

Are all LGBTQI+ patients white and male? Good practices and curriculum gaps in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum

Abstract

Objectives: People marginalized based on their sexual and gender identity face specific health risks and experience barriers to culturally competent care. Insight into how Dutch medical schools address LGBTQI+ health-related learning objectives is scarce. We therefore examined how LGBTQI+ health issues are integrated in the Amsterdam UMC-VUmc medical curriculum by evaluating the year-two course 'Sex, Sexuality and Relationships' for LGBTQI+ content.

Methods/Design: We examined written course content (course syllabus, lecture notes, and course literature) of the 2016-2017 course. We used a framework for essential LGBTQI+ content in medical education and an intersectional approach to examine which LGBTQI+ themes and subthemes were addressed.

Results: Several essential LGBTQI+ health issues were adequately addressed and integrated into the Amsterdam UMC-VUmc curriculum, but we also identified curriculum gaps. The needs of patients with lesbian, bisexual, or gender non-conforming identities were marginally addressed, and issues related to intersections of minoritized sexual and gender identities with other aspects of diversity such as ethnicity, age and class remained unexplored. The course discussed gender and sexuality as fixed and mainly binary constructs, and only addressed biomedical explanatory models of sex, gender and sexuality.

Discussion and conclusion: The absence of complex patient identities in relation to sex, gender and sexuality does not adequately prepare students to provide LGBTQI+ responsive care. If not designed and taught competently, LGBTQI+-related curriculum content may reproduce bias and stereotypes, and contribute to a medical climate where both LGBTQI+ patients, students, and doctors conceal their identities. Further implementation of LGBTQI+ health issues is required in (continuing) medical education to secure culturally competent clinical environments. Educational research is needed to understand how medical education contributes to marginalization of LGBTQI+ identities and thus, to health disparities.

Keywords: LGBTQI+, curriculum screening, marginalized populations, sexual and gender diversity, medical education

Maaïke Muntinga¹

Juliëtte Beuken¹

Luk Gijs²

Petra Verdonk¹

1 Amsterdam UMC-VUmc, School of Medical Sciences, Amsterdam Public Health research institute, Department of Medical Humanities, Amsterdam, The Netherlands

2 Amsterdam UMC-VUmc, Center of Expertise on Gender Dysphoria, Amsterdam, The Netherlands

1. Introduction

1.1. Problem

People minoritized based on their sexual or gender identity face particular health risks and barriers in access to care, and therefore have specific health and care needs [1], [2], [3]. Health needs of LGBTQI+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex and other identities such as gender non-binary) people have been identified in areas as end of life care [4], mental health [5], reproductive and sexual health and family planning [6], smoking cessation [7], [8], oral care [9], primary care and public

health and prevention [10]. In addition, LGBTQI+ health concerns and experiences in the health care systems are informed not only by sexual and gender identity, but also by intersections with other aspects of identity, such as age, race and migrant status [10], [11], [12]. A growing body of research shows that quality of care for LGBTQI+ people is compromised, and that LGBTQI+ people experience health disparities [1], [13], [14], [15], [16], [17]. For instance, patients face barriers entering the health care system or gaining access to tailored, culturally competent care [13], [17], [18], [19], [20], [21]. Providers are generally unaware of the impact of sexual and gender identities on every day (health) experiences [22], and

some refuse to address gender and sexuality issues because of their own value systems or negative attitudes towards LGBTQI+ patients [23], [24]. Although existing research into the experiences of LGBTQI+-patients focuses primarily on white, middle class individuals [12], evidence suggest LGBTQI+ patients from underrepresented groups or underserved communities are particularly vulnerable to health inequities based on additional disparities related to multiple marginalizations [25]. It is essential that physicians have the knowledge and skills to provide tailored care to LGBTQI+ patients of all backgrounds. Health education is key to the advancement of health equity, and future health professionals should be trained in providing culturally competent and sensitive services (e.g. [2], [16], [26], [27], [28]). Unfortunately, medical students are insufficiently prepared to tailor care to LGBTQI+ communities [15], [29], [30]. Unmet learning needs of health professions students have been reported regarding, for instance, LGBTQI+ responsive sexual and reproductive care [6], transgender and intersex health [31], [32], and health care for older LGBTQI+ patients [14], [26], [31], [33]. Therefore, recent years have seen the publication of several development frameworks and implementation resources for medical educators [3], [34]. In 2015, the Association of American Medical Colleges (AAMC) published an eight-domain competency plan, and comprehensive implementation packages for medical educators and administrators, including group assignments and lecture slides [34]. Despite these efforts, curricular integration of sexual and gender diversity is often poor: the amount of curriculum time assigned to LGBTQI+ issues is limited [3], [35], [36], and studies report LGBTQI+ content is met with resistance by educators [35]. The latter points at the institutional climate as one barrier to successfully implement sexual and gender diversity issues in undergraduate and graduate medical education [14], [26], [34], [35], [37], [38]. So far, little to no insight exists into the extent to which Dutch medical schools address sexual and gender diversity learning objectives. Scarce evidence suggests that implementation is limited and that material is not structurally embedded in educational programs [39], [40]. For instance, a previous screening of the formal, undergraduate curriculum at Amsterdam UMC-VUmc School of Medical Sciences (VUmc SMS) for diversity-related content identified a lack of material addressing LGBTQI+ health across intersections of ethnicity, age, class and ability [40]. In addition, few Dutch studies have explored intersections of LGBTQI+ experiences and health beyond HIV/AIDS and transitional care. In 2001, the Netherlands was the first country in the world to legalize same sex marriage, and has been lauded internationally for its tolerance toward diverse sexual identities [41]. However, despite increased visibility and growing societal acceptance of non-normative sexual and gender identities, LGBTQI+ people in the Netherlands are still confronted with negative reactions from their environment (such as bullying), experience verbal, physical and sexual harassment and violence, and are more often victim of a crime

[42]. Considering these statistics, the lack of scientific attention for LGBTQI+ health in a country famous for its progressive politics seems paradoxical.

1.2. Aim of the study

Given the observed gaps in knowledge about medical schools teach about LGBTQI+ health, the aim of our study was to gain an in-depth insight in the way in which LGBTQI+ health issues are currently addressed in the formal undergraduate curriculum of Amsterdam UMC-VUmc School of Medical Sciences (VUmc SMS), in particular in an undergraduate course about sexual and reproductive health, “Sex, Sexuality and Relationships”. We based our choice to screen this course on the expectation that a course on sexuality and relationships would be most likely to feature LGBTQI+ learning objectives. Using a framework for essential LGBTQI+ topics in medical education as a reference [3], we discuss the integration of LGBTQI+ health issues in the formal VUmc SMS curriculum, and identify good practices as well as curriculum gaps.

2. Methods

2.1. Study design: Intersectionality-based course evaluation

Using an intersectionality-based approach, we evaluated the VUmc SMS course “Sex, Sexuality and Relationships” for LGBTQI+ content. Intersectionality theory aims to analyze and understand human difference, and calls attention to underrepresented and marginalized social groups (e.g. [43], [44]). An intersectional approach to health research, policy or practice takes into account how social identities are mutually constitutive in shaping health experiences and outcomes, as well as how power operates across institutions to drive health inequalities and inequities [45], [46], [47], [48], [49]. In health research and medical discourse, the category “LGBTQI+” is often used as an uncomplicated and homogenous group. However, in relation to LGBTQI+ health, sociocultural identity markers such as gender, ethnicity, age, religious background or spirituality, or whether one has a mental or physical disability all shape LGBTQI+ experiences, and thus account for diversity among patients. To provide good care to all LGBTQI+ patients, medical students should be trained to adequately take this diversity into account. When carrying out the course screening, we therefore not only investigated which LGBTQI+ content was addressed in the course, but also whether course material addressed intersections of LGBTQI+ identity with other aspects of identity in relation to health. We acknowledge that by our use of the acronym LGBTQI+ when referring to people with non-hegemonic bodies, sexualities or genders, we potentially reproduce essentialist understandings of minoritized communities. Nevertheless, because our intention is to draw attention to the specific needs of these communities and to how

these needs should be addressed by health professions curricula, we use the acronym strategically, an approach referred to as “strategic essentialism” [50].

2.2. Setting: Diversity at VUmc SMS

VUmc SMS is a medical school connected to a large teaching hospital and one of eight medical schools in the Netherlands. The medical school traditionally has a diverse student body, with approximately one in three students having a non-Western migrant background. VUmc SMS values diversity, equity and inclusion, which is expressed in its organizational policies and practices [40], [51]. For instance, the school-funded subcommittee of the local medical student association, D.O.C.S (Diversity, Openness, Culture, Students), is dedicated to create an inclusive campus climate and empower students with non-Western or migration backgrounds. However, so far, diversity efforts at VUmc SMS have mainly been directed at aspects of ethnic diversity. LGBTQI+ medical students are not officially organized within the institution, and their experiences have not been studied.

In addition to the organizational focus on diversity, diversity issues have been increasingly receiving attention within the VUmc SMS curriculum. For instance, in recent years, less visible or invisible identities have been brought into medical students’ awareness by means of a vertically integrated learning pathway “Interculturalization and Diversity”, which is part of an overarching ‘professional behavior’ track within the VUmc SMS curriculum [40], [52]. Aim of this pathway is to mainstream diversity issues throughout the curriculum by building students’ competencies related to interaction with patients with diverse backgrounds and identities. In addition to knowledge and skills, learning objectives include reflexivity – for instance, regarding how students’ own social identities inform their value systems, and how this could impact the doctor-patient relationship or create barriers in providing high quality and effective care for all patients (e.g. [51], [53]). The learning pathway consists of lectures, practicals and required reading (a Dutch-language textbook “Cultural diversity in healthcare” [54]). An intersectionality approach guides the pathways’ learning objectives, shapes curriculum content and the design of curriculum evaluations, outcomes of which are used to further improve and tailor curricular content [40]. Cultural competencies are tested twice during the undergraduate phase by means of OSCEs.

2.3. The course ‘Sex, Sexuality and Relationships’

So far, the “Interculturalisation and Diversity” pathway has not yet implemented learning objectives that explicitly center on LGBTQI+ issues. Instead, learning objectives related to sexual and gender identity are addressed separately and horizontally in the course “Sex, Sexuality and Relationships”, a four-week course focusing on sexuality, fertility and reproduction, that takes place in

the second year of the undergraduate curriculum. At the time of the study, two authors (MM and PV) were involved in the implementation, coordination and delivery of “Interculturalisation and Diversity” content. One author (LG) was involved as a coordinator and instructor for the “Sex, Sexuality and Relationships” course.

“Sex, Sexuality and Relationships” is divided into four themes. Week one centers on “sex development, the development of feeling male or female and the development of (sexual) relationships”; week two centers on “female F, atypical/abnormal sexual attractions and orientations”; week three centers on “aspects of both masculine and feminine sexuality”; and week four centers on mainly “male sexuality”. Specific topics addressed within these themes are sex differentiation, development of gender identity, atypical sex differentiation (i.e. intersex conditions, also referred to in medical contexts as Disorders/Differences of Sexual Development, DSD), gender dysphoria, (the psychophysiological study of) sexual arousal, anatomy and embryology of the genitalia, female and male sexuality (with specific emphasis on sexual dysfunction and genital problems); atypical sexual attractions, puberty, the menstrual cycle, menopause and aging in males, Sexually Transmitted Infections (STI’s), professional boundaries in physician-patient interaction, discussing sexuality in a professional context and taking a sexual history. The course’s LGBTQI+ related learning objectives are presented in table 1.

2.4. Data collection and analyses

We screened all written content of the 2016-2017 course “Sex, Sexuality and Relationships” for LGBTQI+ themes. Documents were retrieved from a digital learning environment and the university medical library, and included the course syllabus (sixteen student assignments), nineteen lecture notes, and course literature (scientific articles and textbooks). Access to the course’s digital learning environment was obtained with permission from the course coordinator (LG) by JB, who was a research intern at the time. Access to the library was obtained by MM through their position as faculty staff.

To analyze what content was addressed and how, we used a framework for essential LGBTQI+ content in undergraduate medical education proposed by Obedin-Maliver and colleagues [3]. In their 2011 JAMA article, the authors distinguish sixteen essential LGBTQI+ related topics for the required medical curriculum: sexual orientation, HIV, gender identity, sexually transmitted infections (STI’s), safer sex, DSD/intersex, barriers to care, mental health issues, LGBT adolescents, coming out, unhealthy relationships/intimate partner violence (IPV), substance use, chronic disease risk, sex-reassignment surgery (SRS), body image, and transitioning [3].

The analysis was carried out by JB and MM and consisted of two parts. First, we used the Obedin-Maliver framework as a template to investigate

1. which topics were addressed, and
2. to which extent they were addressed.

Table 1: Learning objectives of the VUmc SMS undergraduate course ‘Sex, Sexuality and Relationships’ (source: course syllabus)

<i>Learning objective</i>	<i>The student...</i>
Sexual-orientation-related learning goals	1. knows the role of sex hormones and genetic factors in the development of sexual orientation.
Intersex/DSD-specific learning goals	1. can describe the common definitions of sex 2. can discuss and evaluation the clinical consequences of the use of different definitions of sex. 3. knows several Disorders of Sexual Development (DSD/intersex).
Sexual diversity-specific learning goals	1. has knowledge of the different dimensions used to define sexual orientations. 2. knows the two dominant biomedical models of the development of sexual orientation. 3. knows which biomedical determinants of homosexuality have been studied. 4. is aware of social and cultural backgrounds that play a role in assessing, experiencing and thinking about homosexuality. 5. knows which relational and sexual patterns are typical for homosexual relationships. 6. is aware of the specific aspects of homosexuality in a care situations. 7. has knowledge of the possible consequences of homosexuality for mental and physical health.
Gender diversity-specific learning goals	1. knows the definition, symptoms and classifications of gender dysphoria (GD). 2. can explain the relationship between sex chromosomes, sex hormones, and gender identity/role.

We considered a topic “explicitly addressed” when it was featured as a learning objective in the course syllabus, when it was addressed in a lecture, or when students were asked to apply knowledge about the topic (for instance derived from required course reading) to a patient case in a study assignment. We considered a topic “marginally addressed” when it was only addressed in the course reading. We considered a topic “not addressed” when it was neither addressed in a lecture or study assignment, nor in the course literature. Second, we explored whether material in which LGBTQI+ identities were explicitly addressed explored intersections of LGBTQI+ identity with other aspects of diversity – such as ethnicity, age, class or ability – in relation to a particular topic or health issue. Based on the outcomes of this analysis, we identified good practices and opportunities for improvement.

3. Results

First, we present which topics were addressed in the course, and how they were addressed. Next, we report curriculum gaps.

3.1. LGBTQI+ topics in the course

Of the sixteen topics included in Obedin-Maliver’s framework, only one essential aspect of LGBTQI+ health (body image) remained completely unaddressed in lec-

tures, study assignments and literature. All other aspects were addressed in study material; however, the degree to which and how they were addressed varied. For instance, some topics (such as needs and experiences of LGBTQI+ adolescents, including coming out, and IPV) were briefly mentioned in the course reading, but were not elaborated on in lecture slides or study assignments. Attachment 1 presents an overview of which topics were addressed in the course, how they were addressed (in the literature, in a lecture or in a study assignment), and which topics were marginally addressed or absent.

The LGBTQI+-related themes featured in the course were addressed both from a biomedical, psychosocial and ethical perspective. LGBTQI+ health outcomes were addressed in a study assignment and two scientific articles (i.e. [55], [56]), which focused on health needs of men who have sex with men (MSM) in primary care (addressing aspects such as HIV/STD’s and substance use) and on mental health (discussing minority stress, stigma and discrimination) [55], [56]. A study assignment addressed mental and physical health issues of sexual minority men by presenting a case study of a male, gay-identified patient (study assignment “Homosexuality”). In addition to biomedical explanatory models for homosexual orientation, another good practice was the incorporation of study material that encouraged students to critically consider the relationship between hormones, sex chromosomes and sexual orientation, reflect on the validity of a purely biomedical explanation for homosexuality, explore moral perspectives on studying the etiology of homosexuality,

and reflect on the American Psychiatric Association definition of “homosexuality”. Gender diversity and intersex were addressed in a lecture on medical gender reassignment surgery, and in a study assignment on sex differentiation, including etiologies and DSD prevalence. Students were asked to reflect on whether and how to reveal the diagnosis DSD to the parents and the child with DSD, and on the appropriateness of genital surgery in newborns with ambiguous genitalia. Course literature included information about psychological determinants and processes that influence gender development, and the difference between sex, gender identity and gender presentation.

3.2. Curriculum gaps

Several essential learning objectives remained unaddressed or under-addressed. Unaddressed were topics related to body image and identity, and formal course material did not explicitly contain learning objectives related to LGBTQI+ inclusive practices, for instance regarding (sexual) history taking and counseling. Although learning objectives of a practical about sexual history taking included a focus on students exploring their own norms and values around sexuality, whether and how this included norms and values about sexual and gender diversity was unclear, as was the extent to which specific needs of LGBTQI+ patients related to sensitivity in clinical interactions and communication were addressed. Explanatory models of sexual and gender diversity and LGBTQI+ health inequities were primarily addressed from a biomedical perspective. For instance, students were asked to reflect on biomedical models of homosexuality, but no alternative models and paradigms were offered, and students were not asked to reflect on and critically consider broader LGBTQI+ disparities and their (sociocultural and historical) origins in relation to exclusion and stigmatization.

We found that physical, mental and social health issues were addressed predominantly from the perspective of gay MSM, and that intersections of LGBTQI+ identity with other aspects of diversity such as ethnicity, age or class remained unexplored. For example, health and care needs of patients with lesbian identities or women who have sex with women (WSW), as well as of bisexual/pansexual and gender non-conforming patients, were either marginally addressed or not addressed. Trans health and care needs were not addressed beyond endocrinological and surgical transition, and barriers to care for LGBTQI+ patients were addressed in relation to MSM, but not specifically for other marginalized sexual and gender identities, including intersex/DSD patients. Moreover, the course did not address objectives and material related to the ways in which other aspects of identity such as ethnicity, age and class shape health experiences and needs of LGBTQI+ patients. For example, the homosexual patient with mental health issues featured in the study assignment about “homosexuality” is a white, highly-educated male of Dutch national origin. Finally, gender was ad-

ressed as a fixed and (mostly) binary construct, and students were not invited to consider health issues of people with non-binary or fluid identities, or question the biological and social categories “male” and “female”.

4. Discussion

We used Obedin-Maliver and colleagues’ 2011 framework and an intersectional approach to evaluate which LGBTQI+-related content was addressed in the Amsterdam UMC-VUmc undergraduate course Sex, Sexuality and Relationships. Although the course did address a range of LGBTQI+ issues, we identified curriculum gaps. Several LGBTQI+-related issues and their intersections with for instance ethnicity, age or class were unaddressed or marginally addressed, there was limited visibility of health and care needs of identities on the LGBTQI+ spectrum other than the cisgender gay male, and gender and sexuality were discussed as fixed and binary concepts. As a result, the perspectives, needs and vulnerabilities of people with complex or multiple non-hegemonic identities were absent from the course material.

4.1. LGBTQI+ knowledge gaps in medical education

While attention for sexual and gender diversity in society is growing and the range of sexual and gender identities is expanding, medical schools are slow to incorporate new knowledge into their curricula [35], [57]. In line with our findings, previous studies have shown that time dedicated to LGBTQI+ themes is limited, that several learning objectives are structurally overlooked, and that health needs of people with non-normative sexual and gender identities remain underexplored [58]. Gaps related to LGBTQI+ issues in medical curricula are problematic for several reasons. First, students miss out on acquiring essential thematic knowledge and skills necessary to optimally tailor care to patients of all orientations and backgrounds. Lack of student preparedness could lead to LGBTQI+ patients experiencing barriers to accessing care or not receiving the care they need [31], [59]. It is imperative that students know how to use inclusive language and adopt sensitive communication practices, because care for LGBTQI+ patients can be compromised when they do not feel safe enough in care environments to disclose their orientation to their health professionals [18], [59], [60], [61].

Second, a comprehensive understanding of patient needs and preferences in the age of personalized medicine requires learning beyond etiology, epidemiology, disease prevalence and treatment models, but should also involve insight in contextual factors that influence patient outcomes. Aspects of sociocultural identity such as ethnicity, age and religious beliefs influence LGBTQI+ cultures and experiences, including their experiences in the health care system [62]. Cultural competence, then, should involve in-depth understanding of complexity and how it

relates to diversity in care needs, clinical presentations and treatment preferences. Not accounting for such complexity in curricular material potentially sustains clinical bias based on assumed homogeneity of social groups, reproduces stereotypes, and overlooks the impact of sociocultural (risk) environments on lived experiences in relation to health, illness and disease [63], [64]. In addition, categories of sexual and gender identity as well as biological sex are increasingly understood as spectral, fluid and unstable [65], [66], [67] which advocates for the use of sociocultural explanatory models alongside biomedical ones [68], [69], [70], [71], [72].

Finally, our findings show that an LGBTQI+ friendly cultural climate and the adoption of tolerance toward sexual and gender minorities as a collective Dutch value do not necessarily translate into curricular innovation. It is quite possible that the ideology of equality in Dutch medical discourse translates into the assumption that a patient's sexual and gender identity is irrelevant medical information, unless clinically relevant – for instance, when it is a social determinant of disease (for instance, in high-income countries, in the case of HIV/AIDS). In the traditionally positivist biomedical climate, “clinically relevant” often refers to biomedical information and cues, and not to social ones [69], [73]. The notion that knowing about a patients' sexual and gender identity is fundamentally irrelevant for diagnosis and clinical decision making has been previously described, for instance by Roberson (2014) in his work on experiences of medical students with LGBTQI+ curricular content. Robertson refers to this idea as the “irrelevance narrative” [74]. The irrelevance narrative might become internalized by medical students, including students who identify as LGBTQI+ themselves, and cause marginalized sexual and gender identities to become invisible in educational and clinical environments [64], [74], [75]. Such invisibility obscures the specific health risks and needs of LGBTQI+ patients, which sustains health inequities. In addition, it contributes to a climate where LGBTQI+ students might choose to conceal their identities because of fear of discrimination, lack of support, and cultural norms including norms around medical professionalism [35], [76].

4.2. Strengths and limitations

This is the first study to evaluate the extent to which LGBTQI+ health topics are integrated in a Dutch medical curriculum. Because VUmc SMS has explicitly committed itself to curricularization of diversity topics and its efforts have been recognized as leading in the country, our findings might point at a larger need across medical schools in the Netherlands to realize and optimize integration of LGBTQI+ health content.

Although the course Sex, Sexuality and Relationships is likely the course to feature most learning objectives related to sexual and gender diversity, we did not screen other courses for LGBTQI+ content, which might have resulted in us having overlooked topics. Moreover, we only examined the written, formal curriculum, and have

no insight in how LGBTQI+ topics are taught in the classroom. Because individual teacher engagement and competency is essential to adequately address LGBTQI+ health issues without reproducing stereotypes or perpetuate bias, classroom observational research can contribute to a better understanding of the informal and hidden curriculum, so as to gain insight in not only what is taught, but also what is learned.

5. Conclusion

Although the formal Amsterdam UMC-VUmc curriculum covered a wide range of LGBTQI+-related issues, our screening of the undergraduate course Sex, Sexuality and Relationships revealed opportunities for improvement, in particular related to identities beyond the white gay male and the incorporation of changing scientific and societal understandings of categories of sex, gender and sexuality as spectral, fluid and diverse. Intersectional approaches to curriculum design and evaluation can help gain better insight in which identities and topics are overlooked in course material and identify potential sources of clinical bias. To understand how medical education might contribute to marginalization of LGBTQI+ identities and thus to health disparities, a closer examination of the informal and hidden curriculum is essential. Further implementation of sexual and gender diversity topics is required in (continuing) medical education to safeguard clinical environments responsive to the needs of LGBTQI+ patients of all backgrounds.

Authors contributions

All authors have substantially contributed to the article and approved the form and content of the manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001315.shtml>

1. Attachment_1.pdf (129 KB)

Outcomes of the course screening, organized according to Obedin-Maliver's framework for essential LGBTQI+-related topics in medical education.

References

- Daniel H, Butkus R; Health and Public Policy Committee of American College of Physicians. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;163(2):135-137. DOI: 10.7326/M14-2482
- Fredriksen-Goldsen KI, Hoy-Ellis CP, Goldsen J, Emlert CA, Hooyman NR. Creating a vision for the future: Key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services. *J Gerontol Soc Work.* 2014;57(2-4):80-107. DOI: 10.1080/01634372.2014.890690
- Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, Wells M, Fetterman DM, Garcia G, Lunn MR. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA.* 2011;306(9):971-977. DOI: 10.1001/jama.2011.1255
- Griebing TL. Sexuality and aging: a focus on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016;10(1):95-101. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000196
- Rodgers SM. Transitional Age Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth: Issues of Diversity, Integrated Identities, and Mental Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;26(2):297-309. DOI: 10.1016/j.chc.2016.12.011
- Walker K, Arbour M, Waryold J. Educational Strategies to Help Students Provide Respectful Sexual and Reproductive Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. *J Midwifery Womens Health.* 2016;61(6):737-743. DOI: 10.1111/jmwh.12506
- Berger I, Mooney-Somers J. Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(12):1408-1417. DOI: 10.1093/ntr/ntw216
- Bruce Baskerville N, Wong K, Shuh A, Abramowicz A, Dash D, Esmail A, Kennedy R. A qualitative study of tobacco interventions for LGBTQ+ youth and young adults: overarching themes and key learnings. *BMC Public Health.* 2018;18(1):155. DOI: 10.1186/s12889-018-5050-4
- Russell S, More F. Addressing Health Disparities via Coordination of Care and Interprofessional Education: Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Oral Health Care. *Dent Clin North Am.* 2016;60(4):891-906. DOI: 10.1016/j.cden.2016.05.006
- Bostwick WB, Meyer I, Aranda F, Russell S, Hughes T, Birkett M, Mustanski BI. Mental health and suicidality among racially/ethnically diverse sexual minority youths. *Am J Public Health.* 2014;104(6):1129-1136. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301749
- Balsam KF, Molina Y, Beadnell B, Simoni J, Walters K. Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2011;17(2):163. DOI: 10.1037/a0023244
- LaVaccare S, Diamant AL, Friedman J, Singh KT, Baker JA, Rodriguez TA, Cohen SR, Dary FY, Pregler J. Healthcare Experiences of Underrepresented Lesbian and Bisexual Women: A Focus Group Qualitative Study. *Health Equity.* 2018;2(1):131-138. DOI: 10.1089/heap.2017.0041
- Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Educ Couns.* 2017;100(12):2357-2361. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.003
- Giffort DM, Underman K. The relationship between medical education and trans health disparities: a call to research. *Soc Compass.* 2016;10:999-1013. DOI: 10.1111/soc4.12432
- Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health.* 2017;14(1):119-122. DOI: 10.1071/SH16145
- Lim FA, Brown D, Kim SJ. CE. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *Am J Nurs.* 2014;114(6):24-34; quiz 35, 45. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36
- Rubin R. Minimizing health disparities among LGBT patients. *JAMA.* 2015;313(1):15-17. DOI: 10.1001/jama.2014.17243
- Colpitts E, Gahagan J. "I feel like I am surviving the health care system": understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1005. DOI: 10.1186/s12889-016-3675-8
- Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem.* 2014;47(10-11):983-987. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009
- Rosario VA. Cultural competence and LGBT issues in psychiatry. *Psychiatr Times.* 2015;32(7):24.
- Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:24-38. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.03.003
- Daley A, MacDonnell JA. 'That would have been beneficial': LGBTQ education for home-care service providers. *Health Soc Care Community.* 2015;23(3):282-291. DOI: 10.1111/hsc.12141
- Dorsen C. An integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Can J Nurs Res.* 2012;44(3):18-43.
- Lim FA, Hsu R. Nursing Students' Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons: An Integrative Review. *Nurs Educ Perspect.* 2016;37(3):144-152. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000004
- Institute of Medicine; Board on the Health of Select Populations; Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities Committee of Lesbian. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding.* Washington, DC: Institute of Medicine; 2011.
- Cannon SM, Shukla V, Vanderbilt AA. Addressing the healthcare needs of older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients in medical school curricula: a call to action. *Med Educ Online.* 2017;22(1):1320933. DOI: 10.1080/10872981.2017.1320933
- Khalilii J, Leung LB, Diamant AL. Finding the perfect doctor: identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *Am J Public Health.* 2015;105(6):1114-1119. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302448
- Sawning S, Steinbock S, Croley R, Combs R, Shaw A, Ganzel T. A first step in addressing medical education Curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program. *Educ Health (Abingdon).* 2017;30(2):108-114. DOI: 10.4103/efh.Efh_78_16
- White W, Brenman S, Paradis E, Goldsmith ES, Lunn MR, Obedin-Maliver J, Stewart L, Tran E, Wells M, Chamberlain LJ, Fettermann DM, Garcia G. Lesbian, gay, bisexual, and transgender patient care: Medical students' preparedness and comfort. *Teach Learn Med.* 2015;27(3):254-263. DOI: 10.1080/10401334.2015.1044656

30. Zelin NS, Hastings C, Beaulieu-Jones BR, Scott C, Rodriguez-Villa A, Duarte C, Calahan C, Adami AJ. Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: a pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Med Educ Online*. 2018;23(1):1461513. DOI: 10.1080/10872981.2018.1461513
31. Korpaisarn S, Safer JD. Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):271-275. DOI: 10.1007/s11154-018-9452-5
32. Liang JJ, Gardner IH, Walker JA, Safer JD. Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocr Pract*. 2017;23(8):897-906. DOI: 10.4158/EP171758.OR
33. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624. DOI: 10.7448/IAS.20.1.21624
34. Hollenbach AD, Eckstrand KL, Dreger AD. Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: a resource for medical educators. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2014. Zugänglich unter/available from: <https://store.aamc.org/implementing-curricular-and-institutional-climate-changes-to-improve-health-care-for-individuals-who-are-lgbt-gender-nonconforming-or-born-with-dsd-a-resource-for-medical-educators.html>
35. Davy Z, Amsler S, Duncombe K. Facilitating LGBT medical, health and social care content in higher education teaching. *Qual Res Educ*. 2015;4(2):134-162. DOI: 10.17583/qre.2015.1210
36. Müller A. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):174. DOI: 10.1186/1472-6920-13-174
37. Eckstrand KL, Lunn MR, Yehia BR, Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Applying Organizational Change to Promote Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Inclusion and Reduce Health Disparities. *LGBT Health*. 2017;4(3):174-180. DOI: 10.1089/lgbt.2015.0148
38. Snowdon S. Recommendations for enhancing the climate for LGBT students and employees in health professional schools. Washington, DC: Health Professionals Advancing LGBT Equality; 2013.
39. Dautzenberg M. Anders dan normaal. LGBTQ-patienten in de Nederlandse zorg. Amsterdam: AMC, Sociale Geneeskunde A; 2015.
40. Muntinga M, Krajenbrink V, Peerdeman S, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016;21(3):541-159. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
41. Ayoub P, Paternotte D. *LGBT activism and the making of Europe: a rainbow Europe?* Heidelberg: Springer; 2014. DOI: 10.1057/9781137391766
42. Boss EM, Felten H. *Handreiking LHBT-emancipatie: feiten en cijfers op een rij*. Utrecht; 2017.
43. Cho S, Crenshaw KW, McCall L. Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *J Women Cult Society*. 2013;38(4):785-810. DOI: 10.1086/669608
44. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color (1994). In: Bergen RK, Edleson JL, Renzetti CM, editors. *Violence against woman: Classic papers*. Auckland, New Zealand: Pearson Education New Zealand; 2005. p.282-313.
45. Dhamoon RK, Hankivsky O. Why the theory and practice of intersectionality matter to health research and policy. In: Hankivsky O, editor. *Health inequities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. Vancouver, BC: University of British Columbia; 2011. p.16-50.
46. Hancock AM. Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Politic Gender*. 2007;3(2):248-254. DOI: 10.1017/S1743923X07000062
47. Hankivsky O. *Intersectionality 101*. Vancouver, BC: The Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014. p.238.
48. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, Brotman S. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health*. 2010;9:5. DOI: 10.1186/1475-9276-9-5
49. Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1661-1666. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.001
50. Epstein S. *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press; 2008.
51. Bruin N, Muntinga M, Verdonk P. Preaching to the choir? Sociodemographic differences in medical students' evaluation of an undergraduate diversity training module. *MedEdPublish*. 2018;7. DOI: 10.15694/mep.2018.0000056.1
52. Mak-van der Vossen M, Peerdeman S, Kleinveld J, Kusrkar R. How we designed and implemented teaching, training, and assessment of professional behaviour at VUmc School of Medical Sciences Amsterdam. *Med Teach*. 2013;35(9):709-714. DOI: 10.3109/0142159X.2013.799637
53. Verdonk P, Abma T. Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Med Educ*. 2013;47(8):754-756. DOI: 10.1111/medu.12258
54. Wolffers IN, van der Kwaak A, van Beelen N. *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Bussum (NL): Coutinho; 2013.
55. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:353-375. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510
56. Makadon HJ, Mayer KH, Garofalo R. Optimizing primary care for men who have sex with men. *JAMA*. 2006;296(19):2362-2365. DOI: 10.1001/jama.296.19.2362
57. McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;64:204-214. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.02.028
58. Donald CA, DasGupta S, Metz JM, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: A structural competency approach. *Acad Med*. 2017;92(3):345-350. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001533
59. Baldwin A, Dodge B, Schick V, Herbenick D, Sanders SA, Dhoot R, Fortenberry JD. Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Cult Health Sex*. 2017;19(11):1181-1196. DOI: 10.1080/13691058.2017.1298844
60. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, Guilherme FDS, Pollard A, Jones CJ. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2018;68(668):e187-e196. DOI: 10.3399/bjgp18X694841
61. Durso LE, Meyer IH. Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sex Res Social Policy*. 2013;10(1):35-42. DOI: 10.1007/s13178-012-0105-2
62. Eliason MJ, Chinn PL. *LGBTQ cultures: What health care professionals need to know about sexual and gender diversity*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

63. Heyes CJ, Thachuk A. Queering know-how: clinical skill acquisition as ethical practice. *J Bioeth Inq*. 2015;12(2):331-341. DOI: 10.1007/s11673-014-9566-8
64. Baker K, Beagan B. Making assumptions, making space: An anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. *Med Anthropol Q*. 2014;28(4):578-598. DOI: 10.1111/maq.12129
65. Lykens JE, LeBlanc AJ, Bockting WO. Healthcare Experiences Among Young Adults Who Identify as Genderqueer or Nonbinary. *LGBT Health*. 2018;5(3):191-196. DOI: 10.1089/lgbt.2017.0215
66. Ainsworth C. Sex redefined. *Nature*. 2015;518(7539):288-291. DOI: 10.1038/518288a
67. Joel D, Tarrasch R, Berman Z, Mukamel M, Ziv E. Queering gender: studying gender identity in 'normative' individuals. *Psychol Sex*. 2014;5(4):291-321. DOI: 10.1080/19419899.2013.830640
68. Kuper A, D'eon M. Rethinking the basis of medical knowledge. *Med Educ*. 2011;45(1):36-43. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03791.x
69. Kuper A, Veinot P, Leavitt J, Levitt S, Li A, Goguen J, Schreiber M, Richardson L, Whitehead CR. Epistemology, culture, justice and power: non-bioscientific knowledge for medical training. *Med Educ*. 2017;51(2):158-173. DOI: 10.1111/medu.13115
70. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *Am Psychol*. 2019;74(2):171-193. DOI: 10.1037/amp0000307
71. Hammack PL, Frost DM, Hughes SD. Queer intimacies: A new paradigm for the study of relationship diversity. *J Sex Res*. 2019;56(4-5):556-592. DOI: 10.1080/00224499.2018.1531281
72. Fausto-Sterling A. Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *J Sex Res*. 2019;56(4-5):529-555. DOI: 10.1080/00224499.2019.1581883
73. Kuper A, Messinger A, Rangel C, Cartmill C, Martimianakis T, Whitehead C. What is Considered "legitimate" Medical Education Research? A Discourse Analysis of the Journal Medical Education. *Med Educ*. 2016;50:115.
74. Robertson WJ. The Irrelevance Narrative: Queer (In) Visibility in Medical Education and Practice. *Med Anthropol Q*. 2017;31(2):159-176. DOI: 10.1111/maq.12289
75. Müller A. Beyond 'invisibility': queer intelligibility and symbolic annihilation in healthcare. *Cult Health Sex*. 2018;20(1):14-27. DOI: 10.1080/13691058.2017.1322715
76. Mansh M, White W, Gee-Tong L, Lunn MR, Obedin-Maliver J, Stewart L, Goldsmith E, Brenman S, Tran E, Wells M, Fettermann D, Garcia G. Sexual and gender minority identity disclosure during undergraduate medical education: "In the closet" in medical school. *Acad Med*. 2015;90(5):634-644. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000657

Corresponding author:

Dr. Maaïke Muntinga
 Amsterdam UMC-VUmc, School of Medical Sciences,
 Amsterdam Public Health research institute, Department
 of Medical Humanities, Boelelaan 1089 a, 1081 HV
 Amsterdam, The Netherlands
 m.muntinga@vumc.nl

Please cite as

Muntinga M, Beuken J, Gijs L, Verdonk P. Are all LGBTQI+ patients white and male? Good practices and curriculum gaps in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001315, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013151

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001315.shtml>

Received: 2019-01-31

Revised: 2019-05-13

Accepted: 2019-09-26

Published: 2020-03-16

Copyright

©2020 Muntinga et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Sind alle LGBTQI+-Patienten weiß und männlich? Bewährte Praktiken und Lücken im Curriculum für Gesundheitsthemen von sexuellen und Gender-Minderheiten in einem niederländischen Medizincurriculum

Zusammenfassung

Zielsetzung: Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen und geschlechts-spezifischen Identität marginalisiert werden, sind spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt und erleben Barrieren für eine kulturell kompetente Pflege. Ein Einblick in die Art und Weise, wie niederländische medizinische Hochschulen LGBTQI+-bezogene Gesundheits-Lernziele behandeln ist rar. Wir haben daher untersucht, wie LGBTQI+-Gesundheitsthemen in den medizinischen Lehrplan der Amsterdam UMC-VUmc integriert werden, indem wir den zweijährigen Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ für LGBTQI+-Inhalte evaluierten.

Methoden und Design: Wir haben die schriftlichen Kursinhalte (Lehrplan, Vorlesungsfolien und Kursliteratur) der Lehrveranstaltung 2016-2017 begutachtet. Wir verwendeten wesentliche LGBTQI+-Inhalte in der medizinischen Ausbildung als Rahmen und einen intersektionalen Ansatz, um zu untersuchen, welche LGBTQI+-Themen und Unterthemen angesprochen wurden.

Ergebnisse: Einige grundlegende LGBTQI+-Gesundheitsthemen wurden angemessen behandelt und in den Amsterdamer UMC-VUmc-Lehrplan integriert. Allerdings haben wir auch Lücken im Lehrplan identifiziert. Die Bedürfnisse von Patient*innen mit lesbischen, bisexuellen oder geschlechtervarianten Identitäten wurden nur marginal berücksichtigt. Probleme, die durch die Überlappung von minorisierten sexuellen und geschlechtsspezifischen Identitäten mit anderen Aspekten der Diversität wie Ethnizität, Alter und Klasse entstehen, blieben unerschlossen. Der Kurs behandelte Geschlecht und Sexualität als feste und vor allem binäre Konstrukte und befasste sich lediglich mit biomedizinischen Erklärungsmodellen von Geschlecht, Gender und Sexualität.

Diskussion und Schussfolgerung: Das Fehlen komplexer Identitäten von Patient*innen in Bezug auf Geschlecht, Gender und Sexualität, bereitet die Studierenden nicht ausreichend darauf vor, eine LGBTQI+-gerechte Behandlung anzubieten. Wenn LGBTQI+-bezogene Lehrplaninhalte nicht kompetent konzipiert und gelehrt werden, können sie Bias und Stereotypen reproduzieren und zu einem medizinischen Klima beitragen, in dem sowohl LGBTQI+-Patient*innen, Studierende als auch Ärzt*innen ihre Identität verbergen. Die weitere Implementierung von LGBTQI+-Gesundheitsthemen ist in der (weiteren) medizinischen Ausbildung erforderlich, um ein kulturkompetentes klinisches Umfeld zu sichern. Bildungsforschung ist notwendig, um zu verstehen, wie die medizinische Ausbildung zur Marginalisierung der LGBTQI+-Identitäten und damit zu gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt.

Schlüsselwörter: LGBTQI+, Curriculums Evaluation, marginalisierte Bevölkerungsgruppen, sexuelle und geschlechtsspezifische Diversität, medizinische Ausbildung

Maaïke Muntinga¹

Juliëtte Beuken¹

Luk Gijs²

Petra Verdonk¹

1 Amsterdam UMC-VUmc,
School of Medical Sciences,
Amsterdam Public Health
research institute,
Department of Medical
Humanities, Amsterdam,
Niederlande

2 Amsterdam UMC-VUmc,
Center of Expertise on
Gender Dysphoria,
Amsterdam, Niederlande

1. Einführung

1.1. Probleme

Menschen, die aufgrund ihrer sexuellen oder geschlechtsspezifischen Identität minorisiert sind, sind besonderen Gesundheitsrisiken und Barrieren beim Zugang zur Pflege ausgesetzt und haben daher spezifische Gesundheits- und Pflegebedürfnisse [1], [2], [3]. Gesundheitsbedürfnisse von LGBTQI+ (lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex und andere Identitäten wie geschlechtsvariante) Menschen wurden in Bereichen wie End-of-Life Care [4], psychische Gesundheit [5], reproduktive und sexuelle Gesundheit und Familienplanung [6], Raucherentwöhnung [7], [8], Mundpflege [9], Grundversorgung und öffentliche Gesundheit und Prävention [10] identifiziert. Darüber hinaus sind gesundheitliche Belange und Erfahrungen von LGBTQI+ im Gesundheitssystem nicht nur durch sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität, sondern auch durch Schnittmengen mit anderen Identitätsaspekten wie Alter, ethnischer Herkunft und Migrationsstatus beeinflusst [10], [11], [12]. Eine wachsende Anzahl von Studien zeigt, dass die Versorgungsqualität von LGBTQI+-Menschen beeinträchtigt ist und dass LGBTQI+-Menschen gesundheitliche Unterschiede aufweisen [1], [13], [14], [15], [16], [17]. So sind Patient*innen beispielsweise mit Barrieren konfrontiert, wie Zugang zum Gesundheitssystem zu erlangen und eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte, kulturell kompetente Versorgung zu erhalten [13], [17], [18], [19], [20], [21]. Medizinisches Fachpersonal ist sich im Allgemeinen nicht der Auswirkungen von sexuellen und geschlechtsspezifischen Identitäten auf alltägliche (Gesundheits-) Erfahrungen bewusst [22] und einige weigern sich aufgrund ihrer eigenen Wertevorstellung oder weil sie negative Einstellung gegenüber LGBTQI+-Patient*innen haben, sich mit geschlechtsspezifischen und sexuellen Problemen zu befassen [23], [24]. Obwohl sich die bestehenden Studien zu den Erfahrungen von LGBTQI+-Patient*innen in erster Linie auf weiße, bürgerliche Individuen konzentrieren [12], deuten Hinweise darauf hin, dass LGBTQI+-Patient*innen aus unterrepräsentierten Gruppen oder unterversorgten Communities besonders anfällig für gesundheitliche Ungleichheiten sind, die auf zusätzlichen Disparitäten im Zusammenhang mit multipler Marginalisierung beruhen [25]. Es ist grundlegend wichtig, dass Ärzt*innen über das Wissen und die Fähigkeiten verfügen um LGBTQI+-Patient*innen aller Hintergründe eine passende Versorgung bieten zu können.

Gesundheitserziehung ist der Schlüssel zur Verbesserung der Chancengleichheit im Gesundheitswesen und zukünftiges medizinisches Fachpersonal sollte in der Bereitstellung kulturell kompetenter und sensibler Dienstleistungen geschult werden (z.B. [2], [16], [26], [27], [28]). Leider sind Medizinstudierende nicht ausreichend darauf vorbereitet, ihre Behandlung auf die LGBTQI+-Communities abzustimmen [15], [29], [30]. Ungedeckter Lernbedarf von Studierenden aus dem Gesundheitsbereich wurde berichtet, beispielsweise in Bezug auf die sexuelle und

reproduktive Gesundheit von LGBTQI+ [6], die Gesundheit von Transpersonen und Intersexuellen [31], [32] sowie bezüglich der Gesundheitsversorgung älterer LGBTQI+-Patient*innen [14], [26], [31], [33]. Daher wurden in den letzten Jahren mehrere Rahmenprogramme für medizinische Lehrkräfte in Bezug auf die Entwicklung und Umsetzung veröffentlicht [3], [34]. Im Jahr 2015 veröffentlichte die Association of American Medical Colleges (AAMC) einen achtstelligen Kompetenzplan und umfassende Implementierungspakete für medizinische Lehrkräfte und Administrator*innen, einschließlich Gruppenarbeiten und Vorlesungsfolien [34]. Trotz dieser Bemühungen ist die curriculare Integration von sexueller und geschlechtsspezifischer Diversität oft schlecht: die den LGBTQI+-Themen zugeteilte Zeit im Lehrplan ist beschränkt [3], [35], [36] und Studien berichten, dass LGBTQI+-Inhalte bei Lehrkräften auf Widerstand stoßen [35]. Letzteres weist darauf hin, dass das institutionelle Klima eine Hürde ist für die erfolgreiche Implementierung von Aspekten der sexuellen und geschlechtsspezifischen Diversität in den Bachelor- und Masterstudiengang in Medizin [14], [26], [34], [35], [37], [38]. Bisher gibt es wenig, bis gar keinen Einblick in welchem Umfang niederländische medizinische Hochschulen Lernziele in Bezug auf die sexuelle und geschlechtsspezifische Diversität vermitteln. Nicht ausreichende Hinweise deuten darauf hin, dass die Umsetzung beschränkt stattfindet und dass das Lehrmaterial nicht strukturell in Bildungsprogramme eingebettet ist [39], [40]. So ergab beispielsweise eine vorherige Überprüfung des formalen, grundständigen Curriculum der Amsterdamer UMC-VUmc School of Medical Sciences (VUmc SMS) auf diversitätsbezogene Inhalte einen Mangel an Lehrmaterial, das sich mit LGBTQI+-Gesundheit in Bezug auf Ethnizität, Alter, Klasse und Behinderung befasst [40]. Darüber hinaus haben nur wenige niederländische Studien die Erfahrungen von LGBTQI+ im Gesundheitswesen, über HIV/AIDS und Geschlechtsangleichungen hinausgehend, untersucht. Im Jahr 2001 waren die Niederlande das erste Land der Welt, das die gleichgeschlechtliche Ehe legalisierte und international für ihre Toleranz gegenüber verschiedenen sexuellen Identitäten gelobt wurde [41]. Trotz erhöhter Sichtbarkeit und wachsender gesellschaftlicher Akzeptanz von nicht-normativen sexuellen und Geschlechtsidentitäten, sind LGBTQI+-Menschen in den Niederlanden jedoch nach wie vor mit negativen Reaktionen aus ihrer Umgebung (wie Mobbing) konfrontiert. Sie erleben verbale, körperliche und sexuelle Belästigung, sowie Gewalt und sind häufiger Opfer eines Verbrechens [42]. In Anbetracht dieser Statistiken erscheint der Mangel an wissenschaftlicher Aufmerksamkeit für die LGBTQI+-Gesundheit in einem Land, das für seine fortschrittliche Politik bekannt ist, paradox.

1.2. Ziel der Studie

Angesichts der beobachteten Wissenslücken in der Lehre an medizinischen Fakultäten über LGBTQI+-Gesundheit war es das Ziel unserer Studie, einen vertieften Einblick in die Art und Weise zu gewinnen, wie LGBTQI+-Gesund-

heitsthemen derzeit im formellen grundständigen-Curriculum der Amsterdam UMC-VUmc School of Medical Sciences (VUmc SMS) behandelt werden, insbesondere in dem grundständigen Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ über sexuelle und reproduktive Gesundheit. Unsere Entscheidung diesen Kurs zu überprüfen gründet auf der Erwartung, dass ein Kurs über Sexualität und Beziehungen am ehesten LGBTQI+-Lernziele aufweist. Anhand eines Rahmens wesentlicher LGBTQI+-Themen in der medizinischen Ausbildung als Referenz [3], diskutieren wir die Integration von LGBTQI+-Gesundheitsthemen in den formalen VUmc SMS-Curriculum und identifizieren bewährte Praktiken sowie Lücken im Curriculum.

2. Methoden

2.1. Studiendesign: Intersektionalitäts-basierte Kursbewertung

Mit einem auf Intersektionalität basierten Ansatz, haben wir den VUmc SMS Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ für LGBTQI+-Inhalte evaluiert. Die Intersektionalitätstheorie zielt auf die Analyse und das Verständnis menschlicher Unterschiede ab und lenkt die Aufmerksamkeit auf unterrepräsentierte und marginalisierte soziale Gruppen (z.B. [43], [44]). Ein intersektionaler Ansatz für Gesundheitsforschung, -politik oder -praxis berücksichtigt, wie soziale Identitäten bei der Gestaltung von Gesundheitserfahrungen und -ergebnissen gegenseitig konstitutiv sind, sowie wie Macht institutionenübergreifend wirkt und gesundheitliche Ungleichheit und Ungerechtigkeit fördert [45], [46], [47], [48], [49].

In der Gesundheitsforschung und im medizinischen Diskurs wird die Kategorie „LGBTQI+“ oft als unkomplizierte und homogene Gruppe verwendet. In Bezug auf LGBTQI+-Gesundheit prägen jedoch soziokulturelle Identitätsmerkmale wie Gender, Ethnie, Alter, religiöser Hintergrund oder Spiritualität, oder ob man eine geistige oder körperliche Behinderung hat, die Erfahrungen von LGBTQI+ und tragen damit zur Diversität der Patient*innen bei. Um alle LGBTQI+-Patient*innen gut zu versorgen, sollten Medizinstudierende geschult werden um diese Vielfalt angemessen zu berücksichtigen. Bei der Durchführung des Kursscreenings haben wir daher nicht nur untersucht, welche LGBTQI+-Inhalte im Kurs angesprochen wurden, sondern auch, ob das Kursmaterial Überschneidungen von LGBTQI+-Identität mit anderen Aspekten der Identität in Bezug auf die Gesundheit behandelte. Wir räumen ein, dass wir durch die Verwendung des Akronyms LGBTQI+, wenn wir uns auf Menschen mit nicht-hegemonialen Körpern, Sexualitäten oder Geschlechtern beziehen, möglicherweise ein essentialistisches Verständnis von minorisierten Communities reproduzieren. Da wir jedoch die Aufmerksamkeit auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Communities lenken wollen und darauf, wie diese Bedürfnisse in den Curricula der Gesundheitsberufe berücksichtigt werden sollten, verwenden wir das Akronym

strategisch, einen Ansatz, der als „strategischer Essentialismus“ bezeichnet wird [50].

2.2. Rahmen: Diversität an der VUmc SMS

VUmc SMS ist eine medizinische Hochschule, die an ein großes Lehrkrankenhaus angeschlossen ist und eine von acht medizinischen Hochschulen in den Niederlanden. Die medizinische Fakultät hat traditionell eine vielfältige Studierendenschaft, wobei etwa jede bzw. jeder dritte Student*in einen nicht-westlichen Migrationshintergrund hat. VUmc SMS legt Wert auf Vielfalt, Gerechtigkeit und Inklusion, was sich in den organisatorischen Richtlinien und Praktiken ausdrückt [40], [51]. So widmet sich beispielsweise das hochschulfinanzierte Unterkomitee des lokalen Medizinstudierendenverbandes D.O.C.S. (Diversity, Openness, Culture, Students) der Schaffung eines inklusiven Campusklimas und der Förderung von Studierenden mit nicht-westlichem oder Migrationshintergrund. Allerdings konzentrierten sich die Bemühungen um Vielfalt an der VUmc SMS bisher hauptsächlich auf Aspekte der ethnischen Vielfalt. LGBTQI+-Medizinstudierende sind nicht offiziell innerhalb der Institution organisiert und ihre Erfahrungen wurden nicht untersucht.

Neben dem organisatorischen Fokus auf Diversität werden Diversitätsthemen innerhalb des VUmc SMS-Curriculums zunehmend berücksichtigt. So wurden in den letzten Jahren beispielsweise weniger sichtbare oder unsichtbare Identitäten ins Bewusstsein der Medizinstudierenden gebracht, durch einen vertikal integrierten Lernpfad „Interkulturalisierung und Diversität“, der Teil eines übergreifenden „Professionelles Verhalten“-Zweiges im VUmc SMS-Curriculum ist [40], [52]. Ziel dieses Pfades ist es Diversitäts-Themen im gesamten Lehrplan zu verankern, indem die Kompetenzen der Studierenden in Bezug auf die Interaktion mit Patient*innen unterschiedlicher Hintergründe und Identitäten ausgebaut werden. Zu den Lernzielen gehören neben Wissen und Fähigkeiten auch Reflexivität – zum Beispiel darüber, wie die eigenen sozialen Identitäten der Studierenden ihr Wertesystem prägt und wie dies sowohl das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen beeinflussen kann, als auch die qualitativ hochwertige und effektive Behandlung aller Patient*innen beschweren kann (z.B. [51], [53]). Der Lernpfad besteht aus Vorlesungen, Praktika und einer Pflichtlektüre (dem niederländischen Lehrbuch „Cultural diversity in healthcare“) [54]. Ein Intersektionalitätsansatz leitet die Lernziele des Lernpfades, prägt die Curriculums-Inhalte und das Design der Curriculums-Evaluationen, deren Ergebnisse zur weiteren Verbesserung und Anpassung der Curriculums-Inhalte genutzt werden [40]. Kulturelle Kompetenzen werden im grundständigen Studium zweimal mittels des OSCE-Prüfungsverfahrens getestet.

2.3. Der Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“

Der Lernpfad „Interkulturalisierung und Diversität“ hat bisher noch keine Lernziele umgesetzt, die sich explizit

auf LGBTQI+-Themen konzentrieren. Stattdessen werden die Lernziele bezüglich der sexuellen und Geschlechtsidentität separat und horizontal in dem Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ behandelt, einem vierwöchigen Kurs mit dem Schwerpunkt Sexualität, Fruchtbarkeit und Fortpflanzung, der im zweiten Jahr des Grundstudiums stattfindet. Zum Zeitpunkt der Studie waren zwei Autorinnen (MM und PV) an der Umsetzung, Koordination und Durchführung der Inhalte des Lernpfads „Interkulturalisierung und Vielfalt“ beteiligt. Ein Autor (LG) war als Koordinator und Dozent für den Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ tätig.

„Sex, Sexualität und Beziehungen“ ist in vier Themenbereiche unterteilt. Die erste Woche konzentriert sich auf „Die Geschlechtsentwicklung, die Entwicklung sich männlich oder weiblich zu fühlen und die Entwicklung von (sexuellen) Beziehungen“; die zweite Woche auf „Weibliche Sexualität, atypische/abnormale sexuelle Interessen und Orientierungen“; die dritte Woche auf „Aspekte sowohl der männlichen, als auch der weiblichen Sexualität“ und die vierte Woche konzentriert sich hauptsächlich auf die „männliche Sexualität“. Spezifische Themen, die innerhalb dieser Themenfelder angesprochen werden sind die Geschlechtsentwicklung, Entwicklung der Geschlechtsidentität, atypische Geschlechtsentwicklung (d.h. Intersexualität, in medizinischen Kontexten auch Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders/Differences of Sexual Development, DSD) genannt), Geschlechtsdysphorie, (die psychophysiologische Untersuchung von) sexueller Erregung, Anatomie und Embryologie der Genitalien, weibliche und männliche Sexualität (mit besonderem Schwerpunkt auf sexueller Dysfunktion und Genitalproblemen); atypische sexuelle Interessen, Pubertät, Menstruationszyklus, Menopause und Altern bei Männern, sexuell übertragbare Infektionen (STIs), berufliche Grenzen in der Interaktion zwischen ärztlichem Fachpersonal und Patient*innen, Gespräche über Sexualität im fachlichen Kontext und Aufnahme einer Sexualanamnese. Die LGBTQI+-bezogenen Lernziele des Kurses sind in Tabelle 1 dargestellt.

2.4. Datenerhebung und Datenanalyse

Wir haben alle schriftlichen Inhalte des Kurses „Sex, Sexualität und Beziehungen“ von 2016-2017 auf LGBTQI+-Themen geprüft. Die Dokumente wurden von einer digitalen Lernplattform und der medizinischen Universitätsbibliothek abgerufen und beinhalteten den Lehrplan (sechzehn Übungen für Studierende), neunzehn Vorlesungsfolien und die Kursliteratur (wissenschaftliche Artikel und Lehrbücher). Der Zugang zur digitalen Lernplattform des Kurses wurde mit Genehmigung des Kurskoordinators (LG) durch JB, die zu diesem Zeitpunkt ein Forschungspraktikum absolvierte, erlangt. Der Zugang zur Bibliothek wurde von MM, durch ihre Position als Lehrkraft, ermöglicht.

Um zu analysieren welche und wie Inhalte angesprochen wurden, verwendeten wir einen Rahmen grundlegender LGBTQI+-Inhalte in der medizinischen Grundausbildung,

der von Obedin-Maliver und Kolleg*innen vorgeschlagen wurde [3]. In ihrem JAMA-Artikel von 2011 unterscheiden die Autor*innen sechzehn wesentliche LGBTQI+-bezogene Themen für den erforderlichen medizinischen Lehrplan: sexuelle Orientierung, HIV, Geschlechtsidentität, sexuell übertragbare Infektionen (STIs), Safer Sex, DSD/Inter*, Barrieren zur Behandlung, psychische Gesundheitsprobleme, LGBT-Jugendliche, Coming-out, ungesunde Beziehungen/Gewalt in Beziehungen, Substanzgebrauch, chronisches Krankheitsrisiko, geschlechtsangleichende Operationen, Körperbild und Transition [3].

Die Analyse wurde von JB und MM durchgeführt und bestand aus zwei Teilen. Zuerst haben wir den Obedin-Maliver-Rahmen als Vorlage verwendet, um

1. zu untersuchen, welche Themen behandelt wurden und
2. in welchem Umfang sie behandelt wurden.

Wir haben ein Thema als „explizit behandelt“ eingestuft, wenn es im Lernplan als Lernziel angegeben war, wenn es in einer Vorlesung behandelt wurde oder wenn die Studierenden aufgefordert wurden, das Wissen über dieses Thema (z.B. aus den Pflichtlektüren) in einer Übung auf ein Fallbeispiel anzuwenden. Wir haben ein Thema als „marginal behandelt“ bezeichnet, wenn es nur in der Kursliteratur behandelt wurde. Wir haben ein Thema als „nicht angesprochen“ eingestuft, wenn es weder in einer Vorlesung, Übung, noch in der Kursliteratur behandelt wurde. Zweitens haben wir untersucht ob Material, in dem LGBTQI+-Identitäten explizit angesprochen wurden, Schnittmengen der LGBTQI+-Identität mit anderen Aspekten der Vielfalt – wie Ethnizität, Alter, Klasse oder Behinderung – in Bezug auf ein bestimmtes Thema oder Gesundheitsproblem exploriert hat. Basierend auf den Ergebnissen dieser Analyse haben wir bewährte Verfahren und Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert.

3. Ergebnisse

Zunächst stellen wir vor, welche Themen im Kurs behandelt wurden und wie sie behandelt wurden. Als nächstes berichten wir über Lücken im Curriculum.

3.1. LGBTQI+-Themen im Kurs

Von den sechzehn Themen, die im Rahmen von Obedin-Maliver enthalten sind, blieb nur ein wesentlicher Aspekt der LGBTQI+-Gesundheit (Körperbild) in Vorlesungen, Übungsaufgaben und der Literatur komplett unbearbeitet. Alle anderen Aspekte wurden im Lehrmaterial behandelt, jedoch variierte der Umfang und die Art und Weise, wie sie behandelt wurden. So wurden beispielsweise einige Themen (wie Bedürfnisse und Erfahrungen von LGBTQI+-Jugendlichen, einschließlich Coming-out und Gewalt in Beziehungen) kurz in der Kurslektüre erwähnt, allerdings nicht in Vorlesungsfolien oder Übungsaufgaben vertieft. Anhang 1 gibt einen Überblick darüber, welche Themen im Kurs behandelt wurden, wie sie behandelt wurden (in

Tabelle 1: Lernziele des VUmc SMS grundständigen Kurses „Sex, Sexualität und Beziehungen“ (Quelle: Kurs Lehrplan)

Lernziel	Die Studierenden...
Lernziele bezüglich sexueller Orientierung	1. kennen die Rolle von Sexualhormonen und genetischen Faktoren auf die Entwicklung der sexuellen Orientierung.
Spezifische Lernziele zu Inter*/DSD	1. können die allgemeinen Definitionen von Geschlecht beschreiben. 2. können die klinischen Konsequenzen des Gebrauchs von verschiedenen Definitionen von Geschlecht diskutieren und evaluieren. 3. kennen verschiedene Disorders of Sexual Development (DSD/Inter*).
Spezifische Lernziele zur Sexuellen Diversität	1. haben Wissen über die verschiedenen Dimensionen, die benutzt werden um sexuelle Orientierungen zu definieren. 2. kennen die zwei dominierenden biomedizinischen Modelle bezüglich der Entwicklung der sexuellen Orientierung. 3. wissen welche biomedizinischen Determinanten der Homosexualität erforscht wurden. 4. sind sich der sozialen und kulturellen Hintergründe bewusst, die eine Rolle spielen beim Beurteilen, Erleben und Nachdenken über Homosexualität. 5. wissen welche Beziehungs- und Sexualmuster typisch sind für homosexuelle Beziehungen. 6. sind sich der spezifischen Aspekte von Homosexualität im Kontext von Pflegesituationen bewusst. 7. haben Wissen über die möglichen Konsequenzen von Homosexualität auf die psychische und physische Gesundheit.
Spezifische Lernziele zur Gender Diversität	1. kennen die Definition, Symptome und Klassifikationen der Geschlechtsdysphorie (GD). 2. kann die Beziehung zwischen Geschlechtschromosomen, Sexualhormonen und Geschlechtsidentität/Rolle erklären.

der Literatur, in einer Vorlesung oder in einer Übungsaufgabe) und welche Themen marginal oder gar nicht behandelt wurden.

Die im Kurs vorgestellten LGBTQI+-bezogenen Themen wurden sowohl aus biomedizinischer, psychosozialer als auch aus ethischer Sicht behandelt. LGBTQI+-Gesundheitsfolgen wurden in einer Übungsaufgabe und zwei wissenschaftlichen Artikeln (d.h. [55], [56]) behandelt, die sich auf die Gesundheitsbedürfnisse von Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, konzentrierten, sowohl in der Grundversorgung (Aspekte wie HIV/STIs und Substanzkonsum) als auch auf die psychische Gesundheit (Minderheitenstress, Stigma und Diskriminierung) [55], [56]. Eine Übungsaufgabe befasste sich mit psychischen und physischen Gesundheitsproblemen von Männern sexueller Minderheiten, indem ein Fallbeispiel eines männlichen, sich als schwul identifizierten Patienten vorgestellt wurde (Übungsaufgabe „Homosexualität“). Neben biomedizinischen Erklärungsmodellen für die homosexuelle Orientierung, war eine weitere bewährte Methode die Einbeziehung von Lehrmaterial, das die Studierenden ermutigte sich kritisch mit dem Zusammenhang zwischen Hormonen, Geschlechtschromosomen und sexueller Orientierung auseinanderzusetzen, über die Gültigkeit einer rein biomedizinischen Erklärung für Homose-

xualität nachzudenken, moralische Perspektiven auf die Erforschung der Ätiologie der Homosexualität zu explorieren und die Definition von „Homosexualität“ durch die American Psychiatric Association zu reflektieren. Geschlechtsspezifische Diversität und Intersexualität wurden in einer Vorlesung über geschlechtsangleichende Operationen und in einer Übungsaufgabe zur Geschlechtsentwicklung, einschließlich Ätiologie und DSD-Prävalenz behandelt. Die Studierenden wurden gebeten, darüber nachzudenken, ob und wie sie den Eltern und dem Kind mit DSD die Diagnose DSD mitteilen würden, sowie über die Angemessenheit der Genitalchirurgie bei Neugeborenen mit ambigüen Genitalien. Die Kursliteratur enthielt Informationen über psychologische Determinanten und Prozesse, die die Entwicklung des Geschlechtsverständnisses beeinflussen und über den Unterschied zwischen Geschlecht, Geschlechtsidentität und Geschlechtsdarstellung.

3.2. Lücken im Curriculum

Einige wesentliche Lernziele blieben unadressiert oder unteradressiert. Unadressiert waren Themen im Zusammenhang von Körperbild und Identität und formales Kursmaterial enthielt nicht explizit Lernziele im Zusam-

menhang mit LGBTQI+-inklusive Behandlungen, zum Beispiel in Bezug auf (Sexual-) Anamneseerhebung sowie Beratung. Obwohl die Lernziele eines Praktikums zur Erhebung der Sexualanamnese, einen Schwerpunkt darauf legte, dass die Studierenden ihre eigenen Normen und Werte rund um das Thema Sexualität erforschen sollten, war unklar, ob und wie Normen und Werte über die sexuelle und geschlechtsspezifische Diversität enthalten waren. Ebenso wie das Ausmaß, in dem spezifische Bedürfnisse von LGBTQI+-Patient*innen in Bezug auf Sensibilität in der Kommunikation und klinischen Interaktionen, besprochen wurden. Erklärende Modelle der sexuellen und geschlechtsspezifischen Diversität sowie der gesundheitlichen Unterschiede von LGBTQI+ wurden in erster Linie aus biomedizinischer Sicht betrachtet. Beispielsweise wurden die Studierenden gebeten über biomedizinische Modelle der Homosexualität nachzudenken, allerdings wurden keine alternativen Modelle und Paradigmen angeboten und die Studierenden wurden nicht gebeten umfassendere LGBTQI+-Disparitäten und ihre (soziokulturellen und historischen) Ursprünge in Bezug auf Ausgrenzung und Stigmatisierung zu reflektieren und kritisch zu betrachten.

Wir fanden heraus, dass physische, psychische und soziale Gesundheitsprobleme überwiegend aus der Perspektive von schwulen MSM behandelt wurden und dass Überschneidungen der LGBTQI+-Identität mit anderen Aspekten der Vielfalt wie Ethnizität, Alter oder Klasse unerforscht blieben. So wurden zum Beispiel die Gesundheits- und Pflegebedürfnisse von Patientinnen mit lesbischer Identität oder von Frauen, die Sex mit Frauen haben (FSF), sowie von bisexuellen/pansexuellen und gendervarianten Patient*innen entweder nur geringfügig oder gar nicht berücksichtigt. Trans*-Gesundheits- und Versorgungsbedürfnisse wurden nicht über die endokrinologische und chirurgische Transition hinaus berücksichtigt. Versorgungshürden von LGBTQI+-Patient*innen wurden in Bezug auf MSM angesprochen, aber nicht speziell für andere marginalisierte sexuelle und Geschlechtsidentitäten, einschließlich Inter*/DSD-Patient*innen. Darüber hinaus befasste sich der Kurs nicht mit Zielen und Materialien, die sich auf die Art und Weise beziehen, wie andere Aspekte der Identität wie Ethnizität, Alter und Klasse Gesundheitserfahrungen und Gesundheitsbedürfnisse von LGBTQI+-Patient*innen prägen. So ist beispielsweise der homosexuelle Patient mit psychischen Problemen, der in der Übungsaufgabe über „Homosexualität“ vorgestellt wird, ein weißer, hochgebildeter Mann niederländischer Herkunft. Schließlich wurde das Geschlecht als festes und (meist) binäres Konstrukt behandelt und die Studierenden wurden nicht eingeladen, Gesundheitsprobleme von Menschen mit nicht-binären oder genderfluiden Identitäten zu berücksichtigen oder die biologischen und sozialen Kategorien „männlich“ und „weiblich“ zu hinterfragen.

4. Diskussion

Wir haben den 2011er Rahmen von Obedin-Maliver und Kolleg*innen sowie einen intersektionalen Ansatz verwendet, um zu evaluieren welche LGBTQI+-bezogenen Inhalte im Amsterdamer UMC-VUmc grundständigen Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ behandelt wurden. Obwohl der Kurs eine Reihe von LGBTQI+-Themen behandelte, identifizierten wir Lücken im Lehrplan. Mehrere LGBTQI+-bezogene Themen und ihre Überschneidungen mit z.B. Ethnizität, Alter oder Klasse wurden nicht oder nur geringfügig behandelt. Es gab nur eine eingeschränkte Sichtbarkeit der Gesundheits- und Pflegebedürfnisse von Identitäten innerhalb des LGBTQI+-Spektrums, die nicht cisgender, schwul und männlich waren und Geschlecht und Sexualität wurden als feste und binäre Konzepte behandelt. Infolgedessen fehlten die Perspektiven, Bedürfnisse und Vulnerabilitäten von Menschen mit komplexen oder multiplen nicht-hegemonialen Identitäten im Kursmaterial.

4.1. LGBTQI+-Wissenslücken in der medizinischen Ausbildung

Während die Aufmerksamkeit für die sexuelle und geschlechtsspezifische Diversität in der Gesellschaft zunimmt und das Spektrum der sexuellen und Geschlechtsidentitäten wächst, sind die Medizinischen Fakultäten langsam darin, neues Wissen in ihre Lehrpläne aufzunehmen [35], [57]. In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen haben frühere Studien gezeigt, dass die Zeit, die den LGBTQI+-Themen gewidmet ist, begrenzt ist, dass mehrere Lernziele strukturell übersehen werden und dass die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit nicht-normativen sexuellen und Geschlechtsidentitäten untererforscht bleiben [58]. Lücken im Zusammenhang mit LGBTQI+-Themen in medizinischen Curricula sind aus mehreren Gründen problematisch. Erstens verpassen die Studierenden die Möglichkeit grundlegende thematische Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, die notwendig sind, um die Behandlung optimal auf Patient*innen aller Orientierungen und Hintergründe abzustimmen. Mangelnde Vorbereitung der Studierenden könnte dazu führen, dass LGBTQI+-Patient*innen auf Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung stoßen oder nicht die Behandlung erhalten, die sie benötigen [31], [59]. Es ist unbedingt erforderlich, dass die Studierenden wissen, wie man inklusive Sprache und sensible Kommunikationspraktiken anwendet, denn die Betreuung von LGBTQI+-Patient*innen kann beeinträchtigt werden, wenn sie sich im Behandlungsumfeld nicht sicher genug fühlen, um ihre Orientierung dem medizinischen Fachpersonal mitzuteilen [18], [59], [60], [61].

Zweitens erfordert ein umfassendes Verständnis der Patientenbedürfnisse und -präferenzen im Zeitalter der personalisierten Medizin, dass Studierende über die Ätiologie, Epidemiologie, Prävalenz und Behandlungsmodelle von Krankheiten hinauslernen und auch Einblicke in kontextuelle Faktoren erhalten, die das Behandlungs-

ergebnis beeinflussen. Aspekte der soziokulturellen Identität wie Ethnizität, Alter und religiöse Überzeugungen haben Einfluss auf die Kultur und Erfahrungen von LGBTQI+, einschließlich ihrer Erfahrungen im Gesundheitswesen [62]. Kulturelle Kompetenz sollte daher ein tiefes Verständnis der Komplexität bezogen auf Diversität in Pflegebedürfnissen, klinischer Präsentation und Behandlungspräferenzen, beinhalten. Die Nichtberücksichtigung einer solchen Komplexität im Lehrplan führt potenziell dazu, dass klinische Bias, die auf der vermeintlichen Homogenität sozialer Gruppen beruhen, aufrechterhalten werden, Stereotypen reproduziert werden und die Auswirkungen soziokultureller (Risiko-) Umgebungen auf die erlebten Erfahrungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit übersehen werden [63], [64]. Darüber hinaus werden Kategorien der sexuellen und Geschlechtsidentität sowie des biologischen Geschlechts zunehmend als spektral, fließend und instabil verstanden [65], [66], [67], dies befürwortet die Verwendung soziokultureller Erklärungsmodelle neben biomedizinischen Modellen [68], [69], [70], [71], [72].

Schließlich zeigen unsere Ergebnisse, dass ein LGBTQI+-freundliches kulturelles Klima und die Aneignung von Toleranz gegenüber sexuellen und geschlechtsspezifischen Minderheiten als kollektiver niederländischer Wert, nicht unbedingt zu curricularen Innovationen führt. Es ist durchaus möglich, dass die Ideologie der Gleichheit im niederländischen medizinischen Diskurs in der Annahme mündet, dass die sexuellen und Geschlechtsidentitäten von Patient*innen irrelevante medizinische Informationen sind, es sei denn, sie sind klinisch relevant – zum Beispiel, wenn sie eine soziale Determinante von Krankheiten sind (z.B. in Hochlohnländern, im Falle von HIV/AIDS). Im traditionell positivistischen biomedizinischen Klima, bezieht sich der Ausdruck „klinisch relevant“ oft auf biomedizinische, jedoch nicht auf soziale Informationen und Hinweise [69], [73]. Die Vorstellung, dass die Kenntnis der sexuellen und geschlechtsspezifischen Identität eines Patienten oder einer Patientin für Diagnose und klinische Entscheidungsfindung grundsätzlich irrelevant ist, wurde bereits beschrieben, z.B. von Roberson (2014) in seiner Arbeit über Erfahrungen von Medizinstudierenden mit LGBTQI+-curricularen Inhalten. Robertson bezeichnet diese Idee als „irrelevance narrative“ [74]. Die „irrelevance narrative“ könnte von Medizinstudierenden verinnerlicht werden, einschließlich Studierender, die sich selbst als LGBTQI+ identifizieren und dazu führen, dass marginalisierte sexuelle und Geschlechtsidentitäten in Bildungs- und klinischem Umfeld unsichtbar werden [64], [74], [75]. Diese Unsichtbarkeit verdeckt die spezifischen Gesundheitsrisiken und -bedürfnisse der LGBTQI+-Patient*innen, was wiederum gesundheitliche Ungleichheiten aufrechterhält. Darüber hinaus trägt es zu einem Klima bei, in dem LGBTQI+-Studierende sich womöglich entscheiden ihre Identität zu verbergen, aus Angst vor Diskriminierung, mangelnder Unterstützung und aufgrund kulturellen Normen, einschließlich Normen zur medizinischen Professionalität [35], [76].

4.2. Stärken und Limitationen

Dies ist die erste Studie, die untersucht, inwieweit LGBTQI+-Gesundheitsthemen in einen niederländischen medizinischen Lehrplan integriert sind. Da sich VUmc SMS ausdrücklich zur Curricularisierung von Diversitätsthemen verpflichtet hat und diese Bemühungen als führend im Land anerkannt wurden, könnten unsere Ergebnisse darauf hinweisen, dass es einen größeren Bedarf gibt, die Integration von LGBTQI+-Gesundheitsinhalten an medizinischen Fakultäten in den Niederlanden zu realisieren und zu optimieren.

Obwohl der Kurs „Sex, Sexualität und Beziehungen“ wahrscheinlich der Kurs mit den meisten Lernzielen bezüglich sexueller und geschlechtsspezifischer Diversität ist, haben wir keine anderen Kurse auf LGBTQI+-Inhalte überprüft, was dazu geführt haben könnte, dass wir Themen übersehen haben. Außerdem haben wir nur den schriftlichen, formalen Lehrplan untersucht und haben keinen Einblick in die Art und Weise, wie LGBTQI+-Themen im Unterrichtsraum gelehrt werden. Da das Engagement und die Kompetenz der einzelnen Lehrer*innen wesentlich ist, um LGBTQI+-Gesundheitsprobleme angemessen zu behandeln, ohne Stereotypen zu reproduzieren oder Vorurteile aufrechtzuerhalten, kann die Beobachtungsforschung im Unterrichtsraum zu einem besseren Verständnis des informellen und verborgenen Lehrplans beitragen. Außerdem können so nicht nur Einblicke in das, was gelehrt wird, sondern auch in das, was gelernt wird gewonnen werden.

5. Zusammenfassung

Obwohl der formale Amsterdamer UMC-VUmc-Lehrplan ein breites Spektrum von LGBTQI+-bezogenen Themen abdeckte, zeigte unser Screening des grundständigen Kurses „Sex, Sexualität und Beziehungen“ Verbesserungsmöglichkeiten auf, insbesondere im Zusammenhang mit Identitäten jenseits des weißen schwulen Mannes und der Einbeziehung des sich wandelnden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Verständnisses von Geschlechts-, Gender- und Sexualitätskategorien, als spektral, fließend und vielfältig. Intersektionale Ansätze zur Gestaltung und Evaluation von Lehrplänen können dazu beitragen, einen besseren Einblick zu gewinnen und herauszufinden, welche Identitäten und Themen im Kursmaterial übersehen werden sowie potenzielle Quellen klinischer Bias zu identifizieren. Um zu verstehen, wie die medizinische Ausbildung eventuell zur Marginalisierung der LGBTQI+-Identitäten und damit zu gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt, ist eine genauere Untersuchung des informellen und verdeckten Lehrplans unerlässlich. Die weitere Implementierung von Themen der sexuellen und geschlechtsspezifischen Diversität ist in der (weiteren) medizinischen Ausbildung erforderlich um sicherzustellen, dass das klinische Umfeld auf die Bedürfnisse von LGBTQI+-Patient*innen aller Hintergründe einget.

Autorenbeiträge

Alle Autor*innen haben wesentlich zum Artikel beigetragen und stimmen Form und Inhalt des Manuskripts zu.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2020-37/zma001315.shtml>

1. Anhang_1.pdf (127 KB)
Ergebnisse des Kurs Screenings, organisiert gemäß Obedin-Maliver's Rahmen für essenzielle LGBTQI+-bezogene Themen in der medizinischen Ausbildung.

Literatur

1. Daniel H, Butkus R; Health and Public Policy Committee of American College of Physicians. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;163(2):135-137. DOI: 10.7326/M14-2482
2. Fredriksen-Goldsen KI, Hoy-Ellis CP, Goldsen J, Emlert CA, Hooyman NR. Creating a vision for the future: Key competencies and strategies for culturally competent practice with lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults in the health and human services. *J Gerontol Soc Work.* 2014;57(2-4):80-107. DOI: 10.1080/01634372.2014.890690
3. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, Wells M, Fetterman DM, Garcia G, Lunn MR. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA.* 2011;306(9):971-977. DOI: 10.1001/jama.2011.1255
4. Griebling TL. Sexuality and aging: a focus on lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) needs in palliative and end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016;10(1):95-101. DOI: 10.1097/SPC.000000000000196
5. Rodgers SM. Transitional Age Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth: Issues of Diversity, Integrated Identities, and Mental Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;26(2):297-309. DOI: 10.1016/j.chc.2016.12.011
6. Walker K, Arbour M, Waryold J. Educational Strategies to Help Students Provide Respectful Sexual and Reproductive Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. *J Midwifery Womens Health.* 2016;61(6):737-743. DOI: 10.1111/jmwh.12506
7. Berger I, Mooney-Somers J. Smoking Cessation Programs for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Intersex People: A Content-Based Systematic Review. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(12):1408-1417. DOI: 10.1093/ntr/ntw216
8. Bruce Baskerville N, Wong K, Shuh A, Abramowicz A, Dash D, Esmail A, Kennedy R. A qualitative study of tobacco interventions for LGBTQ+ youth and young adults: overarching themes and key learnings. *BMC Public Health.* 2018;18(1):155. DOI: 10.1186/s12889-018-5050-4
9. Russell S, More F. Addressing Health Disparities via Coordination of Care and Interprofessional Education: Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Oral Health Care. *Dent Clin North Am.* 2016;60(4):891-906. DOI: 10.1016/j.cden.2016.05.006
10. Bostwick WB, Meyer I, Aranda F, Russell S, Hughes T, Birkett M, Mustanski BL. Mental health and suicidality among racially/ethnically diverse sexual minority youths. *Am J Public Health.* 2014;104(6):1129-1136. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301749
11. Balsam KF, Molina Y, Beadnell B, Simoni J, Walters K. Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2011;17(2):163. DOI: 10.1037/a0023244
12. LaVaccare S, Diamant AL, Friedman J, Singh KT, Baker JA, Rodriguez TA, Cohen SR, Dary FY, Pregler J. Healthcare Experiences of Underrepresented Lesbian and Bisexual Women: A Focus Group Qualitative Study. *Health Equity.* 2018;2(1):131-138. DOI: 10.1089/heap.2017.0041
13. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Educ Couns.* 2017;100(12):2357-2361. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.003
14. Gifford DM, Underman K. The relationship between medical education and trans health disparities: a call to research. *Soc Compass.* 2016;10:999-1013. DOI: 10.1111/soc4.12432
15. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health.* 2017;14(1):119-122. DOI: 10.1071/SH16145
16. Lim FA, Brown D, Kim SJ. CE: Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *Am J Nurs.* 2014;114(6):24-34; quiz 35, 45. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36
17. Rubin R. Minimizing health disparities among LGBT patients. *JAMA.* 2015;313(1):15-17. DOI: 10.1001/jama.2014.17243
18. Colpitts E, Gahagan J. "I feel like I am surviving the health care system": understanding LGBTQ health in Nova Scotia, Canada. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1005. DOI: 10.1186/s12889-016-3675-8
19. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem.* 2014;47(10-11):983-987. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009
20. Rosario VA. Cultural competence and LGBT issues in psychiatry. *Psychiatr Times.* 2015;32(7):24.
21. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:24-38. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.03.003
22. Daley A, MacDonnell JA. 'That would have been beneficial': LGBTQ education for home-care service providers. *Health Soc Care Community.* 2015;23(3):282-291. DOI: 10.1111/hsc.12141
23. Dorsen C. An integrative review of nurse attitudes towards lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Can J Nurs Res.* 2012;44(3):18-43.
24. Lim FA, Hsu R. Nursing Students' Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons: An Integrative Review. *Nurs Educ Perspect.* 2016;37(3):144-152. DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000004

25. Institute of Medicine; Board on the Health of Select Populations; Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities Committee of Lesbian. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington, DC: Institute of Medicine; 2011.
26. Cannon SM, Shukla V, Vanderbilt AA. Addressing the healthcare needs of older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients in medical school curricula: a call to action. *Med Educ Online*. 2017;22(1):1320933. DOI: 10.1080/10872981.2017.1320933
27. Khalili J, Leung LB, Diamant AL. Finding the perfect doctor: identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1114-1119. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302448
28. Sawning S, Steinbock S, Croley R, Combs R, Shaw A, Ganzel T. A first step in addressing medical education Curriculum gaps in lesbian-, gay-, bisexual-, and transgender-related content: The University of Louisville Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Certificate Program. *Educ Health (Abingdon)*. 2017;30(2):108-114. DOI: 10.4103/efh.EfH_78_16
29. White W, Brenman S, Paradis E, Goldsmith ES, Lunn MR, Obedin-Maliver J, Stewart L, Tran E, Wells M, Chamberlain LJ, Fettermann DM, Garcia G. Lesbian, gay, bisexual, and transgender patient care: Medical students' preparedness and comfort. *Teach Learn Med*. 2015;27(3):254-263. DOI: 10.1080/10401334.2015.1044656
30. Zelin NS, Hastings C, Beaulieu-Jones BR, Scott C, Rodriguez-Villa A, Duarte C, Calahan C, Adami AJ. Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: a pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Med Educ Online*. 2018;23(1):1461513. DOI: 10.1080/10872981.2018.1461513
31. Korpaisarn S, Safer JD. Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):271-275. DOI: 10.1007/s11154-018-9452-5
32. Liang JJ, Gardner IH, Walker JA, Safer JD. Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocr Pract*. 2017;23(8):897-906. DOI: 10.4158/EP171758.0R
33. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624. DOI: 10.7448/IAS.20.1.21624
34. Hollenbach AD, Eckstrand KL, Dreger AD. Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: a resource for medical educators. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2014. Zugänglich unter/available from: <https://store.aamc.org/implementing-curricular-and-institutional-climate-changes-to-improve-health-care-for-individuals-who-are-lgbt-gender-nonconforming-or-born-with-dsd-a-resource-for-medical-educators.html>
35. Davy Z, Amsler S, Duncombe K. Facilitating LGBT medical, health and social care content in higher education teaching. *Qual Res Educ*. 2015;4(2):134-162. DOI: 10.17583/qre.2015.1210
36. Müller A. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Med Educ*. 2013;13(1):174. DOI: 10.1186/1472-6920-13-174
37. Eckstrand KL, Lunn MR, Yehia BR, Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Applying Organizational Change to Promote Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Inclusion and Reduce Health Disparities. *LGBT Health*. 2017;4(3):174-180. DOI: 10.1089/lgbt.2015.0148
38. Snowdon S. Recommendations for enhancing the climate for LGBT students and employees in health professional schools. Washington, DC: Health Professionals Advancing LGBT Equality; 2013.
39. Dautzenberg M. Anders dan normaal. LGBTQ-patienten in de Nederlandse zorg. Amsterdam: AMC, Sociale Geneeskunde A; 2015.
40. Muntinga M, Krajenbrink V, Peerdeman S, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016;21(3):541-159. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
41. Ayoub P, Paternotte D. LGBT activism and the making of Europe: a rainbow Europe? Heidelberg: Springer; 2014. DOI: 10.1057/9781137391766
42. Boss EM, Felten H. Handreiking LHBT-emancipatie: feiten en cijfers op een rij. Utrecht; 2017.
43. Cho S, Crenshaw KW, McCall L. Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *J Women Cult Society*. 2013;38(4):785-810. DOI: 10.1086/669608
44. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color (1994). In: Bergen RK, Edleson JL, Renzetti CM, editors. *Violence against woman: Classic papers*. Auckland, New Zealand: Pearson Education New Zealand; 2005. p.282-313.
45. Dhamoon RK, Hankivsky O. Why the theory and practice of intersectionality matter to health research and policy. In: Hankivsky O, editor. *Health inequities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. Vancouver, BC: University of British Columbia; 2011. p.16-50.
46. Hancock AM. Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Polit Gend*. 2007;3(2):248-254. DOI: 10.1017/S1743923X07000062
47. Hankivsky O. *Intersectionality 101*. Vancouver, BC: The Institute for Intersectionality Research & Policy; 2014. p.238.
48. Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, Brotman S. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health*. 2010;9:5. DOI: 10.1186/1475-9276-9-5
49. Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1661-1666. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.03.001
50. Epstein S. *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press; 2008.
51. Bruin N, Muntinga M, Verdonk P. Preaching to the choir? Sociodemographic differences in medical students' evaluation of an undergraduate diversity training module. *MedEdPublish*. 2018;7. DOI: 10.15694/mep.2018.0000056.1
52. Mak-van der Vossen M, Peerdeman S, Kleinveld J, Kusurkar R. How we designed and implemented teaching, training, and assessment of professional behaviour at VUmc School of Medical Sciences Amsterdam. *Med Teach*. 2013;35(9):709-714. DOI: 10.3109/0142159X.2013.799637
53. Verdonk P, Abma T. Intersectionality and reflexivity in medical education research. *Med Educ*. 2013;47(8):754-756. DOI: 10.1111/medu.12258
54. Wolffers IN, van der Kwaak A, van Beelen N. *Culturele diversiteit in de gezondheidszorg*. Bussum (NL): Coutinho; 2013.
55. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:353-375. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510

56. Makadon HJ, Mayer KH, Garofalo R. Optimizing primary care for men who have sex with men. *JAMA*. 2006;296(19):2362-2365. DOI: 10.1001/jama.296.19.2362
57. McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;64:204-214. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.02.028
58. Donald CA, DasGupta S, Metz J, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: A structural competency approach. *Acad Med*. 2017;92(3):345-350. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001533
59. Baldwin A, Dodge B, Schick V, Herbenick D, Sanders SA, Dhoot R, Fortenberry JD. Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Cult Health Sex*. 2017;19(11):1181-1196. DOI: 10.1080/13691058.2017.1298844
60. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, Guilherme FDS, Pollard A, Jones CJ. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2018;68(668):e187-e196. DOI: 10.3399/bjgp18X694841
61. Durso LE, Meyer IH. Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sex Res Social Policy*. 2013;10(1):35-42. DOI: 10.1007/s13178-012-0105-2
62. Eliason MJ, Chinn PL. *LGBTQ cultures: What health care professionals need to know about sexual and gender diversity*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
63. Heyes CJ, Thachuk A. Queering know-how: clinical skill acquisition as ethical practice. *J Bioeth Inq*. 2015;12(2):331-341. DOI: 10.1007/s11673-014-9566-8
64. Baker K, Beagan B. Making assumptions, making space: An anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. *Med Anthropol Q*. 2014;28(4):578-598. DOI: 10.1111/maq.12129
65. Lykens JE, LeBlanc AJ, Bockting WO. Healthcare Experiences Among Young Adults Who Identify as Genderqueer or Nonbinary. *LGBT Health*. 2018;5(3):191-196. DOI: 10.1089/lgbt.2017.0215
66. Ainsworth C. Sex redefined. *Nature*. 2015;518(7539):288-291. DOI: 10.1038/518288a
67. Joel D, Tarrasch R, Berman Z, Mukamel M, Ziv E. Queering gender: studying gender identity in 'normative' individuals. *Psychol Sex*. 2014;5(4):291-321. DOI: 10.1080/19419899.2013.830640
68. Kuper A, D'eon M. Rethinking the basis of medical knowledge. *Med Educ*. 2011;45(1):36-43. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2010.03791.x
69. Kuper A, Veinot P, Leavitt J, Levitt S, Li A, Goguen J, Schreiber M, Richardson L, Whitehead CR. Epistemology, culture, justice and power: non-bioscientific knowledge for medical training. *Med Educ*. 2017;51(2):158-173. DOI: 10.1111/medu.13115
70. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *Am Psychol*. 2019;74(2):171-193. DOI: 10.1037/amp0000307
71. Hammack PL, Frost DM, Hughes SD. Queer intimacies: A new paradigm for the study of relationship diversity. *J Sex Res*. 2019;56(4-5):556-592. DOI: 10.1080/00224499.2018.1531281
72. Fausto-Sterling A. Gender/Sex, Sexual Orientation, and Identity Are in the Body: How Did They Get There? *J Sex Res*. 2019;56(4-5):529-555. DOI: 10.1080/00224499.2019.1581883
73. Kuper A, Messinger A, Rangel C, Cartmill C, Martimianakis T, Whitehead C. What is Considered "legitimate" Medical Education Research? A Discourse Analysis of the Journal Medical Education. *Med Educ*. 2016;50:115.
74. Robertson WJ. The Irrelevance Narrative: Queer (In) Visibility in Medical Education and Practice. *Med Anthropol Q*. 2017;31(2):159-176. DOI: 10.1111/maq.12289
75. Müller A. Beyond 'invisibility': queer intelligibility and symbolic annihilation in healthcare. *Cult Health Sex*. 2018;20(1):14-27. DOI: 10.1080/13691058.2017.1322715
76. Mansh M, White W, Gee-Tong L, Lunn MR, Obedin-Maliver J, Stewart L, Goldsmith E, Brenman S, Tran E, Wells M, Fettermann D, Garcia G. Sexual and gender minority identity disclosure during undergraduate medical education: "In the closet" in medical school. *Acad Med*. 2015;90(5):634-644. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000657

Korrespondenzadresse:

Dr. Maaïke Muntinga
Amsterdam UMC-VUmc, School of Medical Sciences,
Amsterdam Public Health research institute, Department
of Medical Humanities, Boelelaan 1089 a, 1081 HV
Amsterdam, Niederlande
m.muntinga@vumc.nl

Bitte zitieren als

Muntinga M, Beuken J, Gijs L, Verdonk P. Are all LGBTQI+ patients white and male? Good practices and curriculum gaps in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc22.
DOI: 10.3205/zma001315, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013151

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001315.shtml>

Eingereicht: 31.01.2019

Überarbeitet: 13.05.2019

Angenommen: 26.09.2019

Veröffentlicht: 16.03.2020

Copyright

©2020 Muntinga et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.