

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Prävalenz, Schutz und Prävention von sexueller Belästigung im
klinischen Ambiente – Ergebnisse der qualitativen WPP Studie der
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicarum

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sabine C. Jenner
aus Stuttgart

Datum der Promotion

25.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Appendizes	IV
Abstract	V
Abstract deutsch	VII
1 Einführung	1
1.1 Die WPP-Studie an der Charité	2
1.1.1 Hintergrund zur WPP-Studie	2
1.1.2 WPP Studiendesign.....	3
1.2 Zielsetzung der WPP-Teilstudie und Fragestellung für diese Arbeit	4
2 Methodik	6
2.1 Wahl der Forschungsmethode.....	6
2.2 Akquise und Selektion der Studien-Teilnehmenden	7
2.2.1 Akquise WPP-Gesamt-Studie	7
2.2.2 Akquise und Selektion der Studien- Teilnehmenden.....	7
2.2.3 Interview-Setting.....	9
2.2.4 Transkription.....	9
2.3 Datenerhebung	10
2.3.1 Interviewleitfaden	10
2.3.2 Datenanalyse	10
3 Ergebnisse aus der Publikation	14
3.1 Schutzmaßnahmen der interviewten Berufsgruppen bei sexueller Belästigung.....	14
3.1.1 Selbstschutz der interviewten Berufsgruppen bei sexueller Belästigung auf horizontaler und vertikaler Ebene	15
3.1.2 Selbstschutz bei sexueller Belästigung durch Patient*innen und Angehörigen	16
3.1.3 Schutzmaßnahmen im Team/Fachbereich.....	17
3.2 Präventionsmaßnahmen.....	17

3.2.1	Präventionsmaßnahmen auf struktureller Ebene (Führungs-/ Leitungsebene).....	18
3.2.2	Prävention auf strategischer Ebene	19
3.3	Triangulation der WPP-Studienteile und der angewandten Literatur	21
3.3.1	Betroffenheit von sexueller Belästigung/sexualisierte Diskriminierung auf vertikaler/horizontaler Ebene	22
3.3.2	Schutz im Patient_innensetting	23
3.3.3	Prävention auf strategischer/struktureller Ebene	25
4	Diskussion	27
5	Schlussfolgerung	31
	Literaturverzeichnis	32
	Appendix	36
	Eidesstattliche Versicherung	54
	Anteilerklärung zur erfolgten Publikationen	55
	Lebenslauf.....	56
	Auszug aus der Journal Summary List	57
	Druckexemplar der ausgewählten Publikation	58
	Komplette Publikationsliste.....	84
	Danksagung	86

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: WPP-Studiendesign Prof:in S. Oertelt- Prigione	4
Abb. 2: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung[41]	11
Abb. 3: Kodierleitfaden MAXQDA.....	13

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Demografische Daten Stichprobe qualitative Befragung	8
Tab. 2: Auszug aus der Kategorienbildung Schritt 1. (Vollständige Darstellung S. 24-32).....	12
Tab. 3: Auszug Zusammenfassung der Kategorien (vollständige Darstellung S. 33-36).....	13
Tab. 4: Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Berufsgruppen und Rolle der Ausübenden, unveröffentlicher Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP Studie, 2017.....	15
Tab. 5: Tabelle Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Mögliche präventive Schutzmaßnahmen vor sexueller Belästigung, unveröffentlicher Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP Studie, 2017	17
Tab. 6: Prävention auf struktureller Ebene - Auszug	19
Tab. 7: Prävention auf strategischer Ebene - Auszug	21
Tab. 8: Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Sexuelle Belästigung Ärzte_innen vs. Pflege, unveröffentlicher Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP-Studie, 2017.....	24

Appendizes

Appendix 1: Qualitative Inhaltsanalyse	36
Appendix 2: Summary of the categories.....	46
Appendix 3: Step 3 List of Codes	50

Abstract

Introduction: University medicine in Germany is a highly hierarchically regulated system due to complex processes as well as the different powers of the status groups and their professional socialization. Sexual harassment in the social and historical context of power and inequality is inherent in hierarchical structures, which is evidenced by the high prevalence in clinics of international/national studies.

From the limited international data situation it can be concluded that hierarchy, power relations, stress burden and corporate culture play a significant role in medicine and care. For this reason, culture-specific protection and prevention concepts are indispensable for the employees in the hospital environment, until now the topic has been researched only to a limited time internationally/nationally.

Methods: As part of the WPP study on the study of sexual harassment in a clinical environment, data on a) incidence b) prevention c) implementation were generated in order to comprehensively address the multigroup phenomenon. In the qualitative part of the study, protection prevention strategies were investigated using semi-structured guide interviews with 15 doctors and 15 nurses. The qualitative method provided insights as well as recommendations for action from the clinical environment, which are reflected in the professional reality of the interviewees.

Results: From the perspective of the interviewees, findings and recommendations for action on protection and prevention options could be analysed at an individual strategic and structural level

The Management Board should be committed to a zero-tolerance strategy and appropriate institutional prevention strategies. Especially personnel-responsible managers of the clinics/departments/institutes have the responsibility in the case of incidents of sexual harassment in the case of intervention. Managers serve as role models for a respectful and appreciative working atmosphere and should reflect the diversity of employees.

Both professions cite intervention and relief techniques for self-protection in Patient_innen and family settings. At nuisance events at the horizontal level, situational strategies from over-ignored to direct response of practitioners were applied.

Conclusion: The results presented show that due to the high prevalence of sexual harassment in the clinical environment, the need for protection and prevention measures is

essential at all levels of the company. In order to protect sexual harassment, combinations of individualised interventions and in-depth prevention options were mentioned in the organisational structures. A culturally specific company agreement that is customary to the company provides a necessary basis for proactive handling of institutional prevention events.

Abstract deutsch

Einführung: Die Universitätsmedizin in Deutschland ist aufgrund von komplexen Abläufen sowie der unterschiedlichen Machtbefugnisse der Statusgruppen und deren Berufssozialisation ein stark hierarchisch reglementiertes System. Aus der limitierten internationalen Datenlage lässt sich schlussfolgern, dass Hierarchie, Machtverhältnisse, Stressbelastung und Unternehmenskultur in der Medizin und Pflege eine erhebliche Rolle spielen. Sexuelle Belästigung im Kontext von Macht und (Geschlechter-) Ungleichverteilung ist hierarchischen Strukturen inhärent, welches durch die hohe Prävalenz in Kliniken internationalen/nationalen Studien belegt wird. Daher sind Schutz- und Präventionskonzepte für die Beschäftigten im Klinikambiente unerlässlich, bis dato wurde die Thematik international/national nur limitiert erforscht.

Methodik: In Rahmen der dargestellten WPP-Studie zur Erforschung von sexueller Belästigung im klinischen Ambiente wurden Daten zur a) Inzidenz b) Prävention c) Implementierung generiert, um dem multifraktionellen Phänomen umfassend zu begegnen.

Im qualitativen Studienteil wurden Schutz- und Präventionsstrategien anhand von semi-strukturierten Leitfadeninterviews mit 15 Ärztinnen und 15 Pflegekräften untersucht. Die qualitative Methode lieferte dabei Erkenntnisse sowie Handlungsempfehlungen aus dem klinischen Umfeld, die sich an der beruflichen Realität der Interviewten abbilden.

Die Auswertung des transkribierten Interviewmaterials erfolgte mit der strukturierten Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Das zentrale Vorgehen bildet dabei die Analyse anhand der deduktiven und induktiven Kategorienbildung.

Ergebnisse: Aus der Perspektive der Interviewten konnten Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zum Schutz und Präventionsoptionen auf individueller strategischer und struktureller Ebene analysiert werden. Beide Berufsgruppen nennen Interventions- und Entlastungstechniken zum Selbstschutz in Patient_innen- und Angehörigensettings. Auf Belästigungseignisse auf horizontaler Ebene werden situativ Strategien von Überhören bis direktes Ansprechen der Ausübenden angewandt.

Die Berufsgruppen benennen die Null-Toleranz-Strategie des Management-Boards mit entsprechenden institutionellen Präventionsstrategien zur Unterstützung der Strategie. Personalverantwortliche Führungskräfte der Kliniken/Abteilungen/Institute haben eine

Vorbildfunktion im Interventionsgeschehen sowie für eine respektvolle und wertschätzende Arbeitsatmosphäre und sollen der Diversität der Beschäftigten gerecht werden.

Schlussfolgerungen: Die dargestellten Ergebnisse zeigen auf, dass aufgrund der hohen Prävalenz von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld die Notwendigkeit von Schutz- und Präventionsmaßnahmen, auf allen Unternehmensebenen unerlässlich sind. Zum Schutz vor sexueller Belästigung wurden Kombinationen von individualisierten Interventionen sowie in die Organisationsstrukturen eingehende Präventionsoptionen genannt. Kulturspezifische, dem Unternehmen angepasste Maßnahmen stellen dabei eine notwendige Grundlage zum proaktiven Umgang im institutionellen Präventionsgeschehen dar.

1 Einführung

Sexuelle Belästigung stellt nicht nur ein gesellschaftlich drängendes Problem dar, sondern ist auch im beruflichen Umfeld virulent. Nicht erst seit der „#metoo“-Debatte wissen wir, „dass alle Beschäftigten und Branchen jeglichen Geschlechts und Alters unabhängig von der beruflichen Position“ [1-5] betroffen sein können. Obgleich sich die Verteilung aufgrund des Arbeitsfeldes und der Arten der erlebten Belästigungen unterscheiden mögen, ist die Betroffenheit bei einer hohen Zahl von Beschäftigten national wie international durch Studien belegt.[1, 4-9]

Als besondere Risikogruppe von sexueller Belästigung und Diskriminierung im Klinikambiente werden international wie national Ärztinnen, Medizin-Studierende und weibliche Pflegekräfte sowie Auszubildende der Gesundheitsberufe erfasst.[6, 9-16]

Die Geschlechterforschung ordnet die Phänomene sexueller Belästigung, Diskriminierung und geschlechtsbezogener Gewalt u.a. auch dem organisationalen Arbeitsumfeld zu, welches – mit (steilen) Hierarchien gepaart – gesellschaftliche Strukturen der Ungleichheit reproduziert.[17] Universitäten, das Feld der Wissenschaft und Forschung, Schulen und – mit Ausnahmen – Parteien sowie politische Organisationen unterliegen sozial-historisch gewachsenen heteronormativen Rangfolgen, die Frauen als hierarchisch unterlegen einstufen und entsprechend auch sexuelle Belästigung als „Mittel zum Platzverweis“ nutzen.[18] Organisationen mit besonders steilen Hierarchien – wie etwa Krankenhäuser, Verwaltungen oder Armeen – erweisen sich als Einrichtungen, deren Funktionsweise tradierte geschlechtsspezifische Macht-Abhängigkeitsverhältnisse aufrecht erhält und stereotype Rollenbilder strukturell zementiert und somit auch das Risiko von sexueller Belästigung und Diskriminierung fördert.[19]

Sexuelle Belästigung stellt neben den machtpolitischen und gesellschaftlichen Dimensionen auch ein gesundheitliches Problem dar, verbunden mit chronischem Disstress und psychosomatischen Beschwerdebildern, werden u. a. durch sexuelle Belästigungs- und Diskriminierungserfahrungen ausgelöst.[16, 20-22]

Louise F. Fitzgerald et al [23] belegten bereits 1997 die Auswirkungen des Phänomens auf das Individuum im Arbeitskontext und daraus folgend auf das organisationale Geschehen. Intrinsische Risikofaktoren, bspw. Reduktion von Leistung und Engagement,

mangelndes Teamgefühl und innere Kündigung, können zur Verschlechterung der Arbeitsatmosphäre führen oder zum Karriereknick und beeinflussen die Entscheidung für bestimmte Disziplinen bzw. für den Verbleib im klinischen Umfeld. [23-27]

Das in Deutschland seit 2006 geltende Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (§ 12 AGG) führt die Schutzpflicht gegenüber den Beschäftigten auf und empfiehlt den Unternehmen einen proaktiven Umgang mit dem Phänomen.[28] Die Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes empfiehlt klare Verhaltens-Kodizes für alle Beschäftigten und Organisationsebenen sollten angestrebt werden und Präventionsmaßnahmen sind als proaktive Instrumente in der Personal- und Organisationsentwicklung zu etablieren. [28-30]

Sexuelle Belästigung ist somit ein weitverbreitetes Phänomen mit weitreichenden gesundheitlichen und arbeitstechnischen Konsequenzen, welches rechtlich deutlich als eine Diskriminierungsform am Arbeitsplatz eingestuft ist, das AGG verbietet sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz.

1.1 Die WPP-Studie an der Charité

1.1.1 Hintergrund zur WPP-Studie

Wissenschaftliche, fundierte Analysen zum Phänomen verbunden mit praxisorientierten Handlungsanweisungen sind von besonderer Bedeutung. Durch Aufmerksamkeit (**Watch**), Schutzangebote (**Protect**) und vorbeugende Maßnahmen (**Prevent**) soll sexuelle Belästigung aufgedeckt, eingeschränkt bzw. gänzlich vermieden werden.

- a) Die Vorüberlegungen zur WPP-Studie: Die Universitätsmedizin in Deutschland ist aufgrund der komplexen Abläufe sowie der unterschiedlichen Machtbefugnisse der Statusgruppen und deren Berufssozialisation ein stark hierarchisch reglementiertes System. Sexuelle Belästigung im sozialen und historischen Kontext von Macht und Ungleichverteilung ist hierarchischen Strukturen sowie dem Universitätssystem inhärent und reproduziert Formen von Dominanz, Exklusivität und Ausschluss. [2, 18, 30]
- b) In keinem anderen Unternehmen sind Grenzüberschreitungen so wichtig wie im Krankenhaus. Grenzen zwischen medizinischem oder pflegerischem Fachpersonal und Patientinnen und Patienten müssen überschritten werden, um Behandlung

und Pflege überhaupt erst zu ermöglichen. Die alltägliche Balance auf der Grenze zu privatesten Bereichen, die notwendige Überschreitung von Schamgrenzen sowohl im physischen als auch im psychischen Bereich erfordert insbesondere vom Personal immer wieder absolute Sensibilität und Achtsamkeit. In diesem Arbeitsmilieu, in dem der persönliche Kontakt mitunter überlebenswichtig ist, ist die Gefahr der Grenzverletzung besonders hoch.

1.1.2 WPP Studiendesign

Die WPP-Studie (2014-2016) stellte den ersten Versuch in Deutschland dar, systematisch Erfahrungen mit sexueller Belästigung im Klinikambiente zu erfassen. Durch die kombinierte Erhebung von qualitativen Daten, einer breiten anonymen Befragung, quantitativen Daten und durch Vergleichsdaten aus betrieblichen Vereinbarungen wurde u. a. ein umfassendes Schutz- und Präventionskonzept (Work-Place-Policy) erstellt.

Die WPP-Studie gliedert sich in drei verschiedene Komponenten (Abb. 1):

- a) eine große quantitative Befragung mit dem Ziel der Definition der Inzidenz verschiedener Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz „Krankenhaus“ (Fokus Inzidenz),
- b) qualitative Interviews mit dem Ziel der Erarbeitung von spezifischen Präventionsmaßnahmen für die einzelnen Fachrichtungen (Fokus Prävention) und
- c) die Auswertung von Dienstvereinbarungen aus Industrie und öffentlichem Dienst zur Erstellung einer Dienstvereinbarung bzw. Richtlinie zur Prävention sexueller Belästigung an der Charité (Fokus Implementierung).

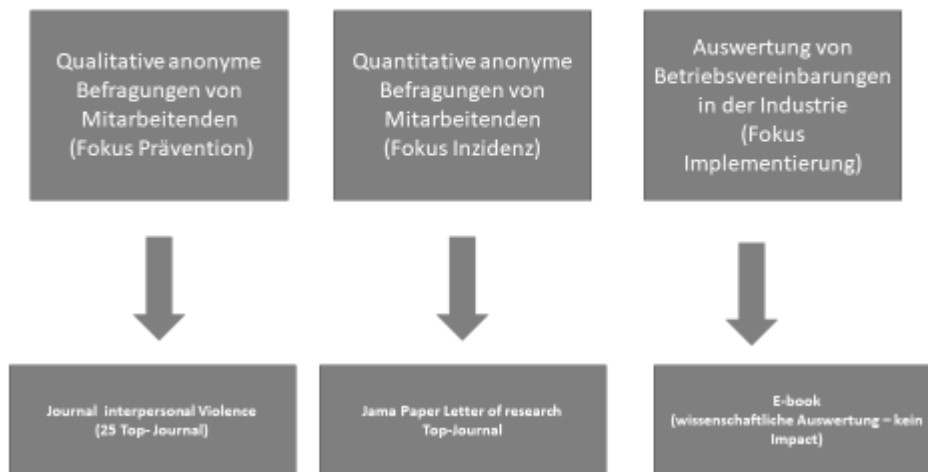


Abb. 1: WPP-Studiendesign Prof:in S. Oertelt- Prigione

Dieser Aufbau des Projektes entspringt der Überzeugung der Studienleiterin, dass nur ein systemischer Ansatz eine fokussierte Aufarbeitung und Bekämpfung des Phänomens möglich macht. Sexuelle Belästigung sollte nicht nur beziffert werden, sondern es sollten gleichzeitig vorbeugende Maßnahmen entwickelt werden. Das Projekt ermöglicht somit die parallele Erfassung von robusten Inzidenzdaten und die Fokussierung auf präventive Interventionen sowie die Erarbeitung eines institutionellen Schutzinstrumentes in der Form einer offiziellen Richtlinie.

1.2 Zielsetzung der WPP-Teilstudie und Fragestellung für diese Arbeit

Die qualitative Teilstudie zielte auf die Erhebung von bereits vorhanden individuellen und organisatorischen Schutz- und Präventionsmaßnahmen ab und aufgrund der Expertise der Interviewten wurden Handlungsempfehlungen und Präventionsmaßnahmen erhoben, die von Mitarbeitenden als wirkungsvoll erachtet werden.

Die Forschungsfragen waren hierbei:

- Welche individuellen und strukturellen und team-fachbereichsorientierten Mechanismen und Interventionen können Beschäftigte vor sexueller Belästigung schützen? a) Mit dem Fokus auf die Relevanz von personellen, team- fachbereichsori-

entierten und strukturellen Schutzmaßnahmen im Arbeitsumfeld. b) Und dem Fokus auf Erfahrungen zu Schutzmaßnahmen und bereits vorhandenen persönlichen, situativen, team-fachbereichsorientierten, institutionellen Schutzmechanismen?

- Welche Präventionsmaßnahmen wünschen Sie sich im Arbeitsumfeld?
- Welche strukturellen und strategischen Präventionsmaßnahmen sind für eine belästigungs- bzw. diskriminierungsarme Klinik relevant?

2 Methodik

2.1 Wahl der Forschungsmethode

Durch den Forschungsgegenstand und die Forschungsfragen konnten die in den WPP-Teil-Studien angewandten Forschungsmethoden zielgerichtet eingesetzt werden.

Mit der qualitativen Forschungsmethode wurden Schutz- und Präventionsoptionen von sexueller Belästigung aus der Perspektive von klinisch tätigen Ärztinnen und Pflegenden erhoben. Die interviewten Berufsgruppen wurden dabei zu einem konkreten Phänomen im Klinikalltag und den individuellen, strukturellen Schutzmaßnahmen und gewünschten, proaktiven strategischen Maßnahmen befragt. Schutz- und Präventionsmaßnahmen von sexueller Belästigung im Klinikambiente wurden bis dato international/national nur limitiert erforscht.

Die Wahl der qualitativen Forschungsmethode für diesen WPP-Studenteil zeichnete sich durch wesentliche Kriterien der Methodik ab: a) „Nähe zum Gegenstand“ [31, 32] b) Arbeitswelten „(...) Sicht der handelnden Personen zu beschreiben“. [31, 32]

Das qualitative Verfahren eignet sich, größeres Textmaterial und die Inhalte systematisch einzugrenzen und strukturiert auszuwerten. Die strukturierende Inhaltsanalyse beschreibt Philipp Mayring „systematisch und regelbasiert“ [32-34] Inhaltskategorien bzw. das Kategoriensystem stellen dabei das zentrale Definitionsmerkmal dar. Dieses kann nach Philipp Mayring sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet werden. [32-35] Die Kombination des deduktiv-induktiven Ansatzes wird von Margarete Schreier beschrieben: „Die Hauptkategorien sind theoriegeleitet und die Unterkategorien werden aus dem Material entwickelt“. [34]

Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Forschung Objektivität, Validität und Reliabilität können bei der qualitativen Forschung nur bedingt angewandt werden. Ines Steinke schlägt daher der qualitativen Forschungsmethodik angepasste Gütekriterien vor: „Transparenz- intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ und „Reliabilität“. [33, 36]

2.2 Akquise und Selektion der Studien-Teilnehmenden

2.2.1 Akquise WPP-Gesamt-Studie

Vor der Durchführung wurden positive Voten der drei Personalräte der Charité eingeholt und ein Ethikvotum der verantwortlichen Ethikkommission. Zur Bekanntmachung der gesamten WPP-Studie wurde eine Promotionsstrategie entwickelt. Alle möglichen organisationsinternen Kanäle wurden hierfür gebraucht. Neben der Entwicklung von Werbematerial (Poster, Flyer) wurde die Studie persönlich in allen Charité-Zentren vorgestellt. Die ärztlichen und pflegerischen Zentrumsleitungen wurden aufgefordert, ihre Beschäftigten zur Teilnahme zu animieren. Der Vorstand wurde einbezogen und eine entsprechende Aufforderung im Intranet geschaltet, um die Offenheit für die interne Erforschung des sensiblen Themas zu garantieren. Die internen Mailinglisten der Beschäftigten wurden für Einladungen und Reminder genutzt.

Zum Start der Studie wurden eine Intranetmeldung geschaltet und ein Artikel im offiziellen Charité-Newsletter publiziert. Die gesamte Kampagne hat ca. 6-8 Monate der gesamten Studienzeit in Anspruch genommen.

2.2.2 Akquise und Selektion der Studien- Teilnehmenden

Für den qualitativen Teil wurde im Vorfeld ein „Theoretical Sampling“ [37] bzw. gezieltes Sampling festgelegt. Damit ist eine gezielte Auswahl der Zielgruppe gemeint, welche auf theoretischen Vorüberlegungen basiert. [36, 37] Die Vorüberlegungen zur Auswahl der Zielgruppen der qualitativen Studie war, dass die Interviews geschlechterparitätisch mit Mediziner_innen und Pflegenden aus vier unterschiedlichen Fachdisziplinen erfolgen sollten (internistisch, chirurgisch, Forschung und Psychiatrie), um, wie vermutet, unterschiedliche kulturspezifische, geschlechtsspezifische Aussagen in den Fachbereichen über den Schutz und die Prävention von sexueller Belästigung zu erhalten.

Die Akquise der Berufsgruppen gestaltete sich als schleppend und schwierig und die definierte Sampling/Zielgruppe konnte, trotz der beschriebenen Informationskampagne und intensiver Vorgespräche, nicht eingehalten werden. Aufgrund der begrenzten Beteiligung bzw. erschwerten Akquise wurden über bekannte Leitungs-/Führungspersonen, Personalvertretungen sowie erfahrene Interview-Teilnehmende im Schneeballverfahren weitere Interviewteilnehmende rekrutiert. Die potentiellen Ärztinnen und Pflegende wurden per Mail für die Interviews angefragt.

Die geplante Geschlechterparität aus vier Fachbereichen konnte aufgrund der freiwilligen Basis der Interviews und mangelnder Bereitschaft der männlichen Ärzte nicht durchgeführt werden. Abweichend von der initialen Planung wurden stattdessen interessierte Ärztinnen und Pflegekräfte für das Interview gewonnen. Aufgrund der begrenzten Beteiligung wurden mithilfe des Schneeball-Verfahrens weitere interessierte Personen kontaktiert und akquiriert.

Tab. 1: Demografische Daten Stichprobe qualitative Befragung

	Ärztinnen	Pflegekräfte
Geschlecht		
weiblich	15	15
Altersgruppen		
20-29	2	3
30-39	5	3
40-49	4	5
50-59	2	4
>60	2	0
Fachrichtungen		
Chirurgie	5	2
ZNA (Notfallmedizin)	0	4
Innere	4	7
Psychiatrie	2	1
WiMi (Klinisch tätige Ärztinnen-kleinenspezialisierten Disziplinen)	4	0
Beschäftigungsdauer		
< 5 Jahre	4	1
5-10 Jahre	3	2
>10 Jahre	8	12

Um die Anonymität der Interviewten zu wahren, werden keine Angaben zu den Statusgruppen aufgeführt. In Bezug auf die Altersstruktur weisen die Ärzt_innen eine ausgeglichene Altersspanne auf, während sich die Pflegekräfte im oberen Alterssegment befinden. Auffallend ist bei den Berufsgruppen auch die lange Charité-Zugehörigkeit von 53%

der Ärztinnen und 80 % der Pflegekräfte. Hieraus folgern wir, dass die Interviewten eine hohe kulturspezifische Kompetenz und strukturelle Expertise aufweisen.

2.2.3 Interview-Setting

Der Interviewtermin wurde telefonisch vereinbart oder per Mail abgesprochen. Die Interviews wurden am Arbeitsplatz der Interviewees durchgeführt. Zu Beginn des Interviews wurde den Interviewees absolute Anonymität zugesagt.

Die Dauer der Interviews wurde auf ca. 30 Minuten angelegt, was sich teilweise als zu knapp erwies, da nach der ersten Distanz und der individuellen Einordnung des Themas die Interviewten reichlich Erfahrungen mitzuteilen hatten.

Die Interviews wurden von Juni-November 2015 zum Schutz und zur Prävention von sexueller Belästigung durchgeführt. Die Angaben der 15 Ärztinnen und 15 Pflegekräfte [38] zu individuellen Schutzmaßnahmen und bereits strukturell etablierten Maßnahmen und Best-Practice-Beispielen zur Prävention wurden auf Organisations- und struktureller Ebene erfasst.

Die gesamten Interviews wurden von der Promovendin durchgeführt, um einen inhaltlichen Bias bei der Interviewführung zu vermeiden. Die Promovendin ist erfahren im Umgang mit traumatisierenden Situationen und ist zum Unterstützungs-Hilfesystem informiert.

2.2.4 Transkription

Die digital aufgenommenen Daten wurden wörtlich von der Promovendin transkribiert, die Sprache wurde ans Schriftdeutsch angepasst, Lautäußerungen (äh, oh, lachen etc.) wurden nicht übernommen und ebenso wurden Pausen nicht gekennzeichnet. [33]

Bei der Transkription erfolgte die Pseudonymisierung, die Fragen der Interviewerin wurden mit „I“ gekennzeichnet und die Interviews wurden nummeriert und entsprechend der Berufsgruppe und der Anzahl der Interviews mit „Ä 1-15“ oder „P 1-15“ gekennzeichnet.

2.3 Datenerhebung

2.3.1 Interviewleitfaden

Die Erhebungsmethode für die qualitative Studie basierte auf offenen, semistrukturierten Leitfadeninterviews. [32-35, 39] Das bedeutet, dass sich die Befragten in einem ungezwungenen Face-to-Face-Kontext mit dem zu untersuchenden Sachverhalt auseinandersetzen. [31, 32, 35, 39]

Der Begriff *halb standardisiert* ist auf die Freiheitsgrade des Interviewers bezogen, denn ein *Interviewleitfaden* ist für die zentralen Fragen im Vorfeld vorhanden. Die Fragenformulierung und ihre Reihenfolge können verändert werden. Das Verfahren erlaubt es, dass die in Breite und Tiefe der in den Antworten erhaltenen Information zur Thematik entsprechend sensibel begleitet werden können. „[...] auch können nachfragen oder zusätzliche, spontane Fragestellungen eingebracht werden, sogenannte „Ad-hoc-Fragen“.[39, 40]

Der Leitfaden wurde auf zwei Fragenschwerpunkte ausgerichtet. In diesem für diese Studie relevanten Teil des Interviewleitfadens wurde der Fokus auf die Relevanz der persönlichen und strukturellen Erfahrungen zu Schutzmaßnahmen, d. h. bereits vorhandenen persönlichen, situativen und institutionellen Schutzmechanismen sowie gewünschten Präventionsmaßnahmen zu sexueller Belästigung der Berufsgruppen am klinischen Arbeitsplatz erhoben.

2.3.2 Datenanalyse

Die Analyse und Interpretation zur Kategorienbildung sowie das Erstellen des Kodierleitfadens, wurden von der Promovendin durchgeführt und in der Forschungswerkstatt mit weiteren Promovendinnen im diskursiven Prozess regelmäßig auf das Gütekriterium der Intercoder- Übereinstimmung überprüft und modifiziert. Die Analyse- und Kategorienbildung wurden regelmäßig der Studienleiterin vorgestellt und diskutiert und sie gab kontinuierliches konstruktives Feedback zur Datenerhebung, Datenanalyse.

Das Gütekriterium der „Transparenz- intersubjektive Nachvollziehbarkeit“, [32, 35, 36] d. h. der Forschungsprozess (Kategoriensystem) ist Schritt für Schritt nachvollziehbar. [34, 35] Die Interviews wurden in Unterkategorien eingeteilt, nach einem zuvor festgelegten Analyseablauf nach Philipp Mayring erfolgt. [32] Das Vorgehen wird als „übersichtlich, für andere (Dritte) nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar“ beschrieben. [32-36]

Deduktive Kategorienbildung – Hauptkategorien

Die Vorabanalyse der Theorie und die Zielsetzung des Studienteils waren maßgeblich für die Erstellung der Interviewfragen. Die Hauptkategorien wurden auf Basis von theoretischer Vorabablenalyse reflexion aus den Interviewfragen selbst gebildet.[32, 34]

Induktive Kategorienentwicklung – Unterkategorien

Die induktive Kategorienbildung wird aus dem Interviewmaterial selbst generiert und bildet in der Analyse die Unterkategorien.[32, 34]

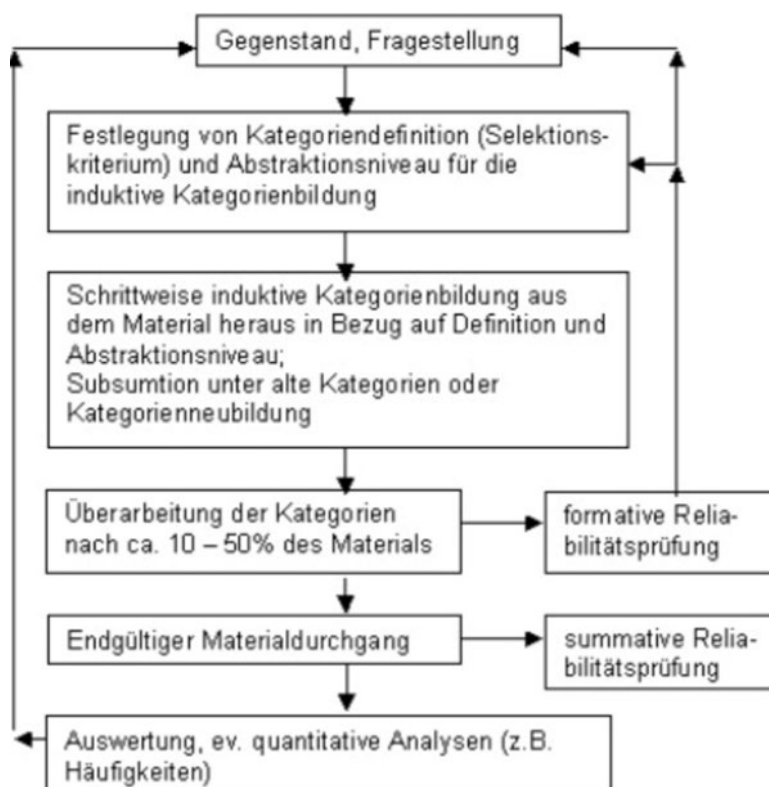


Abb. 2: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung[41]

Schritt 1 – Paraphrasierung - Generalisierung - Reduktion der extrahierten Inhalte (Appendix 1)[32]

Das gesamte Interviewmaterial wurde geprüft und den Hauptkategorien zugeordnet. Die Analyse der Unterkategorien wurde in diesem Schritt für die Berufsgruppen separat durchgeführt, um keine Aussagen zu den Unterkategorien zu verlieren. Schritt 1 und Schritt 2 der Kategorienbildung wurden in der Forschungswerkstatt auf Transparenz oder intersubjektive Nachvollziehbarkeit diskutiert und abgestimmt.

- Die Interview-Textstellen wurden geprüft markiert und den Hauptkategorien zugeordnet. Das zugeordnete Interviewmaterial konnte regelgeleitet durch den Analyseprozess (Schritt 1 u. Schritt 2) strukturiert werden.
- Paraphrasierung - Generalisierung - Reduktion 2

Tab. 2: Auszug aus der Kategorienbildung Schritt 1. (Vollständige Darstellung S. 24-32)

Interview/Line	Kategorien	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion 2
Hauptkategorie-Strukturelle Schutzmaßnahmen (Analyse Ärztinnen)				
(Ä1, Abs. 55,59, 73); (Ä3, Abs. 54); (Ä4, Abs. 65); (Ä6, Abs. 45, 46); (Ä8, Abs.42); (Ä10, Abs. 89); (Ä12, Abs. 68)	HC 1. Bestehende strukturelle Schutzmaßnahmen	Anti-Gewalt-FB und Gender-Bias-FB, Sensibilisierungs-FB Bieten Schutz und Sicherheit im Umgang mit SB. Techniken der Deeskalation bieten Schutz und Sicherheit im Patienten-Setting	Sensibilisieren zu Gender-Bias u. Gender Awareness, schützen /minimieren vor SB Deeskalations-Gewalt-schutzprogramm schützt in Patienten-Settings	SC_D 1.1. Institutioneller Schutz durch Gender Awareness Trainings u. Antigewalt Programm
Hauptkategorie: Strukturelle Schutzmaßnahmen (Analyse Pflegende)				
(PK 4, Abs. 86); (PK5, Abs. 69); (PK8, Abs.26)	HC 1. Bestehende strukturelle Schutzmaßnahmen	Bestehende FB-Angebote (De-Eskalation, Anti-violence program)	Trainings zu sexueller Belästigung und Grenzüberschreitungen und Anti-Gewalt- Programme, bieten Schutz und Sicherheit	SC_N 1.2. Institutionalisierte FB- Angebote zum Schutz von SB und Anti-Gewalt-programme

Schritt 2 – Zusammenfassung der Kategorien (Appendix 2)[32]

Die Unterkategorien der Berufsgruppen aus Reduktion 2 wurden in diesem Schritt wie folgt bearbeitet:

- Die Unterkategorien werden verglichen und weiter reduziert, um Doppelungen innerhalb der Unterkategorien zu vermeiden.
- Überprüfung, Überarbeitung und weitere Reduzierung (2-3) sowie Zusammenfassung des Unterkategoriensystems, (berufsübergreifenden Subkategorien)
- Reduktion 3: Die endgültigen Subkategorien werden hier abgebildet

Tab. 3: Auszug Zusammenfassung der Kategorien (vollständige Darstellung S. 33-36)

Categories	Result of reduction 2_ Nurses	Result of reduction 2_ Doctors	Generalization	Subcategories Reduction 3
Hauptkategorie. Schutzmaßnahmen zu sexuelle Belästigung				
	SC_N 1.2. Institutionalisierte FB-Angebote zum Schutz vor SB und Anti-Gewalt-Programme	SC_D 1.1. Institutionalisierter Schutz durch Gender-Awareness Trainings u. Anti-Gewalt-Programme	Institutionalisierter Schutz durch Awareness Trainings u. Antigewalt-Programm	SC Strukturelle Schutzmaßnahmen

Schritt 3: Kodierungsleitfaden

Das Gütekriterium der Interkodierer-Reliabilität[32, 36] wurde durch die Gegenkodierung einer zweiten Promovendin sichergestellt. Die genaue Formulierung der Definitionen aller (Sub-) Kategorien mit typischen Textstellen („Ankerbeispiele“) und Kodierregeln ergibt den Kodierleitfaden, der die Strukturierungsarbeit (Kodierung) präzisiert.[32] Unklare Formulierungen zu Definitionen, Regeln und Ankerbeispielen wurden im diskursive Prozess erläutert, korrigiert und auszugsweise geprüft.

Am Ende entstand der finale Kodierungsleitfaden(vollständige Darstellung S.37-40), es wurde 30 % des Interviewmaterials erneut von der zweiten Promovendin gegencodiert, (Sub-) Kategorien wurden teilweise doppelt vergeben.

o Kodierung des gesamten Materials mit dem überarbeiteten Kategoriensystem mit MAXQDA soft VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland[42]

☐ Schutzmaßnahmen zu sexueller Belästigung	0
☐ Strukturelle_Schutzmaßnahmen	27
☐ Schutz_Vorgesetzte	26
☐ Schutz_Team	56
☐ Selbstschutz- Strategien_Patienten	47
☐ Selbstschutz_Strategien_Vorgesetzte/Kollegen	74
☐ Prävention von sexueller Belästigung	0
☐ Prävention- Unternehmensleitung	49
☐ Prävention_strukturelle Ebene	98
☐ PE-Fortbildung	32
☐ Strategien zur Geschlechtergerechtigkeit	27
☐ Prävention Oranisationsentwicklung	13
☐ OE_Führungsebene	81
☐ OE_Prozessoptimierung	8
☐ Andere Diskriminierungsformen	13
☐ Sicherheitssysteme_ Infrastruktur	25

Abb. 3: Kodierleitfaden MAXQDA

3 Ergebnisse aus der Publikation

Die Ergebnisse zu diesem Studienteil wurden unter dem Titel „Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study“ im Journal of Interpersonal Violence veröffentlicht.[39]

Es besteht bei den aufgeführten Präventionsmaßnahmen zwischen den Berufsgruppen zum Teil eine unterschiedliche Gewichtung bei der Beantwortung der Interviewfragen, welche auf das Berufsbild, den Berufsstatus und die damit zusammenhängenden Macht- und Abhängigkeitsbeziehungen zurückzuführen ist.

Um den Lesefluss zu erleichtern, wird in den folgenden Kapiteln (3.1.bis 3.2.) bewusst auf Zitate der interviewten Personen verzichtet. Lediglich in Kapitel 3.3. „Triangulation der Ergebnisse“ werden Zitate zielführend eingesetzt. Die Auszüge aus den Ergebnissen des vorliegenden WPP- Studienteils entsprechen den Angaben des quantitativen Studienteils.

3.1 Schutzmaßnahmen der interviewten Berufsgruppen bei sexueller Belästigung

Die benannten Schutzoptionen werden bezogen auf die Rolle der unterschiedlichen Ausübenden-Gruppen dargestellt. Es bestehen bei den aufgeführten Schutzmaßnahmen zwischen den Berufsgruppen teilweise eine unterschiedliche Gewichtung bei der Beantwortung der Interviewfragen, was auf das Berufsbild und den damit einhergehenden Berufsstatus zurückzuführen ist.

Wie wir bereits im quantitativen WPP-Studienteil zeigen konnten, sind die Ärztinnen einem erhöhten Risiko von sexueller Belästigung durch Kollegen und Vorgesetzte ausgesetzt [43], während für Pflegekräfte im Vergleich ein höheres Risiko dafür besteht, von Patient_innen und deren Angehörigen belästigt zu werden (vgl. Tab.6:). Die Ergebnisse der quantitativen WPP- Teilstudie zur Rolle der Ausübenden entspricht den Angaben der Interviewten der qualitativen WPP-Teilstudie.

Tab. 4: Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Berufsgruppen und Rolle der Ausübenden, unveröffentlichter Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP Studie, 2017

Rolle	Ärzte_innen	Pflege	p
Patient_innen	158 (30 %)	101 (58.7 %)	< 0.0001
Kolleg_innen	391 (74.3 %)	101 (58.7 %)	< 0.0001
Angehörige von Patient_innen	52 (9.9 %)	39 (22.7 %)	< 0.0001
Vorgesetzte	160 (30.4 %)	22 (12.8 %)	< 0.0001
Sonstige	33 (6.3 %)	12 (7 %)	n.s.

3.1.1 Selbstschutz der interviewten Berufsgruppen bei sexueller Belästigung auf horizontaler und vertikaler Ebene

Individuelle Strategien und Methoden zum Selbstschutz bei sexueller Belästigung durch Kolleg_innen und/oder Vorgesetzte wurden von den Interviewten benannt.

Die Ärztinnen schildern, dass verbale sexuelle Belästigung von Kollegen ausgehend, meist unvorhersehbar, überraschend und plötzlich im professionellen Kontext erfolgen.

Individuelle Strategie gegenüber Kollegen benennen die Ärztinnen situationsbedingt: „Direktes Ansprechen (Ä6, Abs.21); „Grenzen mit Mimik und Gestik setzen“ (Ä12, Abs. 29)“ bis „Überhören“ (Ä11, Abs. 56) oder/und „Klärung zum späteren Zeitpunkt“ (Ä1, Abs. 25).

Bei verbaler Belästigung durch Vorgesetzte wird die hierarchische Abhängigkeit thematisiert, so dass eine Klärung der Situation schwierig sei und auch mit unabsehbaren beruflichen Konsequenzen für die Karriere verbunden sein könne (Ä9, Abs. 70-72).

Als eine mögliche Schutzoption bei sexueller Belästigung durch Vorgesetzte wird das Beratungsangebot der Frauen-und Gleichstellungsbeauftragten von Ärztinnen genannt. (Ä8, Abs.42)

Die Strategien der Pflegenden bei verbalen Grenzverletzungen im interprofessionellen Kontext erfolgen meist intuitiv von „Überhören, spontanes Kontern“ bis „die Situation unkommentiert verlassen“ (P2, Abs. 32). Bündnisse mit vertrauensvollen Kolleg_innen (P3, Abs. 70,71) / Vorgesetzten (P12, Abs. 70) werden hier mehrheitlich zum Selbstschutz angegeben. Den Führungskräften vor Ort wird großes Vertrauen entgegengebracht, zur Klärung im interprofessionellen Setting stellvertretend zu agieren.

Die Pflegekräfte ordnen sexistische verbale Äußerungen von Kollegen (horizontale Ebene) nicht als störend ein, da es sich häufig um einen gegenseitigen Schlagabtausch handelt oder sie sich entsprechend zur Wehr setzen können. Die Dominanz der Frauen im Pflegeberuf wird auf horizontaler Ebene als entscheidend analysiert (P3, Abs.24).

3.1.2 Selbstschutz bei sexueller Belästigung durch Patient*innen und Angehörigen

Internationale Studien und die WPP-Studie bestätigen die hohe Betroffenheit der Pflegenden von sexueller Belästigung im Patientensetting. Ärztinnen geben aufgrund der Anerkennung und des hohen Status der Ärzteschaft in der Gesellschaft wenig verbale Übergriffe von Patient_innen/Angehörigen an, die sie dann auch recht schnell aufgrund ihrer beruflichen Autorität und Macht entsprechend begrenzen können. (Ä6, Abs. 32)

Beide Berufsgruppen benennen zum Selbstschutz bei sexueller Belästigung, häufig verbunden mit aggressionsgeladenen Situationen im Patientensetting oder mit Angehörigen, professionell erlernte Techniken aus der Deeskalationstheorie (Ä1, Abs. 55,59; P4, Abs. 21-29). Beide Berufsgruppen verweisen dabei auf Kommunikations- und Verhaltensstrategien, wie klare Grenzen setzen, klare Signale dem Gegenüber senden.

Die Technik der „Inneren Distanzhaltung“ oder „Stellvertreter_innen-Position“ ermöglicht in eskalierenden Situationen einen emotionalen Abstand zum Geschehen. Es wird in Bezug auf die Aggressionen/Sexismen eine Stellvertreterinnenposition für das Krankheitsgeschehen oder die Institution eingenommen. (P4, Abs. 21; Ä1, Abs. 60)

Pflegende benennen, dass Rollenklärung oder ihr Gefühl bei sexueller Belästigung gegenüber Patienten auszudrücken, dies situativ eine weitere wichtige deeskalierende Methode darstellen kann. (P4, Abs. 25, 27)

Bei Patient_innen kann es zu sexistischen Verhaltensweisen und bedrohlichen Ausnahmesituationen aufgrund von Krankheitssymptomen kommen, bspw. Demenz, Durchgangssyndrom etc. (P11, Abs. 16-17; Ä1, Abs. 39).

Beide Berufsgruppen benennen, dass bedrohliche Situationen durch die kollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit (Ä1, Abs. 20; P10, Abs. 67), meist auch durch die Unterstützung von männlichen Kollegen, entschärft werden können. Krankheitsbedingte übergriffige verbale Situationen werden nicht als sexuelle Belästigung bewertet. (Ä1, Abs. 15; P11, Abs. 16,17)

3.1.3 Schutzmaßnahmen im Team/Fachbereich

Die Ärztinnen führen an, dass in Teams/Fachbereich mehrheitlich keine bekannten bzw. etablierten Schutzmaßnahmen zur Verfügung stehen. Die Thematik sei meist tabuisiert, was ein Ansprechen schwierig macht und Beratungsstellen seien nicht bekannt. (Ä2, Abs.37)

Ärztinnen mit langem Erfahrungshintergrund und in entsprechender Position sehen sich als „inoffizielle Ansprechpartnerinnen“ für sensible Themen, u. a. auch bei sexueller Belästigung im Fachbereich. (Ä12, Abs. 78; Ä15, Abs. 83).

Diese Ärztinnen stellen eine wichtige Ressource und ein Rollenmodell für jüngere Kolleginnen dar und sollten mit ihrem Engagement als Best-Practice-Vorgehen öffentlich ausgewiesen werden.

Aufgrund ihres Aufgabenspektrums sind Pflegekräfte häufiger von Belästigungsformen im Pflegesetting oder von Angehörigen betroffen. Die teambezogenen Maßnahmen zum Schutz beinhalten u. a. Zimmertausch mit (männlichen) Kollegen, geschlechtergetrennte Pflege, Hinzuziehen einer zweiten Person oder der Ärzteschaft. (P10, Abs. 67)

3.2 Präventionsmaßnahmen

Die Angaben der Interviewten Berufsgruppen zu Präventionsoptionen sind im qualitativen Fragenteil vergleichbar mit den Angaben zu möglichen präventiven Schutzmaßnahmen vor sexueller Belästigung des quantitativen WPP-Datensatzes.

Tab. 5: Tabelle Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Mögliche präventive Schutzmaßnahmen vor sexueller Belästigung, unveröffentlichter Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP Studie, 2017

Schutzmaßnahme	Insgesamt	Frauen	Männer	p
Leitfäden	257 (25.7 %)	165 (25 %)	92 (27.1 %)	n.s.
Unternehmensleitbild	284 (28.4 %)	180 (27.2 %)	104 (30.7 %)	n.s.
Klare Ablehnung von Leitung	584 (58.4 %)	406 (61.4 %)	178 (52.5 %)	0.007
Sanktionen bei Vorfällen	539 (53.9 %)	378 (57.2 %)	161 (47.5 %)	0.004
Veranstaltungen zur Sensibilisierung	432 (43.2 %)	309 (46.8 %)	123 (36.3 %)	0.002

3.2.1 Präventionsmaßnahmen auf struktureller Ebene (Führungs-/ Leitungsebene)

Den Führungs-/Leitungskräften wird eine vielschichtige Funktion für eine diskriminierungsarme Kultur in den Bereichen zugewiesen. Beide Berufsgruppen betonen eine sichtbare bzw. erkennbare „Null-Toleranz-Haltung“ (42, 44) gegenüber sexueller Belästigung und Diskriminierung als einen wichtigen Führungs-Leitungsauftrag, um das Null-Toleranz-Statement der Vorstandsebene vor Ort sichtbar umzusetzen und mit Haltung zu füllen. (Ä1, Abs. 74-76; P10, Abs. 73)

Neben den benannten formellen Angeboten zur Information und Fortbildung sollten den Führungskräften regelmäßige Kommunikationsmöglichkeiten zu dem Thema etablieren, z. B. jährlich im Rahmen anstehender Dienstbesprechungen, Journal Clubs, auch grenzverletzende Situationen im interprofessionellen Kliniktag, können eine progressive Enttabuisierung der Thematik fördern und besonders die Hürde für Beratungsangebote nehmen und somit der Eskalation von einzelnen Fällen vorbeugen. (Ä3, Abs. 74-78; P4, Abs. 99)

Wie wir im quantitativen WPP-Studienteil zeigen konnten, sind flache Hierarchien und ein auf demokratisch-partizipierenden Komponenten ausgerichteter Leitungsstil für Ärztinnen ein weiteres Präventionsinstrument das sexueller Belästigung minimieren kann. (Ä10, Abs. 97-98; P9, Abs. 104) [6]

Tab. 6: Prävention auf struktureller Ebene - Auszug

	Interventionsinstrumente	Vorstand	Führungspersonal	Beschäftigte
9x x	Führungskräfte	Vorgaben Anti-diskriminierung in Zielvereinbarungen	Vorbildfunktion Klare Positionierung Haltung + F-stil gegen Diskriminierung	Solidarität Zivilcourage und Kultur des Hinschauens
10x	Enttabuisierung und Kommunikation Antidiskriminierung/SB Öffentlichkeitsarbeit Durch Führungs-ebene		Progressive Enttabuisierung durch Kommunikation/ Information	Sind informiert
8x	Führungsstil Ressourcenorientiert Flache Hierarchien/ Respekt	Antidiskriminierung Als U-Strategie Diskriminierung arme -OE/PE -Zielvereinbarungen	Flache Hierarchien Respekt + Ressourcen ausgerichtet	Loyalität Produktivität u. Sinnhaftigkeit
			Awareness Diskriminierungsarme FK	Awareness / Kompetenz UK und Fair Play

Modifiziert aus: Jenner et al., *Journal Interpersonal Violence*, 2020

3.2.2 Prävention auf strategischer Ebene

Ein Auszug an Maßnahmen aus der Analyse, die auf der strategischen Ebene des Vorstands angesiedelt sind und die gewünschte Unternehmenskultur nachhaltig vorgeben.

Die Interviewten beider Berufsgruppen benennen eine diskriminierungsarme Unternehmenskultur, die mit verschiedenen strukturellen Maßnahmen unterstützt wird, als ein nachhaltiges Präventionsinstrument.

Beide Berufsgruppen betonen ein öffentliches „Null-Toleranz-Statement“ (42, 44) gegenüber sexueller Belästigung und Diskriminierung als wichtiges Präventionsinstrument der Vorstandsebene. (Ä6, Abs. 63; P10, Abs. 73)

Das proaktive Instrument der betrieblichen Vereinbarung als eine institutionelle Schutzmaßnahme und als ein wichtiges unterstützendes Präventionsinstrument, um Diskriminierung zu minimieren und die gewünschte Kultur zu formulieren, unterstützt und impliziert das Null-Toleranz-Statement. (vgl. 25-27, 41). (Ä14, Abs. 48; P10, Abs.73)

Die Darstellung des Ablaufs vom Gespräch bis zu arbeitsrechtlichen Sanktionen stellt für alle Interviewten ein wichtiges, transparentes Instrument im Verfahren dar. (Ä1, Abs. 74-76; P13, Abs. 74).

Beratungsstellen und deren Angebote s müssen angeboten werden und sollten öffentlich sichtbar sein. Um die Beratungsangebote für Betroffene attraktiv zu machen, sind die Angebote niedrigschwellig zu gestalten. Es wird ein anonymes, zentrales Meldesystem (vgl. CIRS), eine informelle Hotline und das Whistleblower-Programm zu Diskriminierungs- und Tabuthemen genannt. (Ä4, Abs. 73; P8, Abs. 33-34)

Die interviewten Ärztinnen fordern als Unternehmensstrategie des Vorstands Geschlechtergerechtigkeit und Diversität in allen Führungspositionen, Karriereoptionen in Teilzeit sowie Vereinbarkeit von Beruf/Karriere und Familie als strategische Ausrichtung. (Ä3, Abs. 26-27, 75-76; Ä6, Abs. 63)

Neben den benannten formellen Angeboten zur Information und Fortbildung unterschiedlicher Formate (P3, Abs. 74; P4, Abs. 96) sollte besonders den Führungskräften die Notwendigkeit einer klaren Positionierung bekannt sein. Sie haben eine wichtige Vorbildfunktion, die sich auf die Teamkultur (Institut-Fachbericht) überträgt. (27, 37) (Ä1, Abs. 73; Ä8, Abs. 62)

Tab. 7: Prävention auf strategischer Ebene - Auszug

N-30	Interventions-Instrumente	Vorstand	Führungspersonal	Beschäftigte
14x	Öffentliches State-ment+Betriebliche Vereinbarung + Beschwerdeablauf	Enttabuisierung Proaktives institutionelles Instrument - Alle Unternehmensebenen werden informiert.	AGG – Vorgaben Rechte/Pflichten Richtlinie Charité umsetzen	Treten gegen SB/Diskriminierung ein; sind zu Rechten/Pflichten +AGG informiert;
13x	Beratungsstellen/Anlaufstellen Anonyme Beschwerdestellen	Angebot Beauftragte u. niederschwellige Beratungsangebote etablieren	Informieren + kennen Angebote	Unterstützung durch Angebote Kennen Rechte/ Beratungsstellen Zivilcourage gegen jegliche Form von SB/Diskriminierung vorzugehen
13x	FB zur UK	FB- Angebote zur Gewünschten Unternehmenskultur	Awareness Gender + Vielfalt -Kompetenz als karrierekriterium	Fair- Play im Team/Fachbereich
8x	Gender-Diversity-gerechte Unternehmensstrategie	Paritätische Besetzung Managementpositionen/Professuren verringern potenzielles Risiko von SB (Sex, Alter, Ethnie) TopSharing-TZ-Führungspositionen; Familienfreundlichkeit	Parität Sex/Ethnie/Alter in Dienste/Programme Vereinbarkeit u. Work-Live-Balance - umsetzen	Dimensionen von Geschlecht/ Vielfalt wird in Professionen- Leitungsebene berücksichtigt

Modifiziert: Jenner et al., *Journal Interpersonal Violence*, 2020

3.3 Triangulation der WPP-Studienteile und der angewandten Literatur

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Kernaussagen der WPP-Studienteile (quantitativen und qualitativen Ergebnisse) mit der zugrunde liegenden Literatur kombiniert und mit prägnanten/unterstützenden Zitaten der Interviewten belegt.

Die qualitativen Interviews bestätigen teilweise die Inzidenzdaten der quantitativen Befragung. Neben dem Thema der sexuellen Belästigung werden vielfältige Diskriminierungserfahrungen genannt und als Problem identifiziert.

Die Ergebnisse der quantitativen WPP-Studie für die Berufsgruppe Pflege kann nur als Indikation und nicht als zu verallgemeinernde Aussage betrachtet werden, da die Teilnahme der Mitarbeiter_innen aus dem Pflegebereich (9 % berechnigte Pflegende vs. 43 % berechnigte Ärzte_innen) begrenzt war. [6]

Insgesamt geben 82 % der Pflegenden vs. 70 % der Ärzte_innen an, irgendwelche Form von Belästigung im Laufe der Berufskarriere erlebt zu haben. Unerwünschtem Körperkontakt waren 40 % der Pflegenden und 17 % der Ärzte_innen ausgesetzt. (s. Tabelle 5, unveröffentlichte WPP-Daten). Der Vergleich mit internationalen Studien zur Thematik weist ähnlich hohe Inzidenzraten auf, je nach Studiendesign 60 – 90 % Betroffenheit der Gesundheitsfachkräfte. [44]

Aufgrund der hohen Prävalenz von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld ist die Notwendigkeit von Schutz- und Präventionsmaßnahmen auf allen Unternehmensebenen unerlässlich.

3.3.1 Betroffenheit von sexueller Belästigung/sexualisierte Diskriminierung auf vertikaler/horizontaler Ebene

Die geschlechtsspezifische Betroffenheit von verbalen und physischen Belästigungsformen durch Vorgesetzte ist bei Ärztinnen signifikant erhöht (vgl. irgendeine Form: F 37,2 % vs. M 18 % und bei körperlicher Belästigung: F 59,8 % vs. M 10 %) [6]

Im qualitativen Studienteil wurden Belästigungsformen durch Vorgesetzte häufig als subtile, verbale Bemerkungen beschrieben. Ärztinnen stoßen innerhalb ihres Karriereverlaufs im System auf strukturell verankerte Grenzen, die als eine Form von sexualisierter Geschlechterdiskriminierung definiert werden. Die männliche Dominanz in den Führungspositionen und die Auswirkungen des gesellschaftlichen Frauenbildes fließen in die Bewertung von Ärztinnen ein und hinterlassen einen geschlechtsspezifischen Bias u.a. bei deren Karriereförderung bzw. Karriereoptionen. [45]

*„Männer versuchen über verbale Schienen aus gefühlter Unterlegenheit, auf gleicher Ebene oder als Vorgesetzte, mit einer Mischung aus Frauenfeindlichkeit und Humor mit abwertenden Formulierungen zu beleidigen bzw. zu belästigen sowie meine Leistungen entsprechend abzuwerten.“
(Ä10, Abs.26)*

Der bestehende Genderbias, der die Ärztinnen an berufliche Grenzen bringt (Glass Ceiling), wird durch geschlechterstereotypische Zuweisungen, Formen von sexueller Belästigung gestützt, [45, 46] und auch als „Platzverweis“ eingesetzt. [18]

„Ich sehe mit Sorge meinem Kinderwunsch entgegen, da ich es bei Kolleginnen mit Kindern mitbekomme, dass ihre Anerkennung und die fachliche

Akzeptanz nach der Elternzeit gesunken ist und sie häufig mit abwertenden Äußerungen zur Mutterrolle konfrontiert sind und sie mit ihrer Facharzt-Weiterbildung erst mal hinter den Kollegen zurückstehen müssen.“ (Interview Ärztin1, Abs. 86)

Dadurch können Karrierewege und die Wahl der Fachdisziplin entsprechend beeinflusst werden. [15, 45-47] Pädiatrie, Psychiatrie, Innere Abteilungen weisen gegenüber Chirurgie, Unfallchirurgie und Kardiologie an der Charité einen hohen Frauenanteil auf. Die Ärztinnen weisen in den Interviews diesen Fachrichtungen exemplarisch eine Öffnung für bestimmte Themen wie Gleichstellung, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Work-Life-Balance, flache Hierarchie zu. (Ä9, Abs. 109)

3.3.2 Schutz im Patient_innensetting

Pflegekräfte sind häufiger als Ärztinnen sexueller Belästigung in jeglicher Form von sexueller Belästigung (Ärzte_innen 70,6 % vs. 81,9 % Pflege) vgl. Tab. 8 ausgesetzt. Wie wir in unserer quantitativen Daten nachweisen konnten, unterscheiden sich die ausübenden Akteur_innen sich bei den Berufsgruppen, vgl. Tab. 6 : Patienten (58,7 % Pflege vs. 30 % Ärzte_innen und Angehörige (27,7 % Pflege vs. 9,9 % Ärzte_innen) sowie die Typologie des Angriffs.

Pflegende waren signifikant häufiger körperlichen Übergriffen (Pflege 40 % vs. 17,23 % Ärzte_innen, Tab 8) ausgesetzt. Auch in der internationalen Literatur werden für den Pflegebereich überwiegend Patient_innen und Angehörige [48] und Ärzte als Hauptakteur_innen benannt. [10]

Tab. 8: Auszug quantitative WPP-Teilstudie: Sexuelle Belästigung Ärzte_innen vs. Pflege, unveröffentli-
chter Datensatz aus: Charité-interner Bericht, WPP-Studie, 2017

Grenzüberschreitungen Ärzte_innen vs. Pflege N_953 – gesamte Karriere	Insgesamt	Ärzte_innen	Pflege	p
Irgendeine Form der Belästigung	697 (73.14 %)	525 (70.66 %)	172 (81.9 %)	0.001
Abwertende Sprache/ Obszönitäten	611 (64.11 %)	461 (62.05 %)	150 (71.43 %)	0.012
Brief, E-Mail, SMS, Witze, Sprüche, Bilder	69 (7.24 %)	47 (6.33 %)	22 (10.48 %)	0.04 0.745
Anzügliche Sprüche, sexuelle Anspielungen	270 (28.33 %)	187 (13.19 %)	47 (22.38 %)	< 0.0001 0.27
Nachpfeifen, Anstarren	145 (15.22 %)	98 (26.97 %)	6 (10.91 %)	0.001 0.073
Obszöne Gebärden, Gesten, Zeichen	77 (8.08 %)	41 (5.52 %)	36 (17.14 %)	< 0.0001 0.003
Geschichten mit sexuellem Inhalt	170 (17.84 %)	111 (14.94 %)	59 (28.1 %)	< 0.0001 0.124
Sexuelle Angebote, unerwünschte Einladungen	89 (9.34 %)	55 (7.4 %)	34 (16.19 %)	< 0.0001 0.112
Unerwünschter Körperkontakt	212 (22.25 %)	128 (17.23 %)	84 (40 %)	< 0.0001 < 0.0001
Grabschen, Versuch zu küssen	40 (4.2 %)	17 (2.29 %)	23 (10.95 %)	< 0.0001

„Die Pflege steht an vorderster Front und wir haben kaum Schutz, wenn ´s mal brenzlig wird. In übergreifigen, gewalttätigen Situationen fühle ich mich allein gelassen und meist steht keiner hinter uns. Alle drücken sich um Thema Patienten/Angehörigen Maßregelung bzw. Hausverbot.“ (Pflege 1, Abs. 64)

Die Pflegekräfte führen das hohe Ausmaß von sexistischen Verhaltensweisen seitens der Patient_innen/Angehörigen auf die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und Berufslobby in Deutschland zurück. Ebenfalls können die traditionellen Vorstellungen vom Pflegeberuf in Verbindung mit einem traditionellen Frauenbild auf die Rolle der weiblichen Pflegenden projiziert werden. Die öffentliche Darstellung des Pflegeberufs sowie einschlägige Phantasien werden durch einseitige mediale Rollenbilder verstärkt.

„Funktioniert gut, dass man einfach auch noch Mal die Rollenverteilung klar macht. Man ist jetzt hier nicht sein Lustobjekt, sondern man ist hier in einer professionellen, therapeutischen Rolle.“ (Pflege 4, Abs. 27)

Des Weiteren führen die Pflegekräfte die Nähe und lange Kontaktzeiten mit den Patient_innen an. Pflegerische Maßnahmen und Interventionen bedingen intime Handlungen (z. B. Körperpflege, Anlage von Blasenkatheter), die wiederum ein Eindringen in den Intimbereich der Menschen darstellen. Diese pflegerischen Handlungen können bei Patient_innen aus unterschiedlichen Motiven für sexistische Übergriffe genutzt werden [11, 48]

Alle interviewten Pflegenden und Ärztinnen stellen voran, dass sie verbale Entgleisungen, sexualisierte Verhaltensweisen aufgrund eines Krankheitsbildes und dessen Symptomen nicht als belastend erleben und dies zum Job gehört. [10, 48]

„Krankheitsbedingte Formen sexueller Belästigung und von gewalttätigen übergriffigen Situationen belasten mich emotional nicht. In solchen Situationen fühle ich mich nicht angegriffen und das gehört zum Beruf. Wenn diese Form als Belastung erlebt wird, dann sind die Pflegekräfte falsch im Job.“ (Pflege 11, Abs. 17)

3.3.3 Prävention auf strategischer/struktureller Ebene

An erster Stelle wird von beiden Berufsgruppen in Übereinstimmung mit dem qualitativen Studienteil, die klare Ablehnung von Seiten der Leitung bzw. des Vorstands genannt. Die Interviewten beider Berufsgruppen weisen einem öffentlichen Statement des Vorstands zur „Null-Toleranz-Haltung“ (vgl. Tab.: 7) gegenüber sexueller Belästigung eine hohe Bedeutung zu.

„Das Statement des Vorstands impliziert, dass tabuisierte Themen wie sexuelle Belästigung zugelassen werden, um eine diskriminierungsarme Kultur zu etablieren und dies ist ein Schritt, einen Wertewandel zu etablieren.“ (Ärztin 3, Abs.78)

In der Literatur wird die Unternehmenskultur als ein wichtiges proaktives Instrument gegen sexualisierte Diskriminierung genannt. Die Unternehmensleitung/der Vorstand kann einen maßgeblichen Meilenstein zur diskriminierungsarmen Unternehmenskultur etablieren. [25, 49]

„Eine Kultur der Korrektheit wird Top-Down vermittelt, der Vorstand und Führungskräfte sind Vorbilder. Keine Duldung von Diskriminierungen. Politisch korrektes Verhalten fängt beim Vorstand und den Führungskräften an.“ (Ärztin 1, Abs. 74)

Klare Sanktionsabläufe bei Vorfällen (57,2 % Ärzte_innen) und Leitfäden (28,4 % Ärzte_innen) und werden in unserem quantitativen Studienteil mehrheitlich von Frauen erwünscht (vgl. Tab.: 7) Beide Berufsgruppen benennen das proaktive Instrument der betrieblichen Vereinbarung als eine institutionelle Schutzmaßnahme und als ein wichtiges Präventionsinstrument [6, 26-28].

„Bei übergreifigen Verhaltensweisen würde ich ein Verfahren zum Ablauf implementieren wie bei Fällen vorgegangen wird. Und welche Konsequenzen bei Verstoß möglich sind, sodass alle Berufsgruppen und Geschäfts-Ebenen wissen, wie sie sich zu verhalten haben und welche arbeitsrechtlichen Maßnahmen ausgesprochen werden können.“ (Pfleger 9, Abs. 105)

4 Diskussion

Das umfassende WPP-Projekt ermöglichte neben der parallelen Erfassung von robusten Inzidenzdaten die Fokussierung auf präventive Interventionen sowie die Erarbeitung eines institutionellen Schutzinstrumentes. Die Charité stellte im Jahr 2016 somit ein Prävention-Alleinstellungsmerkmal innerhalb der deutschen Universitätslandschaft dar, welches als Best-Practice-Vorgehen von der Antidiskriminierungsstelle ausgewiesen wurde.[50]

Die internationale Literatur verweist auf eine diskriminierungsarme Unternehmenskultur und entsprechenden institutionellen Maßnahmen als ein prominentes Instrument gegenüber allen Diskriminierungsformen.[39, 48, 51] Die Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit und Diversität in Führungspositionen sollte an der Universitätsmedizin als politische sowie strategische Ausrichtung grundlegend sein und kann zur Förderung eines Kultur- und Wertewandels beitragen, um den unterschiedlichsten Formen von sexueller Belästigung und jeglicher Form von Diskriminierung wirkungsvoll und nachhaltig zu begegnen.

Eine aktive Präventionskultur kann einerseits die (Diskriminierungs-)Thematik enttabuisieren, die Beschäftigten und Vorgesetzten adäquat informieren, die tatsächliche Häufigkeit des Phänomens senken und nicht zuletzt die Betroffenen animieren, sich bei Vorfällen an Beratungsstellen zu wenden.[29, 30, 39]

Andererseits stellt sexuelle Belästigung inter-/intraprofessionell bei den Berufsgruppen und den Betroffenen selbst ein multidimensionales Geschehen dar.

Sexuelle Belästigung kann innerhalb der Peer Group und/oder durch Vorgesetzte neben subjektiven, emotionalen Belastungen, die häufig mit Scham und psychischen Konsequenzen der Betroffenen verbunden sein können, außerdem zu Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn führen sowie zu einer schwer einzuschätzenden Dynamik gegenüber den Betroffenen im beruflichen Umfeld/Team, bspw. zu Schuldumkehr und Ausgrenzung.

Emotionale Distanzierung vom Geschehen erfordert weitere Schritte, die häufig nicht von Betroffenen allein unternommen werden können und eine professionelle Begleitung/Beratung benötigen und nicht selten auch der psychologischen Begleitung bedürfen. Die Unterstützung, Solidarität und Zivilcourage durch Kolleg_innen, Umstehende und Vorge-

setzte spielt dabei eine wesentliche Rolle, damit das Geschehen professionell gelöst werden kann. Die Unterstützung auf horizontaler Ebene ist umso wichtiger, wenn die Vorgesetzten selbst die Täter sind.[39]

Dies stellt auch eine besondere Herausforderung an die professionell Beratenden dar, da jedes Geschehen situativ eingeschätzt und das Ereignis entsprechend sensibel bewertet werden muss. Es bedarf auch unterschiedlichster Schutz- und Handlungsoptionen. Die Möglichkeit der Intervention durch die Beratenden und Betroffenen selbst kann jedoch durch die Auswirkungen von Machtdynamik und Abhängigkeiten eingeschränkt sein. Nachteile der Betroffenen sind durch eine Beschwerde in § 16 AGG [28] nachdrücklich untersagt und können mit rechtlichen Konsequenzen (Zivilklage) belangt werden. Negative Konsequenzen im Arbeitssetting, besonders wenn Vorgesetzte die Ausübenden sind, sind schwer nachweisbar bzw. können in den wenigsten Fällen auf arbeitsrechtlicher Ebene oder zivilrechtlich geahndet werden.

Die hohe Prävalenz von sexueller Belästigung und emotionalen Ausbrüchen seitens der Patient_innen gegenüber Pflegekräften ist international belegt. [44, 52-54]

Die befragten Pflegekräfte und Ärzte_innen beschreiben individuelle Techniken und Maßnahmen, die sie situativ anwenden und die ihrem persönlichen Schutz bzw. ihrer emotionalen Distanzhaltung dienen können. [38] In unseren Interviews verweisen die Pflegenden auch darauf, dass gewalttätige Ausbrüche und sexuelle Belästigung aufgrund von Krankheitssymptomen nicht als belastend erlebt werden und diese zum „Job“ gehören.[11, 39, 48] Die hohe Inzidenz von Übergriffen seitens Patienten_innen und deren Angehörigen gegenüber Pflegekräften kann bzw. darf nicht als chronisches Berufsrisiko des Pflegeberufes belassen werden, da neben den persönlichen emotionalen Belastungen der Beschäftigten die Versorgungsqualität und die Attraktivität des Berufes entsprechend herabgesetzt werden können. [16, 39, 44]

Das gesamte Managementboard (Vorstandsebene) steht vor der Herausforderung, besonders in Zeiten des Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen und Mediziner_innen umfangreiche strukturelle Schutz-/Präventionsmaßnahmen speziell für die Patient_innen-Settings im Rahmen der Fürsorgepflicht für die Beschäftigten zu etablieren. [30, 39]

Strukturierte Abläufe und Vorgehensweisen und Informationen zum Schutz der Beschäftigten vor aggressiven und übergriffigen Patient_innen und Angehörigen sind daher unentbehrlich im Gesundheitssystem.

Um Grenzüberschreitungen und Diskriminierungen in jeglicher Form zu begegnen, sollten strukturell kontinuierliche Entlastungsangebote geschaffen werden. Angebote zur Bearbeitung des klinischen Alltags der Pflegenden und der Ärzteschaft könnten Formate wie bspw. Supervision, Coachings, Balint-Gruppen etc. sein und in die Strukturen eingebunden werden. Sie sind unter qualitätssichernden Aspekten als ein kontinuierliches, standardisiertes Angebot für alle klinisch Tätigen unentbehrlich.

Das multifaktorielle Geschehen und die Dimensionen der unterschiedlichen Schutz- und Präventionsebenen im universitär-klinischen Ambiente wurden skizziert und diskutiert.

Der bestehende Geschlechter-Gap und der auch damit einhergehende Geschlechter-Bias in den nationalen „Universitätskliniken“ hängt grundsätzlich mit der gesellschaftlichen Geschlechterdiskriminierung zusammen, die mit den vorhandenen und reproduzierten geschlechtsspezifischen Rollenbildern korrespondiert. Durch die im Laufe des WPP-Projektes umgesetzten Maßnahmen einer Richtlinie zum Schutz und Prävention von sexueller Belästigung und eines transparenten Beratungs- und Beschwerdeablaufs ist jedoch ein wichtiger Beitrag geleistet worden, um sexuellen Belästigungsformen und Diskriminierung auf betrieblicher Ebene professionell zu begegnen.

Trotz des Ausmaßes und der Innovation des Projektes sollten einige Limitationen nicht unerwähnt bleiben. Im qualitativen Studienteil konnte die initial geplante Analyse des Phänomens in den unterschiedlichen Fachkulturen und der geschlechtsspezifischen Sicht auf Schutz und Prävention trotz sehr aufwendiger Rekrutierungsversuche nicht durchgeführt werden. Dies wäre zur Entwicklung von fach- und kulturspezifischen Maßnahmen richtungsweisend gewesen.

Verschiedene Aspekte können der Teilnahmeverweigerung der Ärzte (männlich) zugrunde liegen. Als erstes spielt sicherlich eine Kombination von Tabuisierung der Thematik im Arbeitsambiente und stereotypen Zuweisungen, dass sexuelle Belästigung im Arbeitsumfeld bspw. „ein singuläres Frauenproblem“ sei. [24] Weiterhin, können die männliche Sozialisation und Erfahrung, gepaart mit der beruflichen Sozialisation in der Medizin ein Bild von mangelnder Betroffenheit vermitteln bzw. zu Scham bei männlichen

Betroffenen führen, weil sie einem gesellschaftlichen und professionellen stereotypischem Männlichkeitsbild nicht entsprechen. Das Arbeitsfeld der Medizin, geprägt durch steile Hierarchien überwiegend männlich besetzte Führungspositionen sowie die Belohnung von Dispositionen wie Belastbarkeit und Unfehlbarkeit [30] kann Betroffenen die „Opferrolle“ und „schwache“ weibliche Attribute zuweisen [24]. All diese Aspekte können zu einer begrenzten Wahrnehmung des Themas durch und für Männer führen.

Die männliche Sozialisation und das geprägte Rollenbild sowie der gesellschaftliche Kontext zur Thematik im Jahr 2015, lassen verschiedene Vermutungen zur Teilnahmeverweigerung der Ärzte aufkommen. Bis dato gab es an Universitätsklinika in deutschsprachigen Ländern keine Studie zur Thematik und auch nur wenig Studien weltweit zur Dimension und Betroffenheit von Ärzte_innen.

Eine zeitlich spätere Interviewanfrage nach der Veröffentlichung der qualitativen WPP-Ergebnisse und/oder der #metoo Debatte hätte wahrscheinlich bei der männlichen Zielgruppe ein erweitertes Bewusstsein und vermehrte Offenheit für die Interviewteilnahme hervorgerufen. Die angefragten Männer in der Gesundheits- und Krankenpflege standen für ein Interview zur Verfügung, daher lässt sich die Verweigerung auch lediglich auf das ärztliche Personal begrenzen.

Des Weiteren gehen wir davon aus, dass sich vor allem Ärztinnen und Pflegende zu den freiwilligen Interviews meldeten, die sich nicht in einer aktuellen, direkten Belästigungssituation befanden. Daher können die erhobenen und dargestellten Schutz- und Präventionsmaßnahmen lückenhaft sein. Schließlich wäre eine vertiefende Studie der jüngeren Ärzte_innen- und Pflegegeneration zu Beginn ihrer Berufskarriere sowie eine Befragung von Studierenden und Auszubildenden zu sexueller Belästigung von höchstem Interesse, da diese Gruppen in der Literatur als besonders vulnerable Risikogruppen ausgewiesen werden.

5 Schlussfolgerung

Ziel dieser Studie war es, umfangreiche Erkenntnisse, Schutz- und Präventionsstrategien und robustes Zahlenmaterial zur Thematik an einer deutschsprachigen Uniklinik zu gewinnen. Das Studiendesign mit den drei Forschungsschwerpunkten Inzidenz-, Präventions- Implementierungsforschung soll das Phänomen nachhaltig am Arbeitsplatz bekämpfen. Die Materialien aus den Forschungsergebnissen, die branchenübergreifend genutzt und an die jeweilige Branche und Unternehmenskultur angepasst werden können, werden der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. [29] Da sexuelle Belästigung eine systemische Problematik darstellt, ist es aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung, dass von der Unternehmensebene des Vorstands, der Geschäftsführung und der personalverantwortlichen Führungspersonen Strategien für eine diskriminierungsarme Kultur verbindlich etabliert werden. Um die Qualifizierung von diversitäts- und geschlechtergerechter Führungskompetenz entsprechend zu unterstützen, sollten Geschlechter-Sensibilisierungs-Awareness-Antibias-Trainings sowie Module zum AGG für diese Zielgruppen verbindlich als ein Einstellungskriterium oder auch als ein Leistungsmerkmal beim Karriereaufstieg für Führungskräfte gewertet werden.

Literaturverzeichnis

1. *Violence against women: an EU-wide survey. Main Results.* 2014: FRA – European Union Agency for Fundamental Rights
2. Jenner, S. and S. Oertelt-Prigione, *Kein Sexismus am Arbeitsplatz.* Bund Verlag. Gute Arbeit, 2018. **02**.
3. Jenner, S. and S. Oertelt-Prigione, *Arbeitsschutz: Prävention sexueller Belästigung im Klinikalltag.* Dtsch Arztebl 2018. **115**(47).
4. McLaughlin, H., C. Uggen, and A. Blackstone, *Sexual harassment, workplace authority, and the paradox of power.* American Sociological Review, 2012. **77**(4): p. 625-647.
5. Müller, U. and M. Schröttle, *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.* 2004.
6. Jenner, S., et al., *Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine.* JAMA Intern Med, 2019. **179**(1): p. 108-111.
7. Milczarek, M., *Workplace violence and harassment : a European picture.* 2010, European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA: Luxemburg.
8. McDonald, P., *Workplace sexual harassment 30 years on: a review of literature.* International Journal of Management Reviews 2012. **14**, **1-17**.
9. Strub, S. and M. Schaer Moser, *Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie.* Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG, Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, 2008.
10. Cogin, J. and A. Fish, *Sexual harassment-a touchy subject for nurses.* J Health Organ Manag, 2009. **23**(4): p. 442-62.
11. Magnavita, N. and T. Heponiemi, *Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience.* J Nurs Scholarsh, 2011. **43**(2): p. 203-10.
12. Rosenthal, M.N., A.M. Smidt, and J.J. Freyd, *Still Second Class: Sexual Harassment of Graduate Students.* Psychology of Women Quarterly, 2016. **40**(3): p. 364-377.
13. Stratton, T.D., et al., *Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection?* Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges, 2005. **80**(4): p. 400-408.
14. Valente, S.M. and V. Bullough, *Sexual harassment of nurses in the workplace.* Journal Of Nursing Care Quality, 2004. **19**(3): p. 234-241.
15. Wear, D. and J. Aultman, *Sexual harassment in academic medicine: Persistence, non-reporting, and institutional response.* Medical Education Online, 2005. **10**(1): p. 4377-4377.

16. Jagsi, R., *Sexual harassment in medicine-# MeToo*. N Engl J Med, 2018. **378**(3): p. 209-211.
17. Matys, T., *Macht, Kontrolle und Entscheidungen in Organisationen*. 2006: Springer.
18. Kocher, E. and S. Porsche, *Sexuelle Belästigung im Hochschulkontext – Schutzlücken und Empfehlungen* Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2015.
19. Hartmann, J., *Der heteronormative Blick in wissenschaftlichen Diskursen—eine Einführung*, in *Heteronormativität*. 2007, Springer. p. 55-60.
20. Chan, D.K.S., et al., *Examining the job-related, psychological, and physical outcomes of workplace sexual harassment: a meta-analytic review*. Psychology of Women Quarterly, 2008. **32**(4): p. 362-376.
21. Nielsen, M.B. and S. Einarsen, *Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress*. Occupational Medicine, 2012. **62**(3): p. 226-228.
22. Stock, S.R. and F. Tissot, *Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain*. Ergonomics, 2012. **55**(2): p. 147-59.
23. Glomb, T.M., et al., *Ambient Sexual Harassment: An Integrated Model of Antecedents and Consequences*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1997. **71**(3).
24. Hinze, S.W., *'Am I being over-sensitive?' Women's experience of sexual harassment during medical training*. Health (London, England: 1997), 2004. **8**(1): p. 101-127.
25. Pina, A. and T.A. Gannon, *An overview of the literature on antecedents, perceptions and behavioural consequences of sexual harassment*. Journal of Sexual Aggression, 2010. **18**(2).
26. Raver, J.L. and M.J. Gelfand, *Beyond the individual victim: Linking sexual harassment, team processes, and team performance*. Academy of Management Journal, 2005. **48**(3): p. 387-400.
27. Thurston, R.C., et al., *Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health*. JAMA Internal Medicine, 2018.
28. *AGG - Wegweiser. Erläuterungen und Beispiele zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz*. 2019: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
29. *Gleiche Rechte - gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts: Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. 2015: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
30. Oertelt-Prigione, S. and S.C. Jenner, *Prävention sexueller Belästigung. Praxiswissen Betriebsvereinbarungen*. Study der Hans Böckler Stiftung, 2017. **369**.
31. Flick, U., E. von Kardorff, and I. Steinke, *Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick*, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E. von Kardorff, and I. Steinke, Editors. 2012.

32. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 2015: Beltz.
33. Kuckartz, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2018: Beltz Juventa.
34. Schreier, M., *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 2014. **15**(1): p. 27.
35. Vogt, S. and M. Werner, *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. Fachhochschule Köln, Fakultäts für Angewandte Sozialwissenschaften, Soziale Arbeit Plus, 2014.
36. Steinke, I., *Gütekriterine qualitativer Forschung*, in *Qualitative Datenanalyse: computergestützt*, U. Flick, E. von Kardorff, and I. Steinke, Editors. 2012.
37. Halbmayr, E. and J. Salat, *Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie*. abgerufen von: <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-titel.html>, 2011.
38. Schreier, M., *Qualitative Content Analysis in Practice*. 2012: SAGE Publications
39. Jenner, S.C., P. Djermester, and S. Oertelt-Prigione, *Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study*. J Interpers Violence, 2020: p. 886260520903130.
40. Lamnek, S. and C. Krell, *Qualitative Sozialforschung*. 2016.
41. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse*. Forum Qualitative Sozialforschung 2000.
42. *MAXQDA: The Art of Qualitative Data Analysis Software*, 2018.
43. Jenner, S., et al., *Prevalence of sexual harassment in academic medicine*. JAMA Internal Medicine, 2018.
44. Cheung, T., P.H. Lee, and P.S.F. Yip, *Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau*. Int J Environ Res Public Health, 2017. **14**(8).
45. Serrano, K., *Women residents, women physicians and medicine's future*. WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin, 2007. **106**(5): p. 260-265.
46. Carnes, M., C. Morrissey, and S.E. Geller, *Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling?* J Womens Health (Larchmt), 2008. **17**(9): p. 1453-62.
47. Bruce, A.N., et al., *Perceptions of gender-based discrimination during surgical training and practice*. Med Educ Online, 2015. **20**.
48. Nielsen, M.B.D., et al., *Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation*. International Journal of Nursing Studies, 2017. **70**: p. 122-130.
49. McDonald, P., *Workplace sexual harassment 30 Years on: A review of the literature*. International Journal of Management Reviews, 2012. **14**(1): p. 1-17.

50. *Was tun bei sexueller Belästigung? Leitfaden für Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsräte* Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2020. **7. Auflage**.
51. Meloni, M. and M. Austin, *Implementation and outcomes of a zero tolerance of bullying and harassment program*. Australian Health Review, 2011. **35**(1): p. 92-94.
52. Hibino, Y., *Sexual harassment in healthcare: nursing and gender*. Sexual harassment around the globe, 2010. **Nova Science Publishers**.
53. McDonald, P., S. Charlesworth, and T. Graham, *Developing a framework of effective prevention and response strategies in workplace sexual harassment*. Asia Pacific Journal of Human Resources, 2015. **53**(1): p. 41-58.
54. Spector, P.E., Z.E. Zhou, and X.X. Che, *Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review*. Int J Nurs Stud, 2014. **51**(1): p. 72-84.

Appendix

Appendix 1: Qualitative Inhaltsanalyse

Previous steps- The process of structuring content analysis essentially comprised of these preliminary steps

1. Familiarizing with the interview material
2. Derivation of upper categories from the interview guideline- (deductive category)
3. All relevant passages, i.e. text passages that contain a statement about the upper categories and the question were marked.

Qualitative content analysis - paraphrasing of the extracted material – doctors/nurses

In order not to lose any possible statements to represent subcategories during the material screening, the occupational groups are analyzed separately in this step.

Step 1 - Analysis of subcategories

The interview-text passages are then collected and then collected and assigned to the upper categories. In order to differentiate the topic-related upper categories into corresponding subcategories (inductive categories-development)

- Paraphrasing means to rewrite the text in such a way that only a brief, content-limited statement remains.
- At the end of this working phase, paraphrases emerge in the "Generalization" column, which substantively express the same content.
- These redundant paraphrases are shortened, deleted or rearranged in the next step - the Reduction 2

1.1 Step 1 Paraphrasing of the extracted material – physicians

Interview/Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
Upper Category Protection against sexual harassment - (Interview Question)				
(Ä1,Abs.55,59,73); (Ä4,Abs.65); (Ä3,Abs.54); (Ä6,Abs.45,46); (Ä8,Abs.42); (Ä9,Abs.93) (Ä10,Abs.89); (Ä12,Abs.68)	SC 1 Existing trainings and programs against violence	Interprofessional de-escalation training, anti-violence programs offer protection and security in dealing with sexual harassment Representatives of the anti-violence programs are potential contact persons, as they are trained in sensitive conversation management Anti-violence programs and their representatives are multipliers and contact persons for taboo topics Trustworthy contact persons and discretion through central contact persons, e.g. women's representatives, violence protection officers, employee representatives – these are considered potential contact persons	Trainings and programs offer techniques for safety in patient situations and dealing with sexual harassment Representatives of anti-violence programs are potential contact persons and multipliers In addition to the central contact persons, all staff representatives must also be involved in the topic	SC_D 1.1. Institutional protection through programs and trainings SC_D 1.2. Contact persons and multipliers in the gender-violence program SC_D 1.3. Central representatives as contact persons inside the organization
(Ä1,Abs.66); (Ä2,Abs.35); (Ä6,Abs.49); (Ä7,Abs. 63); (Ä8,Abs.49); (Ä10,Abs.93,97); (Ä11, Abs.59); (Ä12, Abs.75); (Ä13,Abs.81); (Ä14, Abs.26);	SC 2 Protection by superiors	The (female) senior physicians have women's issues and sexual harassment in mind and are named as persons of trust	Senior physicians as persons of trust and as possible contact persons	SC_D 2. Trust and protection by (female) superiors

Interview/Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(Ä2, Abs. 57); (Ä1, Abs. 55, 57); (Ä8, Abs. 54)	SC 3 Protective measures in teams are based on agreements between individual doctors and/or nurses	Mixed gender teams on night-shift Transparency through open doors in treatment rooms Male colleagues as support/ assistance	Agreements and measures for protection which exist in individual teams, but are not institutionally implemented	SC_D 3. Individual agreements on protective measures in teams
(Ä1, Abs. 65, 68); (Ä6, Abs. 49); (Ä9, Abs. 97); (Ä13, Abs. 87);	SC 4 Relief and protection by individual colleagues and/or the team	Relief by communicating experiences with colleagues Team Supervision provides relief and open communication on incidents	Relief through communication of experiences with colleagues/the team Existing consulting formats such as Team Supervision are important for discussing sexual harassment or for developing common strategies	SC_D 4.1. Relief through communication with colleagues SC_D 4.2. Existing consulting formats, e. g. Team Supervision
(Ä1, Abs. 59, 60, 73); (Ä7, Abs. 59); (Ä6, Abs. 32); (Ä12, Abs. 29, 39)	SC 5 Techniques and strategies for self-protection in patient settings	Technique of the “representative position” and inner distance. Technique: sexual devaluation or aggression is not person-related, but as a representative for the institution. Setting boundaries and prohibiting sexual harassment Using the Status and Power of Medicine to ban sexual harassment	Learned techniques and experiences are applied in patient settings Highlighting the dominance and status of medicine	SC_D 5.1. Learned techniques and experiences are applied in patient settings SC_D 5.2. Highlighting the dominance and status of medicine and setting boundaries
(Ä1, Abs. 25); (Ä2, Abs. 21); (Ä3, Abs. 70, 71); (Ä6, Abs. 21, 34, 37, 59, 49); (Ä9, Abs. 70, 72); (Ä7, Abs. 59), (Ä11, Abs. 56, 70), (Ä12, Abs. 29); (Ä13, Abs. 24, 25, 28, (Ä3, Abs. 24, 69)	SC 6 Self-protection measures in situations with colleagues or superiors	Setting clear boundaries: verbal and non-verbal Address the harasser directly or at a later stage on the situation in which an assault took place. Individual coaching (gender-specific) programs at the workplace	Clarifying sexual harassment by colleagues according to the situation, e. g. by addressing directly Coaching for self-confidence in male-dominated committees/ commissions	SC_D 6.1. Individual self-protection measures at horizontal or vertical level SC_D 6.2. External gender-specific trainings

Interview/Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
Upper Category Prevention of sexual harassment (interview question)				
(Ä1, Abs.74-76); (Ä3, Abs. 78); (Ä6, Abs.63); (Ä11, Abs.79); Ä12, Abs. 79); (Ä13, Abs.92-97); (Ä14, Abs. 48); (Ä15, Abs. 86,88),	SC 1 Measures of Prevention Clinic Management, Board of Directors	Instill a culture of correctness by the Executive Board in order to initiate a change in values and a non-discriminatory corporate culture. Ensuring non-tolerance of sexual harassment by the clinic management. The statement implies that taboo topics are allowed, that they can be openly discussed and this can promote a change in values in the corporate culture. Directive or Guideline on the protection of sexual harassment, a structured complaint procedure. Public notification of contact points and complaint procedures.	Clinic management or Executive Board sends a clear signal through a public zero tolerance policy. A non-discriminatory and taboo-free corporate culture requires regulations; all employees must be informed of them. Formal regulations for the protection and prevention of sexual harassment by the clinic management Preventative measures against sexual harassment and discrimination create a change in values	SC_D 1.1. Clear and visible positioning of clinic management removes taboos on sexual harassment SC_D 1.2. Prevention through non-discriminatory culture and a change in values SC_D 1.3. Institutionalized formal regulations for protection and prevention must be drawn up. SC_D 1.4. Public announcement of regulation and procedures
(Ä1, Abs. 84-88); (Ä2, Abs. 30); (Ä3, Abs. 26-27, 75-76); (Ä6, Abs.63); (Ä8, Abs.31); (Ä9, Abs.109); (Ä11,Abs. 77-78); (Ä14, Abs. 61-64, 72,77)	SC 2 Strategic measures on gender parity	Gender-equitable hiring of all management positions/bodies Diversity in management positions Measures to protect against sexual harassment during pregnancy and gender-specific discrimination in order to reconcile work and family life	Gender equality as a strategic corporate goal Put a stop to discrimination during pregnancy in order to reconcile work and family life	SC_D 2.1. Management strategies for gender parity and diversity in management positions SC_D 2.2. Special prevention strategies to reconcile family and career
(Ä1,Abs. 66); (Ä3, Abs.73); (Ä8,Abs.49,62); (Ä9, Abs. 26-27, 110); (Ä10, Abs. 108);	SC 3 Role model function at senior management level	Senior managers and superiors must implement the desired zero tolerance attitude and remove taboos through the role model function Managers must implement the corporate strategy of removing taboos-topics in the clinic departments	Leadership of correctness in dealing with employees and the role model function of managers in case of sexual harassment or discrimination Clear attitude of managers against sexual harassment	SC_D3.1. Implementation of the zero tolerance policy by the clinic management SC_D3.2. Managers create a change in

Interview/Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(Ä12, Abs. 78-79); (Ä13, Abs. 59-61); (Ä15, Abs. 83)		A leadership style based on democracy and participation can reduce sexual harassment/discrimination of sexual harassment Flat hierarchies and a democratic-participative leadership can limit/prevent sexual harassment	and knowledge of institutional regulations and intervention procedures in case of sexual harassment. Flat hierarchies can reduce sexual harassment and discrimination in the department	values through a culture of correctness SC_D3.3. Managers are familiar with regulations and intervention measures SC_D3.4. A leadership style based on democracy and participation can reduce sexual harassment/discrimination
(Ä1, Abs. 73); (Ä8, Abs. 62); (Ä6, Abs.44); (Ä8, Abs. 62); (Ä9, Abs. 113), (Ä10, Abs.108); (Ä13, Abs. 95); (Ä15, Abs.85,97)	SC 4 Personnel development through advanced training - (Structural level)	Training on correct handling and mindfulness, de-escalation, anti-discrimination, mental health, burn out etc. Compulsory further training for managers on the subject of sexual harassment	Advanced training in social communicative competences for all employees Compulsory further training for supervisors	SC_D 4.1 Training courses on sexual harassment and social communicative competences for all employees SC_D 4.2 Compulsory training for managers in sexual harassment
(Ä1, Abs. 66-68); (Ä2, Abs. 43); (Ä3, Abs. 74); (Ä8, Abs. 49,62); (Ä9, Abs. 26-27,107-110); (Ä10, Abs.97-98); (Ä12, Abs. 79); (Ä14, Abs.49)	SC 5 Organizational development (departments)	Creating flat hierarchies. Participation of all employees in the team Sexual harassment & soft skill topics to be covered in team meetings All employees can participate in departmental activities such as processes, process optimization, change process, changes in organizational units.	Flat hierarchies and a leadership style based on democratic and participatory components	SC_D 5.1 Flat hierarchies and a leadership style geared to democratic and participatory components SC_D 5.2. Space and time for social communicative topics in meetings SC_D 5.3. Participation in unit change processes – process optimization

Interview/Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(Ä3, Abs. 81) (Ä4, Abs. 73), (Ä15, Abs. 78)	SC 6 Low-threshold, anonymous hotlines (Strategic level)	Anonymous reporting systems e.g. Hotlines Contact points at the institute		SC_D 6.1. Low-threshold and anonymous reporting systems e.g. Whistleblower-software
(Ä6, Abs.62); (Ä6, Abs.93); (Ä11,Abs.80),	SC 7 Official complaints offices, contact points on the subject (Strategic level)	The offers and working methods of the complaints office must be publicly visible. In addition, extensive preventive measures can be provided by counselling centers. A transparent complaints procedure is particularly important in this context: Presentation of the process from counseling to labor law sanctions.	Contact points for sexual harassment can provide public relations and prevention work A transparent complaints procedure is particularly important in this context	SC_D 7.1. Contact points/ complaint offices can use public relations work to protect and prevent sexual harassment

1.2 Qualitative content analysis - Step 1 Paraphrasing of the extracted material – Nurses

Interview/ Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
Upper category - Protection against sexual harassment (Interview Question)				
(PK4,Abs.86); (PK5, Abs.54); (PK8, Abs.26);	SC 1. Institutionalized Protection (Structural level)	-Women's representatives; Anti-violence programs and the representatives are named as possible contact persons -Existing training courses on how to deal with sexual harassment (de-escalation, Anti-violence program)	-The Women's and Equal Opportunities Commissioner as a contact point. - Training in dealing with sexual harassment and other forms of boundary violations and anti-violence program	SC_N 1.1. Institutionalized contact points and offers for protection within the company SC_N 1.2. Institutionalized training and anti-violence programs
(PK4, Abs. 20,93,45); (PK9,Abs.74); (PK7,Abs.64); (PK11,Abs.72); (PK12,Abs.70);	SC 2 Protection by superiors	-Confidential superiors and contact persons for the clarification of incidents -Aftercare for incidents	-Superiors as confidants, intervention and follow-up measures -Aftercare for incidents	SC_N 2.1. Supervisors as trusted third parties must recognize sexual harassment, intervene and take measures. SC_N 2.2. Supervisors should be aware of the measures for aftercare
(PK3, Abs. 21,70,71); (PK9, Abs.96, 80); (PK10, Abs. 62); (PK7, Abs. 59);	SC 3 Protective measures – Perpetrator colleagues/superiors	-Conversation with trustful colleagues; Communication about sexual harassment in the team.	-Relief by colleagues/team and increased sense of protection	SC_N 3.1. Communication in the team offers relief and protection
(PK2, Abs. 423, 460,528) (PK7, Abs. 59); (PK9, Abs.16,74,76,81,97); (PK10, Abs.67) (PK11, Abs.66) (PK14, Abs.67,89)	SC 4 Relief and protection by individual colleagues and/or team	Measures for switching patient rooms, strong male colleagues on duty; same-sex care; protection of trainees Clear agreements between nurses and doctors	Regulations and agreements in the team. Protection in organizational units	SC_N 4.1 Protection against sexual harassment by team agreements SC_N 4.2 Protection in treatment of patients SC_N 4.3. Interprofessional clear agreements to reduce sexual harassment

Interview/ Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(PK2, Abs. 426,430); (PK3, Abs.39, 56), (PK4, Abs. 21-29,46,47,69); (PK5, Abs. 45,46);	SC 5 Techniques and strategies for self-protection - in treatment of patients / interprofessional	Representative position, I am not the direct target Verbalize Stop, stop - distance - Show limits - Clear signals - Direct response. Nonverbal: Dominance in facial expressions and gestures, certain occurrence; Ignoring it; Having thick skin; Calm and friendliness as de-escalation: Focus on tasks;	Individual measures and techniques for protection against sexual harassment Individual relief measures	SC_N 5.1. Techniques for Individual Protection SC_N 5.2. Relief and maintenance of mental health
(PK2, Abs.422); (PK3, Abs. 32, 101), (PK4, Abs.48, 69,72); (PK10, Abs.62); (PK13,Abs. 20) (PK14, Abs.60)	SC6 Techniques inter-professional Kontext	Talk to friends, family about border violating events. Shaking it off through sports activities. Countering stress with part-time work. Job setting that this will only work for-8 hours-job-		
Upper-category – Prevention of sexual harassment (Interview question)				
(PK4, Abs.99); (PK3, Abs.7) (PK5, Abs. 60); (PK9, Abs.104,105) (PK10, Abs.73); (PK11, Abs. 64); (PK13, Abs.74);	SC 1 Clinic Management	A culture of appreciation and openness to taboo topics. Visible through Directive, complaint procedure, handling guideline Medicine and care on an equal footing- Strengthening the nursing profession - reducing hierarchies. Equal distribution of resources for all occupational groups in the clinic	A change in values from top down: setting an example. Implement procedures and guidelines Equal recognition of the professions and inter-professional reduction of hierarchies. Aligning human resources to safety, quality and protection Regulations for house bans	SC_N 1.1 Strategies of Prevention through removal of taboos and change of values SC_N 1.2 Equal treatment and appreciation of all professions in the clinic SC_N 1.3. Jobs that rely on safety, quality and protection SC_N 1.4 Duty of care and protection through house bans

Interview/ Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(PK2, 507,528, 531);		Increase the number of staff, thus increasing the quality of care and the safety 4-eye-principle Procedure for house ban should be known to all occupational groups		
(PK3, Abs.92); (PK4,Abs.95-99); (PK6, Abs.53); (PK9, Abs. 104) (PK11, Abs.57,63); (PK13, Abs. 66)	SC 2 Strategies on the Management level /senior managers/ Organizational level)	Culture of appreciation, recognition, respect among all employees Ongoing information sessions - obligatory info days Commissioner for taboo topics Flat hierarchies in teams	Implementation of the given value change and removal of taboos by superiors Supervisors' duty to provide information on taboo topics Contact persons for taboo topics in the team	SC_N 2.1. Implementation of the given value change through senior managers SC_N 2.2 Ongoing information on sexual harassment and taboo issues contact person in the department SC_N 2.3. Flat hierarchies preventive sexual harassment and discrimination
44 (PK2, Abs.321,476-491); (PK3, Abs. 74); (PK4, Abs. 96); (PK5, Abs. 67,69) (PK6, Abs. 53); (PK9, Abs.106); (PK10, Abs.69-70); (PK11, Abs.106);	SC 3 Personnel development through advanced training - (Structural level)	Overcoming Language Barriers - Language Courses. Dealing with cultures Offer continuous soft skills training Professional understanding of gender and gender care Handling difficult patients Supervision in special risk units Case counselling as a method for all Trainings for new employees on the company strategy against sexual harassment	Offer continuous training in social and communicative competence in teams and for all employees Training on cultural diversity to counteract escalations due to barriers Case counseling as an offer for all employees	SC_N 3.1. Personnel development through advanced training in social communicative competence SC_N 3.2. Awareness training against all forms of discrimination SC_N 3.3. Offers for special consultation methods SC_N 4.4. Training and information new employees against sexual harassment

Interview/ Line	Categories	Paraphrase	Generalization	Reduction 2
(PK2, Abs. 376, 445); (PK6, Abs. 24); (PK9, Abs.111,113);	SC 4 Process-optimization (Organizational Development)	Participation in optimization of processes and new procedures Evaluation and case discussions for difficult situations in the units Inter-professional process optimization for acute problems	Process optimization in the inter-professional team in order to reduce tensions between the professions	SC_N 4.1. Process-optimization in the organizational units
(PK4, Abs.100-101); (PK5, Abs.63, 67); (PK8, Abs.33-34); (PK9, Abs.118); (PK15, Abs.42)	SC 5 Central Contact Persons Anonymous reporting systems (Structural level)	Moderation, clarification and discussion by external contacts e.g. Women's and Equal Opportunity Officers, Staff Representatives Anonymous, low-threshold notification, hotline and statistics on cases	Central representatives for counselling and as experts on the topic Anonymous technical reporting system (e.g. Whistleblower)	SC_N 5.1. Central Representatives for consulting and support SC_N 5.2. Anonymous, low-threshold consultation and reporting systems (technical)
(PK1, Abs. 122,136,157) (PK2, Abs. 90,103, 462,448, 449)	SC 6 Safety systems, structural measures	Emergency button, Room layout and visibility in treatment rooms, Lighting		SC_N 6 Safety systems and structural measures

Appendix 2: Summary of the categories

The results of the subcategories (reduction 2) of doctors and nurses are arranged in this step in the following structure (sequence).

- The subcategories are compared and further reduced in order to avoid duplication within the subcategories.
- Review, revision and further reduction (2-3) as well as summarise of the subcategory system, which will then show the cross occupational group subcategories -reduction 3.
- Reduction 3 is formed of the final subcategories.

Qualitative content analysis - Step 2

Categories	Result of reduction 2_ Nurses	Result of reduction 2_ Doctors	Generalization	Subcategories Reduction 3
UC Protection				
Institutionalized Protection	SC_N 1.1. Institutionalized points of contact and offers for protection within the company SC_N 1.2. Institutionalized training and anti-violence programs	SC_D 1.1. Institutional protection through programs and trainings SC_D 1.2. Contact persons in the gender violence program SC_D 1.3. Central representatives as contact persons inside the organization	Institutionalized protection Training Gender violence awareness program Central representatives/ counselling center	SC Structural protection measure
Protective measures from superiors	SC_N 2.1. Supervisors as trusted third parties must recognize sexual harassment, intervene and take measures. SC_N 2.2. Supervisors should be aware of the measures for aftercare	SC_D 2.1. Trust and protection by (female) superiors	-Trust and protection by superiors	SC Protection Superiors
Protective measures in the team	SC_N 3.1. Communication in the team offers relief and protection	SC_D 3.1. Individual agreements on protective measures in teams	Alliances with colleagues and agreements on de-escalating measures	SC Protection Team

Categories	Result of reduction 2_ Nurses	Result of reduction 2_ Doctors	Generalization	Subcategories Reduction 3
	SC_N 5.2. Relief and maintenance of mental health	SC_D 4.1. Existing consulting formats e.g. Team Supervision	Individual strategies for mental Health	
Protective measures in patient settings	SC_N 4.1 Protection against sexual harassment through team agreements SC_N 4.2 Protection in patient setting SC_N 4.3. Clear, inter-professional agreements to reduce sexual harassment	SC_D 4.1 Relief through communication with colleagues.	Alliances with colleagues and agreements on de-escalating measures Consulting formats e.g. Team Supervision	SC Protection strategies in the patient setting
Individual Protection	SC_N 5.1. Techniques for Individual Protection <i>-see previous category-</i>	SC_D 5.1. Learned techniques and experiences are applied in patient settings. SC_D 5.2. Highlighting the dominance and status of medicine and setting limits	<i>-see previous category-</i>	SC Protection strategies in patient setting <i>-see previous category-</i>
Protection on horizontal level		SC_D 6.1 Individual self-protection measures at horizontal level SC_D 6.2. External gender-specific-awareness trainings	Individual handling of sexual harassment on a horizontal level	SC Self-protection strategies against colleagues
UC Prevention				
Prevention strategies Clinic management board	SC_N 1.1 Strategies of Prevention through removal of taboos and change in values SC_N 1.2 Equal treatment and appreciation of all professions in the clinic	SC_D 1.1. Clear and visible positioning of clinic management removes taboos on sexual harassment SC_D 1.2. Prevention through non-discriminatory culture and a change in values	Clear and visible positioning of the clinic management creates removal of taboos Low-discrimination culture and a change in values as strategic prevention Procedures for a respectful and fair corporate culture	SC Strategy clinic management Board SC Gender parity and reconciling work and family life as corporate strategy

Categories	Result of reduction 2_ Nurses	Result of reduction 2_ Doctors	Generalization	Subcategories Reduction 3
	<p>SC_N 1.3. Jobs that rely on safety, quality and protection</p> <p>SC_N 1.4 Duty of care and protection through house bans</p>	<p>SC_D 1.3. Institutionalized formal regulations for protection and prevention must be drawn up.</p> <p>SC_D 1.4 Public announcement of regulation and procedures</p> <p>SC_D 2.1. Management strategies for gender parity and diversity in management positions</p> <p>SC_D 2.2. Special prevention strategies to reconcile family and career</p>	<p>Prevention through formal regulations and standardized procedures</p> <p>Strategic concept on gender parity and diversity</p> <p>Reconciling work and family</p>	
Organizational level	<p>SC_N2.1. Implementation of the given change in values through senior managers</p> <p>SC_N2.2. Ongoing information on sexual harassment and taboo issues. Contact person in the department</p> <p>SC_N2.3. Flat hierarchies as prevention against sexual harassment and discrimination</p>	<p>SC_D 3.1. Implementation of a zero tolerance policy of the clinic management</p> <p>SC_D 3.2. Managers create a change in values through an established culture of correctness</p> <p>SC_D 3.3. Managers are familiar with regulations and intervention measures</p> <p>SC_D 3.4. A leadership style based on democracy and participation can reduce sexual harassment/discrimination</p> <p>SC_D 5.1 Flat hierarchies and a leadership style geared to democratic and participatory components</p> <p>SC_D 6.3. Difficult social issues/taboo topics delegated in each department</p> <p>Space and time for social communicative topics in meetings</p>	<p>Supervisors/ Managers implement the strategic guidelines in the departments</p> <p>Managers are aware of regulations and procedures for the intervention process</p> <p>Establishing a team culture that emphasizes the fundamental value of employees</p> <p>Leadership style with employee participation and flat hierarchies</p> <p>Regular information on the topic and a delegated person for taboo topics and social-communicative competence</p>	SC Leadership culture

Categories	Result of reduction 2_ Nurses	Result of reduction 2_ Doctors	Generalization	Subcategories Reduction 3
Structure level	<p>SC_N 3.1. Trainings on social and communicative competence permanently and continuously offered</p> <p>SC_N 3.2. Training to raise awareness of cultural diversity and its needs</p> <p>SC_N 3.3. Offering continuous consulting formats</p>	<p>SC_D 4.1 -Training courses on sexual harassment and social communicative competence for all employees</p> <p>SC_D 4.2 Compulsory training for managers on sexual harassment</p>	<p>Compulsory further training courses for managers</p> <p>Further training on the topic and fair play for all employees</p> <p>Offers of different consulting formats</p>	<p>SC Personnel development Trainings</p>
Structure Level	<p>SC_N 5.1. Central representatives for consulting and support</p> <p>SC_N 5.2. Anonymous, low-threshold reporting systems</p>	<p>SC_D 6.1. - Low-threshold and anonymous reporting systems (Whistleblower software)</p> <p>SC_D 7.1. Contact points/ complaint offices can use public relations work to protect and prevent sexual harassment</p>	<p>Anonymous reporting systems</p> <p>Central representatives for consulting and supporting the procedure</p>	<p>SC Structure Level</p>
Organizational level	<p>SC_N 4 Process-optimization</p>	<p>SC_D 4 Process-optimization</p>	<p>Participation in unit change processes – process optimization</p>	<p>SC Participation in unit Process-optimization</p>
Organizational level	<p>SC_N 6 safety systems and structural measures</p>			<p>SC Safety systems and structural measures</p>

Appendix 3: Step 3 List of Codes

Exact formulation of definitions of all (upper and sub) categories, typical text passages ("anchor examples") and coding rules produces a coding-guide which makes the structuring work more precise.

- The second analyst counter-coding 30% of the material with the final list of codes
- Coding of all material with the revised category system with MAXQDA soft VERBI Software GmbH, Berlin, Germany

UC	Sub-categories	Definition of category / Coding rules	Anchor Examples
1.Protective measures of the occupational groups against sexual harassment		<p>All subcodes under this topic describe protective measures taken by doctors and nurses who are already institutionalized/ integrated into the structures. Techniques and measures in the team by superiors and individuals Techniques and measures for self-protection.</p> <p>The perpetrator groups are identified on a horizontal/vertical level and on a patient/relatives level.</p>	This upper category is not coded
	SC 1.1. Institutionalized protection (Structural levels)	<p>This subcode contains all statements by doctors and nurses on protective measures that are already structurally integrated.</p> <p>This subcode can be linked to the subcode "Prevention structure" if the information also represents important prevention measures.</p> <p>Coding rule: Known offers and measures that can be used by all employees and are integrated into the structures.</p> <p>De-escalation training Gender violence awareness program Central representatives/ counselling center</p>	<p>"De-escalation training also addressed sexual harassment." (Ä1,Abs.59)</p> <p>"I know there's a women's commissioner and that I can find their number on the intranet." (PK11,Abs.82)</p>
	SC 1.2. Protection of superiors/senior positions	<p>This subcategory contains all statements by the physicians and nursing staff regarding superiors / managers as possible contact persons.</p> <p>Caution: This subcode could be linked to the subcode "Prevention seniors/Leadership culture" if the information also represents important prevention measures.</p> <p>Coding rule: Current Protection by superiors against sexual harassment/discrimination.</p>	<p>"As a senior physician, I am known for addressing the perpetrators and resolving complaints of sexual harassment. Everyone knows that I comply with my duty of confidentiality." (Ä15, Abs.81)</p> <p>"I speak directly to the perpetrator and tell them very clearly that sexual harassment is completely unacceptable (...)" (Ä13, Abs.80)</p>

UC	Sub-categories	Definition of category / Coding rules	Anchor Examples
	SC 1.3. Team Protection	<p>This subcategory contains all statements by the occupational groups on protective measures in the team.</p> <p>Measures coded are those which are established in the teams and/or are applied on agreement.</p> <p>All statements on inter-professional support and protection are coded.</p> <p>Statements on (psychological) relief by the teams are also coded here.</p> <p>Coding rule: The subcode contains all arrangements, support and relief by the team, including support in inter-professional cooperation.</p>	<p>"I offer to talk with the victims if I'm a witness of sexual harassment by colleagues or doctors." (PK5,Abs.51)</p> <p>"Patient room-changes in escalating situations are established in our team. Or we get help from doctors who tell the patient to behave himself." (PK10,Abs.66)</p> <p>"With some colleagues we discuss incidents during the break and what we can do against it, as a kind of self-help group." (PK9,Abs.80)</p>
	SC 1.4. Protection strategies team_ patient treatment	<p>The subcode contains self-protection techniques, learned methods and behaviors as well as experiences of the professional groups that use them in escalating situations and sexual harassment.</p> <p>Coding rule: The subcode contains verbal/non-verbal strategies and techniques towards patients/relatives.</p>	<p>"Aggressions of patients are not directed against me personally, I'm a representative of the institution." (PK 4, Abs.20,21)</p> <p>"Set a clear stop signal and show that I do not want to be treated like this." (Nurse 4,Abs. 22)</p>
	SC 1.5. Self-protection strategies in cases concerning colleagues/superiors	<p>The subcode contains all statements of self-protection strategies by the occupational groups, that address sexual harassment and sexism towards colleagues/superiors and across occupations.</p> <p>Coding rule: Individual self-protection measures in situations with colleagues, superiors and in an inter-professional context</p>	<p>"I tell those in an obvious but non-verbal way, which makes it clear that they shouldn't attack me." (Ä12, Abs.29)</p> <p>"Private coaching helps me to appear self-confidently in male-dominated committees." (Ä3,Abs.24)</p>
Prevention			
UC	subcategories	Definition of categories/ Coding rules	Anchor Examples
2. UC Prevention		All subcodes under this upper category contain statements by physicians and nurses on prevention strategies that they believe should be introduced/implemented. Desired prevention strategies of the interviewees that should be implemented in the company.	This upper category is not coded
	SC 2.1. Strategy clinic management Board	The subcode contains all statements by respondents on the desired prevention strategy of the Board of Management.	"A board statement on the zero tolerance policy on sexual harassment implies that taboo topics will be allowed to establish a low-discrimination culture." (Ä13, Abs. 92)

UC	Sub-categories	Definition of category / Coding rules	Anchor Examples
	SC 2.2. Senior positions (Leadership culture)	<p>Strategic prevention defined by the Executive Board, which should help further develop the organization in the long term and be implemented in the departments at short notice.</p> <p>Caution: duplicates with the subcode "organizational development" are possible.</p> <p>Coding rule: Management Board strategies for reducing sexual harassment: institutional measures of the company are coded here. (short-term/long-term measures are coded)</p> <p>Guidelines for fair play (e.g. short-term) Complaints process Gender parity in top positions (e.g. long-term-measures) Reduction of short limited employment contracts A ban on the clinic etc.</p> <p>This subcode includes the role of leadership positions, their attitudes towards the role of the supervisor.</p> <p>Their role in the active intervention process and in the prevention of sexual harassment in the department. Superiors have set a good example in dealing with sexual harassment and to prevent and reduce sexual harassment / discrimination through.</p> <p>Senior leadership measures to create a non-discriminatory working atmosphere.</p> <p>Coding rule: All statements on the role model function of superiors and (desired) leadership culture, which can reduce sexual harassment by preventive means.</p>	<p>"Guidelines on desired behavior and complaints procedure in case of sexual harassment." (Nurse 13,Abs.74)</p> <p>"Gender parity in all management positions and committees is an important step towards gender equality and the prevention of sexual harassment." (Doctor 14,Abs.72)</p> <p>"Flat hierarchies and the appreciation of employees can contribute to an improved team culture." (Doctor 6, Abs.38)</p> <p>"Seniors are role models and must implement the zero tolerance policy." (Doctor 1, Abs. 74)</p> <p>"The team leader should present information on the topic once a year on protection- possibilities and prevention-strategies." (Nurse 11, Abs. 64)</p>
	SC 2.3. Personnel development through advanced training	<p>This subcode contains all statements by the occupational groups on personnel development, which includes all forms/formats of further education and team development.</p> <p>Coding rule: Consulting formats, continuous training, compulsory training, short training courses</p> <p>e.g.</p> <p>Communication trainings as a standard tool Inter-professional trainings Info Days on the topic</p>	<p>"Short info on the topic in journal clubs (...)" (Doctor 10, Abs.108)</p> <p>"Cross-professional training on the topic to reach a common understanding and to learn techniques and strategies (...)" (Doctor 1,Abs.73)</p>

UC	Sub-categories	Definition of category / Coding rules	Anchor Examples
	SC 2.4. Prevention at the structural level	<p>This subcode contains all statements by the interviewees, which are to be introduced into the central structures and can be used by all employees as an offer. All offers of measures that should be implemented in the central structures/on structural levels</p> <p>Coding rule: e.g. Central offers addressed to all employees Central representatives for consulting, Information with posters/flyer Anonymous technical systems e.g. Whistleblower</p>	<p>"Anonymous, low-threshold reporting systems might be an important measure." (Nurse 8, Abs.28)</p> <p>"Posters, information flyers, publishing consulting offers, this is a signal also for new employees that the topic is not taboo." (Nurse 15, Abs.40)</p> <p>"Central representatives for consulting and support." (Nurse 4, Abs.86)</p>
	SC 2.5. Organizational Development	<p>This subcode contains all statements on the occupational groups' participation in departmental issues, participation in unit change processes and process optimization.</p> <p>In addition, it also contains the management board strategies that are decisive for the long-term development of the organization.</p> <p>Caution: duplicates with "Prevention Management Board" are possible</p> <p>Coding rule: Employees take part in the organization change process with short- and long- term measures</p> <p>e.g. short- term measures: Workflow and process optimization in the department e.g. long-term measures: gender parity in top positions; fill all the vacant positions</p>	<p>"I would like the company suggestion scheme, so that employees have more influence on workflows, their work processes and optimization." (Nurse 9, Abs.113)</p> <p>"Gender parity in all management positions and committees is an important step towards gender equality and the prevention of sexual harassment." (Doctor 14, Abs.72)</p>
	SC 2.6. Safety systems and construction measures	<p>The subcode contains information on building protection, technical protection, and security that covers all occupations.</p> <p>Coding rule: Safety system: technical, Security, and construction shelter</p>	<p>"Protection instruments we can use in escalating situations, such as an emergency button, security, or an emergency code." (Nurse 1, Abs. 136)</p>

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Sabine C. Jenner, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Prävalenz, Schutz und Prävention von sexueller Belästigung im klinischen Ambiente – Ergebnisse der qualitativen WPP Studie der Charité – Universitätsmedizin Berlin selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Grafiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

[Für den Fall, dass Sie die Forschung für Ihre Promotion ganz oder teilweise in Gruppenarbeit durchgeführt haben:] Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der unten stehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum 08.04.2021

Unterschrift

Anteilserklärung zur erfolgten Publikationen

Publikation

Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study

Sabine C. Jenner, Pia Djeremester, Sabine Oertelt-Prigione, *Journal Interpers Viol.* 2020
Jan 30:886260520903130. doi: 10.1177/0886260520903130.

Impact Factor: 3.573

Leistung der Promovendin im Einzelnen: Öffentlichkeitsarbeit und Präsentation der WPP-Studie zur Studienteilnahme 90%; Erstellen des Interviewleitfadens 95%; Akquise der Interviewees 100%; Durchführung der Interviews 100%; Transkription des Interviewmaterials 100%; Datenanalyse Methode der qualitativen Inhaltsanalyse 100%; Erstellen des Kodierleitfadens 100%; Tabellen u. Appendizes 100%; Manuskript-Vorlage und Tabellen in Englisch 100%

Unterschrift, Datum und Stempel des/ der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2019** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"PSYCHOLOGY, APPLIED"** Selected Category
 Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 84 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	International Review of Sport and Exercise Psychology	1,058	14.333	0.001520
2	Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior	1,521	10.923	0.007440
3	JOURNAL OF MANAGEMENT	24,234	8.880	0.022000
4	Journal of Occupational Health Psychology	4,491	7.365	0.005710
5	LEADERSHIP QUARTERLY	10,275	6.642	0.008060
6	PERSONNEL PSYCHOLOGY	8,568	6.571	0.006030
7	JOURNAL OF APPLIED PSYCHOLOGY	41,414	5.851	0.020830
8	ORGANIZATIONAL RESEARCH METHODS	6,877	5.705	0.006070
9	JOURNAL OF ORGANIZATIONAL BEHAVIOR	12,953	5.026	0.010790
10	JOURNAL OF VOCATIONAL BEHAVIOR	11,679	4.075	0.007260
11	JOURNAL OF COUNSELING PSYCHOLOGY	8,770	3.697	0.005680
12	Human Resource Development Quarterly	1,479	3.688	0.000590
13	WORK AND STRESS	3,290	3.634	0.001980
14	JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE	7,658	3.573	0.010260
15	JOURNAL OF BUSINESS AND PSYCHOLOGY	3,393	3.289	0.004220
16	Industrial and Organizational Psychology-Perspectives on Science and Practice	1,302	3.174	0.002600
17	HUMAN FACTORS	6,763	3.165	0.005330
18	APPLIED ERGONOMICS	7,659	3.145	0.008560
19	JOURNAL OF CONSUMER PSYCHOLOGY	5,809	2.958	0.006440
20	European Journal of Work and Organizational Psychology	3,338	2.882	0.004540



Original Research

Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study

Journal of Interpersonal Violence

1–26

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0886260520903130

journals.sagepub.com/home/jiv



Sabine C. Jenner, BA, MA,¹ Pia Djermeister, MD,¹
and Sabine Oertelt-Prigione, MD, MScPH, PhD^{1,2} 

Abstract

Sexual harassment and gendered discrimination in the workplace are global issues that can affect anyone regardless of their age, gender, job title, or field of employment. The medical field is also relevantly concerned, yet effective prevention measures are scarce. The purpose of this study was to explore preventive options for sexual harassment in an academic medical context from the employees' perspective and to develop transferable strategies. We conducted semi-structured interviews with 15 female physicians and 15 female nurses working at a tertiary referral center in Berlin, Germany, in the months of April to November 2015. The one-on-one interviews addressed the perception of sexual harassment and available and desirable preventive measures. Data were analyzed by qualitative content analysis. The participants outlined preventive measures at two levels: individual and institutional. Individual options included personal safety measures and individual protection strategies against patients, peers, and superiors. Institutional strategies included guidelines and workplace policies, structured complaint and reporting procedures, formal training options, and organizational development and leadership strategies. The current study highlights how the prevention of sexual harassment hinges on a combination

¹Charité–Universitätsmedizin Berlin, Germany

²Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

Corresponding Author:

Sabine Oertelt-Prigione, Chair of Gender in Primary and Transmural Care, Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Center, Geert Grooteplein 21 (route 117), 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

Email: sabine.oertelt-prigione@radboudumc.nl

of individualized and system-wide measures to capture the personal as well as the organizational dimension of sexual harassment. Only a concerted effort addressing both aspects will sensitize the workforce, support the victims, and prevent sexual harassment in medical institutions.

Keywords

sexual harassment, physician, nurse, academic hospital, prevention

Introduction

Sexual harassment and gender discrimination in the workplace are global societal issues that affect people regardless of their age, gender, job title, or field of employment (DeSouza & Solberg, 2003; Fundamental Rights Agency [FRA], 2014; Strub, 2008). Harassment can range from being subjected to unwanted and unrequested sexualized behavior to being a victim of threatening or aggressive actions (Antidiskriminierungsstelle des Bundes [ADB], 2015a; Fitzgerald et al., 1997; Gelfand et al., 1995; Latcheva, 2017; McDonald, 2012).

Studies of sexual harassment and violence around the world identified high rates of sexual harassment among health care professionals (Cheung et al., 2017; Fallahi Khoshknab et al., 2015; Wang et al., 2012; Wu et al., 2012). Forms of harassment range from verbal attacks to unwanted attention to physical attacks. Perpetrators in the medical workplace can be patients and their relatives, colleagues, and superiors, as well as administrative staff. According to the international literature, those most at risk are female doctors (Bruce et al., 2015; Carr et al., 2000; Crebbin et al., 2015; Jagsi et al., 2016) and female nursing staff (Cogin & Fish, 2009; Magnavita & Heponiemi, 2011; M. B. D. Nielsen et al., 2017; Spector et al., 2014). The latter appear to be the most significantly affected group by various forms of verbal aggression and violence (Mai et al., 2015; Schnapp et al., 2016; Shafran-Tikva et al., 2017; Vorderwülbecke et al., 2015).

Sexual harassment has several dimensions. It is a health issue (Chan et al., 2008; Fitzgerald et al., 1994; M. B. Nielsen & Einarsen, 2012; Rospenda et al., 2009) that can lead to a range of psychosomatic symptoms such as chronic back pain, neck pain and headache, chronic gastrointestinal pain, cardiovascular symptoms, as well as anxiety disorder and depression (Harned & Fitzgerald, 2002; Mamaru et al., 2015; Rospenda et al., 2009; Stock & Tissot, 2012; Thurston et al., 2019). Second, sexual harassment has a structural dimension. It can weaken the capacity to work as a team and negatively impact the general work environment (Magnavita & Heponiemi,

2011; Malik et al., 2014; Raver & Gelfand, 2005; Willness et al., 2007). Over time, the waning commitment and lack of trust in the organization can lead to a decline in productivity and innovation. Third, it has an economic dimension due to incurring medical costs and loss of productivity (Fitzgerald et al., 1997; Lapierre et al., 2005; Merkin, 2008; Sims et al., 2005). Last, it has a public dimension in the form of tainting an organization's reputation with all the associated consequences.

Both international and domestic studies point toward a need for protective and preventive measures against sexual harassment in the workplace (ADB, 2015b; Fitzgerald et al., 1994; Joubert et al., 2011; McDonald et al., 2015). Although the European Union (EU) commission requested member states to prevent and proactively engage with sexual harassment in the workplace in the year 2002/2006 (EU Commission & Parliament, 2002; Latcheva, 2017; Zippel, 2009), these recommendations were enforced in the member states to varying degrees. In Germany, the equal opportunity law (AGG—"Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz") from the year 2006 enforces the employer's and supervisor's duty of protection toward employees and recommends a proactive approach (ADB, 2015a). The AGG, however, is not specifically targeted at sexual harassment, but at all forms of discrimination in the workplace. Organizations are encouraged to institute an official AGG complaints office; yet, the law does not specify how the structural management of complaints has to be enacted. Furthermore, even with a legal framework in place, actions in the workplace to reduce the taboo and stigma of sexual harassment and proactively engage in prevention remain rare. Preventive measures need to be adjusted to the specific work environment, as harassment might appear in different forms depending on the work culture of the organization. In the present study, we explored the array of different personal and institutional preventive measures known to hospital staff. We assume that preventive measures against sexual harassment will be more effective if they are adapted to the organizational context and that this needs to be taken into account during their development. Thus, while considering the specifics of our organization, we sought to identify options that could be successfully transferred to other settings.

Method

Aim

The purpose of this study was to explore the breadth of preventive options for sexual harassment in the academic medical context from the employees' perspective.

Setting

Charité–Universitätsmedizin is one of the largest medical faculties in Europe. At the time of the project, it had around 11,000 employees, of whom around 1,600 were physicians and around 3,200 nurses. The faculty is composed of several hospitals throughout the city, and with its 17 centers, it covers all clinical and surgical specialties. The medical center has been home to a violence prevention clinic and a network of specialized practitioners for a decade. The subject of their work is, however, the identification and prevention of domestic violence, not sexual harassment. The target population for these activities are patients, not employees of the hospital. The current project was the first investigation of sexual harassment within the institution. The qualitative study presented in this manuscript was one of three subprojects within the larger WPP (watch–protect–prevent) study. WPP included one quantitative subproject aimed at identifying prevalence of sexual harassment (Jenner et al., 2019), one structural subproject directed at exploring legal options for prevention, that is, workplace policies (Oertelt-Prigione & Jenner, 2017), and the present subproject directed at the participatory exploration of preventive options. The aim of the subproject was twofold: the exploration of transferrable protective measures and the development of a catalog of tailored interventions for our institution. As the organizational setting has a significant impact on the development of preventive measures, qualitative interviews exploring the institutional knowledge of various stakeholders represented the best option to acquire the analytical depth needed.

Study Design

The study consisted of qualitative semi-structured interviews with physicians and nurses working at Charité–Universitätsmedizin. Ethics approval (EA1/350/14, December 15, 2014) and approval by the three employee representations/staff councils (clinical, academic, and general) was obtained.

Sampling and Recruitment

Initially, we planned to include women and men in equal numbers in the current study but throughout the recruiting process, it became clear that male colleagues were very reluctant to participate in interviews on the topic of sexual harassment. As participation was voluntary and quality of data depends on willingness to share, we decided to focus on female employees only. Moreover, as women are significantly more affected by severe forms of sexual harassment in general and in our institutions' sample (Jenner et al., 2019), their perspectives on prevention appear worthy of in-depth exploration. We

focused on individuals active in the field of care and proceeded with recruiting 15 nurses and 15 physicians of different ages and with different degrees of experience. To recruit participants, an extensive information campaign about the study was conducted which included the following strategies: (a) an official invitation signed by the medical director to all department heads to encourage participation of their employees, (b) a feature of the study and its objectives in internal media (intranet, newsletters, etc.), (c) a project website with study-specific and general information as well as support materials, (d) a direct email to all physicians working in the hospital, (e) a visual advertising campaign, and (f) direct presentations at department meetings and grand rounds. Employees were addressed by personal mail and invited to participate through contacting the study coordinator.

The initial intention to recruit participants in equal numbers from different fields of medicine proved difficult due to the general reluctance to participate in individual interviews; hence, next to spontaneous recruiting, snowballing was also used to identify potential participants. These were approached personally and informed about the study and its aims and given time for opting in. If the study team received no feedback, no further attempt at recruitment was made.

Data Collection

We conducted one-on-one semi-structured interviews on the perception of sexual harassment and possible preventive measures in the months of April to November 2015. The questions were developed to integrate the findings from our quantitative survey on incidences of sexual harassment. Questions were open-ended and designed for maximum inclusiveness of different disciplinary backgrounds. The interviews were conducted face-to-face and audio recorded. Notes were also taken by the interviewer. All interviews were conducted by the same interviewer (S.J.) to minimize inter-researcher variability. Interviews were anonymized, transcribed by an external provider bound to professional secrecy, and returned for analysis. All participants were female. We did not collect any personal identifying information beyond the recruitment process; hence, all information on age, seniority, and field of work cannot be reconnected to the interviewees. The only information registered was whether the participant was a physician or a nurse. To ease reading, all interview quotes were translated into English.

Data Analysis: Choice of Methodology

For the research methodology, we have applied content structuring qualitative analysis, a variant of the qualitative content analytical procedure developed by Philipp Mayring (2015, 2016). Content categories or the category

system represent the central defining feature of the analytical methodology (Mayring, 2016). M. Schreier defines the category system as a systematic structuring of text material into primary and subcategories. Content structuring analysis is systematic and rule-based, which increases its validity and reliability (Mayring, 2016). Intercoder reliability is secured through independent coding by two or more researchers. Results are then compared, reflected, discussed, and consistent results secured.

Data Analysis: Process

We applied the content structuring qualitative analysis. Briefly, two members of the team (S.J. and P.D.) analyzed the text by applying the following steps: familiarizing with the material, derivation of upper categories from the interview guideline, and marking of passages that contain a statement about the primary categories. After the consensus was reached, the primary analyst (S.J.) proceeded with the analysis of all transcripts. The text was analyzed in iterating rounds of paraphrasing and generalizing. Specifically, relevant text passages were identified and paraphrased, that is, rewritten in such a way that only a brief, content-limited statement remains. At the end of this step, many paraphrases emerge as “generalizations.” These generalizations substantially overlap in their content. The redundant paraphrases are then deleted or summarized in the next step—the reduction (Appendix 1 in Supplementary Material 2). After revision and further reduction, the subcategory system was defined (Appendix 2 in Supplementary Material 3). Written memos and annotations were recorded for the development of the coding and subcoding system using MAXQDA software (VERBI Software GmbH, Berlin, Germany). This facilitated the identification of exemplary text passages (“anchor examples”) and structuring of the text (Appendix 3 in Supplementary Material 4). As a final step, the third analyst (S.O.-P.) reviewed all anchor examples, codes, paraphrases, and subcodes, to identify potential incongruences.

Results

We interviewed 30 female employees, 15 physicians, and 15 nurses (Table 1). We aimed at the inclusion of different departments and disciplines to take different cultures into account. We included both emergency medicine and psychiatry as these are two high-risk fields given the nature of the patients’ illnesses. Seniority was also equally represented in the medical field as hierarchy and agency might be significantly correlated.

Table 1. Study Population.

Participant characteristics	Physicians (<i>n</i> = 15)	Nurses (<i>n</i> = 15)
Age (years)		
20–29	2 (13%)	3 (20%)
30–39	5 (33%)	3 (20%)
40–49	4 (26%)	5 (33%)
50–59	2 (13%)	4 (26%)
>60	2 (13%)	0
Departments		
Internal medicine	6 (39%)	7 (46%)
Surgery	5 (33%)	2 (13%)
Emergency medicine	2 (13%)	4 (26%)
Psychiatry	2 (13%)	2 (13%)
Clinical position		
Resident/fellow	4 (26%)	NA
Attending physician	5 (33%)	
Senior attending physician/division head	6 (40%)	

The participants described preventive measures at two levels: individual options and institutional interventions. Prevention can be executed at the individual level, in the form of behaviors, and actions that can be learned and implemented autonomously (Tables in Supplementary Material 2–4). Institutional interventions are powerful tools that can achieve cultural change; however, they depend on the participation and support of multiple stakeholders. Institutional interventions always require some form of compromise and sponsorship and usually take more time to be implemented. A combination of structural factors with individual options appears as the most effective way to combine immediate agency with long-term change. The development of the single categories is detailed in Supplementary Materials 2 to 4 of this manuscript. In the following description, we proceed from individual safety measures to measures that can be implemented at the team level, with peers and superiors. We then move to the institutional options, starting with the need of a guideline or workplace policy, and then moving down the hierarchy. We first address the need for leadership commitment at different levels and then proceed to discuss how information campaigns and trainings for all employees could be developed. Last, we address how sexual harassment and discrimination are phenomena embedded in a larger context of gender inequality and discrimination and how targeting these aspects could reduce incidences of harassment.

Individual Preventive Measures

Subjective safety protection. Doctors and nurses identify different individual strategies to protect themselves in threatening situations. Nonverbal communication and behavioral cues are commonly used, as well as simple and direct requests to stop a certain type of behavior. All participants clearly stated that certain behaviors are not tolerated and should not be normalized in the professional context.

I make it clear at an early stage using facial expressions and gestures that there is a shield here, nothing will penetrate it—I verbally clarify that you'd better not attack me. (Interview doctor, 12)

In situations where someone is crossing a line I make my boundaries very clear: stop! Enough! That's not how I want you to communicate with me! (Interview nurse, 4)

Nurses are more likely to be targeted by patient abuse, white coats are protective. The more dominant and defensive she appears, the less likely a woman will become a victim. Clear, clear boundaries must be set immediately. (Interview doctor, 6)

To protect myself I set clear limits, first of all with facial expressions and gestures, I distance myself and convey that I do not tolerate contact in this way. If necessary I verbalize this and say stop, I will not communicate with you. (Interview doctor, 7)

This is not part of the job description, that you have to feel harassed, or that you are sexually attacked, but . . . you can deal with it self-confidently, you can set a clear stop signal and you should deal with it openly. This is what I think, this is something that needs to be established. (Interview nurse, 4)

General de-escalation techniques developed in conflict management training are also addressed. Identifying oneself as a representative of the medical profession overall allows them to maintain emotional distance. The aggressive outbursts and verbal attacks are reframed as general feelings toward the institution or toward a particular medical situation and not as a personal matter.

I see myself purely . . . as a representative of the institution and the patient is acting out, but it's not aimed at you personally. I shake off comments and deal with the situation quite well. (Interview nurse, 4)

In the de-escalation training we were able to find a common language across all occupations, how to deal with attacks. (Interview doctor, 1)

Nursing staff, who are exposed to more direct physical contact with patients, emphasize how a clear definition of their role is helpful in establishing boundaries. This also includes verbalizing the fact that they are not to be perceived as an object of sexual attention.

What can work well is to clarify what your role actually is—you are not an object of lust, but are working in a professional, in a therapeutic capacity. (Interview nurse, 4)

When it comes to patients I usually say something like “not like that” or “Stop! That’s going too far—that’s below the belt.” Sometimes people are really shocked, especially patients, by the reaction that I have [..] But you have to clearly say stop, so I do. (Interview nurse, 4)

If other strategies prove unsuccessful, ignoring patients, especially those that are cognitively impaired or under the influence is a common option. If the situation escalates, asking for help from a second, possibly male, colleague was advised.

Individual protection against harassment from peers and superiors. Physicians and nurses describe various methods of engaging with inappropriate behavior by colleagues and senior staff. Alliances between female colleagues who can trust each other are named as one form of self-protection, particularly in the case of sexual harassment.

Withdrawal or ignoring the attention is a first resort solution. This applies particularly when peers or personnel at different levels of the institutional hierarchy are involved, such as doctors in the case of nurses.

When it comes to my colleagues I don’t stoop to their level. Instead, I take a deep breath, step out of the situation for a moment, calm down and then talk about the situation privately so that I can retaliate when I have the opportunity. (Interview doctor, 4)

Then I just distance myself from it. I don’t have a problem with that either, I mean he should say what he wants, after eight hours I’m out of here. [..] And if it’s really enough for me, then I make it verbally clear. I say: “So now stop it. We don’t know each other, we’re not friends and we don’t have to become friends but we’re in a professional working situation and everyone should treat each other respectfully.” (Interview nurse, 3)

When peers are involved the second step is direct confrontation of the person perpetrating the offensive or harassing behavior.

After the first incident I talk to the colleague as soon as possible and express my outrage, making it clear that behavior of that kind is completely out of order. (Interview doctor, 2)

In the case of superiors, a leadership figure is frequently involved to act as mediator on behalf of those affected. This was reported by both nurses and physicians. Leadership figures can have a protective role while also acting as role models. They can not only demonstrate how to engage directly with a toxic situation but also demonstrate protective and respectful leadership behavior. Trust is an essential component in this.

In one case, where one of our colleagues could no longer be tolerated, we went to the attending together and made it clear that it could not go on like this. And this led to, among other things, the contract of this man not being extended. (Interview doctor, 6)

We're very lucky with our head of department—she has a good overview of gender-specific issues. If things get really bad, we know we can go to her because we trust her. (Interview doctor, 1)

That's also a small additional protective measure for me to be able to go to my boss. This overly poisonous situation happened and I was worried about how to behave. (Interview nurse, 12)

One female doctor referred to the impact of private coaching that gave her professional tools with which to engage with gender-specific interaction on male dominated university panels.

I use skills from private coaching on power and communication to increase my presence in male dominated situations. Exercises around body language, how I present myself, self-awareness and awareness of others have helped me to identify and engage with gender specific behavior. (Interview doctor, 3)

The outlined strategies represent a wide range of potential actions, from the individual verbal and nonverbal protection, to the intercession of peers and mediators. Individual actions can be learned on the job or through professional coaching, thus, in a structured or unstructured manner. Significantly, nurses most frequently reported learning these strategies while on the job, emphasizing how coping strategies are an essential professional asset needed to perform their work. This applies to a lesser degree to the experiences of the interviewed physicians. Professional hierarchy might increase the risk for harassment in some context, but according to the interviewees, it also represents a powerful

distancing tool against patients unwilling to respect professional boundaries. The inclusion of teammates or supervisors demonstrates the importance of bystanders as allies and their role in validating personal experiences and providing active support. The role of the team as protection from physical forms of harassment is particularly important for the nurses, who have more physical contact with patients and are exposed more frequently to physical harassment.

Institutional Preventive Measures

Guidelines against sexual harassment. A workplace policy for prevention is an opportunity for the hospital leadership to clarify and formalize expectations toward employees and contractors, patients, and relatives. All employees including external contractors should have access to the information about rights and obligations defined in the code of conduct. This should be formalized in the employment contract. Both occupational groups stress the need of guidelines for all employees and the need to make these universally known within the organization.

Guidelines surrounding procedures in the case of sexual harassment are important, to show that the business takes the issue seriously and that everyone knows which steps are taken after an incident. (Interview nurse, 11)

Then I would publish a public statement in the first place on the intranet that tabooed topics like sexual harassment can be addressed and this is a way to establish a low-discrimination culture and a change in values. (Interview doctor, 13)

Clear guidelines for patients, like codes of conduct, are also mentioned. This is of particular importance to nursing staff, who feel more vulnerable and exposed to attacks from patients and relatives. Staff expect protection from management and clear guidelines for action in case of repeated unacceptable behavior. The difficulty of acting on patients' abuse is also expressed.

Nursing care is at the front line and yet if a situation gets precarious we have hardly any protection. . . . I feel like we're on our own and there's no one supporting us. Everyone seems to avoid the topic of reprimanding patients and relatives or banning them altogether. (Interview nurse, 1)

When patients or relatives are aggressive, threatening or sexually abusive, we can always call our head of department who will call for it to stop. In cases like this, people should actually be banned from the clinic, but no one is brave enough to do that. (Interview nurse, 2)

Leadership commitment. A public statement by the executive board is important in a hierarchical system and can contribute to engendering a shift in values and work culture. Interviewees from both professions believe that issuing a public statement regarding a “zero tolerance attitude” toward sexual harassment would be a significant step. A statement by the board has an impact on multiple levels; it shows openness to addressing taboo topics, raises awareness, and places the issue at the decision-making level.

A culture of political correctness is communicated from the top down, with the management committee and senior management acting as role models. Discrimination is not accepted. Politically correct behavior starts at the top, with the management and senior staff. (Interview doctor, 1)

We have extensive specialist-case meetings, but there is no room for anything outside of this. Certain taboo and soft skills topics should be fundamentally integrated into the meetings as they play an important role in our socio-communicative qualifications for our profession and can help decrease conflicts within teams. (Interview doctor, 8)

The formal commitment can strengthen self-esteem among victims, encouraging them to defend themselves in these kinds of incidents and to report them. For the potential perpetrator, it also signals possible consequences. To translate such a commitment into practice, all employees need to be adequately informed. Information about policies and procedures should, thus, be accessible to all employees and known to everyone in the organization.

All (new) employees should be made aware of a transparent procedure in the case of an incident. . . . This is made possible if everyone has been adequately informed on the issue and its consequences. (Interview doctor, 7)

Senior positions. Both nursing staff and doctors emphasize the significant role that senior staff play as role models. Senior staff have a responsibility to promote a fair institutional culture. They should be able to recognize sexual harassment and discrimination, to actively intervene and to take the necessary steps to manage it. Some senior staff mentioned their awareness although they remain isolated examples.

It is senior staff that create a team culture that should be supportive and transparent, with clear boundaries. . . . As a boss, I have an open door and open eyes policy and try to initiate rituals that allow us to work together in the correct way, for example through supporting my colleague’s results and performance and of course by being a role-model myself when it comes to this topic. (Interview doctor, 12)

In a senior position, it also becomes clear that responsibility is held toward both victims and perpetrators. The latter should be held accountable and nudged into behavioral change. Teams should also appoint selected members as contact points in case of harassment. Many service responsibilities are delegated within teams and safety and counsel should be one of them.

I speak directly to the perpetrator and tell them very clearly that sexual harassment is completely unacceptable. I expect them to reflect on their behavior and change it. In our team meetings the case is talked about anonymously and evaluated. (Interview doctor, 13)

Perhaps the head nurse should bring up the topic once a year in our meetings, to remind people of it—like “hey! If something happens, come to me!” Or name particular people in the team who are solely responsible for taboo topics. That would help make the issue more serious. We have people appointed for every other technical process but nobody when it comes to interpersonal matters. (Interview nurse, 12)

Information on complaint procedures and reporting. Clear indication of instances for reporting of incidents as well as clearly defined complaint procedures are of extreme relevance. This information should be readily available on the intranet. Employees should also be made aware that consultation does not necessarily lead to a formal complaint procedure.

All employees should know where they can turn in the case of sexual harassment. A notice could be placed in the showcase in the wards or on the first page on the intranet. (Interview nurse, 11)

For me it would be important that for all groups of employees it is recognizable that when situations of abuse occur, and they do not have to be sexual, but they can also be abuse in the sense of superior misbehavior, they can be located in the area of bullying, that everyone is aware that the company offers a trustworthy place where one can make this a subject of discussion. (Interview doctor 12)

To facilitate support and advice, counseling offers should be easy to access. In addition to in-person options, anonymous options should also be considered. Suggestions include a centralized anonymous system (similar to the critical incident reporting systems [CIRS]), an informal hotline, or a whistleblower program to highlight taboo and discrimination issues. These options are considered especially relevant given the possible career-altering consequences of a formal complaint procedure.

Many people don't really know what they should do, especially if their boss isn't doing anything about it. We're working in a hierarchical system in which complaints can have unforeseeable consequences. (Interview doctor, 8)

I would actually create both anonymous, i.e. public information or advice or simply contact points where you can actually call anonymously and get informed. Maybe a bit like CIRS, there's this system, that's actually documenting things like that in order to get insights. (Interview doctor, 13)

Training. In the context of informing all employees, trainings have an important role. Mandatory trainings for superiors and voluntary training for junior staff are mentioned by both occupational groups. Nursing staff place emphasis on training in an interdisciplinary setting. Due to time constraints, female doctors suggest short and focused presentations on the topic within team meetings.

Short trainings on sexual harassment and soft skills should be integrated into the Journal Club, and clinic conferences. Senior staff responsible for personnel should be mandated to attend compulsory trainings around duty of care and how to deal with issues of sexual harassment. (Interview doctor, 10)

I'd promote advanced trainings. Because you get shown a simple way, how can I behave and what may or must I allow, what can I allow? And what do I do to avoid having to put up with this at all! (Interview nurse, 5)

The trainings in methods of de-escalation that are mandatory for staff in high-risk environments, such as the ER or psychiatry wards, are mentioned as protective measures by both professions. Within the trainings, an example of a sexual harassment is employed and protective strategies are practiced. This format combined a self-protection training and the opportunity to honestly discuss personal experiences.

Sexual harassment was also mentioned in the de-escalation training. . . . The training allowed us, as an interdisciplinary team, to find a common language . . . For me it was also the first time that I had the chance to talk about my helplessness in those kinds of difficult patient situations. (Interview doctor, 1)

Organizational development. Sexual harassment can be facilitated or prevented by organizational factors. For example, staff shortage and unclear work schedules generate high pressure, stress, and uncertainty. Addressing these factors could decrease the general risk of discrimination, harassment, and inappropriate behavior.

Well one of the biggest problems we have is how we plan our work. It can be a really serious problem. . . . Our complaints regarding work schedules and organization are just not taken on board by the senior doctors and by management. (Interview nurse, 9)

Measures to strengthen gender equality, particularly in departments dominated by men are also mentioned as a long-term strategy to protect against sexual harassment.

Ensuring equal numbers of men and women within all commissions and boards in the faculty is an important step towards gender equality. In order to actively drive women towards senior positions, a reward-punishment system should be introduced by the top level management. (Interview doctor, 13)

Promoting women as a management strategy! Introduce reward incentive schemes, or make contracts for women permanent until there is gender parity at this level. Senior level positions and qualifications towards consultancy positions should also be made possible at a part time level. This would all be a start in giving women with children or single parents the opportunity to advance their career. (Interview doctor, 14)

The most impactful measure at organizational level appears to be a guideline or workplace policy that lays out the legal framework for the management of incidents. Furthermore, the support by leadership, at the board, department, and team level, is essential to implement the interventions detailed in the guideline and provide support to victims. A lack of information about rights, policies, and counseling services is perceived as a major problem, which should be adequately addressed through information campaigns and formal inclusion of the guideline content in training. Doctors and nurses mentioned all these aspects in equal measure. Last, sexual harassment does not represent an isolated incident, but is rooted in an organizational culture, which provides impunity to perpetrators. One opportunity to disrupt this mechanism could be gender equity in leadership and formal interventions against gender discrimination, which is structurally connected to harassment.

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study addressing the development of preventive measures against sexual harassment in academic medicine from an employee perspective. The results clearly point toward two areas of prevention, personal and organizational (Table 2). The challenge lies

Table 2. Sexual Harassment Protection and Prevention Measures.

Level of intervention	Executive Board	Management/Senior Staff	Employees
Case-related (individual) aspects			
Guidelines/workplace policy for the prevention of sexual harassment	Develops workplace policy with relevant parties Implements workplace policy and ensures application Requests information all employees about rights and obligations, prevention measures, and expected professional conduct	All senior staff know the workplace policy's content and their accountability toward a harassment-free environment. Their knowledge is reflected in their leadership style	All employees know where to find help, their rights and options, and how a complaint procedure works
Information	Assigns duty ^a of dissemination of clear, findable and always accessible information about rights, counseling and support opportunities, complaint procedure Supports information campaigns (flyers, brochures, posters, website, "help" button on the intranet, information hotline, etc.)	Address sexual harassment prevention regularly at team meetings and department rounds Direct new employee toward information resources Are well informed about the topic and the information sources and openly share knowledge	Know their rights, options and where to find the information Share information with colleagues, know counseling options
Complaint procedure/case reporting	Promotes transparent complaint procedures to reduce inappropriate conduct Supports the prosecution of all reported cases and the application of adequate sanctions	Senior staff recognize sexual harassment, actively intervene and initiate the complaint procedure	Aware of the complaint procedure and their options Actively encourage reporting if colleagues are affected
Contacts for counseling/aid	Actively supports central and peripheral counseling options Encourages visibility of counseling and aid options	Senior staff support contact persons in all departments/wards for informal counseling Contact persons interact with the central/formal counseling points and can advise employees on further steps	Nominate trustworthy colleagues as contact persons Direct fellow colleagues to the contact person, if needed

(continued)

Table 2. (continued)

Level of intervention	Executive Board	Management/Senior Staff	Employees
Structural (organizational) aspects			
Zero tolerance policy	The board is responsible for a culture of openness and respect Releases official statement about “zero tolerance policy“ against sexual harassment/discrimination Inclusion of “zero tolerance statement” in mission/vision of the organization	Senior staff have role model function. Senior staff have a legal duty to protect employees ^b Senior staff are trained in putting “zero tolerance” policy in place	Employees are actively encouraged to defend and support colleagues and to speak up if they witness harassment
Recruitment process	Mandates that all senior staff be informed about the workplace policy and professional conduct Policy is part of the documentation package for new employees	Ensure that all newly recruited employees in senior roles attend mandatory trainings Ensure that all new employees are aware of the workplace policy and support options	All new employees know the procedure in case of an incident and/or know where to ask for help
Trainings	Requests development of adequate training Mandates training for all staff with personnel responsibility Encourages training for all employees	All senior staff attend mandatory trainings Encourage junior employees to attend voluntary trainings Formally acknowledge participation by conferring CME (continuing medical education) credits ^a	Attend voluntary trainings Encourage colleagues to attend trainings
Optimizing overall work processes	Recognizes factors that might favor stress and strain within the workforce (e.g., staff shortages, unclear work procedures) and could indirectly favor misconduct	Clearly define roles, tasks and responsibilities Enables strategies to reduce work stress and potential conflict	Contribute to optimizing work flow in (interprofessional) teams
Gender equality	Explicit support of gender equity in the workplace as one strategy to reduce potential gender-based harassment	Openly encourage gender balance in senior positions and teams	Are aware of the gender dimension in their profession

^aThe responsible entities will vary depending on the organizational set-up and practices. ^b German law attributes a duty of “employee protection” (Fürsorgepflicht) to employers (§§ 617-619 BGB, § 1 and 12 AGG).

in the need to combine highly tailored interventions for personal prevention with broad system-wide organizational measures.

Sexual harassment is a phenomenon that is perceived at the personal level and several of the suggested prevention strategies emphasize this personal dimension. Perception and reaction to sexual harassment vary greatly (Hinze, 2004; McLaughlin et al., 2012; Stratton et al., 2005; Wear & Aultman, 2005), depending on agency, experience, and personality, yet the need for physical and emotional distancing represents a generalized first step. The ability to distance oneself, emotionally and physically, is, however, limited by the impact of power dynamics. Specifically, protection options toward a violent patient are much more immediate and actionable than distancing from a harassing colleague that one shares regular shifts with. Emotional distancing requires further steps, which frequently cannot be taken by the victim alone. Support from colleagues, bystanders, and superiors play an essential role. This is even more relevant if superiors themselves are the perpetrators. In this case, mediation by a third party becomes essential in supporting face-to-face communication, if this is an option. Overall, preventive measures at the personal level are highly individualized interventions that need to be tailored according to the characteristics of the victim, the perpetrator, and the power dynamics in their relationship. This represents a logistic challenge and emphasizes the need for expert counseling.

Organizational prevention, however, hinges on broad actions to reach the largest possible audience and on the establishment of general protective mechanisms. The initial step organizations should be taking is the removal of the taboo around sexual harassment itself. Sexual harassment is a ubiquitous phenomenon (FRA, 2014; McDonald, 2012; Quick & McFadyen, 2017; Rosenthal et al., 2016) and its incidence does not decrease if it is not explicitly addressed. On the contrary, the first step for system-wide preventive action is the acknowledgment of its existence (Feltes et al., 2012; Meloni & Austin, 2011; Stockdale et al., 2004; Walsh & Gates, 2018). Removing the taboo around sexual harassment will encourage an organization-wide discussion about the subject. Communication should be open and interdisciplinary to support proactive action. Next, the responsibility of supervisors, leaders, and board members to condemn harassment and protect employees needs to be emphasized to encourage a culture of trust (Dougherty & Smythe, 2004; Johnson et al., 2018; Mathews & Bismark, 2015; Vijayasiri, 2008). Individuals in a position of leadership are role models and have a legal and professional duty of care toward employees. Leaders need to be aware of their role and their responsibilities. Mandatory trainings for all staff and ad hoc offers for single departments or institutes should be implemented to guarantee adequate knowledge of the internal

policies. Many employees refrain from seeking advice out of fear and lack of knowledge about the process. Barriers toward seeking help should be minimized and complaint procedures need to be transparent and consultation easily accessible. Overall, employees wish for an organization to display a clear and unmistakable commitment.

Our interviews highlighted the need for complex interventions that take into account the personal and systemic dimension of sexual harassment. Although the experience of the victim is always individualized, the conditions that lead to an incident are rooted in organizational culture. Thus, a comprehensive approach to the prevention of sexual harassment needs to offer individualized support, while promoting a safe, open, and accountable organizational culture at all levels.

Although our study highlighted a vast and transferrable range of preventive measures, the information was gathered at a single institution in an urban setting. Overall, the willingness to discuss the topic was limited among male participants, which did not allow us to gather their perspectives and which highlights the stigma associated with the phenomenon. Furthermore, the intersectional factors associated with working in a stereotypically “female” profession for male nurses and the potential consequences this might have on harassment experiences could not be gathered. A lack of male perspective is also a potential limit for the development of preventive measures that are universally accepted. Although the city of Berlin is relatively diverse for European standards, the majority of health care workers in our institution are Caucasian and mostly of German descent. We did include some participants with an immigrant (mostly Turkish) background, and although this is representative of the country’s reality, it does not represent the experiences of people of color. Participants in the study might have been particularly motivated to engage with the topic and, hence, reflect a specific subgroup. However, with this study, we were not trying to capture a representative picture of harassment experiences, but an array of generalized prevention measures. Hence, their higher engagement might have contributed to the richness of the data.

Conclusion

The current study highlights how the prevention of sexual harassment hinges on a combination of highly individualized and broad system-wide measures. This is needed to capture both the personal and the organizational dimension of the phenomenon (Table 2). Only a concerted effort addressing both aspects will sensitize the workforce, support the victims, and prevent sexual harassment in medical institutions.

Authors' Contributions

S.J. and S.O.-P. designed the study; S.J. acquired the data; S.J. and S.O.-P coordinated the study; S.J., P.D., and S.O.-P analyzed the data; S.J. drafted the manuscript; P.D. and S.O.-P reviewed the manuscript for important intellectual content; and S.O.-P acquired funding.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: The study was funded by the Charité Foundation (Max Rubner Preis_2014_WPP) and the Equal Opportunity Program of the City of Berlin (BCP_SBel). The funding organizations had no role in design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript; and decision to submit the manuscript for publication.

Ethics Approval and Consent to Participate

Ethics approval was sought and granted from the ethics committee of Charité–Universitätsmedizin (EA1/350/14, December 15, 2014). The study was furthermore approved by the three employee representations/staff councils (clinical, academic, and general).

ORCID iD

Sabine Oertelt-Prigione  <https://orcid.org/0000-0003-3856-3864>

Availability of Data and Material

Data are available upon reasonable request from the authors.

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

References

Antidiskriminierungsstelle des Bundes [German Federal Antidiscrimination Agency]. (2015a). *AGG-Wegweiser: Erläuterungen und Beispiele zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz* [AGG Guide: Explanations and Examples in relation to the General Law for Equal Treatment]. Auflage. https://www.gb-check.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Wegweiser/agg_wegweiser_erlaeu-terungen_beispiele.html

- Antidiskriminierungsstelle des Bundes [German Federal Antidiscrimination Agency]. (2015b). *Gleiche Rechte—gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts: Bericht der unabhängigen Expert_innenkommission der Antidiskriminierungsstelle des Bundes* [Equal Rights-against Discrimination due to Gender: Report of the Independent Expert Commission of the Federal Antidiscrimination Agency]. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/Literatur_Themenjahr_Geschlecht/Handlungsempfehlungen_Kommission_Geschlecht.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bruce, A. N., Battista, A., Plankey, M. W., Johnson, L. B., & Marshall, M. B. (2015). Perceptions of gender-based discrimination during surgical training and practice. *Medical Education Online*, 20(1), Article 25923. <https://doi.org/10.3402/meo.v20.25923>
- Carr, P. L., Ash, A. S., Friedman, R. H., Szalacha, L., Barnett, R. C., Palepu, A., & Moskowitz, M. M. (2000). Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Annals of Internal Medicine*, 132(11), 889–896. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-11-200006060-00007>
- Chan, D. K. S., Chow, S. Y., Lam, C. B., & Cheung, S. F. (2008). Examining the job-related, psychological, and physical outcomes of workplace sexual harassment: A meta-analytic review. *Psychology of Women Quarterly*, 32(4), 362–376. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00451.x>
- Cheung, T., Lee, P. H., & Yip, P. S. F. (2017). Workplace violence toward physicians and nurses: Prevalence and correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), Article 879. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080879>
- Cogin, J., & Fish, A. (2009). Sexual harassment: A touchy subject for nurses. *Journal of Health Organization and Management*, 23(4), 442–462. <https://doi.org/10.1108/14777260910979326>
- Crebbin, W., Campbell, G., Hillis, D. A., & Watters, D. A. (2015). Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australasia. *ANZ Journal of Surgery*, 85(12), 905–909. <https://doi.org/10.1111/ans.13363>
- DeSouza, E. R., & Solberg, J. (2003). Incidence and dimensions of sexual harassment across cultures. In M. Paludi & C. A. Paludi, Jr. (Eds.), *Academic and workplace sexual harassment: A handbook of cultural, social science, management, and legal perspectives* (pp. 3–30). Praeger Publishers; Greenwood Publishing Group.
- Dougherty, D. S., & Smythe, M. J. (2004). Sensemaking, organizational culture, and sexual harassment. *Journal of Applied Communication Research*, 32(4), 293–317. <https://doi.org/10.1080/0090988042000275998>
- European Union Commission, & Parliament. (2002, September 23). *Report on the application of Directive 2002/73/EC and of the European Parliament and the Council of amending Council Directive 76/207/EEC on the implementation of the principle of equal treatment for men and women access to employment, vocational training and promotion, and working conditions*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32002L0073>
- Fallahi Khoshknab, M., Oskouie, F., Ghazanfari, N., Najafi, F., Tamizi, Z., Afshani, S., & Azadi, G. (2015). The frequency, contributing and preventive factors

- of harassment towards health professionals in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 3(3), 156–164.
- Feltes, T., List, K., Schneider, R., & Höfker, S. (2012, January). *Gender-based violence, stalking and fear of crime* [Länderbericht Deutschland, EU—Projekt 2009—2011—JLS/2007/ISEC/415]. www.gendercrime.eu
- Fitzgerald, L. F., Drasgow, F., Hulin, C. L., Gelfand, M. J., & Magley, V. J. (1997). Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: A test of an integrated model. *Journal of Applied Psychology*, 82(4), 578–589.
- Fitzgerald, L. F., Hulin, C. L., & Drasgow, F. (1994). The antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: An integrated model. In G. P. Keita & J. J. Hurrell, Jr. (Eds.), *Job stress in a changing workforce: Investigating gender, diversity, and family issues* (pp. 55–73). American Psychological Association.
- Fundamental Rights Agency. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey: Results at a glance*. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>
- Gelfand, M. J., Fitzgerald, L. F., & Drasgow, F. (1995). The structure of sexual harassment: A confirmatory analysis across cultures and settings. *Journal of Vocational Behavior*, 47(2), 164–177. <https://doi.org/DOI:10.1006/jvbe.1995.1033>
- Harned, M. S., & Fitzgerald, L. F. (2002). Understanding a link between sexual harassment and eating disorder symptoms: A mediational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1170–1181.
- Hinze, S. W. (2004). “Am I being over-sensitive?” Women’s experience of sexual harassment during medical training. *Health*, 8(1), 101–127.
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Jones, R., Perumalswami, C. R., Ubel, P., & Stewart, A. (2016). Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. *Journal of the American Medical Association*, 315(19), 2120–2121. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2188>
- Jenner, S., Djermeester, P., Prugl, J., Kurmeyer, C., & Oertelt-Prigione, S. (2019). Prevalence of sexual harassment in academic medicine. *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 179(1), 108–111. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4859>
- Johnson, P. A., Widnall, S. E., & Benya, F. F., National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Consensus study report: Sexual harassment of women: Climate, culture, and consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine*. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.
- Joubert, P., van Wyk, C., & Rothmann, S. (2011). The effectiveness of sexual harassment policies and procedures at higher education institutions in South Africa. *SA Journal of Human Resource Management*, 2011(1), Article 919. <https://doi.org/10.4102/sajhrm.v9i1.310>
- Lapierre, L. M., Spector, P. E., & Leck, J. D. (2005). Sexual versus nonsexual workplace aggression and victims’ overall job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 155–169.
- Latcheva, R. (2017). Sexual harassment in the European Union: A pervasive but still hidden form of gender-based violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(12), 1821–1852. <https://doi.org/10.1177/0886260517698948>

- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(2), 203–210. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x>
- Mai, L. L., Liang, J. Z., Huang, L. D., Lu, E. H., & Li, K. (2015). The study of current status and relevant factors of workplace violence against physicians and nurses in Macau. *Chinese Journal of Nursing, 50*, 1493–1497.
- Malik, N. I., Malik, S., Qureshi, N., & Atta, M. (2014). Sexual harassment as predictor of low self esteem and job satisfaction among in-training nurses. *FWU Journal of Social Sciences, 8*(2), 107–116.
- Mamaru, A., Getachew, K., & Mohammed, Y. (2015). Prevalence of physical, verbal and nonverbal sexual harassments and their association with psychological distress among Jimma University female students: A cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences, 25*(1), 29–38.
- Mathews, B., & Bismark, M. M. (2015). Sexual harassment in the medical profession: Legal and ethical responsibilities. *The Medical Journal of Australia, 203*(4), 189–192.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* [Qualitative Content Analysis: Fundamentals and Techniques]. Springer.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* [Introduction to qualitative Social Research].
- McDonald, P. (2012). Workplace sexual harassment 30 years on: A review of the literature. *International Journal of Management Reviews, 14*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2011.00300.x>
- McDonald, P., Charlesworth, S., & Graham, T. (2015). Developing a framework of effective prevention and response strategies in workplace sexual harassment. *Asia Pacific Journal of Human Resources, 53*(1), 41–58. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12046>
- McLaughlin, H., Uggen, C., & Blackstone, A. (2012). Sexual harassment, workplace authority, and the paradox of power. *American Sociological Review, 77*(4), 625–647. <https://doi.org/10.1177/0003122412451728>
- Meloni, M., & Austin, M. (2011). Implementation and outcomes of a zero tolerance of bullying and harassment program. *Australian Health Review, 35*(1), 92–94. <https://doi.org/10.1071/AH10896>
- Merkin, R. S. (2008). The impact of sexual harassment on turnover intentions, absenteeism, and job satisfaction: Findings from Argentina, Brazil and Chile. *Journal of International Women's Studies, 10*(2), 73–91. <http://vc.bridgew.edu/jiws/vol10/iss2/7>
- Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2012). Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. *Occupational Medicine, 62*(3), 226–228. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs010>
- Nielsen, M. B. D., Kjær, S., Aldrich, P. T., Madsen, I. E. H., Friberg, M. K., Rugulies, R., & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work: Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies, 70*, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.018>

- Oertelt-Prigione, S., & Jenner, S. C. (2017, September). *Prävention Sexueller Belästigung: Praxiswissen betriebliche Vereinbarungen* [Prevention of Sexual Harassment: Practical Knowledge for Workplace Policies]. Hans Boeckler Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_mbf_bvd_369.pdf
- Quick, J. C., & McFadyen, M. A. (2017). Sexual harassment: Have we made any progress? *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 286–298. <https://doi.org/10.1037/ocp0000054>
- Raver, J. L., & Gelfand, M. J. (2005). Beyond the individual victim: Linking sexual harassment, team processes and team performance. *Academy of Management Journal, 48*(3), 387–400. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2005.17407904>
- Rosenthal, M. N., Smidt, A. M., & Freyd, J. J. (2016). Still second class: Sexual harassment of graduate students. *Psychology of Women Quarterly, 40*(3), 364–377. <https://doi.org/10.1177/0361684316644838>
- Rospenda, K. M., Richman, J. A., & Shannon, C. A. (2009). Prevalence and mental health correlates of harassment and discrimination in the workplace: Results from a national study. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(5), 819–843. <https://doi.org/10.1177/0886260508317182>
- Schnapp, B. H., Slovis, B. H., Shah, A. D., Fant, A. L., Gisondi, M. A., Shah, K. H., & Lech, C. A. (2016). Workplace violence and harassment against emergency medicine residents. *Western Journal of Emergency Medicine, 17*(5), 567–573. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.6.30446>
- Shafran-Tikva, S., Zelker, R., Stern, Z., & Chinitz, D. (2017). Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital: A systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Israel Journal of Health Policy Research, 6*, Article 43. <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0168-x>
- Sims, C. S., Drasgow, F., & Fitzgerald, L. F. (2005). The effects of sexual harassment on turnover in the military: Time-dependent modeling. *The Journal of Applied Psychology, 90*(6), 1141–1152.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(1), 72–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Stock, S. R., & Tissot, F. (2012). Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain. *Ergonomics, 55*(2), 147–159. <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.598243>
- Stockdale, M. S., Bisom-Rapp, S., O'Connor, M., & Gutek, B. A. (2004). “Coming to terms with zero tolerance sexual harassment policies”: Erratum and corrected version. *Journal of Forensic Psychology Practice, 4*(4), 65–78.
- Stratton, T. D., McLaughlin, M. A., Witte, F. M., Fosson, S. E., & Nora, L. M. (2005). Does students’ exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? *Academic Medicine, 80*(4), 400–408.
- Strub, S. S. M. M. (2008). *Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz* [Risk and extent of sexual harassment in the workplace]. *Eine*

- repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie [A representative survey in the German-Switzerland and in Romandie]. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG, Staatssekretariat für Wirtschaft SECO [Regional Office for the Equality of Women and Men EGB, State Secretariat of Economy SECO].
- Thurston, R. C., Chang, Y., Matthews, K. A., von Känel, R., & Koenen, K. (2019). Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health. *Journal of American Medical Association Internal Medicine*, 179(1), 48–53. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4886>
- Vijayasiri, G. (2008). Reporting sexual harassment: The importance of organizational culture and trust. *Gender Issues*, 25(1), 43–61. <https://doi.org/10.1007/s12147-008-9049-5>
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., & Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians: A Nationwide Questionnaire Survey. *Deutsches Ärzteblattinternational*, 112(10), 159–165. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0159>
- Walsh, M. N., & Gates, C. C. (2018). Zero tolerance for sexual harassment in cardiology: Moving from #MeToo to #MeNeither. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(10), 1176–1177. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.01.038>
- Wang, L.-J., Chen, C.-K., Sheng, Y.-C., Lu, P.-W., Chen, Y.-T., Chen, H.-J., & Lin, J.-S. (2012). Workplace sexual harassment in two general hospitals in Taiwan: The incidence, perception, and gender differences. *Journal of Occupational Health*, 54(1), 56–63. <https://doi.org/10.1539/joh.11-0063-FS>
- Wear, D., & Aultman, J. (2005). Sexual harassment in academic medicine: Persistence, non-reporting, and institutional response. *Medical Education Online*, 10(1), 4377–4377. <https://doi.org/10.3402/meo.v10i.4377>
- Willness, C. R., Steel, P., & Lee, K. (2007). A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, 60(1), 127–162. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00067.x>
- Wu, S. Y., Zhu, W., Li, H. Y., Lin, S. W., Chai, W. L., & Wang, X. R. (2012). Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American Journal of Industrial Medicine*, 55(11), 1000–1008. <https://doi.org/10.1002/ajim.22097>
- Zippel, K. (2009). The European Union 2002 directive on sexual harassment: A feminist success? *Comparative European Politics*, 7(1), 139–157. <https://doi.org/10.1057/cep.2008.42>

Author Biographies

Sabine C. Jenner, MA, is Women and Equal Opportunities representative at the Charité–Universitätsmedizin. An important focus of her job is the topic of sexual harassment and gender discrimination in the clinical, research and teaching environment. She is convinced that qualitative research of a participative nature represents an ideal resource to explore culturally specific, protective, and preventive measures against sexual harassment in the workplace.

Pia Djermester, MD, is a physician and PhD candidate. She is currently working at the Sankt-Antonius Hospital in Kleve, Germany. Her research interest lies in the consequences of sexual harassment in the academic environment, both at the psycho-physical and professional level.

Sabine Oertelt-Prigione, MD, MScPH, PhD, is a professor of sex and gender sensitive medicine at Radboud University in Nijmegen, the Netherlands. Her main goal is implementing sex and gender-sensitive (bio)medical research and care. She also focuses on the prevention of sexual harassment and gender discrimination both in research and as a consultant with academic institutions.

Komplette Publikationsliste

Peer-reviewed Publikationen

1. Jenner SC, Djermester P, Oertelt-Prigione S. Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study. *J Interpers Violence*. 2020 Jan 30;886260520 903130. doi: 10.1177/0886260520903130. Impact Faktor: 3.573
2. Jenner S, Oertelt-Prigione S. In reply: Gender differences in the perception of sexual harassment. *JAMA Intern Med*. 2019 Feb 1;179(2):279-280. doi: 10.1001/jamaintern med.2018.8016.
3. Jenner S, Djermester P, Pruegl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Sexual harassment in academic medicine. *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179(1):108-111. doi: 10.1001/jamaintern med.2018.4859. Impact Faktor: 18.65
4. Jenner SC, Etzold SS, Oesterhelweg L, Stickel A, Kurmeyer C, Reinemann D, Oertelt-Prigione S. Barriers to active inquiry about intimate partner violence among German physicians participating in a mandatory training. *J Fam Violence* **31**, pages109–117(2016)

Nicht Peer-reviewed Publikationen und Autorinnenschaften

1. **Deutsches Ärzteblatt:** Jenner S, Oertelt-Prigione S., Arbeitsschutz: Prävention sexueller Belästigung im Klinikalltag. Dtsch Arztebl. 2018 Nov 23, 115 (47), A2194-2195. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/203221/Arbeitsschutz-Praevention-sexueller-Belaestigung-im-Klinikalltag>
2. **Deutsche Gewerkschaftsbund Gute Arbeit.:** Jenner S, Oertelt-Prigione S., Kein Sexismus am Arbeitsplatz.2018(2),14-17
https://frauenbeauftragte.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/beauftragte/frauenbeauftragte/Projekte/WPP_SexuelleBel%C3%A4stigung/gute_arbeit_2018_02_kein_sexismus_am_arbeitsplatz.pdf
3. **Deutsches Ärzteblatt:** Jenner S, Oertelt-Prigione
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98151/Metoo-Viele-Aerztinnen-und-Aerzte-berichten-ueber-Belaestigung>
4. **Information für Ärztinnen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz** Oertelt-Prigione S., Jenner S.C., https://www.aekn.de/fileadmin/media/Downloadcenter/Infos-fuer-Klinik--Praxis/Aerztinnenbund_Faltblatt_MeToo_2018.pdf
5. K. Wieners, H. Hellbernd, S.C. Jenner & L. Oesterhelweg, Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen, Intervention und Prävention, CME Weiterbildung, Zertifizierte Fortbildung, 2012
6. Allen M., Hellbernd H.,Huschka S., Jenner S., Perttu S., Savola T. Curriculum Lehrende im Sozial-und Gesundheitswesen gegen Gewalt, University of Helsinki, 2010

Buch

1. „Betriebs- und Dienstvereinbarungen zur Prävention sexueller Belästigung - Ein Baukasten zur Erstellung von betrieblichen Vereinbarungen mit besonderem Fokus auf das Gesundheitswesen“, Oertelt-Prigione S und Jenner S (Eds.), Study der Hans Böckler Stiftung, 2017 - https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_mbf_bvd_369.pdf

Danksagung

Ganz besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Professorin Sabine Oertelt-Prigione die mich zu diesem Karriereschritt überhaupt erst motivierte und durch ihre vorbildliche Betreuung die Promotion erst ermöglichte. Ich danke ihr für die entspannte Begleitung und die Offenheit für meine eigene Arbeitsweise und die erheblichen Zeitspannen, die mir eingeräumt wurden, die unerschöpfliche Geduld, das Vertrauen in meinen Gesamtprozess und die Erkenntnis, dass Wissenschaft und Forschung auch mit sehr viel Spaß und Freude am Prozess verbunden sein können.

Danke an unsere erfolgreiche WPP-Forschungswerkstatt, die von Sabine Oertelt-Prigione zusammengebracht und vernetzt wurde. Besonderen Dank gilt hier meinen WPP-Mit-Promovendinnen Pia Djermester und Judith Prügel. Wir konnten uns durch Diskussionen und Feedbacks gegenseitig bereichern und unterstützen. Ich danke für die methodischen Erkenntnisse, die jede von uns innerhalb des Forschungsprojektes erlangte, und für die unterschiedlichen Wege und Outputs, die unsere Dissertationen zur Thematik letztendlich nahmen.

Dank an Dagmar Reinemann, meine mentale Unterstützerin. Du hast mich immer wieder motiviert und meine Zweifel über den gesamten Prozess hinweg aufgefangen mit deinem ansteckenden Optimismus, dass auch diese Dissertation mal ein Ende finden wird.

Meiner Endnote-Expertin Stefanie Schmidt gilt mein besonderer Dank, da du mich immer wieder „gerettet“ hast. Mein Dank gilt der engmaschigen Begleitung von Gisela Helbing, die mich von Beginn an mit anregenden Diskussionen begleitet hat.

Selbstverständlich bedanke ich mich bei meinem Mann Marko und allen meinen Freund:innen, die über die Jahre entgegenkommend und geduldig meine Dissertation mitgetragen haben.