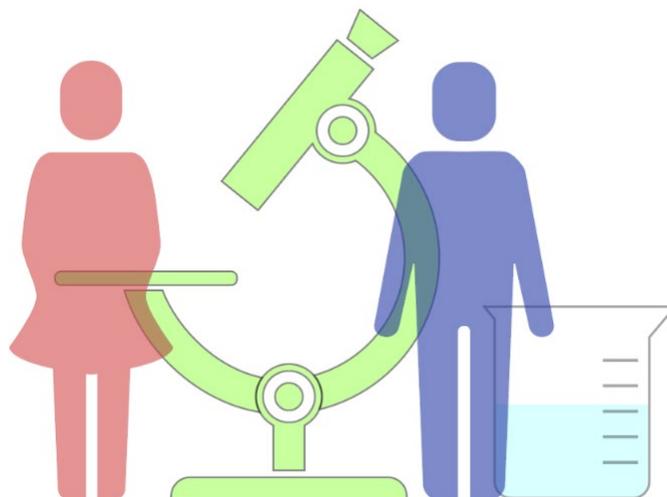


**Aktueller Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte, -curricula und Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen**

Förderkennzeichen	GE 2018 04 38
Projektbeginn	09/2019
Abgabe Gutachten	05/2020
BMG Verantwortliche	Dr. Birgit Cobbers
Schlüsselbegriffe	Geschlechterwissen, Geschlechtersensibilität, Ausbildung, Curriculum, Gesundheitsberufe, Humanmedizin, Gesundheits- Kranken- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie



Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

## **Autor\*innen**

Dr. med. Ute Seeland  
Projektsprecherin  
Projektleitung Gesundheits-und Krankenpflege  
Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM)  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Kontakt: ute.seeland@charite.de

Dr. phil. Susanne Dettmer  
Projektleitung Medizin  
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Kontakt: susanne.dettmer@charite.de

Vertretungsprofessorin Dr. rer. medic. Sabine Ludwig, MSc., MA  
Projektleitung Physiotherapie  
Hochschule für Gesundheit Bochum / Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Kontakt: sabine.ludwig@hs-gesundheit.de

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk  
Deutscher Ärztinnenbund / Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Kontakt: gabriele.kaczmarczyk@charite.de

Wissenschaftlicher Mitarbeiter: Raphael Kohl, MA  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Studentische Mitarbeiterin / Pflege: Kristin Kühn  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Grafikdesign: Jan Philipp Seeland

## Danksagung

Besonders danken wir Frau Prof. Dr. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek für ihre wissenschaftliche Expertise, auch in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM).

Ein herzlicher Dank geht an die wissenschaftlichen Hilfskräfte und Physiotherapeutinnen Christina Hoffmann und Tamara Schneider von der Hochschule für Gesundheit Bochum für die Unterstützung bei der Dokumentenanalyse, der Kontaktierung der Physiotherapieschulen und für die kritische Durchsicht des Fragebogens für die Physiotherapie.



# Inhalt

1. Aufgaben und Ziele .....	7
2. Erster Teil Humanmedizin .....	7
2.1 Hintergrund .....	7
2.2 Methode .....	8
2.3 Ergebnisse .....	8
2.3.1 Ergebnisse Online-Befragung Studiendekanate .....	8
2.3.2 Ergebnisse Online-Befragung Fächer Kardiologie und klinische Pharmakologie .....	19
2.4 Diskussion .....	24
2.4.1 Vergleich der aktuellen Daten mit Umfrage Deutscher Ärztinnenbund 2016 .....	24
2.4.2 Umfrage unter den Studentischen Mitgliedern des Deutschen Ärztinnenbundes .....	25
2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsfeldern .....	26
2.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	26
2.5.2 Ableitung von Handlungsfeldern und weiteren Forschungsbedarfen .....	26
2.6 Literatur .....	29
3. Zweiter Teil Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege .....	30
3.1 Hintergrund .....	30
3.2 Methode .....	31
3.2.1 Rekrutierung .....	31
3.2.2 Erhebungsmethode .....	31
3.2.3 Fragebogenerstellung .....	32
3.3 Ergebnisse .....	32
3.3.1 Rücklaufquote .....	32
3.3.2 Allgemeiner Teil .....	33
3.3.3 Bedeutung von Geschlechter- und Diversitätsaspekten .....	34
3.3.4 Verantwortliche Strukturen für die Integration in die Lehre .....	35
3.3.5 Lehrformate und Unterrichtsmaterialien .....	35
3.3.6 Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten/ -sensibilität .....	37
3.3.7 Inhaltliche Integration von Geschlechtersensiblen Wissen .....	41
3.3.8 Prüfungsrelevanz .....	44
3.3.9 Prävention und Gesundheitsförderung .....	44

3.3.10 Evaluation .....	45
3.3.11 Ergebnisse der offenen Fragen .....	45
3.4 Dokumentenanalyse .....	47
3.4.1 Analyse der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003 .....	48
3.4.2 Analyse der bundeseinheitlichen Rahmenpläne der Fachkommission von 2019 .....	49
3.4.3 Exemplarische Analyse der Ausbildungsrichtlinie aus NRW von 2003 .....	49
3.4.4 Lehrformate und Methodenwahl in der Pflegeausbildung .....	50
3.4.5 Weiterbildung von Lehrpersonal .....	51
3.5 Diskussion und Handlungsfelder .....	51
3.6 Zusammenfassung .....	55
3.7 Limitationen .....	56
3.8 Literatur .....	56
4. Dritter Teil Physiotherapie .....	58
4.1 Hintergrund .....	58
4.2 Methode .....	59
4.2.1 Rekrutierung .....	59
4.2.2 Erhebungsmethode .....	59
4.2.3 Fragebogenerstellung .....	59
4.3 Ergebnisse .....	60
4.3.1 Rücklaufquote .....	60
4.3.2 Allgemeiner Teil .....	61
4.3.3 Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten .....	62
4.3.4 Verantwortliche Strukturen für die Integration in die Lehre .....	63
4.3.5 Lehrformate und Unterrichtsmaterialien .....	64
4.3.6 Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten / -sensibilität .....	66
4.3.7 Inhaltliche Integration .....	70
4.3.8 Prävention und Gesundheitsförderung .....	73
4.3.9 Weitere Themen .....	74
4.3.10 Nachhaltigkeit .....	75
4.3.11 Ergebnisse der offenen Fragen .....	76
4.4 Dokumentenanalyse .....	76
4.4.1 Analyse Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Physiotherapeut*innen .....	76

4.4.2 Analyse der Rahmenrichtlinien der Bundesländer .....	77
4.4.3 Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen NRW .....	77
4.5 Diskussion und Handlungsfelder .....	78
4.6 Zusammenfassung .....	85
4.7 Limitationen .....	86
4.8 Literatur .....	86
5. Zusammenfassung Gesamtgutachten .....	88
6. Anhang digital .....	89

## **1. Aufgaben und Ziele**

**Das Gutachten stellt den aktuellen Stand der Integration von Geschlechtersensibilität und Geschlechterwissen in den Ausbildungskonzepten der Gesundheitsberufe Humanmedizin, Gesundheits- und Kranken-/ Kinderkrankenpflege und Physiotherapie dar. Basierend auf den Ergebnissen der drei Teilstudien werden Empfehlungen zur weiteren Förderung der Integration geschlechtersensibler Inhalte in das Studium der Humanmedizin und in die Curricula der Ausbildungsberufe gegeben und Handlungsfelder mit Maßnahmen zur Prozessunterstützung sowie für weitere Forschungsinitiativen benannt.**

Unter den Begriffen Geschlechterwissen, Geschlechteraspekte und Geschlechtersensibilität subsumiert sich das Fachwissen zu Geschlechterunterschieden beginnend beim Zugang zum Gesundheitssystem, der Prävention, Krankheitsentstehung, dem Krankheitsverlauf, der Diagnose und Therapie unter Berücksichtigung sowohl des biologischen Geschlechts „Sex“ als auch des soziokulturellen Geschlechts „Gender“. Der Begriff Geschlechtersensibilität impliziert zudem das Bewusstsein und die Offenheit, Geschlechterunterschiede wahrzunehmen sowie geschlechtersensible und diskriminierungsfreie Sprache zu verwenden.

Die geschlechtersensible Perspektive betrifft alle Disziplinen der Medizin, alle Fachdisziplinen der Pflege und Physiotherapie und trägt zu einer individuelleren Versorgung der Bevölkerung und damit zu einer verbesserten Qualität bei. Inhalt und Ziel dieser Studie ist, das Ausmaß der Integration von geschlechtersensiblen Lehrinhalten sowohl in die theoretische als auch die praktische Ausbildung der Gesundheitsberufe und die medizinischen Curricula zu untersuchen, Dargestellt wird, wie bereits vorhandene Vorgaben umgesetzt worden und welche Handlungsfelder noch offen sind, um mit prozessunterstützenden Maßnahmen dort ansetzen zu können.

Zur besseren Übersicht ist das Gutachten in drei Hauptkapitel eingeteilt, so dass jeder Gesundheitsberuf zusammenhängend dargestellt wird. Der Aufbau innerhalb eines Kapitels folgt einer ähnlichen Struktur. Die Ergebnisse der Teilstudien werden in das Wissen aus der Dokumentenanalyse und der Literatur eingeordnet und offene Handlungsfelder identifiziert.

## **2. Erster Teil Humanmedizin**

### ***2.1 Hintergrund***

In diesem Kapitel wird der aktuelle Stand der Integration geschlechtersensibler Aspekte im Studium der Humanmedizin in Deutschland beschrieben. Dabei geht es zum einen um die fachliche Integration von geschlechtersensiblen Inhalten und zum anderen um das curriculare Integrationsniveau und die damit einhergehende strukturelle Verankerung geschlechtersensibler Aspekte im Medizinstudium. Ziel ist die Ableitung von Empfehlungen zur Förderung der Integration geschlechtersensibler Inhalte in das Studium und die Benennung von Handlungsfeldern für die weitere Forschung.

In Deutschland gibt es aktuell 37 staatliche und 4 private Medizinische Hochschulen. Insgesamt werden 26 Regelstudiengänge und 15 reformierte- oder Modellstudiengänge angeboten. Im Wintersemester

2018/2019 waren in Deutschland insgesamt 96.115 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben, davon waren 59.636 (62%) Studierende weiblich.

## **2.2 Methode**

Um zunächst einen Überblick über die humanmedizinischen Studiengänge zu bekommen, wurden in einem ersten Schritt die Studienordnungen, Rahmencurricula und Prüfungsordnungen an den insgesamt 41 Hochschulstandorten einer Dokumentenanalyse unterzogen. Die Analyse bezog sich zum einen auf die Art und den Aufbau des Studiengangs (Regel-, Modell-, reformierter Studiengang) und zum anderen auf erste Hinweise zur Integration geschlechtersensibler Aspekte anhand der Stichwortsuche nach ‚Geschlecht‘, ‚Gender‘, ‚Diversity‘, ‚Männer‘ und ‚Frauen‘. In einem zweiten Schritt wurde eine Online-Befragung zur Erhebung des Stands der Integration von Geschlechteraspekten in das Medizinstudium durchgeführt. In die Ausgangsstichprobe wurden im Rahmen einer Vollerhebung alle 41 Ausbildungsstätten der Humanmedizin in Deutschland einbezogen (darunter 37 staatlich finanzierte- und 4 privat finanzierte). Als Ansprechpartner\*innen der Medizinischen Fakultäten fungierten in der Regel die Studiendekan\*innen für Studium und Lehre. Während einer telefonischen Vorabinformation der Studiendekanate über das Forschungsvorhaben wurden eventuell abweichende Zuständigkeiten geklärt und entsprechende Kontaktinformationen eingeholt. Neben der Befragung der Studiendekan\*innen wurden zwei weitere Befragungen unter den Ansprechpartner\*innen der Fächer Kardiologie und klinische Pharmakologie an den Universitätskliniken durchgeführt. Auch hier erfolgte die Kontaktierung über die öffentlich zugänglichen E-Mail-Adressen auf den Webseiten der Universitäten. Sofern keine direkten Kontaktinformationen zur Verfügung standen, wurden diese telefonisch erfragt. An der Befragung der Studiendekan\*innen der Humanmedizin nahmen 31 der 41 Ausbildungsstätten (75,6%) teil. Bei der Befragung der Kardiologie wurden 30 Fragebögen beantwortet (73,2%) und die Klinische Pharmakologie kam auf einen Rücklauf von 28 (68,3%).

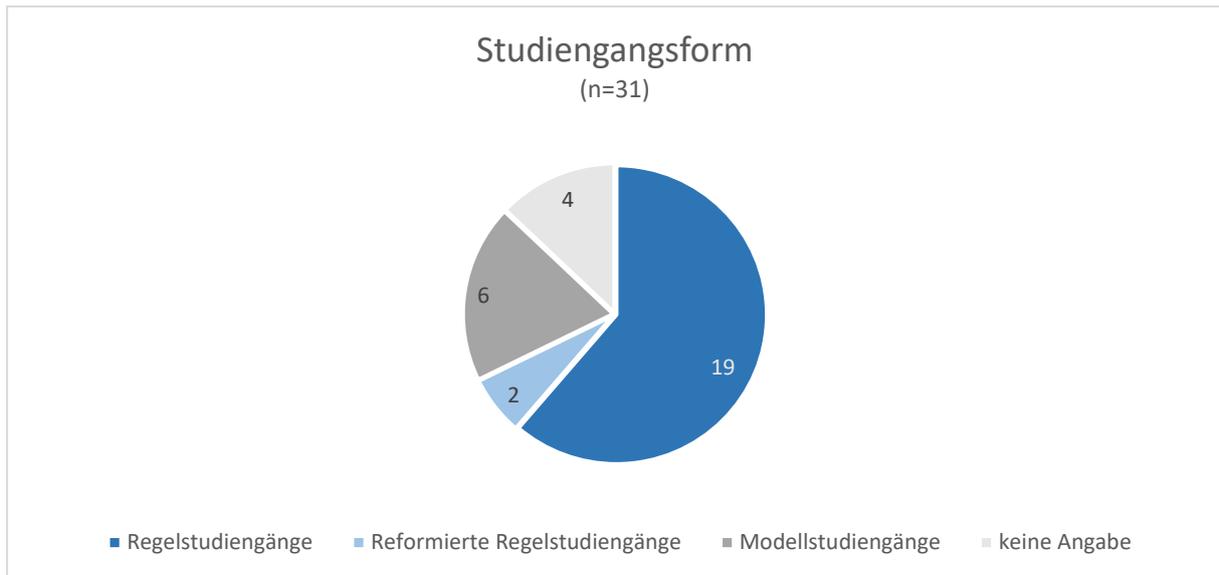
## **2.3 Ergebnisse**

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Online-Befragungen unter den Studiendekanaten und den Fächern Kardiologie und klinische Pharmakologie dargestellt. Im Anschluss berichten wir zusätzlich über eine Blitzumfrage des Deutschen Ärztinnenbundes und schließlich sollen die Ergebnisse mit einer älteren Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes verglichen werden.

### **2.3.1 Ergebnisse Online-Befragung Studiendekanate**

An der Online-Befragung haben insgesamt 31 medizinische Hochschulen teilgenommen. Darunter sind 19 Regelstudiengänge und 8 reformierte- oder Modellstudiengänge. Zu vier Standorten haben wir keine Angabe zur Form des Studiengangs erhalten (vgl. Abb. Med 1).

Abb. Med 1: In welchen Studiengang können sich die Studierenden aktuell einschreiben?



Ein wichtiger Aspekt mit Blick auf die Nachhaltigkeit der Integration geschlechtersensibler Inhalte in das Curriculum ist das Vorhandensein einer verantwortlichen Person bzw. das Einrichten einer Stelle, die sich um dieses Thema kümmert und die Integration auf Dauer sicherstellt. Dies ist nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, weil die Integration geschlechtersensibler Inhalte ansonsten sehr stark von einzelnen Dozierenden abhängig ist und infolge von Fluktuation erheblich variieren könnte. Über die Hälfte der Befragten gibt an, dass es keine verantwortlichen Personen oder Stellen an ihrer Fakultät gibt (vgl. Abb. Med 2). Die Modell- bzw. reformierten Studiengänge haben dabei einen höheren Anteil an verantwortlichen Personen/Stellen als die Regelstudiengänge (vgl. Abb. Med 3).

Abb. Med 2: Gibt es an Ihrer Fakultät verantwortliche Personen/Stellen für die Integration von Geschlechteraspekten in das humanmedizinische Curriculum?

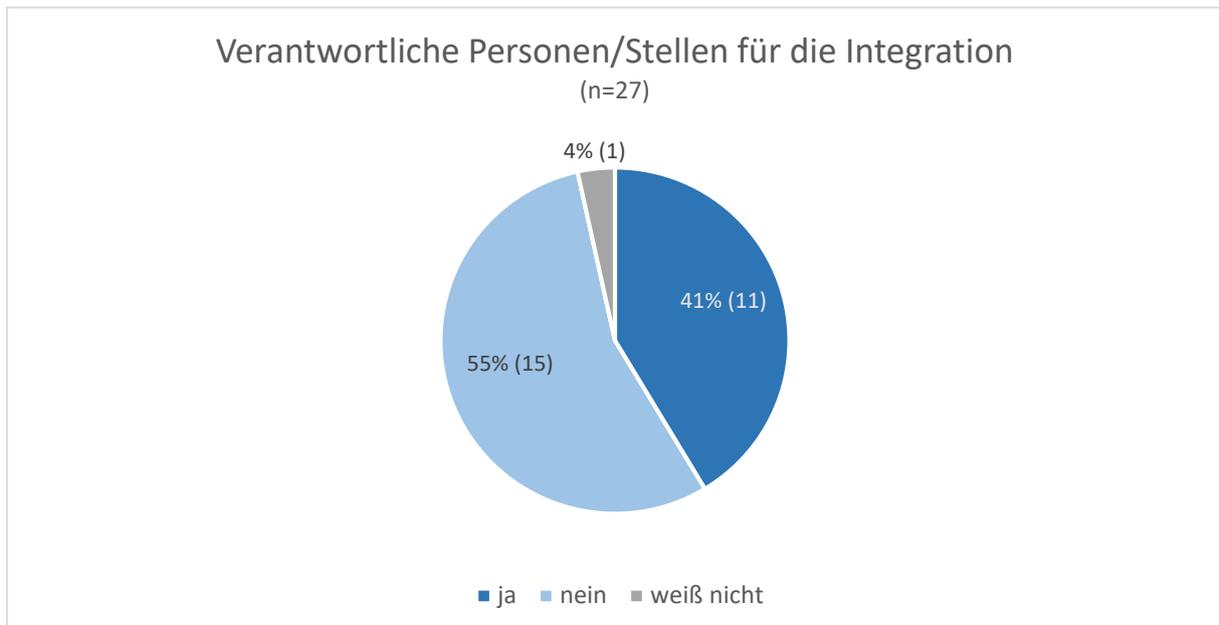
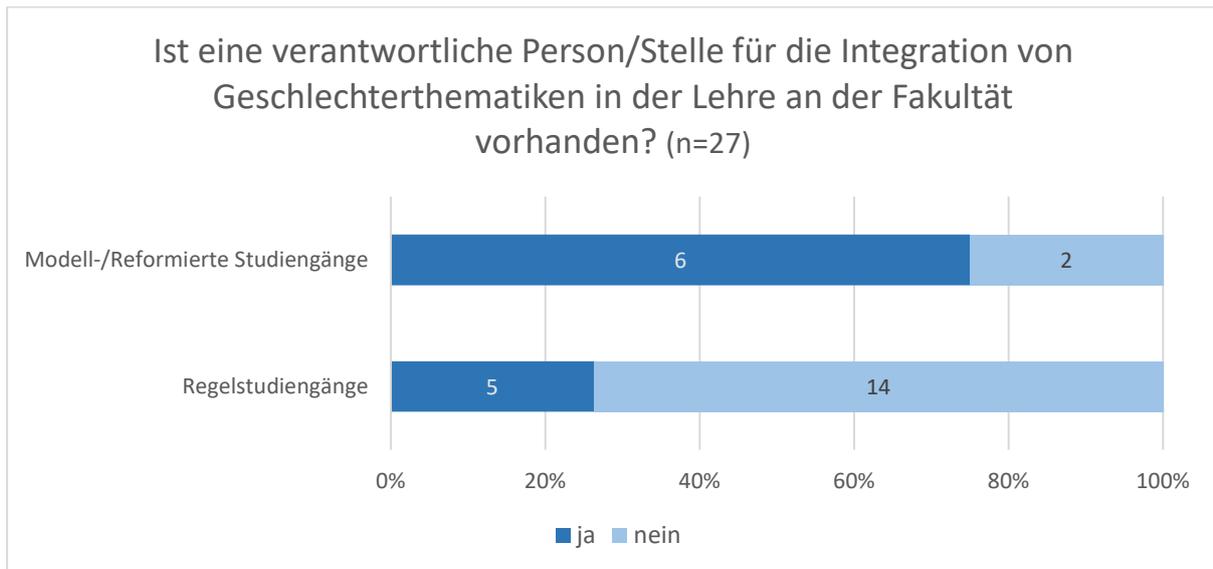
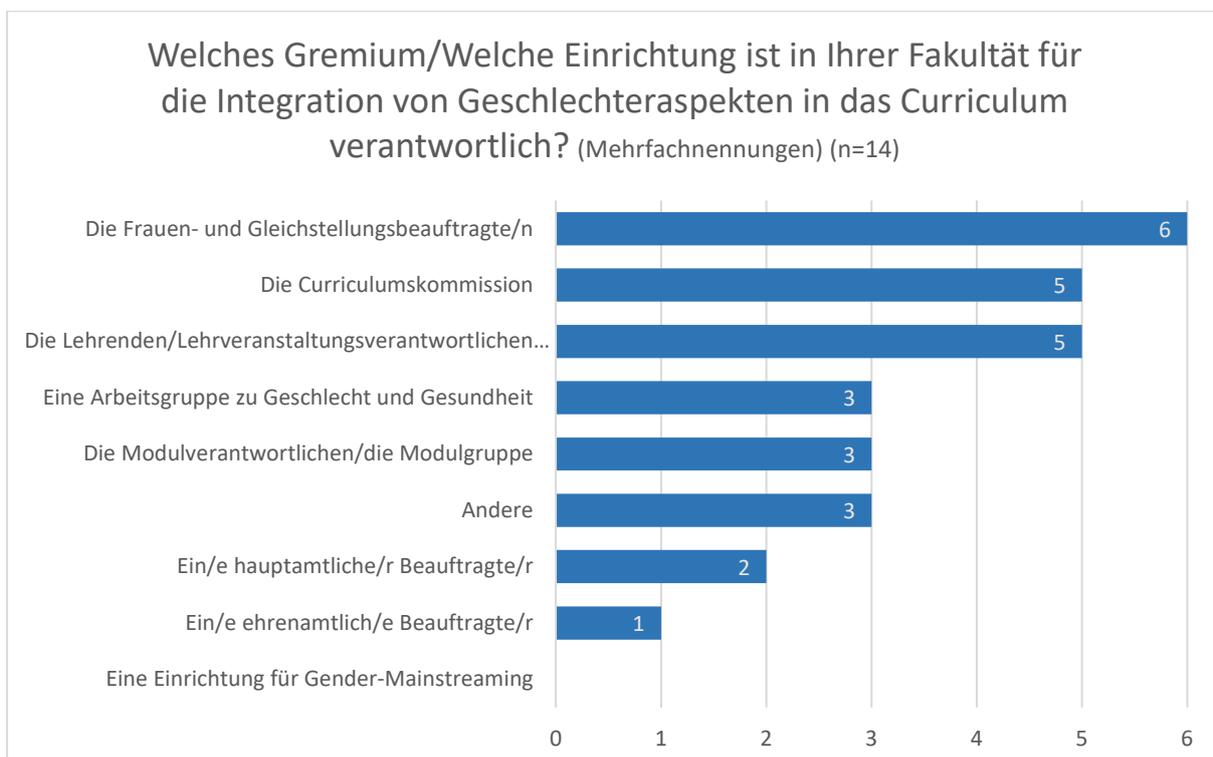


Abb. Med 3: Antworten zu verantwortlichen Personen/Stellen für die Integration von Geschlechteraspekten nach Studiengang



Am häufigsten werden als verantwortliche Gremien und Einrichtungen für die Integration von Geschlechteraspekten mit sechs Nennungen die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten und die Curriculumskommissionen sowie die Lehrenden bzw. Lehrveranstaltungsverantwortlichen mit jeweils fünf Nennungen angegeben. Drei Fakultäten haben eine eigene Arbeitsgruppe oder eine Zuständigkeit auf Seiten der Modulverantwortlichen. Nur zwei der befragten Fakultäten geben an, eine hauptamtliche Beauftragte/einen hauptamtlichen Beauftragten für die Integration von Geschlechteraspekten zu haben (vgl. Abb. Med 4). Unter den drei Antworten, die „Anderes“ angegeben haben, wurden „Prodekanat für Genderfragen aus HSP-Mitteln“, „Studiendekanat“ und „Diversity-Beauftragte“ genannt.

Abb. Med 4: Welches Gremium/Welche Einrichtung ist in Ihrer Fakultät für die Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum verantwortlich?



Der Anteil der Fakultäten, die eine Kontinuitätssicherung der Integration von Geschlechteraspekten durch ein verantwortliches Gremium o.ä. aufweisen, ist mit 29% (entspricht 8 Fakultäten) eher gering ausgeprägt (vgl. Abb. Med 5). Drei der Nennungen zu den verantwortlichen Einrichtungen fallen zudem auf „Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte“ (vgl. Abb. Med 6), was letztlich als problematisch anzusehen ist, da sie im Kern für andere Aufgaben zuständig sind und in aller Regel nicht systematisch in die Gremien des Studiums/der Lehre eingebunden sind. Lediglich von drei Fakultäten wird zur Sicherung der Kontinuität die Prüfungsrelevanz der geschlechtersensiblen Inhalte angegeben (vgl. Abb Med 6).

Abb. Med 5: Verantwortliche Gremien oder Einrichtungen zur Sicherung einer nachhaltigen Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum sichern?

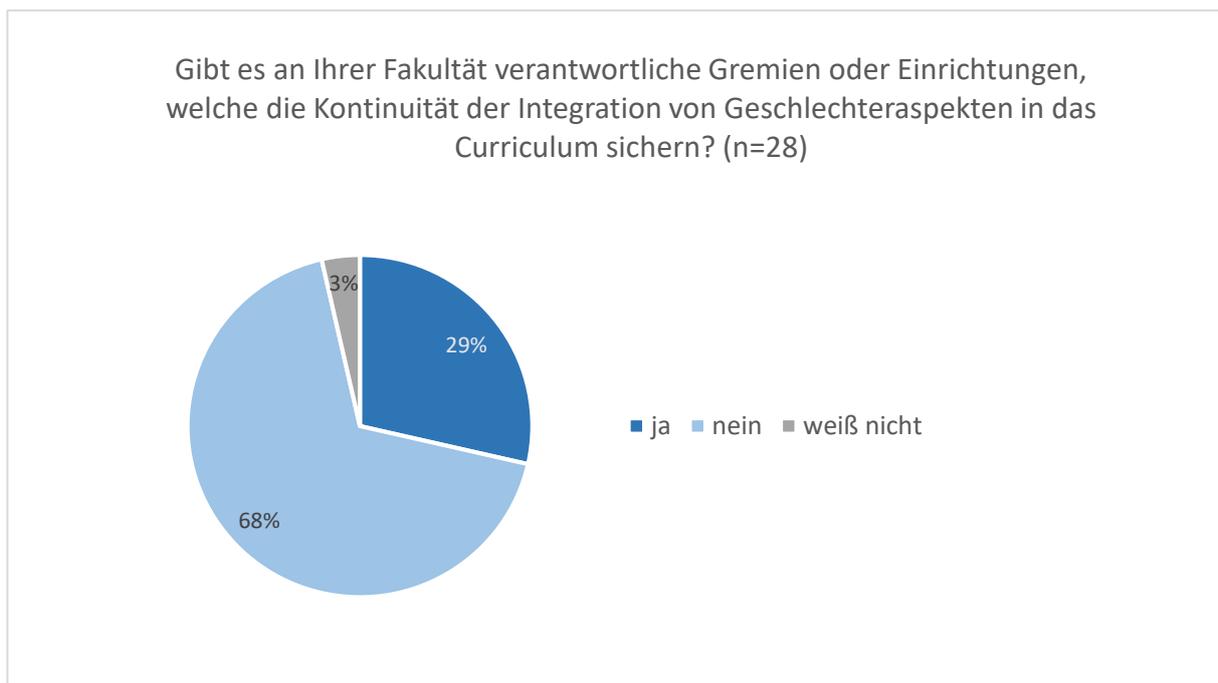
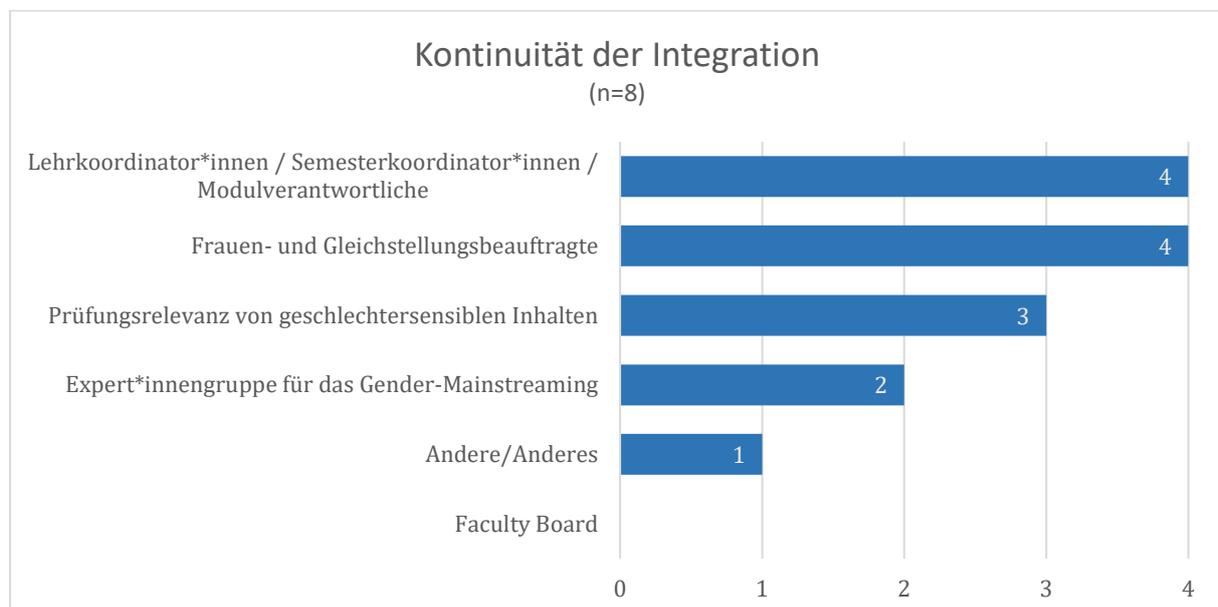
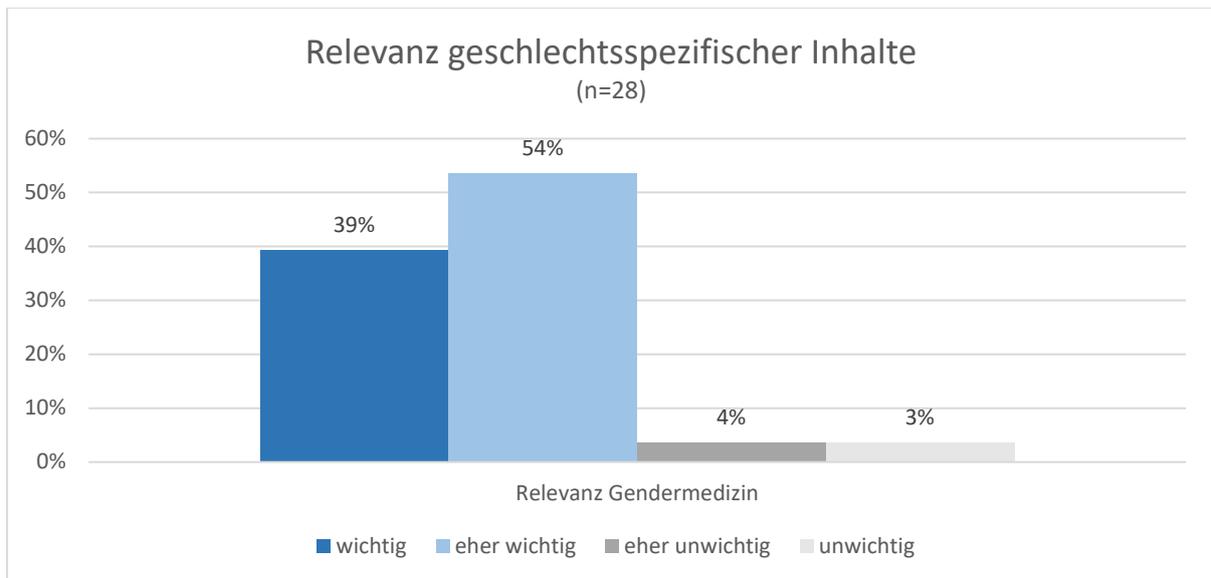


Abb. Med 6: Folgende Gremien oder Einrichtungen sichern die Kontinuität der Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum unserer Fakultät



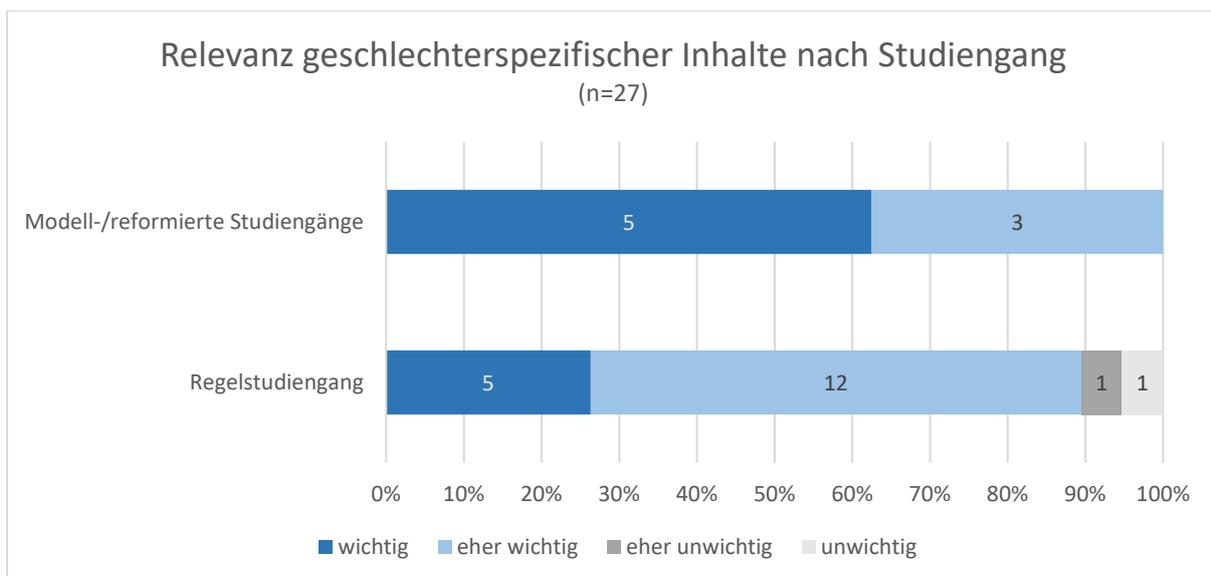
Die deutliche Mehrheit der Befragungsteilnehmer\*innen schätzt die Bedeutung von geschlechtsspezifischen Inhalten für die spätere Berufstätigkeit als Ärztin/Arzt als eher hoch ein (vgl. Abb. Med 7). Ein Bias in dieser Antwort ist nicht auszuschließen, denn besonders kritisch eingestellte Personen haben eher nicht an der Befragung teilgenommen. Zudem ist diese Frage im Rahmen der Thematik zur Integration von gendersensiblen Aspekten im Studium mit einer hohen sozialen Erwünschtheit belastet und die Bewertung mit „eher unwichtig“ oder „unwichtig“ würde bedeuten, dass die Befragten an einer „unwichtigen Befragung“ teilnehmen.

Abb. Med 7: Wie wichtig sind geschlechterspezifische Inhalte für die spätere berufliche Tätigkeit als Ärztin/Arzt?



Vergleicht man die Bewertung der Relevanz zwischen den Regelstudiengängen und den Modell- bzw. Reformstudiengängen, wird eine Bewertung der Wichtigkeit auf Seiten der Modell- und Reformstudiengänge deutlich (vgl. Abb. Med 8).

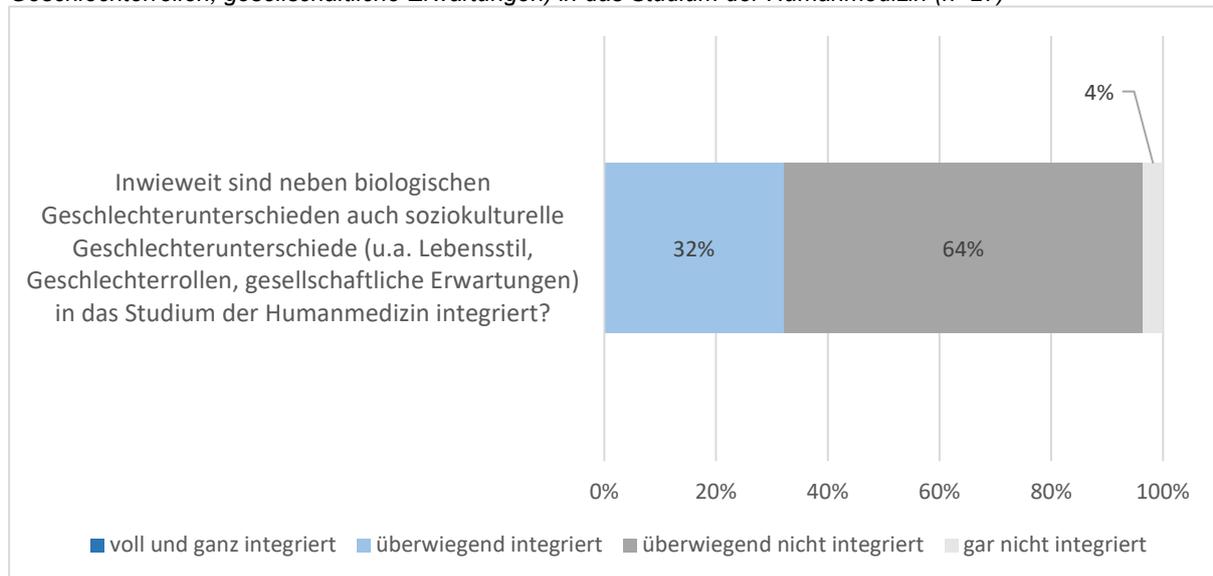
Abb. Med 8: Relevanz geschlechterspezifischer Inhalte nach Studiengang



Das Ausmaß der Integration soziokultureller Geschlechterunterschiede ist in den humanmedizinischen Studiengängen der befragten Fakultäten vergleichsweise gering ausgeprägt. 64% geben an, dass

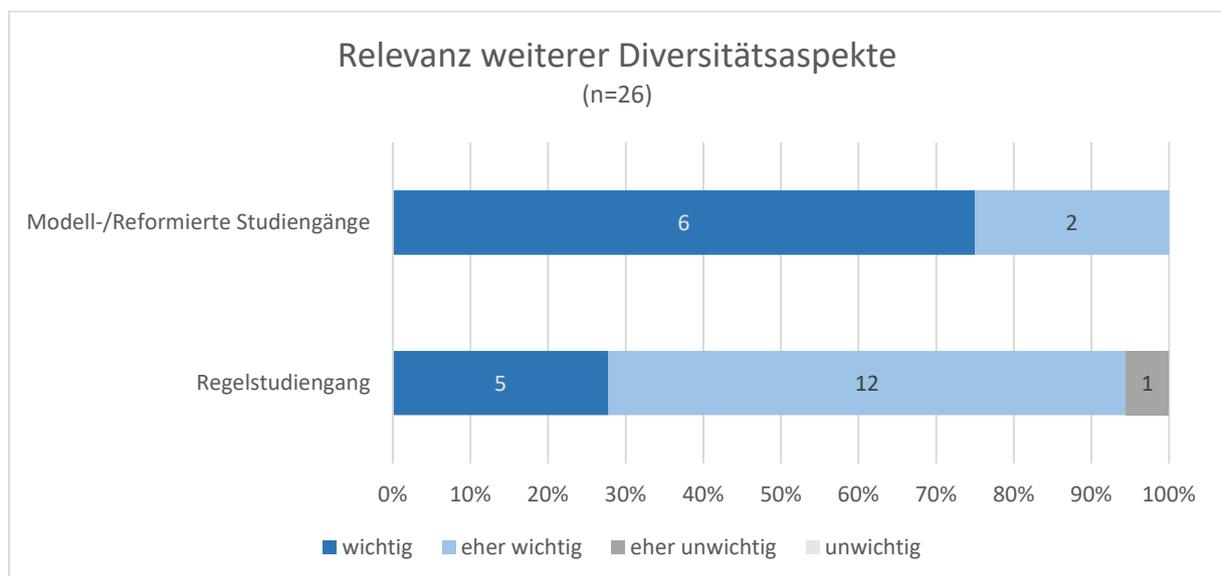
soziokulturelle Aspekte überwiegend *nicht* integriert sind (vgl. Abb. Med 9). Dies ist als deutliches Defizit zu bewerten, da soziale, psychische und kulturelle Determinanten einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit und die Versorgungsqualität von Frauen und Männern haben.

Abb. Med 9: Ausmaß der Integration von soziokulturellen Geschlechterunterschieden (u.a. Lebensstil, Geschlechterrollen, gesellschaftliche Erwartungen) in das Studium der Humanmedizin (n=27)



Neben Geschlechteraspekten werden auch weitere Diversitätsaspekte als wichtig eingeschätzt. Die befragten Fakultäten mit Modell- und Reformstudiengängen bewerten die Relevanz dabei in Relation noch höher als die Fakultäten mit Regelstudiengängen (vgl. Abb. Med 10).

Abb. Med 10: Relevanz weiterer Diversitätsaspekte, die über Geschlechterunterschiede hinausgehen



Nur knapp 40% der Fakultäten in der Stichprobe bieten ein Wahlpflichtfach zu geschlechtsspezifischen Inhalten an (vgl. Abb. Med 11). Auch hier zeigt sich, dass der Anteil an derartigen Wahlpflichtangeboten in den Modell- und Reformstudiengängen höher ist als in den Regelstudiengängen (vgl. Abb. Med 12).

Abb. Med 11: Gibt es ein Wahl- bzw. Wahlpflichtfach zu geschlechterspezifischen Inhalten?

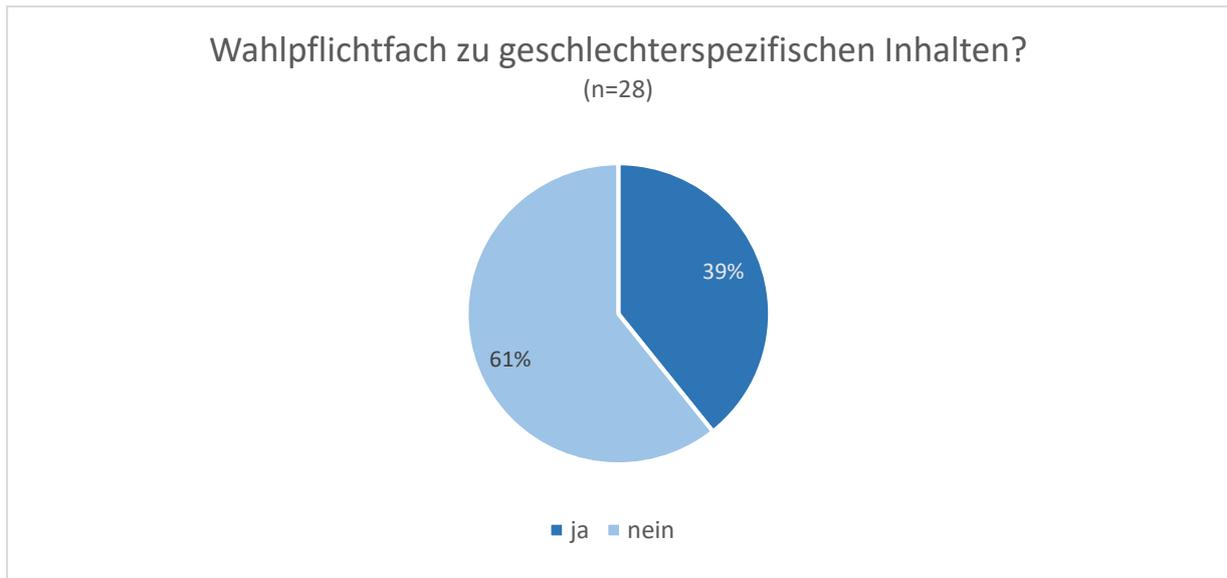
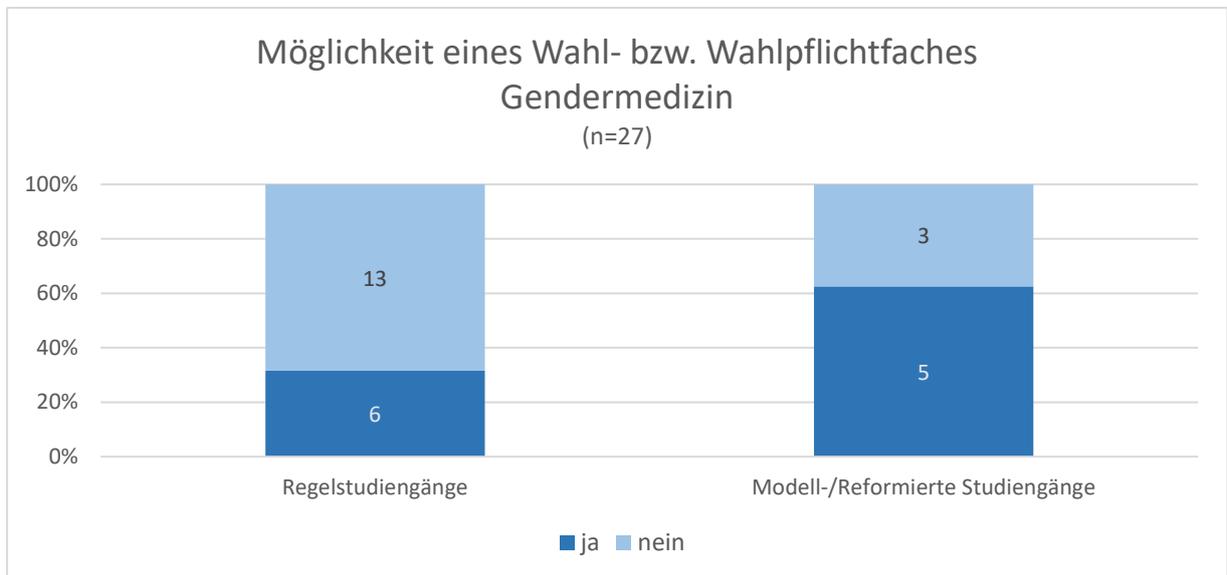
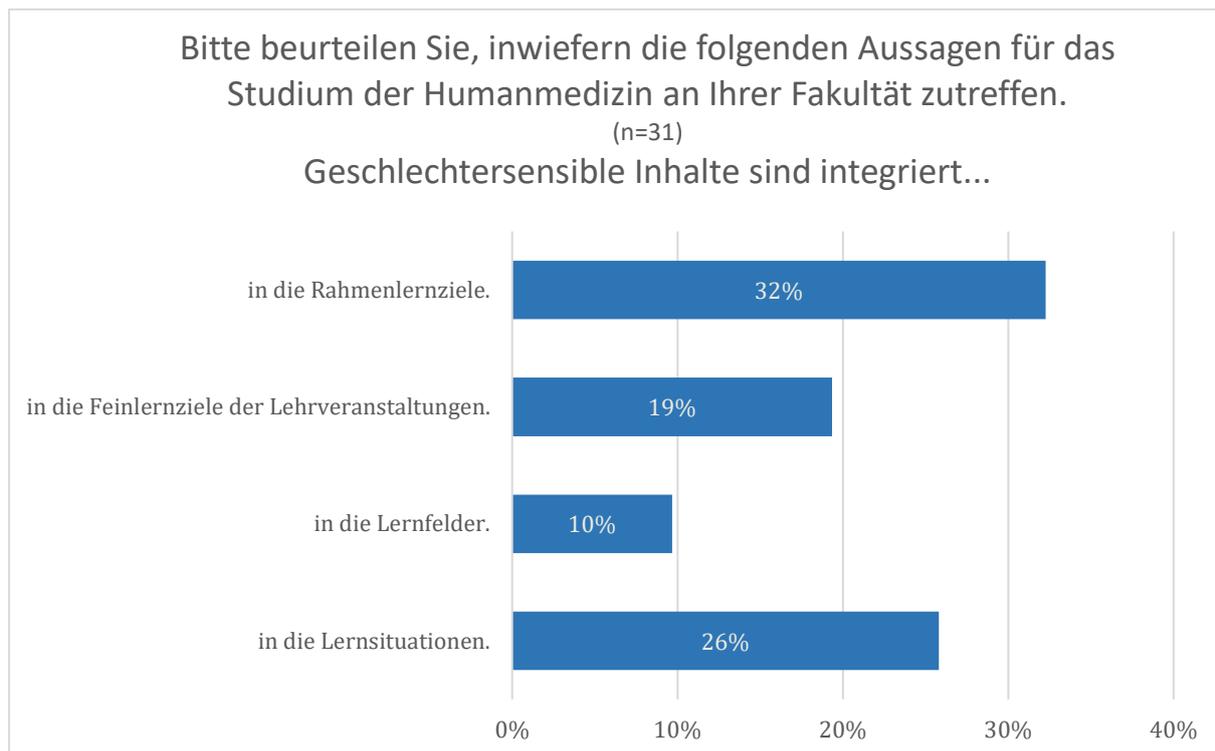


Abb. Med 12: Angebot eines Wahlpflichtfachs Gendermedizin nach Studiengang



Als nächster Aspekt steht die Integration geschlechtersensibler Inhalte in die (Rahmen-) Lernziele und Lernsituationen des Studiums im Mittelpunkt. Hier zeigt sich, dass geschlechtersensible Inhalte mit 32% der Nennungen am häufigsten in die Rahmenlernziele integriert sind. Eine Integration in die Feinlernziele, die bei den lernzielbasierten Curricula gleichzeitig prüfungsrelevant sind, geben dagegen nur 19% der Fakultäten an. Hier gibt es also noch deutliches Entwicklungspotential. Auch die Integration in die Lernsituationen erscheint mit einem Anteil von nur 26% noch nicht zufriedenstellend (vgl. Abb. Med 13).

Abb. Med 13: Aspekte der Integration geschlechtersensibler Inhalte in das Studium



Mithilfe einer offenen Frage wurde zusätzlich nach der Integration geschlechtersensiblen Lehrinhalte in anderen, bisher noch nicht benannten Formaten gefragt. Besonders hervorzuheben ist hier auch eine Initiative mit Mitteln aus dem Hochschulpakt (HSP), durch die eine Lerneinheit und fakultätsinterne hochschuldidaktische Workshops zu Gendermedizin initiiert wurden. Zudem wurde eine Gender-Medizinische-Wiki-Plattform, mehrfach im Jahr stattfindende Workshops sowie das Format „Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit“ genannt.

Die Evaluation von Lehrinhalten und von erworbenen Kompetenzen aus Sicht der Studierenden ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung. Insbesondere auch zur Verbesserung und Weiterentwicklung von Lehrangeboten ist eine Evaluation von Bedeutung. Bisher scheinen Lehrinhalte zu geschlechtersensiblen Aspekten noch nicht nennenswert in die Lehrevaluationen der Studierenden aufgenommen worden zu sein (vgl. Abb. Med 14). Das Gleiche gilt für Absolvierenden Befragungen (vgl. Abb. Med 15), die insbesondere unter dem Aspekt einer retrospektiven Beurteilung des Ausmaßes der Vermittlung sowie der Wichtigkeit von Geschlechterwissen und –kompetenzen für die aktuelle Berufstätigkeit von Bedeutung wäre. Zukünftig sollte deshalb die Entwicklung von geeigneten Evaluationsinstrumenten gefördert werden.

Abb. Med 14: Werden die Studierenden in den Lehrevaluationen darum gebeten, das Ausmaß des vermittelten Geschlechterwissens zu beurteilen?

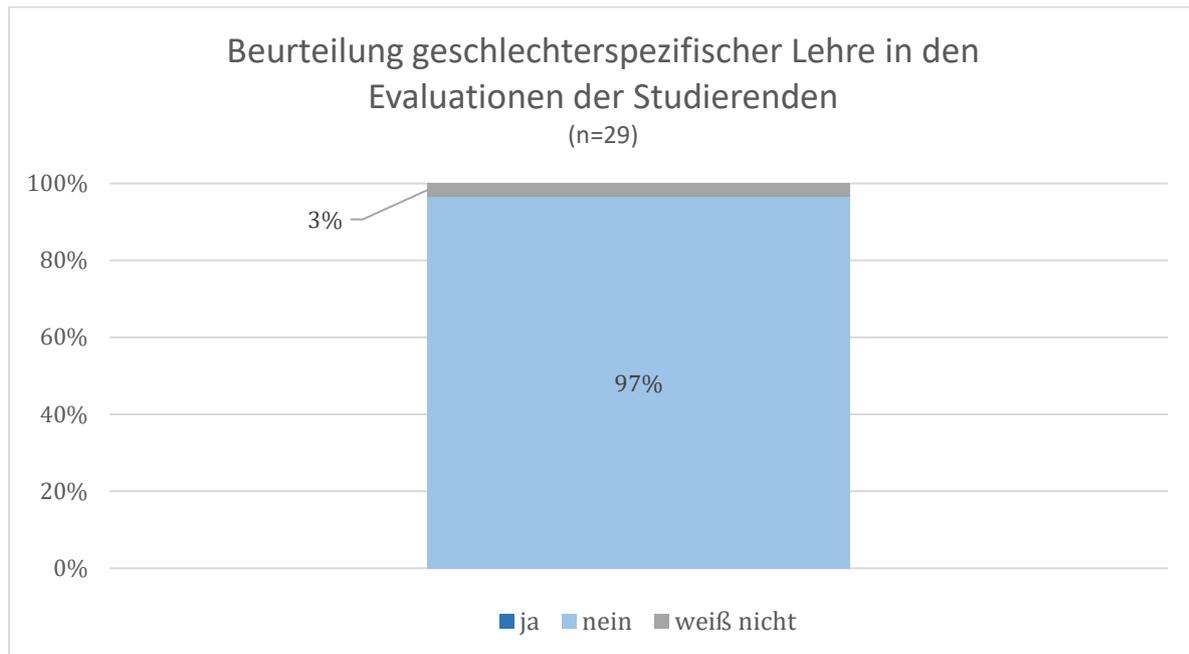
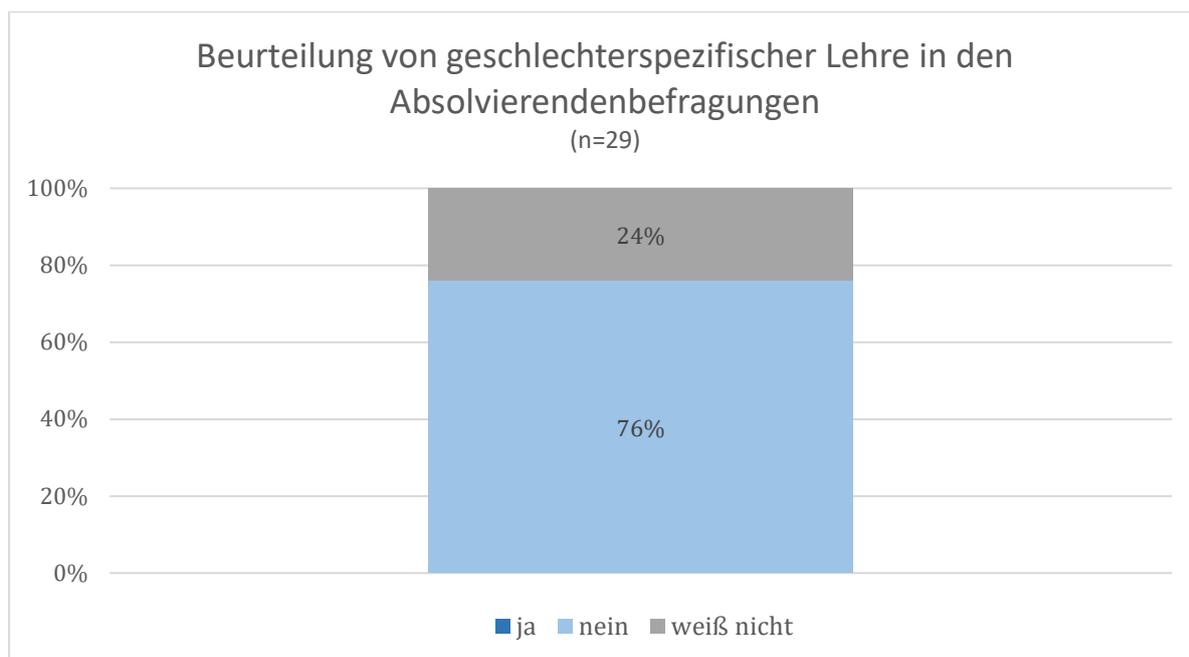


Abb. Med 15: Wird in den Absolvent\*innenbefragungen darum gebeten, das Ausmaß des im Studium vermittelten Geschlechterwissens zu beurteilen?

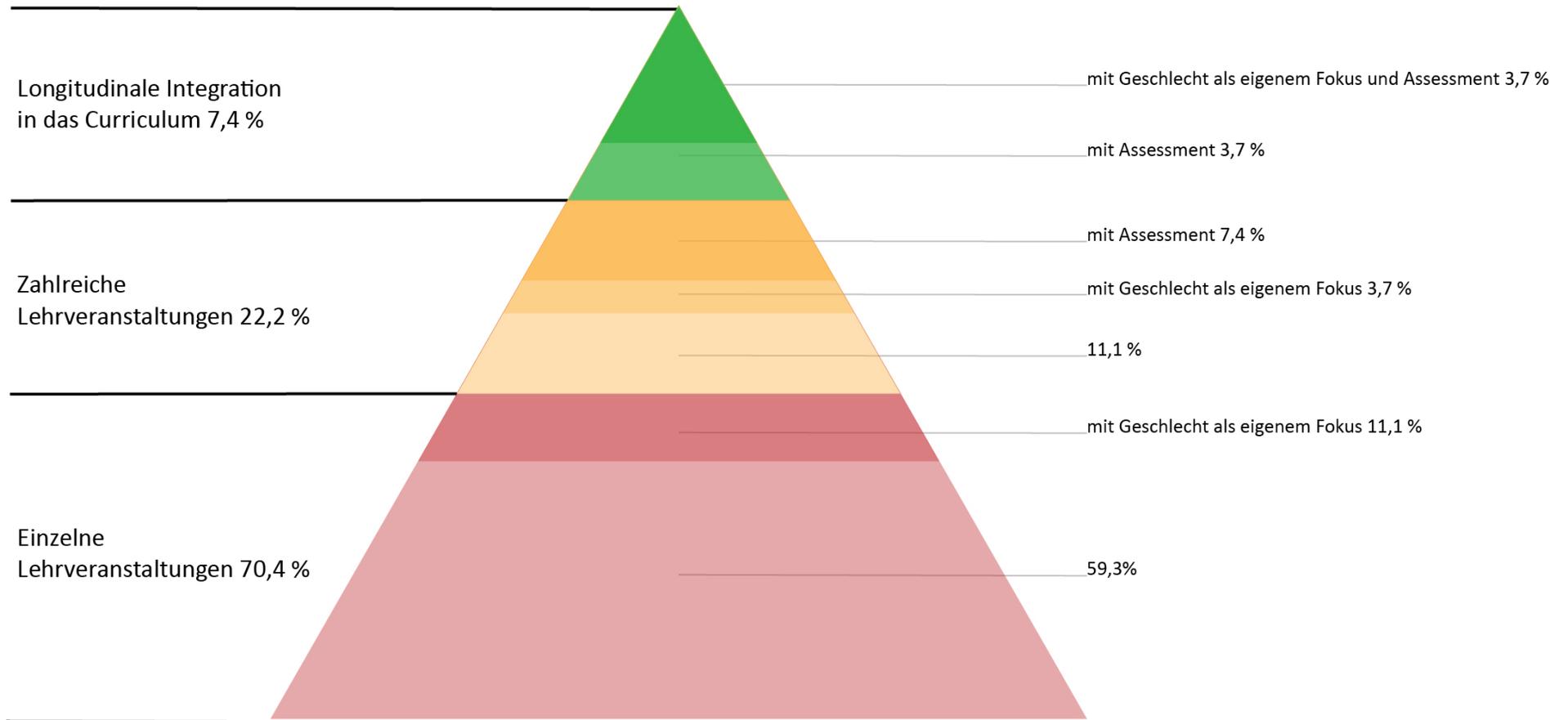


Der folgenden Abbildung ist im Sinne einer komprimierten, zusammenfassenden Darstellung das Integrationsniveau von geschlechtersensiblen Aspekten in das Studium der Humanmedizin aller Befragungsteilnehmer\*innen zu entnehmen (vgl. Abb. Med 16).

## Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten/ -sensibilität

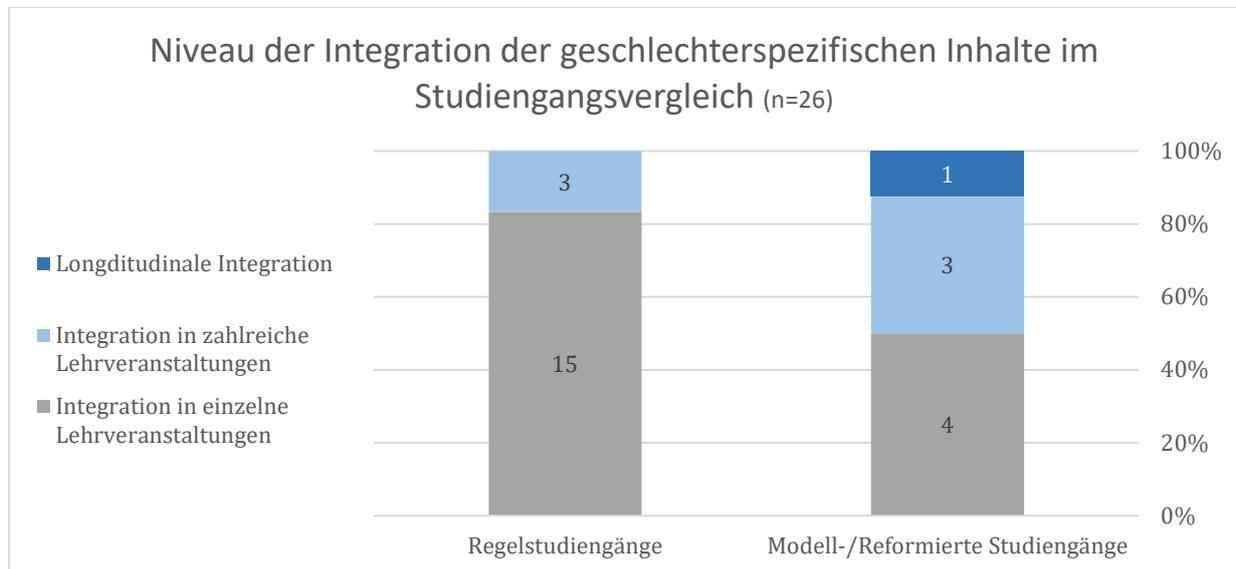
Abb. Med 16: Niveau der curricularen Integration von Geschlechteraspekten / Geschlechtersensibilität im Studium der Humanmedizin

### Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten in der Humanmedizin (n=27)



Im Vergleich zwischen den Curricula wird auch hier deutlich, dass in den Modell- und Reformstudiengängen in Relation häufiger zahlreiche geschlechterspezifische Lehrveranstaltungen angeboten werden. Eine longitudinale Integration von geschlechterspezifischen Lehrinhalten wird nur in einem Fall angegeben (vgl. Abb. Med 17).

Abb. Med 17: Integrationsniveau im Vergleich der Curricula



Um möglichst vielfältige Probleme und Hindernisse – aber auch unterstützende Umstände und Maßnahmen - zu ermitteln, wurden hierzu am Ende des Online-Fragebogens entsprechende offene Fragen gestellt. Die inhaltsanalytische Auswertung der offenen Fragen wird im Folgenden dargestellt.

### 2.3.1.2 Hindernisse bei der Integration von Geschlechteraspekten

Hier wurden bezüglich allgemeiner, *übergreifender Hindernisse* „mangelnde Kenntnisse über die Bedeutung/Wichtigkeit des Themas“, „fehlendes Bewusstsein“, „keine Personen, die das Thema vorantreiben“, „patriarchische Struktur“ und die „Wahrnehmung, dass Genderaspekte nicht inhaltlich, sondern ideologisch motiviert seien“ genannt. Zudem wurden häufig *praktische Barrieren* wie „Zeit- und Kapazitätsmangel“, „beschränkte Stundenkontingente/überfüllter Stundenplan und maximal verdichtetes Curriculum“, „Mangel an Dozierenden“ bzw. „Mangel an Bereitschaft der Dozierenden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen“ genannt. Als weiteres Hindernis wurde auch angegeben, dass es an bereitgestellten Materialien zur einfachen Einarbeitung in das Thema fehlt.

### 2.3.1.3 Unterstützende Umstände und Maßnahmen zur Integration

Als unterstützend bei der Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum wurden generell Datenbanken und E-Learning-Plattformen zur Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien sowie Fortbildungsveranstaltungen von Dozierenden und Forschungsfördermöglichkeiten eingestuft. Auch ein Interesse der Fachvertreter\*innen an Geschlechteraspekten, eine kontinuierliche „Lobbyarbeit“ sowie eine Neukonzeption der Approbationsordnung und die Übernahme geschlechtersensibler Lernziele in den Nationalen Lernzielkatalog Medizin (NKLM), in den Gegenstandskatalog (GK) und die Prüfungsfragen des IMPP wurden als unterstützend benannt. Weitere Nennungen bezogen sich auf die Einwerbung von (Gast)-Professuren mit Genderschwerpunkt sowie die Berücksichtigung von

Genderaspekten bei Prüfungen, Habilitationsverfahren, Berufungen und Entwicklungsplänen der Fakultäten sowie bei der Förderung von Forschungsprojekten. Die Benennung von verantwortlichen Personen oder Gremien, die sich um die Integration wird ebenfalls als hilfreich eingeschätzt. Ebenfalls benannt wird die Bereitstellung von umfassenden Lehrmaterialien für alle wichtigen Fächer der Medizin und die Aufnahme von Genderaspekten in alle Fach-/bzw. Lehrbücher. Eine weitere Nennung bezieht sich auf die systematische Integration geschlechtersensibler Lernziele bei der Lehr- bzw. Modulplanung und auf die Einführung eines lernzielbasierten Curriculums. Gute Erfahrungen wurden ferner mit einer auf Antrag des Gleichstellungsbüros vorgenommenen Einrichtung einer Gastprofessur mit Schwerpunkt Gender in der Humanmedizin sowie mit der Einrichtung eines Prodekanats für Genderfragen durch Mittel aus dem Hochschulpakt (HSP) gemacht.

### **2.3.2 Ergebnisse Online-Befragung Fächer Kardiologie und klinische Pharmakologie**

Die Fächer Kardiologie und klinische Pharmakologie wurden für eine vertiefende Befragung zur fachspezifischen Integration gendermedizinischer Aspekte ausgewählt, weil diese Fachgebiete von besonderer Bedeutung für geschlechtersensible Aspekte in der Patientenversorgung sind und es in diesen Fächern entsprechend einschlägige Forschungsergebnisse gibt. Zudem zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den häufigsten Todesursachen und werden in ihrer Prävalenz und Inzidenz bei Frauen oftmals unterschätzt. Der geschlechtersensible Blick auf die Symptome einer kardiologischen Erkrankung wurde bereits im Juli 1996 angestoßen, als aufgrund einer Antwort der Bundesregierung im Zusammenhang mit Fragen der Opposition zum Frauengesundheitsbericht gesagt wurde, die Frauen hätten oft nicht die „typischen“ Symptome eines Herzinfarktes [Drucksache 13/6893]. Initiiert von der Frauengesundheitsbewegung kamen Proteste (wieso sollte die Hälfte der Bevölkerung „untypisch“ sein?) und die Forderungen nach besserer Aufklärung und Information zum Herzinfarkt bei Männern und Frauen wurden lauter.

Für die Befragung zur Integration relevanter gendermedizinischer Themen innerhalb der Fächer wurden die jeweiligen Fachvertreter\*innen angeschrieben, die an den Universitätskliniken mit der studentischen Lehre betraut sind. Insgesamt wurden nach Rücksprache mit einschlägigen Expert\*innen (vgl. Nachweis der Namen der Expert\*innen im nächsten Abschnitt) sieben Fragen für die Online-Befragung in der Kardiologie ausgewählt. Die Fragen betreffen Themenfelder, die erstens aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher Veröffentlichungen in der internationalen Literatur seit langem schon einen bekannten Bezug zur geschlechtssensiblen Medizin haben [z.B. Verkerk et al. 2007, Haffner et al. 2002, Chorin et al. 2017] und die zweitens von großer klinischer Bedeutung für die adäquate Diagnostik und Behandlung z.T. hochgefährlicher Krankheitsbilder der gesamten Bevölkerung sind.

#### **Nachweis Expert\*innengespräche (aufgrund der Corona-Krise ausschließlich telefonisch)**

Dr. med. Ute Seeland, Fachärztin für Innere Medizin, Gendermedizinerin<sup>DGesGM®</sup>, Fragen zur Kardiologie (Co-Autorin des vorl. Gutachtens, Berücksichtigung von Frau Seeland eingebrachten Fragen zur Lehre in der Kardiologie).

Prof. Dr. med. Petra Thürmann, Fachärztin für Pharmakologie, Universität Witten-Herdecke (Expertin zu Genderfragen in der pharmakologischen Forschung, Diskussion der wichtigsten Themen für Genderspezifität).

Prof. Dr. Gabriele Meyer, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin, Prodekanin Gender der Universität Halle, Ursachen der Stagnation der universitären Gendermedizin, Verlust der Berliner Charité als Beispiel einer strukturellen Verankerung der universitären Gendermedizin mit negativen Folgen für die Lehre in der Gendermedizin, Notwendigkeit gemeinsamer Anstrengungen.

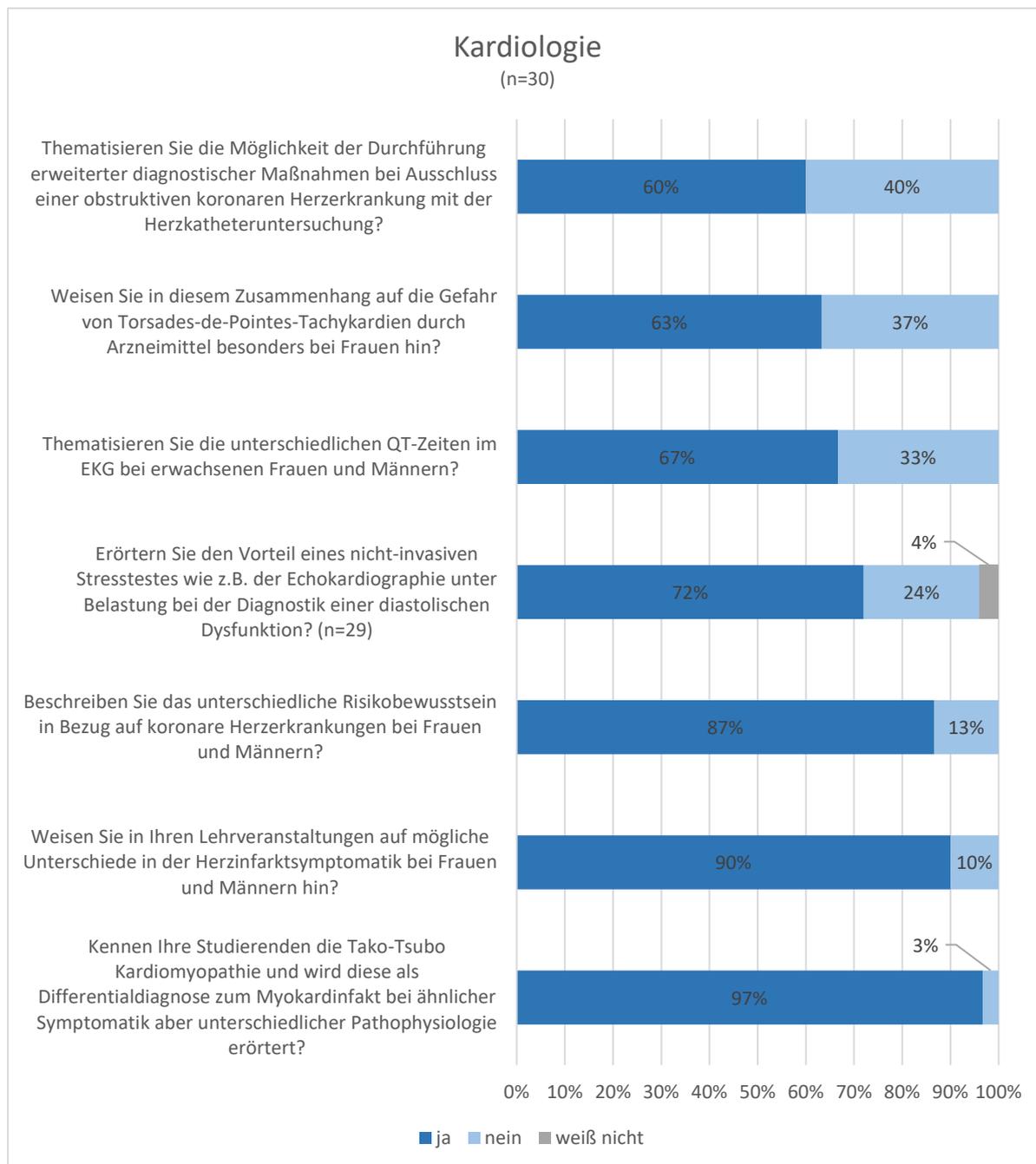
Prof. Dr. Oliver Werz, Leiter Pharmazeutische Chemie, Universität Jena (Mit-Herausgeber der Zeitschrift Pharmakon, aktuell der Ausgabe zur Gender-Pharmazie). Austausch über andere wichtige Fragen, die in diesem Gutachten nicht gestellt wurden, insbesondere der Eingang von geschlechterspezifischen Forschungsergebnissen der Pharmazie in die medizinische Lehre der klinischen Pharmakologie.

Prof. Dr. med. Claudia Hornberg, Gründungsdekanin Medizinische Fakultät Bielefeld, zur Einrichtung eines Lehrstuhls Gendermedizin (Anforderungen, Ausschreibung, Strategie für die Besetzung des Lehrstuhls, aktuell in Deutschland Alleinstellungsmerkmal in Bielefeld, Kooperation mit geisteswissenschaftlichen Fächern).

### **2.3.2.1 Kardiologie**

Erfreulicherweise haben sich mittlerweile in der Lehre für die Studierenden die meisten der abgefragten Themenfelder etabliert (vgl. Abb. Med 18). Annähernd alle der befragten Fachvertreter\*innen (92%) geben an, die Möglichkeit unterschiedlicher Symptome eines Herzinfarktes bei Frauen und Männern zu thematisieren.

Abb. Med 18: Integration gendermedizinischer Themenfelder in der Kardiologie



Interessant ist auch die Antwort auf die Frage nach der Vermittlung der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie: die Problematik wird von 96% der Dozierenden angesprochen- vor etwa 20 Jahren war dieses Krankheitsbild noch weitgehend unbekannt und die Beschreibung fehlt auch noch in dem Standardwerk der geschlechtsspezifischen Medizin herausgegeben von Marianne Legato [Legato 2004]. In der älteren praktizierenden Ärzteschaft dürfte das Krankheitsbild auch heute noch weitgehend unbekannt sein. Die Folgen sind Fehldiagnosen, was kürzlich in einem Beitrag des Bayrischen Fernsehens eindrucksvoll dargestellt wurde [„Frauen sind anders krank“ in BR „Kontrovers“ vom 18.02.2020]. Desto erfreulicher ist es, dass das Wissen darüber offensichtlich in der Kardiologie an die Studierenden vermittelt wird. Eine ausführliche multizentrische Studie gibt zu diesem Thema ausführliche Informationen [Templin et al. 2015].

Speziell die Frage nach den lebensgefährlichen Torsade-de-Pointes (eine Sonderform der ventrikulären Tachykardie), die bei Frauen häufiger vorkommen als bei Männern, berührt die Wirkung von Medikamenten(-nebenwirkungen). Selbst bei isolierten Tierherz-Präparaten ließ sich hier ein geschlechtsspezifischer Unterschied nachweisen [Liu XK 1999]. Diese Erkrankung ist auch gleichzeitig ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit interdisziplinärer Lehre.

Weitere Angaben zu empfohlenen fachspezifischen gendermedizinischen Themen, die als Freitext von den Befragten eingegeben werden konnten, waren spärlich. Es ging um den möglichen unterschiedlichen Nutzen einer Senkung von Blutdruck und Plasmacholesterin bei Männern und Frauen, um Unterschiede in der Prädisposition zu kardiovaskulären Erkrankungen und die Zyklusabhängigkeit beim Auftreten von Herzrhythmusstörungen. Eine Nennung bezog sich darauf, dass Gendermedizin erst in der Facharztausbildung relevant sein sollte. Aber andererseits kam auch die Klage, dass schon während des Studiums zu wenig Zeit für genderspezifischer Lehre in den Lehrplänen der Kardiologie sei. Die Lehrveranstaltungen in der Kardiologie seien zeitlich zu begrenzt und trügen der Prävalenz der Erkrankungen in der Bevölkerung zu wenig Rechnung. Der Berufsalltag der späteren Ärzt\*innen käme zu kurz!

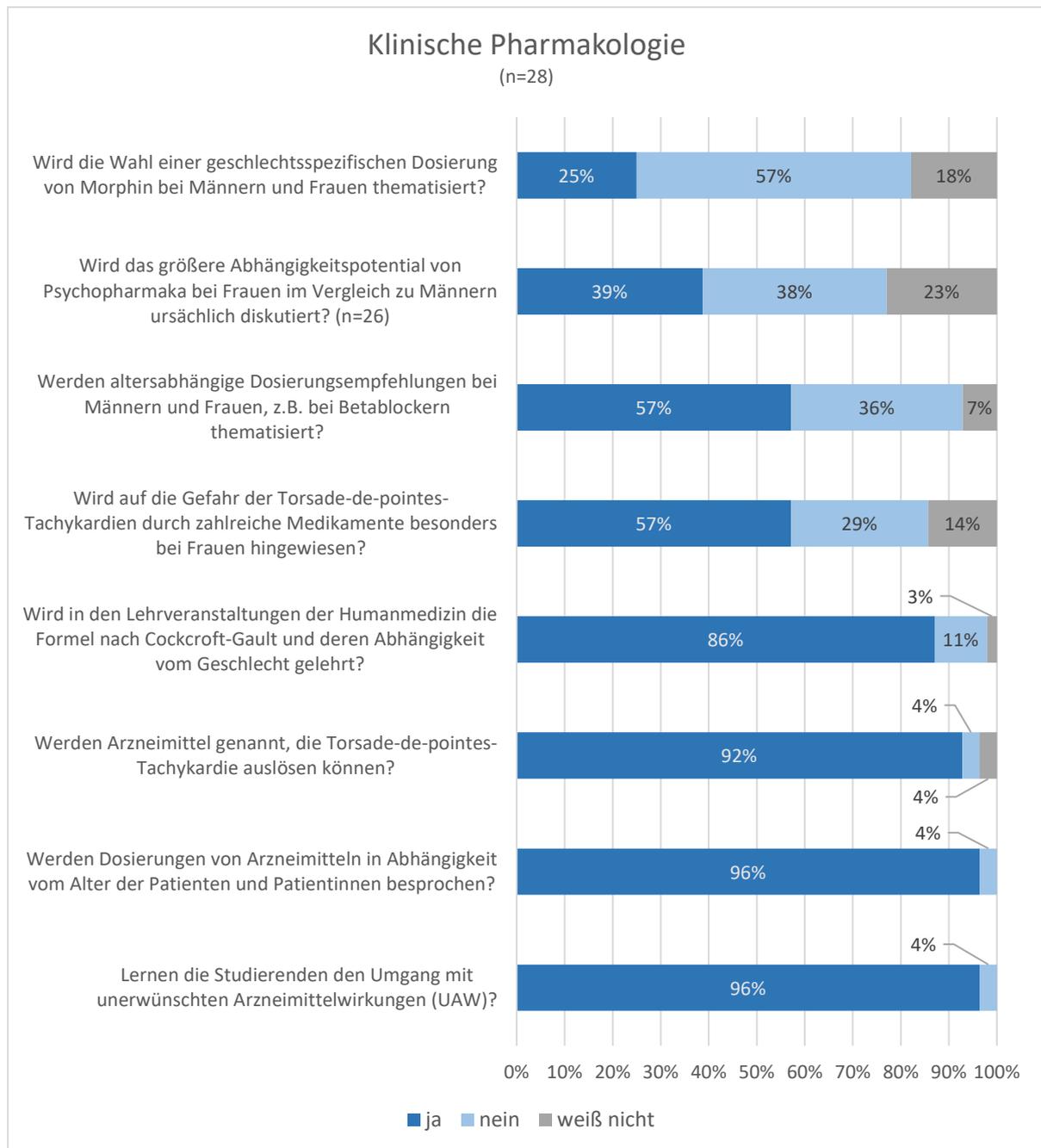
Neben den Fragen zur Integration gendermedizinischer Aspekte in der Kardiologie wurden auch spezielle Fragen aus dem Fachgebiet der Klinischen Pharmakologie ausgewählt und an die Ansprechpartner\*innen in den Fakultäten gerichtet, die direkt mit der studentischen Lehre betraut sind. 36 Ansprechpartner\*innen wurden entsprechend der Zahl der Fakultäten angefragt, 28 haben geantwortet. Der Rücklauf betrug somit 78%.

Das Fach Klinische Pharmakologie (ein Brückenfach für die Verbindung von klinischen Fächern, mit den Grundlagenwissenschaften Pharmakologie, Pharmazie und Toxikologie) wurde gewählt, weil es in dieser Fachdisziplin besonders auf die Beachtung von Unterschieden zwischen Männern und Frauen bei der Arzneimitteltherapie ankommt. Die Problematik und die gefährlichen Folgen einer Arzneimitteltherapie, die nicht geschlechtsbezogen angewandt wird [Haffner et al. 2002] sind lange bekannt und durch viele – auch gut durchgeführte, randomisierte und Doppel-Blind-Studien mit unterschiedlichsten Fragestellungen belegt [Übersicht vgl. Regitz-Zagrosek 2010, Soldin und Mattison 2009, Pace und Werz 2020]. Durch erhebliche geschlechterspezifische Unterschiede in der Biotransformation von Arzneimitteln [Soldin und Mattison 2009] resultieren zahlreiche Beispiele von unterschiedlichen Arzneimittelwirkungen bei Frauen und Männern [Übersicht vgl. Ravens 2006]. Detailliertere geschlechterspezifische Auswertungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen fehlen leider.

Ein paar besonders wichtige Aspekte wurden in den 8 Fragen, die den Ansprechpartner\*innen gestellt wurden, exemplarisch aufgeführt. So geht es z.B. um die Generierung lebensgefährlicher kardialer Erregungsleitungsstörungen durch eine ganze Reihe von Arzneimitteln - ein folgenschweres Phänomen, welches häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt. Ebenso wichtig ist die Beachtung von geschlechtsspezifischen Unverträglichkeiten von Arzneimitteln (unter dem Stichwort UAW= unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen) [Evans 2005]. Es war also zu erwarten, dass Vieles auch in der Lehre behandelt werden müsste.

### 2.3.2.1 Klinische Pharmakologie

Abb. Med 19: Befragung der Klinischen Pharmakologie



Dies ist allerdings trotzdem nicht immer der Fall. Offensichtlich haben die Ergebnisse guter, randomisierter klinischer Studien in anerkannten Journalen noch nicht überall Eingang in die medizinische Lehre gefunden. Hier gilt es, dieses „Gap“ durch weitere Anstrengungen und Informationen überwinden.

Weitere Angaben zu empfohlenen fachspezifischen Themen, die als Freitext von den Befragten eingegeben werden konnten, waren hier zahlreich und ausführlich. Im Folgenden werden stichpunktartig die wichtigsten Antworten zu den einzelnen Fragen separat dargestellt.

**Morphindosierung:** a) Schmerzmedikation erfolgt individuell, nicht genderbezogen (*Anm. d. Verfasserin: hier ist genderbezogene Auswertung gefordert!*) b) Genderbezogenen Dosierung jetzt soll in die Lehre aufgenommen werden.

**Psychopharmaka- Abhängigkeitspotential:** a) ja, für Benzodiazepine b) kann generell nicht beantwortet werden, hängt ab von der Indikation und dem Typ des Pharmakons c) Frage ist zu allgemein gehalten d) wird in Zukunft mehr in der Lehrveranstaltung thematisiert werden.

**Dosierung von Beta-Blockern:** a) Dosierungen werden nicht unterrichtet b) geschlechtsspezifische Unterschiede werden gelehrt c) Indikationen sind nicht adäquat im Curriculum thematisiert d) altersentsprechende Dosierung ist wichtiger als die Berücksichtigung des Geschlechts.

**Torsade-de-Pointes (TdP):** a) Risiko besteht für beide Geschlechter, es müssen vor allem die Medikamente, die die QT-Zeit verlängern, bekannt sein. b) Anfälligkeit von Frauen wird gezeigt und zukünftig weiter thematisiert werden c) Medikamente, die TdP auslösen, werden regelmäßig aufgelistet.

**Formel nach Cockcroft-Gault:** Wird meist ausführlich behandelt, aber auch andere Formel (MDRD) wird verwandt (beide Formeln berücksichtigen das Geschlecht).

**Arzneimittel betreffend Torsade-de-Pointes:** ja, werden meist genannt, soweit bekannt

**Altersabhängige Dosierungen:** ja, z.T. im Kontext mit Altersmedizin und mit Polypharmakotherapie

**Unerwünschte Arzneimittelwirkungen:** werden generell besprochen, z.T. zusätzliche Seminare

**Weitere fachspezifische Themen, die in der klinischen Pharmakologie vermittelt werden (Stichpunkte):**

Geschlechtsabhängige Osteoporosetherapie, Nebenwirkungsspektrum der Beta-Blocker, Pharmakotherapie während Schwangerschaft und Stillzeit (mehrfach genannt) , Einfluss des Geschlechts auf Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Unterrepräsentation von Frauen in klinischen Arzneimittelprüfungen, spezielle Hormontherapien, Arzneimittelentwicklung und Gender, diastolische Herzinsuffizienz bei älteren Frauen, unklare Datenlage bei koronaren Herzerkrankungen (KHK) bei Frauen - trotzdem gibt es (leider undifferenzierte) Leitlinienempfehlungen, unzureichende Behandlung von Frauen bei Herzinfarkt und KHK, teratogene Pharmaka bei Frauen.

## **2.4 Diskussion**

### **2.4.1 Vergleich der aktuellen Daten mit Umfrage Deutscher Ärztinnenbund 2016**

Im Vorfeld der hier präsentierten Umfrage-Ergebnisse initiierte der Deutsche Ärztinnenbund zusammen mit dem Prodekanat für Studium und Lehre der Charité-Universitätsmedizin Berlin 2016 eine ähnliche Umfrage unter 36 deutschen medizinischen Fakultäten, 32 Prodekanate für Lehre und Studium beteiligten sich an der Befragung (Rücklauf 89 %). Es wurde nach den Strukturen zur Sicherung der Integration von geschlechtsspezifischen Aspekten in der Lehre gefragt. Dabei zeigte sich, dass bei 13 Fakultäten (41 %) diese Aufgabe direkt in der Verantwortung der Lehrenden lag und von Seiten der Prodekanate keine Angaben gemacht werden konnten, in wie weit die abgefragte Integration tatsächlich besteht. In 7 Fakultäten (22%) liegt dies in der Hand der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten-ein

schwer zu verstehendes Konstrukt, wenn man die eigentlichen Aufgaben der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten kennt und davon ausgehen muss, dass die wenigsten von ihnen Medizinerinnen sind. In 3 Fakultäten gab es eine Arbeitsgruppe Gendermedizin, es gab zwei hauptamtlich Beauftragte (eine weitere Position in Planung) und zwei Prodekanate mit Genderaufgaben, ansonsten jeweils eine Person als Ehrenamtliche, eine Steuerungsstelle Diversity und auch die klare Antwort, dass es keine Ressourcen gibt. Fachbezogen wurden am häufigsten Genderaspekte im Fach der Medizinischen Soziologie gelehrt (entspricht auch der aktuellen Blitzumfrage unter den Medizinstudentinnen des Deutschen Ärztinnenbundes). Der Transfer von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen (auch z.B. aus tierexperimentellen Studien) in die Lehre ist selten (8 Fakultäten).

Ein auffälliger Unterschied zwischen der Umfrage 2016 und der aktuellen Umfrage 2019/2020 besteht darin, dass 2016 nur in 5 Fakultäten geschlechtsspezifische Inhalte in der Kardiologie und klinischen Pharmakologie gelehrt wurden, wohingegen aktuell dies in größerem Rahmen in fast allen Fakultäten geschieht (vgl. Abb. Med 18 und Abb. Med 19). Die Einbindung von Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten hingegen scheint 2019/2020 geringer als 2016. Dies wird vor allem daran liegen, dass zwischenzeitlich vermehrt spezifische Zuständigkeiten für die Integration geschlechtsspezifischer Inhalte geschaffen wurden. Bemerkenswert ist der Widerspruch, dass einerseits in der aktuellen Umfrage der Gendermedizin eine große Relevanz zugesprochen wird (vgl. Abb. Med 7) – dass aber andererseits nur in sehr wenigen Fakultäten eine nachhaltige strukturelle Integration von Genderaspekten vorhanden ist [vgl. Richter-Kuhlmann 2020].

#### **2.4.2 Umfrage unter den Studentischen Mitgliedern des Deutschen Ärztinnenbundes**

Die Frage, welche Gender-Lehrinhalte nun tatsächlich bei den Studierenden im Laufe eines langen Studiums „angekommen“ sind, ist sicher sehr interessant. Der Deutsche Ärztinnenbund hat kürzlich (November 2019) eine Blitzumfrage unter den Studentinnen der Humanmedizin (Regel- und Modellstudiengänge, 67% bzw. 33%) mit dieser Frage gemacht. Diese kleine Umfrage ist nur ein Schlaglicht und natürlich nicht repräsentativ (nur weibliche Studierende, gewählt aus einem Verein Deutscher Ärztinnenbund, etc.). Es gab 127 Antworten (91% Rücklauf der studentischen Mitglieder im Ärztinnenbund) und der Großteil der Studentinnen studierte zwischen dem 9. und 12. Semester (76%). Es ist bemerkenswert, wie sporadisch die Gendermedizin in den Antworten vertreten ist: bei 70 % der Befragten waren Genderthemen in den Lehrplänen überhaupt nicht vertreten, bei 53% gab es keinerlei Veranstaltungen der Fakultät zum Thema Gendermedizin, bei 27 % gelegentlich und bei 20% gab es Veranstaltungen wie Ringvorlesungen, Seminare, Workshops, etc. Wenn in der Pflichtlehre Genderaspekte thematisiert wurden, dann meist in der Kardiologie, in der Medizinischen Soziologie und in der klinischen Pharmakologie, in anderen Fächern nicht oder nur am Rande ohne jegliche strukturelle Integration. In den Modellstudiengängen in Berlin, Hamburg, Hannover und Köln, im Regelstudiengang in Ulm schien die Gendermedizin noch am Ehesten vertreten zu sein. Interessanterweise wurden Veranstaltungen zur Gendermedizin oft von den Studierenden selbst (oder der Fachschaft) neben den hauptamtlichen Lehrpersonen organisiert. Die studentischen Mitglieder des Fakultätsrates wären allerdings über 50% der Befragten nicht bekannt. Etwa die Hälfte der Befragten machten im Freitext Vorschläge, die Gendermedizin voranzubringen. Die Empfehlungen (die teilweise den Charakter von

Forderungen hatten) beinhalteten z.B. die Einrichtungen von Lehrstühlen für Gendermedizin, die Erhöhung des Anteils lehrender Professorinnen, Aufnahme von gendermedizinischen Lernzielen in den Lernzielkatalog, Einbeziehung der Gendermedizin in die Pflichtlehre und in die Prüfungsfragen, genderspezifische Inhalte für jedes Fach lehren. Alle Ergebnisse im Detail können vom Deutschen Ärztinnenbund erhalten werden [vgl. auch Kaczmarczyk 2020].

## **2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsfeldern**

### **2.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen auf der einen Seite, dass bei den meisten Medizinischen Fakultäten ein Bewusstsein für die Relevanz von geschlechtersensiblen Aspekten an den medizinischen Fakultäten angekommen ist und dass in den Fächern Kardiologie und klinische Pharmakologie einige wichtige gendermedizinische Aspekte in die Lehre integriert sind. Auf der anderen Seite wird aber auch sehr deutlich, dass die strukturelle curriculare Integration von geschlechtersensiblen Aspekten noch nicht genügend vorangeschritten ist. Die Defizite beziehen sich auf die systematische Integration ins Curriculum, auf die Prüfungsrelevanz der geschlechtersensiblen Lernziele, auf die Evaluation und Qualitätssicherung des vermittelten geschlechtersensiblen Wissens sowie auf die Nachhaltigkeit der Integration von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen in die Lehre. Als maßgebliche Barrieren der Integration werden von den Fakultäten häufig eine mangelnde Bereitschaft bzw. ein geringes Problembewusstsein sowie die fehlende Qualifizierung der Lehrkräfte genannt. Als Problem wird außerdem das ohnehin schon sehr verdichtete Curriculum der Medizin wahrgenommen. Auch ein Mangel an bereitgestellten Unterrichtsmaterialien zur Verwendung für die Lehrkräfte und zur Einarbeitung in das Thema wird häufig als Hürde für die Integration von geschlechtersensiblen Aspekten benannt. In diesem Zusammenhang fehlt es vor allem auch an einer systematischen Berücksichtigung des Themas in den einschlägigen Fach- und Lehrbüchern der medizinischen Fächer.

### **2.5.2 Ableitung von Handlungsfeldern und weiteren Forschungsbedarfen**

Die inhaltliche und curriculare Integration ist in hohem Maße von Lehrkräften und insbesondere von Lehrstuhlinhaber\*innen abhängig, die sich für die Integration von geschlechtersensiblen Aspekten in die Lehre einsetzen. Wichtig erscheint, dass diese Integration nicht als „lästige Konkurrenz“ zu anderen fachlichen Inhalten wahrgenommen wird, sondern als wichtiger fachlicher Bestandteil, der die Qualität der fachlichen Expertise – auch in der Lehre - erhöht. Leider ist dies speziell in den sogenannten Männerdomänen der Medizin (wie z.B. in der Chirurgie, in der Kardiologie oder in der Notfallmedizin) oftmals nicht der Fall. Stattdessen bestehen vielfach Vorbehalte im Sinne eines „Ideologie-Verdachts“ gegen die Gendermedizin [vgl. Risberg et al. 2011]. Dies führt zu einer Abwertung und verminderten Akzeptanz der an sich für die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten so wichtigen Thematik. Der Hintergrund ist in vielen Fällen schlicht mangelndes Wissen über die Inhalte und neueren Forschungsergebnisse der Gendermedizin sowie sicher auch eine fehlende Problemsensibilität. Deshalb ist ein erstes wichtiges Handlungsfeld die *Aufklärung und Qualifizierung potentieller Lehrkräfte*. Ein Baustein könnte hierbei die systematische Aufnahme geschlechtersensibler Aspekte in die (häufig für neue Lehrkräfte obligatorisch vorgeschriebenen) hochschuldidaktischen Fortbildungen sein. Eine weitere gute Möglichkeit für die Implementierung der inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Thematik besteht für Habilitand\*inne im Rahmen ihres Verfahrens zum Erwerb der Lehrbefugnis. Dies könnte z.B.

die Vorgabe zur Erstellung eines Lehrkonzepts sein oder auch die Einführung entsprechender Kriterien für die Begutachtung des Probeunterrichts im Habilitationsverfahren. Auch bei der Erstellung von Lehr- und Forschungskonzepten im Rahmen von Bewerbungen auf Professuren sollte – quasi analog zu den Regelungen der DFG bei Forschungsanträgen - auf Kriterien zur Gendersensibilität Wert gelegt werden. Ebenso sollten beim Erwerb von Zusatzzeichnungen (Kardiologie u.a.) Kenntnisse von Geschlechterunterschieden in Prävalenz, Inzidenz, Diagnostik, Therapie, Pathophysiologie nachgewiesen werden und entsprechend in den Weiterbildungsordnungen für Ärzt\*innen integriert sein. Zum Standard jeder medizinischen Fakultät sollten Angebote gehören, die Lehrende auf den verschiedenen Qualifikationsstufen (von der Ebene der Tutorinnen/Tutoren, über die Assistenzärztinnen/ -ärzte bis zur professoralen Ebene) auf den Umgang mit „Gender in der Medizin“ vorbereiten. Dies bedeutet Möglichkeiten zu schaffen, Geschlechterstereotype zu reflektieren, das eigene Geschlechterwissen und das fachliche Know-how im Umgang mit geschlechterbezogenen Problemstellungen im medizinischen Kontext zu verbessern und zugleich den Mehrwert einer Genderperspektive für den eigenen Berufsalltag aufzuzeigen.

Was die *Bereitstellung von gendermedizinischen Forschungsergebnissen und Lehrmaterialien* betrifft, so wären entsprechende Handreichungen an allen Fakultäten notwendig und auch die bereits bestehenden Plattformen wie z.B. GenderMed DB, GenderMed-Wiki oder eGender Medicine Module [Seeland et al. 2016] bekannter zu machen und damit die Nutzung dieser Plattformen zu fördern. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Ressourcen zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der Plattformen zur Verfügung gestellt werden – ansonsten wird diese aufgebaute „Infrastruktur“ schnell veraltet sein und nicht mehr genutzt. Konsequenterweise müssten im Sinne „gendersensibler Lehre“ auch die *Lehrbücher und Standardwerke* für angehende Mediziner\*innen (ebenso wie für alle Gesundheitsberufe) entlang der Frage *überprüft* werden, ob und inwieweit geschlechterspezifische Besonderheiten und Unterschiede Berücksichtigung finden und welche Überarbeitungen bzw. Ergänzungen erforderlich sind.

Ein weiteres ebenso wichtiges Handlungsfeld betrifft die *strukturelle curriculare Integration* von gendersensiblen Wissen in das Kerncurriculum. Hier sollten je nach Form des Studiengangs und abhängig von der Lernzielbasierung des Curriculums unterschiedliche Strategien erarbeitet werden. Grundsätzlich können vier Ansätze unterscheiden werden: Ein fachübergreifender Ansatz (z.B. ein übergreifendes Gendermodul), ein integrativer Ansatz (z.B. Geschlechterforschung als Querschnittsthema), ein partikularexpliciter Ansatz (z.B. Gender-Fachmodule) und ein expliziter Ansatz (z.B. ein eigener Genderstudiengang oder Promotionsstudiengang). Generell wird für die Integration von Genderaspekten in medizinische Studiengänge eine Kombination aus integrativem Ansatz und partikularexplicitem Ansatz empfohlen [Hilgemann et al. 2018]. Dies bedeutet eine übergreifende Integration von geschlechtsspezifischen Inhalten in alle obligatorischen Veranstaltungen des Studiums. Darüber hinaus sollten geschlechtersensible Inhalte spezifisch über ein Angebot von Lehrveranstaltungen mit explizitem Geschlechterbezug integriert werden – wie z.B. im Rahmen einer Überblicksveranstaltung. Grundlegend wird empfohlen, geschlechtersensible Inhalte longitudinal ab dem ersten Semester in die Studiengänge der Humanmedizin zu integrieren. Hierbei sollte sowohl die fachliche Integration als auch die fachübergreifende Integration (in Formaten wie Problemorientiertes Lernen, Kommunikation und Teamarbeit, Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns) beachtet

werden. Wichtig ist, dass sich die Thematisierung von Geschlechterfragen nicht auf punktuelle Sonderveranstaltungen reduziert. Erforderlich ist vielmehr eine entsprechende Verbindung mit den übrigen Lehrinhalten und Lernzielen (im Sinne der Lernspirale) und nicht lediglich die Vermittlung reinen Faktenwissens entlang eines vorgegebenen Lernzielkatalogs. Ebenfalls wichtig für den strukturellen Integrationsprozess sind *verbindlich festgelegte Verantwortlichkeiten* in Form von Gremien oder ggf. spezifischen Stellen/Ansprechpartner\*innen, die mit der strukturellen Verankerung ins Curriculum beauftragt sind.

Besonders bedeutsam für die Implementierung einer nachhaltigen strukturellen Integration geschlechtersensibler Aspekte dürfte die *Prüfungsrelevanz* von geschlechtersensiblen Lernzielen sein. Die im Entwurf zur Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ geänderte Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) sieht als Ziel der ärztlichen Ausbildung unter anderem „den Erwerb von Grundkenntnissen der Einflüsse des Geschlechts auf die Gesundheit und die Bewältigung von Krankheitsfolgen“ vor. In vielen Lernzielen des Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) werden geschlechtersensible Aspekte berücksichtigt. Der NKLM ist derzeit jedoch nur fakultativ in der medizinischen Ausbildung. Zu welchem Grad der weiterentwickelte NKLM zum verbindlichen Bestandteil der ÄApprO wird, ist noch offen, aber dies wäre die Chance, geschlechterdifferenzierende Lernziele stärker in das Medizinstudium zu integrieren. Bislang obliegt es allein den Hochschulen, ob und in welchem Umfang Geschlechtersensibilität in der Curriculum-Gestaltung berücksichtigt werden. Empfehlungen gemäß dem Wortlaut „geschlechterspezifische Aspekte sind der jeweiligen Thematik angemessen zu erörtern“, verbleiben dementsprechend vielfach auf einer nebulösen, wenig konkreten und prüfungsrelevanten Ebene. Es dominieren auf Freiwilligkeit basierende Angebote, die z. B. punktuell gendermedizinische Aspekte in den Katalog der Wahlpflichtfächer aufgenommen haben. An zahlreichen Hochschulen werden zudem Ringvorlesungen zur Gender-Medizin angeboten, die Studierende in die Thematik einführen und ihnen ermöglichen, anrechenbare Leistungen zu erwerben.

Ein weiterer bedeutsamer Anreiz zur Qualitätssteigerung gendersensibler Lehre wäre die Aufnahme des Erreichens gendersensibler Lernziele in die *Evaluationen der Studierenden* sowie in die Absolvent\*innenbefragungen. Exemplarisch für die Situation an Medizinischen Hochschulen (wenn auch nicht allgemeingültig) ist das Ergebnis einer niederländischen Studie (LEERDAM et al. 2014). In dieser Befragung von Medizinstudierenden am Ende des zweiten praktischen Ausbildungsjahres stuften diese ihre eigene, im Rahmen der Ausbildung erworbene Genderkompetenz als lückenhaft und rudimentär ein. Diese Einschätzung war verbunden mit der Einschätzung, nicht adäquat auf den Umgang mit Geschlechterunterschieden und geschlechterspezifischen Besonderheiten im Berufsalltag vorbereitet zu sein. Geeignete Evaluationsinstrumente müssten entwickelt werden und die generierten Evaluationsergebnisse sollten entsprechend ausgewertet und zur Verbesserung des Lehrangebots eingesetzt werden.

Nicht zuletzt spielt im Sinne der Einheit von Forschung und Lehre die Praxis der Forschungsförderung in der Medizin eine grundlegend bedeutsame Rolle. Solange nicht selbstverständlich neben der Grundlagenforschung auch in der klinischen Forschung und der (häufig interdisziplinär angelegten) Versorgungsforschung eine systematische Berücksichtigung von Geschlechteraspekten gesichert ist,

kann nicht von einer erfolgreichen Integration von Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität in die Ausbildung von Ärzt\*innen gesprochen werden.

## 2.6 Literatur

- CHORIN E et al. (2017) Female Gender as independent risk factor of torsades de pointes during acquired atrioventricular block. *Heart Rhythm* 14, 90-95 Deutscher Bundestag Drucksache 13/6893,37 DRUCKSACHE 13/6893 Antwort der Bundesregierung zur Frauenspezifischen Gesundheitsversorgung vom 04.02.1997 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/068/1306893.pdf>
- EVENS RS et al. (2005) Risk factors for adverse drug events: a 10-year analysis. *The annals of Pharmacotherapy* 39, 1161-1168
- HAFFNER S, LAPP H, THÜRMAN P A (2002) Unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Drug induced QT-Prolongation and Torsade-de-Pointes arrhythmia. eRef (<https://eref.Thieme.de/10.1055/s-2002-28319>)
- HILGEMANN M, KORTENDIEK B, KNAUF A (2012) Geschlechtergerechte Akkreditierung und Qualitätssicherung – eine Handreichung: Analysen, Handlungsempfehlungen und Gender Curricula. 3. Aufl. Essen
- KACZMARCZYK G (2020) Blitzumfrage im DÄB: Wie viel Gendermedizin bietet das Medizinstudium aktuell? *Ärztin* 1, 17
- LEE S K (2018) Sex an important biological variable in biomedical research. *BMB Rep.* 51,167-173
- LEERDAM et al. (2014) Gender-based education during clerkships: a focus group study. *Adv Med Educ Pract.* 2014; 5: 53–60
- LEGATO M (2004) *Principles of Gender-Specific Medicine.* Elsevier Academic Press, San Diego
- LUDWIG S, DETTMER S, PETERS H, KACZMARCZYK G (2016) Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre: Noch in den Kinderschuhen. *Dtsch Arztebl*; 113: A 2364–6
- Liu X K et al. (1999) Female gender is a risk factor for torsades de pointes in an in vitro animal model. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 34, 287-294
- PACE S, WERZ O (2020) Schmerzmittel und Entzündungshemmer -geschlechtsspezifische Unterschiede, *Pharmakon* 8, 1-7
- REGITZ-ZAGROSEK V (2010) Arzneimitteltherapie: Mehr Rücksicht auf das Geschlecht. *Dtsch Arztebl*, 107: A-1682
- RICHTER-KUHLMANN E (2020) Geschlechtermedizin in der Lehre -Bislang nur punktuell integriert *Dtsch Arztebl* 117, 421-422
- RISBERG G, JOHANSSON E E, HAMBERG K (2011) ‚Important... but of low status’. Male education leaders’ views on gender in medicine. *Medical education*, 45, 613–624
- SEELAND U, NAUMAN AT, CORNELIS A, LUDWIG S, DUNKEL M, KARARIGAS G, REGITZ-ZAGROSEK V. (2016). eGender-from e-Learning to e-Research: a web-based interactive knowledge-sharing platform for sex- and gender-specific medical education. *Biol Sex Differ* 14;7;39
- SOLDIN O P, MATTISON D R (2009) Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clinical pharmacokinetics* 48, 143-157
- TEMPLIN C et al. (2015) Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Eng J Med*, 373, 929-938
- VERKERK A O, WILDERS R, TAN HL (2007) Gender disparities in torsade de poites tachycardia *Neth Heart J*, 15, 405-411

### **3. Zweiter Teil Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege**

#### **3.1 Hintergrund**

Seit 1. Januar 2020 werden die Gesundheits- und Krankenpfleger \*innen nach dem generalistischen Pflegeberufereformgesetz [PflBRefG, Bundesgesetzblatt Nr. 49, 2017] zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann ausgebildet.<sup>1</sup>

Neu ist neben der Berufsbezeichnung auch, dass die Ausbildung in der Altenpflege, die zuvor separat von den anderen Pflegeausbildungen durch das Altenpflegegesetz (AltPflG) von 2003 [Bundesgesetzblatt Nr. 44, 2003] bestimmt wurde, nun im Sinne der Generalistik ebenfalls durch das Pflegeberufereformgesetz geregelt wird.

Die Ausbildungsorganisation der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland findet auf drei Ebenen statt. Auf oberster, der Bundesebene, bestimmten das Krankenpflegegesetz (KrPflG) [Bundesgesetzblatt Nr. 36, 2003] und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (KrPflAPrV) von 2003 [Bundesgesetzblatt Nr. 55, 2003] die Organisation der Ausbildung bis zum 31. Dezember 2019. Mit der Verkündung des Pflegeberufegesetzes 2017, welches durch die Pflegeberufeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) [Bundesgesetzblatt Nr. 34, 2018] vom 2. Oktober 2018 ergänzt wird, aktualisierten sich die Vorgaben auf Bundesebene mit Eintritt der Neuerungen zum 1. Januar 2020. Die ebenfalls seit 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung, wurden nach §53 des Pflegeberufegesetzes [Rahmenpläne §53 PflBG, 2017], durch eine Fachkommission entwickelt und haben einen empfehlenden Charakter für die Ausgestaltung der dreijährigen Berufsausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann.

Im Sinne des Föderalismus wird auf zweiter, der Länderebene, die Gestaltung der Ausbildung durch Richtlinien der Bundesländer bestimmt. Diese sind nicht einheitlich und nicht alle Bundesländer geben, zusätzlich zu den Bestimmungen auf Bundesebene, eigene Richtlinien vor.

Auf dritter Ebene befinden sich die Schulen und Ausbildungsstätten, die schuleigene Curricula ausformulieren können orientierend an den Bundes- und Länderrichtlinien. Wir gehen davon aus, dass die Beantwortung der Online-Fragen durch die Schulleitungen, auf den Erfahrungen und der Ausgestaltung der schuleigenen Curricula und der bis zum 31. 12.2019 geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung [KrPflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 55, 2003] basieren. Zusätzlich wird das Wissen um eine Vorbereitung der eigenen Ausbildungsstätte auf eine generalistische Pflegeausbildung seit Verkündung des Pflegeberufereformgesetz 2017 [Bundesgesetzblatt Nr. 49, 2017] bei der Beantwortung der Fragen eine Rolle gespielt haben.

In Deutschland arbeiteten im Jahr 2018 1.103.000 Personen in der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst und der Geburtshilfe. Mit 883.000 überwiegt der Anteil der Frauen deutlich gegenüber den 220.000 Männern [Gesundheitsberichterstattung des Bundes von RKI und Destatis ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de))]

---

<sup>1</sup> Das Pflegeberufegesetz entspricht Artikel 1 des am 17. Juli 2017 erlassenen Pflegeberufereformgesetzes (PflBRefG) [PflBRefG, Bundesgesetzblatt Nr. 49, 2017].

Die Studie beantwortet die Frage nach dem Stand der Integration von Geschlechtersensibilität und -wissen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Offene Handlungsfelder werden identifiziert und Maßnahmen empfohlen, die prozessunterstützend eingesetzt werden können, um eine vollständige Integration von geschlechtersensiblen Wissen unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte in die theoretische und praktische Ausbildung zu erreichen.

## **3.2 Methode**

### **3.2.1 Rekrutierung**

Für die Teilnahme der Pflegeschulen wurde eine nach Bundesland gewichtete Zufallsstichprobe gezogen. Die bundeslandspezifischen Stichprobengrößen lagen zwischen 30% und 40% der Gesamtstichprobe von 537 Pflegeschulen, die über Listen der einzelnen Bundesländer und über das Internet zugänglich waren. [LAGESO 2020] Für die Bundesländer Bremen und Thüringen wurden alle Ausbildungseinrichtungen aufgenommen, da mit jeweils  $n < 9$  nur eine kleine Anzahl von Schulen betrieben wird.

Von den 537 deutschen Ausbildungsstätten wurden 197 (36,7%) randomisiert in die Stichprobe aufgenommen. Die Kontaktaufnahme mit den Schulleiter\*innen erfolgte über die öffentlich zugänglichen E-Mail-Adressen der Webseiten der Ausbildungseinrichtungen. Wenn eine E-Mail Adresse nicht erreichbar war, wurde versucht telefonisch Kontakt aufzunehmen, um Zuständigkeitswechsel oder Änderungen der Kontaktdaten zu erfahren.

Nicht erreicht werden konnten über die Mailadresse oder telefonisch  $n=18$  Schulen (= Missings / no responder). Von den übrigen 179 Schulen haben  $n=94$  (=positive responder) an der Online-Umfrage teilgenommen und  $n=84$  den Fragebogen vollständig beantwortet. Um die Fallzahl zu erhöhen wurden Reminder im Abstand von 2 Wochen verschickt und ein Projektflyer (Anhang) den Emails beigefügt. Nicht an der Umfrage teilgenommen haben  $n=85$  (=negative responder) Ausbildungsstätten.

### **3.2.2 Erhebungsmethode**

Grundlage für die Datenerhebung bildet eine internetbasierte Befragungsmethode (Online-Umfrage). Genutzt wurde ein CAWI-System (Computer Assisted Web Interviewing) der Firma Questback. Das Online-Umfrage-Tool „Unipark“ wurde zur Umsetzung genutzt. Über eine Internet-Adresse gelangen die zu Interviewenden auf die Seiten mit den hinterlegten Fragen. Die eingegebenen Antworten werden direkt auf dem Server gespeichert.

Die anonymisierte Online-Befragung folgte einem systematischen Ablauf:

Zwei Wochen bevor die Fragebögen via „Unipark“ versendet worden sind, fand die Ankündigung der Befragung durch ein Anschreiben an die Schulleitungen zusammen mit dem Projektflyer per Email statt. Zum Zeitpunkt des Versands der Fragebögen wurde der Flyer erneut mitgeschickt und um Beantwortung der Fragen innerhalb von zwei Wochen gebeten. Zwei Tage vor Ablauf der zweiwöchigen Bearbeitungsfrist wurde eine Erinnerungsmail gesendet. Dieser Prozess der Erinnerungsmails wiederholte sich im Abstand von 14 Tagen. Die Datenbank wurde am 31.03.2019 geschlossen.

### **3.2.3 Fragebogenerstellung**

Hintergrund für die Zusammenstellung der Fragen, die Erstellung spezifisch angepasster neuer Fragen und die sinnvolle Reihung im Fragebogen, sind die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt zum "Stand der Integration von Inhalten der geschlechtsspezifischen Medizin an medizinischen Fakultäten in Deutschland" von 2016 [Ludwig et. al. 2016]. Dieser Fragebogen wurde in einem interdisziplinären iterativen Verfahren weiterentwickelt und an den Ausbildungsgang Gesundheits- und Kranken- und Kinderkrankenpflege angepasst. Der Fragebogen umfasst sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Neben den allgemeinen Fragen zu den Institutionen und zur Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten wurden Fragen zur inhaltlichen Integration von geschlechtersensiblen Wissen und Geschlechtersensibilität in die Lehr- und Lerninhalte der Ausbildungsberufe neu erstellt.

Für die Gesundheits- und Kranken- und Kinderkrankenpflege basieren die Inhalte der Erhebung auf

1. den in curricularen Einheiten (CE 01- CE 11) geordneten Themenfelder des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach §53 des Pflegeberufereformgesetzes. [Rahmenpläne § 53, PflBG, 2019].

und

2. an den Vorgaben der Pflegeberufe- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 02. Oktober 2018 [PflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 34, 2018]

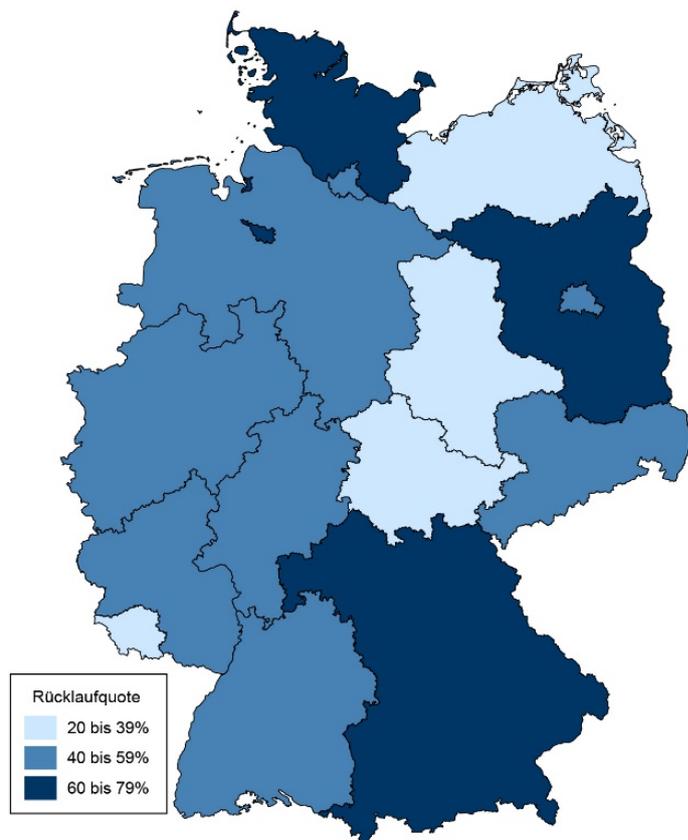
Die Fragen beziehen sich auf curriculare Einheiten wie Mobilität und Selbstversorgung, Kommunikation, Prävention, Rehabilitation, Pflege bei bestimmten Altersgruppen, Lebensumständen und bei Beeinträchtigungen. Zudem wird Bezug genommen auf die medizinischen Fächer wie Anatomie, Innere Medizin, Pharmakologie und Chirurgie. Einen Schwerpunkt bei der Erhebung bilden die relevanten und alltäglichen Handlungsfelder im Bereich der Gesundheits- Kranken- und Kinderkrankenpflege, wie die Pflegeanamnese, die Pflegemaßnahmen der Grundpflege, Dokumentation, Dienstübergaben, Medikamentenverabreichung, ausgewählte Prophylaxen und pflegerische invasive Maßnahmen der Behandlungspflege.

## **3.3 Ergebnisse**

### **3.3.1 Rücklaufquote**

Die Rücklaufquote für die Ausbildungsstätten der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege liegt bei 52,51 %. Vollständig beantwortet haben den Fragebogen 47,7%. Die prozentuale Verteilung über die einzelnen Bundesländer wird in Abb. Pfl.1 visualisiert. Die höchsten Rücklaufquoten bei dieser Teilerhebung konnten in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Brandenburg, Hamburg, Bremen und Bayern gemessen werden. Die geringsten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und dem Saarland.

Abb. Pfl.1: Prozentuale Verteilung der Rücklaufquote pro Bundesland für die Ausbildungsstätten der Gesundheits- und Krankenpflege- und Kinderkrankenpflege



### 3.3.2 Allgemeiner Teil

Die befragten Ausbildungsstätten sind mit 25% in privater, zu 31% in frei-gemeinnütziger, zu 22% in staatlich-öffentlicher und zu 25% in konfessioneller Trägerschaft.

Die Gesundheits-, Kinderkrankenpfleger\*innen werden an 31% der in die Stichprobe eingeschlossenen Schulen nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 ausgebildet. Seit 01. Januar 2020 sind die Lerninhalte in die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann integriert [KrPflG, Bundesgesetzblatt Nr. 36], [PflBRefG, Bundesgesetzblatt Nr. 49].

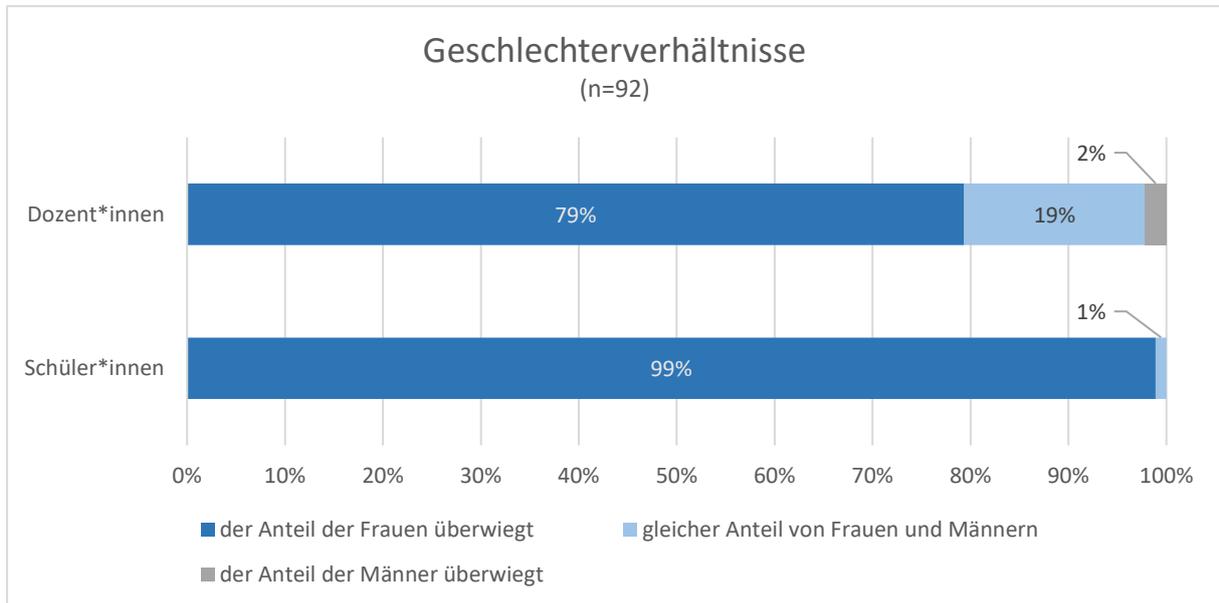
Die Ausbildung von ausländischen Fachkräften erfolgt an 15% der befragten Einrichtungen.

Die Schulleiter\*innen orientieren sich bei der Ausarbeitung der schuleigenen Curricula überwiegend bis vollständig an den Bundesrahmenrichtlinien [KrPflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 55, 2003], [PflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 34, 2018] Nur 6% der Befragten bilden die Ausnahme und richten sich nicht nach der Richtlinie.

An 99% der befragten Schulen ist der überwiegende Anteil der Auszubildenden weiblich. Der Anteil der weiblichen Dozierenden überwiegt an 79% der Schulen, 19% geben an, dass der Anteil von Frauen und

Männern gleich groß ist unter den Lehrenden und in 2% der befragten Ausbildungsstätten sind mehr Männer als Frauen als Dozierende tätig (vgl. Abb.Pfl.2).

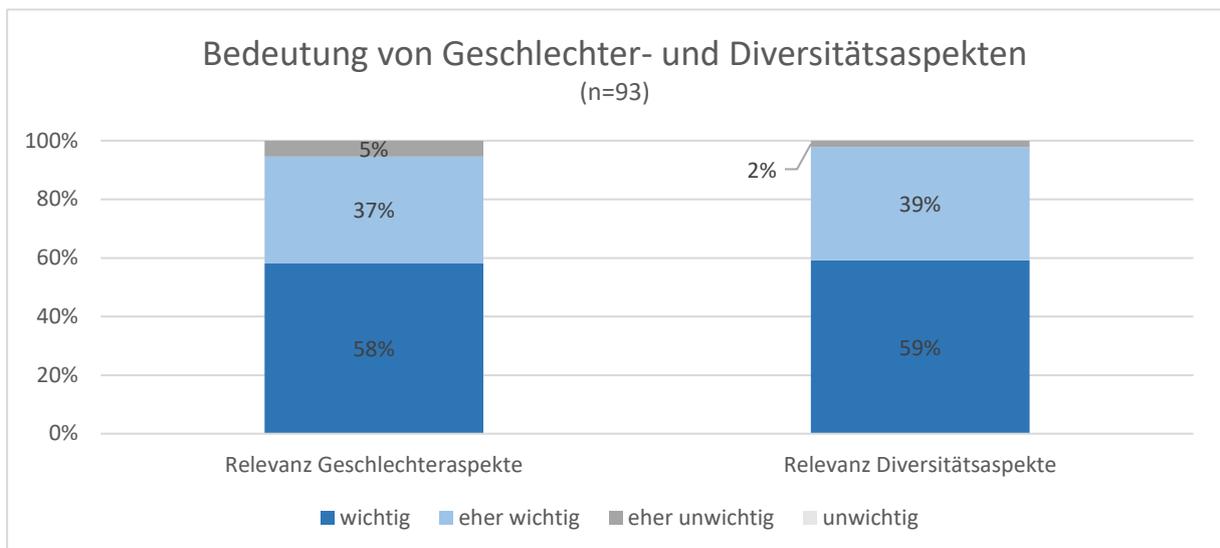
Abb. Pfl.2: Geschlechterverhältnisse innerhalb der Ausbildungsstätte getrennt nach der Gruppenzugehörigkeit der Dozierenden und der Lernenden.



### 3.3.3 Bedeutung von Geschlechter- und Diversitätsaspekten

Die Relevanz von Geschlechter- und Diversitätswissen für die berufliche Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege wird von 95 bzw 98% der Befragten als wichtig und eher wichtig eingestuft. Eine Minderheit ist der Meinung, dass die spezifische Betrachtung von Geschlecht und den Diversitätsaspekten wie Kultur, sexuelle Orientierung und Religion eher unwichtig sind für die tägliche Arbeit (vgl. Abb.Pfl.3).

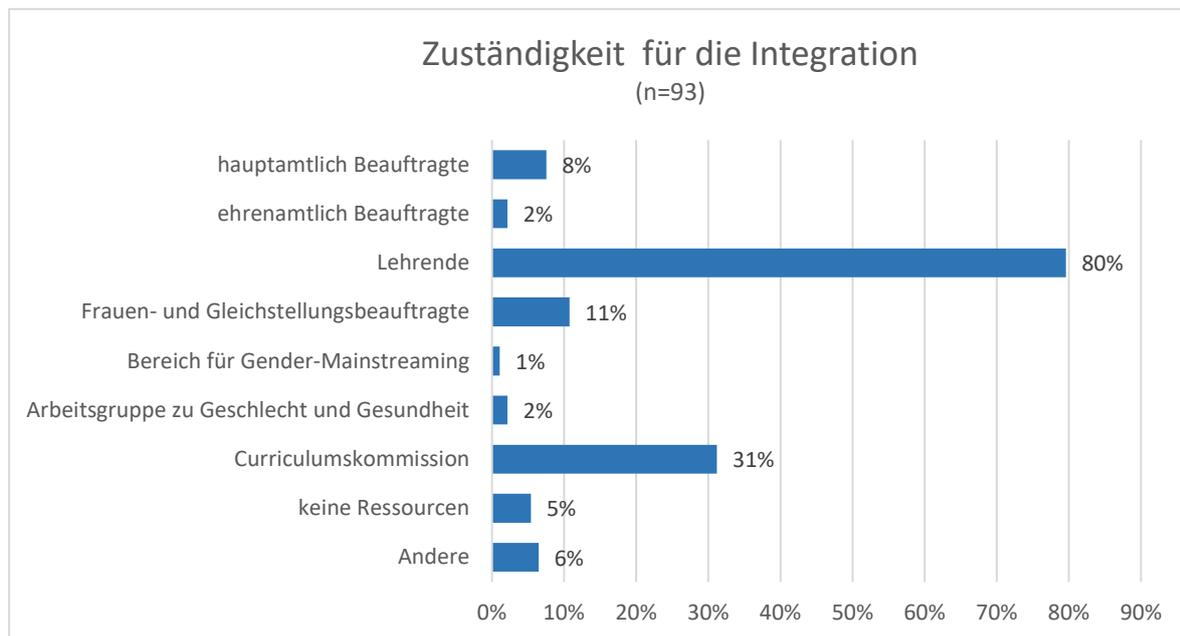
Abb. Pfl.3: Relevanzempfinden zu Geschlechterwissen, Geschlechtersensibilität (Geschlechteraspekte) und zu Diversitätsaspekten (Kultur, sexuelle Orientierung, Religion) für den Beruf als Gesundheits- und Krankenpfleger\*in



### 3.3.4 Verantwortliche Strukturen für die Integration in die Lehre

Der überwiegende Teil der Schulleiter\*innen sieht die Zuständigkeit und damit auch die Verantwortung für die Integration von Geschlechteraspekten/ Geschlechtersensibilität in die Lehre bei den Lehrenden selbst. Eine Curriculumskommission ist in 31% der Schulen für die Integration der Lerninhalte verantwortlich. Einen Bereich Gender-Mainstreaming und eine Arbeitsgruppe zu Geschlecht und Gesundheit bereits an der Schule etabliert zu haben ist etwas Besonderes und nur in 3% der Ausbildungsstätten vorhanden (vgl. Abb.Pfl.4).

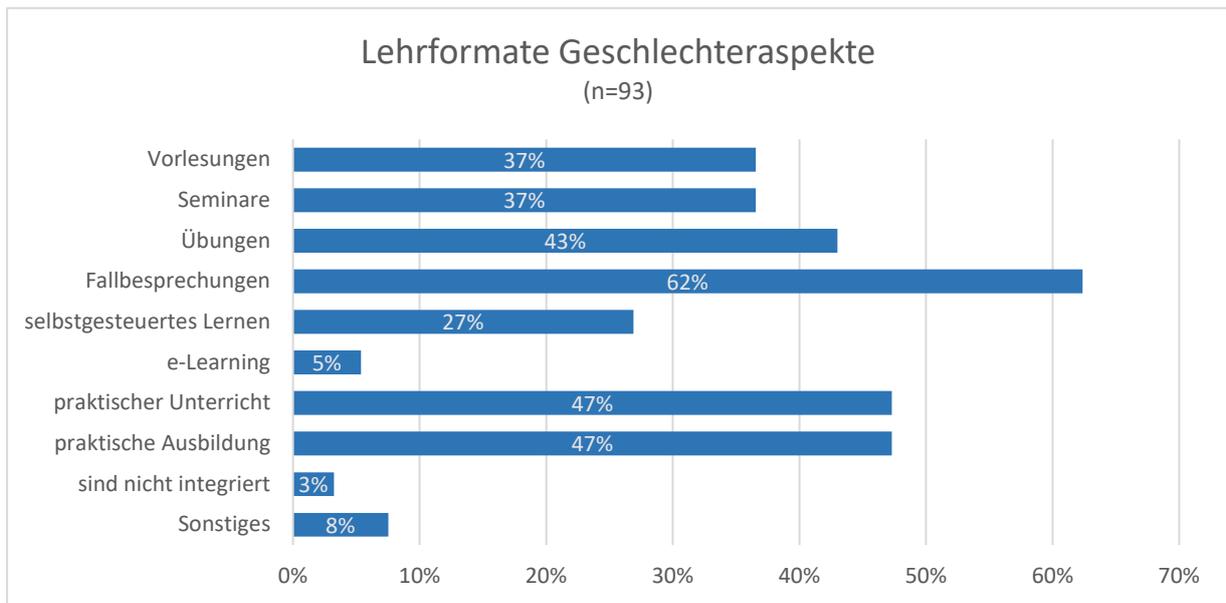
Abb. Pfl.4: Zuständigkeit: Darstellung der Gruppen und Personen, die für die Integration der Lerninhalte zuständig sind und eine Nachhaltigkeit garantieren sollten. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten die genannt worden sind, bezogen auf die Gesamtheit aller befragten Ausbildungseinrichtungen.



### 3.3.5 Lehrformate und Unterrichtsmaterialien

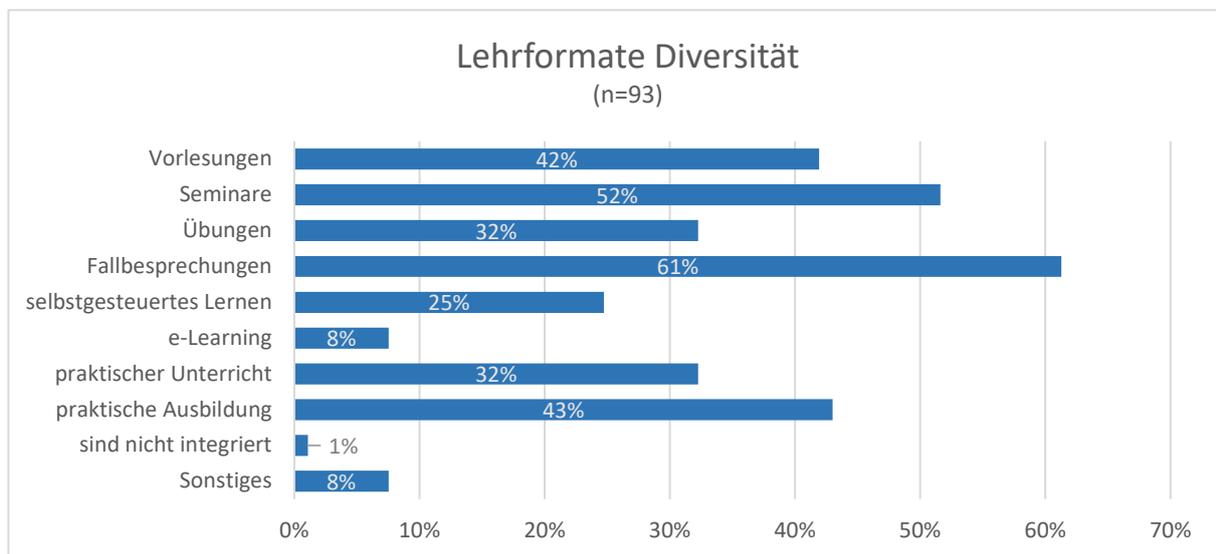
Die theoretischen und praktischen Lehrformate, die zur Unterrichtsgestaltung und damit zur Integration von Geschlechteraspekten verwendet werden können, werden unterschiedlich häufig genutzt. Fallbesprechungen werden von 62% der Schulleiter\*innen angegeben und stellen zurzeit das meist genutzte Format dar, um Geschlechterwissen zu vermitteln. Von den Ausbildungsstätten geben 47% jeweils den praktischen Unterricht in der Schule als auch die praktische Ausbildung am Krankenbett als Lernorte an, an denen bereits Geschlechterwissen gelehrt wird. Formate wie eLearning und Nutzung der internetbasierten Möglichkeiten zur online Kollaboration werden nur von 5% der Schulen eingesetzt (vgl. Abb.Pfl.5).

Abb. Pfl.5: Lehrformate Geschlechteraspekte: Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten, die genannt worden sind, bezogen auf die Gesamtheit aller befragten Ausbildungseinrichtungen



Bezogen auf die Integration der Themen zur Diversität werden alle Formate genutzt. Fallbesprechungen sind auch für den Unterricht zu den einzelnen Diversitätsaspekten das am häufigsten genutzte Lehr- und Lernformat, gefolgt von Kleingruppenunterricht wie z.B. Seminaren (vgl. Abb.Pfl.6).

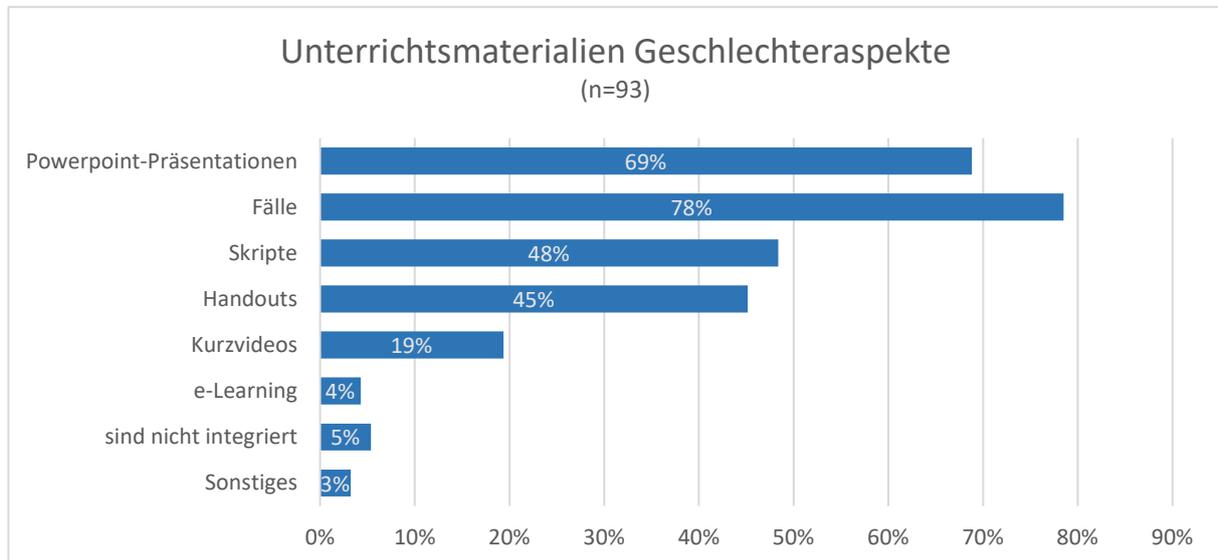
Abb. Pfl.6: Lehrformate Diversität: Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten die genannt worden sind, bezogen auf die Gesamtheit aller befragten Ausbildungseinrichtungen.



Die Gestaltung von Unterrichtsmaterialien ergänzt den Lernprozess wesentlich. Die didaktische Aufarbeitung steht hier im Vordergrund. Fallvignetten werden von 78% der Schulleiter\*innen als geeignetes Unterrichtsmaterial zur Vermittlung von Geschlechteraspekten und -wissen genannt. Powerpoint-Präsentationen werden zu 69% eingesetzt. Fast die Hälfte der Ausbildungsstätten verfügt über Skripte und Handouts die zur Vermittlung von Wissen zu Geschlechterunterschieden geeignet

sind. Audiovisuelle Medien werden sehr viel weniger häufig eingesetzt und eLearning Formate nur von 4% der Schulen (vgl. Abb.Pfl.7).

Abb. Pfl.7: Unterrichtsmaterialien Geschlechteraspekte: Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten die genannt worden sind, bezogen auf die Gesamtheit aller befragten Ausbildungseinrichtungen. Mehrfachantworten waren möglich.



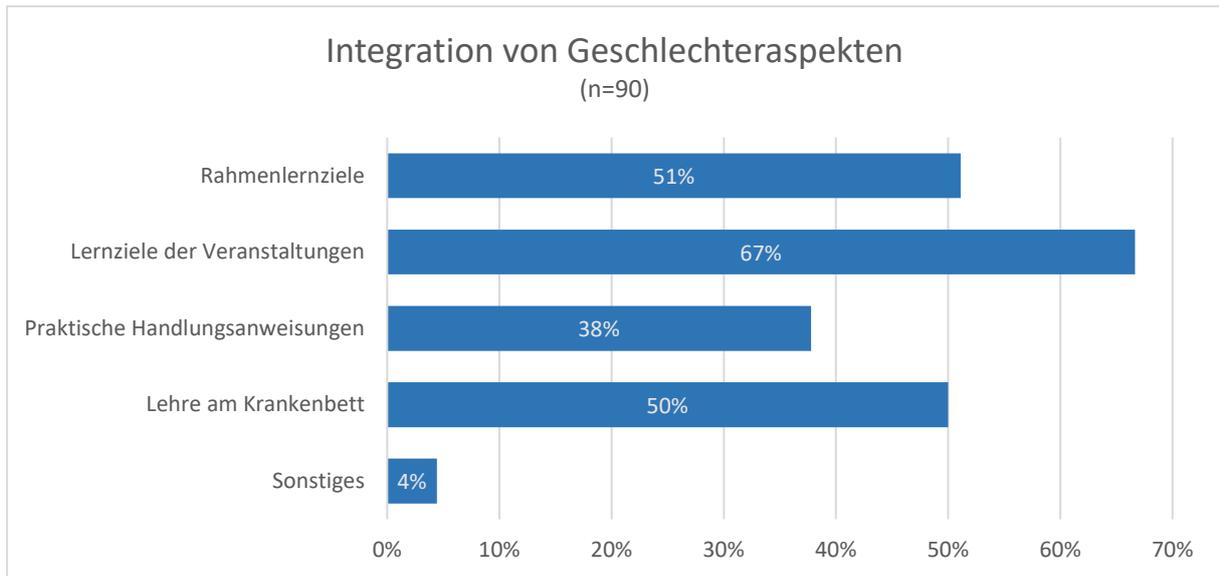
### 3.3.6 Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten/ -sensibilität

Um das curriculare Integrationsniveau zu ermitteln und damit eine longitudinale Vergleichbarkeit mit Umfragen im weiteren zeitlichen Verlauf zu ermöglichen, wurden die Schulleiter\*innen gefragt

1. nach der Integration in Rahmenlehrpläne und Unterrichtsfelder
2. nach der Menge der Veranstaltungen, dem ausschließlichen Fokus der Lehrveranstaltung auf die Genderaspekte und der Prüfungsrelevanz und
3. nach dem Zeitraum über den die Geschlechteraspekte in der Lehre integriert sind

In 67% der Schulen sind die Geschlechteraspekte in den Lernzielen der angebotenen Lehrveranstaltungen verankert. In der Lehre am Krankenbett werden die Geschlechterunterschiede bei der Hälfte der Einrichtungen berücksichtigt. Das entspricht dem Integrationsniveau von den Geschlechteraspekten in den Rahmenlernzielen. Die praktischen Handlungsanweisungen sind eine Hilfestellung bei der praktischen Ausbildung auf den Stationen und damit relevant für die tägliche Arbeit am Krankenbett. Mit 38% ist hier das Integrationsniveau am niedrigsten (vgl. Abb.Pfl.8).

Abb. Pfl.8: Integration von Geschlechteraspekten: Rahmenlehrplan und Unterrichtsfelder, in denen Geschlechteraspekte integriert worden sind. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Anzahl der Antworten die genannt worden sind, bezogen auf die Gesamtheit aller befragten Ausbildungseinrichtungen. Mehrfachantworten möglich.



Die Daten, die zur quantitativen und qualitativen Verteilung (ausschließlich Geschlechteraspekte, Prüfungsrelevanz) der Lehrveranstaltungen in das Curriculum der Ausbildungsstätte erhoben wurden haben ergeben, dass das zu vermittelnde Wissen gleich häufig sowohl in den theoretischen und praktischen Unterrichtseinheiten in der Schule als auch in der praktischen Ausbildung am Krankenbett vermittelt werden (vgl. Abb.Pfl.9, Pfl.10).

Abb. Pfl.9: Quantitative und qualitative Verteilung der Lehrveranstaltungen bezogen auf den theoretisch-praktischen Unterricht in der Schule

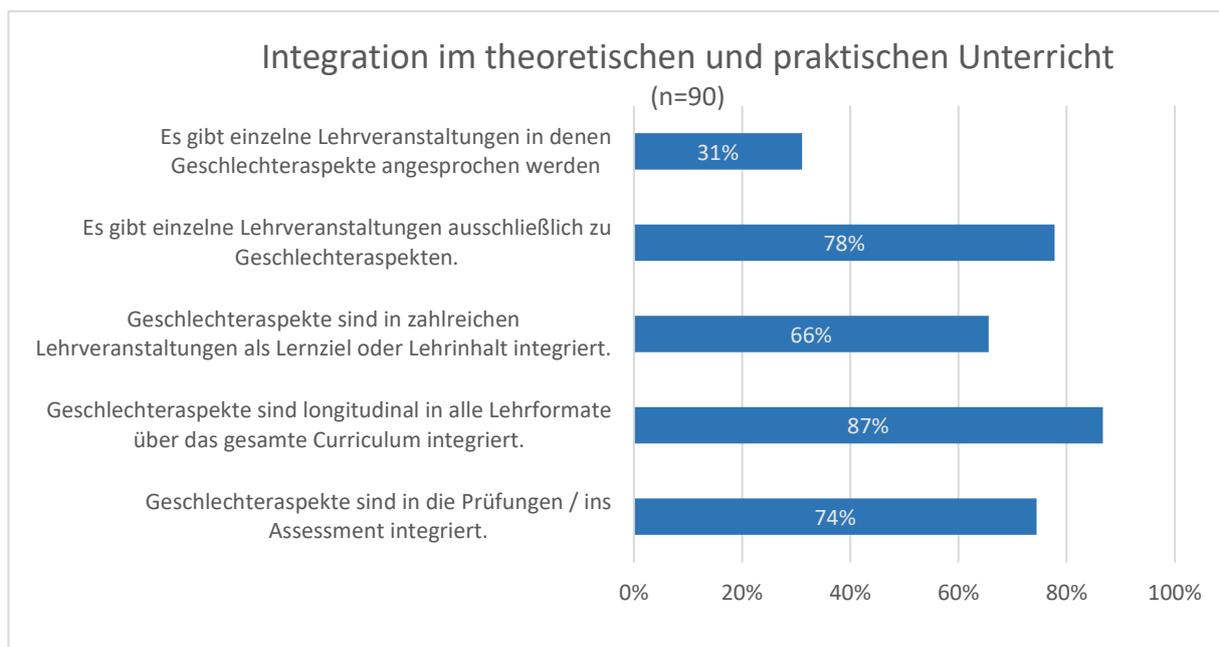
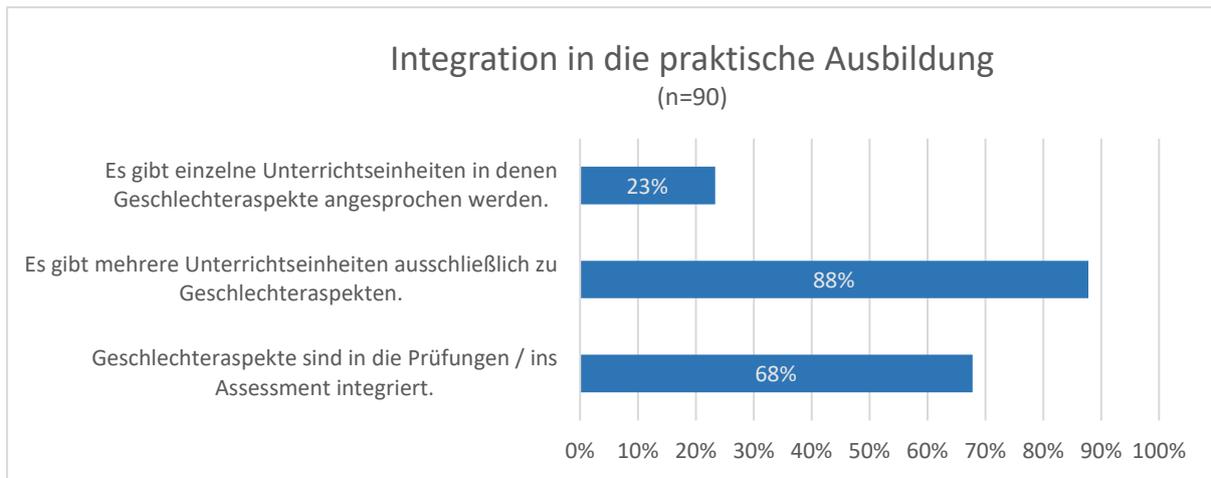


Abb. Pfl.10: Quantitative und qualitative Verteilung der Lehrveranstaltungen bezogen auf die praktische Ausbildung am Krankenbett.



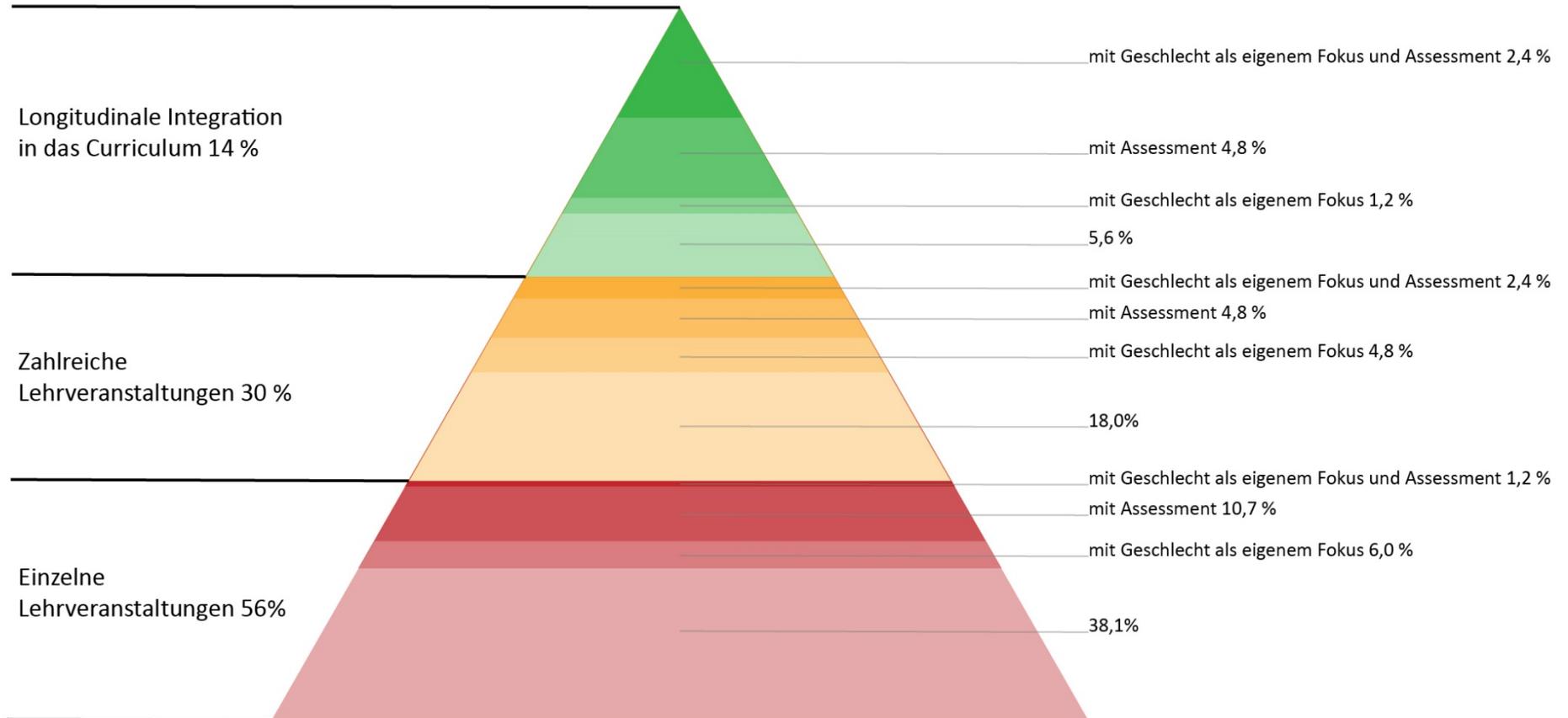
Von 92% der Befragten wird bestätigt, dass die Geschlechteraspekte über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr in die Lehre integriert sind.

Um eine longitudinale Vergleichbarkeit innerhalb der Berufsgruppe und im Vergleich zu den weiteren Gesundheitsberufen herstellen zu können, wurden die erhobenen Daten zu dieser Frage in allen Berufsgruppen einheitlich ausgewertet.

Die Pyramide zeigt in Rot, dass die Integration der Geschlechteraspekte und der Geschlechtersensibilität in 56% der Schulen nicht über einzelne Lehrveranstaltungen hinaus kommt. In 14% der Ausbildungsstätten ist das Geschlechterwissen longitudinal in das Curriculum integriert und 2,4% der Befragten haben angegeben, dass bereits eine vollständige Integration gelungen ist mit Lehrveranstaltungen, die ausschließlich Geschlecht als Fokus der Lehrveranstaltung haben und Inhalte vermitteln, die auch Gegenstand der Prüfung sind (vgl. Abb.Pfl.11).

Abb. Pfl.11: Integrationsniveau: Das Integrationsniveau von Geschlechteraspekten/-sensibilität nach der Quantität und Qualität der angebotenen Lehrveranstaltungen. Veranstaltungen mit Geschlecht als eigenem Fokus und als prüfungsrelevantes Wissen bilden qualitativ das höchste Niveau

## Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten in der Gesundheits- und Krankenpflege (n=84)

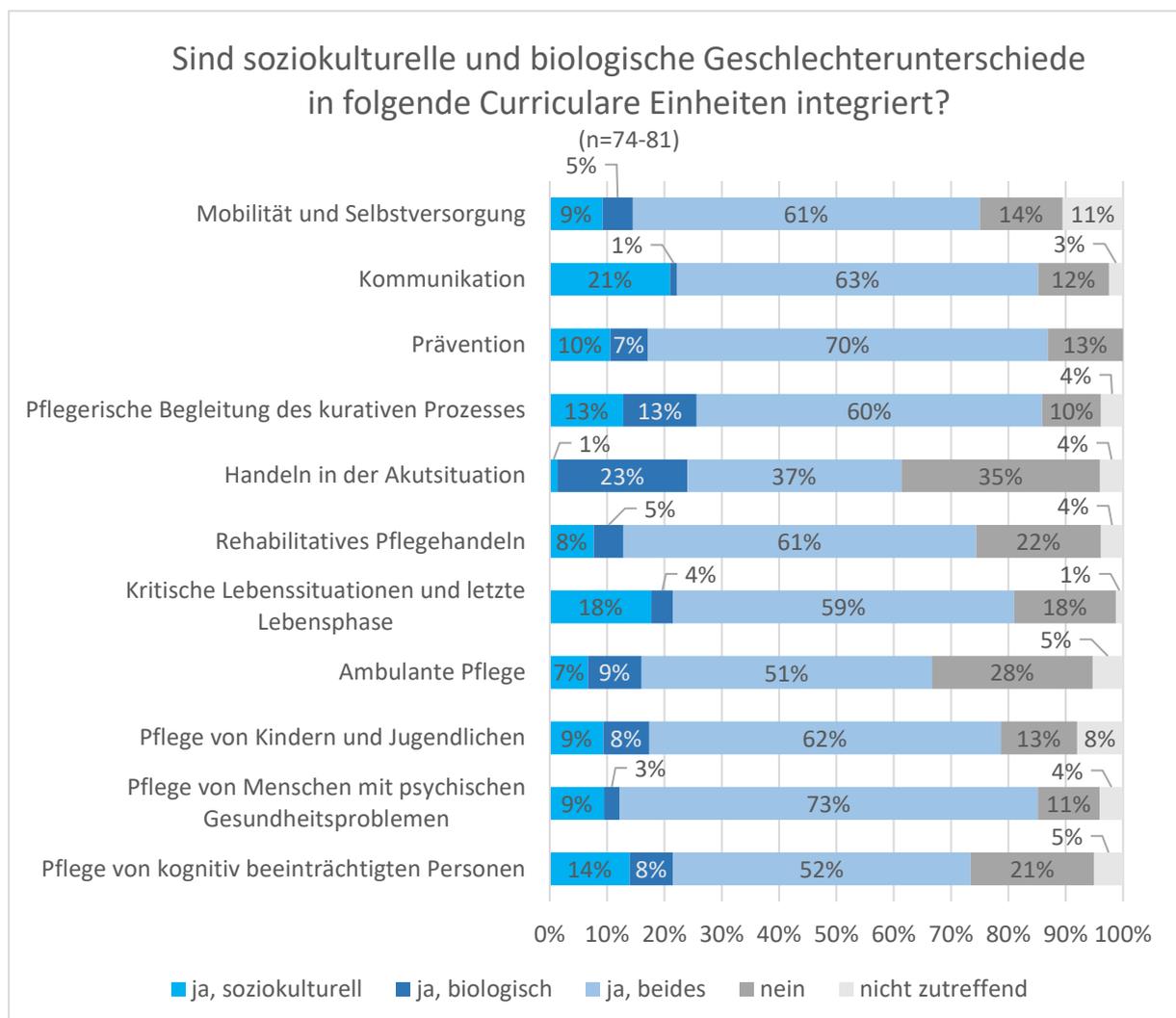


### 3.3.7 Inhaltliche Integration von Geschlechtersensiblen Wissen

Um die Lehr- und Lerninhalte zu erfassen, in denen geschlechtersensibles Wissen integriert ist, wurde nach den großen Themenkomplexen, die in den curricularen Einheiten (CE 01- CE 11) des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach §53 des PflBRefG [Rahmenpläne §53 PflBG, 2017] genannt sind, gefragt.

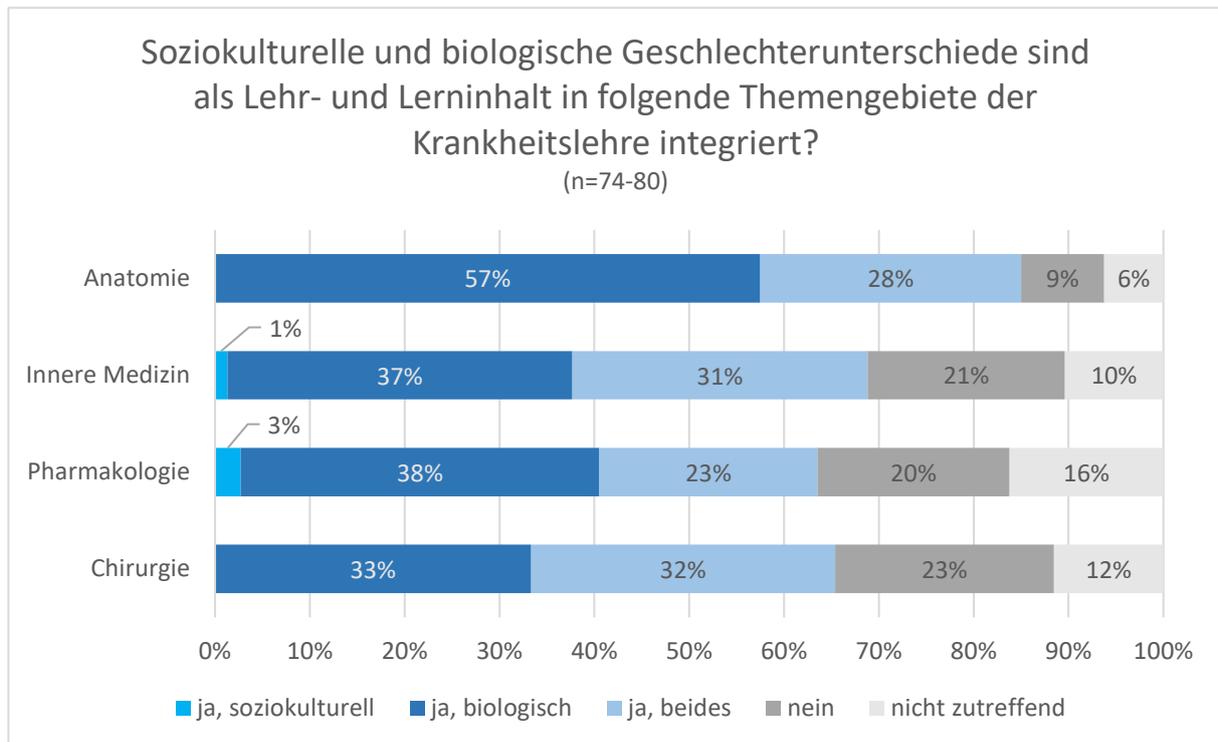
Die zusätzliche Unterscheidung, ob es sich eher um Inhalte handelt, die mit dem biologischen Geschlecht „sex“ in Verbindung gebracht werden oder den Einfluss des soziokulturellen Geschlechts „gender“ auf die Krankheitsentstehung abbilden, verdeutlicht in den Antworten, dass beides oft nicht voneinander getrennt werden kann. Die Daten zeigen auch, dass von den Schulleiter\*innen überwiegend beides mitgedacht wird sowohl die biologischen als auch die soziokulturellen Unterschiede. Im Durchschnitt haben 22% der Befragten geantwortet, dass in den genannten Themenkomplexen Geschlechteraspekte nicht integriert sind (vgl. Abb.Pfl.12).

Abb. Pfl.12: Inhalt curriculare Einheiten: Integration von Lehrinhalten in die einzelnen curricularen Themenfelder, zusätzlich differenziert nach dem Bezug zum biologischen und/ oder soziokulturellen Geschlecht.



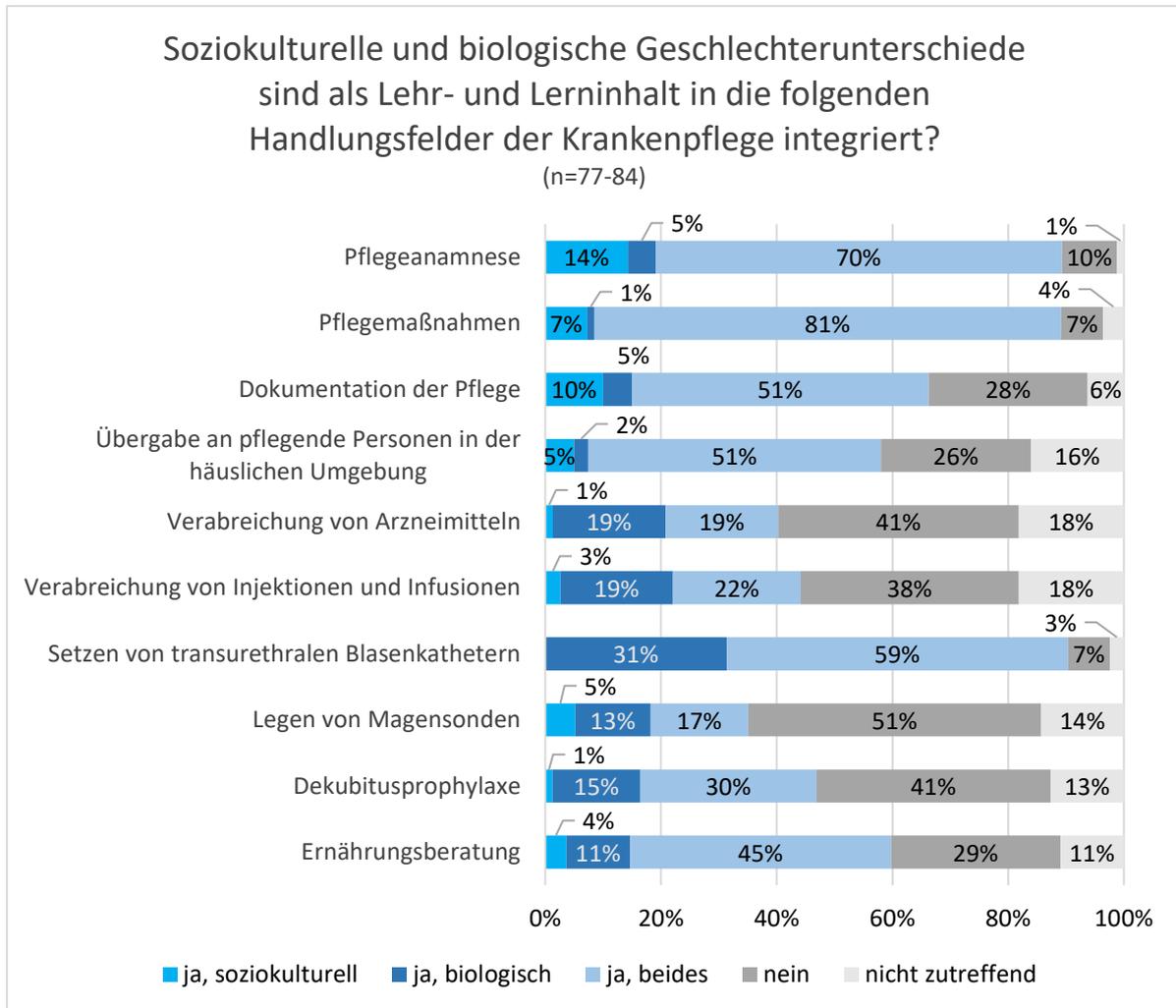
Die Befragten geben zu 86% die Integration von Wissen zu Geschlechterunterschieden in der Krankheitslehre an. Für die Pharmakologie können dieses nur 64% der Schulleiter\*innen bestätigen. In dem Fach Chirurgie werden keine soziokulturellen Geschlechteraspekte unterrichtet (vgl. Abb.Pfl.13).

Abb. Pfl.13: Inhalt Krankheitslehre: Integration von Lehrinhalten in die medizinischen Fächer, die das Wissen zur Anatomie und zur Krankheitslehre vermitteln, getrennt nach dem Bezug zum biologischen und/ oder soziokulturellen Geschlecht.



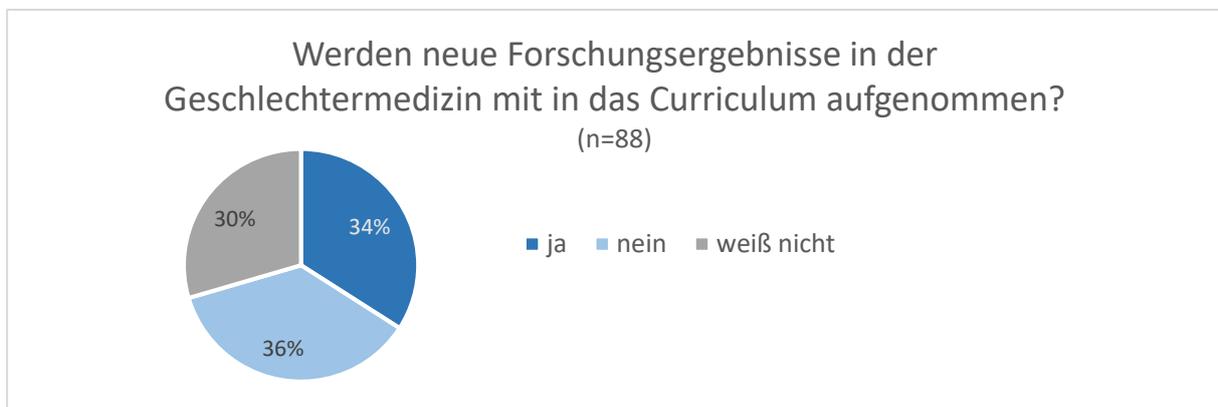
Die Befragung zu den relevanten und alltäglichen Handlungsfelder im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege zeigt, dass sowohl die soziokulturellen als auch die biologischen Geschlechteraspekte einen sehr hohen Stellenwert haben bei der Pflegeanamnese und den Pflegemaßnahmen der Grundpflege. Bereits bei der Dokumentation und der Übergabe an die Personen, die die häusliche Pflege übernehmen werden die Geschlechterunterschiede nur noch in 51% der Schulen unterrichtet. Bei den Maßnahmen der Behandlungspflege wie der Verabreichung von Arzneimitteln und Anlegen von Infusionen werden Lerninhalte zu Geschlechteraspekten nur von 20% der Befragten angegeben (vgl. Abb.Pfl.14).

Abb. Pfl.14: Inhalt Handlungsfelder Krankenpflege: Integration von Lehrinhalten in die alltäglichen Handlungsfelder im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, getrennt nach dem Bezug zum biologischen und/ oder soziokulturellen Geschlecht.



Die Aktualisierung der Lehr- und Lerninhalte aufgrund von neuen Forschungserkenntnissen, erfolgt nur an 34% der Schulen, 30% der Schulleiter\*innen wissen es nicht, ob die Lehrenden diese berücksichtigen (vgl. Abb.Pfl.15).

Abb. Pfl.15: Forschungsergebnisse: Integration von neuen Forschungsergebnissen zu Geschlechterunterschieden/ zur Gendermedizin in das Curriculum in der eigenen Einrichtung.

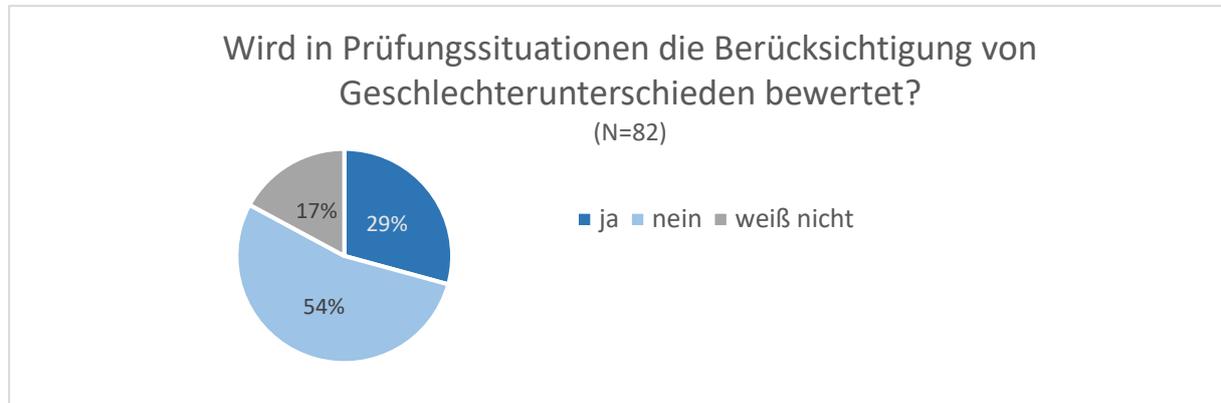


### 3.3.8 Prüfungsrelevanz

Geschlechtersensibles Wissen sollte unabdingbar in der Prüfung bewertet werden, nicht zuletzt um den größten Anreiz zur Wissensaufnahme bei einem großen Teil der Lernenden zu nutzen.

Nur 30% der Schulen nutzen zurzeit die Prüfungssituation, um das erlernte geschlechtersensible Wissen zu beurteilen (vgl. Abb.Pfl.16).

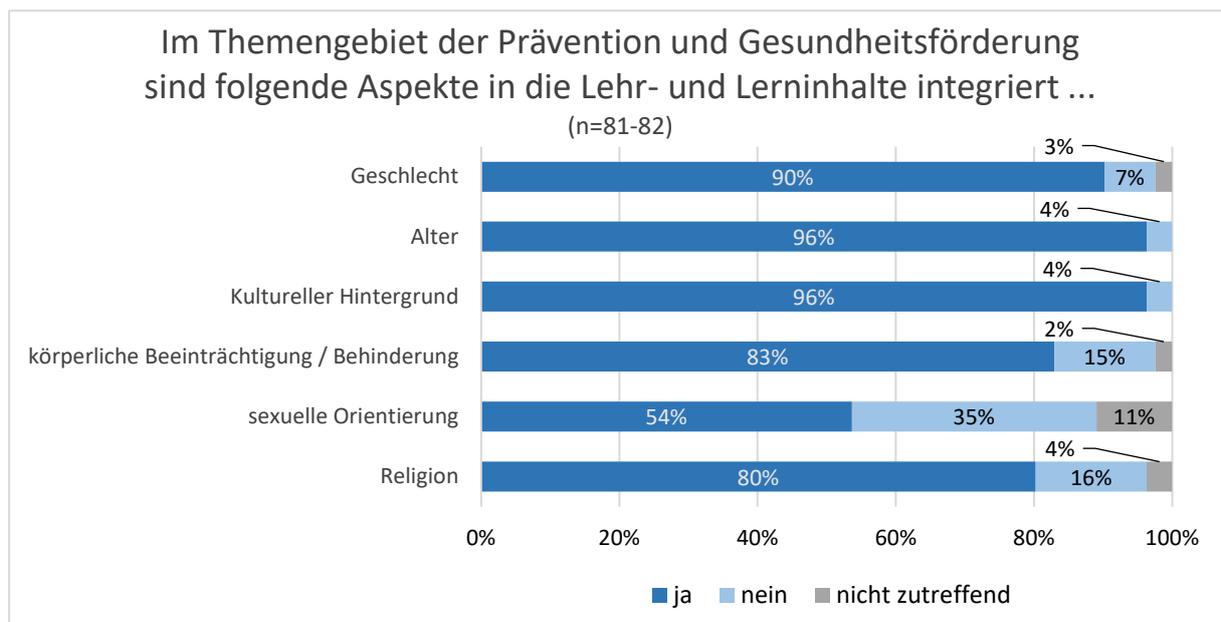
Abb. Pfl.16: Prüfungsrelevanz: Bewertung von geschlechtersensiblem Wissen in der Prüfung.



### 3.3.9 Prävention und Gesundheitsförderung

Bei der systematischen Präventions- und Gesundheitsförderung sind neben dem Wissen zu den Geschlechterunterschieden noch andere Determinanten insbesondere zur Diversität wichtig und Gegenstand der Gesundheits-, Kranken und Kinderkrankenpflege Ausbildung. Alter, kultureller Hintergrund und Geschlecht werden von mindestens 90% der Schulleiter\*innen genannt (vgl. Abb.Pfl.17).

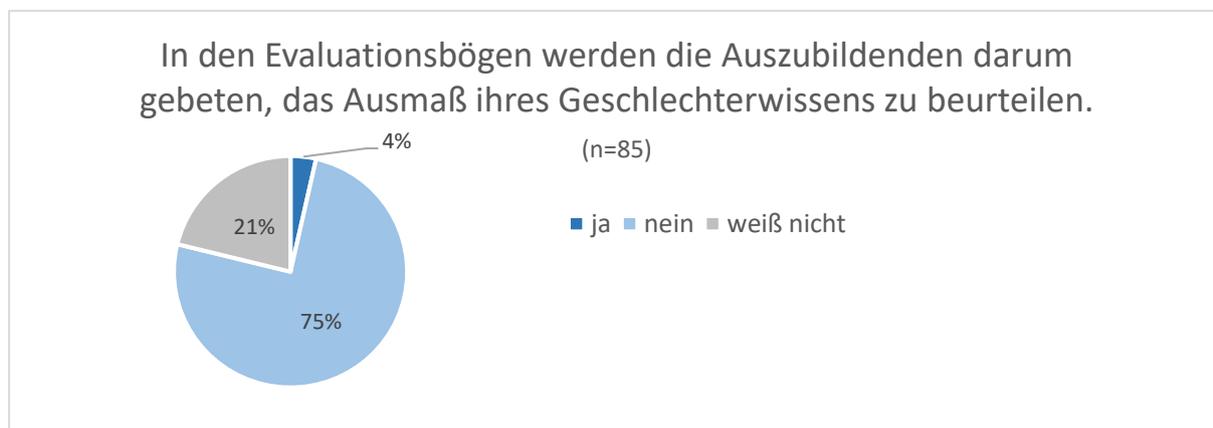
Abb. Pfl.17: Prävention: Integration von Lehrinhalten zu Determinanten, die einen Einfluss auf die Themen Prävention und Gesundheitsförderung haben.



### 3.3.10 Evaluation

Die Evaluation der Lehr- und Lerninhalte durch die Lernenden dient zur eigenen Reflexion und den Schulleiter\*innen als Feedback. Die Frage zu dem eigenen Ausmaß zu Geschlechter- oder Diversitätswissen fehlt in den Evaluationsbögen bei mindestens 75% der Ausbildungseinrichtungen (vgl. Abb.Pfl.18).

Abb. Pfl.18: Evaluation: Selbstreflexion der Auszubildenden durch Beurteilung des eigenen Geschlechterwissens durch Fragen in Bögen zur Evaluation des Unterrichts.



### 3.3.11 Ergebnisse der offenen Fragen

Unter der Voraussetzung, dass bereits geschlechtersensible Lehrinhalte in das Curriculum implementiert worden sind, wurde nach **begünstigenden Faktoren** gefragt, die den Schulleiter\*innen hilfreich gewesen sind bei der Integration der Geschlechteraspekte in das Curriculum (Tabelle 1).

Tabelle: 1

<b>Richtlinien/ Gesetze:</b>	Pflegeberufegesetz und Rahmenlehrplan
	Gestaltung eines generalistischen Curriculums
	Seit 01.01.2020 curriculare Integration der Geschlechteraspekte möglich
	Integratives Curriculum, d.h. Auszubildende der GKP und GKKP lernen gemeinsam in einem Kurs
<b>Institutionelle Struktur:</b>	Vorgaben aus dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)
	Parität von weiblichen und männlichen Mitarbeitenden
	Diversität im Schulteam
	besseres berufliches Selbstverständnis
<b>Gesellschaft:</b>	Zeit im Lehrplan dafür berücksichtigen und integrieren
	Integration in die Bewertung der Wichtigkeit, auch durch den Träger der Pflegeschule
	zunehmende öffentliche Diskussion zur Thematik der Diversität
	zunehmend selbstbewusste Patient*innen, die ihre Grenzen klar aufzeigen
<b>Ausmaß der Integration:</b>	allgemeine gesellschaftliche Diskussion zur Wertschätzung der geschlechtersensiblen Pflege
	Transparenz / Offenheit
	Lehrer und Schüler, die offen mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen
	Pflegepädagogin mit Weiterbildung zur Sexualpädagogin
	Planung und Umsetzung einer individuellen Pflege
	Pflege kann grundsätzlich nur individuell an den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtet geleistet werden
Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Lernsituationen die exemplarische Situationen aufzeigen  
 Masterarbeit zum Thema

Es wurde nach **Hürden und Barrieren** gefragt, die eine Integration von Geschlechteraspekten in ein Curriculum bisher erschwert haben (Tabelle 2).

Tabelle: 2

<b>Richtlinien/ Gesetze:</b>	Keine konkrete Aufforderung und Sicherung der Thematik
<b>Institutionelle Struktur:</b>	Institutionelle Faktoren (Zeit, Relevanz in der Institution nicht erkannt) zu wenig Zeit Fehlendes Wissen bei den Lehrenden Verantwortliche haben kein Wissen zu Geschlechteraspekten Traditionelle Vorstellungen bei älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mangelnde Offenheit oder Gesprächsbereitschaft der Auszubildenden
<b>Gesellschaft:</b>	religiöse Strömungen, die Sexualität in jeglicher Hinsicht tabuisieren und "typische" Geschlechterrollen nicht zur Diskussion stellen Komplizierte oder/und ungeklärte einheitliche Schreibweise, erschwerte Lesbarkeit von Texten z.B. Patient*innen, Neue Wortfindungen z.B. Lernende, Lehrende, vermehrte Nutzung von PflegeKRAFT (klingt zu physikalisch) die hohe Arbeitsbelastung in der Praxis, die eine individuell ausgerichtete Pflege in eine schnell zu erledigende Pflege umwandelt
<b>Ausmaß der Integration:</b>	Wissen zu den Themen geschlechtlicher Vielfalt im Kollegium eher wenig ausgeprägt, "Wozu? Das ist doch heute kein Thema mehr!" Recherchen zu aktuellen Ergebnissen der Genderforschung sind in Pflegeschulen nicht verfügbar, da Datenbanken nicht zugänglich sind. Hier wäre eine frei verfügbare Informationsquelle hilfreich

**Maßnahmen**, die zur **Unterstützung** der Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum unserer Einrichtung/Schule wünschenswert wären zeigt Tabelle 3.

Tabelle: 3

<b>Richtlinien/ Gesetze:</b>	Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in Prüfungen Thema effektiver und nachhaltiger im Curriculum integrieren, statt nur punktuell einzeln aufzugreifen
<b>Institutionelle Struktur:</b>	Offenheit die Offenheit muss von den einzelnen Lehrenden kommen Hausinterne Kampagne zur Geschlechtersensibilität Weiterbildung für alle Kolleg*innen Aktuelle Auseinandersetzung im Lehrer*innen Team mehr Stundenanteile
<b>Gesellschaft:</b>	Offenheit Information, Beratung, Austausch Netzwerke bilden und implementieren
<b>Ausmaß der Integration:</b>	Begleitmaterialien, wie z.B. Fachartikel, Videosequenzen (Fallbeschreibungen bzw. Darstellungen) Fortbildung zu diesem Thema Gezieltere Infos ein für den Unterricht geeignetes Modul zu diesem Thema

### **3.4 Dokumentenanalyse**

Die Dokumentenanalyse diente zu Beginn des Projektes zur Erstellung der Fragen, um den Istzustand der Implementierung und Nachhaltigkeit von geschlechtersensiblen Wissen bezogen auf die Ausbildungsinhalte adäquat zu erfassen. Dazu wurde die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003, der Rahmenlehrplan nach §53 der Fachkommission (2019) und exemplarisch die Länderrichtlinie aus Nordrhein Westfalen (2003) analysiert. Die Länderrichtlinie NRW ist die am häufigsten verwendete Richtlinie in der Bundesrepublik. Diese diente auch als Vorlage für die Arbeit der Fachkommission und wurde bis 2019 für die Ausbildung z.B. an der Gesundheitsakademie der Charité-Universitätsmedizin Berlin genutzt.

Die Analyse der Lehrformate und der Methodenwahl in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, die bisher genutzt worden sind, werden mit den Ergebnissen der Umfrage verglichen, um mögliche neue Impulse für die flächendeckende Implementierung der gendermedizinischen Inhalte in die Curricula der einzelnen Ausbildungsstätten zu erkennen, zu bewerten und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

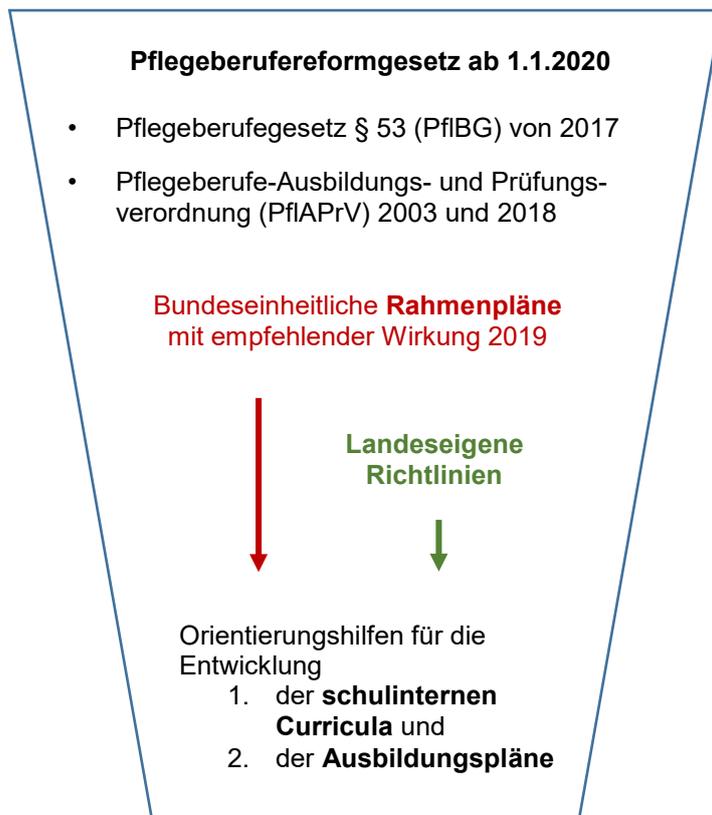
Eine gute Lehre muss solides Basiswissen vermitteln und darüber hinaus aktuelle Themen und Forschungsergebnisse in das vorhandene Curriculum integrieren können. Dieser Prozess der regelmäßigen Aktualisierung der Lehrinhalte und Lehrformate ist eine große Herausforderung für jede Schulleitung. Der Umfang der zur Verfügung stehenden Wissensquellen, um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist zurzeit begrenzt. Hilfreich erscheinen Strukturen wie die Forschungsdatenbank der Stiftung ZQP [ZQP Forschungsdatenbank] zu sein und Printmedien wie das Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis [J für Pflegewissenschaft]. Die Suche nach abgeschlossenen Studien zum Thema Genderwissen und Pflege in der Forschungsdatenbank ergab n=6. Weitere Datenbanken zum Thema Gender in der Pflege stehen zur Verfügung, könnten aber noch deutlich erweitert werden. Z.B. Bibnet.org (n= 43), die überwiegend deutschsprachige Artikel aus der Schweiz, Deutschland und Österreich beinhaltet, richtet sich interdisziplinär an Tätige im Gesundheitswesen. [Literaturdatenbank des Gesundheitswesens, <https://bibnet.org/>].

Durch die Akademisierung der Pflegeberufe wird sich hier in Zukunft wahrscheinlich viel verbessern, dadurch dass sehr viel mehr Studien durchgeführt werden und damit der Zugang zum Wissen erleichtert wird.

Bis heute sind die Schulleitungen und Lehrenden auf die Wissensquellen der einzelnen Disziplinen wie Humanmedizin einschließlich Gerontologie und Geriatrie, Soziologie, Psychologie und weitere angewiesen.

Sichtbar wird dieses Defizit an geschlechtersensiblen Wissen in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheits- und Krankenpflegenden auch an der Tatsache, dass aktuell geschlechterspezifische Angebote in Pflegeeinrichtungen nur wenig verbreitet sind. Bestehende Angebote orientieren sich an traditionellen Rollenbildern. [Teubner et. al. 2016].

Abb. Pfl.19: Gesetzliche Vorgaben zur dreijährigen Berufsausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann. Seit dem 01. Januar 2020 ist die Pflegeausbildung generalistisch ausgerichtet.



### 3.4.1 Analyse der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003

In der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung werden in Anlage 1 Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts definiert und der Stundenzahl zugeordnet. Auf den theoretischen Anteil der Ausbildung entfallen 2100 Stunden. Die Wissensgrundlagen werden eingeteilt in 1. pflegerelevante Kenntnisse zu den Pflege- und Gesundheitswissenschaften (950 Stunden), 2. Naturwissenschaften und Medizin (500 Stunden), 3. Geistes- und Sozialwissenschaften (300 Stunden) und 4. pflegerelevante Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft (150 Stunden). Zur freien Verteilung steht eine Reserve von 200 Stunden zur Verfügung. Auf die praktischen Einsätze in der Ausbildung entfallen 2500 Stunden. Stationäre Einsätze in kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten der Fachdisziplinen Innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie und Wochen- und Neugeborenenpflege, sind mit 800 Stunden geplant. Weitere 500 Stunden stehen für die Ausbildung in der ambulanten Versorgung zur Verfügung und 700 Stunden entfallen in einen Differenzierungsbereich. Stationäre Pflege in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Psychiatrie ist wahlweise möglich, bei der Gesundheits-, Kinderkrankenpflege sind es Einsatzorte in der Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie und Kinder-, Jugendpsychiatrie. Zur freien Verteilung ist im praktischen Bereich der Ausbildung eine Reserve von 500 Stunden eingeplant. [KrPflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 55 S. 2270, 2003]

Geschlechterspezifische Inhalte sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2003 stark unterrepräsentiert. Ansatzweise lassen sich Formulierungen wie „Einschätzung von Pflegesituationen

entsprechend sozialmedizinischer Sachverhalte, sowie bei der Ausrichtung des Pflegehandelns an Personen- oder gruppenspezifische Aspekten“, finden [KrPflAPrV, Bundesgesetzblatt Nr. 55 S. 2268-2270, 2003].

### **3.4.2 Analyse der bundeseinheitlichen Rahmenpläne der Fachkommission von 2019**

Das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) und das, in Artikel 1 des Mantelgesetzes niedergeschriebene, Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2017 wird durch den §53 ergänzt, der den Einsatz einer Fachkommission regelte, um Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht und Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung zu entwickeln. Diese bundeseinheitlichen Rahmenpläne wurden am 1. August 2019 veröffentlicht und haben einen empfehlenden Charakter [PflBRefG, Bundesgesetzblatt Nr. 49, 2017] für die Ausgestaltung der dreijährigen Berufsausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann.

In den Empfehlungen der Fachkommission [Rahmenpläne §53 PflBG, 2017] finden sich Empfehlungen zu geschlechterspezifischen Inhalten an folgenden Stellen: "Grundbegriffe der Epidemiologie und Sozialepidemiologie: soziale Ungleichheiten/ Armut und Gesundheit, Migration/ Kultur und Gesundheit, Geschlecht und Gesundheit" (S.64), Versorgung von "zu pflegenden Menschen ab dem jungen Erwachsenenalter bis zum höheren Lebensalter und mit unterschiedlicher sexueller und geschlechtlicher Identität" (S. 186), "die Pflege als weibliche Tätigkeit und die Pflegeberufe als Frauenberufe" (S. 189), "Lernsituation eines älteren männlichen homosexuellen Paares in der Pflegeberatung ..." (S. 191), "soziologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen psychischer Erkrankungen (z.B Einfluss von Geschlecht)" (S. 237) sowie eine empfohlene Lernsituation zur gesellschaftlichen Reproduktion von Geschlechterbenachteiligung am Beispiel des Pflegeberufs ( S. 191) [Rahmenpläne §53 PflBG, 2017].

In weiteren Lernzielen wird nicht direkt Bezug genommen auf das Geschlecht, sind aber offensichtlich geeignet, um von den Dozierenden geschlechtersensibel unterrichtet zu werden. Beispiele sind: Lernende "verfügen über ein grundlegendes Verständnis zu physischen, psychischen, psychosomatischen Zusammenhängen, die pflegerisches Handeln begründen" (S. 42), Risikoverhalten und Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung (S. 64). [Rahmenpläne §53 PflBG, 2017]

### **3.4.3 Exemplarische Analyse der Ausbildungsrichtlinie aus NRW von 2003**

Die Länderrichtlinien unterscheiden sich untereinander in der Ausformulierung und sind auch nicht in allen Bundesländern vorhanden. Exemplarisch soll an dieser Stelle die Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes NRW analysiert werden. Die Ausbildungsrichtlinien für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in NRW [Ausbildungsrichtlinien NRW, 2003] beinhalten ein häufig genutztes Curriculum, das zur Ausgestaltung von schuleigenen Curricula von mehreren Bundesländern bis 2020 herangezogen wurde. Es bildete auch bis 2019 die Grundlage für das Curriculum der Gesundheitsakademie der Charité im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Länderrichtlinie aus NRW greift zukunftsorientiert die sozialdemographische Entwicklung unserer Gesellschaft auf und in diesem Zusammenhang auch den generalistischen Ansatz, um Pflegekräfte für die Versorgung von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen zu qualifizieren.

Geschlechterspezifische Inhalte sind nur an vier Stellen des Curriculums zu finden. In Lerneinheit I.33 wird "Schmerz in Zusammenhang mit kulturell-gesellschaftlichen, alters- und geschlechtsabhängigen, psychischen und sozialen Faktoren" (S. 55) behandelt. Lerneinheit II.8 beinhaltet die Geschichte der Pflegeberufe und geht auf die Auswirkungen von Ideologien und gesellschaftlichen Machtverhältnissen beispielsweise in der "Aufteilung der Heilkunde in *männliche Medizin* und *weibliche Krankenpflege*" (S. 69) ein. Bei Lerneinheit III.1 ist im Punkt "geschlechtsspezifische- und schichtspezifische Erziehung und Sozialisation" (S. 82) im Hinblick auf die erzieherischen Aufgaben, speziell der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen, ein geschlechterspezifischer Inhalt ansatzweise integriert. In der Lerneinheit IVa.11 zur "Pflege von Patient\*innen mit Störungen der Sexualfunktion oder Erkrankungen der Genitalorgane" (S. 104) wird auch auf die "pharmakotherapeutische Bedeutung von Medikamenten zur Empfängnisverhütung oder gegen Zyklusstörungen" (S. 104) eingegangen [Ausbildungsrichtlinien NRW, 2003].

#### **3.4.4 Lehrformate und Methodenwahl in der Pflegeausbildung**

Grundsätzlich werden drei Lehrformate im Bereich der medizinischen Ausbildung eingesetzt: Vorlesungen (dienen der Vermittlung von Lerninhalten), Seminare (dienen der Stimulation zur eigenständigen Arbeit) und Übungen (dienen Vermittlung praktischer Fähigkeiten) an Demonstrationspuppen u.Ä. in fiktiven Umgebungen des Berufsalltags (z.B. Patientenzimmer). Ergänzend kommen Lehrformate in den medizinisch-, pflegerischen Bereichen hinzu. Hierzu zählen Exkursionen (dienen der Berufsfelderkundung) und die praktischen Einsätze (dienen der Berufsvorbildung und geben Möglichkeit Kenntnisse und Fertigkeiten anzuwenden und zu vertiefen).

Bei den praktischen Einsätzen findet vorrangig die Betreuung der Lernenden durch Praxisanleiter\*innen statt. Übungen können unter realen Bedingungen am Krankenbett erfolgen. Als dritte Komponente wird die Lehre durch virtuelle Lehrformate ergänzt. [Hofer et al. 2020].

Eine der wenigen empirischen didaktisch- methodischen Untersuchungen gibt Aufschluss über häufig genutzte Methoden im Unterricht von Auszubildenden im Bereich Gesundheits-, Krankenpflege. Den Großteil von 45% machen demnach Unterrichtsgespräche aus. 22,2% entfallen auf Partner-, Gruppenarbeiten, gefolgt vom Lehrendenvortrag mit knapp 17%. Nur 3,8% entfallen auf Demonstrationen. Die restlichen knappen 12% können aufgeschlüsselt werden in Moderationen (38,2%), Einzelarbeit (26,4%), Rollenspiele (14,7%), Referate (11,7%), Filmsequenzen (5,8%) und Metakommunikation (2,9%). [Reiber 2010] Nicht aufgeführt werden E-Learning- Formate.

Um die Bestärkung von Geschlechterstereotypen zu verhindern, sollte auch die Ausgestaltung von Lehrmaterial beachtet werden. Dazu zählt die Verwendung nicht sexistischer Sprache sowie die ausgewogene Auswahl weiblich und männlich konnotierter Aufgaben [Hannover 2008].

Vor allem in Berufen des Gesundheitswesens mit vielen Kontakten zu Patient\*innen, wie es in der Pflege der Fall ist, kann ein geschlechtssensibler Sprachgebrauch zu einer diskriminierungsfreien und besseren Versorgung beitragen [Meyer 2015].

### **3.4.5 Weiterbildung von Lehrpersonal**

Spezielle medizinische Themenbereiche der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, die früher häufiger durch Mediziner\*innen unterrichtet wurden, werden heute von Pflege- und Medizinpädagoginnen und Pädagoginnen übernommen. Von Vorteil ist, dass diese Lehrenden Inhalte zur Didaktik in ihrem Studium enthalten haben und die Vermittlung des Wissens auf einer professionell höheren Ebene läuft. Diese didaktische Expertise sollte durch entsprechendes geschlechtersensibles Fachwissen ergänzt werden. Ausführliche und aktuelle Informationen zur didaktischen Weiterbildung sind bereits digital zu finden [FU-Toolbox]. Wichtig für die systematische Integration von Geschlechterwissen ist insbesondere die entsprechende Formulierung von Lernzielen und Kompetenzen. Diese sollten in allen schulinternen Curricula vorhanden sein. Die Rahmenlehrpläne müssten noch stärker vorgeben, dass die Integration des geschlechtersensiblen Wissens Bestandteil der Curricula sein muss. Die Pflege- und Medizinpädagoginnen und -pädagoginnen nutzen die Lernzielstruktur bereits für die Unterrichtsplanung. [Griese 2012]

### **3.5 Diskussion und Handlungsfelder**

Persönliche Kontakte über Telefonate, die sich durch Rückfragen zu dem Projekt ergeben haben, konnten dazu beitragen abweichende Definitionen und Interpretationen der Begriffe Geschlechterwissen, Geschlechteraspekte und Geschlechtersensibilität zu klären. In jedem Curriculum sollte mindestens ein Lernziel zur Propädeutik der in der gendermedizinischen Lehre genutzten Fachbegriffe zu dem Thema Geschlecht und Gesundheit integriert sein. Lehrbücher sollten empfohlen werden, die das Thema umfassend darstellen wie z.B. Handbuch Geschlecht und Gesundheit [Kolip et al. 2016] Die Analyse der Lehrmaterialien, -bücher auch gerade in digitaler Form könnten Gegenstand einer Forschungsarbeit sein.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass nur in 14% der Ausbildungsstätten eine longitudinale Integration von geschlechtersensiblen Wissen stattgefunden hat. In 2.4% der Schulen ist die Integration vollständig abgeschlossen. Zu den Kriterien für Vollständigkeit gehören neben dem Angebot von mehreren Lehrveranstaltungen über das gesamte Curriculum, „Geschlecht“ als eigenen Fokus der Veranstaltungen anzubieten und die vermittelten Inhalte in Prüfungen abzufragen und zu bewerten (Assessment). Die Abbildung „Integrationsniveau“ zeigt eine Pyramidenform. In 56% der Ausbildungsstätten werden in einzelnen Lehrveranstaltungen die Geschlechteraspekte angesprochen. Dieses Integrationsniveau ist als „niedrig“ zu bewerten. Das Erlangen eines ausreichenden Kenntnisstandes, um die Vorteile der geschlechtersensiblen Pflege in eigenes Handeln umsetzen zu können oder Problemfelder zu erkennen und zu lösen, ist nicht gegeben. In 30% der Ausbildungsstätten wird ein mittleres Integrationsniveau erreicht. Es ist davon auszugehen, dass hier bereits eine erhöhte Awareness vorliegt und mit Überwinden einiger Hürden, ein hohes Niveau in naher Zukunft erreicht werden kann.

***Im Folgenden werden einige Ergebnisse im Detail dargestellt, von denen am ehesten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können:***

Trotz bundeseinheitlicher Rahmenrichtlinien bleibt es den Ländern bzw. den Schulen überlassen, welche Schwerpunkte diese auf curricularer Ebene setzen. Daher kommt der Person, Gruppe oder

Gremium eine besondere Rolle zu, die für die Implementierung der Lehrinhalte in das schulinterne Curriculum und deren Nachhaltigkeit verantwortlich zeichnet. In Deutschland sind dieses zu 80% die Lehrenden selbst, weit weniger mit nur 31% wird eine Curriculums Kommission genannt. Aus dem Prozess der Implementierung der gendermedizinischen Inhalte im Humanmedizinstudium ist bekannt, dass sich eine hauptamtlich beschäftigte Person als sehr hilfreich erwiesen hat und es innerhalb von 5 Jahren zu einer vollständigen longitudinalen Integration gekommen ist [Ludwig 2015 und 2020]. Dieses zurzeit favorisierte Konzept wird an den Ausbildungsstätten der Pflegeberufe nur zu 8% umgesetzt.

Die Hürden scheinen eher in einer fehlenden Finanzierung oder Strukturvorgabe zu liegen als am Relevanzempfinden der Schulleiter\*innen. Dieses ist enorm hoch mit 95% bzw. 98%. Sie bewerteten die Vermittlung von Geschlechterwissen, Geschlechtersensibilität und Diversitätsaspekten (Kultur, sexuelle Orientierung, Religion) als „wichtig“ oder „eher wichtig“ für den Beruf als Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenschwester\*in. Dieser hohe Anspruch und Relevanzempfinden könnten u.a. daran liegen, dass sowohl der Anteil der Frauen bei den Dozierenden (79% der Schulen) und den Auszubildenden (99%) deutlich höher liegt im Vergleich zu den Männern. Die Ausbildung zu den Pflegeberufen ist weiterhin sehr stark weiblich geprägt.

Es ist bekannt, dass gemischte Teams mit einem Anteil von Mitarbeitenden mit diversem Hintergrund erfolgreicher sind als Teams, die nur aus einem Geschlecht bestehen. Hier ist zu empfehlen, Bedürfnisse zu eruieren und Maßnahmen einzuleiten, die den Anteil der männlichen Pflegenden erhöhen. Pflegeforschungsthemen, die Pflegeprozessorganisation, die Anwendung der Lehrformate und viele Teilbereiche mehr würden möglicherweise eine Ausweitung erfahren und Schwerpunkte sich verlagern.

Bei dem Einsatz der Unterrichtsformate und -materialien dominieren zurzeit noch die Fallbesprechungen anhand von Fallvignetten, die von 78% der Schulleiter\*innen genannt werden als geeignetes Unterrichtsmaterial, um die Geschlechteraspekte und das Geschlechterwissen zu vermitteln. Audiovisuelle Medien wie Kurzvideos werden sehr viel seltener eingesetzt und eLearning Formate nur von 4% der Schulen. Gerade die Geschlechterunterschiede und die unterschiedliche Kommunikation im Patient\*innen- Ärzt\*innen und Patient\*innen- Pfleger\*innen Setting sind audiovisuell besonders gut zu vermitteln, so dass der Ansatz der Fallbesprechungen durch erklärende Videos ergänzt werden könnte. Auch wenn der Anteil an digitalen Lehrtools möglicherweise durch die Pandemiezeit zugenommen hat, so ist eine qualitativ hochwertige eLearning Didaktik mit sehr viel mehr Zeit und Kosten verbunden. Handlungsempfehlungen beziehen sich erst einmal darauf das vorhandene Material aus den nahe liegenden Wissenschaften wie Medizin, Biologie, Soziologie, Psychologie und Didaktik zu sichten und einen spezifischen Teil den Auszubildenden in der Pflege zur Verfügung zu stellen. Über die Möglichkeit online kooperativ mit den Dozierenden in Kontakt zu treten, können die Bedürfnisse der Lernenden und die Identifikation von thematischen Lücken und Wünschen in einem nächsten Schritt umgesetzt werden. Möglicherweise gibt es gut qualifizierte Dozierende aus der Pflege- und Medizinpädagogik und Pflegewissenschaft die dieses Feld bereits vorangetrieben haben.

Die Fragen zur inhaltlichen Integration von Lehreinheiten in die modularen Themenkomplexe des Rahmenlehrplans der Fachkommission nach §53, haben ein einheitliches Bild gegeben. Die Geschlechteraspekte werden in jedem der genannten Themenbereiche berücksichtigt. Zwischen 60%

und 70% der Befragten nannten, dass sowohl die biologischen als auch die soziokulturellen Geschlechterunterschiede implementiert sind. Die wenigsten geschlechtersensiblen Lehrinhalte werden beim „Handeln in Akutsituationen“, „ambulante Pflege“ und bei „kognitiv beeinträchtigten Personen“ genannt.

Diese Themengebiete Notfallmedizin und Demenzerkrankungen sind auch in der Gendermedizin unterrepräsentiert. Ausschreibungen zu spezifischen Inhalten könnten sich in Zukunft u.a. mit den genannten Themen beschäftigen. Die ambulante Pflege in einem größeren Ausmaß aufzuwerten erscheint nicht nur sinnvoll bezüglich der Integration von geschlechtersensiblen Inhalten, sondern auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung. Bei anhaltenden Friedenszeiten wird der Anteil der Männer, die ein hohes und sehr hohes Alter erreichen, steigen. Analog der umfassenden Aufwertung der Allgemeinmedizin, sollte die Aufwertung und Professionalisierung der ambulanten Pflege vorangetrieben werden.

In den medizinischen Fächern überwiegt das Wissen in Anatomie, innerer Medizin und Chirurgie. Weniger geschlechtersensible Inhalte werden in der Pharmakologie unterrichtet und in der Chirurgie werden bisher keine soziokulturellen Einflüsse gelehrt. Ein ähnliches Ergebnis zeigen die Handlungsfelder der Pflege. Die Behandlungspflege wie das Verabreichen von Arzneimitteln und das Legen von Infusionen, Magensonden aber auch die Dekubitusprophylaxe werden genannt, bei denen in 41% der Schulen keine Geschlechteraspekte berücksichtigt werden. Gerade die Wundentstehung und Versorgung wie bei der Dekubitusprophylaxe sind Themen, die ein großes Potential für Geschlechterunterschiede in sich haben. Kenntnisse aus der Gendermedizin und der Physiotherapie könnten in die Pflegeausbildung integriert, adaptiert und weiter entwickelt werden.

Interessant ist, dass die Pflegeanamnese von 70% und die Pflegemaßnahmen von 81% der Schulleiter\*innen genannt werden, dass sowohl die soziokulturellen und biologischen Geschlechterunterschiede berücksichtigt werden. Bei der Dokumentation der Pflege und der Übergabe an Pflegende in der häuslichen Umgebung, spielt der Geschlechteraspekt eine wesentlich geringere Rolle und wird von 30% der Befragten nicht genannt. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der oben dargestellten Beobachtung, dass die wenigsten gendersensiblen Lehrinhalte im Bereich der ambulanten Pflege verankert sind. Die Kontinuität des Informationsflusses ist oft eine große Herausforderung. Strukturen wie Vorgaben zur Integration von Geschlechteraspekten in die Rahmenlehrpläne über alle Handlungsfelder hinweg von der theoretisch-praktischen Ausbildung in der Schule, der praktischen Ausbildung am Krankenbett bis zur ambulanten Pflege, würden dem translationalen Gedanken folgen und eine Umsetzung der theoretischen Kenntnisse in die Praxis ermöglichen und umgekehrt.

Im Bereich der praktischen Ausbildung wird von 88% der Befragten genannt, dass mehrere Unterrichtseinheiten mit dem Schwerpunkt Geschlechteraspekte integriert sind. Prüfungsrelevant sind diese allerdings nur bei 68% der Ausbildungsstätten. Das Ausmaß wird vermutlich stark vom jeweiligen Einsatzort der Praxis abhängig sein. Eine Dokumentenanalyse zu den praktischen Einsätzen der Auszubildenden war im zeitlichen Rahmen dieses Gutachtens nicht möglich.

Die praktischen Handlungsanweisungen sind eine Hilfestellung bei der praktischen Ausbildung auf den Stationen und damit relevant für die tägliche Arbeit am Krankenbett. Mit 38% ist hier das Integrationsniveau niedrig. Eine Überarbeitung der Handlungsanweisungen mit Integration der

Geschlechteraspekte würde für eine breite Anwendung der Maßnahmen sorgen und zusätzlich als Grundlage für die Erstellung der Prüfungsfragen dienen.

An den befragten Schulen existieren für die Auszubildenden zu 75% keine Evaluationsbögen zur Beurteilung Ihres Geschlechterwissens und damit einer Gelegenheit zur Selbstreflexion. Unter der Voraussetzung, dass der Evaluationsbogen nicht zu lang sein sollte, wird jedoch empfohlen mindestens die Frage nach der Geschlechter- und Diversitätssensibilität von Lehrenden und Praxisanleiter\*innen in die Evaluation mit aufzunehmen.

Zusätzlich zu den oben empfohlenen Strukturvorgaben sollte die Ausarbeitung der Lernziele mit Verankerung geschlechtersensibler Inhalte in den schulinternen Curricula mit Nachdruck weiter vorangetrieben werden. Bitte sehen Sie zum Stand der Integration die Dokumentenanalyse: „Exemplarische Analyse der Ausbildungsrichtlinie aus NRW von 2003“.

Die Aktualisierung der Lehrinhalte aufgrund neuer Forschungserkenntnisse erfolgt nur an 35% der Schulen. Ob neue Erkenntnisse von den Lehrenden in den Unterricht integriert werden wissen 27% der Schulleiter\*innen nicht.

### **Handlungsfelder im Überblick:**

#### **Strukturelle verbindliche Vorgaben**

- Die **Rahmenrichtlinie** sollte vorgeben, dass die Integration von geschlechtersensiblen Lehrinhalten Bestandteil der Curricula sein muss. Günstiger Zeitpunkt aufgrund der aktuellen Modifizierungen der Curricula im Rahmen der Anpassung an die Generalistik.
- Strukturvorgabe und Finanzierung für **hauptamtlich beschäftigte Person**, die den Prozess der Implementierung der geschlechtersensiblen Inhalte in die Curricula und praktische Ausbildung der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner begleitet. Bisher nur an 8% der Ausbildungsstätten der Pflegeberufe umgesetzt.
- Angebot einer **zentralen Begutachtungsstelle mit Beratung** und Hilfestellung bei der Integration und Umsetzung von geschlechtersensiblen Lernzielen in schulinterne Curricula. Als Anreiz bei erfolgreicher vollständiger Integration Verleihung eines führungsfähigen Titels und Zertifikat für „Geschlechtersensible Lehre“.
- Bei der **Stellenausschreibung** auf Genderkompetenz achten und Vorteile gemischt geschlechtlicher Teams bei der Einstellung von Lehrenden beachten.

#### **Pflegeforschung**

- Umgang mit den Methoden zur Evidenz-basierten Pflegeforschung fördern. Implementierung eines Moduls zum **wissenschaftlichen Arbeiten** in das Curriculum der Ausbildungsberufe. Ein Lernziel muss es sein, die Auszubildenden zu befähigen, Studien hinsichtlich ihrer Geschlechtersensibilität prüfen zu können.
- Ausbau von **Datenbanken**, die für alle Pflegenden zugänglich sind, um Studienergebnisse einfach finden zu können. Es sollte darauf geachtet werden, dass neben der englischen Sprache alle Texte auch auf Deutsch zur Verfügung stehen.
- Ausschreibung von pflegewissenschaftlichen Studien in noch stark **unterrepräsentierten Bereichen geschlechterspezifischer Versorgung** wie z.B. Notfallversorgung, ambulante Pflege, Demenzerkrankungen und die soziokulturellen Aspekte in chirurgischen Fächern. Darauf achten, dass das Wissen auch für die Ausbildungsberufe zugänglich ist.

## **Ausbildung der Lehrenden**

- **Hochschulcurriculare Implementierung** geschlechterspezifischer Inhalte für angehende Lehrende in der Pflegeausbildung. Weiteres Gutachten zum Stand der Integration von Geschlechterwissen in der akademisierten Ausbildung der Lehrkräfte für die Pflegeberufe.
- **Fort-, Weiterbildungsangebote** zu geschlechterspezifischen Inhalten und Geschlechtersensibilität für bereits in der Pflegeausbildung tätige Personen. Aufbau von eLearning Angeboten wie z.B. eGender für Pflegeberufe.
- Zugänglichkeit zu **interprofessionellen Datenbanken**, um vorhandenes Material zu Geschlechterwissen aus den nahe liegenden Wissenschaften wie Medizin, Biologie, Soziologie, Psychologie und Didaktik nutzen zu können.
- Im Rahmen der Anpassung an die Generalistik Ausformulierung der Lehrinhalte in **Grob- und Feinlernziele** und Wissenskategorien. Geschlechtersensible Lernziele können nachhaltig und prüfungsrelevant implementiert werden. Aufgabe der Hochschulen, die akademisierte Studiengänge wie Bachelor und Master anbieten.
- In jedem Curriculum sollte mindestens ein **Lernziel zur Propädeutik** der in der gendermedizinischen Lehre genutzten Fachbegriffe zu dem Thema Geschlecht und Gesundheit integriert sein.
- Lehrmaterialien und Lehrbücher mit **geschlechtssensiblen Sprachgebrauch** identifizieren und nutzen, um zu einer diskriminierungsfreien Lehre und Versorgung beizutragen.

## **Nachhaltigkeit**

- Verbindliche Integration der Geschlechteraspekte in alle Lehrformate und Lernfelder der Pflegeausbildung wie den theoretischen, theoretisch-praktischen, praktischen und ambulanten Bereich in Verbindung mit **Anreizsystemen**, wie zusätzlicher Finanzierung und Zertifizierung.
- Regelmäßige **Evaluationsmöglichkeiten** für Lernende, Lehrende und Praxisanleiter\*innen zum aktuellen Stand geschlechterspezifischen Wissens und Geschlechtersensibilität in der Pflegeausbildung. Vorteil der Selbst- und Fremdeinschätzung.
- Schul-, Konzerninterne **Aufklärungskampagnen** zur Relevanz von geschlechterspezifischen Inhalten und Geschlechtersensibilität in der Pflegeausbildung auch im Hinblick auf die Anerkennung des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit und einer Offenheit gegenüber Geschlechterunterschieden und Diversität.
- Gewährleistung, dass Geschlechteraspekte in der schriftlichen und praktischen Prüfung zum **Staatsexamen** enthalten sind und bewertet werden.
- **Aufwertung der ambulanten Pflege** in einem größeren Ausmaß erscheint nicht nur sinnvoll bezüglich der Integration von geschlechtersensiblen Inhalten, sondern auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung.

## **3.6 Zusammenfassung**

Eine systematische vollständige longitudinale Integration von Geschlechterwissen und –sensibilität in das Ausbildungscurriculum der Gesundheits- und Kranken-/ Kinderkrankenpflegeschulen konnte nur in 2,4% der Ausbildungsstätten nachgewiesen werden. Ausgehend von der Hypothese, dass zum heutigen Zeitpunkt bei >50% der Schulen bereits eine vollständige Integration hätte abgeschlossen sein sollen, ergibt sich die Notwendigkeit weitere prozessunterstützende Maßnahmen zu initiieren.

Die Ergebnisse dieser Teilstudie geben Handlungsempfehlungen, die zu einer schnelleren und nachhaltigeren Integration von Geschlechterwissen und –sensibilität unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte in die generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann führen.

Die Tatsache, dass die vollständige Integration bereits in 2,4% gelungen ist und bei 44% der Ausbildungsstätten ein mittleres und hohes Niveau erreicht hat, gibt Anlass zur Annahme, dass dieses

Ziel bei konsequenter Durchführung eines gesteuerten Prozesses, innerhalb von 5-7 Jahren erreicht sein kann. Mit Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Pflege und der Pflege hochbetagter Menschen eine dringliche Aufgabe auch zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

### **3.7 Limitationen**

Regelmäßige Reminder im Abstand von 2 Wochen, Projektflyer zur ausführlichen Information und telefonische Unterstützung konnten die Rücklaufquote nicht weiter erhöhen. Mögliche Gründe für eine Nichtteilnahme ergaben sich aus vor allem aus Mangel an Zeit, personellen Ressourcen der Bildungseinrichtung, aber auch einem Mangel an Wertschätzung für das Thema. Die geringsten Rücklaufquoten waren in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und dem Saarland zu messen, so dass überwiegend „neue“ Bundesländer weniger häufig geantwortet haben. Möglicherweise ist eine Begründung, dass die Sozialisierung bezüglich der Gleichstellung von Frau und Mann in der DDR als wesentlich weiter fortgeschritten empfunden wurde als in den alten Ländern der Bundesrepublik und daher die Thematisierung der Genderaspekte nicht als notwendig erachtet wird.

Die Bitte, Modulhandbücher oder Unterrichtsmaterialien zur Verfügung zu stellen, aus denen Best Practice Beispiele zu Lehrinhalten über Geschlechterunterschiede abzuleiten wären, war nicht erfolgreich. Thematisiert wurde eher, dass bei der Kommunikation auf eine geschlechtergerechte Sprache geachtet wird und die pflegerischen Maßnahmen in Abhängigkeit von der anatomischen Gegebenheit unterschiedlich durchgeführt werden. Auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden einzugehen wird eher auf einer mehr individuellen Ebene gesehen.

### **3.8 Literatur**

AUSBILDUNGSRICHTLINIEN für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW (2003). Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes NRW <https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/ausbildungsrichtlinie%2520krankenpflegeausbildung%2520nrw.pdf>

BUNDESGESETZBLÄTTER

Zuletzt abgerufen unter <https://www.bgbl.de/informationen/ueber-das-bgbl.html> am 20.05.2020

- Pflegeberufegesetz (PflBG) und Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017, Teil 1, Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017

- Altenpflegegesetz (AltPflG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil 1, Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 4. September 2003

- Krankenpflegegesetz (KrPflG), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil 1, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (KrPflAPrV), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil 1, Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003

- Pflegeberufeausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018, Teil 1, Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018

BIBNET.ORG, Literaturlatenbank des Gesundheitswesens. <https://bibnet.org/>

- GRIESE B (2012). Lehr- und Lernziele. Downloadcenter für inspirierte Lehre. Ruhr Universität Bochum <https://dbs-lin.ruhr-uni-bochum.de/lehreladen/planung-durchfuehrung-kompetenzorientierter-lehre/lehr-und-lernziele/funktion-und-wirkungsweise/>
- HANNOVER B (2008). Vom biologischen zum psychologischen Geschlecht: Die Entwicklung von Geschlechtsunterschieden. In A. Renkl (Hrsg.), Lehrbuch Pädagogische Psychologie (S. 339-380). Bern: Hans Huber Verlag. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-92180-8\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-92180-8_10)
- HOFER A, REHATSCHEK H (2020), Lehrveranstaltungsformate, Lehrstrategien und Lehrmethoden, Version 1.8, Medizinische Universität Graz [https://www.medunigraz.at/fileadmin/lehren/planenorganisieren/pdf/Booklet\\_Kurzuebersicht\\_LVformat\\_e.pdf](https://www.medunigraz.at/fileadmin/lehren/planenorganisieren/pdf/Booklet_Kurzuebersicht_LVformat_e.pdf)
- JOURNAL für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, ISSN 1662-3029 <https://www.pflege-wissenschaft.info/online-ausgabe/archiv/archiv>
- KOLIP P, HURRELMANN K (2016). Handbuch Geschlecht und Gesundheit, 2. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. <https://www.hogrefe.de/shop/handbuch-geschlecht-und-gesundheit-71790.html>
- LUDWIG S, OERTELT-PRIGIONE S, KURMEYER C, GROSS M, GRÜTERS-KIESLICH A, REGITZ-ZAGROSEK V, PETERS H (2015). A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. Journal of Women's Health. Dec 2015.996-1005. <http://doi.org/10.1089/jwh.2015.5249>
- LUDWIG S, DETTMER S, PETERS H, KACZMARCZYK G (2016), Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre - Noch in den Kinderschuhen. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113: A 2364-6 <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/113/51/a2364.pdf>
- LUDWIG S, DETTMER S, WURL W, SEELAND U, MAAZ A, PETERS H (2020) Evaluation of curricular relevance and actual integration of sex/gender and cultural competencies by final year medical students: effects of student diversity subgroups and curriculum. *GMS J Med Educ.* 2020;37:Doc19. <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2020-37/zma001312.shtml>
- MEYER G (2015). Empfehlung zur gendergerechten Sprache , Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg [https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/MedizinischeFakultaet/Genderfragen/Medizinische\\_Fakultaet\\_Empfehlung\\_zur\\_gendergerechten\\_Sprache\\_6\\_2015.pdf](https://www.medizin.uni-halle.de/fileadmin/Bereichsordner/MedizinischeFakultaet/Genderfragen/Medizinische_Fakultaet_Empfehlung_zur_gendergerechten_Sprache_6_2015.pdf)
- RAHMENPLÄNE der Fachkommission nach §53 PflBG, 2019 [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst\\_pflgb\\_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf)
- REIBER K (2010). Empirische Befunde zur Unterrichtskultur in der Pflegeausbildung. In: bildungsforschung, 7. Jg., 1/2010, S. 118-131 [https://www.pedocs.de/volltexte/2013/4708/pdf/bf\\_2010\\_1\\_Reiber\\_Unterrichtskultur\\_Pflegeausbildung.pdf](https://www.pedocs.de/volltexte/2013/4708/pdf/bf_2010_1_Reiber_Unterrichtskultur_Pflegeausbildung.pdf)
- TEUBNER C, SULMANN D, LAHNMANN N, SUHR R (2016). Bedürfnisorientierte Angebote und geschlechtsspezifische Aspekte in Pflegeeinrichtungen -Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Einrichtungsleitungen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Ausgabe 8/2016 <https://www.springermedizin.de/beduerfnisorientierte-angebote-und-geschlechtsspezifische-aspekt/11024942>
- TOOLBOX Gender und Diversity in der Lehre, Projekt des Büros der Zentralen Frauenbeauftragten und des Margherita-von-Brentano-Zentrums der Freien Universität Berlin. <https://www.genderdiversitylehre.fu-berlin.de/toolbox/index.html>
- VERZEICHNIS staatlich anerkannter Ausbildungsstätten (2020), LAGESO, Berlin <https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/berufe-im-gesundheitswesen/ausbildung-im-inland/gesundheits-und-krankenpfleger-in/artikel.210253.php>
- ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER PFLEGE (ZQP). Forschungsdatenbank (2020) <https://forschungsdatenbank.zqp.de>

## **4. Dritter Teil Physiotherapie**

### **4.1 Hintergrund**

In Deutschland und weltweit gibt es Bemühungen, Diversitätsaspekte, insbesondere Geschlechteraspekte, in die Gesundheitsprofessionen zu integrieren, dabei lag der Fokus bisher auf der Integration in das Medizinstudium [Verdonk et al. 2018]. Um jedoch eine qualitativ gute, interprofessionelle und intersektorale medizinische und therapeutische Versorgung zu garantieren, ist die Integration von Diversitäts- und Geschlechteraspekten in die Curricula aller Gesundheitsprofessionen notwendig [Ludwig et al. 2020 a,b].

So gab es an medizinischen Fakultäten in Amerika [Miller et al 2013 und 2016] und Kanada [Zelek et al. 1997] bereits mehrere Bemühungen, geschlechtersensible Curricula zu entwickeln [Donoghue et al. 2000].

In Europa wurden Geschlechteraspekte zum Beispiel in Österreich [Hochleitner et al. 2013], Schweden [Hamberg et al. 2008] und den Niederlanden [Verdonk et al. 2005] integriert. So haben Verdonk et al. eine Bewertungsskala für Geschlechtersensibilität entwickelt. Der Prozess der Integration wurde zudem durch ein Positionspapier des Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzt\*innen (CPME) unterstützt, in dem die Bedeutung der Integration von Geschlechteraspekten in die medizinische Ausbildung und die Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung hervorgehoben werden [CPME, 2016]. Das Ziel dieser Studie ist nun zu erheben, ob und in welchem Ausmaß Diversitäts- und Geschlechteraspekte in die Curricula der Physiotherapieausbildung integriert sind.

Die Physiotherapeut\*innen stellen nach den Pflegekräften und Ärzt\*innen die drittgrößte Berufsgruppe in den Gesundheitsberufen dar. Sie haben einen Anteil von rund 59% der Berufe der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde. Im Jahr 2018 gab es in Deutschland insgesamt 240.000 Physiotherapeut\*innen, davon waren 74,6% weiblich (Frauen: 179.000; Männer: 61.000). [Destatis, GPR] Ihnen kommt bei der Prävention und Versorgung von Erkrankungen eine bedeutende Rolle zu. Wissen und Kompetenzen zu Geschlechterunterschieden bei der Prävention, Entstehung und Therapie von Erkrankungen, zur geschlechtersensiblen Kommunikation mit Patient\*innen sowie zu psychosozialen Faktoren sind von großer Bedeutung. Sie haben eine Schlüsselrolle bei der Förderung von selbstbestimmtem gesundheitsorientiertem Verhalten der Patient\*innen. Bewegungstherapie, die direkt in den Alltag der Patient\*innen integriert wird, hat eine nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkung und kann im Sinne der Primärprävention - durch eine verbesserte körperliche Aktivität - Krankheitsrisiken vermindern.

In diesem Kapitel wird der aktuelle Stand der Integration geschlechtersensibler Aspekte in die Physiotherapieausbildung in Deutschland beschrieben. Dabei geht es zum einen um die fachliche Integration von geschlechtersensiblen Inhalten und zum anderen um das curriculare Integrationsniveau und die damit einhergehende strukturelle Verankerung geschlechtersensibler Aspekte. Ziel ist die Ableitung von Empfehlungen zur Förderung der Integration geschlechtersensibler Inhalte in die Physiotherapieausbildung und die Benennung von Handlungsfeldern für die weitere Forschung.

## **4.2 Methode**

### **4.2.1 Rekrutierung**

Mit Hilfe des Deutschen Verbands für Physiotherapie (ZVK) e.V. sowie anhand von systematischen Dokumentenanalysen und Online-Recherchen wurden deutschlandweit die Schulen für Physiotherapie sowie deren Schulleiter\*innen identifiziert. Die Hochschulen, die akademisierte Ausbildungen zur Physiotherapie anbieten, wurden nicht in die Befragung miteinbezogen.

Zur detaillierten Erhebung des Stands der Integration geschlechtersensibler Inhalte in die Ausbildung der Physiotherapie wurde eine Online-Befragung durchgeführt, die an die Schulleiter\*innen verschickt wurde. Hierzu wurden 33,9% (n=97) der 286 Ausbildungseinrichtungen für Physiotherapie für die Stichprobe randomisiert ausgewählt. Die bundeslandspezifischen Stichprobengrößen lagen zwischen 28,6% und 35,7%.

### **4.2.2 Erhebungsmethode**

In einem ersten Schritt wurde eine Dokumentenanalyse durchgeführt, um einen Überblick über die Schulen der Physiotherapieausbildung und erste Hinweise zur Integration geschlechtersensibler Aspekte zu erhalten. Hierzu wurden die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV), vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786) sowie die Rahmenrichtlinien der Bundesländer analysiert (siehe Abschnitt 4.4).

Grundlage für die Datenerhebung bildete eine internetbasierte Befragungsmethode (Online-Umfrage). Genutzt wurde ein CAWI-System (Computer Assisted Web Interviewing) der Firma Questback. Das Online-Umfrage-Tool „Unipark“ wurde zur Umsetzung genutzt. Der Zugang zum Fragebogen erfolgte über eine Internet-Adresse, die eingegebenen Antworten werden direkt auf dem Server gespeichert.

Zwei Wochen vor Versand der Fragebögen wurde die Befragung den Schulleitungen per Email mit dem Projektflyer im Anhang angekündigt. Die Fragebögen wurden am 10.01.2020 verschickt und um Beantwortung der Fragen innerhalb von zwei Wochen gebeten. Zwei Tage vor Ablauf der zweiwöchigen Bearbeitungsfrist wurde eine Erinnerungsmail gesendet. Danach wurde im Abstand von 14 Tagen an die Befragung erinnert. Die Datenbank wurde am 31.03.2020 geschlossen.

### **4.2.3 Fragebogenerstellung**

Der Fragebogen wurde in einem interdisziplinären iterativen Verfahren entwickelt. Als Grundlage für die Entwicklung dienten die Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt zum "Stand der Integration von Inhalten der Geschlechtsspezifischen Medizin an medizinischen Fakultäten in Deutschland" von 2016 [Ludwig 2016] sowie zur Integration von gendermedizinischen Inhalten in den Modellstudiengang Medizin [Ludwig 2015].

Der Fragebogen umfasste sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Dabei wurde die Trägerschaft, angebotene Ausbildungsgänge, die Anzahl der Ausbildungsplätze, die Anzahl der Dozierenden, angebotene Abschlüsse sowie die Geschlechterverteilung unter den Auszubildenden und Dozierenden erfragt. Zudem wurden Fragen zur Beurteilung der Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten, zu den Verantwortlichkeiten der strukturellen Integration von Geschlechteraspekten und zur Integration von Diversitäts- und Geschlechteraspekten in die

Lehrformate und Unterrichtsmaterialien gestellt. Des Weiteren folgten Fragen zum curricularen Integrationsniveau, ob die Integration in einzelne oder mehrere Lehrveranstaltungen bzw. als longitudinale Integration erfolgte, ob es Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten gibt und ob die Inhalte in Prüfungen integriert sind. Es wurde auch erfragt, ob neue Forschungsergebnisse zu Geschlechterunterschieden in die Lehre integriert werden und wer dafür zuständig ist. Daran schlossen sich Fragen zur inhaltlichen Integration in die Themengebiete der Krankheitslehre, Physiologie, Anatomie, in die physiotherapeutische Befundaufnahme und Behandlungstechniken, Gesprächsführung und Kommunikation, die Prävention und Gesundheitsförderung, Dokumentation, Schrifttum und Sprache, in das wissenschaftliche Arbeiten sowie zur Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden in Prüfungssituationen und der Beurteilung des Geschlechterwissens durch die Auszubildenden im Rahmen der Evaluationsbögen an. Des Weiteren wurde erfragt, ob die Auszubildenden auf mögliche sexuelle Übergriffe/Belästigungen am Arbeitsplatz vorbereitet werden, welche Strukturen die Nachhaltigkeit und Kontinuität der integrierten Aspekte sichern, welche Hürden und Barrieren bei der Integration benannt werden können, welche Umstände die Integration erleichtert haben und welche Maßnahmen die Integration unterstützen können.

Die Fragen zur inhaltlichen Integration für die Physiotherapie wurden basierend auf der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV), vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786) erstellt, die zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert wurde [BMJV, 1994]. Für Fragen u.a. zu den Lehrformaten und dem curricularen Integrationsniveau wie Lernfelder und Lernsituationen wurden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse der Rahmenrichtlinien zur Physiotherapieausbildung herangezogen.

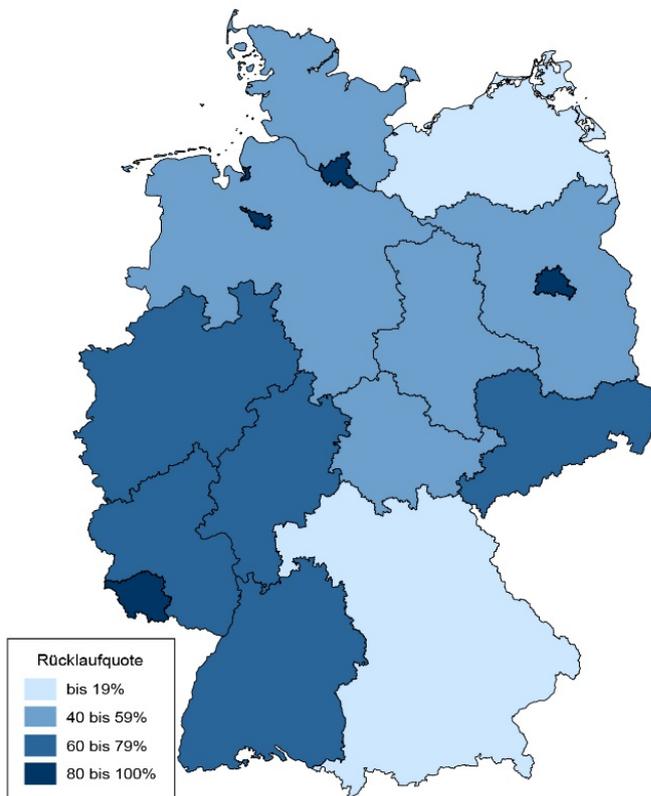
## **4.3 Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Online-Befragung dargestellt.

### **4.3.1 Rücklaufquote**

Von 97 Schulen für Physiotherapie haben 53 an der Befragung teilgenommen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 54,6%. Die folgende Karte zeigt die Rücklaufquoten in den verschiedenen Bundesländern: So war der Rücklauf im Saarland, in Hamburg, Berlin und Bremen mit 80-100% am höchsten. In den Bundesländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Hessen, Nordrhein Westfalen und Sachsen lag die Rücklaufquote zwischen 60-79% und in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg bei 40-59%. Am niedrigsten war sie in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern mit 0-19%.

Abb: Phy 1: Rücklaufquoten in den Bundesländern



#### 4.3.2 Allgemeiner Teil

Der Anteil von Schulen in öffentlicher Trägerschaft sowie in gemeinnütziger bzw. freier Trägerschaft beträgt jeweils 36%. In staatlicher Trägerschaft sind 17% der Schulen und 11% in konfessioneller Trägerschaft.

Abb: Phy 2: Trägerschaft

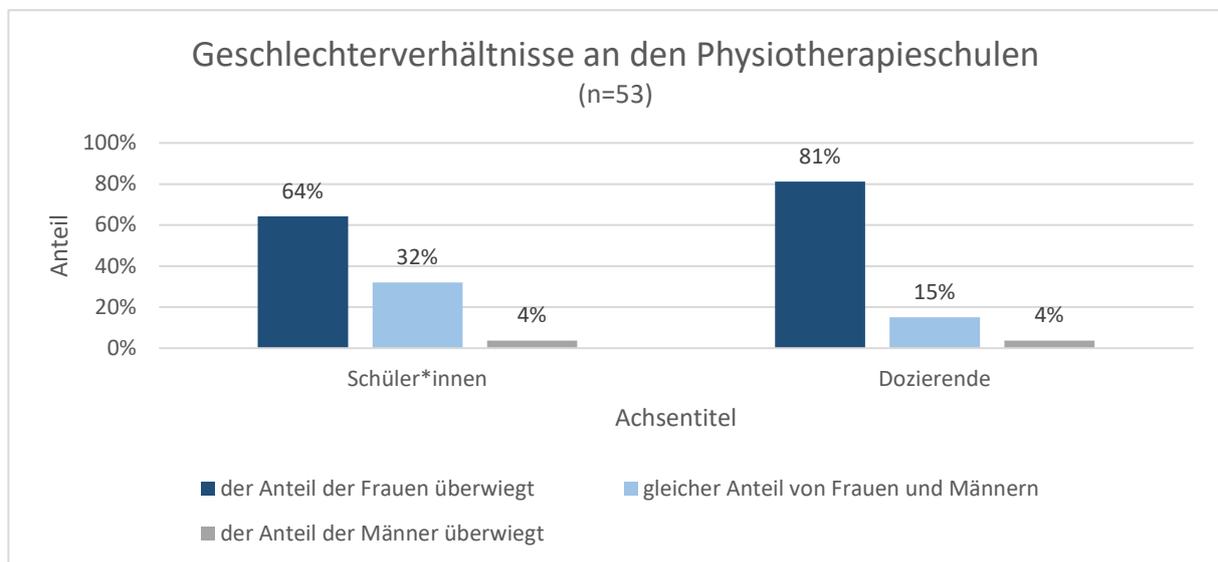


Neben der Physiotherapieausbildung bieten 42% der Schulen eine Ergotherapieausbildung, 19% eine Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann, 17% zur Gesundheits- und Krankenpflege, 15% zur Altenpflege, 11% eine Ausbildung zur Kinderkrankenpflege, 11% Logopädie und 9% zur Krankenpflegehilfe an. Ein Anteil von 13% der Schulen bietet die Ausbildung von ausländischen

Fachkräften an. Außer dem Staatsexamen werden in 34% der Schulen Bachelorabschlüsse und in 4% der Schulen Masterabschlüsse angeboten.

Von 53 Schulen bietet ein Anteil von 66% bis 30 Ausbildungsplätze an, 21% der Schulen 31-70 Plätze und 13% mehr als 70 Ausbildungsplätze. Durchschnittlich werden 60,5 Ausbildungsplätze pro Schule angeboten. Die Schulen haben im Durchschnitt 19,5 Dozierende, wobei das Maximum bei 49 liegt und die geringste Anzahl an Dozierenden bei 3. In rund zwei Drittel der Schulen (64%) überwiegt der Anteil der Frauen unter den Schüler\*innen, in 32% der Schulen ist der Anteil von Frauen und Männern bei den Schüler\*innen identisch und in 4% der Schulen überwiegt der Anteil der Männer. Der Anteil der Frauen unter den Dozierenden überwiegt in 81% der Schulen, in 15% der Schulen ist der Anteil von Frauen und Männern gleich und in 4% überwiegt der Anteil der Männer bei den Dozierenden (Abb. Phy 3).

Abb: Phy 3: Geschlechterverteilung an den Physiotherapieschulen

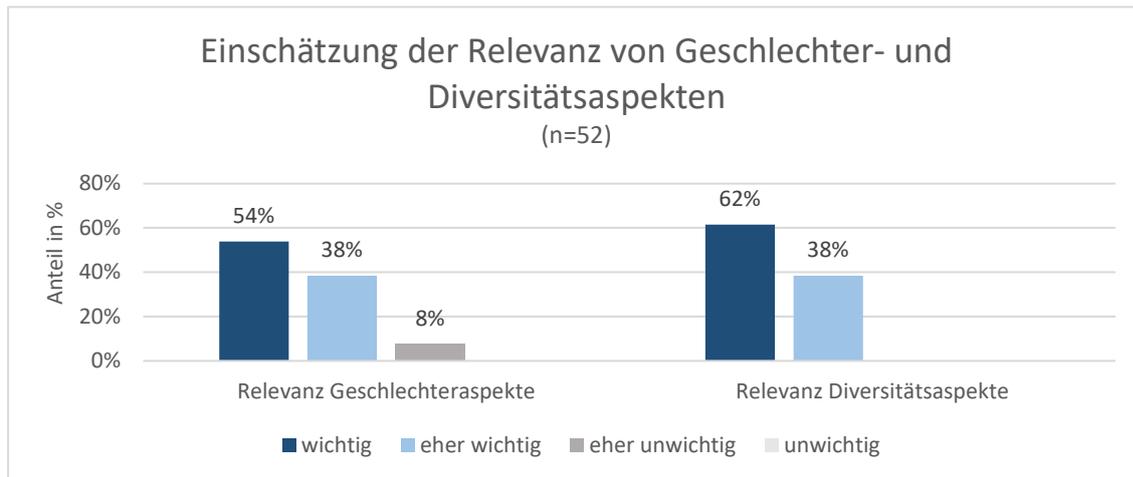


#### 4.3.3 Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten

Fast alle Schulen (54% wichtig / 38% eher wichtig) betrachten Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität für die spätere berufliche Tätigkeit als Physiotherapeut\*in relevant und **nur 8% betrachten diese als eher unwichtig.**

Wissen und Kompetenzen zu weiteren Diversitätsaspekten (Kultur, körperliche Beeinträchtigung / Behinderung, sexuelle Orientierung, Religion) werden von allen Schulen (62% wichtig / 38% eher wichtig) als relevant für die spätere berufliche Tätigkeit beurteilt. **Keine der Schulen beurteilen diese als eher unwichtig bzw. unwichtig.** Dabei werden Diversitätsaspekte insgesamt etwas relevanter beurteilt als Geschlechteraspekte.

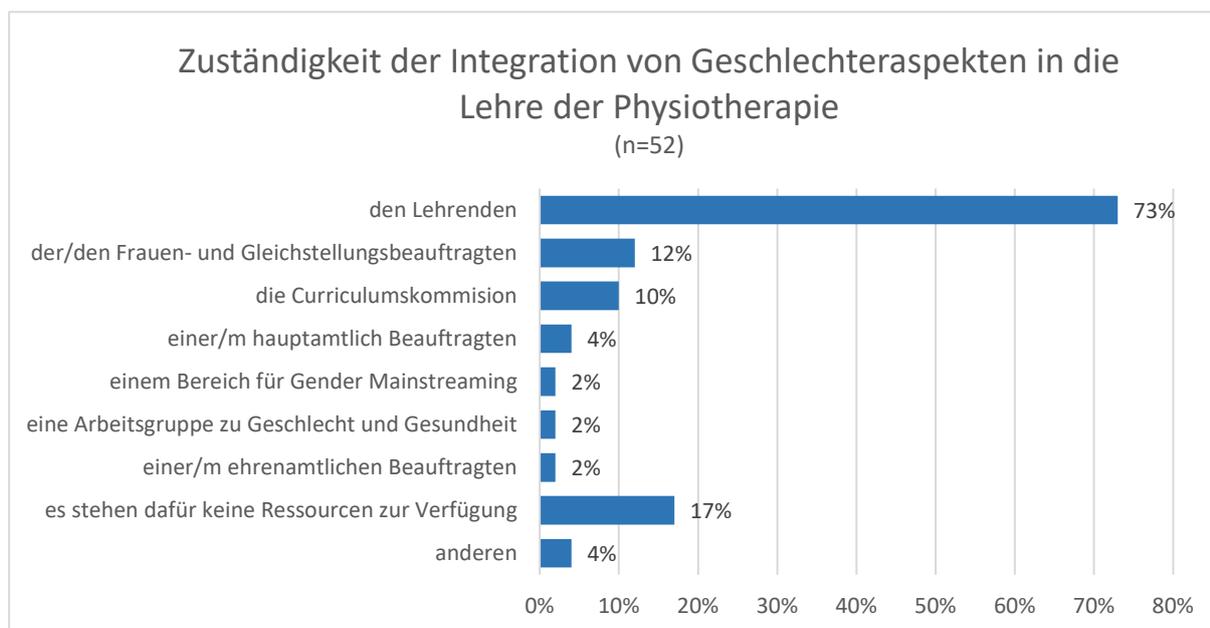
Abb: Phy 4: Einschätzung der Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten



#### 4.3.4 Verantwortliche Strukturen für die Integration in die Lehre

Die Zuständigkeit für die Integration von Geschlechteraspekten und Geschlechtersensibilität liegt zu **73% bei den Lehrenden**, zu 12% bei den Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten, zu 10% bei der Curriculumskommission, 4% der Schulen haben eine hauptamtlich Beauftragte bzw. einen hauptamtlich Beauftragten, jeweils 2% der Schulen geben an, dass die Zuständigkeit bei einer bzw. einem ehrenamtlich Beauftragten liegt, 2% bei dem Bereich für Gender Mainstreaming und 2% bei der Arbeitsgruppe für Geschlecht und Gesundheit. Bei 17% der Schulen stehen hierfür keine Ressourcen zur Verfügung. Unter „anderen, und zwar“ geben 4% (n=2) an, dass die Verantwortung bei der Schulleitung liegt. Mehrfachantworten waren möglich.

Abb: Phy 5: Zuständigkeit der Integration von Geschlechteraspekten in die Lehre der Physiotherapie



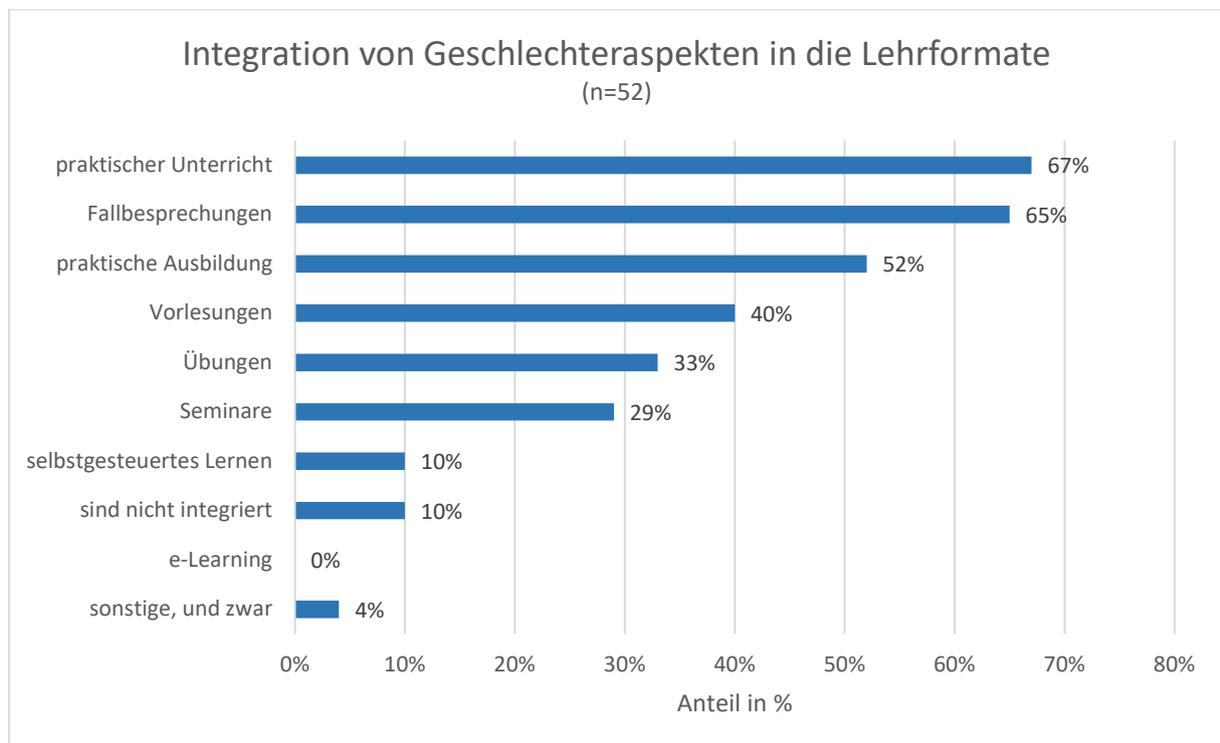
#### 4.3.5 Lehrformate und Unterrichtsmaterialien

##### Lehrformate

Geschlechteraspekte werden in den praktischen Unterricht (67%), in die Fallbesprechungen (65%), die praktische Ausbildung (52%), in Vorlesungen (40%), in die Übungen (33%) und in die Seminare (29%) integriert. Die Integration in das selbstgesteuerte Lernen erfolgt mit einem Anteil von 10%. Keine Integration in die Lehrformate wird mit einem Anteil von 10% angegeben. In die e-Learning Lehrformate sind keine Geschlechteraspekte integriert.

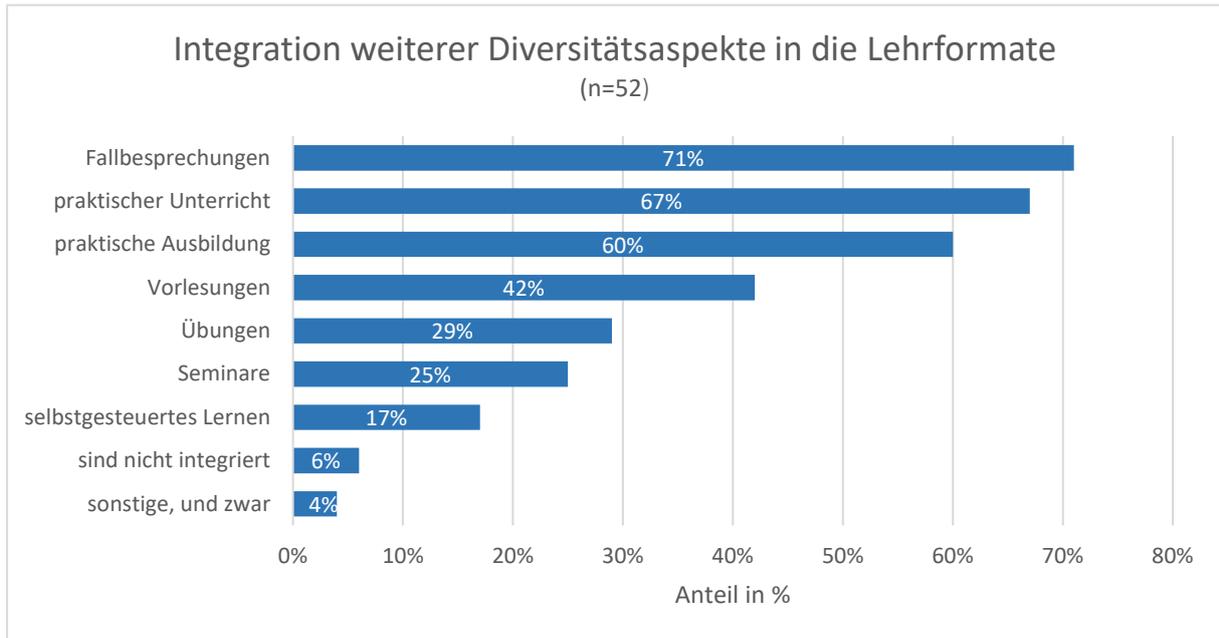
Unter „sonstiges, und zwar“ wurde genannt, dass die Integration situativ im Unterricht erfolgt sowie in den Fächern der Sozialwissenschaften (n=2; 4%). Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

Abb: Phy 6: Integration von Geschlechteraspekten in die Lehrformate



Weitere Diversitätsaspekte (kultureller Hintergrund, körperliche Beeinträchtigungen / Behinderung, sexuelle Orientierung, Religion) sind insbesondere in die Fallbesprechungen (71%), den praktischen Unterricht (67%), die praktische Ausbildung (60%), in Vorlesungen (42%), in die Übungen (29%) und in die Seminare (25%) integriert. Die Integration in das selbstgesteuerte Lernen erfolgt mit einem Anteil von 17%. Keine Integration in die Lehrformate wird mit einem Anteil von 6% angegeben. In die e-Learning Lehrformate sind keine weiteren Diversitätsaspekte integriert. Unter „sonstiges, und zwar“ wird angegeben, dass die Integration situativ im Unterricht erfolgt und Diversitätsaspekte bei den Aufnahmeverfahren berücksichtigt werden. (n=2; 4%). Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich.

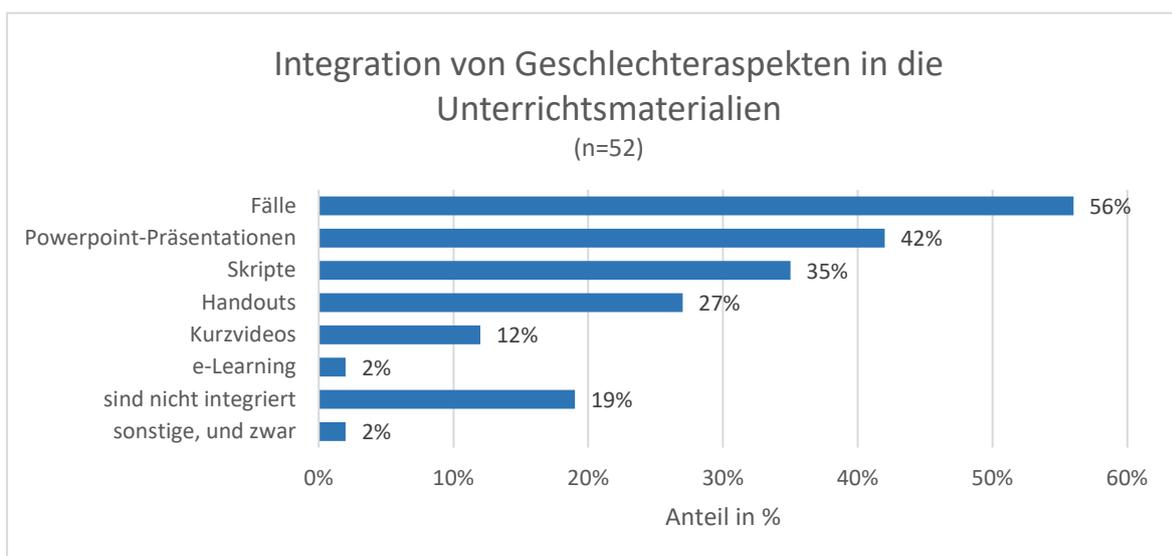
Abb: Phy 7: Integration weiterer Diversitätsaspekte in die Lehrformate



### Unterrichtsmaterialien

Geschlechteraspekte werden insbesondere in die Fälle (56%), in die Powerpoint-Präsentationen (42%), in die Skripte (35%), die Handouts (27%), die Kurzvideos (12%) und zu einem geringen Teil 2% in die Unterrichtsmaterialien des e-Learnings integriert. Unter „sonstiges, und zwar“ wird angegeben, dass Geschlechteraspekte im Rahmen der Unterrichtsgespräche stattfinden (n=1; 2%). Mehrfachantworten waren möglich.

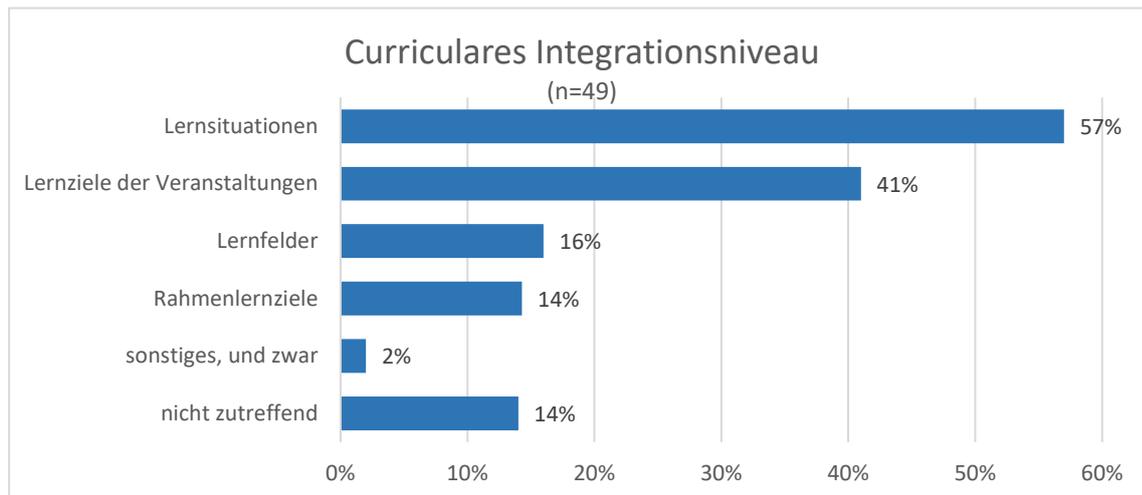
Abb: Phy 8: Integration von Geschlechteraspekten in die Unterrichtsmaterialien



#### 4.3.6 Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten / -sensibilität

Geschlechteraspekte sind in die Lernsituationen (57%), in die Lernziele der Veranstaltungen (41%), in die Lernfelder (16%) und in die Rahmenlernziele (14%) integriert. Bei „sonstiges, und zwar“ gibt eine Schule (n=1; 2%) an, dass die Integration im Unterricht einzelner Lehrkräfte erfolgt. Insgesamt sind Geschlechteraspekte mit einem Anteil von 69% über die gesamte Ausbildung hinweg integriert, mit einem Anteil von 4% über einen Zeitraum von einem Jahr (20% „nicht zutreffend“). Mehrfachantworten waren möglich.

Abb: Phy 9: Curriculares Integrationsniveau



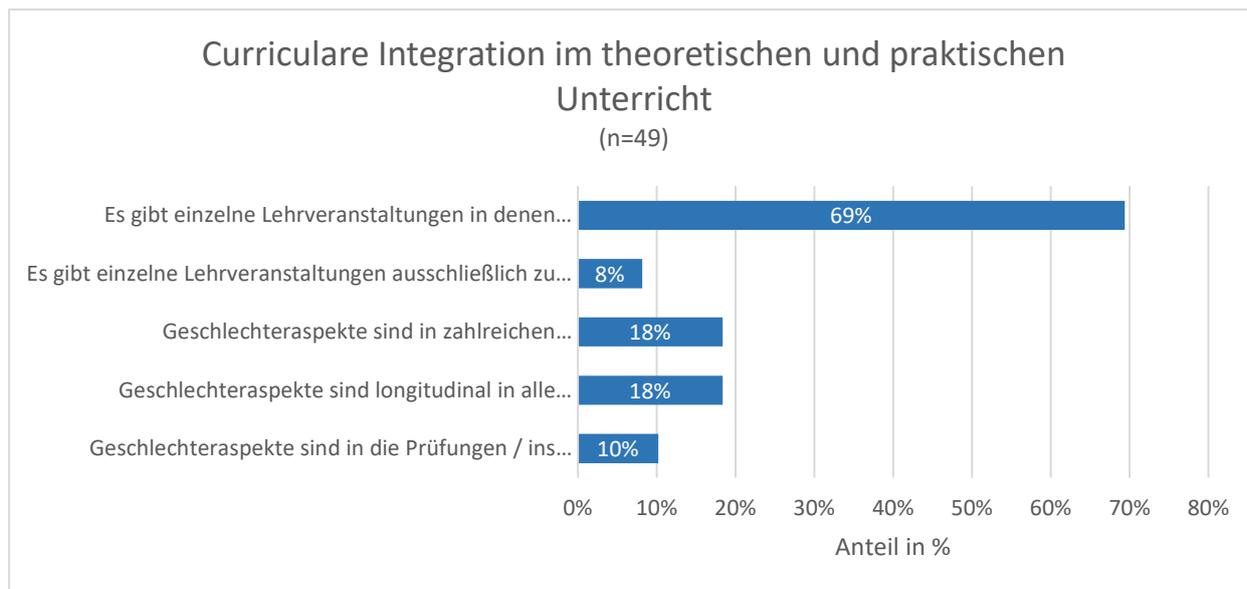
#### Integration von biologischen und soziokulturellen Unterschieden

Ein Anteil von 79% (stimme voll zu/stimme zu) der Schulen geben an, dass soziokulturelle Aspekte wie u.a. der Lebensstil, die Geschlechterrolle, das Verhalten und gesellschaftliche Erwartungen miteinfließen, 14% geben an, diese nicht zu integrieren (stimme nicht zu/stimme überhaupt nicht zu). Ein Anteil von 82% (stimme voll zu/stimme zu) der Schulen geben an, dass biologische Geschlechterunterschiede (u.a. Gene, Hormone) integriert werden, 6% (stimme nicht zu/stimme überhaupt nicht zu) integrieren diese nicht.

#### Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten / Geschlechtersensibilität in den theoretischen und praktischen Unterricht

Im theoretischen und praktischen Unterricht gibt es einzelne Lehrveranstaltungen in denen Geschlechteraspekte angesprochen werden (69%), es gibt Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten (8%), Geschlechteraspekte sind in zahlreichen Lehrveranstaltungen als Lernziel oder Lehrinhalt integriert (18%), Geschlechteraspekte sind longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum integriert und Geschlechteraspekte sind in die Prüfungen/das Assessment integriert (10%). Mehrfachantworten waren möglich. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde das curriculare Integrationsniveau für die einzelnen Schulen ermittelt (siehe Abb.: Phys 11 Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten).

Abb: Phy 10: Curriculare Integration im theoretischen und praktischen Unterricht

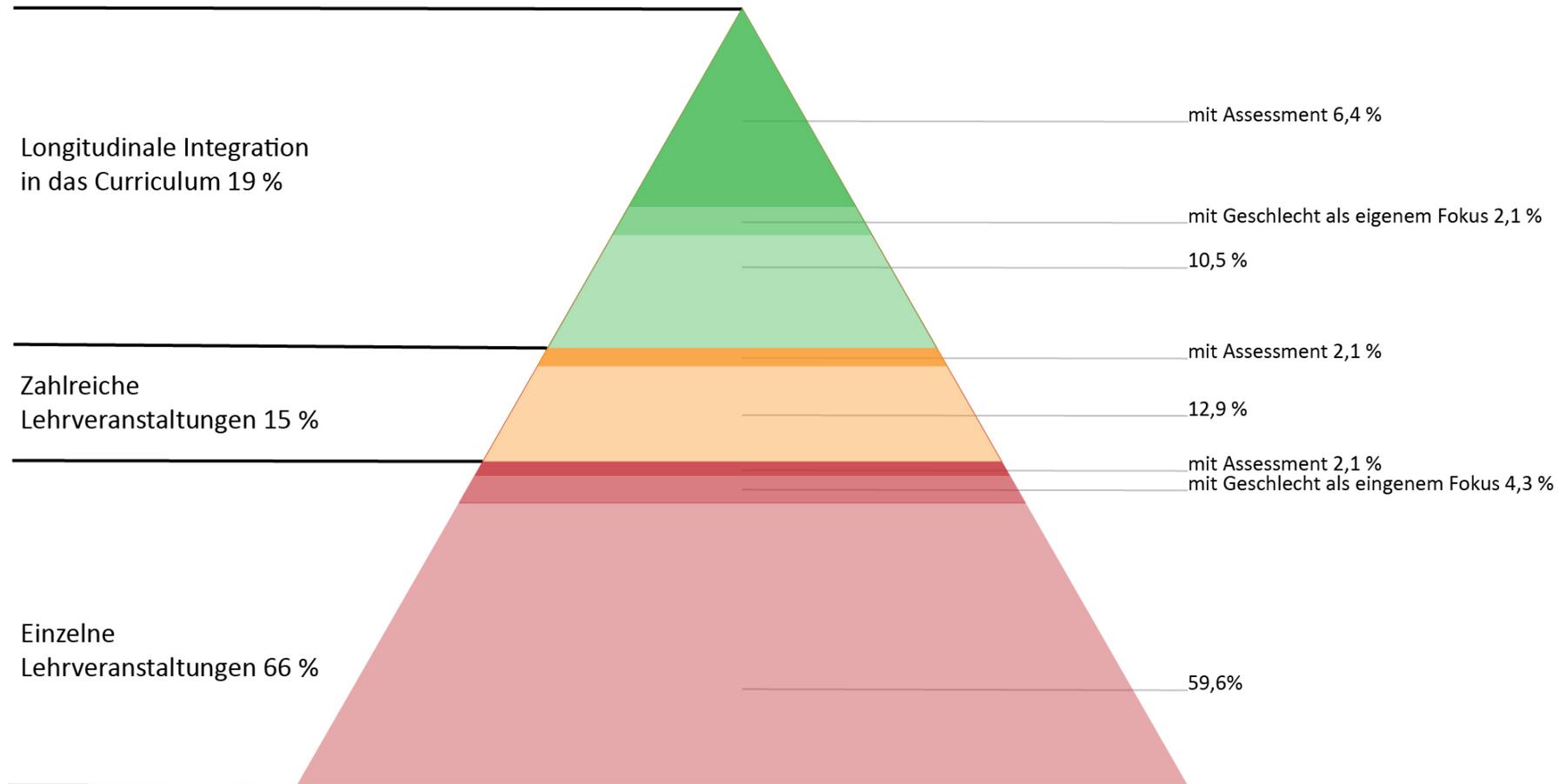


Die Pyramide (Abb.: Phy 11) stellt das Integrationsniveau von Geschlechteraspekten in das Curriculum dar. Der rote und somit untere Teil der Pyramide gibt das geringste Integrationsniveau an und somit die Integration in **einzelne** Lehrveranstaltungen. Schulen, die Geschlechteraspekte in **zahlreiche** Lehrveranstaltungen integriert haben, haben ein mittleres Integrationsniveau und somit den gelben Teil der Pyramide erreicht. Der grüne Teil und somit obere Teil der Pyramide stellt ein hohes Integrationsniveau dar. Dies ist erreicht, wenn Geschlechteraspekte longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum integriert sind. Das Ziel sollte zudem sein, Geschlechteraspekte in die Prüfungen und das Assessment zu integrieren. Dies hat pro Stufe nur ein geringer Anteil der Schulen erreicht.

Ein Anteil von 66% der Schulen hat das unterste Integrationsniveau erreicht und somit Geschlechteraspekte in einzelne Lehrveranstaltungen integriert. Davon haben 4,3% einzelne Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten im Curriculum verankert und 2,1% Geschlechteraspekte in die Prüfungen/ins Assessment integriert. Ein Anteil von 15% hat Geschlechteraspekte in zahlreiche Lehrveranstaltungen als Lernziel oder Lehrinhalt integriert und somit die mittlere Integrationsstufe erreicht. Davon geben 2,1% an, dass diese auch in die Prüfungen/ins Assessment integriert sind. Rund ein Fünftel (19%) der Schulen hat die oberste Integrationsstufe erreicht und somit Geschlechteraspekte longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum hinweg integriert. Davon haben 4,3% einzelne Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten im Curriculum verankert und 6,4% haben diese auch in die Prüfungen / ins Assessment integriert und somit das höchste Integrationsniveau erreicht.

Abb: Phy 11: Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten

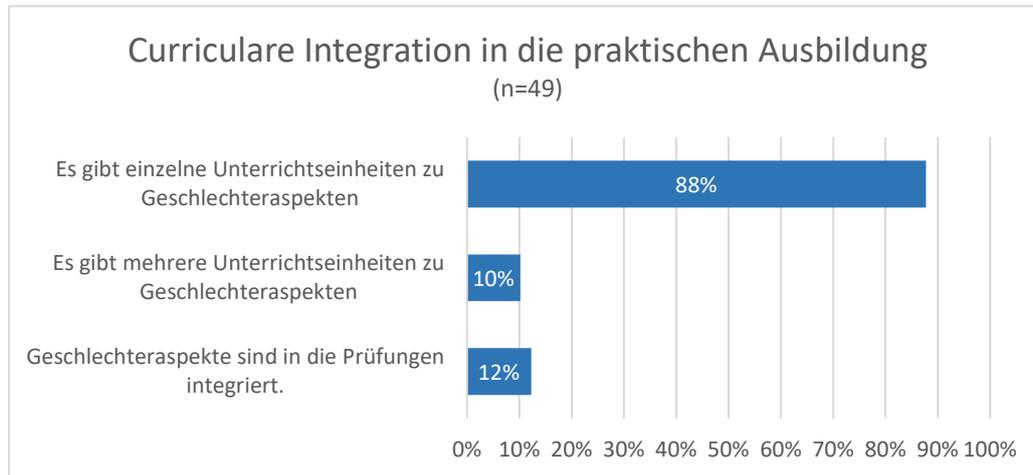
## Curriculares Integrationsniveau von Geschlechteraspekten in der Physiotherapie (n=47)



## Curriculare Integration in die praktische Ausbildung

Hinsichtlich der curricularen Integration in die praktische Ausbildung wird angegeben, dass es einzelne Unterrichtseinheiten gibt, in denen Geschlechteraspekte angesprochen werden (88%), dass es mehrere Unterrichtseinheiten ausschließlich zu Geschlechteraspekten gibt (10%) und dass Geschlechteraspekte in die Prüfungen bzw. in das Assessment integriert sind (12%). Mehrfachantworten waren möglich.

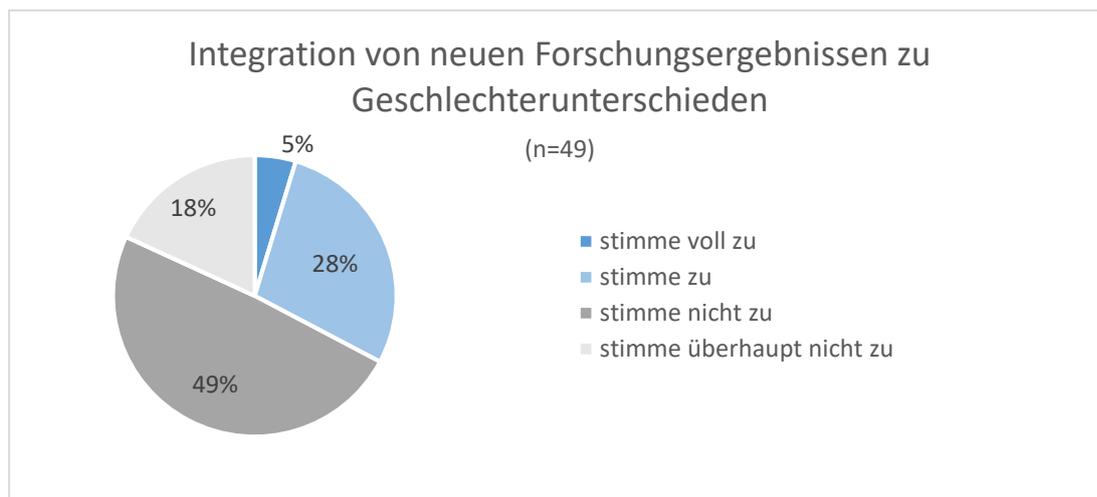
Abb: Phy 12: Curriculare Integration in die praktische Ausbildung



## Forschung und Lehre

In rund ein Drittel der Schulen (stimme voll zu / stimme zu: 33%) werden Forschungsergebnisse zur Geschlechterunterschieden integriert, rund zwei Drittel (stimme nicht zu/stimme überhaupt nicht zu: 67%) integrieren neue Forschungsergebnisse zu Geschlechterunterschieden nicht in die Lehre.

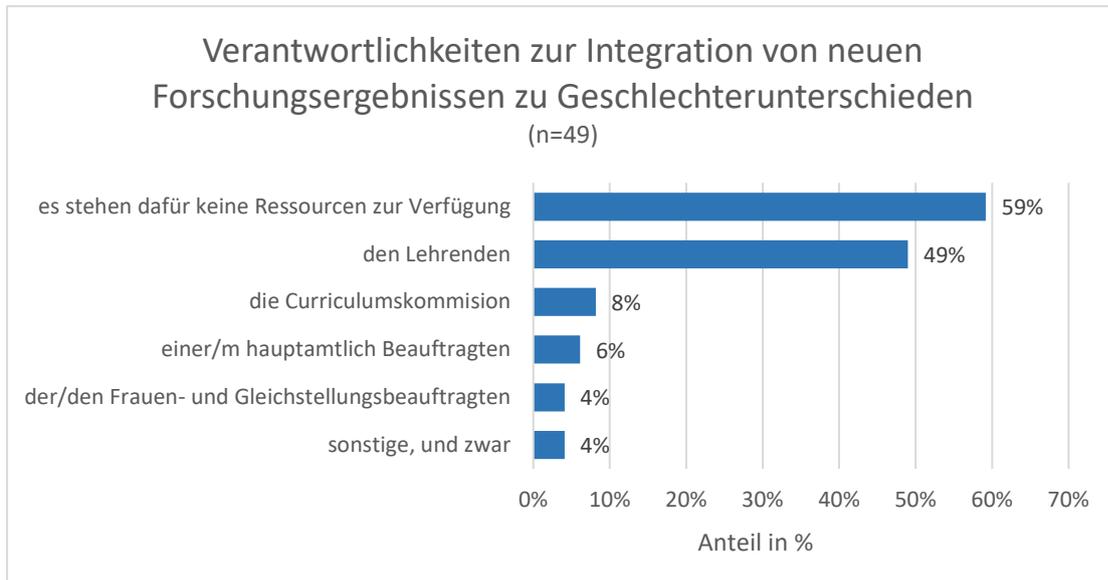
Abb: Phy 13: Integration von neuen Forschungsergebnissen zu Geschlechterunterschieden



Für die Integration von neuen Forschungsergebnissen zu Geschlechterunterschieden / zur Gendermedizin sind insbesondere die Lehrenden verantwortlich mit einem Anteil von 49%, die Curriculumskommission (8%), eine hauptamtlich Beauftragte bzw. ein hauptamtlich Beauftragter (6%) und die Frauen und Gleichstellungsbeauftragten (4%). Unter „anderes“ geben n=2 (4%) der Schulen

die Schulleitungen an. Bei keiner der Schulen ist eine ehrenamtliche Beauftragte bzw. ein ehrenamtlich Beauftragter, ein eigener Bereich für Gender-Mainstreaming oder eine Arbeitsgruppe zu Geschlecht und Gesundheit dafür zuständig. Mehrfachantworten waren möglich.

Abb: Phy 14: Verantwortlichkeiten zur Integration von neuen Forschungsergebnissen

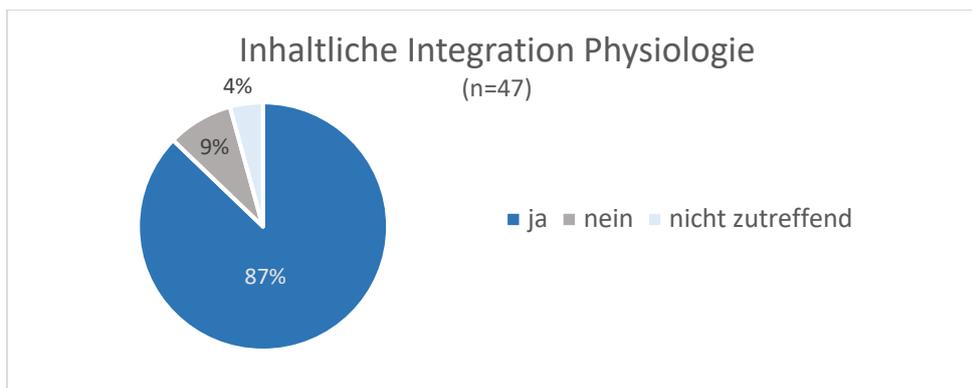


#### 4.3.7 Inhaltliche Integration

##### Lehrveranstaltungen zur Physiologie

Bei einem Anteil von 87% der Schulen werden Geschlechterwissen und Geschlechterunterschiede in die Lehrveranstaltungen zur Physiologie integriert, ein Anteil von 9% integriert diese nicht.

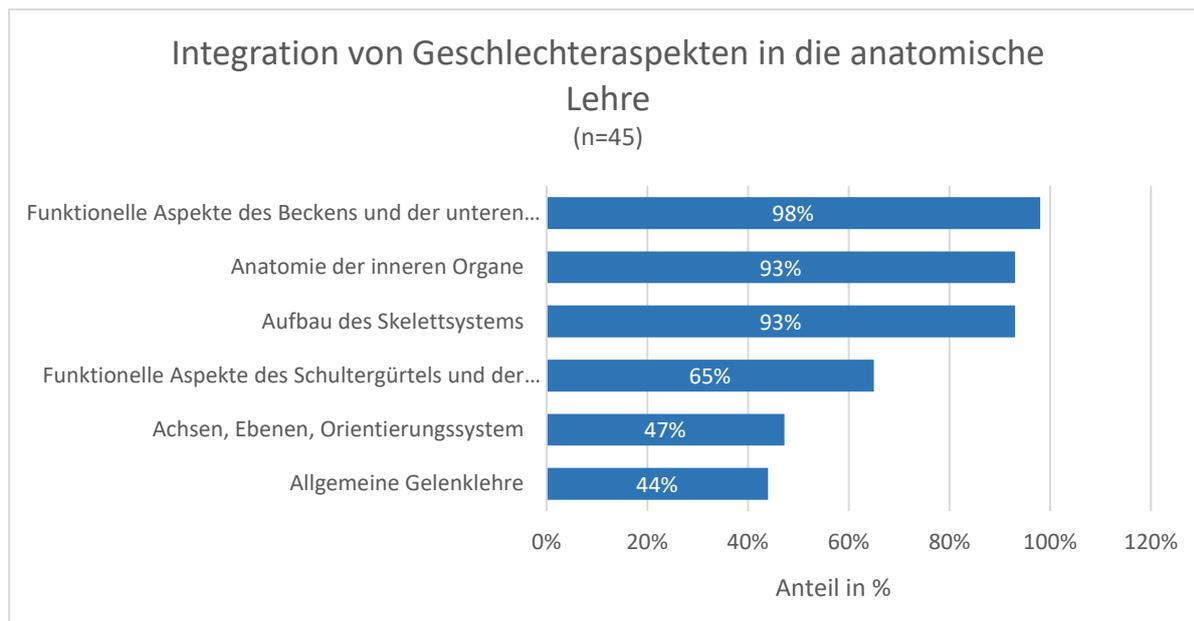
Abb: Phy 15: Inhaltliche Integration Physiologie



##### Anatomische Lehre

Geschlechterwissen und Geschlechterunterschiede sind in die anatomische Lehre bei funktionellen Aspekten des Beckens und der unteren Extremitäten (98%), bei der Anatomie der inneren Organe und dem Aufbau des Skelettsystems (93%), bei funktionellen Aspekten des Schultergürtels und der oberen Extremitäten (65%), bei Achsen, Ebenen und Orientierungssystem (47%) und bei der allgemeinen Gelenklehre (4%) integriert.

Abb: Phy 16: Integration von Geschlechteraspekten in die anatomische Lehre



### Krankheitslehre

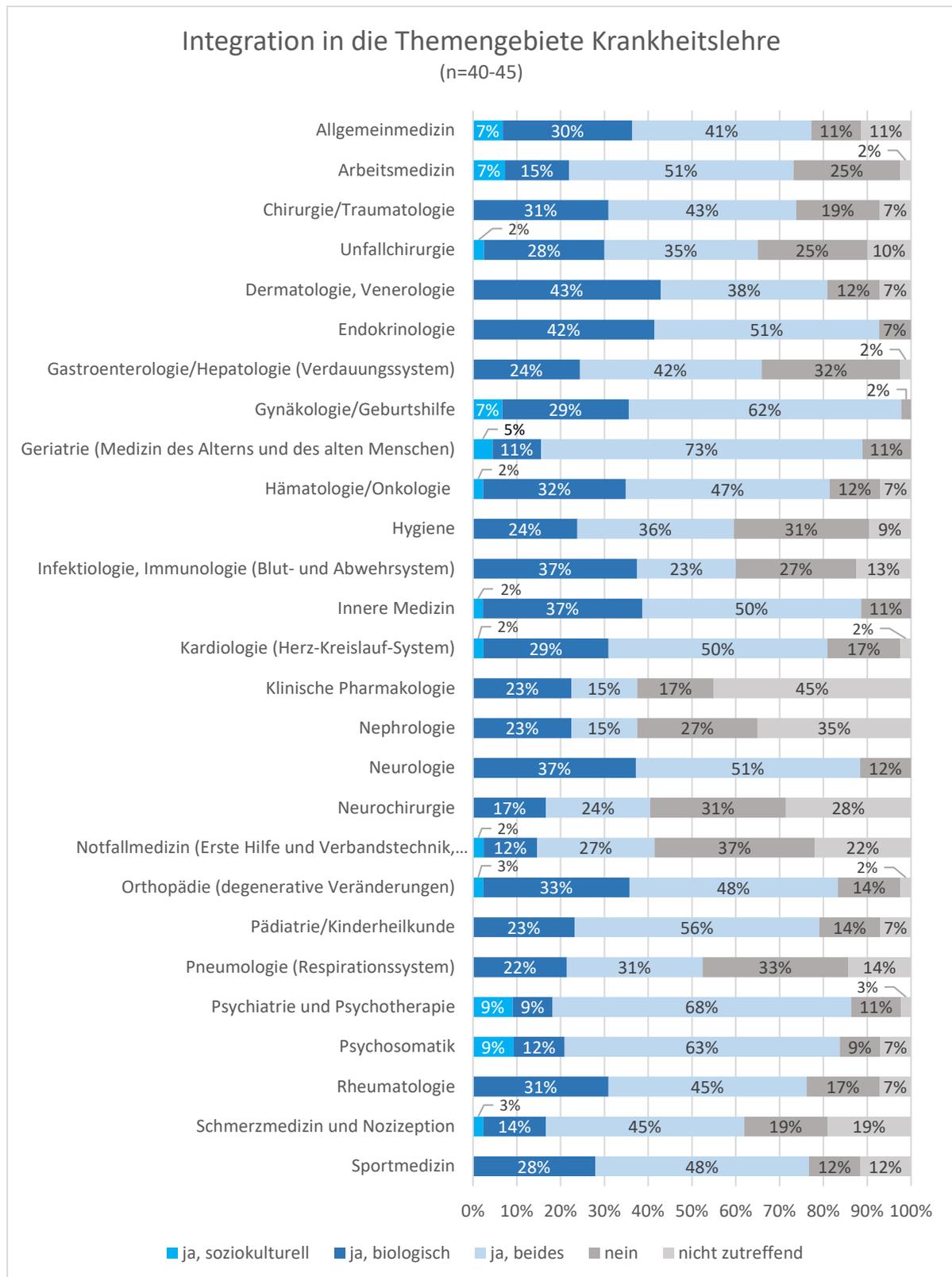
Die Abbildung zur Krankheitslehre zeigt, dass ein Anteil von 73% der Schulen **sowohl soziokulturelle als auch biologische Geschlechterunterschiede** bei der Krankheitsentstehung, beim Krankheitsverlauf, bei der Symptomatik, Diagnose und Therapie als Lehr- und Lerninhalt in das Themengebiet Geriatrie integriert, 68% in das Themengebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, 63% in die Psychosomatik, 56% in die Pädiatrie/Kinderheilkunde, 51% der Schulen geben an, dass diese in das Themengebiet der Arbeitsmedizin, Endokrinologie und Neurologie, 50% in die Innere Medizin und Kardiologie integriert sind. Ein Anteil von 49% integrieren sie in die Sportmedizin, 48% in die Orthopädie, 47% in die Hämatologie/Onkologie, 45% in die Rheumatologie und Schmerzmedizin/Nozizeption, 43% in die Chirurgie/Traumatologie, 41% in die Gastroenterologie/Hepatologie, 38% in die Dermatologie/Venerologie, 36% in die Hygiene, 35% in die Unfallchirurgie, 31% in die Pneumologie, 27% in die Notfallmedizin und 24% in die Neurochirurgie, 23% in die Infektiologie/Immunologie und 15% in die klinische Pharmakologie und Nephrologie.

**Nur soziokulturelle Aspekte** werden von einem Anteil von 9% der Schulen in die Themengebiete der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 7% der Schulen in die Themengebiete der Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin und Gynäkologie/Geburtshilfe, mit einem Anteil von 3% in die Unfallchirurgie und von einem Anteil von 2% in die Hämatologie/Onkologie, Innere Medizin und Kardiologie, Notfallmedizin, Orthopädie und Schmerzmedizin/Nozizeption integriert.

**Nur biologische Geschlechterunterschiede** werden von einem Anteil der Schulen von 43% in die Dermatologie/Venerologie, 41% in die Endokrinologie, 38% Infektiologie/Immunologie, 37% Neurologie, 36% Innere Medizin, 33% der Schulen in die Orthopädie, 31% in die Rheumatologie, und Chirurgie/Traumatologie, 30% Allgemeinmedizin, 29% Gynäkologie/Geburtshilfe und Kardiologie, 28% Unfallchirurgie und Sportmedizin, 24% Gastroenterologie/Hepatologie und in das Fachgebiet der Hygiene, 23% in die Klinische Pharmakologie, Nephrologie und Kinderheilkunde/Pädiatrie, 21% in die

Pneumologie, 17% in die Neurochirurgie, 15% in die Arbeitsmedizin, 14% in die Schmerzmedizin/Nozizeption, 12% in die Psychosomatik und Notfallmedizin und 11% Geriatrie und 9% Psychiatrie und Psychotherapie integriert.

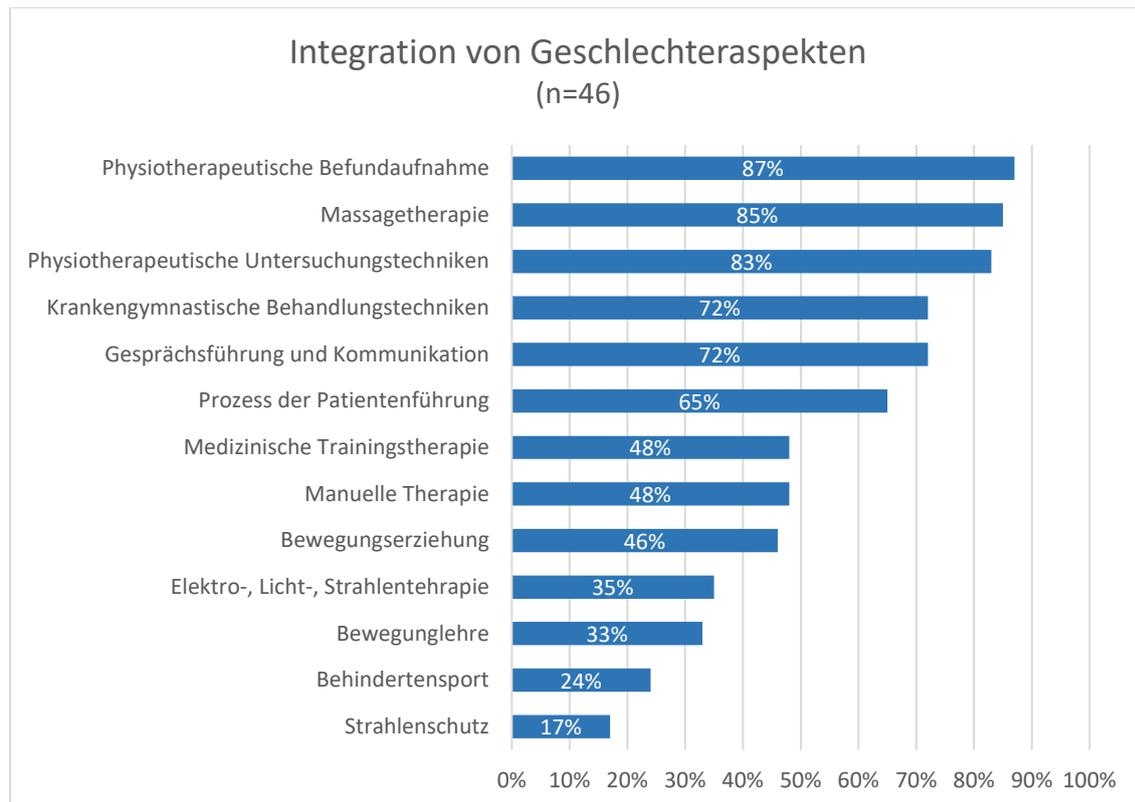
Abb: Phy 17: Integration in die Themengebiete der Krankheitslehre



## Physiotherapeutische Kompetenzfelder

Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität werden in die physiotherapeutische Befundaufnahme (87%), in die Massagetherapie (85%), in die physiotherapeutischen Untersuchungstechniken (83%), in die krankengymnastischen Behandlungstechniken (72%), in die Gesprächsführung und Kommunikation (72%), in den Prozess der Patientenführung (65%), in die medizinische Trainingstherapie (48%), in die manuelle Therapie (48%), in die Bewegungserziehung (46%), in die Elektro-, Licht- und Strahlentherapie (35%), in die Bewegungslehre (33%), in den Behindertensport (24%) und Strahlenschutz (17%) integriert. Mehrfachantworten waren möglich.

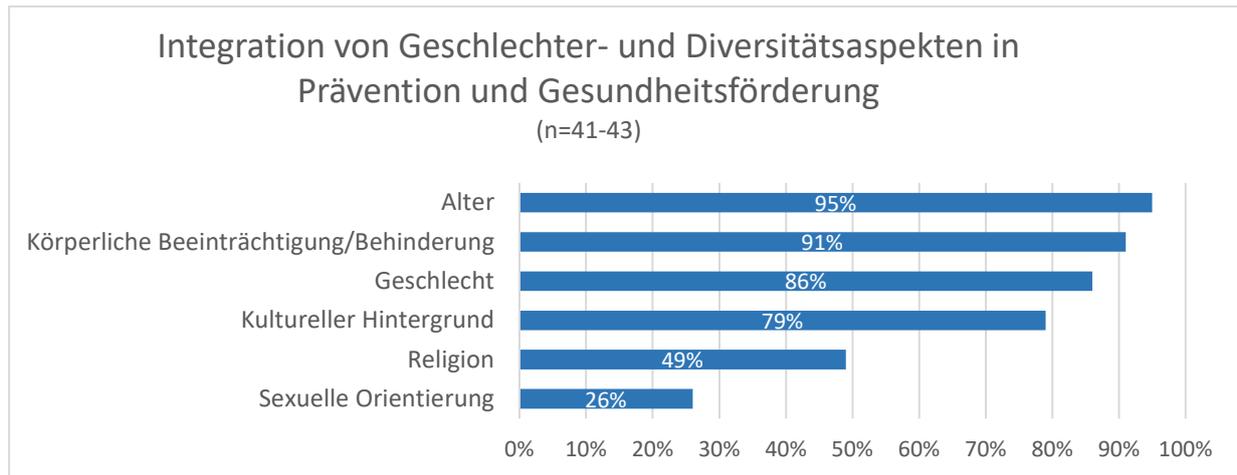
Abb: Phy 18: Integration von Geschlechteraspekten



### 4.3.8 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Schulen integrieren in das Themengebiet der Prävention und Gesundheitsförderung Diversitätsaspekte wie das Alter (95%), körperliche Beeinträchtigungen / Behinderung (91%), Geschlecht (86%), kultureller Hintergrund (79%) und Religion (49%). Aspekte der sexuellen Orientierung werden von nur rund einem Viertel integriert (26%), 57% integrieren diese Aspekte nicht.

Abb: Phy 19: Integration von Geschlechter- und Diversitätsaspekten in Prävention und Gesundheitsförderung



(Antwortkategorien ja/nein/nicht zutreffend)

### Rehabilitation

Ein Anteil von 72% der Schulen gibt an, dass bei der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und bei der Rehabilitationsplanung geschlechtersensible Aspekte in die Lehr- und Lerninhalte integriert werden. Ein Anteil von 23% integriert diese nicht (5% „nicht zutreffend“).

### Dokumentation, Schrifttum und Sprache und wissenschaftliches Arbeiten

Im Kompetenzbereich **Dokumentation, Schrifttum und Sprache** geben rund zwei Drittel der Schulen an, dass Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität in die Erstellung des Behandlungsplans (60%; keine Integration 24%), bei der Festlegung von physiotherapeutischen Behandlungszielen (60%; keine Integration 23%) und bei der mündlichen und schriftlichen Berichterstattung (geschlechtersensible Sprache) (62%; keine Integration 26%) integriert sind. Die Schulen integrieren in das wissenschaftliche Arbeiten Diversitätsaspekte wie das Alter (79%), Geschlecht (72%), körperliche Beeinträchtigungen / Behinderung (70%), kultureller Hintergrund (67%), Religion (27%) und sexuelle Orientierung (20%).  
(Antwortkategorien ja/nein/nicht zutreffend)

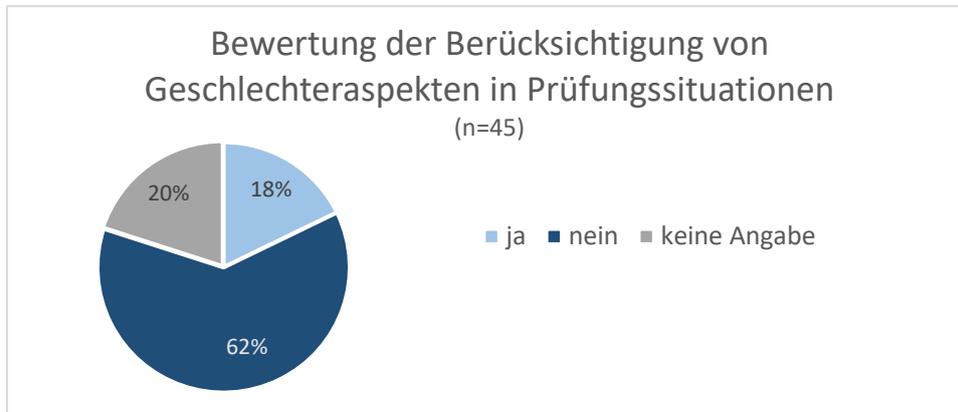
#### 4.3.9 Weitere Themen

Ein Anteil von 80% der Schulen gibt an, dass Geschlechteraspekte im Fach Soziologie integriert sind. In der Geschichte der Medizin und Physiotherapie beträgt der Anteil 69%, in der Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde sind es 59%, in Themen zur Gesundheitspolitik 56% und in der Sozialmedizin 45%. Rund ein Drittel der Schulen integrieren diese Aspekte nicht in Themen zur Gesundheitspolitik sowie zur Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde. Ein Anteil von 93% der Auszubildenden wird auf mögliche sexuelle Übergriffe / Belästigungen am Arbeitsplatz vorbereitet.

## Geschlechterunterschiede in Prüfungssituationen

Nur rund ein Fünftel (18%) der Schulen geben an, in Prüfungssituationen die Berücksichtigung von Geschlechterunterschieden zu bewerten. Ein Anteil von 62% bewertet dies nicht.

Abb: Phy 20: Bewertung der Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in Prüfungssituationen



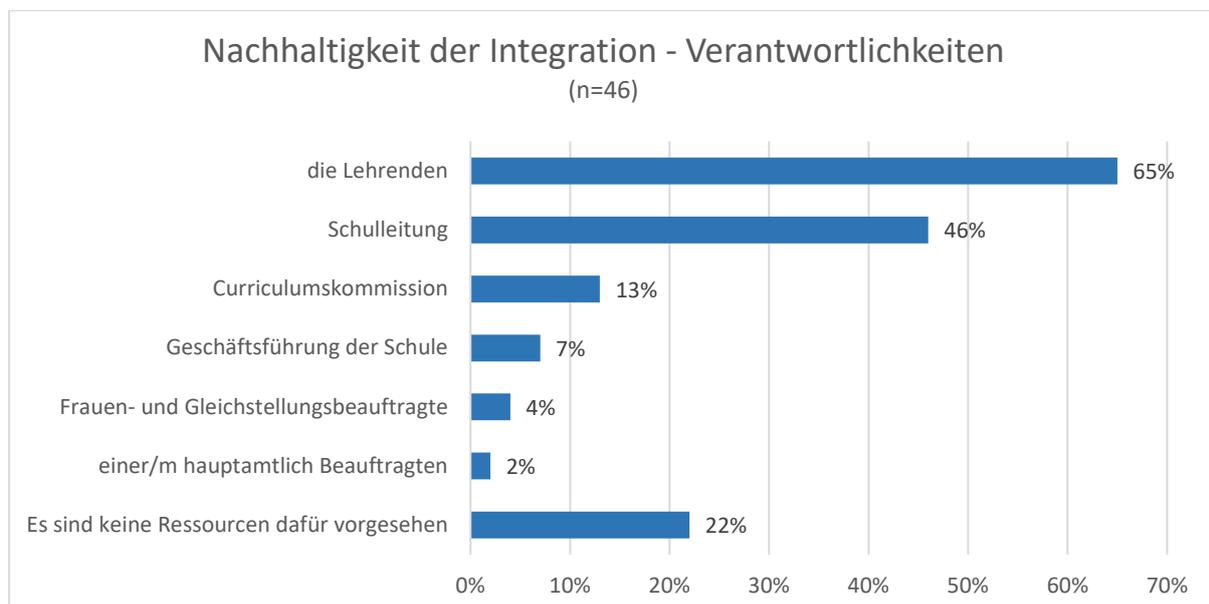
## Evaluation

Keine der Schulen (N=44) gibt an, in den Evaluationsbögen die Auszubildenden zu bitten, das Ausmaß ihres Geschlechterwissens zu beurteilen.

### 4.3.10 Nachhaltigkeit

Für die Kontinuität und Nachhaltigkeit der curricularen Integration von Geschlechteraspekten sind mit einem Anteil von 65% die Lehrenden, die Schulleitungen (46%), die Curriculumskommission (13%), die Geschäftsführung der Schule (7%), die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten (4%) und die hauptamtlichen Beauftragten zuständig (Mehrfachnennungen möglich). Rund ein Fünftel (22%) gaben an, dass hierfür keine Ressourcen zur Verfügung stehen. Mehrfachantworten waren möglich.

Abb: Phy 21: Nachhaltigkeit der Integration - Verantwortlichkeiten



#### **4.3.11 Ergebnisse der offenen Fragen**

##### **Faktoren, die die Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum erleichtert haben:**

Als Faktoren, die die Integration erleichtert haben, werden die gesellschaftliche Diskussion und die Sensibilität zum Thema Gleichstellung, Gleichberechtigung und sexualisierte Gewalt sowie die wiederkehrende öffentliche und mediale Debatte zu einer Frauenquote angeführt. Des Weiteren tragen der Erfahrungsaustausch mit Dozierenden und Auszubildenden sowie der Bericht von Einzelfällen beispielsweise aus dem Praktikum zur Integration bei. Zudem ermöglichen und erleichtern insbesondere die Fächer Soziologie, Psychologie und Pädagogik in Verbindung mit der Motivation der Lehrkraft die Integration von Geschlechteraspekten und -sensibilität.

##### **Faktoren, die die Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum erschwert haben:**

Als Faktoren, die die Integration erschwert haben, wird die fehlende Ernsthaftigkeit bzw. fehlende persönliche Affinität von Dozierenden und damit die Unterstützung des Themas durch Dozierende, die häufig mediale Überspitzung des Themas, was sich auf die Meinung des Einzelnen übertragen kann sowie altes Rollendenken benannt.

##### **Maßnahmen zur Unterstützung der Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum:**

Als Maßnahmen, die die Integration von Geschlechteraspekten in das Curriculum unterstützen, wird genannt: Die Integration in den Rahmenlehrplan, Arbeitspapiere und Unterlagen mit Anregungen und Beispielen zur Integration von Geschlechteraspekten sowie Ideen für Skills Labs, ein sensiblerer Umgang in der Öffentlichkeit mit dem Thema sowie wissenschaftliche Untersuchungen in denen die Schüler\*innen zu dem Thema befragt werden.

#### **4.4 Dokumentenanalyse**

Eine Dokumentenanalyse wurde durchgeführt, um den Istzustand der Integration und Nachhaltigkeit von geschlechtersensiblen Wissen zu erfassen. Hierzu wurden die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV), vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), die zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert wurde [BMJV 1994] sowie die Rahmenrichtlinien und Lehrpläne für die Berufsfachschulen für Physiotherapie der Bundesländer gesichtet, sofern diese zugänglich und vorhanden waren und anhand einer Stichwortsuche analysiert.

##### **4.4.1 Analyse Ausbildungs- und Prüfungsverordnung Physiotherapeut\*innen**

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV), vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786) ist für alle Physiotherapieschulen bindend. Im Anhang werden die Inhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts sowie der praktischen Ausbildung definiert und der Stundenzahl zugeordnet [BMJV 1994].

Nach §1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV) „umfasst die dreijährige Ausbildung der Physiotherapeuten mindestens den theoretischen und praktischen Unterricht von 2.900 Stunden und die aufgeführte praktische Ausbildung von 1.600 Stunden. In den Fällen des § 12 Abs. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes und für Umschüler nach § 18 Satz 2 des Gesetzes sind die Stundenzahlen entsprechend zu verringern, wobei sich der Unterricht auf alle Fächer der Anlage 1 erstrecken muss.“ [BMJV, 1994]

Eine Stichwortsuche der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV) inklusive der Anlagen ergab für die Stichworte ‚Frau/Frauen‘, ‚Geschlecht‘, ‚Gender‘, ‚Diversität‘, ‚Unterschied‘, ‚kulturell‘ keine Treffer.

#### **4.4.2 Analyse der Rahmenrichtlinien der Bundesländer**

Für Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Bayern, Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt wurden die Rahmenrichtlinien zur Physiotherapieausbildung anhand einer Stichwortsuche analysiert. Für die Bundesländer Baden-Württemberg, Saarland, Hessen, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Bremen sowie Hamburg liegen keine Rahmenrichtlinien vor und für Rheinland-Pfalz und Berlin sind diese nicht veröffentlicht. Die Stichwortsuche erfolgte anhand der Begriffe ‚Frau/Frauen‘, ‚Geschlecht‘, ‚Gender‘, ‚Diversität‘, ‚Unterschied‘, ‚kulturell‘. Die Ergebnisse sind im Anhang beigefügt.

Insgesamt sind vorwiegend biologische Geschlechterunterschiede integriert wie männliche und weibliche Geschlechtsorgane, männliche und weibliche Geschlechtshormone oder der geschlechtsspezifische Bau des Beckens. Des Weiteren sind Themen der Frauengesundheit wie die Versorgung von Schwangeren oder der Menstruationszyklus aufgenommen, aber auch Geschlechtererkrankungen sowie soziokulturelle Mechanismen eines Gesundheitsproblems, Rollenstereotype und Geschlechtererziehung. Weitere Diversitätsaspekte wie Kultur sind an wenigen Stellen aufgenommen. Aspekte der Gendermedizin und Geschlechterunterschiede bei Erkrankungen konnten nicht gefunden werden.

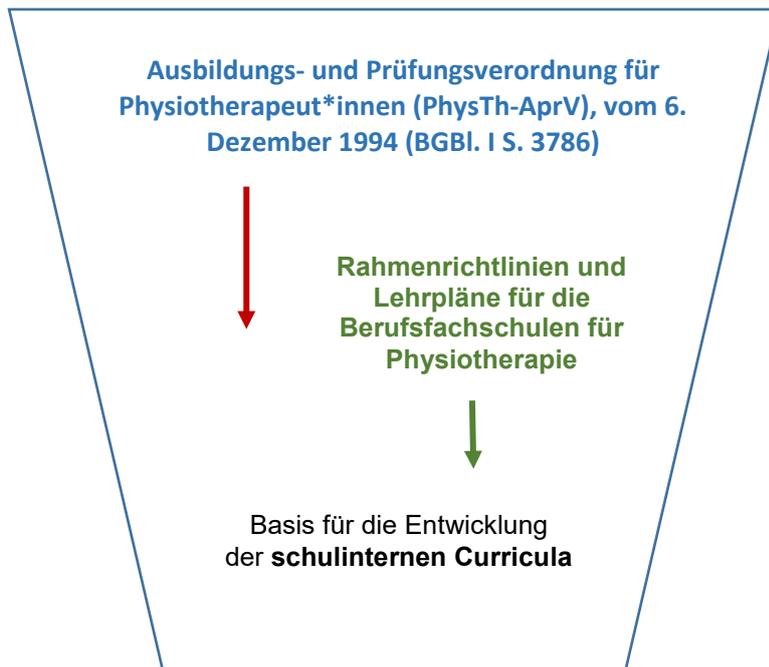
#### **4.4.3 Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen NRW**

Exemplarisch werden hier die Ergebnisse für die empfehlende Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen (NRW) dargestellt. Die Stichwortsuche für ‚Frau/Frauen‘ ergab 2 Treffer: S. 82 „Frauenspezifische Themen wie zum Beispiel Physiotherapie bei Frauen nach der Geburt und Therapie bei Frauen mit Brustoperationen“ (S.82), „Schwangere Frauen: Physiologie, Spezielle Krankheitslehre, Methodische Anwendung der Physiotherapie im Fachgebiet Gynäkologie“ (S.120). Für das Stichwort ‚Geschlecht‘ ergaben sich 5 Treffer: „Bedingungsfaktoren der Haltung und Bewegung: Alter, Geschlecht, Ethnie und Schicht“ (S.30), „Einflussfaktoren der Kraftleistungsfähigkeit (Motivation, Alter, Geschlecht, Ernährungszustand)“ (S.34), „Beeinträchtigung des Urogenitalsystems; Physiologie des weiblichen und männlichen Geschlechtssystems“ (S.82), Kinder und Jugendliche: geschlechts- und schichtspezifische Erziehung und Sozialisation“ (S.92) und „Geburt/Schwangerschaft: geschlechtsspezifische Betroffenheit“ (S.95).

Das Stichwort ‚Gender‘ ergab keine Treffer. Für ‚Diversität‘ wurde 1 Treffer gefunden: „Soziokulturelle Mechanismen eines Gesundheitsproblems“ (S.30), für ‚Unterschied‘ ebenfalls ein Treffer: „Unterschiede

zu Erkrankungen im Erwachsenenalter“ (S.86) und für ‚kulturell‘ 3 Treffer: S.30 „Bedingungsfaktoren der Haltung und Bewegung: psychologische, kulturelle und soziale Einflussfaktoren“ (S.30), „Physiotherapierelevante Inhalte der Geistes- und Sozialwissenschaften: Die soziokulturelle Situation von MigrantInnen in Deutschland“ (S.93), „Menschen aus fremden Kulturen: Hintergrundinformationen zur soziokulturellen und religiösen Situationen verschiedener MigrantInnen-Gruppen kennen lernen und ihre Bedeutung für den Therapieprozess reflektieren“ (S.93).

Abb: Phy 22: Gesetzliche Vorgaben für die Physiotherapieausbildung



#### 4.5 Diskussion und Handlungsfelder

Den Physiotherapeut\*innen kommt bei der Prävention und Versorgung von Erkrankungen eine bedeutende Rolle zu, insbesondere im Rahmen der steigenden Anzahl von chronischen Erkrankungen sowie der demografischen Entwicklung. Wissen und Kompetenzen zu Geschlechterunterschieden bei der Prävention, Entstehung und Therapie von Erkrankungen sowie die geschlechtersensible Kommunikation sind von großer Bedeutung für eine qualitativ hohe therapeutische Behandlung und Versorgung der Patient\*innen von großer Bedeutung [Regitz-Zagrosek et al. 2012].

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse haben gezeigt, dass Geschlechteraspekte nur vereinzelt in den Rahmenrichtlinien bzw. in den Lehrplänen der Berufsfachschulen für Physiotherapie sowie in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-APrV) integriert sind. Anhand der Online-Befragung lassen sich genauere Aussagen zum Integrationsniveau in den theoretischen und praktischen Unterricht sowie in die praktische Ausbildung machen. So zeigen die Ergebnisse, dass es Bemühungen in den Schulen gibt, geschlechtersensible Aspekte zu integrieren. Immerhin hat bei der curricularen Integration in den theoretischen und praktischen Unterricht rund ein Fünftel (19%) der

Schulen die oberste Integrationsstufe erreicht und somit Geschlechteraspekte longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum hinweg integriert. Davon haben 4,3% einzelne Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten im Curriculum verankert und 6,4% haben diese auch in die Prüfungen / ins Assessment integriert. Ein Anteil von 15% hat Geschlechteraspekte in zahlreiche Lehrveranstaltungen als Lernziel oder Lehrinhalt integriert und somit die mittlere Integrationsstufe erreicht. Davon geben 2,1% an, dass diese auch in den Prüfungen/ins Assessment integriert sind.

Ein Anteil von 66% der Schulen hat das unterste Integrationsniveau erreicht und somit Geschlechteraspekte in einzelne Lehrveranstaltungen integriert. Davon haben 4,3% einzelne Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten im Curriculum verankert und 2,1% Geschlechteraspekte in die Prüfungen/ins Assessment integriert. Geschlechteraspekte sind dabei in die Lernsituationen (57%), in die Lernziele der Veranstaltungen (41%), in die Lernfelder (16%) und in die Rahmenlernziele (14%) integriert.

Hinsichtlich der curricularen Integration in die praktische Ausbildung wird angegeben, dass es einzelne Unterrichtseinheiten gibt, in denen Geschlechteraspekte angesprochen werden (88%), dass es mehrere Unterrichtseinheiten ausschließlich zu Geschlechteraspekten gibt (10%) und dass Geschlechteraspekte in die Prüfungen bzw. in das Assessment integriert sind (12%).

- *Um das Integrationsniveau zu verbessern, müssen Geschlechteraspekte in die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-APrV), in die Rahmenrichtlinien der Bundesländer für die Ausbildung in der Physiotherapie und in die Lehrpläne der Berufsfachschulen für Physiotherapie integriert werden und verpflichtender Bestandteil der Ausbildung sein.*
- *Auch wenn einige Schulen Geschlechteraspekte in das Assessment integriert haben, so werden diese noch zu wenig in Prüfungssituationen berücksichtigt. Sie sollten daher als prüfungsrelevante Lernziele Teil des Assessments sein, im Sinne von „Assessment drives Learning“ [Wormald et al. 2009].*

Die Befragung hat gezeigt, dass 92% der Schulen Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität als relevant für die spätere berufliche Tätigkeit als Physiotherapeut\*in beurteilen und nur 8% diese als unwichtig. Wissen und Kompetenzen zu weiteren Diversitätsaspekten beurteilen sogar alle Schulen als relevant. Dies deckt sich mit Ergebnissen der Studie von Ludwig et al. die zeigen, dass Medizinstudierende Geschlechter- und Diversitätskompetenzen als relevant für ihre spätere ärztliche Tätigkeit beurteilen. Zudem beurteilen Medizinstudentinnen diese Aspekte als relevanter als die Medizinstudenten [Ludwig et al. 2020c].

- *Insgesamt bestätigen die Physiotherapieschulen und Medizinstudierenden die Relevanz von Geschlechter- und Diversitätsaspekten für die spätere berufliche Tätigkeit und somit die Notwendigkeit deren curriculärer Integration.*

Offen bleibt noch, wie die Auszubildenden der Physiotherapie die Relevanz beurteilen. Da in den Physiotherapieschulen der Anteil der Frauen bei den Dozierenden und Studierenden überwiegt, ist

davon auszugehen, dass die Bereitschaft zur Integration gegeben ist, sofern ausreichend Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden.

Für die Integration von Geschlechteraspekten in die Lehre sind insbesondere die Lehrenden verantwortlich. Die Problematik hierbei ist, dass die Integration von den Dozierenden und deren Affinität und Interesse für dieses Thema sowie Geschlechterkompetenz abhängt und die Integration auf diese Weise nicht nachhaltig ist auch vor dem Hintergrund der Dozierendenmobilität [Ludwig et al. 2015]. So hat die Befragung der medizinischen Fakultäten von 2016 gezeigt, dass es Indikationen dafür gibt, dass insbesondere der Einsatz einer hauptamtlichen Beauftragten und somit eines „Gender und Diversity Change Agents“ eine wirksame Vorgehensweise zur Integration von Geschlechteraspekten ist und damit das höchste Integrationsniveau erreichen konnte [Ludwig et al. 2015 und 2016].

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass für die nachhaltige Integration in den Schulen vorwiegend auch die Lehrenden zuständig sind, bei rund der Hälfte sind dies die Schulleitungen und rund ein Fünftel haben dafür keine Ressourcen. Auch für die Integration von neuen Forschungsergebnissen zu Geschlechterunterschieden / zur Gendermedizin sind vorwiegend die Lehrenden verantwortlich, d.h. es besteht wiederum das Problem der Fluktuation und die Integration ist abhängig vom Wissen, der Kompetenz und dem Interesse der Lehrenden zu diesem Thema. Rund zwei Drittel der befragten Schulen integrieren neue Forschungsergebnisse zu Geschlechterunterschieden nicht in die Lehre.

- *Für die strukturelle Verankerung und die Kontinuität sowie Nachhaltigkeit der integrierten Aspekte sollten den Schulen daher ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Zu empfehlen wäre der Einsatz einer hauptamtlich Beauftragten für dieses Thema.*
- *Weiterbildungen für die Lehrenden zu Geschlechterkompetenzen sind notwendig, um diese Aspekte in den Unterricht zu integrieren sowie die Bereitstellung einer Datenbank zu neuen Forschungsergebnissen im Bereich der Geschlechterforschung.*
- *Für die Recherche nach neuen Forschungsergebnisse mit Geschlechterbezug in der Physiotherapie könnte die Physiotherapie Evidenz Datenbank PEDro (<https://www.pedro.org.au/german/>) weiter ausgebaut werden.*

Geschlechter- und Diversitätsaspekte werden insbesondere in die Fallbesprechungen, die praktische Ausbildung und den praktischen Unterricht integriert, mehr als in die Vorlesungen oder Seminare. In die e-Learning Lehrformate sind keine Geschlechteraspekte integriert. Es wird daher empfohlen, die Integration in den theoretischen Unterricht, wie Vorlesungen und Seminare, zu unterstützen sowie die Integration in die e-Learning Lehrformate. Zudem wird davon ausgegangen, dass aufgrund der COVID-19 Pandemie die Anzahl der e-Learning Formate zugenommen hat und damit auch hier die Möglichkeiten der Integration.

Bei den Unterrichtsmaterialien sind Geschlechteraspekte in rund zwei Drittel der Fälle, in die Powerpoint-Präsentationen (42%), aber auch in die Skripte, Handouts und Kurzvideos und zu einem geringen in die Unterrichtsmaterialien des e-Learnings integriert. In mehr als die Hälfte der Powerpoint-

Präsentationen und in rund zwei Dritteln der Skripte und Handouts sind diese nicht integriert. Das deckt sich mit einer Studie aus den Niederlanden zur Integration von Diversitätsaspekten in ein medizinisches Curriculum: So ist auch dort, trotz unterstützender Rahmenbedingungen, das Lehrmaterial noch nicht ausreichend geschlechter- und diversitätssensibel [Muntinga et al. 2016]. Für eine diversitätssensible Lehre kann unter anderem die Toolbox der Freien Universität Berlin unterstützend herangezogen werden [Freie Universität Berlin, 2017].

- *Für die Integration in die Lehrformate und Unterrichtsmaterialien ist ebenfalls eine Weiterbildung der Dozierenden und Ausbilder\*innen notwendig. Es sollten daher Kurse zu Geschlechterkompetenzen in den Gesundheitsberufen mit Schwerpunkt Physiotherapie entwickelt sowie verpflichtende prüfungsrelevante geschlechter- und diversitätssensible Lernziele für die Physiotherapie entwickelt werden. Zudem müssen Geschlechteraspekte in die Lehrbücher zur Physiotherapie aufgenommen werden.*
  
- *Hierzu wird die Einrichtung einer nationalen Beratungsstelle für die Unterstützung der Integration von Geschlechter- und Diversitätsaspekten in die Lehre der Gesundheitsberufe empfohlen, die folgende Aufgaben übernimmt: 1) Überprüfung und Qualitätssicherung von Curricula und Lehrmaterialien hinsichtlich Geschlechter- und Diversitätsaspekten; 2) Unterstützung bei der Erstellung von geschlechter- und diversitätssensiblen Curricula und Lehrmaterialien sowie bei der Formulierung von geschlechter- und diversitätssensiblen Lernzielen; 3) Unterstützung beim Transfer von Forschungsergebnissen in die Lehre; 4) Konzeption und Angebot von Kursen zur Weiterbildung der Lehrenden in den Gesundheitsberufen; 5) Pflege von Datenbanken zu geschlechter- und diversitätssensibler Forschung in den Gesundheitsberufen.*

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Schulen (80%), soziokulturelle Aspekte wie u.a. der Lebensstil, die Geschlechterrolle, das Verhalten und gesellschaftliche Erwartungen in das Curriculum und 82% der Schulen biologische Geschlechterunterschiede integrieren. Dabei integriert der Großteil der Schulen Geschlechterwissen und Geschlechterunterschiede in die Physiologie und in die anatomische Lehre. Nur 9% Schulen integrieren diese nicht in die Physiologie. In die anatomische Lehre sind dabei insbesondere bei funktionellen Aspekten des Beckens und der unteren Extremitäten (98%), bei der Anatomie der inneren Organe und dem Aufbau des Skelettsystems (93%) Geschlechteraspekte integriert. Dies deckt sich mit unseren Ergebnissen der Dokumentenanalyse, die zeigen, dass insbesondere biologische Geschlechteraspekte integriert werden. Eine Studie zur Analyse der Vorbereitungsmaterialien auf das medizinische Staatsexamen hat ergeben, dass vorwiegend biologische Geschlechterunterschiede in die Fragen des Staatsexamens integriert sind [Schluchter et al. 2020].

Bei den Themengebieten der Krankheitslehre sind sowohl soziokulturelle als auch biologische Geschlechterunterschiede bei der Krankheitsentstehung, beim Krankheitsverlauf, bei der Symptomatik, Diagnose und Therapie als Lehr- und Lerninhalt in das Themengebiet der Geriatrie (73%), der Psychiatrie und Psychotherapie (68%), der Psychosomatik (63%), Gynäkologie/Geburtshilfe (62%), Pädiatrie (56%), aber auch in die Arbeitsmedizin, Endokrinologie und Neurologie (jeweils 51%) sowie

in die Innere Medizin und Kardiologie (50%) integriert. Eine geringe Integration ist in der Notfallmedizin, klinischen Pharmakologie und Nephrologie zu verzeichnen.

- *Es wird daher empfohlen, Studien zu diesen Themengebieten zu fördern. Zudem sollten geschlechtersensible Lehrmaterialien spezifisch für die Physiotherapie entwickelt werden.*

In der physiotherapeutischen Befundaufnahme, Massagetherapie, bei den physiotherapeutischen Untersuchungstechniken sowie in die krankengymnastischen Behandlungstechniken sind Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität zu einem Großteil integriert sowie in der Gesprächsführung und Kommunikation und im Prozess der Patientenführung. Beim Behindertensport werden Geschlechteraspekte jedoch kaum angesprochen. Des Weiteren wird ein Anteil von 93% der Auszubildenden auf mögliche sexuelle Übergriffe / Belästigungen am Arbeitsplatz vorbereitet. Dies ist ein positives Ergebnis, zumal Studien auf die hohe Prävalenz von sexuellen Übergriffen am Arbeitsplatz hinweisen [Jenner, S. 2019].

Im Themengebiet der Prävention und Gesundheitsförderung werden Aspekte der sexuellen Orientierung von nur rund einem Viertel angesprochen. Ein Großteil der befragten Schulen integriert jedoch die Kategorie Geschlecht, aber auch weitere Diversitätskategorien wie das Alter, körperliche Beeinträchtigungen / Behinderung, kultureller Hintergrund und Religion.

- *Es wird daher empfohlen, neben der Kategorie Geschlecht, weitere Diversitätsaspekte wie unter anderem sexuelle Orientierung in die Curricula aufzunehmen. Zudem sollte beim Behindertensport Geschlechteraspekte thematisiert werden.*

Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität sind zu einem Großteil in die Lehr- und Lerninhalte bei der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und bei der Rehabilitationsplanung mitaufgenommen, ein Viertel der Schulen integriert diese jedoch noch nicht. Im Kompetenzbereich Dokumentation, Schrifttum und Sprache geben rund zwei Drittel der Schulen an, dass Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität in die Erstellung des Behandlungsplans, bei der Festlegung von physiotherapeutischen Behandlungszielen und bei der mündlichen und schriftlichen Berichterstattung (geschlechtersensible Sprache) integriert sind. Auch hier integrieren rund ein Viertel diese jedoch nicht.

- *Es wird daher empfohlen, bei der Rehabilitation und bei der Dokumentation, Schrifttum und Sprache geschlechtersensible Aspekte vermehrt aufzunehmen.*

Beim wissenschaftlichen Arbeiten integriert der Großteil der Schulen die Kategorie „Geschlecht“, nur 9% integriert diese nicht. Auch weitere Diversitätsaspekte wie das Alter und kultureller Hintergrund werden berücksichtigt. Dies ist ein positives Ergebnis, da insbesondere beim wissenschaftlichen Arbeiten beim Studiendesign, bei der Stichprobe und der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse diese Aspekte berücksichtigt werden sollten [Clayton et al. 2014].

Neben den bisher beschriebenen Themengebieten werden geschlechtersensible Lehrinhalte im Fach Soziologie, in der Geschichte der Medizin und Physiotherapie, in der Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde sowie in Themen zur Gesundheitspolitik und in der Sozialmedizin integriert. Rund ein

Drittel der Schulen integrieren diese Aspekte jedoch noch nicht in Themen zur Gesundheitspolitik sowie zur Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde und rund die Hälfte nicht bei der Sozialmedizin.

- *Es wird daher empfohlen, zu diesen Themen verbindliche Lernziele zu formulieren.*

Insgesamt gibt es somit Bemühungen von Seiten der Schulen zur Integration von Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität. Für eine bessere und umfangreichere inhaltliche Integration ist es wichtig, dass die Dozierenden ausreichend Wissen zu Geschlechteraspekten in der Physiotherapie sowie zu Geschlechterunterschieden bei Erkrankungen haben. Eine Weiterbildung von Dozierenden wird daher auch hierfür, wie bereits oben benannt, empfohlen. Dafür ist die Entwicklung von zentralen Weiterbildungsangeboten im Bereich der geschlechtersensiblen Lehre notwendig. Zudem sollte in den Stellenausschreibungen Geschlechterkompetenzen in das erforderliche Qualifikationsprofil der Lehrenden, Ausbilder\*innen und Schulleitungen aufgenommen werden und qualifizierten Dozierenden die Möglichkeit einer langfristigen Beschäftigung gegeben werden.

Bisher werden die Auszubildenden im Rahmen der Evaluationen nicht darum gebeten, das Ausmaß ihres Geschlechterwissens zu beurteilen. Dies ist jedoch wichtig, um die Perspektive der Auszubildenden bei der weiteren curricularen Entwicklung zu berücksichtigen.

- *Es wird daher empfohlen, Geschlechteraspekte in die Qualitätssicherungsinstrumente wie Lehrveranstaltungsevaluationen, die Evaluationen zur praktischen Ausbildung sowie die Absolvierendenbefragungen zu integrieren. Neben diesen Instrumenten wird in der Literatur auch die Integration in Akkreditierungsprozesse empfohlen wie die Aufnahme in die Akkreditierungsvorgaben und der Einbezug von Gender- und Diversitätsexpert\*innen in Akkreditierungsprozesse [Ludwig et al. 2018; Schlüter et al. 2012].*

## **Handlungsfelder im Überblick:**

### **Strukturelle Integration**

- Geschlechteraspekte und Geschlechterwissen sollten in die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-APrV), in die Rahmenrichtlinien und Lehrpläne der Bundesländer als verpflichtende und prüfungsrelevante Lernziele integriert werden.
- Neben der Kategorie Geschlecht sollten auch weitere Diversitätskriterien wie u.a. sexuelle Orientierung und Kultur als Lernziele und verpflichtende Lehrinhalte aufgenommen werden.
- Integration geschlechtersensibler Inhalte und Geschlechtersensibilität in alle Lehrformate der Physiotherapieausbildung (theoretisch, theoretisch-praktisch, praktisch), auch in Hinblick auf den Theorie-Praxis-Transfer von erlerntem Wissen.
- Den Schulen sollten ausreichend Ressourcen zur Integration zu Verfügung gestellt werden, empfohlen wird dabei insbesondere der Einsatz einer hauptamtlich Beauftragten für die Integration.

## **Nachhaltigkeit**

- Qualifizierten Dozierenden mit Geschlechterkompetenzen sollten langfristige Perspektiven geboten werden.
- Als Anreize für die nachhaltige Integration wird empfohlen, einen Preis für geschlechtersensible Lehre in der Physiotherapie zu vergeben bzw. ein Zertifikat für geschlechtersensible Lehre.
- Entwicklung von digitalen Medien zum Management der Lernziele und Überprüfung der Integration in die Lehrveranstaltungen der Schulen, als Best-Practice Beispiel kann hierfür die Lehrveranstaltungs- und Lernzieldatenbank der Charité (<https://lernziele.charite.de/zend/>) herangezogen werden und für die Physiotherapie adaptiert werden.
- In den Qualitätssicherungsinstrumenten wie Lehrveranstaltungsevaluationen, Evaluationen zur praktischen Ausbildung und Absolvierendenbefragungen sollte das Geschlechterwissen abgefragt werden.
- Bei systemakkreditierten Hochschulen sollten in die Akkreditierungsvorgaben Geschlechteraspekte aufgenommen werden. Dabei spielt neben der Integration in die Studiengangstrukturen und Zulassungsverfahren die inhaltliche Integration sowie die geschlechter- und diversitätssensible Didaktik eine Rolle.
- Es wird empfohlen, eine Akkreditierungsagentur, die sich auf Geschlechteraspekte fokussiert zu etablieren bzw. in den bisher existierenden Akkreditierungsagenturen Expert\*innen mit Geschlechterkompetenz verpflichtend in die Akkreditierungsprozesse einzubeziehen.

## **Weiterbildung**

- Entwicklung von Kursen zu Geschlechterkompetenzen (inkl. geschlechtersensibler Sprache und Didaktik) für die Dozierenden und Ausbilder\*innen in den Gesundheitsberufen mit Schwerpunkt Physiotherapie, u.a. auch online basierte Weiterbildungsangebote.
- Hochschulcurriculare Implementierung geschlechtersensibler Inhalte für angehende, noch studierende Lehrende in der Physiotherapie.
- Schul- und Konzerninterne Aufklärungskampagnen zur Relevanz von geschlechtersensiblen Inhalten in der Physiotherapieausbildung.

## **Inhaltliche Integration**

- Es sollten verpflichtende prüfungsrelevante geschlechter- und diversitätssensible Lernziele für die Physiotherapie entwickelt werden.
- Die Schulen sollten bei der Entwicklung von geschlechtersensiblen Lehrmaterial in der Physiotherapie und bei der Formulierung von geschlechtersensiblen Lernzielen für die spezifischen Lehrveranstaltungen unterstützt werden.
- Bestehende Lehrmaterialien sollten auf Geschlechteraspekte geprüft werden.
- Es sollte mehr Wissen zu Geschlechterunterschieden in der Notfallmedizin, klinischen Pharmakologie und Nephrologie vermittelt werden.
- Geschlechteraspekten sollten in die Lehrbücher zur Physiotherapie aufgenommen werden.
- Einrichtung einer nationalen Beratungsstelle für die Unterstützung der Integration von Geschlechter- und Diversitätsaspekten in die Lehre der Gesundheitsberufe, die 1) Überprüfung

und Qualitätssicherung von Curricula und Lehrmaterialien hinsichtlich Geschlechter- und Diversitätsaspekten; 2) Unterstützung bei der Erstellung von geschlechter- und diversitätssensiblen Curricula und Lehrmaterialien sowie bei der Formulierung von geschlechter- und diversitätssensiblen Lernzielen; 3) Unterstützung beim Transfer von Forschungsergebnissen in die Lehre; 4) Konzeption und Angebot von Kursen zur Weiterbildung der Lehrenden in den Gesundheitsberufen; 5) Pflege von Datenbanken zu geschlechter- und diversitätssensibler Forschung in den Gesundheitsberufen.

## **Forschung**

- Ausbau von Inhalten der Datenbanken für evidenzbasierte Physiotherapie wie z.B. die Physiotherapie Evidenz Datenbank PEDro (<https://www.pedro.org.au/german/>).
- Bereitstellung einer Datenbank zu neuen Forschungsergebnissen im Bereich Gendermedizin wie beispielsweise die Weiterentwicklung von eGender und der GenderMedDB [Seeland et al. 2016].
- Übergangsweise bessere Zugänglichkeit von interprofessionellen Datenbanken um Zugriff auf aktuelles Forschungswissen im Bereich der Gendermedizin für Lehrende, im Hinblick auf Aktualisierungen von Lehrinhalten nach neuesten Forschungserkenntnissen, zu erleichtern.
- Ausschreibung von Studien in Bereichen in denen Geschlecht in der Physiotherapie noch unterrepräsentiert sind.

## **Weitergehende Forschung**

- Entwicklung von Kompetenz- und Lernzielkatalogen zu geschlechter- und diversitätssensiblen Lehr- und Lerninhalten für die Physiotherapie
- Erhebung des Geschlechterwissens und der Geschlechterkompetenzen der Auszubildenden und Absolvierenden der Physiotherapie deutschlandweit, inklusive der Hochschulabsolvierenden.
- Erprobung und Entwicklung von adäquaten didaktischen Lehrmaterialien, die für eine geschlechter- und diversitätssensible Ausbildung in der Physiotherapie geeignet sind.
- Analyse in welchem Ausmaß Geschlechteraspekte in die Lehrbücher der Physiotherapie integriert sind.
- Entwicklung und Pflege von Forschungsdatenbanken zu geschlechter- und diversitätssensibler Forschung in den Gesundheitsberufen, um den Transfer von Forschungsergebnissen in die Lehre zu unterstützen.

## **4.6 Zusammenfassung**

Insgesamt gibt es Bemühungen der Physiotherapieschulen, Geschlechterwissen und Geschlechtersensibilität in die Curricula zu integrieren, so haben immerhin rund ein Fünftel der Schulen die oberste Integrationsstufe erreicht und somit Geschlechteraspekte longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum hinweg integriert. Mehr als zwei Drittel haben jedoch nur das unterste Integrationsniveau erreicht und somit Geschlechteraspekte nur in einzelne Lehrveranstaltungen integriert. Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten gibt es bisher nur vereinzelt

und die Inhalte sind nur zu einem geringen Anteil in das Assessment integriert. Eine systematische Integration ist daher notwendig, um zukünftig eine angemessene qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung zu garantieren. Hierzu wurden Handlungsempfehlungen formuliert, die im Kapitel 4.5. nachzulesen sind.

#### **4.7 Limitationen**

Die Studie hat auch Limitationen. Trotz der Erklärung zur Unterscheidung von „Sex“ als biologischem Geschlecht und „Gender“ als soziokulturelles Geschlecht [Regitz-Zagrosek et al. 2012] zu Beginn des Fragebogens gehen wir davon aus, dass die Begrifflichkeiten nicht von allen Personen, die an der Befragung teilgenommen haben, korrekt verstanden und bei der Beantwortung der Fragen adäquat interpretiert wurden. Des Weiteren wurde die Befragung von den Schulleitungen beantwortet, diese sind unter Umständen nicht immer genau darüber informiert, ob die Lehrenden oder Ausbilder\*innen Geschlechteraspekte in den theoretischen und praktischen Unterricht bzw. in die praktische Ausbildung integrieren. Bei der Dokumentenanalyse konnten nicht alle Rahmenrichtlinien der Bundesländer eingesehen und analysiert werden, da nicht alle öffentlich waren. Es könnte daher sein, dass mehr Geschlechteraspekte integriert sind als im Rahmen der Dokumentenanalyse dargestellt wurden.

#### **4.8 Literatur**

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND VERBRAUCHERSCHUTZ (BMJV). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut\*innen (PhysTh-AprV), vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786). <https://www.gesetze-im-internet.de/physyth-aprv/BJNR378600994.html> (last accessed 20.5.2020)

CLAYTON JA, COLLINS FS (2014). NIH to balance sex in cell and animal Studies. *Nature* 2014; 509:282-283

CPME Comité Permanent des Médecins Européens. Standing Committee of European Doctors (CPME) (2016). Policy on sex and gender in medicine. <http://www.cpme.eu/cpme-policy-on-sex-and-gender-in-medicine/> (last accessed on 20.05 2020)

DONOGHUE GD (2000). Women's health: a catalyst for reform of medical education. *Acad Med.* ;75(11):1056-1060.

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN (2017) Toolbox Gender und Diversity in der Lehre 2017. Berlin, 2017. <https://www.genderdiversitylehre.fu-berlin.de/toolbox/index.html> (last accessed 20.05.2020)

HAMBERG K (2008). Gender bias in medicine. *Womens Health.* 2008,4(3):237-243.

HOCHLEITNER M, NACHTSCHATT U, SILLER H (2013). How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int.*;34(1):3-13.

JENNER S, DJERMESTER P, PRÜGL J, KURMEYER C, OERTELT-PRIGIONE S (2019) Prevalence of Sexual Harrassment in Academic Medicine. *JAMA Int Med*, 179:1. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4859

LUDWIG S, OERTELT-PRIGIONE S, KURMEYER C, GROSS M, GRÜTERS-KIESLICH A, REGITZ-ZAGROSEK V, PETERS H (2015) A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health*;24(12):996-1005. doi: 10.1089/jwh.2015.5249

LUDWIG S, DETTMER S, PETERS H, KACZMARCZYK G (2016). Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre – noch in den Kinderschuhen. *Dtsch Ärztebl*;113(51):A2364-2366.

- LUDWIG S, ROA ROMERO Y, BALZ J, PETZOLD M (2018). The use of quality assurance instruments and methods to integrate diversity aspects into health professions study programmes, *MedEdPublish*. 2018;7(1):53.. [doi: 10.15694/mep.2018.0000053.1](https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000053.1)
- LUDWIG S, GRUBER C, EHLERS J, RAMSPOTT S (2020) Editorial Themenheft "Diversity in Medical Education". *GMS J Med Educ*; 37(2):Doc27 (1) [doi: 10.3205/zma001320](https://doi.org/10.3205/zma001320)
- LUDWIG S, GRUBER C, EHLERS J, RAMSPOTT S (Hrsg.) (2020) Themenheft "Diversity in Medical Education". *GMS J Med Educ* (2)
- LUDWIG S, DETTMER S, WURL W, SEELAND U, MAAZ A, PETERS H (2020). Evaluation of curricular relevance and actual integration of sex/gender and cultural competencies by final year medical students: effects in student diversity subgroups and by curriculum. *GMS J Med Educ*; 37(2):Doc19 (3) [doi: 10.3205/zma001312](https://doi.org/10.3205/zma001312)
- MUNTINGA ME, KRAJENBRINK VQ, PEERDEMAN SM, CROISET G, VERDONK P (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*;21(3):541-559.
- MILLER VM, KARARIGAS G, SEELAND U, REGITZ-ZAGROSEK V, KUBLICKIENE K, EINSTEIN G, CASANOVA R, LEGATO MJ (2016). Integrating topics of sex and gender into medical curricula—lessons from the international community, *Biol Sex Diff*;7:44. [doi.org/10.1186/s13293-016-0093-7](https://doi.org/10.1186/s13293-016-0093-7)
- MILLER VM, RICE M, SCHIEBINGER L, JENKINS MR, WERBINSKI J, NUNEZ A, WOOD S, VIGGIANO TR, SHUSTER LT (2013) Embedding concepts of sex and gender health differences into medical curricula. *J Womens Health (Larchmt)*22(3):194-202.
- REGITZ-ZAGROSEK V (2012) Sex and gender differences in health. *EMBO*;13:596-603. [doi: 10.1038/embor.2012.87](https://doi.org/10.1038/embor.2012.87)
- REGITZ-ZAGROSEK V, SEELAND U (2012). Sex and gender differences in clinical medicine. *Handb Exp Pharmacol*. 2012:322.
- SCHLUCHTER H, AHMAD T, NAUMAN AT, LUDWIG S, REGITZ-ZAGROSEK V, SEELAND U (2020). Quantitative and qualitative analysis on sex and gender in preparatory material for medical state examinations in Germany and the USA. *Journal of Medical Education and Curricular Development Vol. 7*: 1–11.
- SCHLÜTER A, KORTENDIEK B, HILGEMANN M, KNAUF A (2012). Studien Netzwerk Frauen- und Geschlechterforschung NRW. Geschlechtergerechte Akkreditierung – eine Handreichung. Essen.
- SEELAND U, NAUMAN AT, CORNELIS A, LUDWIG S, DUNKEL M, KARARIGAS G, REGITZ-ZAGROSEK V. (2016). eGender-from e-Learning to e-Research: a web-based interactive knowledge-sharing platform for sex- and gender-specific medical education. *Biol Sex Differ* 14;7;39
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS). Gesundheitspersonalrechnung. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (Stand: 20.05.2020)
- VERDONK P, MANS LJ, LAGRO-JANSSEN AL (2005). Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ*, 39(11), 1118-25.
- VERDONK P, BENSCHOP YW, DE HAES HC, LAGRO-JANSSEN TL (2008). Medical students' gender awareness – construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Sex Roles*. 2008;58(3-4):222-234. DOI: 10.1007/s11199-007-9326-x
- VERDONK P, JANCZUKOWICZ J (2018) Editorial: diversity in Medical education. *MedEdPublish*. 2018;7(1):1. DOI: [10.15694/mep.2018.000001.1](https://doi.org/10.15694/mep.2018.000001.1)
- WORMALD BW, SCHOEMAN S, SOMASUNDERAM A, PENN M (2009). Assessment Drives Learning: An Unavoidable Truth? *Anat Sci Edu*, 2:199-204
- ZELEK B, PHILLIPS SP, LEFEBVRE Y (1997). Gender sensitivity in medical curricula. *Canad Med Assoc J*. 1997;156:1297-1300.

## 5. Zusammenfassung Gesamtgutachten

Die Ergebnisse zeigen, dass bei den meisten Medizinischen Fakultäten ein Bewusstsein für die Relevanz von geschlechtersensiblen Aspekten an den medizinischen Fakultäten angekommen ist und in den Fächern Kardiologie und klinische Pharmakologie einige wichtige gendermedizinische Aspekte in die Lehre integriert sind. Dagegen ist die strukturelle curriculare Integration von geschlechtersensiblen Aspekten noch nicht genügend vorangeschritten. Die Defizite beziehen sich auf die systematische Integration ins Curriculum, auf die Prüfungsrelevanz der geschlechtersensiblen Lernziele, auf die Evaluation und Qualitätssicherung des vermittelten geschlechtersensiblen Wissens sowie auf die Nachhaltigkeit der Integration von geschlechterbezogenen Forschungsergebnissen in die Lehre.

Eine systematische vollständige longitudinale Integration von Geschlechterwissen und –sensibilität in das Ausbildungscurriculum der Gesundheits- und Kranken-/ Kinderkrankenpflegeschulen konnte nur in 2,4% der Ausbildungsstätten nachgewiesen werden. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf eine schnellere und nachhaltigere Umsetzung von Geschlechterwissen und –sensibilität unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte in die theoretische und praktische generalistische Ausbildung zur Pflegefachfrau und Pflegefachmann. Die strukturelle curriculare Integration hat bei 44% der Ausbildungsstätten bereits ein mittleres und hohes Niveau erreicht, so dass bei konsequenter Durchführung eines gesteuerten Prozesses, innerhalb von 5-7 Jahren das Ziel der vollständigen Integration erreicht sein kann. Mit Hinblick auf die Stärkung der ambulanten Pflege und der Pflege hochbetagter Frauen und Männer eine dringliche Aufgabe auch zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

Bereits ein Fünftel der Physiotherapieschulen haben die oberste Integrationsstufe erreicht und somit Geschlechteraspekte longitudinal in alle Lehrformate über das gesamte Curriculum hinweg integriert. Mehr als zwei Drittel haben jedoch nur das unterste Integrationsniveau erreicht und somit Geschlechteraspekte nur in einzelne Lehrveranstaltungen aufgenommen. Lehrveranstaltungen ausschließlich zu Geschlechteraspekten gibt es bisher nur vereinzelt und die Inhalte sind nur zu einem geringen Anteil in das Assessment integriert. Eine systematische Integration ist daher notwendig, um zukünftig eine angemessene qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung zu garantieren.

Durch die Parallelentwicklung in den drei Gesundheitsberufen hat sich ein spezifisches geschlechtersensibles Fachwissen etabliert, welches bei systematischem interprofessionellem Austausch und Nutzen der Lehrmaterialien zu einem bedeutenden Mehrwert für jede einzelne Disziplin werden kann.

Unterstützungs- und Anreizsysteme sollten zusätzlich zu den in den einzelnen Kapiteln aufgeführten Handlungsempfehlungen etabliert werden, um den Prozess zu beschleunigen und Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Die Befragten aller drei Gesundheitsberufe würden eine Unterstützung bzgl. der Lehrmaterialien und der Fort- und Weiterbildung der Lehrenden durch finanzielle und personelle Ressourcen sehr begrüßen. Zudem sollten Geschlechteraspekte als verpflichtende und prüfungsrelevante Lehrinhalte in die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, Rahmenrichtlinien und

Lehrpläne der Bundesländer sowie in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin aufgenommen werden. Das Angebot einer zentralen Begutachtungsstelle mit Beratung und Hilfestellung bei der Integration und Umsetzung von geschlechtersensiblen Lernzielen in schulinterne Curricula, könnte eine weitere effektive Maßnahme sein. Ein zusätzliches Anreizsystem könnte die Motivation steigern, die erwartete Mehrarbeit zum Erreichen der vollständigen Integration des geschlechtersensiblen Wissens in das schulinterne Curriculum anzunehmen. Ein Beispiel wäre die Verleihung eines führungsfähigen Titels und Zertifikat für „Geschlechtersensible Lehre“ als sichtbares Qualitätsmerkmal der Ausbildungsstätte (Vorbild: z.B. „Familienfreundliche Universität“).

## **6. Anhang digital**

Fragebögen: Humanmedizin, Kardiologie, Klinische Pharmakologie, Pflege, Physiotherapie

Anschreiben: Humanmedizin, Kardiologie, Klinische Pharmakologie, Pflege, Physiotherapie

Dokumentenanalyse: Tabelle Humanmedizin, Tabelle Physiotherapie

Projektflyer