

## Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien. Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen

Steinböck, Sandra; Lydtin, Sonja; Hofhansl, Angelika; Kautzky-Willer, Alexandra

2015

<https://doi.org/10.25595/3850>

Veröffentlichungsversion / published version  
Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Steinböck, Sandra; Lydtin, Sonja; Hofhansl, Angelika; Kautzky-Willer, Alexandra: *Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien. Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen*, in: FZG (FZG – Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien), Jg. 21 (2015) Nr: 2, 91–112. DOI: <https://doi.org/10.25595/3850>.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: <https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20938>

Sandra Steinböck/Sonja Lydtin/Angelika Hofhansl/Alexandra Kautzky-Willer

## **Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien**

Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen

**Zusammenfassung:** ‚Gender Awareness‘ und seine Komponenten ‚Gender Sensitivity‘ und ‚Gender Role Ideology‘ beziehen sich auf ein sensibles, offenes und bewusstes Handeln gegenüber den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Geschlechter sollen berücksichtigt und Geschlechterstereotypisierungen vermieden werden. Mithilfe eines validierten Fragebogens ‚Nijmegen Gender Awareness in Medicine‘ (N-GAMS) wurden die Einstellungen der Studierende im ersten Semester als auch der Studierenden im zwölften Semester an der Medizinischen Universität (MedUni) Wien erhoben. Insgesamt lässt sich eine ausgeprägte Gendersensibilität bei Frauen und Männern in beiden Semesterguppen feststellen. In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass der Faktor Gender Role Ideology towards patients (Geschlechterstereotypisierungen gegenüber PatientInnen) stärker ausgeprägt war, als der Faktor Gender Role Ideology towards doctors (Geschlechterstereotypisierungen gegenüber Ärztinnen und Ärzten). Das scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass Studierende dem Geschlecht der PatientInnen mehr Einfluss zuschreiben als dem Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte.

**Schlagwörter:** Geschlechtssensibilität; Medizin; Studierende; Medizinische Ausbildung.

## **Gender Awareness among Medical Students at the Medical University of Vienna**

An empirical analysis of gender sensibility and gender stereotypes.

### **Abstract:**

In order to improve the quality of health care for both men and women, awareness of sex and gender in illness and health is essential. Implementation of sex and gender aspects in medical education is therefore needed. The aim of this study is to survey the students' attitudes to gender and gender stereotyping at the Medical University of Vienna. 583 first year medical students and 110 final year medical students completed the validated "Nijmegen Gender Awareness in Medicine" Scale. The questionnaire consists of the subscales gender sensitivity, gender role ideology towards patients and gender role ideology towards doctors. A pronounced sensitivity towards gender issues appeared in both sexes, which is comparable to other international studies. The factor Gender Role Ideology towards Patients was more pronounced than the factor Gender Role Ideology towards Doctors. This seems to be an indication that the students ascribe more influence to the gender of the patient than the gender of the doctors.

**Keywords:** Gender Awareness; Medicine; Students; Medical Education.

## Einleitung

Geschlecht – verstanden als biologisches (sex) und soziales Geschlecht (gender) ist eine wichtige Determinante von Gesundheit und Krankheit. Die Relevanz dieser Kategorie zeigt sich in geschlechtsspezifischen Unterschieden in Auftreten, Schweregrad und/oder Symptomatik verschiedener Erkrankungen (z.B. bei koronaren Herzkrankheiten oder Migräne) und sie wird in geschlechtsspezifisch unterschiedlichem Gesundheitsverhalten und Umgang mit Krankheiten deutlich (z.B. Andersson et al. 2012; Kautzky-Willer 2012; Verdonk et al. 2008).

Als Ursachen für geschlechtsspezifische Unterschiede werden Differenzen in der biologischen Ausstattung (z.B. auf hormoneller, zellulärer, physiologischer oder organischer Ebene) in einem komplexen Zusammenspiel mit soziokulturellen Faktoren genannt. Diese haben in Form von geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und -erwartungen einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensumstände von Frauen und Männern, auf ihr Gesundheits- und Risikoverhalten, ihre Hilfesuchstrategien, ihr Copingverhalten zur Krankheitsbewältigung und ihren Zugang zum Gesundheitssystem. (Kautzky-Willer 2012; Hurrelmann/Kolip 2008; Verdonk et al. 2008). Darüber hinaus wirken sich soziokulturelle Normen, die auf einem dichotomen Denken über Frauen und Männer basieren, auf das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten aus, auf die Art, wie diese mit Patientinnen und Patienten kommunizieren, wie sie Symptome interpretieren und welche Behandlungsstrategien sie anwenden. Beispielsweise werden in der ärztlichen Behandlung Beschwerden von Frauen öfter im Sinne psychosomatischer Krankheiten interpretiert, während bei Männern eher organische Ursachen vermutet werden; Untersuchungen zeigen zudem, dass bei vergleichbarer Symptomatik Patientinnen seltener als Patienten zu Nachuntersuchungen bestellt werden (Andersson et al. 2012). Auch das Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte hat einen Einfluss auf die Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten: so sind beispielsweise die Konsultationen von Ärztinnen länger und enthalten mehr Fragen und Informationen zu psychosozialen Faktoren (Sieverding 2012). Das Geschlecht der Ärztin/des Arztes hat auch einen Einfluss auf die gewählten Behandlungsmethoden und Diagnoseschritte (Hamberg et al. 2002)

Die Medizin hat Geschlechteraspekte wie diese über einen langen Zeitraum ausgeblendet, sie definierte sich selbst als „geschlechtsneutral“ und orientierte sich dabei implizit an einem männlichen Standard (Kim/Tingen/Woodruff 2010). Das tut sie zum Teil nach wie vor, dennoch gewinnt die Dimension Geschlecht in der medizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung und in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mehr und mehr an Bedeutung. Ziel der Gender Medicine ist es, die Gesundheit von Frauen und Männern zu verbessern und Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen (Kautzky-Willer 2012; Verdonk et al. 2008).

Um sicherzustellen, dass eine adäquate geschlechtsspezifische medizinische Versorgung gewährleistet werden kann und die Bedeutung der Kategorie Geschlecht jeder Ärztin und jedem Arzt klar ersichtlich ist, finden geschlechts-

spezifische Aspekte daher zunehmend Eingang in die medizinische Ausbildung (Andersson et al. 2012; Westerstahl/Andersson/Söderström 2003).

Auch an der Medizinischen Universität Wien wurde geschlechtsspezifische Forschung und Lehre als strategisches Ziel definiert und im Curriculum der Humanmedizin verankert (Mitteilungsblatt Nr. 17, ausgegeben am 18.6.2012). Die Auseinandersetzung mit Themenstellungen der Gender Studies und der Frauenforschung sowie mit der Notwendigkeit eines geschlechtssensiblen Herangehens in Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation findet an der Medizinischen Universität Wien in Pflichtlehrveranstaltungen (u.a. ‚Geschlecht in der Medizin‘ und ‚Gender-based medicine‘), aber auch in freien Wahlfächern (‚genderRing Vorlesungen‘) statt. Zudem beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der weiteren Integration von Genderaspekten in die Lehre und Forschung der Medizinischen Universität Wien. Die Autorinnen der vorliegenden Studie sind Mitglieder dieser Arbeitsgruppe.

*Gender awareness* (Geschlechterbewusstsein bzw. Genderbewusstsein) und seine Komponenten *gender sensitivity* (Geschlechtersensibilität) und *gender role ideology* (Geschlechterrollenstereotype bzw. Geschlechterstereotypisierungen) beziehen sich auf ein sensibles, offenes und bewusstes Handeln gegenüber den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten auf biologischer, sozialer und psychologischer Ebene, sowie die Berücksichtigung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Geschlechter. Gleichzeitig sollen Geschlechterstereotypisierungen vermieden werden. Es bezeichnet das Wissen und die Fähigkeit von (angehenden) Ärztinnen und Ärzten, Geschlecht als wesentliche Determinante von Krankheit und Gesundheit in ihrer ärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen (*gender sensitivity*). *Gender awareness* umfasst aber auch die Bereitschaft, eigene Einstellungen und Vorannahmen über Frauen und Männer, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte zu hinterfragen und die Fähigkeit, Geschlechterstereotypisierungen zu vermeiden (*gender role ideology*) (Andersson et al. 2012; Verdonk et al. 2008).

Das Konstrukt *gender awareness* wurde im amerikanischen Raum entwickelt und untersucht (Salgado et al. 2002). Basierend auf diesen Forschungen wurde von Verdonk (2008) in den Niederlanden ein Fragebogen entwickelt („Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale“ – N-GAMS), der ursprünglich dazu dienen sollte, ein Modellprojekt zur Implementierung von genderrelevanten Inhalten im Medizincurriculum zu evaluieren. Der validierte Test kann als Instrument eingesetzt werden, um das Geschlechterbewusstsein von Medizinstudierenden quantitativ zu erfassen. Zudem wurde er in den Niederlanden auch zur Evaluierung der Effekte von Gender Trainings in der medizinischen Ausbildung verwendet (Çelik 2011; Dielissen 2014). Außerhalb der Niederlande wurde der Test an der Umeå Universität in Schweden durchgeführt (Andersson et al. 2012); im Rahmen einer Diplomarbeit von Landerer (2010) wurde er ins Deutsche übersetzt und an Albert-Ludwigs-Universität Freiburg realisiert. An der Medizinischen Universität Wien verfolgten die Autorinnen das Ziel, die *gender awareness* von Studierenden am Beginn sowie am Ende des Medizinstudiums in einem Querschnittsdesign zu erheben. Es wurde analysiert, ob sich Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Medizinstudierenden in Wien

hinsichtlich ihrer *gender awareness* zeigen. Zudem wurde überprüft, ob sich die *gender awareness* der Studierenden zu Beginn und am Ende ihrer medizinischen Ausbildung unterscheidet. Abschließend wurden die Ergebnisse mit internationalen Daten aus den Niederlanden und Schweden verglichen.

## Methoden

Der adaptierte Fragebogen wurde im Oktober 2012 allen Studierenden im ersten Semester an der MedUni Wien im Rahmen dreier Pflichtlehrveranstaltungen vorgelegt (Stichprobenumfang 583, Erhebungseinheit 740). Die Fragebogenerhebung für Medizinstudierende des 6. Jahres erfolgte im Juni 2013 (Stichprobenumfang 110, Erhebungseinheit 720). Die sehr unterschiedlich hohe Rücklaufquote liegt in der unterschiedlichen Erreichbarkeit der Studierenden begründet: Im ersten Semester sind die Autorinnen selbst Lehrende in Pflichtlehrveranstaltungen. Dadurch gelingt es sehr gut, die Studie und das Studiendesign den Studierenden zu präsentieren und diese zur Teilnahme zu motivieren. Im weiteren Studienverlauf werden die Vorlesungs- und Praktikumspläne ein Stück weit individueller und die Studierenden sind nicht mehr so leicht erreichbar. Zudem ist es notwendig, andere Lehrende als Partnerinnen und Partner zu gewinnen. Deren Einstellung zur Erhebung hat einen erheblichen Einfluss auf die Bereitschaft der Studierenden, den Fragebogen auszufüllen oder auch nicht. Die Studierenden wurden über die Studie informiert und hatten die Möglichkeit vor Beginn der Lehrveranstaltung die Fragebögen – freiwillig und anonym – auszufüllen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der MedUni Wien befürwortet. Die Auswertung erfolgte über SPSS VS18, es wurden univariate und multivariate Analysen durchgeführt.

Basierend auf der „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale“ (N-GAMS; Verdonk 2008), der finalen Version des N-GAMS-Fragebogens (Gender Issues in Medicine: Lagro-Janssen et al. 2006) und der deutschen Version (Landerer 2010), wurden die Fragen den Bedürfnissen der MedUni Wien entsprechend angepasst: Die Fragen wurden auf Verständlichkeit überprüft und gegebenenfalls adaptiert, eliminiert bzw. ergänzt und geschlechtergerecht umformuliert. So wurde beispielsweise Item GS\_1 der Originalversion „Addressing differences between men and women creates inequity in health care“ ausgeschlossen, da es schon in den niederländischen und deutschen Untersuchungen im Rahmen der Itemanalyse eliminiert wurde: einerseits aufgrund der geringen Trennschärfe, andererseits weil etliche Testpersonen rückgemeldet hatten, dass sie die Aussage des Items nicht verstanden hätten.

## Fragebogen

Der Fragebogen der MedUni Wien enthält – wie die niederländische Originalversion – 32 Items, die in drei Subskalen unterteilt sind:

- *gender sensitivity (GS)*, focusing on students' attitudes towards gender concerns in health care (Andersson et al. 2012):  
Geschlechtersensibilität, Fähigkeit zu aufgeschlossenem und sensiblem Handeln bezüglich Geschlechterfragen in der Medizin (13 Items) (Landerer 2010);
- *gender role ideology towards patients (GRI-P)*, measuring gender-stereotypical thinking about patients (Andersson et al. 2012):  
Geschlechterrollenstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten (11 Items) (Landerer 2010);
- *gender role ideology towards doctors (GRI-D)*, measuring gender-stereotypical thinking about doctors (Andersson et al. 2012):  
Geschlechterrollenstereotype gegenüber Ärztinnen und Ärzten (8 Items) (Landerer 2010).

Die Beantwortung der 32 Items erfolgte – entsprechend der niederländischen Originalversion – auf einer 5-stufigen Likert Skala, wobei die Antwortmöglichkeiten von „-“ „stimme ganz und gar nicht zu“ bis „++“ „stimme voll und ganz zu“ reichten.

Am Ende des Fragebogens wurden soziodemographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Muttersprache, Familienstand sowie die Anzahl der eigenen Kinder erfasst. Es wurde des weiteren nach Vorerfahrungen der Studierenden in medizinischen und/oder sozialen Berufen gefragt.

Für die Berechnungen mussten zunächst die Items GS\_2 bis GS\_11 sowie GS\_13 der *gender sensitivity* Skala umgepolt werden. Damit entsprach ein hoher Wert einer hohen Ausprägung des Merkmals Geschlechtersensibilität. Eine starke Ausprägung des Merkmals *gender awareness* setzte sich aus einem hohen Wert des Merkmals *gender sensitivity* und aus niedrigen Werten der Merkmale *gender role ideology* zusammen. Hohe Werte der GRI-P und GRI-D Skalen wiederum bedeuteten eine hohe Geschlechterstereotypisierung gegenüber Ärztinnen und Ärzten sowie gegenüber Patientinnen und Patienten.

## Reliabilität, Trennschärfe, Konsistenz

Ziel dieser statistischen Testverfahren war die Überprüfung und Sicherstellung der Qualität/Testgüte des Erhebungsfragebogens. Diese Untersuchungsschritte waren notwendig, da der N-GAMS bisher erst in anderen Ländern und großteils in einer nicht-deutschsprachigen Version verwendet wurde. Zunächst wurde eine Item<sup>1</sup> - und Faktorenanalyse<sup>2</sup> durchgeführt, um die Reliabilität und Validität der adaptierten N-GAMS an der Stichprobe der Studierenden der MedUni Wien zu überprüfen.

Für die Reliabilitätsanalyse wurde die interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha<sup>3</sup> überprüft. In der Erhebung der *gender awareness* der Studierenden des ersten Semesters hatte Cronbachs Alpha der GS-Subskala einen Wert von  $\alpha=0,782$  (13 Items). Die Werte für  $\alpha=0,880$  für GRI-P (11 Items) bzw.  $\alpha=0,856$  für GRI-D (8 Items) zeigten jeweils eine sehr zufriedenstellende interne Konsistenz.

Im Rahmen der Itemanalyse fiel auf, dass die korrigierten Trennschärfen der einzelnen Items der gesamten Skala *gender awareness* stark variierten. Die Items der *gender sensitivity* Skala wiesen niedrigere Werte (teilweise kleinere Werte als 0,3) auf als die Items der beiden GRI-Subskalen. Die Items der beiden GRI-Subskalen hingegen hatten alle eine Trennschärfe von  $>0,3$ . Aus inhaltlichen Überlegungen und weil sich die interne Konsistenz der *gender sensitivity* Skala durch den Ausschluss der einzelnen Items nicht verbessern würde, wurden keine Items ausgeschlossen.

In der Erhebung mit den Studierenden des zwölften Semesters zeigten sich vergleichbare Ergebnisse (GS, 13 Items,  $\alpha=0,717$ ; GRI-P, 11 Items,  $\alpha=0,898$ ; GRI-D, 8 Items,  $\alpha=0,888$ ).

Im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse der Daten der Studierenden im ersten Semester konnte eine 3-Faktoren-Lösung mittels Screeplot bestätigt werden. Die 3-Faktoren *gender sensitivity*, *gender role ideology towards patients/doctors* sind die einzelnen Komponenten der *gender awareness*. Die Faktorladungen der 3-Komponenten-Lösung wiesen auf eine Einfachstruktur mit Mindestladungen von  $>0,30$  bei allen Items hin, wobei Absolutwerte  $<0,30$  unterdrückt wurden und somit Nebenladungen existieren, die aber gering sind. Bei 3 Items zeigten sich Nebenladungen  $>0,3$ .

Im nächsten Schritt wurden die Korrelationen der Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* überprüft. Die Hypothese der niederländischen Autorin, dass positive Einstellungen gegenüber Geschlechterspekten in der Medizin mit schwachen Geschlechterstereotypen einhergehen, ließ eine negative Korrelation der Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* erwarten. Zwischen den Subskalen *gender sensitivity* und *gender role ideology* fand sich jedoch nur eine geringe negative Korrelation ( $r=-0,080$ ,  $p<0,032$ ). Die Hypothese, dass hohe Geschlechtersensibilität mit einer schwachen Ausprägung von Geschlechterstereotypen assoziiert ist, ließ sich in unserer Studie nicht überzeugend erhärten.

Tabelle 1. Korrelation der Subskalen GS, GRI\_P und GRI\_D in der Gruppe aller Medizinstudierenden (Erhebung im 1. und 12. Semester)

		<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	<i>gender role ideology/patients Mittelwert</i>	<i>gender role ideology/doctors Mittelwert</i>
Spearman-Rho	N	647	647	647
	<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	1,000	-,071*	-,069*
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	.	,036	,040
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>	-,071*	1,000	,700**
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	,036	.	,000
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>	-,069*	,700**	1,000
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>	,040	,000	.
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>			
	<i>gender role ideology towards patients Mittelwert</i>			
	<i>gender role ideology towards doctors Mittelwert</i>			

Eine ausgeprägte Korrelation zeigte sich hingegen zwischen den Subskalen *gender role ideology towards patients* und *gender role ideology towards doctors* ( $r=0,697$ ,  $p<0,000$ ) – ein Hinweis darauf, dass zwischen Stereotypen gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten ein enger positiver Zusammenhang besteht (siehe Tabelle 1). Diese Daten entsprechen auch den Forschungsergebnissen von Verdonk et al. 2008.

Die Überprüfung des Testinstrumentariums hat insgesamt gezeigt, dass der Fragebogen an der MedUni Wien eingesetzt werden kann. Die dafür notwendigen Testkriterien wurden in der Erhebung in guter Qualität erfüllt.

## Ergebnisse

### *Beschreibung der Stichprobe*

Insgesamt haben 693 Studierende den Fragebogen ausgefüllt. Davon befanden sich 583 Studierende im ersten Semester ihres Studiums (43,66% Männer, 56,34% Frauen) und 110 im zwölften Semester (44,1% Männer, 55,9% Frauen). In der Stichprobe des ersten Semesters hatten 22,50% eine nicht-österreichische Staatsbürgerschaft, im zwölften Semester 15,10%. Der Anteil an Studierenden, die angaben, derzeit in einer Beziehung zu leben oder verheiratet zu sein, betrug im ersten Semester 58,5%, im zwölften Semester 75,5%. 2% der erstsemestrigen Studierenden waren Eltern, bei den Studierenden im zwölften Semester stieg der Anteil auf 7%. Vor dem Beginn des Studiums hatten 61,2% der Studierenden im ersten und 61,6% der Studierenden im zwölften Semester Erfahrung im medizinischen/sozialen Bereich gesammelt (siehe Tabelle 2). Die Faktoren Alter, Staatsbürgerschaft, Beziehungsstatus, Kinder und Erfahrungen im medizinisch/sozialen Bereich ergeben das erwartete soziodemographische Bild der Studierenden der MedUni Wien. Sie haben allerdings keinen Einfluss auf die *gender awareness* der Studierenden.

Als limitierender Faktor bei der Beurteilung der Ergebnisse ist die deutlich unterschiedliche Fallzahl zwischen erstem und zwölftem Semester zu berücksichtigen. Für die Ergebnisse des zwölften Semesters sind Verzerrungseffekte, die sich aus der Eigen- und/oder Fremdmotivation der Studierenden ergeben, an der Untersuchung teilzunehmen oder auch nicht, nicht auszuschließen. Jenseits der individuellen Motivation der Studierenden war auch das Engagement der Lehrenden, die uns bei der Verteilung der Fragebögen unterstützt haben, sehr unterschiedlich.

Tabelle 2. Kurzbeschreibung der Stichprobe

	1. Semester		12. Semester	
	N	%	N	%
<b>Stichprobenumfang insgesamt</b>	583	100%	110	100%
<b>Geschlechterverteilung:</b>				
<b>M</b>		43,7%		44,1%
<b>F</b>		56,3%		55,9%
<b>Alter in Jahren (<math>\bar{x}</math>)</b>		20,1		26,5
<b>Nicht-Österreichische Staatsbürgerschaft</b>		22,5%		15,1%
<b>Beziehungsstatus:</b>				
<b>Single</b>		58,5%		24,5%
<b>In Beziehung/verh.</b>		41,5%		75,5%
<b>Anteil mit Kindern</b>		2,0%		7,0%
<b>Anteil mit Erfahrung im med./sozialen Bereich (vor dem Studium)</b>		61,2%		61,6%

#### Der Einfluss von Geschlecht auf ‚gender awareness‘

Unterschiede zwischen den Antworten weiblicher und männlicher Studierender zeigten sich im ersten Semester in den Subskalen *gender role ideology towards patients* (GRI-P) und *gender role ideology towards doctors* (GRI-D). Studenten wiesen hier höhere Werte (d.h. stärkere Geschlechterstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten) auf. Ein Vergleich der Mittelwerte mittels T-Test zeigte in beiden Subskalen GRI-P und GRI-D eine signifikant stärkere Ausprägung bei Studenten als bei Studentinnen. In der Subskala *gender sensitivity* ließen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, wobei Studenten den Aussagen der Subskala etwas mehr zustimmten (Tabelle 3).

Da aufgrund der großen Stichprobe auch kleine Unterschiede zwischen zwei Gruppen signifikant werden können, wurde zusätzlich noch die Effektstärke mittels Cohen's d berechnet. Die Überprüfung der Effektstärke mittels Cohen's d ergab, dass ein mittlerer Effekt des Geschlechts auf die Subskalen GRI-P (Cohen's  $d=0,63$ ) und GRI-D (Cohen's  $d=0,51$ ) vorlag (siehe Tabelle 4).

Tabelle 3. Vergleich der Varianzen (Levene-Test) und der Mittelwertgleichheit (T-Test bei unabhängigen Stichproben) in den Subskalen GS, GRI\_P und GRI\_D bei Männern (M) und Frauen (F) im 1. Semester

	Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit			
	F	Sign.	T (df)	Sign. (2-seitig)	Mittlere Differenz M-F (Standardfehler)	95% Konfidenzintervall der Differenz
<i>gender sensitivity Mittelwert</i>	,258	,612	1,167 (495)	,244	,05579 (.04779)	-0,03810- 0,14969
			1,166 (462,000)	,244	,05579 (.04786)	-0,03826 - 0,14984
<i>gender role ideology/ patients Mittelwert</i>	19,266	,000	6,983 (495)	,000	,39886 (.05712)	0,28663 - 0,51110
			6,769 (398,693)	,000	,39886 (.05893)	0,28302 - 0,51471
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>	30,685	,000	5,641 (495)	,000	,32763 (.05808)	0,21352- 0,44173
			5,445 (388,477)	,000	,32763 (.06017)	0,20932 - 0,44593

Anm.: M=Männer, F=Frauen

Tabelle 4. Mittelwertvergleiche der Subskalen GS, GRI\_P und GRI\_D bei Studierenden im 1. Semester mittels T-Test und Cohen's d

	<b>Männer Mittelwert (SD)</b>	<b>Frauen Mittelwert (SD)</b>	<b>p</b>	<b>t</b>	<b>Cohen's d</b>
<i>gender sensitivity</i>	3,77 (0,53)	3,71 (0,53)	0,24	1,17	0,11
<i>gender role ideology/ patients</i>	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)	<.001	6,77	0,63
<i>gender role ideology/ doctors</i>	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)	<.001	5,45	0,51

Die Ziehung einer Zufallsstichprobe von 160 Studierenden und der Vergleich der Mittelwerte von Männern und Frauen mittels T-Test ließen erkennen, dass auch in dieser deutlich kleineren Stichprobe signifikante Geschlechterunterschiede in den Subskalen GRI-P und GRI-D auftraten.

Bei den Studierenden des zwölften Semesters zeigten sich in allen drei Subskalen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Antworten von Frauen und Männern (siehe Tabelle 5).

Die getrennte Auswertung der beiden Erhebungsdurchgänge zeigt Einstellungsunterschiede zwischen männlichen und weiblichen Studierenden in ihren Geschlechterrollenstereotypen, und zwar sowohl in Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten. Dieses Ergebnis ist für die Teilnehmerinnen des ersten Semesters robust.

Tabelle 5. Geschlechterunterschiede in den Subskalen GS, GRI\_P und GRI-D bei Studierenden im 12. Semester (T-Test bei unabhängigen Stichproben)

	Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit				95% Konfidenzintervall der Differenz
	F	Sign.	T (df)	Sign. (2-seitig)	Mittlere Differenz M-F (Standardfehler)		
<i>gender sensitivity Mittelwert</i>							
	,232	,631	-2,177 (100)	,032	-,21855 (,10037)		-0,41768 - -0,01942
<i>gender role ideology/ patients Mittelwert</i>							
	,306	,582	1,908 (100)	,059	,28643 (,15011)		-0,42087 - -,01623
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
	3,226	,075	1,898 (92,517)	,061	,28643 (,15092)		-0,01329 - 0,58616
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
				,417	,12930 (,15869)		-0,18553 - 0,44414
<i>gender role ideology/ doctors Mittelwert</i>							
				,424	,12930 (,16112)		-0,19087 - 0,44948

Ann.: M=Männer, F=Frauen

*Effekt von Geschlecht und Semester auf die Subskalen bei Studierenden im ersten und zwölften Semester*

In diesem Analyseschritt wurde untersucht, ob sich in Hinblick auf die einzelnen Komponenten von *gender awareness* der Studierenden Gruppenunterschiede bedingt durch Geschlecht und Semester zeigen. Dazu wurde ein multivariates Verfahren (ANOVA) gewählt, um auch wechselseitigen Beeinflussungen der Variablen Geschlecht und Semester in den Blick nehmen zu können.

Der Vergleich der Studierenden des ersten und zwölften Semesters mittels multivariater Tests (ANOVA) ergab, dass die Ergebnisse nur in den Subskalen *gender role ideology (towards patients/doctors)* und nur für den Haupteffekt<sup>4</sup> ‚Geschlecht‘ statistisch signifikant wurden, nicht für den Haupteffekt ‚Semester‘ und/oder den Interaktionseffekt<sup>5</sup> ‚Geschlecht\*Semester‘ (siehe Tabelle 6).

Die Tabelle zeigt, dass das Geschlecht der Teilnehmenden den Großteil der Unterschiede innerhalb der Erhebungen erklärt. Das Geschlecht der Studierenden ist für die beiden Skalen der *gender role ideology* mit ,00 und ,004 eine signifikante Einflussgröße. Im Unterschied dazu sind die Werten von ,08 und ,865 für den Haupteffekt Semester auch in diesen Skalen nicht signifikant. In der Skala *gender sensitivity* findet sich kein durch Semester, Geschlecht oder die Wechselwirkung der beiden bedingter Unterschied. Das Zusammenspiel der beiden Komponenten Geschlecht und Semester als solches ist nicht für die feststellbaren Unterschiede in den Ergebnissen verantwortlich.

Da die Fallzahlen für das zwölfte Semester deutlich geringer waren als die des ersten Semesters, ist nicht auszuschließen, dass es im Laufe des Studiums zu Veränderungen in den Einstellungen der Studierenden kommt, die sich hier jedoch nicht zeigen.

Tabelle 6. Vergleich der Mittelwerte der Subskalen GS, GRI\_P und GRI\_D im 1. und 12. Semester (Multivariate Testung mittels ANOVA)

	1. Semester		12. Semester		Haupteffekt Geschlecht		Haupteffekt Semester		Interaktionseffekt Geschlecht Semester	
	M	F	M	F	F	Sign.	F	Sign.	F	Sign.
	n 217	n 279	n 45	n 57						
<i>gender sensitivity</i>	3,77 (0,53)	3,71 (0,54)	3,62 (0,54)	3,84 (0,47)	1,78	,183	,114	,736	5,38	,012
<i>gender role ideology/ patients</i>	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)	2,57 (0,77)	2,29 (0,74)	19,93	,000	3,04	,082	1,25	,264
<i>gender role ideology/ doctors</i>	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)	2,05 (0,85)	1,92 (0,75)	8,43	,004	,029	,865	2,23	,14

Anm.: M=Männer, F=Frauen

*Ergebnisse im internationalen Vergleich*

Der N-GAMS ist ein quantitatives Messinstrument der *gender awareness* von Medizinstudierenden, das bislang in einigen anderen Ländern eingesetzt worden ist. Nachdem das Konstrukt *gender awareness* nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Geschlechter und Geschlechterrollen betrachtet werden konnte, wurde untersucht, ob sich länderspezifische Unterschiede finden. Die Ergebnisse dieser Analyse könnten ein Indikator für länderspezifische Rahmenbedingungen sein.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit der Stichprobenszusammensetzung wurden für den Vergleich mit den niederländischen und schwedischen Ergebnissen die Daten der Studierenden des ersten Semesters verwendet (vgl. Andersson et al. 2012): Die Geschlechterverteilung der österreichischen Stichprobe ähnelte jener der schwedischen Erhebung, wohingegen der Frauenanteil der niederländischen Studie deutlich höher war (Österreich 56,34% , Schweden 54,00% und Niederlande 69,50%).

In allen drei Ländern fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Bereich der *gender role ideology towards patients*, wohingegen Geschlechterunterschiede auf der Skala zur Messung der *gender role ideology towards doctors* nur in Österreich zu finden waren. Wie auch in Schweden und in den Niederlanden zeigten sich in Österreich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Hinblick auf die *gender sensitivity* der Studierenden. Österreich hatte vergleichsweise hohe *gender sensitivity*-Werte (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Vergleich der Mittelwerte der Subskalen GS, GRI\_P und GRI-D aus den Niederlanden, Schweden und Österreich

	Niederlande		Schweden		Österreich	
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
	M	F	M	F	M	F
<b><i>gender sensitivity</i></b>	3,43 (0,58)	3,43 (0,53)	3,3 (0,66)	3,37 (0,64)	3,77 (0,53)	3,71 (0,53)
<b><i>gender role ideology/ patients</i></b>	2,52 (0,59)	2,27 (0,51)	1,96 (0,74)	1,7 (0,59)	2,49 (0,72)	2,09 (0,56)
<b><i>gender role ideology/ doctors</i></b>	2,44 (0,60)	2,43 (0,55)	2,07 (0,76)	2,00 (0,72)	2,12 (0,74)	1,79 (0,56)

Anm.: M=Männer, F=Frauen

Insgesamt zeigt der Vergleich der Ergebnisse als auffälligstes Ergebnis die Gemeinsamkeit, dass Medizinstudentinnen in den drei Ländern geringer ausgeprägte Geschlechterstereotype gegenüber Patientinnen und Patienten auf-

weisen als die Medizinstudenten. Ausgehend von den in allen drei Ländern nur einmaligen, punktuellen Erhebungen kann aus den Ergebnissen kein direkter länderspezifischer Unterschied abgeleitet werden.

## Diskussion

Ausgehend von einer grundsätzlichen Erfassung der *gender awareness*, des Gender-Bewusstseins, der Medizinstudierenden wurde überprüft, ob die Ausprägung dieses Bewusstseins von Geschlecht und/oder Studienfortschritt beeinflusst wird.

### *Die eigene geschlechtliche Identität als Einflussfaktor auf gender awareness*

Im Rahmen der Untersuchung wurde das individuelle Geschlecht als relevante Variable zur Hypothesenprüfung erhoben. Erfasst wurde das Geschlecht als dichotome Einzelvariable. Diese Operationalisierung in ihren bekannten Einschränkungen und Unschärfen (Döring 2013) wurde aus Gründen der Anknüpfung an internationale Ergebnisse verwendet.

Die Hypothese, dass das Geschlecht der Medizinstudierenden einen Einfluss auf das Konstrukt *gender awareness* hat, wird in der Stichprobe nur zum Teil bestätigt. Nur bei den Medizinstudierenden im ersten Semester zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede. In der Gruppe der Studierenden im zwölften Semester zeigten Männer eine stärkere Tendenz zu Geschlechterstereotypisierungen. Dass männliche Studierende im Hinblick auf Geschlecht stärker in Geschlechterstereotypen denken als weibliche, entspricht ebenfalls der vorangegangenen Forschung. Ein Grund dafür mag sein, dass Geschlechterstereotype gegenüber Männern – besonders im Kontext der Arbeitswelt – mit positiveren Zuschreibungen verbunden sind als Geschlechterstereotype gegenüber Frauen (Andersson et al. 2012). Ein Grund für die stärker ausgeprägten Geschlechterstereotype bei Männern könnte auch sein, dass die gängigen Klischees zum medizinischen Alltag selbst vergeschlechtlicht sind. Immer noch ist das Bild des männlichen Arztes diskurswirksam. Differenzen zwischen Stereotyp und geschlechtsbezogenem Selbstbild könnten so bei männlichen Studierenden in den Hintergrund treten und zur Bestätigung von Stereotypen führen, da Männer dem unterstellten Idealbild von Ärzten eben aufgrund ihres Geschlechts eher entsprechen. Ein Infragestellen diskursivierter Berufsstereotypen scheint für Frauen, die eher ein Auseinanderklaffen des eigenen vergeschlechtlichen Selbstkonzepts mit diesen tradierten Bildern erleben, leichter möglich oder auch einfach notwendiger zu sein. Die vorliegende Untersuchung lässt diese Fragen nach den Wechselwirkungen und dem Zusammenspiel von geschlechtlichem Selbstkonzept und vergeschlechtlichem ärztlichen Berufskonzept offen.

In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass der Faktor *gender role ideology towards patients* stärker ausgeprägt war, als der Faktor *gender role ideology towards doctors*. Das ist ein Hinweis darauf, dass Studierende dem Geschlecht

der Patientinnen und Patienten mehr Einfluss zuschreiben als dem Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte. Dieses Ergebnis ist mit internationalen Daten konsistent (Risberg/Hamberg/Johanssen 2003). ‚Geschlecht‘ erscheint als etwas, das die Patientinnen und Patienten ‚haben‘ und/oder etwas, das den Patientinnen und Patienten zugeordnet werden kann. ‚Geschlecht‘ ist in dieser Konzeption eine sehr statische, wohl meist dichotom gedachte Kategorie, die einer von mehreren möglichen relevanten Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit ist. Damit wird auf der einen Seite eine Kritik der den biomedizinischen Diskurs bestimmenden männlichen Norm möglich. Auf der anderen Seite birgt diese Unterscheidung in „männlich“ und „weiblich“ die Gefahr einer Fokussierung auf Differenzen und Unterschiede, wodurch Gemeinsamkeiten aus dem Blick geraten können. Diese Unterschiede werden gerade im biomedizinischen Diskurs letztlich in biologischen Differenzen letztbegründet. Damit gerät dann der Prozess der Geschlechtskonstruktion und der Herstellung von Geschlechtlichkeit aus dem Blick.

#### *Der Einfluss des Studienfortschritts auf gender awareness*

Die Datenanalyse zeigt keinen statistisch signifikanten Effekt des Studienfortschritts auf die Gendersensibilität oder auch die Neigung zu Geschlechterstereotypen. Die Tendenz der Ergebnisse vermittelt den Eindruck, dass sich Frauen in ihren Einstellungen in Hinblick auf Geschlechterstereotype den Männern im Laufe des Studiums annähern. Die Frage, ob bestehende Stereotype im Laufe des Studiums verstärkt oder auch weniger mächtig werden, kann mit den vorliegenden Daten nicht eindeutig beantwortet werden. Zudem sind andere Einflussfaktoren mitzudenken, die ein Hinterfragen von Geschlechterstereotypen begünstigen oder erschweren, z.B. Veränderungen in den politischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen oder auch in den je eigenen Lebensphasen und Lebensmodellen.

An die Darstellung der Erhebungsergebnisse anzuschließen sind Fragen nach der Vernetzung von persönlichem Geschlechterbild, beruflichem Geschlechterbild und der Verwobenheit der unterschiedlichen Aspekte von ‚Geschlecht‘. Zudem stellen sich Fragen nach der Möglichkeit, Differenzen im Sinne einer ‚Nicht-Neutralität‘ der handelnden Personen im medizinischen Kontext sichtbar zu machen und zu reflektieren. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind ein Hinweis dafür, dass Differenzen vor allem auf Ebene der Patientinnen und Patienten wahrgenommen und verortet werden, weniger im Bereich Ärztinnen und Ärzte. Fragen von Machtverhältnissen, Privilegien und (Selbst)reflexion bleiben somit durch ein Verständnis von ‚Geschlecht‘ als Personenmerkmal der Patientin/des Patienten außerhalb des eigenen Blickfelds. Es gilt zu fragen, wie es im Rahmen der medizinischen Ausbildung gelingen kann, Raum für ein Weiterdenken von Geschlecht und Geschlechterbewusstsein zu eröffnen.

Bei der Implementierung von Geschlechteraspekten in das Medizinstudium geht es neben der Vermittlung von Wissen über medizinisch relevante Geschlechteraspekte auch darum, Studierende zu befähigen, Geschlechterste-

reotype und deren Einfluss auf Wahrnehmung und medizinische Urteilsbildung zu reflektieren und aufzubrechen. An der MedUni Wien wird dies mit einem Mehrebenenansatz versucht: Zum einen werden die Ergebnisse zu unterschiedlichen Krankheitsverläufen (z.B. im Bereich der Endokrinologie) in die Wissensvermittlung integriert, zum anderen wird versucht, den Prozess der medizinischen Behandlung als vergeschlechtlichen zu reflektieren. Dazu kommen andere Lehr- und Lerndesigns zur Anwendung. Ein guter Ansatzpunkt dafür sind z.B. medizinische Fälle, die von Studierenden in Kleingruppen bearbeitet werden. Diese Fälle werden derzeit in Hinblick auf die enthaltenen identitätsstiftenden, eventuelle Unterschiede generierenden Kategorien überarbeitet. Ein weiteres Feld, an dem gearbeitet wird, ist die Sensibilisierung der Lehrenden, die eine notwendige Voraussetzung des Gelingens dieser Lernprozesse darstellt.

### *Internationale Unterschiede*

In der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die an der MedUni Wien verwendete Version des Fragebogens in der Skala *gender sensitivity* mehr Items enthält als jene der Vergleichsstudien. In den Niederlanden und in Schweden wurden je vier Items ausgeschlossen. Dies könnte ein Grund für die höheren Werte in dieser Skala in der österreichischen Stichprobe sein. Zudem ist auch kritisch zu hinterfragen, welche Rolle gesamtgesellschaftliche Diskurse zum Thema Gleichheit und Differenz zwischen den Geschlechtern spielen. Auch wenn die politischen Rahmenbedingungen in den Ländern durchaus ähnlich sind, bestehen Unterschiede in der Geschichte der gesetzlichen Verankerung von Gleichstellung wie auch in der aktuell bestehenden geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes (Erwerbs- und Fürsorgearbeit). Eine Vermutung ist, dass gerade ein auf Differenz aufgebautes Geschlechterverständnis, das in Österreich im öffentlichen Diskurs nach wie vor wirkmächtig ist, ein Berücksichtigen von bio-psycho-sozialen Unterschieden unterstützt. Dieses Ergebnis bestätigt so auch die Interpretation der Unterschiede zwischen den niederländischen und schwedischen Ergebnissen der Ausprägung der *gender sensitivity* (vgl. Andersson et al. 2012).

Die anderen Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern lassen keine klare Interpretation zu. Die Annahme, dass die Anerkennung von biologischen und soziokulturellen Unterschieden und die Ergebnisse der Fragen nach Geschlechterstereotypisierungen einen klaren Zusammenhang zeigen, konnte so nicht beobachtet werden. Als Tendenz zeigt sich in Österreich im Vergleich zu den Niederlanden eine höhere Geschlechtersensibilität bei geringerer Geschlechterstereotypisierung. Die Frage nach einem klaren, womöglich auch länderspezifischen Zusammenhang zwischen Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierung kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Offensichtlich ist die Grenze zwischen der Wahrnehmung und Anerkennung von Unterschieden und der leichtfertigen Stereotypisierung keine klare, einfache, sondern eher eine in sich widersprüchliche Grauzone. Zur kon-

kreten Beantwortung länderspezifischer Unterschiede sind sehr viel größere, umfassendere Studien notwendig.

### *Möglichkeiten und Grenzen der Methode*

In der vorliegenden Studie hat sich gezeigt, dass der Fragebogen N-GAMS ein robustes Instrument ist, um die Gendersensibilität und Geschlechterstereotype der Medizinstudierenden zu erfassen. Der Vorteil einer quantitativ angelegten Erhebung ist, dass eine relativ große Anzahl an Studierenden gleichzeitig befragt werden kann. So entsteht als Ergebnis ein Blick auf eine große Gruppe in ihrer Gesamtheit. Der Nachteil ist, dass die Verwendung standardisierter, psychometrischer Fragebögen keinen Raum für Nachfragen und Reflexionsprozesse in der Erhebung selbst lässt. Zudem beruhen alle Angaben auf der Selbstwahrnehmung der Befragten bzw. genauer auf einer sehr spezifischen Darstellung ihrer Selbstwahrnehmung. Ein detailliertes, komplexes Bild auf das genaue Verständnis von Geschlecht als wirkmächtige Kategorie im medizinischen Alltag in all seiner Widersprüchlichkeit kann nicht Ergebnis dieser Art von Erhebung sein. Dazu braucht es ausgehend von konkreten Fragestellungen sicherlich weitere Methoden.

Aus den vorliegenden Ergebnissen können (leider) keine Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie die Entstehung und Relevanz von Geschlecht und auch Geschlechterunterschieden von Seiten der Medizinstudierenden konzipiert sind, und welche Bilder und Vorstellungen damit verknüpft werden. Auch wenn die komplexen wechselseitigen Entstehungsprozesse von biologischem und soziokulturellem Geschlecht im Rahmen des Medizinstudiums explizit thematisiert werden, kann dieses Verständnis (vor allem bei der Beurteilung der Antworten der Studierenden im ersten Semester) nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Daher kann auf der Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden, welche Reflexionsprozesse die Studierenden in Hinsicht auf den Themenkomplex ‚Gender‘ jenseits der Erkenntnis, dass das ‚Geschlecht der Patientinnen und Patienten Einfluss auf ihre Gesundheit und Krankheit hat‘ während ihrer Ausbildung durchlaufen.

### Reflexion

Geschlecht ist ein wichtiger Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit und die Integration in die alltägliche Praxis im Gesundheitswesen hängt (auch) von entsprechender Sensibilität auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte ab. Nicht übersehen werden darf die Tatsache, dass das medizinische System allerdings in widersprüchlicher Art und Weise gleichzeitig ‚genderblind‘ und Ort der expliziten Auseinandersetzung und Thematisierung des geschlechtlichen weiblichen Körpers ist (Ruiz/Verbrugge 1997). Neben der Ausblendung von Geschlecht und einem androzentrischen Normbild von Körper hat die Medizin auch sehr genau den spezifisch weiblichen Körper in den Blick genommen (Verdonk et al. 2009).

Diese Gleichzeitigkeiten in ihrer Widersprüchlichkeit spiegeln sich auch in den vorliegenden Ergebnissen.

Auch wenn die Ergebnisse einen Blick auf die *gender awareness* der Medizinstudierenden erlauben, kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse sich auch im konkreten Verhalten im Arbeitsalltag niederschlagen. Auch bei starken, einschränkenden Geschlechterstereotypen kann es möglich sein, die spezifischen Bedürfnisse und Lebenskontexte von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Behandlungsverlauf mitzudenken und zu beachten. Ebenso muss eine festgestellte hohe Geschlechtersensibilität nicht unbedingt ein auch vom Patienten/von der Patientin als solches wahrgenommenes Verhalten nach sich ziehen, z.B. aus Gründen zeitlicher Ressourcen.

„Geschlecht“ zeigt sich in unseren Ergebnissen als schwer zu fassende Dimension, die sich immer wieder entzieht. Gerade in Hinblick auf die wechselseitigen Einflüsse von geschlechtsbezogenem Selbstbild, Stereotypenentwicklung und gendersensiblen Verhalten sind sicherlich weiterführende Untersuchungen notwendig. Vor allem eine Erweiterung der gewählten Methoden könnte hier erfolgsversprechend sein.

Was die konkrete Arbeit mit den Medizinstudierenden an der MedUni Wien anbelangt, werden Anknüpfungspunkte sichtbar. Diese liegen wohl vor allem in einer Verankerung der Auseinandersetzung mit „Geschlecht in der Medizin“ im Bereich des konkreten klinischen Arbeitsalltages. Dafür spricht die erkennbare Zustimmung zu den Fragestellungen der Dimension Geschlechtersensibilität.

Korrespondenzadressen/correspondence addresses

Sandra Steinböck  
Stabstelle Gender Mainstreaming, Medizinische Universität Wien  
Spitalgasse 23, Bauteil 88, A-1090 Wien  
sandra.steinboeck@meduniwien.ac.at

Sonja Lydtin  
Stabstelle Gender Policy  
Wirtschaftsuniversität Wien  
sonja.lydtin@wu.ac.at

Angelika Hofhansl  
Curriculumdirektion  
Medizinische Universität Wien  
angelika.hofhansl@meduniwien.ac.at

Alexandra Kautzky-Willer  
Gender Medicine Unit  
Medizinische Universität Wien  
Univ.Klinik für Innere Medizin III  
alexandra.kautzky-willer@meduniwien.ac.at

Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien 21/2

Anmerkungen

- 1 Die Itemanalyse untersucht die Itemschwierigkeit, die Itemverteilung und die Trennschärfe. Die Trennschärfe ist die Korrelation eines Items mit der Skala, die von den anderen Items gebildet wird (Bortz/Schuster 2010).
- 2 Eine Faktorenanalyse ist ein datenreduzierendes Verfahren und fasst einzelne, je voneinander unabhängige Gruppen von Variablen gemäß ihrer korrelativen Beziehungen zusammen. Der Scree-Plot dient der Bestimmung der Anzahl der Faktoren (Bortz/Schuster 2010).
- 3 Cronbachs Alpha ist ein Maß dafür, in wie weit die einzelnen Items etwas inhaltlich Gleichartiges erfassen (Bortz/Schuster 2010).
- 4 Ein Haupteffekt ist durch einen einzelnen Faktor bedingt (Bortz/Schuster 2010).
- 5 Ein Interaktionseffekt ist eine gemeinsame Wirkung mehrerer Faktoren, der durch die Kombination der Faktoren entsteht (Bortz/Schuster 2010).

Literatur

Andersson, Jenny/Verdonk, Petra/Johansson, Eva E./Lagro-Janssen, Toine/Hamberg, Katarina (2012): Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students – results from a questionnaire. In: BMC Medical Education 12, 3.

Began, Brenda L. (2000): Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. In: Social Science & Medicine 51, S. 1253-1265.

Bortz, Jürgen/Schuster, Christof (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer.

Celik, Halime/Lagro-Janssen, Toine/Widdershoven, Guy/Abma, Tineke (2011): Bringing Gender Sensitivity into Healthcare Practice: A Systematic Review. In: Patient Education and Counseling 84, 2, S. 143-149.

Dielissen, Patrick/Verdonk, Petra/Wieringa-de Waard, Magreet/Bottema, Ben/Lagro-Janssen, Toine (2014): The effect of gender medicine education in GP training: a prospective cohort study. In: Perspectives on Medical Education 3, S. 343-356.

Döring, Nicola (2013): Zur Operationalisierung von Geschlecht in Fragebögen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. In: Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft 5, 2, S. 94-113.

Hamberg, Katarina/Risberg, Gunilla/Johansson, Eva/Westman, Göran (2002): Gender Bias in Physicians' Management of Neck Pain: A Study of the Answers in a Swedish National Examination. In: Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine 11(7), S. 653-666.

Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hrsg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber.

Kautzky-Willer, Alexandra (Hrsg.) (2012): Gendermedizin. Prävention, Diagnose, Therapie. Wien/Köln/Weimar: Böhlau.

Kautzky-Willer, Alexandra/Kosi, Lana/Harreiter, Jürgen (2012): Gender Medicine. Handout zur Vorlesung in Block 2 an der Medizinischen Universität Wien, WS 2012/13. (unveröff. Vorlesungsunterlage).

Kim, Alison M./Tingen, Candace M./Woodruff, Teresa K. (2010): Sex bias in tri-

- als and treatment must end. In: *Nature* 465(7299), S. 688-689.
- Landerer, Veronika L. (2010): Geschlechterbewusstsein im Medizinstudium – Ein Beitrag zur deutschen Adaptierung der „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)“. Universität Freiburg. (unveröff. Diplomarbeit).
- Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien, Studienjahr 2011/2012, 14. Stück, Nr. 17, ausgegeben am 18.6.2012.
- Lagro-Janssen, Toine/Verdonk, Petra/Hamberg, Katarina/Johansson, Eva E. (2006): Gender Issues in Medicine. Finale Version des Fragebogens laut P. Verdonk (gesendet per Email am 14.3.2012).
- Risberg, Gunilla/Hamberg, Katarina/Johansson, Eva E. (2003): Gender awareness among physicians – The effect of speciality and gender. A study of teachers at a Swedish Medical School. In: *BMC Medical Education* 3, 8.
- Ruiz, M Teresa/Verbrugge Lois M. (1997): A two way view of gender bias in medicine. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 51, S. 106-109.
- Salgado, Dawn M/Vogt, Dawne S./King, Lynda A./ King Daniel W. (2002): Gender Awareness Inventory-VA: A Measure of Ideology, Sensitivity, and Knowledge Related to Women Veterans' Health Care. In: *Sex Roles* 46, S. 247-262.
- Sieverding, Monika/Kendel, Friederike (2013): Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. In: *Bundesgesundheitsblatt* 55, S. 1118-1124.
- Verdonk, Petra/Benschop, Yvonne W.M./De Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Janssen, Toine (2008): Medical Students' Gender Awareness. Construction of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). In: *Sex Roles* 58, S. 222-234.
- Verdonk, Petra/Benschop, Yvonne W.M./De Haes, Hanneke C.J.M./Lagro-Janssen, Toine. (2009): From gender bias to gender awareness in medical education *Advances in Health Science Education*. In: *Theory and Practice* 14, S. 135-152.
- Westerståhl, Anna/Andersson, Maria A./Söderström, Margareta (2003): Gender in medical curricula: Course organizer views of a gender-issues perspective in medicine in Sweden. In: *Women Health* 37, S. 35-47.