Kulturen und Gesellschaften gleich gültig ist (4).

Neben einigen Vorteilen des in der vorliegenden Studie verwendeten Designs und der Materialien (wie etwa der Erfassung des Ist-Zustandes im Querschnittsdesign und der relativ großen Stichprobe) gibt es auch einige Einschränkungen:

### **Querschnitts- statt Longitudinaldesign**

Während ein Querschnittsdesign zwar den momentanen Zustand der untersuchten Variablen gut widerspiegelt, kann eine tatsächliche Veränderung der Gender-Awareness mit dem Alter oder Studienfortschritt nicht beschrieben werden. Um den Verlauf und die Ent-

wicklung von Gender-Sensitivity mit zunehmendem Alter und/oder Studienfortschritt aussagekräftig beschreiben zu können, wäre ein Längsschnittdesign in zukünftigen Studien sinnvoll.

### **Freiwillige Teilnahme über Online-Umfrage**

Die freiwillige Teilnahme der Studierenden über eine Online-Umfrage bot zwar die Vorteile der Anonymität der Teilnehmer und einer relativ großen Stichprobe, hatte jedoch auch Nachteile: Die Rücklaufquote war mit durchschnittlich 33% zwar für eine Online-Studie relativ hoch, absolut aber niedrig.

Vor allem in Bezug auf die Gender-Sensitivity könnte eine gewisse Selektion mit Überrepräsentation von Studierenden mit hoher GS in der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtpopulation aller Studierenden in Graz stattgefunden haben, wenn man davon ausgeht, dass nur Studierende, die das Thema als relevant betrachteten – also schon eine gewisse „Gender-Sensitivität“ aufwiesen – die Fragebögen ausfüllten.

### **Im Vergleich**

Wie bereits erwähnt ist ein direkter Vergleich der in der vorliegenden Studie analysierten Daten mit den beiden Hauptvergleichsstudien nach *Verdonk et al.* (1) und *Andersson et al.* (2) nur eingeschränkt möglich: Die jeweils verwendeten Fragebögen waren zwar sehr ähnlich (da von diesen beiden Studien übersetzt übernommen), aber nicht identisch. In der ursprünglichen Version nach *Verdonk et al.* (1) enthielt die N-GAMS 14 GS-, 11 GRIP- und 7 GRID-Items, in der adaptierten Version nach *Andersson et al.* (2) enthielt der Fragebogen 9 GS-, 10 GRIP- und 7 GRID-Statements. Der in der vorliegenden Version verwendete Fragebogen enthielt wie die Originalversion nach *Verdonk et al.* (1) 14 GS- und 11 GRIP-, aber 8 GRID-Items. Das zusätzliche GRID-Item wurde von der adaptierten Version nach *Andersson et al.* übernommen.

Neben den teils unterschiedlichen Fragebögen gab es auch Unterschiede zwischen den Stichproben bezüglich Alter, Studienfortschritt, Studienrichtung, Rücklaufquoten und dem Verhältnis männlich zu weiblich sowie zwischen den sozioökonomischen und politischen Hintergründen der drei Länder. So ist es beispielsweise aufgrund der unterschiedlichen Schulsysteme schwierig, eine identische Unterteilung der sozioökonomischen Variable „Bildung der Mutter bzw. des Vaters“ für den genauen Vergleich vorzunehmen.

Während *Verdonk et al.* insgesamt eine durchschnittliche Rücklaufquote von (gemittelt) 61,3% und *Andersson et al.* sogar von gerundet 94% hatten, lag die eigene durchschnittliche Response-Rate bei nur 33%. Diese im Vergleich geringe Rücklaufquote lässt auf eine mögliche Non-response-Bias schließen.

## Schlussbetrachtung

---

Analog zu den Ergebnissen von vorausgegangenen Studien stimmten in der vorliegenden Studie Männer stereotypem Geschlechterrollen-Denken stärker zu als Frauen. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass Männer durch Zustimmung zu solchen Geschlechter-Stereotypen ihre hierarchisch höhere Stellung in von traditionellen Geschlechterrollen geprägten Gesellschaften festigen (wollen) oder dass traditionelle Geschlechter-Stereotypen für Männer – vor allem im Kontext eines professionellen Umfeldes – wesentlich positiver und damit akzeptabler sind als für Frauen. Beeinflusst werden Gender-Ideologien und Gender-Awareness daneben auch durch das politische und sozioökonomische Umfeld, in dem Menschen leben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie postulieren, dass sozioökonomische Variablen, wie etwa die Bildung der Eltern, einen gewissen Einfluss auf die Gender-Awareness haben.

Tendenziell lehnten die Studierenden stereotypes Denken gegenüber PatientInnen weniger stark ab als gegenüber ÄrztInnen, was daran liegen könnte, dass sich die Studierenden mit der Gruppe der ÄrztInnen identifizieren und PatientInnen als „out-group“ sehen, die damit stärkerer Stereotypisierung unterworfen ist. Die Gender-Sensitivity stieg in der vorliegenden Studie mit dem Studienfortschritt (und damit auch in gewissem Maße mit dem Alter) an. Dies könnte unter anderem durch Erfahrungen mit Diskriminierung aufgrund des Geschlechts bedingt sein, die Studierende im Laufe ihrer Ausbildung machen oder auch beispielsweise durch vermehrten Patientenkontakt.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit hatten die österreichischen Studierenden der vorliegenden Studie eine höhere Gender-Sensitivity als die schwedischen und niederländischen Studierenden der beiden Hauptvergleichsstudien, wobei eine hohe GS nicht unbedingt mit einem egalitären Gender-Verständnis gleich zu setzen ist.

Zusammengefasst ist Gender-Awareness in der Medizin ein komplexes, vielschichtiges Thema, welches in einem interdisziplinären und sozioökonomisch ganzheitlichen Zusammenhang diskutiert und in den medizinischen Alltag integriert werden muss. Unbewusst vorhandene Geschlechterrollen-Ideologien müssen vom medizinischen Personal bewusst wahrgenommen und berücksichtigt werden, um Misskommunikation unter KollegInnen sowie in der Arzt-Patienten-Interaktion und damit mangelnde Patientenversorgung sowie Karrierehindernisse zu vermeiden. Bis heute vorhandene Phänomene wie Geschlechts-

blindheit und Male-Bias – vor allem in der Forschung – können zu Defiziten bei der Diagnostik und Behandlung von Frauen und/oder Männern führen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass geschlechts- und studienfortschrittsbedingte Unterschiede in der Gender-Awareness bei Medizinstudierenden vorhanden sind und auch sozioökonomische Hintergrundvariablen eine Rolle spielen. Die Implementierung von Gender-Themen in medizinische Curricula scheint daher sinnvoll, um diese Unterschiede und deren mögliche Folgen bereits im Studium aufzuzeigen und dadurch die Gender-Awareness zu steigern.

## Literaturverzeichnis

---

1. Verdonk P, Benschop Y, de Haes HC, Lagro-Janssen T. Medical Students' Gender Awareness. *Sex Roles*. 2007 Sep 25;58(3-4):222–34.
2. Andersson J, Verdonk P, Johansson E, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students - results from a questionnaire. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):3.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter? In: Wizemann TM, Pardue ML, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [cited 2015 Jun 5]. Available from: <http://www-1ncbi-1nlm-1nih-1gov-1pubmed.han.medunigraz.at/pubmed/25057540>
4. Govender V, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Glob Public Health*. 2008;3 Suppl 1:90–103.
5. Hamberg K. Gender bias in medicine. *J. of Women's Health*. 2008 May;4(3):237–43.
6. Kautzky-Willer A. Gendermedizin: Geschlechtsspezifische Aspekte in der klinischen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2014 Sep;57(9):1022–30.
7. Chiamonte G, Friend R. Medical Students' and Residents' Gender Bias in the Diagnosis, Treatment, and Interpretation of Coronary Heart Disease Symptoms. *Health Psychol*. 2006;25(3):255–66.
8. Daly C, Clemens F, Sendon J, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. Gender Differences in the Management and Clinical Outcome of Stable Angina. *Circ - J Am Heart Assoc*. 2006 Jan 31;113(4):490–8.
9. Kautzky-Willer A, Handisurya A. Metabolic diseases and associated complications: sex and gender matter! *Eur J Clin Invest*. 2009 Aug;39(8):631–48.
10. Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Educ Couns*. 2003 Jan;49(1):45–52.

11. Phillips S. Including Gender in Public Health Research. *Public Health Rep.* 2011;126(Suppl 3):16–21.
12. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? *Patient Educ Couns.* 2002 Dec;48(3):217–24.
13. Chilet-Rosell E. Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 Dec 9 [cited 2015 May 23];7(0). Available from: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25484>
14. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender Bias in Physicians' Management of Neck Pain: A Study of the Answers in a Swedish National Examination. *J of Women's Health & Gend Based Med.* 2002 Sep;11(7):653–66.
15. Hammarström A, Annandale E. A Conceptual Muddle: An Empirical Analysis of the Use of 'Sex' and 'Gender' in 'Gender-Specific Medicine' Journals. Mintzes B, editor. *PLoS ONE.* 2012 Apr 18;7(4):e34193.
16. Haig D. Of sex and gender. *Nat Genet.* 2000 Aug 1;25(4):373–373.
17. Miller VM, Rice M, Schiebinger L, Jenkins MR, Werbinski J, Núñez A, et al. Embedding Concepts of Sex and Gender Health Differences into Medical Curricula. *J of Women's Health.* 2013 Mar;22(3):194–202.
18. APA Council of Representatives, Feb. 18-20, 201. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients - Definition of Terms: Sex, Gender, Gender Identity, Sexual Orientation. *Am Psychol.* 2012 Jan;67(1):10–42.
19. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *EMBO Rep.* 2012 Jun 15;13(7):596–603.
20. World Health Organization International. Gender and Genetics [Internet]. WHO - Genomics resource center. [cited 2015 Jul 23]. Available from: <http://www.who.int/genomics/gender/en/#>

21. Women and Gender Equity Knowledge Network, Sen G, Östlin P, George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3 Suppl 1:1–12.
22. Diekmann A, Eagly A. Stereotypes as Dynamic Constructs: Women and Men of the Past, Present, and Future. *Pers Soc Psychol Bull*. 2000 Nov;26(10):1171–88.
23. Europäische Kommission. Glossar- Geschlechterrollen [Internet]. [cited 2015 Jul 25]. Available from: [http://ec.europa.eu/justice/glossary/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/justice/glossary/index_de.htm)
24. Nordenmark M. Does gender ideology explain differences between countries regarding the involvement of women and of men in paid and unpaid work? *Int J Soc Welf*. 2004 Jul;13(3):233–43.
25. Heilman M, Okimoto T. Why are women penalized for success at male tasks? the implied communality deficit. *J Appl Psychol*. 2007 Jan;92(1):81–92.
26. Becker J. Why Do Women Endorse Hostile and Benevolent Sexism? The Role of Salient Female Subtypes and Internalization of Sexist Contents. *Sex Roles*. 2010 Apr;62(7-8):453–67.
27. Ridgeway C C, Correll S. Unpacking the gender system: A Theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations. *Gend Soc*. 2004;18:510–31.
28. Glick P, Fiske S, Mladinic A, Saiz J, Abrams D, Masser B, et al. Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *J Pers Soc Psychol*. 2000;79:763–75.
29. Blaauw D, Ambegaokar M, Penn-Kekana L, Hongoro C, McPake B. Neither robots nor angels: the dynamic responses of health workers and the unintended effects on health systems functioning. Health Systems Development Programme, working paper, 09/06. Available from: [http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HealthSysDev\\_KP/robots\\_nor\\_angels\\_web\\_version.pdf](http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/HealthSysDev_KP/robots_nor_angels_web_version.pdf).
30. European Institute for Gender Equality. Gender Equality Index 2012 [Internet]. EIGE. [cited 2015 Jul 23]. Available from: <http://eige.europa.eu/gender-statistics/gender-equality-index>.

31. Fiske S, Cuddy A, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol.* 2002 Jun;82(6):878–902.
32. Ebert I, Steffens M, Kroth A. Warm, but Maybe Not So Competent? Contemporary Implicit Stereotypes of Women and Men in Germany. *Sex Roles J Res.* 2014 May;70(9/10):359–75.
33. Hochleitner M, Nachtschatt U. Gender Medizin und Lehre – Querschnittsmaterie Gendermedizin. Leitfaden für eine genderintegrierende Methodik und Didaktik. Medizinische Universität Innsbruck, Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung und Geschlechterforschung. Innsbruck, 2014 [cited 2015 May 24]. Available from: [www.gendermed.at/images/stories/gendermed/pdf/geschlechterforschung/leitfaeden/web\\_leitfaden\\_lehre.pdf](http://www.gendermed.at/images/stories/gendermed/pdf/geschlechterforschung/leitfaeden/web_leitfaden_lehre.pdf)
34. Harpaz B. Diagnosing Gender Differences in Health. *Los Angeles Times* [Internet]. 1997 Mar 2 [cited 2015 Sept 14]; Available from: [http://articles.latimes.com/1997-03-02/news/mn-33984\\_1\\_gender-differences](http://articles.latimes.com/1997-03-02/news/mn-33984_1_gender-differences)
35. Europäische Kommission. Glossar - Justiz [Internet]. [cited 2015 Sept 14]. Available from: [http://ec.europa.eu/justice/glossary/index\\_de.htm](http://ec.europa.eu/justice/glossary/index_de.htm)
36. Risberg G. ‘I am solely a professional – neutral and genderless’: on gender bias and gender awareness in the medical profession. In: *Umeå University medical dissertations*, NS, 907. 2004. p. 71.
37. Beagan BL. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Soc Sci Med.* 2000 Oct;51(8):1253–65.
38. Dielissen PW. Gender medicine in GP training : design, evaluation and development [Internet]. Radboud University Nijmegen 2012 [cited 2015 Sept 14]. Available from: <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/91448>, ISBN: 9789090264837.
39. Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC, Lagro-Janssen TL. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Health Sci Educ.* 2009 Mar;14(1):135–52.

40. Ruiz Cantero MT, Pardo MA. European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Nov 1;60(11):911–3.
41. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns*. 2008 Sep;72(3):374–81.
42. Eisenberg K, Dahlstrom J, Carnovale A, Neeman T, Ellwood D. Gender awareness in a medical curriculum: surveying final year students undertaking a Women’s Health rotation. *Med Teach*. 2013 Nov;35(11):970–1.
43. Dielissen PW, Bottema BJ, Verdonk P, Lagro-Janssen TL. Incorporating and evaluating an integrated gender-specific medicine curriculum: a survey study in Dutch GP training. *BMC Med Educ*. 2009;9(1):58.
44. Miemitz B, Ivanov C, Othmer R. Medizin und Geschlecht: Perspektiven für Lehre, Praxis und Forschung. Tagung vom 3.–4. September 2010 in Hannover. *Gend – Z für Geschlecht Kult Ges*. 2011 Mar 15;3(1). 1
45. Verdonk P. Gender Matters In Medical Education - integrating a gender perspective in medical curricula. Radboud University Nijmegen 2007 [cited 2015 Sept 14]. Available from: <http://hdl.handle.net/2066/57009>. ISBN: 9789080942547.
46. Morgan S, Plaisant O, Lignier B, Moxham BJ. Sexism and anatomy, as discerned in textbooks and as perceived by medical students at Cardiff University and University of Paris Descartes. *J Anat*. 2014 Mar;224(3):352–65.
47. Babaria P, Abedin S, Berg D, Nunez-Smith M. ‘I’m too used to it’: A longitudinal qualitative study of third year female medical students’ experiences of gendered encounters in medical education. *Soc Sci Med*. 2012 Apr;74(7):1013–20.
48. Cheng L-F, Yang H-C. Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Med Educ*. 2015 Mar;49(3):321–31.
49. Burgos CM, Josephson A. Gender differences in the learning and teaching of surgery: a literature review. *Int J Med Educ*. 2014;5:110–24.

50. Medizinische Universität Wien. Gender Mainstreaming - Gender Lehre [Internet]. Meduniwien.ac.at. [cited 2015 Sept 14]. Available from: <http://www.meduniwien.ac.at/homepage/content/organisation/dienstleistungseinrichtungen-und-stabstellen/gender-mainstreaming/gender-lehre/>.
51. Medizinische Universität Graz. Gender und Diversität - Rahmenprogramm 2013 - 2015 [Internet]. Medunigraz.at. [cited 2015 Jul 28]. Available from: [http://www.medunigraz.at/fileadmin/mitarbeiten/genderunit/pdf/Gender\\_und\\_Diversit%C3%A4t\\_Rahmenprogramm\\_2013-2015\\_Erg%C3%A4nzungen\\_Workshop.pdf](http://www.medunigraz.at/fileadmin/mitarbeiten/genderunit/pdf/Gender_und_Diversit%C3%A4t_Rahmenprogramm_2013-2015_Erg%C3%A4nzungen_Workshop.pdf).
52. Koch A, D'Mello S, Sackett P. A meta-analysis of gender stereotypes and bias in experimental simulations of employment decision making. *J Appl Psychol*. 2015 Jan;100(1):128–61.
53. Dielissen P, Verdonk P, Waard MW, Bottema B, Lagro-Janssen T. The effect of gender medicine education in GP training: a prospective cohort study. *Perspect Med Educ*. [published online 2014 Jun 4]. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235812/>
54. Eagly AH, Karau SJ. Role congruity theory of prejudice toward female leaders. *Psychol Rev*. 2002 Jul;109(3):573–98.
55. Caprariello P, Cuddy A, Fiske S. Social Structure Shapes Cultural Stereotypes and Emotions: A Causal Test of the Stereotype Content Model. *Group Process Intergroup Relat*. 2009 Mar;12(2).
56. Cuddy A, Fiske S, Kwan V, Glick P, et al. Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *Br J Soc Psychol*. 2009 Mar;48:1–33.
57. Cullen W, Bury G, Leahy M. What Makes A Good Doctor? A Cross Sectional Survey of Public Opinion. *Ir Med J*. 2003 Feb;96(2):38–41.
58. Fones CS, Kua EH, Goh LG. ‘What makes a good doctor?’--views of the medical profession and the public in setting priorities for medical education. *Singapore Med J*. 1998 Dec;39(12):537–42.

59. Diderichsen S, Johansson EE, Verdonk P, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):39.
60. Bundeskanzleramt Österreich. Väter-Karenzgesetz [Internet]; jusline.at. Jan 1, 1990. [cited 2015 Sept 14]. Available from: [https://www.jusline.at/Vaeter-Karenzgesetz\\_%28VKG%29.html](https://www.jusline.at/Vaeter-Karenzgesetz_%28VKG%29.html).
61. Fuchs R, Marik-Lebeck S. Familie und Erwerbstätigkeit 2013. *Stat Nachrichten.* 2014;9:665–72.
62. Stratton T, McLaughlin M, Witte F, Fosson S, Nora L. Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2005 Apr;80(4):400–8.
63. Chung Y-C, Lin C-Y, Huang C-N, Yang J-H. Perceptions on gender awareness and considerations in career choices of medical students in a medical school in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* 2013 Nov;29(11):629–35.
64. Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M. Experiences of career support and career obstacles in young physicians--results of a Swiss longitudinal study. *Dtsch Med Wochenschr* 1946. 2009 Nov;134(48):2451–7.
65. Bundesanstalt Statistik. Statistik Austria – Menschen und Gesellschaft – Soziales Gender-Statistik – Vereinbarkeit von Beruf und Familie [Internet]. [cited 2015 Sept 15]. Available from: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/genderstatistik/vereinbarkeit\\_von\\_beruf\\_und\\_familie/075955.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/genderstatistik/vereinbarkeit_von_beruf_und_familie/075955.html).
66. European Institute for Gender Equality. Gender Mainstreaming [Internet]. EIGE. [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://eige.europa.eu/gender-mainstreaming>.
67. Bundesanstalt Statistik. Statistik Austria – Menschen und Gesellschaft – Soziales – Gender-Statistik – Bildung [Internet]. [cited 2015 Sept. 15]. Available from: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/genderstatistik/bildung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/genderstatistik/bildung/index.html).

# Anhang

## 1. Soziodemographische Daten - Angaben zur Person

1.1 Alter:

1.2 In welchem Fachsemester befinden Sie sich derzeit?

1.  2.  11.  
 12.

1.3 In welchem Studienabschnitt befinden Sie sich?  1. Abschnitt  3. Abschnitt

1.4 Geschlecht:  weiblich  männlich

1.5 Rauchen Sie?  Ja  Nein

1.6 Sind Sie VegetarierIn?  Ja  Nein

1.7 Angaben zum Beziehungsstatus (Mehrfachantworten möglich):

- in Partnerschaft lebend  verheiratet  geschieden  
 in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft lebend  verwitwet  alleinstehend

EvaSys

"Gender Awareness" - Bewusstsein über Gender-Medizin im klinischen Alltag

Electric Paper

## 1. Soziodemographische Daten - Angaben zur Person [Fortsetzung]

1.8 Wie viele Jahre beträgt der Altersunterschied zu Ihrem/r PartnerIn?

1.9 Welchen Beruf hat Ihr/e PartnerIn?

1.10 Haben Sie Kinder?  Nein  Ja

1.11 Anzahl an Töchtern:

1.12 Alter der Tochter/Töchter:  minderjährig  volljährig  beides

1.13 Anzahl an Söhnen:

1.14 Alter des Sohnes/der Söhne:  minderjährig  volljährig  beides

1.15 Sind Sie alleinerziehend?  Nein  Ja

1.16 Was ist derzeit Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Volksschule/Hauptschule (mit Studienreifeprüfung/Berufsreifeprüfung)  Lehre (mit Studienreifeprüfung/Berufsreifeprüfung)  berufsbildende höhere Schule  
 AHS  Hochschulabschluss

1.17 Was ist/war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihrer Mutter?

- Volksschule/Hauptschule  Lehre  berufsbildende höhere Schule  
 AHS  Hochschulabschluss

1.18 Was ist/war der Beruf Ihrer Mutter?  
(Im Fall einer Pensionierung bitte den vor der Pension ausgeübten Beruf angeben)

1.19 Was ist/war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihres Vaters?

- Volksschule/Hauptschule  Lehre  berufsbildende höhere Schule  
 AHS  Hochschulabschluss

1.20 Was ist/war der Beruf Ihres Vaters?  
(Im Fall einer Pensionierung bitte den vor der Pension ausgeübten Beruf angeben)

1.21 Wer war an Ihrer Erziehung hauptbeteiligt?

- beide Elternteile  nur Mutter  nur Vater  
 Sonstige

1.22 Haben Sie Geschwister?  Nein  Ja

1.23 Wie viele Schwestern haben Sie?

1.24 Wie viele Brüder haben Sie?

1.25 An welcher Stelle stehen Sie in der Altersreihenfolge Ihrer Geschwister?

- Ich bin das älteste Kind  Ich bin das jüngste Kind  Ich bin Einzelkind  
 Ich bin das mittlere Kind bzw. eines der mittleren Kinder

## 2. Erhebung der Gender-Awareness

Im Folgenden sind verschiedene Aussagen zum Thema "Geschlechterunterschiede in der Medizin angeführt".  
Schätzen Sie bitte ein, wie gut die jeweilige Aussage Ihrer Meinung nach zutrifft und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an.

- Ich stimme ganz und gar nicht zu
- Ich stimme überwiegend nicht zu
- /+ Ich stimme teils zu/ teils nicht
- + Ich stimme überwiegend zu
- ++ Ich stimme voll und ganz zu

		\	/	$\frac{2}{x}$	x	$\frac{x}{x}$	++	
2.1	Das Ansprechen von Geschlechterunterschieden zwischen Männern und Frauen erzeugt Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.2	Ärztliches Wissen über Geschlechterunterschiede in Bezug auf Krankheit und Gesundheit erhöht die Qualität der Gesundheitsversorgung.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.3	Ärztinnen/Ärzte sollten nur biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen ansprechen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.4	Bei nicht-geschlechtsspezifischen Beschwerden spielt das Geschlecht des Patienten keine Rolle.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.5	Eine Ärztin/Ein Arzt sollte sich weitestgehend auf rein körperliche Aspekte von Gesundheitsbeschwerden von Männern und Frauen beschränken.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.6	Ärztinnen /Ärzte müssen nicht wissen, was im Leben von Männern und Frauen vor sich geht, um medizinische Versorgung leisten zu können.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.7	Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten sind zu gering, um relevant zu sein.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.8	Gerade weil Männer und Frauen unterschiedlich sind, sollten Ärztinnen/Ärzte alle gleich behandeln.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.9	Ärztinnen/Ärzte, die Geschlechterunterschiede ansprechen, befassen sich nicht mit den wichtigen Themen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.10	In der Kommunikation mit Patienten spielt es für die Ärztin/den Arzt keine Rolle, ob die Patienten männlich oder weiblich sind.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.11	In der Kommunikation mit Patienten spielt es keine Rolle, ob der Arzt männlich oder weiblich ist.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.12	Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten sind so gering, dass Ärztinnen/Ärzte sie kaum berücksichtigen können.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.13	Ärztinnen/Ärzte sollten für eine effektive Behandlung Geschlechterunterschiede in Krankheitsursachen und -folgen ansprechen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.14	Es ist nicht notwendig, bei der Schilderung von Beschwerden Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.15	Männliche Patienten verstehen ärztlich angeordnete Maßnahmen besser als weibliche Patienten.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++

# MUSTER

EvaSys

"Gender Awareness" - Bewusstsein über Gender-Medizin im klinischen Alltag

Electric Paper

## 2. Erhebung der Gender-Awareness [Fortsetzung]

2.16 Weibliche Patienten haben, verglichen mit männlichen Patienten, unangemessene Erwartungen an Ärztinnen/Ärzte.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.17 Frauen wollen häufiger als Männer Probleme, die nicht in das Behandlungszimmer gehören, mit Ärztinnen/Ärzten besprechen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.18 Frauen erwarten zu viel seelischen Beistand von Ärztinnen/Ärzten.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.19 Männliche Patienten sind weniger fordernd als weibliche Patienten.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.20 Frauen nehmen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch, als tatsächlich notwendig wäre.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.21 Männer gehen bei harmlosen Gesundheitsproblemen nicht zur Ärztin/zum Arzt.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.22 Frauen entwickeln medizinisch nicht erklärbare Symptome, weil sie zu viel über ihren Gesundheitszustand klagen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.23 Weibliche Patienten beklagen sich über ihren Gesundheitszustand, weil sie mehr Aufmerksamkeit benötigen als männliche Patienten.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.24 Es ist einfacher, die Ursachen von Krankheitsbeschwerden bei Männern zu finden, da Männer auf direkte Art und Weise kommunizieren.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.25 Männer nehmen das Gesundheitssystem aufgrund von Problemen in Anspruch, denen sie hätten vorbeugen sollen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.26 Ärzte legen im Vergleich zu Ärztinnen zu viel Gewicht auf technische Aspekte der Medizin.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.27 Ärztinnen dehnen im Vergleich zu Ärzten Patientengespräche zu sehr aus.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.28 Ärzte sind effizienter als Ärztinnen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.29 Ärztinnen sind einfühlsamer als Ärzte.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.30 Ärztinnen berücksichtigen unnötigerweise wie Patienten ihre Krankheit erleben.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.31 Ärzte können mit der Arbeit besser umgehen als Ärztinnen.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.32 Ärztinnen lassen sich emotional zu sehr auf ihre Patientinnen/Patienten ein.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++
2.33 Ärzte nehmen sich im Vergleich zu Ärztinnen zu wenig Zeit für die Patientengespräche.	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	++

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!