



Hartmannbund · Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.  
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin

Medizinischer Fakultätentag  
Prof. Dr. Matthias Frosch  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin

Sehr geehrter Herr Prof. Frosch,

mit dem Hippokratischen Eid verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte, ihre Entscheidungen nach „bestem Vermögen und Urteil“ zu treffen. Auch die Deklaration von Helsinki, die unser aller ärztliches Handeln prägt, gibt vor, dass „im besten Interesse des Patienten zu handeln sei“. Das sind auch die Hauptmotivationen, die uns antreiben: Eine ständige Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten zu erreichen, dabei aber die einzelnen Patientinnen und Patienten nicht aus dem Auge zu verlieren. Dazu gehört nach unserer Überzeugung auch eine stärkere Verankerung der Gendermedizin in der ärztlichen Ausbildung.

Die medizinische Grundlagenforschung konnte in den letzten Jahren zeigen, dass nicht nur unser biologisches Geschlecht (sex) sondern auch die weiteren Komponenten der Geschlechtlichkeit (zusammengefasst als gender) einen Einfluss auf die Pathogenese, Rekonvaleszenz sowie die Rezidivrate von Krankheiten haben. So ist mittlerweile bekannt, dass die Unterschiede in der Pathologie von beispielsweise kardiovaskulären Erkrankungen nicht allein durch die biologischen Geschlechtsinkongruenzen zu erklären sind, sondern Gender-Aspekte durchaus eine wichtige Rolle spielen.<sup>1</sup>

Auch ist eine differenzierte Betrachtung der biologischen Geschlechter in den verschiedensten medizinischen Fachdisziplinen unumgänglich. So zeigen Forschungsergebnisse, dass die Geschlechter eine wichtige Rolle in der Notfall- und Intensivversorgung von Traumapatientinnen und -patienten spielen,<sup>2,3</sup> oder auch geschlechtsspezifische Unterschiede im postoperativen Outcome berücksichtigt werden müssen.<sup>4</sup> Des Weiteren ist es oft noch Status quo, dass Frauen eine schlechtere Diagnostik oder Therapie als Männer erhalten. So sind u. a. kardiovaskuläre Erkrankungen im weiblichen Organismus bis heute zu wenig erforscht und werden dadurch schlechter diagnostiziert und therapiert.<sup>5</sup> Und alles das, obwohl die Naturwissenschaften immer tiefere Einblicke in die Welt der Geschlechter erhalten und somit das Gender- und Sex-spezifische Grundlagenwissen wächst.<sup>6</sup> In den letzten Jahren mehren sich aber Hinweise, dass auch durch strukturelle Unterschiede Männer und Frauen unterschiedlich gut therapiert werden. Oft sind Versuchstiere männlich, um Probleme und Nebeneffekte, welche mit dem weiblichen Hormonzyklus einhergehen, zu eliminieren<sup>7</sup>. Außerdem kann man beobachten, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Frauen 1,5 - 1,7-fach häufiger sind<sup>8</sup>. Dabei sind das aber keine Einzelfälle, sondern die Tendenz rührt von einer fehlenden Berücksichtigung von Geschlechtsaspekten in der medizinischen Lehre und somit auch in der folgenden Therapie.

1 Connolly PJ, Azizi Z, et al. The Importance of Gender to understand Sex differences in cardiovascular disease  
2 Sethuraman KN, Marcolini EG, et al. Gender-specific Issues in Traumatic Injury and Resuscitation: Consensus-based Recommendations for Future Research  
3 Albertsmeier M, Pratschke S et al. Gender-specific Effects on Immune Response and Cardiac Function after Trauma Hemorrhage and Sepsis  
4 Aghdasse SJS, Schröder C, Gastmeier P; Gender-related risk factors for surgical site infections. Results from 10 years of surveillance in Germany.  
5 Norris CM, Yip CYY, et al. State of the Science in Women's Cardiovascular Disease: A Canadian Perspective on the Influence of Sex and Gender  
6 Mittelstrass K, Ried JS et al. Discovery of Sexual Dimorphisms in Metabolic and Genetic Biomarkers  
7 Beery AK, Zucker I Sex Bias in Neuroscience and Biomedical research and Males still dominate in animal studies  
8 J Tamargo, G Rosano, T Walther, J Duarte, A Niessner, JC Kaski, C Ceconi, H Drexel, K Kjeldsen, G Savarese, C Torp-Pedersen, D Atar, BS Lewis, S Agewall, Gender differences in the effects of cardiovascular drugs, European Heart Journal - Cardiovascular Pharmacotherapy, Volume 3, Issue 3, July 2017, Pages 163–182, <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvw042>



Durch den Wissensfortschritt in den letzten Jahren haben sich in Deutschland schon einige Dinge bewegt. Es wurde die Gesellschaft für Gendermedizin gegründet, an der Charité wurde das Institut für Gendermedizin aufgebaut und in Bielefeld wurde dieses Jahr ein Lehrstuhl für geschlechtersensible Medizin besetzt, vereinzelt beginnen sich auch studentische Projekte für die Gendermedizin stark zu machen.

Während aber in anderen Ländern wie Kanada, Schweden oder den USA Genderaspekte schon breiter in das Medizinstudium integriert sind,<sup>9</sup> zeigen sich in Deutschland teils noch deutliche Defizite. Wie in dem Gutachten der Charité in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärztinnenbund von 2020 deutlich wurde, ist die Vermittlung von geschlechtersensiblem Wissen an 70% der medizinischen Fakultäten in Deutschland “als unzureichend zu bezeichnen”.<sup>10</sup> Dabei sind die Hauptgründe für Defizite in der Gendermedizin vor allem ein geringes Problembewusstsein der Lehrkräfte sowie deren fehlende Qualifizierung. Wenn Lehre angeboten wurde, so war diese sehr von dem Engagement einzelner Dozierenden abhängig. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind aber auch nicht nur in Kardiologie oder Pharmakologie relevant, sondern auch in anderen Fächern wie Unfallchirurgie und Orthopädie oder Psychiatrie. Deshalb braucht es ein strukturiertes Weiterbildungsprogramm für Dozierende aller Fachdisziplinen.

Aufgrund der umfassenden Relevanz plädieren wir dafür, Gendermedizin als ein verpflichtendes Querschnittsfach im Medizinstudium einzuführen. Bereits in der Vorklinik sollen die Studierenden für gendermedizinische Aspekte sensibilisiert werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, die Thematik im Rahmen von Wahlfächern zu vertiefen. Außerdem sind verbindlich festgelegte Verantwortlichkeiten an den Hochschulen wichtig. Nur mit festen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern oder Gremien ist eine strukturelle Verankerung im Curriculum möglich.

Wir möchten Sie deshalb bitten, sich persönlich für eine flächendeckende Repräsentation von Gendermedizin in der Lehre in Deutschland einzusetzen und damit eine gute Versorgung der Menschen in Zukunft zu gewährleisten.

Freundliche Grüße

Jonathan Schmalzridt  
Medizinstudierender aus Heidelberg  
Beisitzender Ausschuss  
Medizinstudierende HB

Sebastian Paschen  
Medizinstudierender und  
Univertreter aus Greifswald

Philip Simon  
Medizinstudierender aus Kiel  
Vorsitzender Ausschuss  
Medizinstudierende HB

Dr. Christiane Gross  
Präsidentin  
Deutscher Ärztinnenbund

PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser  
Vizepräsidentin  
Deutscher Ärztinnenbund

<sup>9</sup> Miller VM, Karigas G et al. Integrating topics of sex and gender into medical curricula—lessons from the international community  
<sup>10</sup> Seeland U, Dettmer S, Kaczmarczyk G et al. Aktueller Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in Rahmenlehr- und Ausbildungsrahmenpläne, Ausbildungskonzepte, -curricula und Lernzielkataloge für Beschäftigte im Gesundheitswesen