

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

DISSERTATION

**Folgen und Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz  
von Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Querschnittsstudie  
an der Charité – Universitätsmedizin Berlin**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Pia Djermester  
aus Rosenheim

Datum der Promotion: 26.06.2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz – Ein Überblick .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Definition sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	9
1.1.2 Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	11
<b>1.2 Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 In der Allgemeinbevölkerung .....	12
1.2.2 Im medizinischen Bereich .....	13
1.2.3 Ergebnisse der WPP-Studie .....	15
<b>1.3 Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen .....	22
1.3.2 Folgen für die somatische Gesundheit der Betroffenen .....	24
1.3.3 Folgen für Arbeitsfähigkeit und beruflichen Werdegang der Betroffenen .....	25
1.3.4 Folgen für Gesellschaft und Unternehmen .....	26
1.3.5 Folgen für Ärztinnen und Ärzte und die medizinische Versorgung .....	26
<b>1.4 Mediatoren der negativen Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....</b>	<b>27</b>
<b>1.5 Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und deren Folgen .....</b>	<b>29</b>
1.5.1 Reduktion der Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	29
1.5.2 Prävention negativer Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	33
<b>1.6 Herleitung der Fragestellung .....</b>	<b>34</b>
<b>2 Methoden .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Studiendesign .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2 Studienablauf und Ethikvotum .....</b>	<b>35</b>
<b>2.3 Studienpopulation und Stichprobe .....</b>	<b>36</b>
<b>2.4 Forschungsinstrumente .....</b>	<b>36</b>
<b>2.5 Definitionen .....</b>	<b>38</b>
2.5.1 Kategorisierung der Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	38
2.5.2 Kategorisierung der Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	39
<b>2.6 Statistische Auswertung .....</b>	<b>41</b>

<b>3</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Demographische Daten .....</b>	<b>43</b>
<b>3.2</b>	<b>Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3</b>	<b>Risikofaktoren für die Entwicklung negativer Folgen nach sexueller Belästigung .....</b>	<b>51</b>
3.3.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede .....	51
3.3.2	Altersspezifische Unterschiede.....	51
3.3.3	Statusspezifische Unterschiede.....	51
3.3.4	Fachrichtungsspezifische Unterschiede.....	52
3.3.5	Täter*innenspezifische Unterschiede .....	52
3.3.6	Bewertung des Erlebten.....	52
3.3.7	Schwere der Belästigungserfahrung .....	53
3.3.8	Informationen durch Charité zu SBAA .....	54
3.3.9	Wissen um mögliche Ansprechpersonen.....	54
3.3.10	Privates Gespräch über Ereignis.....	54
3.3.11	Offizielle Maßnahmen.....	55
<b>3.4</b>	<b>Subjektive Wahrnehmung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....</b>	<b>56</b>
<b>3.5</b>	<b>Auswertung der Freitextkommentare bezüglich Grapschen .....</b>	<b>60</b>
<b>3.6</b>	<b>Informiertheit, Wunsch nach Infoveranstaltung und Ansprechpersonen.....</b>	<b>60</b>
3.6.1	Grad der Informiertheit zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	60
3.6.2	Wunsch nach Infoveranstaltung zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....	60
3.6.3	Ansprechpersonen im Falle sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	61
<b>3.7</b>	<b>Schutzmaßnahmen .....</b>	<b>63</b>
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>66</b>
<b>4.1</b>	<b>Prävalenz sexueller Belästigung unter Ärzt*innen der Charité .....</b>	<b>66</b>
4.1.1	Herunterspielen von erlebter Belästigung .....	67
<b>4.2</b>	<b>Folgen von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3</b>	<b>Risikofaktoren für die Entwicklung negativer Folgen nach sexueller Belästigung .....</b>	<b>70</b>
4.3.1	Warum Ärzte stärker von Folgen betroffen sein könnten .....	70
4.3.2	Warum Ärztinnen besonders stark und auf besondere Weise betroffen sein könnten .....	72
4.3.3	Einfluss des Status der Betroffenen.....	73
4.3.4	Einfluss der Belästigung durch Vorgesetzte.....	73
4.3.5	Einfluss der Schwere der Belästigung .....	74
4.3.6	Einfluss der individuellen Wahrnehmung des Vorfalls.....	75
4.3.7	Einfluss von Wissen zum Thema und Ansprechpersonen.....	76
4.3.8	Einfluss von offiziellen Maßnahmen.....	77

<b>4.4</b>	<b>Prävention und Management von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....</b>	<b>78</b>
4.4.1	Niedrige Sanktionsrate der Täter*innen .....	78
4.4.2	Institutional betrayal .....	79
4.4.3	Machtaspekt von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....	80
4.4.4	Ansprechpersonen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....	80
4.4.5	Niedrige Melderaten von erlebter sexueller Belästigung am Arbeitsplatz.....	81
4.4.6	Belästigung durch Teammitglieder im Vergleich zu Belästigung durch Patient*innen.....	82
4.4.7	Sensibilisierung durch Veranstaltungen und Empowerment durch Schulungen.....	82
<b>4.5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>84</b>
<b>4.6</b>	<b>Limitationen.....</b>	<b>86</b>
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>89</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>91</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>101</b>
	<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>108</b>
	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>109</b>
	<b>Publikationsliste.....</b>	<b>110</b>
	<b>Danksagung .....</b>	<b>111</b>

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Überblick über gesundheitliche und arbeitsbezogene Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	18
Tabelle 2: Kategorien der Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	39
Tabelle 3: Kategorien der Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	40
Tabelle 4: Demographische Daten .....	44
Tabelle 5: Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	47
Tabelle 6: Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und individuelle Wahrnehmung ...	57
Tabelle 7: Ansprechpersonen, Informiertheit und Wunsch nach Infoveranstaltung .....	62
Tabelle 8: Schutzmaßnahmen vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz .....	65

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Anm.</b>	Anmerkung
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>Charité</b>	Charité–Universitätsmedizin Berlin
<b>FGB</b>	Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte
<b>NASEM</b>	Academies of Sciences, Engineering and Medicine
<b>SBA</b>	Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz
<b>SEQ</b>	Sexual Experiences Questionnaire
<b>SH</b>	sexual harassment
<b>WPP-Studie</b>	„Watch – Protect – Prevent“-Studie

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (SBAA) stellt einen relevanten Risikofaktor für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Ärzt\*innen dar. Internationale Studien belegen die hohe Prävalenz und die teils weitreichenden Folgen dieses grenzüberschreitenden Verhaltens im ärztlichen Bereich. Letztere reichen von Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und Karrieregestaltung hin zu erhöhten Depressions- und Suizidraten. Für Deutschland zeigte die „Watch-Protect-Prevent“-Studie (WPP-Studie) eine hohe Prävalenz von SBAA unter Ärzt\*innen der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Studie hinsichtlich Folgenentwicklung und möglicher Präventionsmaßnahmen bezüglich SBAA von Ärzt\*innen im universitären Kontext ausgewertet.

**Methodik:** Im Rahmen der WPP-Studie wurde im Zeitraum von Mai bis Juli 2015 eine quantitative Befragung des klinisch tätigen Personals der Charité durchgeführt. Die Daten wurden mithilfe eines webbasierten, anonymisierten Fragebogens erhoben. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik und bivariater Analyse.

**Ergebnisse:** 970 Ärzt\*innen nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote 43,1%), 743 Ärzt\*innen wurden in die Stichprobe eingeschlossen. Fast 70% derjenigen Ärzt\*innen, die von SBAA betroffen waren, berichteten von konsekutiven negativen Folgen (n=348; 68,8%). Emotionale Folgen wie Verstörung, Wut oder Ekel traten am häufigsten auf (n=280; 55,3%). Knapp ein Drittel der Betroffenen litt unter mindestens einer arbeitsbeeinträchtigenden Folge (n=146; 29,1%) und jede\*r Sechste (n=90; 17,9%) berichtete von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Ärztinnen wiesen eine höhere Folgeninzidenz als ihre Kollegen auf (77,1% versus 52,7%;  $p < 0,001$ ). In nur 1% der Fälle (6 von 525) wurde von Seiten der Arbeitgeber\*innen mit offiziellen Maßnahmen auf die sexuelle Belästigung reagiert. Das größte Schutzpotential attribuierten die Befragten der klaren Ablehnung von sexueller Belästigung durch die Klinikleitung sowie einer konsequenten Sanktionierung der Täter\*innen.

**Schlussfolgerung:** Die WPP-Studie zeigt, dass SBAA ein ernstzunehmendes Problem für das ärztliche Personal der Charité darstellt und zum Teil weitreichende Folgen für deren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nach sich zieht. Die vorliegende Arbeit zeigt ein erhebliches Defizit an konsequenter Aufklärung und Sanktionierung von Fällen sexueller Belästigung durch die Arbeitgeber\*innen auf. Sie liefert zudem erste Anhaltspunkte für die Etablierung wirksamer Präventionsmaßnahmen im medizinischen Bereich. Um das Ausmaß des Problems an deutschen Kliniken zu verstehen, ist eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema notwendig.

## Abstract

**Background:** Sexual harassment (SH) in the workplace poses a serious risk for health and working capacity of physicians. International studies demonstrate the high prevalence and far-reaching consequences of SH among this professional group. The negative effects include a reduction in work performance and poorer career prospects as well as higher depression and suicide rates. Being the first study to examine SH among doctors in Germany, the “Watch–Protect–Prevent“-Study showed a high prevalence for this group. This thesis examines the consequences of SH for physicians working in a large university hospital, Charité–Universitätsmedizin Berlin, and aims at identifying measures to prevent SH in this working context.

**Methods:** The WPP-Study included a quantitative survey of Charité’s clinical staff. Between May and July 2015, data was collected via a web-based, anonymised questionnaire. Descriptive statistics and bivariate analysis were used to analyse the data.

**Results:** 790 physicians (response rate of 43.1%) participated in the survey, of which 743 were included in the sample. Almost 70% of those who experienced SH at work stated at least one negative consequence due to the harassment (n=348; 68.8%). The most frequently experienced consequence was an emotional reaction like consternation, anger or disgust (n=280; 55.3%). Negative outcomes with potentially impairing effect to their work were reported by 29.1% of the victims. 90 physicians (17.9%) reported having health problems subsequent to the harassment. Female physicians experienced more consequences (77.1% versus 52.7%;  $p < 0.001$ ) than their male colleagues. Only in 1% of the 525 cases, official action was taken by the employers. The most favored measure to prevent SH was a zero-tolerance policy enacted by the hospitals leaders, together with consequently enforced sanctioning of the perpetrators.

**Conclusion:** SH constitutes a relevant problem with health and work-related consequences for Charité’s medical staff. Furthermore, the results suggest considerable shortcomings with regard to investigation of cases and implementation of sanctions by the employers. Concerning effective prevention measures against SH in the medical setting, this thesis provides first insights. Further academic investigation is needed to fully understand the extent of the problem for German physicians.



# 1 Einleitung

## 1.1 Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz – Ein Überblick

Das Phänomen der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz (SBAA) wird seit den 80er Jahren untersucht (1) und hat sich im Verlauf zu einem wichtigen und viel beforschten Gebiet in der Arbeitspsychologie entwickelt (2). 2018 erlangte das Thema durch die sogenannte ‚MeToo‘ Debatte weltweit gesellschaftliche Aufmerksamkeit (3,4). Aus medizinischer Perspektive ist bemerkenswert, dass SBAA ein gesundheitliches Risiko darstellt und psychische wie körperliche Leiden verursachen kann (5,6). Neben der Relevanz für die Gesundheit des Individuums ist das Thema zudem von großer gesellschaftlicher Bedeutung, da durch die Beeinträchtigung der Betroffenen deren Arbeitsfähigkeit vermindert wird (6,7) und durch gesundheitliche Probleme vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem entstehen (8).

### 1.1.1 Definition sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Cortina und Berdahl identifizieren in ihrem Reviewartikel zu 30 Jahren Forschung zu SBAA drei verschiedene Herangehensweisen, dieses Phänomen zu definieren: die juristische Perspektive, die soziopsychologische Perspektive und schließlich die *lay perspective*, auf Deutsch Laienperspektive. Mit Letzterem ist die Perspektive allderjenigen Personen gemeint, die sich nicht wissenschaftlich oder beruflich mit sexueller Belästigung auseinandersetzen (9).

Der Hauptfokus der juristischen Definitionen liegt dabei neben der Nennung von Verhaltensweisen, die sexuelle Belästigung konstituieren können, stets auf den Auswirkungen, die das belästigende Verhalten für das Arbeitsleben der betroffenen Person nach sich ziehen kann (ebd.). So beschreibt der Bericht der Europäischen Kommission, in welchem die Prävalenz von SBAA in elf Mitgliedsländern untersucht wurde, sexuelle Belästigung als jedwedes Verhalten sexueller Natur, welches die Würde von Frauen und Männern am Arbeitsplatz verletzt. Besonders betont wird dabei, dass das Verhalten für die betroffene Person ungewollt, inadäquat oder verletzend ist und die Abwehr dessen negative Konsequenzen für die Berufsaussichten der/des Betroffenen mit sich bringt (10). In Deutschland liefert das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Paragraph 3 Absatz 4 die rechtliche Definition: „Eine sexuelle Belästigung ist eine Benachteiligung [...], wenn ein unerwünschtes, sexuell bestimmtes Verhalten, wozu auch unerwünschte sexuelle Handlungen und Aufforderungen zu diesen, sexuell bestimmte körperliche Berührungen, Bemerkungen sexuellen Inhalts sowie unerwünschtes Zeigen und sichtbares Anbringen von pornographischen Darstellungen gehören, bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt wird, insbesondere wenn ein von Einschüchterungen,

Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird“ (11; §3 Abs.4).

Definitionen aus soziopsychologischer Perspektive setzen im Gegensatz dazu keine direkten negativen Auswirkungen auf das Arbeitsleben der Betroffenen voraus, sondern fokussieren vielmehr auf die individuelle Wahrnehmung der sexuellen Belästigung (9). Fitzgerald *et al.* definieren SBAA in diesem Sinne als ungewolltes, sexualisiertes Verhalten im Arbeitskontext, das vom Empfänger als belästigend, aggressiv oder bedrohlich und die eigenen Ressourcen überfordernd wahrgenommen wird (12). Bemerkenswert ist damit bei der Betrachtung von SBAA aus soziopsychologischer Perspektive die Möglichkeit, dass bestimmte Ausprägungsformen zwar von den meisten Mitarbeitenden als störend, belästigend oder feindselig empfunden, von einigen Personen aber nicht als negativ wahrgenommen werden.

Im Hinblick auf die Laienperspektive zeigen Studien, dass der Wissensstand zu sexueller Belästigung mitunter stark variiert, besonders in Bezug auf die Frage, welche verschiedenen Verhaltensweisen als sexuell belästigend einzustufen sind (5,13–16). Viele Betroffenen äußern Unsicherheit, ob sie das Erlebte als sexuelle Belästigung werten können oder nicht (13,17). Männer zeigen dabei tendenziell eine eingeschränktere Auffassung von sexueller Belästigung als Frauen und vermögen potenziell sexuell belästigendes Verhalten seltener als solches zu identifizieren (9,18). Es ist somit hervorzuheben, dass mehr als die Hälfte der deutschen Frauen, die im Auftrag der Europäischen Kommission befragt worden waren, es nicht als sexuelle Belästigung einordneten, wenn sie angestarrt wurden, obszöne Witze erzählt bekamen oder scheinbar zufällig berührt wurden (10). Auch die große Studie von Magley *et al.* von 1999 zeigt, dass nur ein Bruchteil der Frauen, die am Arbeitsplatz sexualisierten Grenzüberschreitungen ausgesetzt waren, diese Erfahrungen auch als sexuelle Belästigung einstufen – das ist hervorzuheben, zumal die Betroffenen unabhängig von ihrer subjektiven Bewertung negative Folgen durch die Vorfälle angaben (19).

Für eine umfassende Begriffsbestimmung SBAA müssen somit verschiedene Aspekte wie Inhalt, Auswirkung und individuelle Wahrnehmung des Verhaltens sowie verschiedene Perspektiven auf das Phänomen berücksichtigt und integriert werden. Folgende Aufstellung soll dies leisten, wobei der letzte Punkt vor allem verdeutlichen soll, dass die Einigkeit über die Definition von SBAA, wie sie weitestgehend in Rechtsprechung und Wissenschaft herrscht, nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragbar ist.

- SBAA basiert auf Verhaltensweisen, die entweder im engeren Sinne, wie beispielsweise Anstarren, oder im weiteren Sinne, wie beispielsweise sexistische Witze, sexuellen Bezug haben (juristische Perspektive)
- SBAA erzeugt eine einschüchternde, demütigende oder feindselige Atmosphäre am Arbeitsplatz und bringt negative Auswirkungen auf das Berufsleben der Betroffenen mit sich (juristische Perspektive)
- SBAA wird von der betroffenen Person als ungewollt, störend, belästigend, verletzend oder feindselig empfunden bzw. ruft negative Empfindungen hervor (soziopsychologische Perspektive)
- Unter Individuen und in der Öffentlichkeit sind unterschiedliche Definitionen von SBAA zu finden, die oftmals von der wissenschaftlichen Definition abweichen (Laienperspektive)

In dieser Arbeit wird der Begriff ‚Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz‘ dabei im Sinne der juristischen Perspektive verwendet. Geht es dabei spezifisch um die individuelle Bewertung des Erlebten, wird der Begriff ‚Belästigung‘ bewusst vermieden, da diesem bereits eine Bewertung innewohnt. Auch wenn es sich bei den erlebten Verhaltensweisen der juristischen Definition zufolge um Formen von sexueller Belästigung handelt, wird der betroffenen Person damit zugestanden, das jeweilige Verhalten nicht als belästigend wahrgenommen zu haben.

### 1.1.2 Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Die Liste von Verhaltensweisen, die sexuelle Belästigung darstellen können, ist sehr umfangreich und umfasst verbale, nonverbale und körperliche Formen. Die Bandbreite reicht von bloßem Anstarren oder Hinterherpfeifen und verbalen Belästigungsformen wie anzüglichen Sprüchen über aufdringliche sexuelle Angebote bis hin zu schweren körperlichen Formen wie sexueller Nötigung und Vergewaltigung. In der englischsprachigen Literatur werden die unterschiedlichen Formen von SBAA dabei meistens in drei Kategorien eingeteilt: *unwanted sexual attention*, *sexual coercion* und *gender harassment* (20–22).

*Unwanted sexual attention* und *sexual coercion*, auf Deutsch ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit und sexuelle Nötigung, entsprechen zumeist dem, was in der Allgemeinbevölkerung üblicherweise unter sexueller Belästigung verstanden wird (22). *Unwanted sexual attention* kann sich dabei sowohl verbal durch anzügliche Kommentare wie nonverbal durch Anstarren oder obszöne Gesten äußern, während *sexual coercion* neben sexueller Nötigung auch die Form des sogenannten *Quid pro Quo* umfasst (23). Dies liegt vor, wenn als Gegenleistung für berufliche Vorteile wie Gehaltserhöhung oder Beförderung eine sexuelle Leistung gefordert wird (ebd.) oder die betroffene

Person berufliche Nachteile erfährt, wenn sie das sexuelle Entgegenkommen verweigert (24). Die Formen des *gender harassment* bringen eine abwertende, erniedrigende oder feindselige Einstellung gegenüber Frauen oder Männern zum Ausdruck (wie beispielsweise sexistische Sprüche oder Witze) und werden – obwohl sie die mit Abstand häufigste Form von SBAA darstellen – von Laien meist nicht als solche erkannt (22).

In mehreren Studien findet sich zudem eine Kategorisierung der Formen entsprechend ihres Schweregrads (5,25–28). Die Zuordnung basiert dabei in der Regel darauf, wieviel Bedrohungs- und Schadenspotenzial dem singulären Erleben einer bestimmten Belästigungsform beigemessen wird (5). Die Kategorien sowie die Zuordnung der verschiedenen Ausprägungsformen in das jeweilige Kategoriensystem variieren jedoch mitunter je nach Autor\*in stark (5,25–28). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bandbreite von Verhaltensweisen, die SBAA konstituieren können, groß ist und sexuelle Belästigung verbaler, nonverbaler und körperlicher Natur und unterschiedlich schwer ausgeprägt sein kann.

## **1.2 Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

### *1.2.1 In der Allgemeinbevölkerung*

Sexuelle Belästigung ist weltweit ein verbreitetes zwischenmenschliches Phänomen (10,26,29). Der Arbeitsplatz ist dabei als Ort des Aufeinandertreffens verschiedenster Menschen, die im Team eng zusammenarbeiten, oft besonders prädestiniert als Schauplatz von Grenzüberschreitungen. Eine 1999 in Kanada durchgeführte Studie mit 1990 Arbeiterinnen kam auf eine Lebenszeitprävalenz von 77% SBAA (29), die Befragung von Ergotherapeutinnen in Australien im selben Jahr ergab ähnliche Zahlen, wobei 17,5% der Frauen schwere Formen sexueller Belästigung erlebten (26). Die Europäischen Kommission veröffentlichte 1998 einen Bericht zu SBAA, der sich auf 75 Studien aus elf Mitgliedsländern stützt und eine Gesamtfallzahl von mehr als 68.000 Befragten aufweist. Dieser kommt zu dem Ergebnis, dass durchschnittlich mehr als die Hälfte aller arbeitenden Frauen in ihrem Arbeitsleben sexuelle Belästigung erlebten. Allerdings variierten die Zahlen zum Teil stark und schwankten zwischen 8% und 90% sowohl zwischen als auch innerhalb der Länder. In Deutschland, Österreich und Luxemburg waren die Prävalenzen am höchsten. Unter den befragten deutschen Frauen gaben 93% an, am Arbeitsplatz bereits mindestens eine Form sexueller Belästigung erlebt zu haben (10). In Deutschland gibt es zu diesem Thema bislang wenig Forschung, allerdings wurde 2004 eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt. Diese ergab, dass 58,2% der Befragten bereits sexuelle Belästigung erfahren

hatten, oft auch an ihrem Arbeitsplatz. Die Hälfte der betroffenen Frauen fühlte sich dadurch ernsthaft bedroht und hatte Angst um die eigene Sicherheit, in etwa gleich viele trugen durch diese Erlebnisse psychische Folgen davon. Die Autorinnen dieser Studie plädieren für weitere Forschung zum Thema Gewalt gegen Frauen, insbesondere hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Gewalterfahrungen und negativen Gesundheitsfolgen für die Betroffenen (30).

Auf die Frage nach der Betroffenheit von Frauen und Männern geben vor allem die älteren Studien die Antwort, dass Frauen sehr viel häufiger SBAA erleben als Männer (7,31). Tatsächlich zeigen auch die aktuellen Prävalenzdaten für Frauen und Männer weltweit eine teils deutliche Diskrepanz und es gibt keine Studie, die eine höhere Prävalenz bei Männern ergibt (3,5,32–34).

Auch in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung zeigen Studien, dass Frauen das grenzüberschreitende Verhalten meist als unangenehmer und bedrohlicher wahrnahmen als ihre Kollegen (9,18,35). Auch im Überblicksartikel von Cortina und Berdahl zu einem Jahrzehnt Forschung zu SBAA finden sich Angaben dahingehend, dass Männer sexualisierte Verhaltensweisen, die von Frauen als belästigend wahrgenommen werden, häufig nicht als störend einordnen oder gar angenehm finden (9). Einschränkend muss man sagen, dass allerdings auch in den neueren Studien häufig ausschließlich Frauen befragt wurden (3,5,32–34). 1994 ergibt eine Untersuchung unter US-amerikanischen Regierungsmitarbeitenden, dass 19% der befragten Männer bereits SBAA erfahren haben (36), der Bericht der europäischen Kommission zeigt eine Betroffenheit von 10% für Männer im Allgemeinen (10). Natürlich dürfen die teils eindrücklich hohen Prävalenzdaten für Frauen nicht vernachlässigt werden. Es muss jedoch gesagt werden, dass es bislang wenig Forschung gibt, die die Prävalenz unter Männern oder gar die gesundheitlichen Folgen für diese untersucht (6).

Insgesamt lässt sich nach Sichtung der bisherigen Forschungsergebnisse konstatieren, dass Frauen wahrscheinlich häufiger von SBAA betroffen sind und zudem diese Verhaltensweisen häufiger als unangenehmer und bedrohlicher wahrnehmen, aber dennoch beide Geschlechter diese Form der zwischenmenschlichen Grenzüberschreitung erfahren.

### *1.2.2 Im medizinischen Bereich*

Seit den 90er Jahren gelangte SBAA auch für die medizinischen Berufe zunehmend in den wissenschaftlichen Fokus, wobei zunächst hauptsächlich die Betroffenheit von Pflegekräften untersucht wurde (37). Die Daten zeigen für diese Berufsgruppe eine hohe Prävalenz, fast alle Studien ergeben eine Betroffenheit von deutlich über der Hälfte der Befragten. So gaben 70% des Pflegepersonals einer britischen Studie (38), 63% der befragten Krankenschwestern einer

türkischen Studie (39) und 91% der befragten Pflegekräfte von fünf israelischen Krankenhäusern (40) Erfahrungen mit SBAA an.

Im ärztlichen Bereich befassten sich die meisten Forschungsarbeiten bis Mitte der 90er Jahre mit inadäquatem sexuellem Verhalten des ärztlichen Personals gegenüber Patient\*innen (26). Die nach und nach einsetzende Forschung zu sexueller Belästigung von Ärzt\*innen an ihrem Arbeitsplatz zeigt, dass auch diese häufig davon betroffen sind (28,41–44). Körperliche Nähe und Intimität sind für Pflegekräfte wie Ärzt\*innen in ihrem Arbeitsalltag an der Tagesordnung. Zudem ergibt sich für medizinisches Personal im Vergleich zu anderen Berufsgruppen die Besonderheit, dass SBAA nicht zu von Teammitgliedern, sondern auch von Patient\*innen und deren Angehörigen ausgehen kann (13,32,45). Ein weiterer, das Auftreten von SBAA begünstigender Aspekt sind die meist immer noch stark hierarchischen Strukturen mit ausgeprägtem Machtgefälle in medizinischen Berufen (13,46).

In Bezug auf die Betroffenheit von Ärzt\*innen sind die Angaben zu Prävalenz mitunter stark schwankend. Sowohl im Vergleich einzelner Länder als auch innerhalb eines Landes stehen sich teils sehr unterschiedliche Prävalenzraten gegenüber (28,41,42,47). So erlebten 92,9% der 1996 befragten Ärzt\*innen einer kanadischen Klinik während ihrer Assistenzzeit SBAA (41), eine US-amerikanische Untersuchung im selben Jahr ergab dagegen nur eine Prävalenz von 18,9% unter den befragten Assistenzärzt\*innen (28). In Großbritannien wurde eine Betroffenheit von 86% unter Assistenzärzt\*innen der Psychiatrie erhoben (42), Studien aus Palästina und Norwegen zu SBAA bei medizinischem Personal in Notaufnahmen ergaben wiederum Ein-Jahres-Prävalenzen von nur 9% (47,48). Die meiste Forschung zu SBAA wurde bisher in den USA durchgeführt. Auch hier schwanken die Prävalenzdaten teils erheblich. So erhoben Frank, Brogan und Schiffman eine Prävalenz von SBAA von knapp 37% unter den befragten 4501 Ärztinnen (28). Mehr als zwanzig Jahre später kam eine Studie mit 129 Ärztinnen ebenfalls auf eine Prävalenz von 38% (32). Zur gleichen Zeit gaben unter 7000 befragten chirurgischen Assistenzärzt\*innen nur knapp 4% der Ärzte und 20% der Ärztinnen an, von SBAA betroffen gewesen zu sein (49). Drei große Studien, die 2020 publiziert wurden, zeigen eine deutlich höhere Betroffenheit, besonders unter Ärztinnen: Freedman-Weiss, Chiu und Heller befragten 270 chirurgische Assistenzärzt\*innen, Samora, Heest und Weber 927 Orthopäd\*innen zu ihren Erfahrungen mit SBAA und fanden Prävalenzzahlen von 30,8% bzw. 35% für die Ärzte und 70,8% bzw. 81% für die Ärztinnen (13,43). Die dritte Studie mit 705 akademischen Mediziner\*innen zeigte bei gleichbleibend hoher Betroffenheit von Ärztinnen eine deutlich höhere Prävalenz für Ärzte, von denen über 65% sexuelle Belästigung durch Kolleg\*innen erfahren hatten (44).

Ein möglicher Erklärungsansatz für die schwankenden Prävalenzdaten ist, dass viele Studien sich damit begnügen, die Betroffenheit mit einem ‚Ein-Satz-Item‘ wie ‚Wurden Sie im letzten Jahr während der Arbeit sexuell belästigt?‘ abzufragen, ohne die verschiedenen Ausprägungsformen von SBAA zu nennen. Tatsächlich lässt sich feststellen, dass dies auch zumeist jene Studien sind, die eher geringe Betroffenheitszahlen generieren (49–52). Beinhaltend die Fragebögen dagegen detaillierte Auflistungen von Verhaltensweisen, die SBAA konstituieren können, fallen die Betroffenheitszahlen von sowohl Ärztinnen wie Ärzten höher aus (13,32,44). Dzau und Johnson kritisierten in einem Meinungsartikel im *New England Journal of Medicine* 2018, dass Studien häufig unvollständige Definitionen von SBAA aufweisen und das Phänomen in ihren Fragebögen nicht in seinem vollen Ausmaß erfassen und abfragen (53).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass SBAA unter ärztlichem Personal weltweit ein häufiges bis sehr häufiges Phänomen darstellt, wobei Ärztinnen meist deutlich stärker betroffen sind als ihre Kollegen (41,54).

### 1.2.3 Ergebnisse der WPP-Studie

In Deutschland gab es bis 2015 keine wissenschaftliche Studie, die sich mit dem Phänomen von SBAA unter Ärzt\*innen befasste – die WPP-Studie stellt damit die erste Untersuchung zu SBAA im klinischen Kontext dar.

Die Analyse der Prävalenz von SBAA unter Ärzt\*innen an der Charité zeigte dabei, dass 525 der 743 Befragten (70,7%) mindestens einmal in ihrer bisherigen Berufslaufbahn von SBAA betroffenen waren. Am höchsten lag die Prävalenz dabei beim Erleben von nicht-körperlichen Formen: 67% aller Befragten gaben an, mindestens eine dieser Formen von SBAA erlebt zu haben. Die mit Abstand höchste Einzelprävalenz zeigte sich dabei für das Erleben von abwertenden sexualitäts- oder genderbezogenen Sprüchen oder obszönen Witzen: 461 (62,0%) der befragten Ärzt\*innen hatten dies bereits an ihrem Arbeitsplatz erlebt. Nonverbale Formen wurden innerhalb der Stichprobe von jeder fünften Person erlebt. Die Prävalenz des Erlebens von körperlichen Formen lag bei 18,2%. Erlebte eine Ärztin/ein Arzt sexuelle Belästigung während ihrer/seiner Berufslaufbahn, wurde jede\*r Vierte unter ihnen körperlich belästigt. Unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen war mit einer Prävalenz von 17,2% die dritthäufigste Form unter allen Betroffenen. Von schweren sexuellen Grenzüberschreitungen wie Grapschen und ungewolltem Küssen, *Quid pro Quo* und sexueller Nötigung waren eher eine geringe Anzahl der befragten Ärzt\*innen betroffen – nur knapp 4% hatten eine dieser Formen erlebt (55,56).

Ärztinnen waren mit 76,1% signifikant häufiger von SBAA betroffen als ihre männlichen Kollegen. Letztere wiesen mit 61,6% jedoch ebenso eine beachtliche Prävalenz von SBAA auf. Im Hinblick auf die einzelnen Ausprägungen sexueller Belästigung zeigte sich, dass Ärztinnen an ihrem Arbeitsplatz mit fast allen Formen deutlich häufiger konfrontiert wurden als Ärzte. Besonders eindrücklich war der Unterschied für unerwünschten Körperkontakt (22,3% der Ärztinnen versus 9,3% der Ärzte), anzüglichen Sprüchen (32,4% versus 13,8%) sowie für Angestarrt werden oder Nachpfeifen (19,9% versus 2,4%). Zudem waren Ärztinnen häufiger abwertenden genderbezogenen Kommentaren oder obszönen Witzen sowie Geschichten mit sexuellem Inhalt ausgesetzt und bekamen häufiger aufdringliche sexuelle Angebote. Der Frauenanteil unter denjenigen Ärzt\*innen, die von Grapschen und ungewolltem Küssen betroffen waren, war mit knapp 80% besonders hoch, allerdings war der Unterschied aufgrund der geringen absoluten Zahlen statistisch nicht signifikant. Von *Quid pro Quo* und sexueller Nötigung waren Frauen und Männer gleich häufig betroffen (55,56).

Auffällig war, dass besonders Ärztinnen in einer höheren Führungsposition sehr viel häufiger belästigt wurden als ihre männlichen Kollegen: Während 56,6% aller Ober- oder Chefärzte von SBAA berichteten, taten dies 81,4% ihrer Kolleginnen. Der Unterschied in der Betroffenheit von Assistenzärzten (67,5%) und Assistenzärztinnen (78,7%) war zwar ebenfalls signifikant, aber nicht so deutlich wie bei den höhergestellten Ärzt\*innen. Davon abgesehen ergab sich ein schrittweises Ansteigen der Betroffenheit von Ärztinnen mit der Schwere der Belästigung. So spiegelte die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppe derjenigen, die von eher distanzierten, verbalen Formen betroffen waren, die Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe wider (61,4 % Frauen und 38,6% Männer unter den Betroffenen, 60,3% Frauen und 38,9% Männer in der Stichprobe). Unter den Ärzt\*innen, die von schwerer SBAA betroffen waren, stieg der relative Frauenanteil dagegen auf fast 80% (56).



### 1.3 Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Erst in den 80er Jahren wurde weltweit mit der Forschung zu möglichen Auswirkungen von SBAA begonnen. Zum heutigen Zeitpunkt gibt es viele Studien, welche die Folgen dieser Form der Grenzüberschreitung gut dokumentieren. Am besten untersucht sind dabei negative Effekte der Belästigung auf Gesundheit und Arbeitsleben der Betroffenen, wobei die bisherigen Forschungsarbeiten einheitlich zu dem Ergebnis kommen, dass SBAA weitreichende negative Folgen für psychische und körperliche Gesundheit sowie das Arbeitsleben der betroffenen Person nach sich ziehen kann (28,43,44,50–52). Die Studien zeigen auch, dass Betroffene SBAA generell eine schlechtere Gesundheit als Nicht-Betroffene aufweisen (5,6,10,27,44).

Die Europäische Kommission schreibt in ihrem Expertenbericht zu SBAA in elf Mitgliedsländern, fast alle Betroffenen hätten negative Folgen durch die Belästigung angegeben. In den dazugehörigen Studien aus Deutschland hatten beispielsweise über 80% der Studienteilnehmer\*innen gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Belästigungserfahrung hinnehmen müssen (10). Von denen von Crull befragten Frauen gaben 90% derjenigen, die bereits SBAA erlebt hatten, psychische Beeinträchtigungen an. 63% von ihnen mussten körperliche Beschwerden hinnehmen und 75% klagten in Folge der SBAA über Einschränkungen bei der Arbeit (60). In der Studie von Celik und Celik mit 622 türkischen Krankenschwestern waren sogar alle sexuell belästigten Personen von negativen Folgen für ihre Gesundheit betroffen (61). **Tabelle 1** veranschaulicht überblicksartig die Ergebnisse zu gesundheitlichen und arbeitsbezogenen Folgen SBAA aus siebenundzwanzig Studien und zwei Metaanalysen.

**Tabelle 1: Überblick über gesundheitliche und arbeitsbezogene Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

Studie	Ref.	Studien- design	Signifikante Korrelation von SBAA mit...											Teilnehmende	Land		
			Unzufrieden- heit	Leistungs- abnahme	Abwesen- heit im Job	Kündigung	Schlechtere Gesundheit	Somatische Folgen	Distress	Angst	Depression	Burnout	PTBS			Suizid	
Vargas et al. (2020)	(44)	Retrospektive Studie	X			X	X									Ärzt*innen u.a., n=2723	USA
Hu et al. (2019)	(49)	Retrospektive Studie											X		X	Assistenzärzt*innen, n=7409	USA
Yoo et al. (2019)	(50)	Retrospektive Studie											X			Rettungsdienstmitarbeitende, n=1346	Südkorea
Gross et al. (2019)	(69)	Retrospektive Studie											X	X	X	Soldat*innen, n=850	USA
Mathews et al. (2019)	(32)	Retrospektive Studie											X			Ärztinnen, n=129	USA
Bastiani et al. (2019)	(66)	Retrospektive Studie							X	X (für Frauen)	X (für Männer)					Studierende, n=759	Italien
Friborg et al. (2017)	(67)	Retrospektive Studie											X			n=7603	Dänemark
Sojo, Wood und Genat (2016)	(5)	Metaanalyse					X									n >73.000	Weltweit
Stock und Tissot (2012)	(79)	Retrospektive Studie											X (für Frauen)			n=9392	Kanada
Houle et al. (2011)	(77)	Prospektive Studie, 10-Jahres Follow-Up											X			Jugendliche, n=1010	USA
Merkin (2008)	(84)	Retrospektive Studie	X		X	X										n=8109	Argentinien, Brasilien, Chile
Willness, Steel und Lee (2007)	(6)	Metaanalyse	X	X	X	X	X	X						X		n=68.343	Weltweit

Studie	Ref.	Studien- design	Signifikante Korrelation von SBAA mit...											Teilnehmende	Land		
			Unzufrieden- heit	Leistungs- abnahme	Abwesen- heit im Job	Kündigung	Schlechtere Gesundheit	Somatische Folgen	Distress	Angst	Depression	Burnout	PTBS			Suizid	
Woodzicka und LaFrance (2005)	(87)	Experimen- telle Studie		X												Frauen, n=50	USA
Vogt et al. (2005)	(64)	Retrospektive Studie									X					Veteran*innen, n=495	USA
Bond et al. (2004)	(65)	Retrospektive Studie								X						n=208	USA
Parker und Griffin (2002)	(57)	Retrospektive Studie								X (für Frauen)						Polizist*innen, n=577	Australien
Mueller und De Coster (2001)	(85)	Retrospektive Studie	X			X				X						n=6485	USA
McDermut, Haaga und Kirk (2000)	(25)	Experimen- telle Studie											X			Frauen, n=69	USA
Crocker und Kalembe (1999)	(29)	Retrospektive Studie		X												Frauen, n=1990	Kanada
Frank, Brogan und Schiffman (1998)	(28)	Retrospektive Studie										X			X	Ärztinnen, n=4501	USA
Europäische Kommission (1998)	(10)	Retrospektive Studien	X	X		X	X	X	X	X	X					n>68.000	BEL, DNK, DEU, FIN, GBR, IRL, LUX, NLD, NOR,
Danksy und Kilpatrick (1997)	(7)	Retrospektive Studie		X								X		X		n=3006	USA

Studie	Ref.	Studien- design	Signifikante Korrelation von SBAA mit...											Teilnehmende	Land	
			Unzufrieden- heit	Leistungs- abnahme	Abwesen- heit im Job	Kündigung	Schlechtere Gesundheit	Somatische Folgen	Distress	Angst	Depression	Burnout	PTBS			Suizid
Fitzgerald et al. (1997)	(12)	Retrospektive Studie			X	X									Frauen, n=459	USA
Schneider, Swan und Fitzgerald (1997)	(27)	Retrospektive Studie	X		X		X								Frauen, n=747	USA
Loy und Stewart (1984)	(70)	Retrospektive Studie	X					X	X	X					n=509	USA
			<b>Prävalenz erlebter Folgen SBAA (in %)</b>													
Celik und Celik (2007)	(61)	Retrospektive Studie	100% gaben schlechtere Gesundheit an 69,7% empfanden Wut 45% gaben eine Abnahme ihrer beruflichen Leistung an 40,3% gaben muskuloskeletale Beschwerden an 37,7% gaben Kündigungsgedanken an 24,2% gaben Schlafstörungen und in Folge dessen erhöhten Schlafmittelkonsum an 23,4% empfanden Angst 17,3% litten unter gastrointestinalen Beschwerden 17,3% fühlten sich hilflos 10,8% litten unter einer Depression 10,8% fühlten sich erniedrigt oder gedemütigt											Weibliches Pflegepersonal, n=622	Türkei	
Cook et al. (1996)	(41)	Retrospektive Studie	35% gaben ein Gefühl von Demütigung oder Erniedrigung an 23,4% gaben Wut an 20,8% gaben Frustration an											Assistenzärzt*innen, n=186	Kanada	
Finnis und Robbins (1994)	(37)	Retrospektive Studie	46,2% gaben Wut an 44,3% gaben Irritation an 42,5% waren verunsichert 28,3% gaben an, sich erniedrigt oder gedemütigt gefühlt zu haben											Weibliches Pflegepersonal, n=92	England	

Studie	Ref.	Studien- design	Prävalenz erlebter Folgen SBAA (in %)	Teilnehmende	Land																								
Crull (1982)	(60)	Retrospektive Studie	90% gaben psychischen Distress an 37% gaben somatische Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Müdigkeit an 25% waren nach Beschwerde entlassen worden	n=262	USA																								
<p><b>Legende</b></p> <p><u>Zur besseren Lesbarkeit der Tabelle wurden die Folgen in der Tabelle jeweils folgenden Oberbegriffen zugeordnet</u></p> <table> <tr> <td>Unzufriedenheit</td> <td>Unzufriedenheit im Job oder geringere Arbeitsmotivation</td> </tr> <tr> <td>Leistungsabnahme</td> <td>Abnahme der beruflichen Leistung</td> </tr> <tr> <td>Abwesenheit in Job</td> <td>Häufige Krankschreibungen, Arbeitsvermeidungsverhalten wie Zuspätkommen</td> </tr> <tr> <td>Kündigung</td> <td>Kündigungsgedanken oder Kündigung</td> </tr> <tr> <td>Schlechtere Gesundheit</td> <td>Schlechtere psychische und/oder somatische Gesundheit</td> </tr> <tr> <td>Somatische Folgen</td> <td>Somatische Beschwerden, z.B. muskuloskeletal oder gastrointestinal</td> </tr> <tr> <td>Distress</td> <td>Psychischer Distress oder Schlafstörungen</td> </tr> <tr> <td>Angst</td> <td>Angststörungen oder Symptome einer Angststörung</td> </tr> <tr> <td>Depression</td> <td>Depression oder depressive Symptome</td> </tr> <tr> <td>Burnout</td> <td>Burnout</td> </tr> <tr> <td>PTBS</td> <td>PTBS oder Symptome einer PTBS</td> </tr> <tr> <td>Suizid</td> <td>Suizidgedanken oder Suizidversuch</td> </tr> </table>						Unzufriedenheit	Unzufriedenheit im Job oder geringere Arbeitsmotivation	Leistungsabnahme	Abnahme der beruflichen Leistung	Abwesenheit in Job	Häufige Krankschreibungen, Arbeitsvermeidungsverhalten wie Zuspätkommen	Kündigung	Kündigungsgedanken oder Kündigung	Schlechtere Gesundheit	Schlechtere psychische und/oder somatische Gesundheit	Somatische Folgen	Somatische Beschwerden, z.B. muskuloskeletal oder gastrointestinal	Distress	Psychischer Distress oder Schlafstörungen	Angst	Angststörungen oder Symptome einer Angststörung	Depression	Depression oder depressive Symptome	Burnout	Burnout	PTBS	PTBS oder Symptome einer PTBS	Suizid	Suizidgedanken oder Suizidversuch
Unzufriedenheit	Unzufriedenheit im Job oder geringere Arbeitsmotivation																												
Leistungsabnahme	Abnahme der beruflichen Leistung																												
Abwesenheit in Job	Häufige Krankschreibungen, Arbeitsvermeidungsverhalten wie Zuspätkommen																												
Kündigung	Kündigungsgedanken oder Kündigung																												
Schlechtere Gesundheit	Schlechtere psychische und/oder somatische Gesundheit																												
Somatische Folgen	Somatische Beschwerden, z.B. muskuloskeletal oder gastrointestinal																												
Distress	Psychischer Distress oder Schlafstörungen																												
Angst	Angststörungen oder Symptome einer Angststörung																												
Depression	Depression oder depressive Symptome																												
Burnout	Burnout																												
PTBS	PTBS oder Symptome einer PTBS																												
Suizid	Suizidgedanken oder Suizidversuch																												

Hinsichtlich der Schwere der erlebten Folgen wiesen einige Studien auf einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Belästigung und dem Ausmaß der Folgen hin (25–27). So korrelierte in der Studie von McDermt, Haaga und Kirk die Schwere der erfahrenden Belästigung mit der Höhe des Stresslevels der Betroffenen. Zudem fanden umso häufiger Symptome einer PTBS, je schwerer die Befragten belästigt worden waren (25).

Die Studienlage zur Frage, ob Frauen oder Männer ähnlich oder unterschiedliche Auswirkungen durch SBAA erfahren, deutet darauf hin, dass Frauen nicht nur häufiger betroffen sind, sondern auch stärker unter den Erfahrungen leiden (9,35,50). Frauen und insbesondere Ärztinnen, so die Einschätzung vieler Autor\*innen, würden durch SBAA besonders benachteiligt in einer Arbeitswelt, in welcher sich immer noch strukturelle Benachteiligungen von Frauen finden, die durch sexuelle Belästigung weiter verfestigt und verstärkt würden (16,22,62,63).

Die Ergebnisse bezüglich der Folgenentwicklung bei Männern sind widersprüchlich. In der Studie von Farkas *et al.* zu sexuellen Belästigungserfahrungen von Ärzten gab die Mehrheit von ihnen an, das Verhalten habe keinen oder sehr wenig emotionalen Stress ausgelöst (35). Beachtenswert ist allerdings die Studie von Vogt *et al.*, in der ehemalige Soldat\*innen zu sexueller Belästigung und deren Folgen befragt wurden und in der sich das Risiko für Männer, an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken, nach SBAA deutlich stärker erhöhte als für die befragten Frauen. Die Autor\*innen bieten als Erklärung an, dass sexuelle Belästigung für Männer noch unerwarteter und stigmatisierender sei als für Frauen (64).

### 1.3.1 Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen

Eine Metaanalyse von 2007 mit 41 Studien und knapp 70.000 Befragten kam zu dem Ergebnis, dass Betroffene von sexueller Belästigung unter einer schlechteren psychischen Gesundheit leiden als Nicht-Betroffene (6). Zum gleichen Ergebnis kam eine weitere Metanalyse aus dem Jahr 2015, in der der schädliche Effekt von SBAA auf über 73.000 Frauen untersucht wurde (5).

Das Spektrum der negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen gliedert sich in drei Bereiche. Zunächst ist hierbei die unmittelbare emotionale Reaktion auf die Belästigungserfahrung zu nennen (7,17,43), an die sich im Verlauf verschiedene psychische Beeinträchtigungen anschließen können (21,22,44,65), welche schließlich in psychiatrische Erkrankungen wie Angststörungen (59,64,66), Depression (28,66,67), Essstörungen (53,66,68) und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (6,22,69) münden können.

In der Gesamtschau geben viele Betroffenen an, durch SBAA mindestens eine Form von emotionaler Beeinträchtigung erlebt zu haben, etwa nervös und angespannt gewesen oder zumindest irritiert worden zu sein (37,60,70). In der Studie von Phillips *et al.*, in welcher

kanadische Medizinstudierende befragt wurden, löste sexuelle Belästigung bei fast allen Betroffenen eine starke, unmittelbare emotionale Reaktion aus (17). Das Spektrum diesbezüglich ist breit und reicht von Irritation und Verunsicherung über Gefühle von Wut und Ärger hin zu empfundener Hilfslosigkeit und Angst sowie dem Gefühl, gedemütigt worden zu sein (37,41,60,61). Betroffene berichten nach SBAA von Scham- und Schuldgefühlen (17,71,72), manche fühlen sich benutzt und respektlos behandelt, andere angeekelt und gedemütigt (14,41,61).

Empfindungen wie verstärktes Angstgefühl, Sorgen und gesteigerte Nervosität halten bei vielen Betroffenen auch längerfristig nach der Belästigungserfahrung an (29,60,61,73). Studien ergaben zudem, dass Betroffene von sexueller Belästigung sowohl eine negativere Weltsicht als auch einen pessimistischeren Blick auf die eigene Person und Lebenssituation aufweisen (6,12,25,74). Häufig geben Betroffene an, sich sozial zurückgezogen (59) oder das Vertrauen in ihre Mitmenschen verloren zu haben (37,75), manche leben seit der Belästigung vermehrt in Angst vor Vergewaltigung oder Verbrechen (76).

Eindrücklich stellen sich die Daten für Depressionsprävalenz unter Betroffenen dar: In mehreren großen retrospektiven Studien waren Personen, die am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden waren, signifikant häufiger von Depression betroffen als Befragte ohne Belästigungserfahrung (28,66,67). In der Studie von Dansky und Kilpatrick litten von denjenigen, die noch nie von SBAA betroffen waren, zum Befragungszeitpunkt nur 7,3% an einer Depression, wohingegen dies für 21,9% der Befragten zutraf, die bereits am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden waren. Auch für die Lebenszeitprävalenz von Depression ergab sich in dieser Studie ein deutlicher Unterschied zwischen Betroffenen (28,8%) und Nicht-Betroffenen (12,3%) (7). Die Studie von Frank, Brogan und Schiffmann zeigt einen ebenfalls signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Belästigungserfahrung und der Prävalenz von psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depression und Suizidversuchen unter Ärztinnen. Vor allem diejenigen, die schwere Formen sexueller Belästigung erlebten, litten doppelt so häufig an Depression und begingen viermal häufiger versuchten Suizid (28). Des Weiteren bestätigte eine prospektive Studie mit 1010 jungen Erwachsenen bei einem Follow-Up von 10 Jahren den Umstand, dass SBAA als Risikofaktor für Depression fungieren kann (77).

Eine 2019 durchgeführte Befragung von über 12.000 US-amerikanischen Soldat\*innen zeigt, dass die Erfahrung von SBAA oftmals zu einer verzerrten Wahrnehmung der eigenen Person sowie einem reduzierten Selbstwertgefühl führte und bei den Betroffenen ein Gefühl von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit hinterließ. Die Studie ergab zudem ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko für die Betroffenen (78).

Mehreren Studien ist zu entnehmen, dass die Symptome der Betroffenen zum Teil jenen Beschwerden ähneln, die charakteristisch für eine posttraumatische Belastungsstörung sind (6,7,27,73). Diese sind Intrusionen wie Flashbacks und Alpträume, sozialer Rückzug, Vermeidung traumaassoziierter Stimuli und emotionale Taubheit sowie Übererregbarkeit mit Schlafstörungen und erhöhter Reizbarkeit (6). Die Autor\*innen der Metaanalyse von 2007 sprechen sich dafür aus, leichte wie schwere Formen sexueller Belästigung als potenziell traumatisierende Ereignisse einzuordnen, da ihre Metaanalyse eine Korrelation zwischen dem Erleben sexueller Belästigung und Symptomen einer PTBS ergibt (6). In einer Studie mit 850 Soldat\*innen konnte sexuelle Belästigung als Risikofaktor für die Ausbildung von Symptomen einer PTBS, depressiven Symptomen und Suizidalität bestätigt werden (69) und in der Studie von McDermt, Haaga und Kirk fanden sich umso häufiger Symptome einer PTBS bei den Betroffenen, je schwerer deren sexuelle Belästigung ausfiel (25).

Das Fazit der bisherigen Forschung ist eindeutig: SBAA kann ein demoralisierendes, potenziell traumatisierendes Erlebnis darstellen und ernste gesundheitliche Folgen für die Betroffenen nach sich ziehen.

### *1.3.2 Folgen für die somatische Gesundheit der Betroffenen*

Neben den potenziellen negativen psychischen Auswirkungen ist sexuelle Belästigungserfahrung zudem ein Risikofaktor für somatische Beeinträchtigungen (6,19,60,61,79–83).

Die häufigsten körperlichen Beschwerden der Betroffenen sind Kopfschmerzen (6,19,60,61), gastrointestinale Beschwerden (6,60,61,70), Müdigkeit und Erschöpfung (19,60,61) und Schlafstörungen (6,61,70). Des Weiteren leiden die Betroffenen häufiger unter muskuloskelettalen Beschwerden wie Nackenschmerzen, Kieferschmerzen und Zähneknirschen (73,79,80). Das Spektrum der somatischen Beschwerden wird ergänzt durch Angaben von vermehrtem Gewichtsverlust (70), Übelkeit (6), Schwindelanfällen (81) und sexueller Dysfunktion wie verminderte Libido (60,81). Gesundheitlich bedenklich sind auch die Angaben zum vermehrten Alkohol-, Schlafmittel- und Drogenkonsum nach SBAA (58,61,82).

Zudem gibt es Hinweise, dass sexuelle Belästigung als Stressor am Arbeitsplatz indirekt mit dazu beitragen kann, dass die betroffene Person kardiovaskuläre Erkrankungen wie arterielle Hypertonie (60,83) und koronare Herzerkrankung entwickelt (83). Direkten Nachweis, dass sexuelle Belästigung arterielle Hypertonie und KHK mitbedingen gibt es allerdings bislang nicht.



### 1.3.3 Folgen für Arbeitsfähigkeit und beruflichen Werdegang der Betroffenen

Neben den teils schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen beeinflusst SBAA auch, wie etliche Studien zeigen, das Arbeitsleben der Betroffenen negativ und vermag es, deren Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu beeinträchtigen (6,19,29).

Der Prozentsatz der Betroffenen, die negative Auswirkungen auf ihre Arbeit nach SBAA angeben, rangiert zwischen 31,0% und 75% (7,10,26,29,60,61). So gaben in einer Studie mit 3006 beschäftigten Frauen 70% der Betroffenen an, die Grenzüberschreitungen hätten ihre Fähigkeit beeinträchtigt, ihrer Arbeit nachzugehen (7). Arbeitnehmer\*innen, die SBAA erfahren, sind generell unzufriedener mit ihrem Job als Nicht-Betroffene (6,10,28,84), haben sehr häufig eine geringere Arbeitsmotivation (6,10,27,60,70,85) und identifizieren sich weniger mit ihrer Institution (5,6,21,22,33). Viele Betroffenen sahen ihr Selbstvertrauen in ihre beruflichen Fähigkeiten durch die Belästigungserfahrung schwinden (59,74,86). Das passt zu den Ergebnissen der Europäischen Kommission, die ergaben, dass viele Arbeitnehmer\*innen, die SBAA ausgesetzt waren, ihre eigenen beruflichen Fähigkeiten und ihre Qualifikation für den Job in Frage stellten (10). In weiteren Studien gaben 45% bis 75% der Befragten eine Abnahme ihrer beruflichen Leistungen durch SBAA an (7,60,61). Die experimentelle Studie von Woodzicka und LaFrance bestätigte, dass schon milde, subtile Formen sexueller Belästigung die Leistungen der Teilnehmerinnen (die Studie wurde ausschließlich mit Frauen durchgeführt) in dem fingierten Jobinterview negativ beeinflusste (87).

Berücksichtigt man zudem, dass oft auch die Beziehung zu den Kolleg\*innen unter der Belästigung leidet (37,74), ist verständlich, dass viele sich immer mehr aus ihrem Arbeitsumfeld zurückziehen. Hanisch und Hulin prägten den Begriff des *work withdrawal*, zu Deutsch Rückzug aus der Arbeit, unter dem häufige Krankschreibungen, Arbeitsvermeidungsverhalten wie Zuspätkommen und nachlassender Arbeitseinsatz zu fassen sind (88). Dieses Verhalten fällt assoziiert mit SBAA in vielen Studien auf (6,10,12,84).

Betroffene spielen zudem deutlich häufiger mit dem Gedanken, ihren Job zu kündigen (12,22,53), wie beispielsweise 37,2% der 662 befragten Krankenschwestern in Celik und Celiks Studie von 2007 (61), und tun das tatsächlich auch häufiger als Nicht-Betroffene (6,10,12,89). Die Untersuchung der Europäischen Kommission ergibt für sexuell belästigte Arbeitnehmer\*innen eine Kündigungsprävalenz von 11,3% (10). Zwei US-amerikanischen Studien zufolge wurden 25% respektive 45,4% der Arbeitnehmer\*innen mit ihrer Entlassung konfrontiert, nachdem sie gegen die erfahrene sexuelle Belästigung Beschwerde eingereicht hatten. In der Studie von Coles war die Belästigung dabei in allen Fällen von Vorgesetzten ausgegangen (60,89).

Arbeitsleben und Karriere einer Person kann maßgeblich Schaden zugefügt werden, wenn diese in Folge von SBAA unter schlechterer Arbeits- und Leistungsfähigkeit und verminderter Produktivität leidet, Fortbildungen, Kongresse oder andere wichtige Veranstaltungen meidet, um der belästigenden Person aus dem Weg zu gehen oder gezwungen wird, den Job zu wechseln (5,21,22,33). Grundsätzlich bedeutet eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen Distress für das Individuum, wobei ein chronisch erhöhtes Stresslevel zur Manifestation verschiedenster Erkrankungen beitragen kann (90,91). Gesundheitliche Beeinträchtigungen können dabei die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen weiter herabsetzen, so dass SBAA im Extremfall der Auslöser existenzieller Not werden kann.

#### *1.3.4 Folgen für Gesellschaft und Unternehmen*

SBAA zeigt einen vom allgemeinen Stress am Arbeitsplatz unabhängigen negativen Effekt auf Zufriedenheit, Motivation und Engagement, Leistungsfähigkeit, Produktivität und Kündigungsverhalten der Arbeitnehmer\*innen (6,21). So ist es nachvollziehbar, dass Forscher\*innen die Schlussfolgerung ziehen, eine Reduktion von SBAA wäre nicht nur für die Gesundheit des Einzelnen, sondern auch für die Unternehmen von großem Nutzen (4,22,43,53). So entstehen durch sexuelle Belästigung vermeidbare Mehrkosten durch schlechtere Teamarbeit, sinkende Produktivität, Arbeitsausfall durch Krankheit sowie Einstellung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter\*innen (4,21,22,92). Den Schaden, der US-amerikanischen Unternehmen jährlich durch SBAA entsteht, datieren verschiedene Schätzungen auf 100 Millionen bis eine Billion Dollar (8,36,92). SBAA als Risikofaktor für psychische und somatische Erkrankungen stellt zudem eine Belastung für das Gesundheitssystem und damit für die ganze Gesellschaft dar (8). Weiterhin ist diesbezüglich relevant, dass Studienergebnisse nahelegen, dass sexuelle Belästigung von medizinischem Personal einen direkten, negativen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung haben kann (60,93).

#### *1.3.5 Folgen für Ärztinnen und Ärzte und die medizinische Versorgung*

Aus mehreren Gründen ist SBAA für Ärzt\*innen besonders problematisch. Zum einen ist die Prävalenz von psychischen Erkrankungen wie Depression, Burnout und Suizidalität in dieser Berufsgruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bereits erhöht (32,49,94,95). Die Metaanalyse von Schernhammer und Colditz zeigt besonders für Ärztinnen ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko. So war deren Mortalitätsrisiko durch Suizid mehr als doppelt so hoch als das der Normalbevölkerung, jenes ihrer männlichen Kollegen zeigte sich immerhin um 40% erhöht (95). SBAA kann diese Tendenz als potenter Stressor mit weitreichenden negativen Auswirkungen

weiter verstärken. Eine große Studie mit 7409 Assistenzärzt\*innen ergab besonders für die betroffenen Ärztinnen ein erhöhtes Risiko, einen Burnout zu erleiden oder Suizidgedanken zu entwickeln (49). Auch in der Studie von Mathews *et al.* von 2019 zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erleben von SBAA und der Burnoutprävalenz unter Ärztinnen. Die Autorinnen sahen dies besonders durch das Erleben von sexistischen Kommentaren und sexualisiertem Verhalten von Kollegen bedingt (32). Bei der Befragung von 1346 Rettungsdienstmitarbeitenden ergab sich zudem eine stark erhöhte Prävalenz depressiver Symptome für die Betroffenen von SBAA (Frauen 49,3% versus 18,1%; Männer 37,7% versus 19,0%) (50).

Im medizinischen Bereich ist SBAA neben möglichen gesundheitlichen und beruflichen Folgen für die betroffenen Ärzt\*innen auch deshalb besonders kritisch, da das Wohlergehen der Patient\*innen essentiell von der Leistungsfähigkeit des Personals abhängt. SBAA vermag Ärzt\*innen von ihrer eigentlichen Arbeit abzulenken und in ihrer Konzentrationsfähigkeit zu stören (33,60). Belästigung, die von Kolleg\*innen ausgeht, kann das Vertrauensverhältnis unter Mitarbeitenden erschüttern und zu Verschlechterung der Teamzusammenarbeit führen (5,21,22,33). Wenn Ärzt\*innen den Kontakt mit bestimmten Kolleg\*innen aus Angst vor weiterer Belästigung vermeiden, kann das der Patientenversorgung ebenfalls abträglich sein (4,13,43). Zudem konnten gezeigt werden, dass sich SBAA negativ auf die Weiterbildung von jungen Ärzt\*innen auswirkte, vor allem wenn die Belästigung von deren Vorgesetzten ausging (13). Insgesamt vermag SBAA die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Ärzt\*innen nachhaltig negativ zu beeinflussen, wodurch in Folge potenziell auch die Qualität der Patientenversorgung gemindert werden kann.

#### **1.4 Mediatoren der negativen Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

Während die Studien umfänglich zeigen, dass SBAA bei den Betroffenen weitreichende negative Folgen hervorrufen kann, existiert bislang wenig Forschung zu den Mediatoren dieser Auswirkungen. Dennoch geben Studien erste Aufschlüsse darüber, mittels welche Mechanismen die negativen Folgen von SBAA vermittelt werden: Die meisten Wissenschaftler\*innen vermuten dabei den entscheidenden pathogenen Faktor im Distress, den die Belästigungserfahrung hervorzurufen vermag (5,12,68). Auch Lazarus und Folkman, bekannt für ihre Theorie zum Coping, ordnen SBAA in die Kategorie psychosozialer Stressoren ein (96). Stress wiederum definierten die Autor\*innen 1986 als spezielle Beziehung zwischen Individuum und Umgebung, bei der Letztere als bedrohlich und die persönlichen Ressourcen überfordernd wahrgenommen wird, wodurch das eigene Wohlbefinden in Gefahr gerät (97).

Tatsächlich vermag SBAA für Betroffene eine unangenehme und mitunter bedrohliche Atmosphäre zu generieren, welche in der Literatur als *hostile work environment*, zu Deutsch feindliche Arbeitsumgebung, beschrieben wird (58,82). Ein teils hoher Prozentsatz der Betroffenen gibt zudem erhöhten psychischen Stress als Folge der Belästigungserfahrung an, wobei die Prävalenz zwischen 24,1% und 90% schwankt (12,25,26,60,61,70).

Im Rahmen des psychosomatischen Pathogenesemodells ist Stress als Mediator verschiedenster Erkrankungen anerkannt. Übersteigt der Distress die individuelle Toleranzschwelle der jeweiligen Person oder versagen deren Copingstrategien, kann das emotionale wie pathophysiologische Veränderungen bedingen, die wiederum in einer Vielzahl von Beschwerden und manifesten Erkrankungen münden können (90,91). In der Studie von Schneider, Weerakoon und Heard gaben immerhin 7,1% der Betroffenen an, durch SBAA neben den psychischen explizit auch körperliche Stressauswirkungen erfahren zu haben (26). Die Ergebnisse der Studie von Harned und Fitzgerald legen des Weiteren nahe, dass neben psychischem Stress auch Schuldgefühle und der Verlust von Selbstvertrauen den Zusammenhang zwischen SBAA und der Entstehung von Essstörungen vermitteln können (68).

Auch in Bezug auf die beruflichen Auswirkungen weisen Forschungsergebnisse darauf hin, dass dabei ein erhöhtes Stresslevel bei den Betroffenen eine entscheidende Rolle spielt (29). Darüber hinaus kann die Erfahrung sexueller Belästigung die betroffene Person in ihrem Selbstvertrauen erschüttern - was wiederum darin resultieren kann, dass deren Arbeitsfähigkeit leidet (57). Neben Verunsicherung und Distress identifizieren einige Arbeiten den Faktor Ablenkung als wichtigen Mediator arbeitsbeeinträchtigender Folgen. Studienteilnehmerinnen berichten in diesen von verminderter beruflicher Produktivität, wenn sie sich durch den Vorfall weniger auf ihre eigentliche Arbeit konzentrieren konnten. Als Ursache dafür wird neben zusätzlich anfallenden Aufgaben wie das Melden des Vorfalls oder die Konfrontation mit dem Täter besonders die emotionale Verarbeitung des Geschehenen hervorgehoben (22,33,71). Balwant *et al.* wiesen zudem nach, dass das Engagement von Beschäftigten für ihre Firmen in Folge von SBAA abnahm. Für Frauen konnten die Autor\*innen dabei die Belästigung an sich als Ursache für den verringerten beruflichen Einsatz identifizieren, bei Männern wurde dieser teilweise durch schlechtere psychische Gesundheit vermittelt (21).

Zwei Studien mit US-amerikanischen Soldat\*innen aus dem Jahr 2019 liefern ebenfalls Hinweise bezüglich der Entstehung von negativer Folgen nach SBAA (69,78). Griffith weist in Bezug auf den Zusammenhang zwischen SBAA und erhöhtem Suizidrisiko zum einen auf den oftmals schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen als möglichen Mediator hin. Zum anderen betont er den Umstand, dass SBAA die Beziehungen der betroffenen Person zu ihren

Mitmenschen zu erschüttern vermag (78), was einen etablierten Risikofaktor für Suizid darstellt (98). Gross *et al.* wiederum zeigten in ihrer Studie mit 850 Veteran\*innen zum einen, dass SBAA das Vertrauen der Teilnehmenden in den Sinn des Lebens erschütterte und wiesen nach, dass Betroffene umso anfälliger für negative Folgen waren, je weniger Lebenssinn sie empfanden. Als weitere mögliche Mediatoren negativer Folgen identifizierten die Autorinnen Aspekte wie soziale Isolation und reduzierte Lebensqualität, Vermeidungsverhalten, emotionales Abstumpfen sowie einen schlechteren Gesundheitszustand (69).

Interessanterweise legen die Ergebnisse mehrerer Studien nahe, dass die Entwicklung von negativen Folgen für die Betroffenen in keinem Zusammenhang zu deren subjektiven Bewertung des Vorfalls steht (19,87,99). Woodzicka und LaFrance bewiesen in einem Experiment, dass sexuelle Belästigung während eines Jobinterviews die Leistungen der Probandinnen unabhängig davon, wie diese die Grenzüberschreitung subjektiv bewerteten, zu schmälern vermochte. Auch diejenigen Probandinnen, die angaben, sich nicht belästigt gefühlt zu haben, schnitten signifikant schlechter ab als die Personen der Kontrollgruppe (87). Auch war bei Polizistinnen, die in der Studie von Brown, Campell und Fife-Shaw versicherten, sexualisierte Sprüche und Witze hätten keinen negativen Einfluss auf sie gehabt, das Erlebten dessen dennoch stark mit schlechterer psychischer Gesundheit assoziiert (99).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die Belästigungserfahrung hervorgerufener Distress eine wesentliche Rolle bei der Vermittlung von negativen Folgen zu spielen scheint, wobei auch andere Faktoren wie Ablenkung und soziale Isolation zu berücksichtigen sind.

## **1.5 Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und deren Folgen**

SBAA stellt ein Gesundheitsrisiko für die Betroffenen dar, gefährdet Karrieren und vermag Arbeitsqualität zu mindern, was besonders im medizinischen Bereich fatale Folgen nach sich ziehen kann. Es gilt daher, effektive Wege zur Prävention des Phänomens SBAA sowie dessen negativen Folgen aufzutun und umzusetzen.

### *1.5.1 Reduktion der Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Die Forschungsarbeiten zu Prävention von SBAA widmen sich bislang zumeist der Frage, wie Arbeitgeber\*innen ihren Mitarbeitenden ein sicheres Umfeld schaffen können, in dem sie vor SBAA geschützt sind, wobei hauptsächlich die Reduktion von sexueller Belästigung durch Teammitglieder im Fokus steht (13,21,22,33,100). Viele Forscher\*innen identifizieren dabei die institutionelle Einrichtung klarer Beschwerdepfade, über die Vorfälle SBAA offiziell gemeldet werden können, als elementar (3,13,21,22,33). Als Anforderungen werden diesbezüglich genannt,

dass den Mitarbeitenden klar kommuniziert wird, wie der Beschwerdeprozess abläuft (13,21,100), dass bei einem Vorfall prompt eine umfassende Untersuchung eingeleitet wird (21), dass Betroffene, die einen Vorfall melden, ständig über den Prozessfortschritt informiert (4) und dass unmittelbare Maßnahmen in Form von Sanktionen gegenüber der belästigenden Person eingeleitet werden (17,21,101). In der Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass Meldesysteme zwar unverzichtbar, in ihrer aktuellen Form jedoch meist nicht ausreichend sind, um sich präventiv auf das Auftreten von SBAA auszuwirken (16,17,22,43,63). Tatsächlich nehmen Betroffene die Möglichkeit, erlebte SBAA zu melden, nur im äußerst geringen Umfang wahr (3,13,17,32,102). In einer Studie von 2020 mit US-amerikanischen Assistenzärzt\*innen gaben nur 7,6% der Betroffenen an, jemals einen Vorfall offiziell gemeldet zu haben (13), unter betroffenen Wissenschaftlerinnen einer anderen Studie waren es nur knapp 2% (3).

Die niedrigen Melderaten lassen sich vor allem damit erklären, dass eine Beschwerde in den meisten Fällen nicht etwa Konsequenzen für die Täter\*innen nach sich zieht, sondern vielmehr die Betroffenen negative berufliche wie persönliche Folgen erfahren. So legt eine große Anzahl an Arbeiten den Schluss nahe, dass die Meldung eines Vorfalls Betroffenen bislang eher schadet als nutzt (22,33,34,71,102,103). Anstatt der zu erwartenden Unterstützung erleben sie oftmals durch ihr Team Stigmatisierung und Ausgrenzung, müssen den Job wechseln und Karriereeinbußen inklusive finanzieller Nachteile hinnehmen (34,63,72,103). Die Personen, bei denen Betroffene Hilfe suchen, bagatellisieren die Erfahrungen oftmals als ‚nicht so schlimm‘ (33), relativieren das Verhalten der Täter mit dem Ausspruch, diese seien ‚halt von der alten Schule‘ (in fast allen der untersuchten Fälle waren Ärztinnen von Kollegen belästigt worden) (17) oder tun den Vorfall als ein Missverständnis ab (103). Darüber hinaus erfahren viele Betroffene, dass ihnen nicht geglaubt wird (22,33,102) oder sie sehen sich als das eigentliche Problem, als ‚Störenfried‘ oder als eine ‚schwierige Person‘ dargestellt (22). Das erklärt sowohl die Angst der Betroffenen, sich durch eine Beschwerde selbst zu schaden, als auch die daraus resultierenden niedrigen Melderaten (17,33,43).

Auf die Frage, was zu tun wäre, damit Betroffene Vorfälle SBAA ohne Sorge und ohne negative Folgen melden können, finden sich bereits einige Vorschläge. So konstatieren einige Autor\*innen, dass Transparenz von elementarer Wichtigkeit ist: Sie empfehlen den Einrichtungen, Möglichkeiten finden, die internen Fälle von SBAA inklusive ergriffener Sanktionsmaßnahmen unter Einhaltung der Anonymität von Betroffenen wie Täter\*innen für alle Mitarbeitenden offenzulegen. So würde klar kommuniziert, dass sexuelle Belästigung an diesem Arbeitsplatz nicht geduldet wird (3,22,33). Des Weiteren wird vorgeschlagen, alternative Beschwerdesysteme einzurichten, die das anonyme bzw. informelle Melden von SBAA möglich machen (13,22,101).

In einer Umfrage unter 270 chirurgischen Assistenzärzt\*innen gaben 67% an, Vorfälle dann melden zu wollen, wenn gewährleistet wäre, dass sie dabei anonym bleiben könnten (13). Oft wird auch die Etablierung einer unabhängigen, gut ausgebildeten Ombudsperson als hilfreich befunden (4,13,71,102), die einerseits eine vertrauensvolle Anlaufstelle verkörpern kann und andererseits auch einflussreich genug ist, um Sanktionen sicherzustellen (13). Wie Mitarbeitenden Vorfälle von SBAA melden können sollte auch Teil einer Betriebsvereinbarung sein, in welcher die Einrichtung klarstellt, dass SBAA nicht toleriert wird, die eine umfassende Definition der verschiedenen Formen enthält und allen Mitarbeitenden zugänglich ist (21,22,33).

Der bisherige Forschungsstand zeigt, dass die bisherigen Anstrengungen und Strategien nicht ausreichen, das Problem SBAA mit seinen negativen Auswirkungen für Individuum, Institution, Forschung und Gesellschaft einzudämmen (17,22,43,63). Es herrscht Einigkeit in der Literatur, dass neben besseren Meldeprozessen eine stärkere Sensibilisierung zum Thema stattfinden muss (22,82,102,104). Vor allem in den USA sind institutionsinterne Schulungen zum Thema bereits gängige Praxis (105). Meistens handelt es sich dabei um ein online-basiertes Format in Form von kurzen Filmen, Videos, Vorträgen, seltener Gruppendiskussionen oder Rollenspielen (21). Während einige Studien schulungsbedingt ein verbessertes Wissen zum Thema bei den Teilnehmenden nachweisen konnten (22,102), fanden zahlreiche Studien jedoch wenig bis keinen Effekt auf die Prävalenz von SBAA (22,82,106). Manche Studien offenbarten sogar einen gegenteiligen Effekt solcher Präventionsprogramme, im Speziellen auf die teilnehmenden Männer (22,107,108). So zeigte die Studie von Bingham und Scherer mit 516 teilnehmenden Personen, dass Männer nach Teilnahme am Präventionsprogramm des Arbeitgebers SBAA seltener als solche erkannten, zögerlicher waren, diese zu melden und wahrscheinlicher die Schuld für die Belästigung der belästigten Person zuschoben als ihre Kollegen, die nicht am Programm teilgenommen hatten (108).

Ein Kritikpunkt in Bezug auf das verbreitetste Schulungsformat, einer einzelnen Lehreinheit von wenigen Stunden, ist, dass in diesem Rahmen schlicht nicht alle Aspekte des Themas abgedeckt werden können. Online-basierte Trainingsformate ermöglichen zudem ein schnelles Überfliegen der Inhalte, wodurch eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Thema umgangen werden kann (104). Schulungen sollten nicht nur einmalig, sondern regelmäßig stattfinden und dabei weniger zu stupidem Befolgen von Anweisungen, sondern vielmehr zu nachhaltigem Wissenserwerb, selbstständigem Denken und Verständnis anregen (102,104). Der Studienbericht der NASEM kritisiert darüber hinaus, dass die meisten Studienkonzepte auf reiner Wissensvermittlung basieren, obwohl Wissenszuwachs an sich nicht automatisch auch eine Änderung von Verhaltens oder persönlichen Einstellungen mit sich bringt (22). Neben der

umfassenden Thematisierung von Definition, Häufigkeit und Folgen sollte auch das Verständnis für mögliche Ursachen von SBAA angeregt und das aktive Durchspielen konkreter Szenarien ermöglicht werden. Empfohlen wird die Durchführung von Rollenspielen mit Verkörperung sowohl von belästigender wie belästigter Person (82). Einige Forscher\*innen beanstanden zudem die Tatsache, dass viele Schulungskonzepte ausschließlich das ungewollte, belästigende Verhalten thematisieren und die Teilnehmenden damit unbewusst als potentielle Täter\*innen adressieren. Vielmehr sollten diese als Verbündete im Kampf gegen SBAA angesprochen werden und dahingehend geschult werden, wie sie dazu beitragen können, ihren Arbeitsplatz zu einem sicheren Ort zu machen (22,102). So konnten Universitäten positive Veränderungen im Verhalten ihrer Mitarbeitenden feststellen, wenn sie interaktive Schulungen durchführten, welche den Fokus auf erwünschte zwischenmenschliche Verhaltensweisen legten sowie die fehlende Gleichberechtigung der Geschlechter thematisierten (109). Positive Erfahrungen wurden im Krankenhaussetting zudem mit Interventionen zu respektvollem Umgang im Team gemacht (110). Besonders betont wird in vielen Arbeiten auch die Rolle der *bystander*, zu deutsch Zuschauer, also denjenigen Personen, die die sexuelle Belästigung als Beistehende miterleben, aber in den meisten Fällen nicht einschreiten, sondern das Verhalten still hinnehmen (22,33,71,102,111). Studien zeigen vielversprechende Ergebnisse, dass nach Beistehenden-Training diese später bei beobachteter SBAA häufiger intervenierten (33,112).

Der Studienbericht der National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM) fasst die Empfehlungen wie folgt zusammen: Eine effektive Trainingseinheit zu SBAA dauert mehr als vier Stunden, wird in Präsenz durchgeführt und von erfahrenen Trainer\*innen geleitet, welche über entsprechende Expertise zum Thema verfügen. Sie beinhaltet zudem aktive Partizipation und Austausch zwischen den Teilnehmenden, ist spezifisch auf Verhaltensänderung ausgerichtet und speziell für die jeweilige Zielgruppe konzipiert (22).

Einigkeit herrscht in der Präventionsliteratur, dass dem Problem über Sensibilisierungsarbeit allein jedoch nicht beizukommen ist, sondern dass auch die Ursachen, welche sexuell belästigendem Verhalten am Arbeitsplatz zugrunde liegen, aufgedeckt und behoben werden müssen (13,16,22,53). So beschreiben Freedman-Weiss *et al.* die teils stark hierarchisch geprägten Arbeitsverhältnisse in medizinischen Berufen als wichtigen Faktor, der zu SBAA beiträgt (13). Tatsächlich zeigen zahlreiche Studien, dass Arbeitsklima und Firmen- und Führungskultur die Prävalenz von SBAA sehr stark beeinflussen (6,74,113–115). Gerade die Führungspersonen seien in der Pflicht, durch ihrer Vorbildfunktion und Gestaltungsmacht das Problem ernst zu nehmen, dessen Tragweite anzuerkennen und mit effektive Maßnahmen zum Schutz ihrer Mitarbeitenden zu etablieren (3,22,63,116). Zudem weisen viele Arbeiten darauf hin, dass SBAA von Frauen



häufig der immer noch vorherrschenden Ungleichbehandlung von Frauen im Berufsleben entspringt und gleichzeitig durch ihr häufiges Auftreten die systematische Benachteiligung von Frauen im Arbeitskontext weiter vertieft (3,22,62,63,116).

### *1.5.2 Prävention negativer Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Wenig Forschung existiert bislang in Bezug auf die Frage, welche Mechanismen und Prozesse die negativen Folgen von SBAA entstehen lassen. Daher gibt es auch nur eine sehr kleine Anzahl an Studien, die Rückschlüsse auf protektive Faktoren zulassen, mithilfe derer Betroffene nach erfahrener SBAA vor negativen Folgen geschützt werden könnten (22,71,117).

Dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands weitere negativen Folgen vermitteln kann erscheint nachvollziehbar. Doch wie können Betroffene von SBAA vor Auswirkungen auf die eigene Gesundheit geschützt werden? Studienergebnisse zu protektiven Faktoren nach Exposition mit SBAA sind rar. Jedoch finden sich gehäuft Hinweise auf die entscheidende Bedeutung des Umfelds und der Frage, ob Betroffene nach einem Vorfall Unterstützung erhalten oder nicht (22,71,117). In mehreren Arbeiten finden sich Aussagen von Ärztinnen, die berichten, wie dankbar sie waren, in ihren Kolleg\*innen Verbündete gefunden und deren Beistand und Unterstützung erfahren zu haben. Zugehörigkeitsgefühl zum eigenen Team bzw. zur medizinischen Gemeinschaft, Netzwerke von Frauen, die Austausch und Unterstützung bieten sowie Vorgesetzte, die Berichte von SBAA ernst nehmen und entsprechend handeln, können als denkbare protektive Faktoren identifiziert werden (4,22,33,71). Weiter untermauert wird deren Bedeutung durch die Studien von Griffith und Bell *et al.*, die ein verringertes Suizidrisiko bzw. eine geringere Prävalenz von Symptomen einer PTBS bei Betroffenen nachweisen konnten, wenn diese Vertrauen in ihre Vorgesetzten hatten oder sie nach Meldung des Vorfalls adäquate Unterstützung erfuhren (78,118).

## 1.6 Herleitung der Fragestellung

SBAA stellt ein relevantes medizinisches und berufliches Problem für die Betroffenen dar und vermag darüber hinaus, Auswirkungen in gesellschaftlichem Ausmaß anzunehmen. Besonders für den englischsprachigen Raum gibt es bereits viele Forschungsarbeiten, die Prävalenz, mögliche Folgen und Präventionsansätze untersucht haben und zu dem Schluss gekommen sind, dass Ärzt\*innen zum einen häufig mit SBAA konfrontiert sind und zum anderen deutlich unter dessen Folgen leiden. Für Deutschland stellt die WPP-Studie die erste ihrer Art dar. Die bisherigen Ergebnisse zur Prävalenz von SBAA unter den zum Zeitpunkt der Erhebung an der Charité beschäftigten Ärzt\*innen bestätigen die hohe Prävalenz in dieser Berufsgruppe. In Deutschland existieren jedoch noch keine Daten bezüglich der Fragestellung, ob und von welchen Folgen Ärzt\*innen im universitären Kontext durch das Erleben von SBAA betroffen sind. Zudem fehlen Untersuchungen, aus denen mögliche Präventionsansätze für diese Berufsgruppe und diesen Arbeitskontext abgeleitet werden können. Die vorliegende Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag, diese Lücke zu schließen. Im Rahmen dieser Dissertation soll untersucht werden, welche Folgen es für die betroffenen Ärzt\*innen nach sich zieht, an ihrem Arbeitsplatz sexuell belästigt zu werden. Die Studienlage legt nahe, dass nicht alle Betroffenen nach SBAA negative Folgen entwickeln. Deshalb ist ein weiteres Ziel dieser Arbeit, Charakteristika der sexuellen Belästigung, der Betroffenen sowie deren Umgang mit dem Vorfall zu identifizieren, die das Risiko beeinflussen, aufgrund der erlebten Belästigung gesundheits- oder arbeitsbeeinträchtigende Folgen zu entwickeln. Davon ausgehend sollen mögliche Anhaltspunkte eruiert werden, mithilfe derer die Entwicklung negativer Folgen nach SBAA abgemildert werden könnte. Mit dem Ziel, die Prävalenz von SBAA im Kontext universitärer Medizin zu senken, sollen zudem Präventionsmaßnahmen analysiert werden, die von den befragten Ärzt\*innen der Charité für ihren Arbeitsbereich als effektiv eingeordnet wurden.

## 2 Methoden

Diese Arbeit entstand im Rahmen der WPP-Studie an der Charité–Universitätsmedizin Berlin, welche sexuelle Belästigung von Ärzt\*innen und des Pflegepersonals im universitätsmedizinischen Kontext untersuchte. Die vorliegende Arbeit befasst sich dabei ausschließlich mit der Betroffenheit von Ärzt\*innen.

### 2.1 Studiendesign

Die WPP-Studie integrierte drei verschiedene methodologische Ansätze. Neben qualitativen Einzelinterviews mit Ärztinnen und Pflegerinnen aus vier verschiedenen Fachbereichen wurde eine großangelegte quantitative Befragung, in der alle klinisch tätigen Mitarbeitenden der Charité adressiert wurden, durchgeführt. Im dritten Teilprojekt der Studie wurden in Kooperation mit der Hans-Böckler-Stiftung bereits bestehende Betriebsvereinbarungen zu SBAA ausgewertet und eine Charité-spezifische Betriebsvereinbarung zum Thema erstellt. Die Auswertung der qualitativen Interviews wurde im *Journal für Interpersonal Violence* veröffentlicht (119). In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich Ergebnisse der quantitativen Befragung berücksichtigt. Ist im Ergebnis- und Diskussionsteil dieser Arbeit von der WPP-Studie die Rede, ist damit, wenn nicht anders bezeichnet, ausschließlich der quantitative Studienteil gemeint.

### 2.2 Studienablauf und Ethikvotum

Die Ethikkommission der Charité genehmigte die Durchführung der WPP-Studie im Dezember 2014 (EA1/350/14, 15. Dezember 2014).

Die quantitative Datenerhebung der WPP-Studie wurde im Zeitraum von Mai bis Juli 2015 mithilfe eines anonymen Online-Fragebogens durchgeführt. Adressiert wurden alle klinisch tätigen Mitarbeitenden der Charité. Im Vorfeld waren öffentlichkeitswirksame Maßnahmen ergriffen worden, um eine möglichst hohe Beteiligung an der Befragung zu erzielen. Diese umfassten zum einen die Entwicklung von Plakaten, die Mitarbeitende für das Thema sensibilisieren sollten und die auf allen drei Standorten der Charité (Campus Mitte, Campus Virchow Klinikum, Campus Benjamin Franklin) aufgehängt wurden. Des Weiteren wurde eine Website mit eigenem WPP-Logo erstellt, die Informationen zum Thema SBAA im Allgemeinen und zur WPP-Studie an der Charité im Speziellen enthielt (<https://wpp.charite.de>). Zudem wurden die Direktor\*innen der Institute sowie die Pflege- und Stationsleitungen kontaktiert und gebeten, ihre Mitarbeitenden für die Teilnahme an der Befragung zu motivieren. Zum Start der quantitativen Datenerhebung erhielten alle klinisch tätigen Mitarbeitenden über ihren Charité-

Emailaccount eine Einladung zur Studienteilnahme und einen Online-Link, über den sie zur Umfrage gelangten. Die Teilnahme an der Online-Befragung war ausschließlich über diesen personalisierten Zugang möglich. Zeitgleich wurde im Intranet der Charité eine Nachricht mit Hinweis auf den Beginn der Befragung veröffentlicht. Nach der Hälfte des Teilnahmezeitraums erhielten alle Personen der Studienpopulation erneut eine Email, in der sie um die Teilnahme an der Online-Befragung gebeten wurden.

Für den qualitativen Teil der Studie konnten 15 Ärztinnen und 15 Mitarbeiterinnen der Pflege rekrutiert werden, mit denen zwischen Januar und September 2015 halbstrukturierte Eins-zu-Eins Interviews geführt wurden. Leider gelang es nicht, männliche Mitarbeitende zu diesem Thema als Interviewpartner zu gewinnen.

### **2.3 Studienpopulation und Stichprobe**

Die Studienpopulation der quantitativen Befragung umfasste das gesamte klinisch tätige Personal der Charité–Universitätsmedizin Berlin ( $n_{\text{Pflege}} = 2754$  und  $n_{\text{Ärzt*innen}} = 1834$ ; die Zahlen wurden für Juni 2015 beim Personalcontrolling der Charité abgefragt). Die Gruppe der ärztlich Beschäftigten umfasste dabei klinisch tätige Ärzt\*innen und ärztliche wissenschaftliche Mitarbeitende. Ärzt\*innen, die zum Zeitpunkt der Befragung ausschließlich in der Verwaltung tätig waren, wurden aus der Studienpopulation ausgeschlossen. An der Befragung im Zeitraum von Mai bis Juli 2015 nahmen 228 Pflegekräfte und 790 Ärzt\*innen teil. Während erschreckend wenige Pflegekräfte an der Umfrage teilnahmen (8,3% des klinisch tätigen Pflegepersonals der Charité), lag die Rücklaufquote bei den Ärzt\*innen bei 43,1%. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Arbeit ausschließlich die Daten der ärztlich Beschäftigten ausgewertet. Von den 790 teilnehmenden Ärzt\*innen wurden 47 aus der Stichprobe ausgeschlossen, da sie weniger als 65% aller Fragen des Online-Fragebogens beantworteten. 743 Ärzt\*innen (40,5% des klinisch tätigen ärztlichen Personals) wurden in die Stichprobe eingeschlossen.

### **2.4 Forschungsinstrumente**

Der Fragebogen für den quantitativen Teil der WPP-Studie wurde nach eingehender Sichtung der bisherigen Forschungsarbeiten erstellt. Im Rahmen dieser Arbeit wurden 20 der insgesamt 39 Befragungssitems ausgewertet. Die Analyse der restlichen Items erfolgte im Rahmen der Dissertationsarbeit von Dr. Judith Prügl (56) sowie teilweise in der Publikation im JAMA Internal Medicine (55). Bei der Erstellung des Fragebogens wurde besonderer Wert auf die Erfassung der Prävalenz von SBAA gelegt. Fitzgerald *et al.* entwickelten in den späten 80er Jahren die erste

Version des *Sexual Experiences Questionnaire* (SEQ) (120), der das meistverwendetste und am besten validierte Messinstrument zur Einschätzung der Prävalenz von SBAA darstellt (5,9,32). Mittlerweise existieren verschiedene Versionen des SEQ, allen gemeinsam ist aber die systematische Auflistung möglicher Ausprägungsformen sexueller Belästigung im Arbeitskontext, mithilfe derer eine detaillierte und präzise Erfassung der Belästigungserfahrungen der Befragten ermöglicht wird (32). Ungeachtet dessen finden sich jedoch auch heute noch viele Studien, welche die Prävalenz von SBAA alleinig über die Frage erheben, ob die Befragten bereits sexuell belästigt wurden, ohne dabei sexuelle Belästigung genauer zu definieren (49,50,67). Die Gefahr bei dieser Art der Prävalenzbestimmung liegt darin, dass die Betroffenheit der Befragten leicht zu niedrig und möglicherweise auch zu hoch ausfallen kann, da das Wissen zu möglichen Ausprägungsformen sexueller Belästigung mitunter stark variiert (5,13–16). Dadurch würde erlebte SBAA von einigen Betroffenen nicht als solche erkannt und dementsprechend in der Befragung auch nicht angegeben (15,19,53). So konnten Magley *et al.* zeigen, dass von denjenigen Befragten, die im SEQ mindestens ein sexuell belästigendes Erlebnis angaben, weniger als die Hälfte diese Erfahrung(en) von sich aus als sexuelle Belästigung einordneten (19). Um diese Problematik zu adressieren, wurde für den quantitativen Fragebogen der WPP-Studie ein eigenes Messinstrument zur Prävalenzerhebung von SBAA unter Ärzt\*innen und in der Pflege entwickelt. Als Grundlage diente die Itemliste zur Erfassung sexueller Belästigung, welche im Rahmen der Studie zu Gewalterfahrungen von Frauen im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verwendet worden war (4). Der Liste wurde eine Form von *gender harassment* hinzugefügt („Jemand spricht abwertend von Frauen, Männern oder Homosexuellen oder macht obszöne Witze“), womit alle drei Kategorien SBAA abgebildet wurden. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde bewusst darauf geachtet, für die Erhebung der Prävalenz nicht alleinig nach Erfahrungen mit SBAA zu fragen, sondern die Betroffenheit mittels der Aufzählung verschiedener Ausprägungsformen zu erheben. Daran schloss sich die Frage an, ob und welche dieser Formen die Befragten als belästigend und/oder bedrohlich wahrgenommen hatten.

Während die meisten Studien ausschließlich die 12-Monatsprävalenz erhoben (44,49,50,66), wurde in der quantitativen Befragung der WPP-Studie neben dieser auch die Lebenszeitprävalenz abgefragt.

Bezüglich der negativen Auswirkungen von SBAA auf das klinische Personal wurde nach einer eingehenden Literaturrecherche eine Auswahl an medizinischen Symptomen sowie Einschränkungen des Arbeits- und Soziallebens erstellt, welche im Rahmen zweier Items in den Fragebogen integriert wurden. Mit Hinblick auf die Pathogenese der gesundheitlichen Folgen von SBAA wurde das Hauptaugenmerk dabei auf das Auftreten von psychischen Beeinträchtigungen

gelegt. Zudem wurden die Optionen ‚Irritation oder Verstörung‘, ‚Ekel‘, ‚Scham- oder Schuldgefühle‘ und ‚Ärger oder Rachegefühle‘ in die Liste der Folgen aufgenommen, um neben mittel- und längerfristigen Folgen auch empfundenen Emotionen Rechnung zu tragen. Für weitere Folgen wurden Freitextfelder geschaffen, in denen die Befragten sonstige, individuell erlebte Folgen eintragen konnten. Häufig wurden diese dabei von den Befragten dafür verwendet, um die vorgegebenen Kategorien wie ‚Ärger oder Rachegefühle‘ zu präzisieren, wenn beispielsweise nur Ärger empfunden wurde. In der Auswertung der Freitextangaben war zudem die häufige Nennung der Emotion Wut auffällig. Aufgrund der Nähe der Emotionen Wut und Ärger wurden die 13 Nennungen in der statistischen Analyse der Kategorie ‚Ärger oder Rachegefühle‘ zugeordnet. Der Fragebogen wurde mithilfe des internetbasierten Surveyprogramms SoSci Survey® (oFb - der onlineFragebogen) in die Online-Version umgewandelt und der Studienpopulation zur Verfügung gestellt.

## 2.5 Definitionen

### 2.5.1 Kategorisierung der Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Um die von den befragten Ärzt\*innen erlebten Folgen in Bezug auf die vorausgegangenen Belästigungsformen zu analysieren, wurden die abgefragten Ausprägungsformen von SBAA verschiedenen Kategorien zugeordnet. **Tabelle 2** stellt die Unterteilung in die Kategorien verbale Formen, körperliche und nicht-körperliche Formen sowie leichtere und schwere Formen dar. Die Einteilung der abgefragten Formen in leichtere und schwere Formen erfolgte dabei in Anlehnung an die Studie von McDermut, Haaga und Kirk (25).

**Tabelle 2: Kategorien der Formen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

<b>Verbale Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abwertung von Frauen/Männern/Homosexuellen oder obszöne Witze</li> <li>○ Anzügliche Sprüche, sexuelle Anspielungen oder abwertende Bemerkungen bezogen auf die eigene Person</li> <li>○ Unerwünschte Erzählungen oder Gespräche mit sexuellem Inhalt</li> <li>○ Aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten</li> </ul>
<b>Körperliche Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen</li> <li>○ Grapschen, ungewolltes Küssen</li> <li>○ Sexuelle Nötigung</li> </ul>
<b>Nicht-körperliche Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle verbalen Formen</li> <li>○ Telefonanrufe, Briefe, E-Mails oder SMS mit abwertendem, obszönem oder pornographischem Inhalt</li> <li>○ Obszöne sexuelle Gebärden, Gesten oder Zeichen</li> <li>○ Nachpfeifen, unsittliches Anstarren oder mit Blicken ausgezogen werden</li> <li>○ Quid pro Quo</li> </ul>
<b>Schwere Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grapschen, ungewolltes Küssen</li> <li>○ Quid pro Quo</li> <li>○ Sexuelle Nötigung</li> </ul>
<b>Eher leichtere Formen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Formen, die nicht den eher schweren Formen zugeordnet sind</li> </ul>

### 2.5.2 Kategorisierung der Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Für die Analyse der abgefragten Folgen von SBAA wurden diese in die Kategorien emotionale, gesundheitliche und arbeitsbeeinträchtigende Folgen unterteilt. Zudem wurde eine Einteilung in leichtere, vorübergehende und schwerwiegendere Folgen vorgenommen. **Tabelle 3** zeigt die Zuordnung der verschiedenen Folgen in die jeweiligen Kategorien.

**Tabelle 3: Kategorien der Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

<b>Emotionale Folgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verstörung oder Irritation</li> <li>○ Ärger oder Rachegefühle</li> <li>○ Scham- oder Schuldgefühle</li> <li>○ Ekel</li> </ul>
<b>Gesundheitliche Folgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niedergeschlagenheit oder Depression</li> <li>○ Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit</li> <li>○ Schlafstörungen oder Alpträume</li> <li>○ Erhöhte Krankheitsanfälligkeit oder häufigere Krankschreibung</li> <li>○ Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)</li> <li>○ Probleme mit der Sexualität</li> <li>○ Essstörungen</li> <li>○ Selbstmordgedanken</li> <li>○ Beginn einer Therapie</li> </ul>
<b>Arbeitsbeeinträchtigende Folgen</b>	<p><u>Beeinträchtigung effizienter Teamarbeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meiden des Täters/der Täterin</li> <li>○ Probleme im Umgang mit Männern/Frauen</li> <li>○ Schwierigkeiten, in Beziehungen Vertrauen zu anderen aufzubauen</li> <li>○ Schwierigkeiten bei Arbeit, Ausbildung, Studium</li> </ul> <p><u>Arbeitsplatzwechsel oder Arbeitsunfähigkeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wechsel der Station, Klinik, des Instituts am selben Arbeitsort</li> <li>○ Wechsel des Arbeitsorts</li> <li>○ Kündigung oder professionelle Umorientierung</li> <li>○ Arbeitsunfähigkeit</li> </ul> <p><u>Gesundheitliche Probleme, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen können</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dauerndes Grübeln über die Situation</li> <li>○ Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Leistungsfähigkeit</li> <li>○ Niedergeschlagenheit oder Depression</li> <li>○ Erhöhte Krankheitsanfälligkeit oder häufigere Krankschreibung</li> <li>○ Schlafstörungen oder Alpträume</li> <li>○ Erhöhte Ängste (z.B. aus dem Haus zu gehen, andere Menschen zu treffen)</li> <li>○ Selbstmordgedanken</li> </ul>



<b>Leichtere Folgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle emotionalen Folgen</li> </ul>
<b>Schwerwiegendere Folgen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle gesundheitliche Folgen</li> <li>○ Alle arbeitsbeeinträchtigenden Folgen</li> </ul>

## 2.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit dem Datenverarbeitungsprogramm Microsoft® Excel 2020, Version 16.41 und dem Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics Version 25 und 27. Die Tabellen wurden mit dem Programm Adobe® InDesign® CS6 Version 8.0 erstellt. Die soziodemographischen Daten der befragten Ärzt\*innen wurden mithilfe von deskriptiver Statistik ausgewertet. Für die Bestimmung der negativen Folgen nach SBAA wurden all diejenigen Ärzt\*innen der Stichprobe erfasst, die in ihrer Berufslaufbahn mindestens eine Form von sexueller Belästigung erlebt hatten (Lebenszeitprävalenz). Die von ihnen angegebenen Folgen wurden in Form von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen dargestellt. In Bezug auf die Prävalenz von SBAA wurden zudem die Freitextangaben der Betroffenen gesondert ausgewertet. Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von negativen Folgen nach SBAA und Merkmalen der Betroffenen wie Geschlechts-, Alters-, Berufsgruppen- und Fachbereichszugehörigkeit wurden mittels bivariater Analyse untersucht. Gleiches gilt für die Analyse möglicher Korrelationen zwischen erlebten Folgen und Charakteristika der Belästigung sowie dem Umgang mit dem Belästigungsvorfall. Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen wurden mit dem  $\chi^2$ -Test nach Pearson auf Signifikanz getestet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt, wodurch alle Unterschiede mit einem p-Wert kleiner als 0,05 als signifikant gewertet wurden.

Gleichermaßen wurde bei der Berechnung der als effektiv erachteten Schutzmaßnahmen sowie fast allen anderen Items verfahren, die in dieser Arbeit analysiert wurden. Bei der Frage nach möglichen Ansprechpersonen zu SBAA gaben neun Ärzt\*innen an, die Angelegenheit bei Bedarf selbst zu regeln oder keine Ansprechperson zu benötigen bzw. diese bei Bedarf über das Internet/ Intranet herauszufinden. Die Angaben dieser Befragten wurden aus der statistischen Analyse ausgeschlossen.

Durch die Gestaltung des Fragebogens ließ sich nicht für alle Betroffenen eindeutig zuordnen, auf welche der erlebten Grenzüberschreitungen sich die angegebenen Gefühle von Belästigung und Bedrohung jeweils bezogen. Zwar standen den Befragten Freitextfelder zur Konkretisierung der als belästigend/bedrohlich empfundenen Verhaltensweisen zur Verfügung, jedoch wurden diese

nicht von allen genutzt. Um die Wahrnehmung der einzelnen Formen von SBAA durch die befragten Ärzt\*innen trotzdem möglichst korrekt und exakt darzustellen, kam folgendes Vorgehen – hier exemplarisch für die Zuordnung des Belästigungsgefühls dargestellt – zur Anwendung: Zunächst wurden alle Befragten identifiziert, welche die Frage ‚Haben Sie diese Handlungen gestört oder haben Sie sich hierbei belästigt gefühlt?‘ mit ‚Ja‘ oder ‚Manchmal‘ beantworteten. Diese Gruppe wurde daraufhin in zwei Untergruppen geteilt, wobei die Teilung auf der Annahme basierte, dass all diejenigen Befragten, welche die als belästigend empfundenen Handlungen nicht in einem Freitextkommentar weiter spezifizierten oder eingrenzten, alle erlebten Formen als belästigend empfunden hatten. Diese Befragten wurden der Gruppe A zugeordnet, alle anderen Betroffenen, die über die Freitextkommentare die als belästigend empfundenen Handlungen konkretisiert hatten, wurden der Gruppe B zugeordnet. Der Datensatz wurde entsprechend in die Datensätze A und B geteilt, Gruppe A umfasste 223 Betroffene, Gruppe B 172 Betroffene. Für die Berechnung der absoluten und relativen Häufigkeitsverteilung wurden die Daten von Gruppe A mithilfe von SPSS ausgewertet, wohingegen die Freitextangaben der Betroffenen in Gruppe B in Microsoft® Excel manuell ausgezählt wurden. Die Ergebnisse beider Gruppen wurden daraufhin zusammengeführt. Um beurteilen zu können, ob Ärztinnen und Ärzte die verschiedenen Grenzüberschreitungen gleich oder verschieden oft als belästigend wahrnahmen, wurde für jede einzelne Form in Microsoft® Excel ein eigener Datensatz erstellt, der die jeweiligen Häufigkeitsverteilungen zu Geschlecht und Wahrnehmung enthielt. Diese Datensätze wurden in das Programm IBM® SPSS® Statistics importiert, wo die Unterschiede mittels bivariater Analyse auf Signifikanz untersucht wurden. Gleichmaßen wurde mit der Gruppe derjenigen Betroffenen verfahren, welche die Frage ‚Haben Sie sich von diesen Handlungen bedroht gefühlt‘ mit ‚Ja‘ oder ‚Manchmal‘ beantworteten.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Demographische Daten

Die im Rahmen dieser Arbeit analysierte Stichprobe umfasste 743 ärztlich Beschäftigte, die zum Zeitpunkt der Befragung an der Charité als Ärzt\*innen tätig waren. Die Analyse der Geschlechterverteilung zeigt, dass der Anteil der Ärztinnen an der Stichprobe größer war als der Anteil der Ärzte ( $n_{\text{Ärztinnen}}=448$  (60,3%) und  $n_{\text{Ärzte}}=289$  (38,9%)), wobei sechs Befragte (0,8%) keine Angabe zum Geschlecht machten.

Fast die Hälfte (47%) der Befragten arbeiteten als Assistenzärzt\*innen, nur 16,6% der Studienteilnehmer\*innen waren als Ober- oder Chefärzt\*innen beschäftigt. Die Gruppe der primär wissenschaftlichen Mitarbeitenden nahm 36,5% der Stichprobe ein. Die größte Gruppe der Befragten war in internistisch/nicht-operativen Fachbereichen tätig ( $n=286$ ; 38,5%).

**Tabelle 4** zeigt die demographische Verteilung aller Teilnehmenden der quantitativen Befragung der WPP-Studie sowie die demographischen Daten der Stichprobe des ärztlichen Personals, welche im Rahmen dieser Arbeit untersucht wird. Diese Daten wurden bereits in der Dissertation von Dr. Judith Prügl veröffentlicht (56).

**Tabelle 4: Demographische Daten**

	<b>WPP-Studie (%)</b> <b>n = 1119</b>	<b>Stichprobe Ärzt*innen (%)</b> <b>n = 743</b>
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	712 (63,6%)	448 (60,3%)
Männlich	373 (33,3%)	289 (38,9%)
Trans*/Inter*	3 (0,3%)	-
Keine Angabe	31 (2,8%)	6 (0,8%)
<b>Alter</b>		
< 20	1 (0,1%)	-
20-29	209 (18,7%)	143 (19,2%)
30-39	452 (40,4%)	377 (50,7%)
40-49	247 (22,1%)	149 (20,1)
50-59	159 (14,2%)	58 (7,8%)
≥ 60	29 (2,6%)	16 (2,2%)
<b>Berufsgruppe</b>		
Assistenzärzt*innen	349 (31,2%)	349 (47,0%)
Ober-/Chefärzt*innen	123 (11,0%)	123 (16,6%)
Wissenschaftliche Mitarbeitende	271 (24,2%)	271 (36,5%)
Pflege	210 (18,8%)	-
Auszubildende	3 (0,3%)	-
Studierende	12 (1,1%)	-
Sonstige	151 (13,5%)	-
<b>Fachrichtung</b>		
Chirurgisch / Operativ	213 (19,0%)	145 (19,5%)
Internistisch / Nicht operativ	366 (32,7%)	286 (38,5%)
Forschung	255 (22,8%)	199 (26,8%)
Sonstige	285 (25,5%)	113 (15,2%)
<b>Legende</b>	Angaben sind übernommen aus Tabelle 4.1 aus 56	

### 3.2 Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Unter den Teilnehmenden erfuhren 68,8% der betroffenen Ärzt\*innen (n=348) negative Folgen durch SBAA. Somit blieb nur knapp jeder dritte Vorfall für die Betroffenen folgenlos.

Über die Hälfte (n=280; 55,3%) der Ärzt\*innen, die bereits an ihrem Arbeitsplatz sexuell belästigt wurden, waren nach dem Ereignis von emotionalen Folgen in Form von Irritation oder Verstörung, Ärger oder Rachegefühlen, Scham- oder Schuldgefühlen oder Ekel betroffen. Damit stellten emotionale Folgen für die Betroffenen die am häufigsten erlebte Folgeart dar. 226 Ärzt\*innen (44,7%) gaben an, durch die sexuelle Belästigung irritiert oder verstört gewesen zu sein, was die am häufigsten erlebte Einzelfolge SBAA darstellte. 18,4% der Betroffenen waren mindestens verärgert über die Belästigung, 16% empfanden Ekel nach dem Übergriff. Scham- oder Schuldgefühle erlebten nur 3% der betroffenen Ärzt\*innen. Die Hälfte derjenigen, die eine Form von emotionaler Beeinträchtigung als Folge SBAA angaben, erlebten ausschließlich Folgen aus dieser Kategorie und erfuhren keine weiteren schwerwiegenderen Folgen.

Von gesundheitlichen Folgen waren 90 Ärzt\*innen (17,9%) betroffen. Die am häufigsten aufgetretene Einzelfolge dieser Gruppe stellte das Erleben von vermindertem Selbstwertgefühl bzw. das Gefühl von Erniedrigung mit einer Prävalenz von 11,3% dar. Einzeln betrachtet waren die anderen gesundheitlich relevanten Folgen selten. Von Niedergeschlagenheit oder Depression berichteten 3,6% der Betroffenen, Schlafstörungen oder vermehrt Ängste traten bei jeweils 2,2% auf. Allerdings zeigten immerhin 64 Betroffene (12,7%) mindestens ein Symptom einer Depression oder Angststörung. Eine Assistenzärztin beschrieb die Konsequenz dessen, am Arbeitsplatz sexueller Belästigung ausgesetzt zu sein, als einen Zustand andauernd erhöhter Wachsamkeit. Drei Betroffene – eine Forscherin, ein Forscher und ein Assistenzarzt – gaben an, in Folge der SBAA Suizidgedanken gehabt zu haben. In Hinblick auf die Belästigungsformen, die ihren Suizidgedanken vorausgingen, gaben zwei der Betroffenen an, sexuell genötigt worden zu sein. Im Falle der Forscherin ging die sexuelle Nötigung von ihrem Vorgesetzten aus, der ihr nach den körperlichen Übergriffen gedroht hatte, sie solle sich nicht so haben, Frauen könnten anders gar keine Karriere machen. Der Assistenzarzt gab als Täterinnen Studentinnen an, die ihm offensiv mit Überfall durch Banden gedroht haben sollten. Hinweise auf körperliche Übergriffe, die einer sexuellen Nötigung entsprechen würden, ließen sich in seinen Freitextkommentaren nicht finden. Im dritten Fall gab der Betroffene an, von seiner Vorgesetzten abfällige sexualisierte Kommentare erhalten zu haben, weswegen er auch auf der Suche nach einer neuen Arbeitsstelle sei. Erhöhte Krankheitsanfälligkeit im Zuge von SBAA wurde von den Befragten sehr selten erlebt – nur zwei Personen gaben an, davon betroffenen gewesen zu sein. Es zeigte sich, dass die schweren Formen

*Quid pro Quo* und sexuelle Nötigung mit fast 65% die höchste Rate an negativen gesundheitlichen Auswirkungen mit sich brachten.

Mit 146 Ärzt\*innen gaben fast 30% (29,1%) aller von SBAA Betroffenen an, mindestens eine arbeitsbeeinträchtigende Folge erlebt zu haben. Am häufigsten war nach sexueller Belästigung durch Kolleg\*innen die effiziente Zusammenarbeit im Team gestört, knapp 20% der Betroffenen gaben nachteilige Auswirkungen dahingehend an. 17,9% erfuhren mentale oder gesundheitliche Probleme, die sie potenziell in ihrer Arbeitsausübung beeinträchtigten. Die häufigste Einzelfolge dieser Kategorie war das Meiden des Täters/der Täterin – 16,3% der Betroffenen taten das als Folge von SBAA. Des Weiteren bemerkten 5,3% der Ärzt\*innen konkrete Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt, so wenn etwa das Vertrauen zu ihren Kolleg\*innen erschüttert wurde. 21 Personen (4,2% aller Betroffene) berichteten von direkten Karrierenachteilen durch die erfahrene SBAA, wie beispielsweise eine Assistenzärztin, die aus Angst vor weiterer sexueller Belästigung von der Teilnahme an Kongressen absah, obwohl diese für ihre Karriere wichtig gewesen wären. Tatsächlich das Team oder den Arbeitsplatz wechseln mussten 3,6% aller Betroffenen im Zuge von SBAA.

**Tabelle 5** zeigt die Prävalenz der verschiedenen Folgen SBAA unter den befragten Ärzt\*innen und stellt zudem dar, wie viele von ihnen von den jeweiligen Folgen betroffen waren, wenn sie sich durch die Vorfälle belästigt oder bedroht fühlten.

**Tabelle 5: Folgen sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

	<b>Gesamt (%) n = 506*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 332</b>	<b>Ärzte (%) n = 167</b>	<b>p-Wert**</b>
<b><u>Mindestens eine Folge</u></b>	<b>348 (68,8%)</b>	<b>256 (77,1%)</b>	<b>88 (52,7%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	304 (78,6%)	233 (83,8%)	68 (63,7%)	<u>&lt;0,001</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	59 (89,4%)	50 (92,6%)	8 (72,2%)	0,053
<b><u>Mindestens eine emotionale Folge</u></b>	<b>280 (55,3%)</b>	<b>216 (65,1%)</b>	<b>63 (37,3%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	257 (67,5%)	201 (73,1%)	55 (53,4%)	<u>&lt;0,001</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	46 (75,4%)	40 (81,6%)	6 (50,0%)	0,038
<b><u>Mindestens eine arbeitsbeeintr. Folge***</u></b>	<b>146 (29,1%)</b>	<b>113 (34,1%)</b>	<b>32 (19,2%)</b>	<b>0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	136 (35,9%)	108 (39,4%)	28 (27,5%)	<u>0,032</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	40 (60,6%)	32 (59,3%)	7 (63,6%)	0,787
<b><u>Mindestens eine gesundheitliche Folge</u></b>	<b>90 (17,9%)</b>	<b>70 (21,1%)</b>	<b>19 (11,4%)</b>	<b>0,007</b>
Wenn belästigt gefühlt	87 (22,5%)	69 (24,9%)	18 (17,0%)	0,098
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	30 (45,5%)	25 (46,3%)	5 (45,5%)	0,959
<b><u>Irritation oder Verstörung</u></b>	<b>226 (44,7%)</b>	<b>169 (50,9%)</b>	<b>56 (33,1%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	207 (54,3%)	156 (56,7%)	50 (48,5%)	0,155
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	38 (62,3%)	32 (66,7%)	6 (54,5%)	0,449
<b><u>Ärger oder Rachegefühle</u></b>	<b>93 (18,4%)</b>	<b>82 (24,7%)</b>	<b>11 (6,5%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	89 (23,4%)	80 (29,1%)	9 (8,7%)	<u>&lt;0,001</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	26 (42,6%)	24 (50,0%)	2 (18,2%)	0,055
<b><u>Meiden des Täters/der Täterin</u></b>	<b>82 (16,3%)</b>	<b>62 (18,7%)</b>	<b>19 (11,4%)</b>	<b>0,036</b>
Wenn belästigt gefühlt	78 (20,6%)	60 (21,9%)	17 (16,7%)	0,264
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	29 (49,2%)	23 (47,5%)	5 (50,0%)	0,905
<b><u>Ekel</u></b>	<b>81 (16,0%)</b>	<b>75 (22,6%)</b>	<b>6 (3,6%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Wenn belästigt gefühlt	78 (20,5%)	73 (26,5%)	5 (4,9%)	<u>&lt;0,001</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	18 (29,5%)	17 (35,4%)	1 (9,1%)	0,087
<b><u>Vermindertem Selbstwertgefühl oder Gefühl von Erniedrigung</u></b>	<b>57 (11,3%)</b>	<b>48 (14,2%)</b>	<b>9 (5,3%)</b>	<b>0,003</b>
Wenn belästigt gefühlt	57 (14,7%)	48 (17,1%)	9 (8,7%)	<u>0,042</u>
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	20 (32,8%)	16 (33,3%)	4 (26,4%)	0,848

	<b>Gesamt (%) n = 506*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 332</b>	<b>Ärzte (%) n = 167</b>	<b>p-Wert**</b>
<b>Dauerndes Grübeln über die Situation</b>	<b>47 (9,3%)</b>	<b>34 (10,2%)</b>	<b>13 (7,7%)</b>	<b>0,335</b>
Wenn belästigt gefühlt	45 (11,8%)	33 (12,0%)	12 (11,7%)	0,926
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	18 (29,5%)	16 (33,3%)	2 (18,2%)	0,325
<b>Niedergeschlagenheit oder Depression</b>	<b>18 (3,6%)</b>	<b>12 (3,6%)</b>	<b>6 (3,6%)</b>	<b>0,971</b>
Wenn belästigt gefühlt	18 (4,7%)	12 (4,4%)	6 (5,8%)	0,552
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	10 (16,4%)	7 (14,6%)	3 (27,3%)	0,312
<b>Probleme im Umgang mit Männern/ Frauen</b>	<b>18 (3,6%)</b>	<b>15 (4,5%)</b>	<b>3 (1,8%)</b>	<b>0,119</b>
Wenn belästigt gefühlt	17 (4,5%)	14 (5,1%)	3 (2,9%)	0,363
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	8 (13,1%)	6 (12,5%)	2 (18,2%)	0,620
<b>Schwierigkeiten bei der Arbeit</b>	<b>16 (3,2%)</b>	<b>11 (3,3%)</b>	<b>5 (3,0%)</b>	<b>0,831</b>
Wenn belästigt gefühlt	16 (4,2%)	11 (4,0%)	5 (4,9%)	0,713
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	9 (14,8%)	7 (14,6%)	2 (18,2%)	0,675
<b>Scham- oder Schuldgefühle</b>	<b>15 (3,0%)</b>	<b>13 (3,9%)</b>	<b>2 (1,2%)</b>	<b>0,090</b>
Wenn belästigt gefühlt	15 (3,9%)	13 (4,7%)	2 (1,9%)	0,217
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	10 (16,4%)	9 (18,8%)	1 (9,1%)	0,441
<b>Schwierigkeiten, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen</b>	<b>13 (2,6%)</b>	<b>8 (2,4%)</b>	<b>5 (3,0%)</b>	<b>0,715</b>
Wenn belästigt gefühlt	12 (3,1%)	8 (2,9%)	4 (3,9%)	0,630
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	6 (9,8%)	4 (8,3%)	2 (18,2%)	0,330
<b>Wechsel des Arbeitsorts</b>	<b>12 (2,4%)</b>	<b>11 (3,3%)</b>	<b>2 (1,3%)</b>	<b>0,126</b>
Wenn belästigt gefühlt	12 (3,2%)	11 (4,0%)	2 (1,9%)	0,137
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	6 (10,2%)	5 (10,4%)	2 (20,0%)	0,469
<b>Schlafstörungen oder Alpträume</b>	<b>11 (2,2%)</b>	<b>8 (2,4%)</b>	<b>3 (1,8%)</b>	<b>0,647</b>
Wenn belästigt gefühlt	11 (2,9%)	8 (2,9%)	3 (2,9%)	0,999
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	7 (11,5%)	5 (10,4%)	2 (18,2%)	0,473
<b>Erhöhte Ängste</b>	<b>11 (2,2%)</b>	<b>8 (2,4%)</b>	<b>2 (1,2%)</b>	<b>0,461</b>
Wenn belästigt gefühlt	10 (2,6%)	8 (2,9%)	2 (1,9%)	0,885
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	9 (11,9%)	7 (12,6%)	2 (18,2%)	0,473



	<b>Gesamt (%) n = 506*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 332</b>	<b>Ärzte (%) n = 167</b>	<b>p-Wert**</b>
<b>Familiäre Probleme</b>	<b>8 (1,6%)</b>	<b>5 (1,5%)</b>	<b>2 (1,2%)</b>	<b>0,779</b>
Wenn belästigt gefühlt	8 (2,1%)	5 (1,8%)	2 (1,9%)	0,931
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	6 (10,2%)	4 (8,3%)	1 (1,0%)	0,864
<b>Wechsel der Station, der Klinik oder des Instituts am selben Arbeitsort</b>	<b>7 (1,4%)</b>	<b>7 (2,1%)</b>	-	<b>0,058</b>
Wenn belästigt gefühlt	7 (1,8%)	7 (2,6%)	-	0,103
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	3 (5,1%)	3 (6,3%)	-	0,417
<b>Antriebslosigkeit, vermindertes Kon- zentrationvermögen oder verminderte Leistungsfähigkeit</b>	<b>6 (1,2%)</b>	<b>3 (0,9%)</b>	<b>3 (1,8%)</b>	<b>0,397</b>
Wenn belästigt gefühlt	6 (1,6%)	3 (1,1%)	3 (2,9%)	0,207
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	2 (3,3%)	-	2 (18,2%)	<u>0,003</u>
<b>Kündigung oder professionelle Umorientierung</b>	<b>5 (1,0%)</b>	<b>5 (1,5%)</b>	-	<b>0,154</b>
Wenn belästigt gefühlt	5 (1,3%)	5 (1,8%)	-	0,220
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	4 (6,9%)	4 (8,3%)	-	0,417
<b>Selbstmordgedanken</b>	<b>3 (0,6%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>2 (1,2%)</b>	<b>0,226</b>
Wenn belästigt gefühlt	3 (0,8%)	1 (0,4%)	2 (1,9%)	0,124
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	3 (4,9%)	1 (2,1%)	2 (18,2%)	<u>0,028</u>
<b>Erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufigere Krankschreibung</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>1 (0,6%)</b>	<b>0,625</b>
Wenn belästigt gefühlt	2 (0,5%)	1 (0,4%)	1 (1,0%)	0,469
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	2 (3,3%)	1 (2,1%)	1 (9,1%)	0,247
<b>Essstörungen</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	<b>1 (0,6%)</b>	<b>0,625</b>
Wenn belästigt gefühlt	2 (0,5%)	1 (0,4%)	1 (1,0%)	0,469
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	2 (3,3%)	1 (2,1%)	1 (9,1%)	0,247
<b>Beginn einer Therapie</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>2 (0,6%)</b>	-	<b>0,314</b>
Wenn belästigt gefühlt	2 (0,5%)	2 (0,7%)	-	0,387
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	1 (1,7%)	1 (2,1%)	-	0,645

	<b>Gesamt (%) n = 506*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 332</b>	<b>Ärzte (%) n = 167</b>	<b>p-Wert**</b>
<b>Sexualitätsprobleme</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>1 (0,3%)</b>	-	<b>0,475</b>
Wenn belästigt gefühlt	1 (0,3%)	1 (0,4%)	-	0,540
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	1 (1,6%)	1 (2,1%)	-	0,629
<b>Arbeitsunfähigkeit</b>	-	-	-	-
Wenn belästigt gefühlt	-	-	-	-
<i>Wenn bedroht gefühlt</i>	-	-	-	-
<b>Sonstige Folgen</b>	<b>49 (9,7%)</b>	<b>33 (9,9%)</b>	<b>16 (9,6%)</b>	<b>0,891</b>
<b><u>Keine Folgen nach sexueller Belästigung</u></b>	<b>156 (30,8%)</b>	<b>76 (22,9%)</b>	<b>79 (47,3%)</b>	<b><u>≤0,001</u></b>
<b>Legende</b>				
* Grund für ( $n_{\text{Gesamt}} > n_{\text{Ärztinnen}} + n_{\text{Ärzte}}$ ) sind jene Personen, die keine Angabe zum Geschlecht machten				
** Alle p-Werte $\leq 0,05$ sind unterstrichen				
*** Arbeitsbeeinträchtigende Folge				

### 3.3 Risikofaktoren für die Entwicklung negativer Folgen nach sexueller Belästigung

Die Auswertung der Umfrage zeigte, dass es durchaus Personen gab, die SBAA ausgesetzt waren, aber keine negativen Folgen dadurch davontrugen: 31,2% der Betroffenen gaben an, in Folge von SBAA keine unangenehmen Veränderungen bemerkt zu haben.

#### 3.3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Es zeigte sich, dass Ärztinnen deutlich stärker von negativen Folgen nach SBAA betroffen waren als ihre männlichen Kollegen. 77,1% aller von SBAA betroffenen Ärztinnen gaben Beeinträchtigungen an, wohingegen dies nur 52,7% der Ärzte taten – auch wenn letzteres in jedem Fall eine erstzunehmende Größe darstellt. Ärztinnen waren nicht nur häufiger als Ärzte von unmittelbaren emotionalen Folgen betroffen, sondern litten in der Zusammenschau auch häufiger unter gesundheitlichen Folgen. Dies galt allerdings nicht für alle gesundheitliche Probleme, etwa ließ sich bei Schlafstörungen, Ängsten oder Depression kein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellen. Die Ärztinnen zeigten sich weiterhin deutlich stärker in ihrer Arbeit beeinträchtigt (34,1%) als die von SBAA betroffenen Ärzte (19,2%). Dies galt für alle Unterkategorien der arbeitsbeeinträchtigenden Folgen. Bemerkenswert war, dass 5,1% der betroffenen Frauen als Folge der SBAA ihren Job wechseln mussten, wohingegen von dieser Folge nur 0,1% der Männer betroffen waren. Auffällig war zudem, dass unter den von *Quid pro Quo* oder sexueller Nötigung betroffenen männlichen Ärzten nur die Hälfte von negativen Folgen berichteten. Bei den Frauen taten dies alle Betroffenen, der Unterschied war trotz der geringen Fallzahlen signifikant ( $p = 0,026$ ).

#### 3.3.2 Altersspezifische Unterschiede

Bezogen auf die unterschiedlichen Altersgruppen ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Lediglich unter den männlichen Betroffenen ließ sich die statistisch nichtsignifikante Tendenz abbilden, dass die Älteren seltener unter Folgen zu leiden schienen als ihre deutlich jüngeren Kollegen. Während 66,7% der unter 30-jährigen Ärzte von Folgen berichteten, taten das nur 42,9% der über 50-Jährigen.

#### 3.3.3 Statusspezifische Unterschiede

Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Männer bei der Verteilung der Folgen über die Hierarchiestufen hinweg. Assistenzärzte berichteten tendenziell häufiger von Folgen als ihre höhergestellten Kollegen (Assistenzärzte: 55,1%, Ober- und Chefärzte: 37%;  $p=0,07$ ). Bei den Frauen war dieser Umstand umgekehrt: Höhergestellte Ärztinnen berichteten tendenziell häufiger

von Folgen (85,3%) als Assistenzärztinnen (73,8%) ( $p=0,154$ ). Hochsignifikant war dafür der Unterschied in der Folgenprävalenz zwischen Ärztinnen und Ärzten in leitenden Positionen: Während 85,3% aller betroffenen Ober- und Chefärztinnen mit Folgen konfrontiert waren, galt das nur für 37,5% ihrer gleichgestellten männlichen Kollegen ( $p<0,001$ ).

#### 3.3.4 Fachrichtungsspezifische Unterschiede

Forscher\*innen waren tendenziell häufiger von Folgen betroffen (74,4%) als klinisch tätige Ärzt\*innen (66,2%), allerdings war der Unterschied mit  $p=0,055$  knapp nicht signifikant. Ob die sexuelle Belästigung in einem operativen oder nicht-operativen Fachbereich geschah, hatte keine Auswirkungen auf das konsekutive Erleben von Folgen.

#### 3.3.5 Täter\*innenspezifische Unterschiede

Ging die sexuelle Belästigung von einem Vorgesetzten aus, hatten die Betroffenen hochsignifikant häufiger Folgen, als wenn sie durch Kolleg\*innen oder Patient\*innen oder deren Angehörige belästigt wurden. So berichtete eine Assistenzärztin, die von ihrem Vorgesetzten belästigt wurde, sie habe die teils schwere sexuelle Belästigung still geduldet, um ihre berufliche Entwicklung nicht zu gefährden. Sie hatte das Gefühl, als dürfte sie die „belastenden Gespräche mit sexuellen Absichten... Verfolgung bis zur Umkleide {...} aufgrund meiner Weiterbildung / Abhängigkeiten (Abarbeiten des OP-Katalog, Teilnahme an FB-Veranstaltungen, Entwicklungschancen bis zur Fachärztin und danach) nicht schroff zurückweisen“. Ähnliches wurde von einer weiteren Forscherin erlebt: Ihr Vorgesetzter habe, nachdem sie auf seine *Quid Pro Quo*-Belästigung nicht eingegangen war, ihr nicht nur trotz guter Leistungen seine Unterstützung entzogen, sondern sie auch zunehmend von ihren Kolleg\*innen isoliert. Ging die Belästigung von gleichgestellten Kolleg\*innen oder von Patient\*innen oder deren Angehörigen aus, ließ sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Prävalenz von Folgen feststellen.

#### 3.3.6 Bewertung des Erlebten

Abhängig von der individuellen Bewertung des Vorfalls konnte ein signifikanter Unterschied in der Folgenentwicklung nachgewiesen werden. So war die Folgenrate in allen Kategorien – mindestens eine Folge, emotionale, gesundheitliche und arbeitsbeeinträchtigende Folgen – viel höher, wenn die Person den Vorfall subjektiv als belästigend bewertete. Von denjenigen Ärzt\*innen, die sich durch den Vorfall belästigt gefühlt hatten, erfuhren 78,6% konsekutiv Folgen (304 Personen). Jene Ärzt\*innen, die das Ereignis unbeeindruckt ließ, entwickelten nur in 12,5% der Fälle negative Folgeerscheinungen. Dies traf auf beide Geschlechter, alle Arbeitsbereiche

sowie alle Alters- und Statusgruppen gleichermaßen zu. Fühlte sich jemand nicht belästigt und erlebte dennoch Folgen, waren diese in der Mehrzahl in den Bereich der leichteren, vorübergehenden Folgen einzuordnen. Nur vier Personen (ein Assistenzarzt, drei Assistenzärztinnen) gaben an, sich durch die sexuelle Belästigung zwar nicht belästigt gefühlt, aber in Folge dennoch schwerere gesundheitliche oder arbeitsrelevante Beeinträchtigungen erlebt zu haben. Obwohl es sich auch für Ärzte beobachten ließ, dass sie unter subjektivem Belästigungsgefühl deutlich häufiger Folgen entwickelten, waren Frauen in allen Folgenkategorien weiterhin stärker betroffen als Männer. So war der Anteil derjenigen, die mit Belästigungsgefühl mindestens eine Folge erlebten, unter Ärztinnen um 20% höher als in der Gruppe der Ärzte (83,8 versus 63,7%;  $p < 0,001$ ). Etwa gleichhäufig reagierten Frauen und Männer mit Irritation bzw. gleich selten mit Scham- oder Schuldgefühlen, wenn sie sich durch den Vorfall belästigt gefühlt hatten. Dagegen zeigte sich ein deutlicher Unterschied für das Erleben von Ärger- oder Rachegefühlen (29,1% der Ärztinnen versus 8,7% der Ärzte;  $p < 0,001$ ) und Ekel (26,5% versus 4,9%;  $p < 0,001$ ). Zudem waren Ärztinnen mit subjektivem Belästigungsgefühl deutlich häufiger als ihre männlichen Kollegen von verringertem Selbstwertgefühl und dem Gefühl von Erniedrigung als Folge von SBAA betroffen (17,1% versus 8,7%;  $p = 0,042$ ).

Von denjenigen Ärzt\*innen, die den Vorfall als bedrohlich bewertet hatten, gaben fast 90% mindestens eine negative Folgeerscheinung an. Bemerkenswert war dabei der hohe Anteil an schwerwiegenderen, also gesundheitlichen und arbeitsbeeinträchtigenden Folgen: Während in der Gruppe mit Bedrohungsgefühl 60,6% aller erlebten Folgen der Kategorie der schwereren Folgen zuzuordnen war, sank der Anteil diesbezüglich auf 30,4%, sobald sich die Ärzt\*innen nur belästigt und nicht bedroht fühlten.

Im Vergleich zwischen den Geschlechtern fiel diese Gruppe als einzige aus der Reihe: Zwar waren Ärztinnen mit Bedrohungsgefühl häufiger als Ärzte von Folgen betroffen (92,6% versus 72,2%;  $p = 0,053$ ), allerdings war der Unterschied knapp nicht mehr signifikant. An relevanten Unterschieden hinsichtlich der einzelnen Folgen fiel als einziges auf, dass Männer – wenn bedroht gefühlt – signifikant seltener als ihre Kolleginnen eine emotionale Reaktion auf die erfahrene SBAA angaben.

### 3.3.7 Schwere der Belästigungserfahrung

Die Wahrscheinlichkeit, nach SBAA negative Folgen zu erfahren, stieg unter den befragten Ärzt\*innen mit zunehmender Schwere der Belästigungserfahrung. Erwartungsgemäß brachten die schweren Formen Grapschen, *Quid pro Quo* und sexuelle Nötigung die höchste Folgenrate für die Betroffenen mit sich. So gaben mit 92,3% fast alle Ärzt\*innen, die mindestens eine dieser Formen

erlebt hatten, durch die Vorfälle Beeinträchtigungen an. Die Gruppe der Ärzt\*innen, die ausschließlich von den im Vergleich dazu eher leichteren Formen von SBAA betroffen waren, wiesen eine Folgenrate von 66,2% auf ( $p=0,006$ ).

In Bezug auf den Schweregrad der erlebten Folgen ließ sich feststellen, dass die schweren Belästigungsformen häufiger schwerwiegendere Auswirkungen auf die Betroffenen hatten. So erlebten 61,5% derjenigen Ärzt\*innen, die begripscht oder genötigt oder denen Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen bzw. Nachteile bei Verweigerung desselben angedroht wurden, mindestens eine gesundheits- oder arbeitsbeeinträchtigende Folge. Waren Ärzt\*innen ausschließlich von leichteren Formen von SBAA betroffen, so gaben nur 27,3% von ihnen im Zuge der erlebten Belästigung schwerwiegendere Folgen an ( $p<0,001$ ).

### 3.3.8 Informationen durch Charité zu SBAA

8,3% aller befragten Ärzt\*innen gaben an, jemals durch die Charité zum Thema sexuelle Belästigung informiert worden zu sein. Diese Gruppe erlebte genauso oft negative Folgen nach SBAA. Eine der Belästigung vorangegangene Informierung zum Thema schien sich nicht protektiv auf das Erleben von Folgeerscheinungen auszuwirken. Dies galt für Frauen und Männer gleichermaßen.

### 3.3.9 Wissen um mögliche Ansprechpersonen

Genauso wenig schien es vor Folgen zu schützen, wenn die Betroffenen sich im Klaren waren, an wen sie sich im Falle von SBAA wenden würden. Weder diejenigen, die mindestens eine mögliche Ansprechperson vor Augen hatten, noch diejenigen, die sowohl teamintern als auch charitéweit eine klare Ansprechperson benennen konnten, profitierten von diesem Wissen mit einer niedrigeren Folgenrate. Als einziges zeichnete sich unter den Ärztinnen, die zur letzteren Gruppe gehörten, die Tendenz ab, dass diese weniger Folgen haben könnten (67,2% versus 78,2%;  $p=0,076$ ).

### 3.3.10 Privates Gespräch über Ereignis

Knapp über die Hälfte der Betroffenen suchten nach dem Ereignis das private Gespräch mit mindestens einer Person ihres Vertrauens. Dabei fiel auf, dass zwar Kolleg\*innen die beliebtesten Gesprächspartner waren, Betroffene jedoch sehr selten – in nur 4% der Fälle – auf Ober- und Chefarzt\*innen zuzugingen, nachdem sie sexuelle Belästigung erlebt hatten. Zudem zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während knapp 60% aller betroffenen Ärztinnen mit jemandem über den Vorfall sprachen, taten das nur 36% der Ärzte. Dies ließ sich

in Bezug auf fast alle Gesprächspersonen feststellen. Nur ihren Vorgesetzten vertrauten sich Ärztinnen wie Ärzte gleich selten an. Es zeigte sich, dass umso mehr Betroffene das informelle Gespräch suchten, je schwerer die erfahrene SBAA war. Während beispielsweise nur etwas mehr als 50% derjenigen, die sich abwertende Kommentare oder Witze anhören mussten, über das Ereignis sprachen, taten das über 80% derjenigen, die begrabscht worden waren. Bezüglich der Folgenrate hatten diejenigen, die das Gespräch suchten, mit 75,2% deutlich mehr Folgen als ihre Kolleg\*innen, die nicht das Bedürfnis verspürten, mit jemandem über den Vorfall zu reden. Letztere hatten eine Folgenrate von 58,2%. Auch der jeweilige Anteil an gesundheitlichen und arbeitsbeeinträchtigenden Folgen war signifikant höher. Allerdings war der deutlichste Unterschied in der Folgenprävalenz nicht bei denjenigen zu erkennen, die eher von den schweren Formen betroffen waren, sondern in der Gruppe derjenigen Ärzt\*innen, die den eher leichteren Formen von SBAA ausgesetzt waren und darüber sprachen. Je schwerer die SBAA war, desto weniger Unterschied in der Folgenprävalenz zeigte sich zwischen denjenigen, die darüber gesprochen hatten und denen, die es nicht taten.

### 3.3.11 Offizielle Maßnahmen

Die Zahl der Fälle, in denen den Betroffenen zufolge nach SBAA offizielle Maßnahmen ergriffen wurden, war verschwindend gering: In allen 525 Fällen von SBAA waren nur in sechs Fällen offizielle Maßnahmen durch die Arbeitgeber\*innen eingeleitet worden. Diese bestanden in zwei Fällen in einem protokollierten Gespräch, einmal fand eine Konfrontation durch die FGB statt, in zwei weiteren Fällen wurde die belästigende Person ermahnt und einmal an einen anderen Arbeitsort innerhalb der Charité versetzt. Das vorausgegangene belästigende Ereignis war in einem Fall *Quid pro Quo*, in einem anderen Fall sexuelle Nötigung, womit der Anteil an schwereren Formen etwas höher war als in der gesamten Studienpopulation (33,3% versus 18,4%). Das lässt vermuten, dass auch dann, wenn eine Ärztin oder ein Arzt schwerer SBAA ausgesetzt war, nur in 2% der Fälle Sanktionen gegen die belästigende Person ergriffen wurden. Eine Aussage hinsichtlich eines etwaigen protektiven Effekts in Bezug auf Folgen durch offizielle Maßnahmen war zum einen aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich. Zudem lagen keine Daten zur Anzahl der tatsächlich gemeldeten Vorfälle vor, ebenso wenig wie Informationen darüber, ob und wie viele dieser formellen Beschwerden Konsequenzen für die Täter\*innen nach sich zogen. Hervorzuheben ist auch, dass Betroffene in den Freitexten zu dieser Frage zuweilen nicht-offizielle Maßnahmen angaben, mit denen die selbst auf die Belästigung reagiert hatte. Diese umfassten etwa ein klärendes Gespräch mit der belästigenden Person oder unmittelbarer Protest als Reaktion auf die Belästigung.

### 3.4 Subjektive Wahrnehmung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Die Ergebnisse der WPP-Studie zeigen, dass ein hoher Prozentsatz der ärztlichen Mitarbeitenden bereits mindestens einmal in ihrer bisherigen Berufslaufbahn am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden waren (55,56). Davon hatten sich 76% der Betroffenen durch die Ereignisse belästigt gefühlt, bei 13,3% der Betroffenen hatte die SBAA das Gefühl von Bedrohung bedingt. 3,3% bzw. 2,4% der betroffenen Ärzt\*innen gaben an, nicht zu wissen, ob sie sich durch die Ereignisse belästigt bzw. bedroht gefühlt hatten.

**Tabelle 6** zeigt die Prävalenz der unterschiedlichen Formen von SBAA unter den befragten Ärzt\*innen sowie den Anteil derjenigen, die sich durch die jeweiligen Formen belästigt oder bedroht gefühlt hatten. Die darin fett gedruckten Angaben zur Prävalenz der jeweiligen Formen wurden bereits in der Zeitschrift JAMA Internal Medicine sowie in der Dissertation von Dr. Judith Prügl veröffentlicht (55,56). Für die sinnhafte Darstellung der durch die Verfasserin generierten Daten sind diese hier erneut aufgeführt.



**Tabelle 6: Prävalenz sexueller Belästigung am Arbeitsplatz und individuelle Wahrnehmung**

	<b>Gesamt (%) n = 743*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 448</b>	<b>Ärzte (%) n = 289</b>	<b>p-Wert**</b>
<b><u>Mindestens eine Form von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz erlebt</u></b>	<b>525 (70,7%)</b>	<b>341 (76,1%)</b>	<b>178 (61,6%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Davon fühlten sich belästigt	399 (76,0%)	285 (83,6%)	111 (62,4%)	<0,001
Davon fühlten sich bedroht	70 (13,3%)	55 (16,2%)	13 (7,3%)	0,005
<b>Abwertung von Frauen/Männern/ Homosexuellen oder obszöne Witze</b>	<b>461 (62,0%)</b>	<b>297 (66,3%)</b>	<b>159 (55,0%)</b>	<b>0,002</b>
Davon fühlten sich belästigt	300 (67,4%)	229 (79,5%)	91 (59,9%)	<0,001
Davon fühlten sich bedroht	39 (9,5%)	30 (10,9%)	8 (5,3%)	0,039
<b>Anzügliche Sprüche, sexuelle Anspielungen oder abwertende Bemerkungen bezogen auf die eigene Person</b>	<b>187 (25,2%)</b>	<b>145 (32,4%)</b>	<b>40 (13,8%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Davon fühlten sich belästigt	139 (76,0%)	121 (85,2%)	18 (46,2%)	<0,001
Davon fühlten sich bedroht	32 (18,2%)	28 (20,7%)	5 (12,8%)	0,266
<b>Unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen</b>	<b>128 (17,2%)</b>	<b>100 (22,3%)</b>	<b>27 (9,3%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Davon fühlten sich belästigt	103 (83,7%)	84 (86,6%)	19 (76,0%)	0,193
Davon fühlten sich bedroht	28 (22,6%)	25 (25,8%)	3 (11,5%)	0,124
<b>Unerwünschte Erzählungen oder Gespräche mit sexuellem Inhalt</b>	<b>111 (14,9%)</b>	<b>79 (17,6%)</b>	<b>30 (10,4%)</b>	<b>0,007</b>
Davon fühlten sich belästigt	85 (78,7%)	68 (89,5%)	17 (56,7%)	<0,001
Davon fühlten sich bedroht	16 (14,8%)	13 (16,9%)	3 (10,3%)	0,402
<b>Nachpfeifen, unsittliches Anstarren oder mit Blicken ausgezogen werden</b>	<b>98 (13,2%)</b>	<b>89 (19,9%)</b>	<b>7 (2,4%)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Davon fühlten sich belästigt	70 (72,2%)	69 (77,5%)	1 (16,7%)	<0,001
Davon fühlten sich bedroht	16 (17,4%)	14 (16,7%)	1 (16,7%)	1,000
<b>Aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten</b>	<b>55 (7,4%)</b>	<b>40 (8,9%)</b>	<b>13 (4,5%)</b>	<b>0,023</b>
Davon fühlten sich belästigt	46 (83,6%)	38 (95,0%)	8 (61,5%)	0,002
Davon fühlten sich bedroht	16 (29,6%)	15 (38,5%)	1 (7,7%)	0,037
<b>Telefonanrufe, Briefe, E-Mails oder SMS mit abwertendem, obszönem oder pornographischem Inhalt</b>	<b>47 (6,3%)</b>	<b>21 (4,7%)</b>	<b>23 (8,0%)</b>	<b>0,067</b>
Davon fühlten sich belästigt	25 (54,3%)	15 (71,4%)	7 (36,8%)	0,028
Davon fühlten sich bedroht	5 (10,9%)	3 (14,3%)	1 (4,5%)	0,272

	<b>Gesamt (%)</b> n = 743*	<b>Ärztinnen (%)</b> n = 448	<b>Ärzte (%)</b> n = 289	<b>p-Wert**</b>
<b>Obszöne sexuelle Gebärden, Gesten oder Zeichen</b>	<b>41 (5,5%)</b>	<b>24 (5,4%)</b>	<b>15 (5,2%)</b>	<b>0,921</b>
Davon fühlten sich belästigt	17 (42,5%)	16 (66,7%)	1 (7,1%)	<u>&lt;0,001</u>
Davon fühlten sich bedroht	4 (11,1%)	4 (19,0%)	0 (0%)	0,094
<b>Grapschen, ungewolltes Küssen</b>	<b>17 (2,3%)</b>	<b>13 (2,9%)</b>	<b>3 (1,0%)</b>	<b>0,090</b>
Davon fühlten sich belästigt	13 (81,3%)	13 (100%)	0 (0%)	<u>&lt;0,001</u>
Davon fühlten sich bedroht	8 (42,1%)	8 (53,3%)	0 (0%)	0,090
<b>Quid pro Quo</b>	<b>11 (1,5%)</b>	<b>9 (2,0%)</b>	<b>2 (0,7%)</b>	<b>0,150</b>
Davon fühlten sich belästigt	11 (100%)	9 (100%)	2 (100%)	1,000
Davon fühlten sich bedroht	8 (66,7%)	7 (70,0%)	1 (50,0%)	0,584
<b>Sexuelle Nötigung</b>	<b>4 (0,5%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>2 (0,7%)</b>	<b>0,658</b>
Davon fühlten sich belästigt	4 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1,000
Davon fühlten sich bedroht	4 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1,000
<b><u>Keine sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz erlebt</u></b>	<b>218 (29,3%)</b>	<b>107 (23,9%)</b>	<b>111 (38,4%)</b>	<b><u>&lt;0,001</u></b>
<b>Legende</b>				
Tabelle 6 modifiziert aus 55,56				
* Grund für (n <sub>Gesamt</sub> > n <sub>Ärztinnen</sub> + n <sub>Ärzte</sub> ) sind jene Personen, die keine Angabe zum Geschlecht machten				
** Alle p-Werte ≤ 0,05 sind unterstrichen				

*Quid pro Quo* und sexuelle Nötigung lösten ebenso wie unerwünschter Körperkontakt, Grapschen und ungewolltes Küssen bei den Betroffenen ein hohes Belästigungs- und Bedrohungsgefühl aus. So empfanden es alle Betroffenen als belästigend, wenn sie berufliche Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen angeboten bzw. Nachteile bei der Verweigerung letzteren angedroht bekamen oder sexuell genötigt wurden. Unerwünschter Körperkontakt wurde von 83,7% als belästigend empfunden. Allerdings bargen auch die weniger schweren Formen ein hohes Belästigungspotenzial. So fanden es 83,6% belästigend, während der Arbeit ein sexuelles Angebot zu bekommen und 78,7% der Betroffenen bewerteten es als Belästigung, wenn der Inhalt eines Gesprächs sexueller Art war.

Ärztinnen nahmen die sexualisierten Vorfälle im Vergleich zu ihren Kollegen hochsignifikant häufiger als belästigend wahr (83,6% versus 62,4%,  $p < 0,001$ ). So gaben 77,5% der Ärztinnen an, sich durch Nachpfeifen oder Anstarren belästigt gefühlt zu haben, wobei sich mit 16,7% nur wenige ihrer Kollegen daran störten ( $p < 0,001$ ). Bei Grapschen war die Lage besonders eindrücklich: Wohingegen alle davon betroffenen Ärztinnen sich dadurch belästigt fühlten, schien

es keinen der drei Ärzte gestört oder beunruhigt zu haben, wenn sie begripscht worden waren. Nur bei drei Formen – den beiden schweren Ausprägungen *Quid pro Quo* und sexueller Nötigung sowie unerwünschtem Körperkontakt – zeigte sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Für die Ärzte schien sich zunächst die Tendenz zu ergeben, dass sich diese stärker durch allgemein abwertende Sprüche belästigt fühlten als durch persönliche Abwertung (59,9% versus 46,2%), jedoch war der Unterschied statistisch nicht signifikant.

Durch die Vorfälle bedroht fühlten sich insgesamt 13,3% der Betroffenen. Erwartungsgemäß bewerteten alle Ärzt\*innen, die sexuelle Nötigung erlebt hatten, diese Erfahrung als bedrohlich. Das Erleben von *Quid pro Quo* erwies sich als die bedrohlichste nicht-körperliche Form SBAA, zwei Drittel der Betroffenen fühlten sich durch einen solchen Vorfall stark verunsichert. Begrapscht zu werden wurde von 42% als bedrohlich empfunden und immerhin 22,6% ordneten unerwünschten Körperkontakt als Bedrohung ein. Auch ein aufdringliches sexuelles Angebot ordnete fast jede\*r Dritte als bedrohlich ein. Am wenigsten bedroht fühlten sich die Befragten durch die eher unpersönlichen sexualitäts- oder genderbezogenen Sprüche oder obszönen Witze. Insgesamt korrelierte das Gefühl der Bedrohung mit dem Gefühl von Belästigung: Je mehr Betroffene sich durch die jeweilige Grenzüberschreitung belästigt fühlten, desto mehr empfanden diese Verhaltensweise auch als bedrohlich.

Ärztinnen fühlten sich durch SBAA deutlich häufiger bedroht als ihre Kollegen (16,2% der Frauen, 7,3% der Männer;  $p=0,005$ ). Betrachtet man die Formen einzeln, ergab sich jedoch nur für das Erleben abwertender Kommentare und sexueller Angebote ein signifikanter Unterschied. Während etwa 7,7% aller Männer ein aufdringliches sexuelles Angebot als bedrohlich empfanden, galt dies für über 28% aller Frauen. Auch Begrapscht bzw. ungewollt geküsst zu werden erwies sich den Zahlen nach als deutlich bedrohlicher für die Ärztinnen, wobei der Unterschied durch die geringe Fallzahl nicht signifikant war. *Quid pro Quo* und sexueller Nötigung nahmen Frauen und Männer ähnlich bedrohlich wahr. Die Rate derjenigen, die sich nicht sicher waren, ob sie sich bedroht fühlten oder nicht, lag bei den Frauen etwas höher als bei den Männern (Frauen 2,9% Männer 0,8%), wies jedoch keine statistische Signifikanz auf.

### 3.5 Auswertung der Freitextkommentare bezüglich Grapschen

Die Art und Weise, wie neun Befragte (sechs Ärztinnen und drei Ärzte) ihre Erfahrungen beschrieben, legt den Schluss nahe, dass die von ihnen als scheinbar zufälliger Körperkontakt klassifizierte Erfahrungen eher als Grapschen einzuordnen sind. So beschrieb etwa eine Assistenzärztin, ihr Vorgesetzter habe ihr „*immer wieder von hinten während [sic; Anm. der Autorin] sahs [sic!] an den Rücken gefasst und [sic; Anm. der Autorin] gestreichelt*“ und ordnete diese Erfahrung als unerwünschten Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperlich unnötiges Nahekommen ein. Gleiches gilt beispielsweise für das „*Hintern-Anfassen*“ (Forscherin), die „*Berührungen [der; Anm. der Autorin] Lendwirbelsäule [sic!] bis Po*“ (Assistenzarzt) und das „*wiederholte Anfassen meiner Hände und Berühren des Hinterns*“ (Ober- oder Chefarzt).

### 3.6 Informiertheit, Wunsch nach Infoveranstaltung und Ansprechpersonen

#### 3.6.1 Grad der Informiertheit zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

8,3% der Befragten gaben an, jemals im Laufe ihrer Arbeitskarriere an der Charité formal Informationen über sexuelle Belästigung und ihre Rechte bzw. mögliche Schutzmaßnahmen erhalten zu haben. Männer schienen etwas besser informiert zu sein als ihre Kolleginnen ( $p=0,05$ ).

#### 3.6.2 Wunsch nach Infoveranstaltung zu sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

36,4% der Befragten sprachen den Wunsch aus, von ihrer Arbeitgeberin eine Infoveranstaltung zum Thema SBAA zu erhalten. 27,6% sahen für sich keinen Bedarf und weitere 36% konnte sich nicht zwischen den beiden Optionen entscheiden. Es bestand ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern: Während sich 44,0% aller Frauen mehr Informationen zum Thema wünschten, taten dies nur 24,7% aller Ärzte ( $p<0,001$ ). Ein signifikant erhöhter Informationsbedarf zeigte sich zudem für diejenigen, die bereits einmal SBAA erlebt hatten: 65% der Betroffenen wünschten sich mehr Informationen, während dies nur für 35% derjenigen galt, die noch nie am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden waren. Bemerkenswert ist zudem, dass sich der deutlichste Unterschied in Bezug auf die subjektive Wahrnehmung des sexualisierten Verhaltens ergab: Hatten sie sich durch den Vorfall belästigt gefühlt, wünschten sich 74,1% der Betroffenen eine Infoveranstaltung – gaben Betroffene an, sich durch die Erfahrung(en) nicht belästigt gefühlt zu haben, galt der Wunsch nach mehr Informationen zum Thema nur noch für 25,8% von ihnen ( $p<0,001$ ).

In der Gruppe der Betroffenen blieb der Unterschied zwischen den Geschlechtern zunächst weiter bestehen: Auch wenn sie bereits von SBAA betroffen waren, gaben die Ärzte deutlich seltener Bedarf an weiterführenden Informationen an. Fühlten sie sich dadurch allerdings auch belästigt, ließ sich kein Unterschied mehr zwischen ihnen und ihren Kolleginnen nachweisen.

### *3.6.3 Ansprechpersonen im Falle sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Nur 17% aller Befragten gaben bei den beiden Fragen zu möglichen Ansprechpersonen an, sowohl innerhalb ihres Teams als auch betriebsweit oder darüber hinaus mindestens eine Ansprechperson zu kennen, an die sie sich im Falle von sexueller Belästigung vertrauensvoll wenden könnten. Nicht berücksichtigt wurden Fälle, bei denen die Befragten angaben, mögliche Ansprechpersonen im Internet zu suchen oder die Angelegenheit selbstständig zu regeln. Bemerkenswert war, dass knapp 60% aller Befragten weder teamintern noch auf betrieblicher Ebene eine mögliche Ansprechperson benennen konnten. Als besonders schutzlos ließ sich die Gruppe der jungen und hierarchisch unterstellten Ärzt\*innen identifizieren. So konnten nur 14% der unter 40-Jährigen beide Fragen bejahen, wohingegen dies 26,4% ihrer über 40-Jährigen Kolleg\*innen taten. Noch deutlicher war der Unterschied über die Hierarchiestufen hinweg: Während 32,8% der Ober- und Chefärzt\*innen beide Fragen bejahten, war dies nur bei 14,3% der Assistenzärzt\*innen der Fall. Zwischen den Geschlechtern ließ sich in Bezug auf mögliche Ansprechpersonen kein Unterschied nachweisen. Ob die Person bereits von SBAA betroffen war oder nicht spielte diesbezüglich ebenfalls keine Rolle.

30,6% der Ärzt\*innen konnten die Frage nach einer vertrauensvollen Ansprechperson innerhalb ihres Teams bejahen, wobei Männer etwas häufiger über teaminterne Vertrauenspersonen zu verfügen schienen als ihre Kolleginnen (35,6% versus 27,6%  $p=0,032$ ). 63,6% aller Freitextnennungen bezogen sich auf leitende Personen wie Oberärzt\*innen, Chefärzt\*innen oder die Institutsleitung. Damit war eine vorgesetzte Person die mit Abstand am häufigsten benannte Ansprechperson innerhalb des Teams. 34,7% gaben die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte (FGB) als mögliche Vertrauensperson an, obwohl diese strenggenommen eher außerhalb des normalen Kolleg\*innenkreises anzusiedeln ist. Ärztinnen taten dies deutlich häufiger als ihre Kollegen. Zudem konnten 35 Ärzt\*innen bei dieser Frage neben der FGB keine andere Person innerhalb ihres Teams nennen. Auch das traf signifikant häufiger auf Frauen zu (27,1% der Frauen versus 12,2% der Männer;  $p=0,017$ ). Kolleg\*innen wurden von 8,7% als mögliche Ansprechpersonen genannt. Weniger als 5% der Freitextnennungen entfielen auf den Betriebs- oder Personalrat und nur 2,3% auf den oder die Assistentensprecher\*in. Jede sechste Person, welche die Frage bejahte, gab im dazugehörigen Freitext keine konkrete Person an.

181 vom 743 Teilnehmenden bejahten die Frage nach möglichen Anlaufstellen auf gesamtbetrieblicher Ebene und darüberhinausgehend. Die FGB wurde von 98 Personen genannt, was mit Abstand die häufigste Einzelnennung darstellte. Hier fiel erneut der Geschlechterunterschied ins Auge: Während 3 von 4 Frauen angaben, sich vertrauensvoll an die FGB zu wenden, taten das nur knapp 60% aller derjenigen Männer, welche die Frage nach externen Ansprechpersonen bejaht hatten (76,6% versus 58,1%;  $p=0,027$ ). Bemerkenswert war zudem, dass diejenigen Ärzt\*innen, die die FGB als mögliche Ansprechperson angegeben hatten, im tatsächlichen Belästigungsfall diese fast nie um Unterstützung ersuchten: Nur fünf von ihnen wandten sich wegen der erlebten SBAA an sie, alle dabei Frauen.

Als weitere mögliche Anlaufstelle innerhalb der Klinik wurde von 8% der Betriebs- oder Personalrat angesehen, darüber hinaus von einzelnen Personen das arbeitsmedizinische Zentrum oder die Gewaltschutzambulanz. Knapp 13% nannten die Polizei als Ansprechpartner bei SBAA und 3% gaben an, in diesem Fall einen Anwalt heranziehen zu wollen.

**Tabelle 7: Ansprechpersonen, Informiertheit und Wunsch nach Infoveranstaltung**

	Gesamt (%)	Ärztinnen (%)	Ärzte (%)	p-Wert**
<b>Wissen um Ansprechperson innerhalb des eigenen Teams</b>	213 (30,6%) n = 697*	117 (27,6%) n = 424	95 (35,6%) n = 267	<u>0,032</u>
<b>Wissen um Ansprechperson auf gesamtbetrieblicher Ebene bzw. darüber hinaus</b>	181 (26,7%) n = 679*	117 (28,6%) n = 409	63 (23,7%) n = 266	0,158
<b>Informationen zu sexueller Belästigung, Arbeitnehmerrechten bzw. Schutzmöglichkeiten erhalten</b>	57 (8,3%) n = 686*	28 (6,7%) n = 416	28 (10,5%) n = 267	0,051
<b>Wunsch nach Informationsveranstaltung</b>	249 (36,4%) n = 684*	182 (44,0%) n = 414	62 (24,7%) n = 267	<0,001
<b>Legende</b>				
* Grund für ( $n_{\text{Gesamt}} > n_{\text{Ärztinnen}} + n_{\text{Ärzte}}$ ) sind jene Personen, die keine Angabe zum Geschlecht machten				
** Alle p-Werte $\leq 0,05$ sind unterstrichen				

### 3.7 Schutzmaßnahmen

Am meisten Schutzpotenzial attribuierten die Befragten der klaren Ablehnung von SBAA durch die Krankenhausleitung und durch die leitenden Personen der einzelnen Einrichtungen: 425 Ärzt\*innen stimmten diesem Punkt zu, was 61,8% der Befragten entsprach. Die zweitwichtigste Schutzmaßnahme stellten Sanktionen für die Befragten dar: Mit 53,7% sahen über die Hälfte der Teilnehmenden hierbei großes präventives Potenzial. 44,3% der befragten Ärzt\*innen sprachen sich für öffentlichkeitswirksame Maßnahmen wie gut zugängliche Leitfäden, Veranstaltungen zur Sensibilisierung oder die öffentliche Darlegung von Fällen aus. Ein Viertel der Befragten erachteten für wichtig, bei jeder Tätigkeit eine weitere Person an seiner Seite zu haben. Dies, so kommentierten mehrere Personen, könne allerdings nur durch eine bessere Personalbesetzung realisiert werden. Der gleichgeschlechtliche Umgang mit Patient\*innen wurde von den Wenigsten als sinnvolle Schutzmaßnahmen gegen SBAA angesehen. Genauso wenigen Befragten erschien es protektiv gegen SBAA, selbst eine Machtposition innezuhaben. Diesbezüglich sahen sich Ärztinnen eher durch leitende Positionen geschützt als ihre männlichen Kollegen.

In den Freitextkommentaren wurde am häufigsten (in zehn von 40 Kommentaren) der Machtaspekt von SBAA aufgegriffen: Es wurde angeregt, zum Schutz vor SBAA Machtmissbrauch effektiver zu verhindern, mehr Arbeitnehmer\*innenrechte einzuführen und flachere Hierarchien zu schaffen. Fast genauso viele (neun Befragte) hoben die Rolle des Individuums hervor und forderten, Mitarbeitende zu ermutigen und dabei zu unterstützen, sich gegen sexuelle Belästigung zur Wehr zu setzen. Eine Forscherin formulierte es als „*Stärkung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls*“ mit dem Ziel der „*Ertüchtigung potenzieller Opfer, klar, freundlich, dezidiert Grenzüberschreitungen zurückzuweisen*“. Eine weitere Forscherin schlug die „*Schulung des eigenen Umgangs mit ähnlichen Situationen und Rollenmodelle, die im Umgang [mit SBAA] als Vorbild dienen*“ vor. Das Spektrum der genannten Maßnahmen reichte von Deeskalationskursen und Maßnahmen zum Teambuilding über psychologische Schulungen zur Persönlichkeitsstärkung und Selbstverteidigungskurse, um besser für sich einstehen zu können. Fünf Ärztinnen regten zudem an, durch Etablierung einer offener Gesprächsatmosphäre und Förderung kollegialer Unterstützung in den jeweiligen Teams einen ehrlichen Austausch über das Tabuthema sexuelle Belästigung zu ermöglichen. Außerdem wurde von vier Ärztinnen die Thematik der Geschlechtergerechtigkeit aufgegriffen, Gleichberechtigung der Geschlechter und mehr Frauen in Führungspositionen gefordert.

Der Vergleich der Einschätzungen von Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich wirksamer Schutzmaßnahmen zeigte, dass Frauen stärker als Männer eine klare Positionierung der

Führungspersonen gegen SBAA forderten, Sanktionsmaßnahmen stärker befürworteten und Sensibilisierung durch Veranstaltungen für sinnvoller hielten. Auffällig war zudem, dass Ärztinnen fast doppelt so häufig wie ihre männlichen Kollegen der Meinung waren, das Bekleiden einer Machtposition schütze effektiv vor SBAA. Arbeiteten Ärzt\*innen in einem stark hierarchisch geprägten Umfeld, vertraten sie ebenfalls deutlich häufiger diese Ansicht als ihre Kolleg\*innen aus hierarchieflachen Teams. Die einzige Abweichung in Bezug auf effektive Präventionsmaßnahmen im Vergleich von klinisch tätigen Ärzt\*innen und ihren überwiegend wissenschaftlich tätigen Kolleg\*innen war, dass Letztere stärker auf Sanktionen setzten. Zwischen Assistenzärzt\*innen und ihren Vorgesetzten ließen sich keine Unterschiede hinsichtlich ihrer Meinungen zu Schutzmaßnahmen feststellen.

Deutliche Meinungsunterschiede ergaben sich abhängig davon, ob die Befragten bereits von SBAA betroffen waren, ob sie den Vorfall als Belästigung oder Bedrohung bewerteten und ob ihnen durch den Vorfall negative Folgen entstanden waren. In allen Fällen sprachen sich die Betroffenen jeweils deutlich stärker für die klare Ablehnung von SBAA durch die Leitung, ein entsprechendes Unternehmensleitbild, die öffentlichkeitswirksame Darlegung von stattgehabten Fällen und die Einführung von Veranstaltungen zur Sensibilisierung aus. Innerhalb der Gruppe dieser Betroffenen ließen sich keine Unterschiede mehr zwischen Frauen und Männern nachweisen.

Am eindrucklichsten waren die Unterschiede zu wirksamen Präventionsmaßnahmen zwischen der Gruppe derjenigen, die strukturelle Ursachen hinter dem Phänomen SBAA vermuteten und denjenigen, die solche Gründe nicht annahmen. Als strukturelle Ursachen wurden gewertet, dass SBAA zur Machtdemonstration und Statusbehauptung eingesetzt wird, von der jeweiligen Kultur auf Station oder im Institut abhängt und Geschlechterstereotypen widerspiegelt. Die beiden Gruppen divergierten in ihrer Meinung zu allen Präventionsmaßnahmen außer dem Vier-Augen-Prinzip und dem gleichgeschlechtlichen Umgang stark. Bemerkenswert war auch, dass sich in der Gruppe derjenigen, die strukturelle Ursachen hinter SBAA annahmen, keine Unterschiede mehr zwischen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich ihrer Meinungen zu den vorgeschlagenen Präventionsansätzen feststellen ließen.



**Tabelle 8: Schutzmaßnahmen vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz**

	<b>Gesamt (%) n = 688*</b>	<b>Ärztinnen (%) n = 416</b>	<b>Ärzte (%) n = 268</b>	<b>p-Wert**</b>
<b>Klare Ablehnung von Seiten der Leitung</b>	425 (61,8%)	275 (66,1%)	147 (54,9%)	<u>0,003</u>
<b>Sanktionen bei Vorfällen</b>	366 (53,2%)	236 (56,7%)	128 (47,8%)	<u>0,022</u>
<b>Öffentliche Darlegung von Fällen unter Wahrung der Anonymität der Betroffenen</b>	305 (44,3%)	191 (45,9%)	113 (42,2%)	0,335
<b>Veranstaltungen zur Sensibilisierung</b>	286 (42,6%)	191 (45,9%)	93 (34,7%)	<u>0,004</u>
<b>Unternehmensleitbild</b>	219 (31,8%)	130 (31,3%)	88 (32,8%)	0,664
<b>Vier-Augen-Prinzip (Präsenz einer zusätzlichen Person bei allen Tätigkeiten)</b>	188 (27,3%)	107 (25,7%)	80 (29,9%)	0,237
<b>Leitfäden in Station, Klinik, Institut</b>	172 (25,0%)	97 (23,3%)	74 (27,6%)	0,205
<b>Selber Machtposition innehaben</b>	69 (10,0%)	50 (12,0%)	18 (6,7%)	<u>0,024</u>
<b>Gleichgeschlechtlichen Umgang (Pflegerinnen pflegen Frauen etc.)</b>	67 (9,7%)	43 (10,3%)	24 (9,0%)	0,553
<b>Sonstige</b>	40 (5,8%)	30 (7,2%)	10 (3,7%)	0,058
<b>Keine der genannten Optionen</b>	30 (4,4%)	14 (3,4%)	16 (6,0%)	0,104
<b>Legende</b>				
* Grund für ( $n_{\text{Gesamt}} > n_{\text{Ärztinnen}} + n_{\text{Ärzte}}$ ) sind jene Personen, die keine Angabe zum Geschlecht machten				
** Alle p-Werte $\leq 0,05$ sind unterstrichen				

## 4 Diskussion

### 4.1 Prävalenz sexueller Belästigung unter Ärzt\*innen der Charité

Die erhobene Gesamtprävalenz sexueller Belästigung von 70,7% unter den in der WPP-Studie befragten Ärzt\*innen ist hoch und bestätigt die hohen Prävalenzraten aus anderen Studien zu sexueller Belästigung von ärztlichem Personal (55,56). Selbst unter der theoretischen Annahme, dass von denjenigen Ärzt\*innen, die nicht an der Umfrage teilnahmen, keine\*r von SBAA betroffen war, wäre immer noch fast jede\*r dritte Ärzt\*in an der Charité bereits während ihrer/seiner Arbeitskarriere sexuell belästigt worden.

Die hohe Betroffenheit der Ärztinnen – drei von vier der befragten Ärztinnen hatten bereits SBAA erlebt – fügt sich nahtlos in die hohen Prävalenzzahlen aus anderen Studien ein, welche das Auftreten von SBAA ebenfalls über die detaillierte Aufzählung möglicher Belästigungsformen maßen. Hervorsticht dagegen die überraschend hohe Betroffenheit der befragten Ärzte, von denen 61,1% angaben, bereits Erfahrungen mit SBAA gemacht zu haben (55,56).

Das ist höher als die Prävalenzraten unter Ärzten vieler anderer Studien (13,43,49) und reicht an die vergleichsweise hohe Prävalenzrate von 65% heran, welche Vargas *et al.* (44) in ihrer Studie von 2020 unter Ärzten erhoben. Für die Einordnung dieses Ergebnisses ist allerdings zu beachten, dass die Geschlechterverteilung der Stichprobe die Geschlechterverteilung in der Studienpopulation nicht korrekt abbildet: Der Anteil der Ärzte in der Stichprobe lag um fast 20% niedriger als in der untersuchten Studienpopulation. Zum Zeitpunkt der Erhebung arbeiteten 1834 Ärzt\*innen an der Charité, 1054 davon waren Männer. Während der Anteil der Männer in der ärztlichen Studienpopulation zum Zeitpunkt der Befragung 57,5% ausmachte, lag dieser in der Stichprobe nur bei 38,9%. Während also fast 60% aller an der Charité beschäftigten Ärztinnen an der Studie teilnahmen (448 von 780) und mindestens 65% des Fragebogens beantworteten, taten das nur 27% ihrer männlichen Kollegen (289 von 1054). Dieser deutliche Unterschied lässt spekulieren, ob nicht insbesondere diejenigen Ärzte an der Studie teilnahmen, die bereits Erfahrungen mit SBAA gemacht hatten. Es ist denkbar, dass viele der nicht-betroffenen Ärzte sexuelle Belästigung bislang nicht als ein Problem an ihrem Arbeitsplatz wahrnahmen, dem Thema keine besondere Priorität einräumten und dadurch seltener an der Umfrage teilnahmen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Betroffenheit der Ärzte in der Grundgesamtheit möglicherweise etwas geringer ist als die in der Umfrage erhobenen 61,1%.

Abgesehen von einem etwaigen *Sample Bias* im Teilnahmeverhalten der Ärzte lässt sich aus den Zahlen der Geschlechterverteilung ableiten, dass SBAA für Ärztinnen ein überproportional

wichtiges Thema darstellt (55,56). Eine stärkere Betroffenheit sowie eine stärkere Sensibilisierung für das Thema und dessen Einordnung als ein Problem, welches vermehrter Aufklärung und Handlung bedarf, würden die vermehrte Bereitschaft unter den Ärztinnen erklären, einen Fragebogen zum Thema SBAA auszufüllen.

#### *4.1.1 Herunterspielen von erlebter Belästigung*

Isoliert betrachtet gaben nur wenige Ärzt\*innen an, begripscht oder ungewollt geküsst worden zu sein oder sexuelle Nötigung erlebt zu haben (55,56). Die Auswertung der Freitextkommentare lässt allerdings vermuten, dass mehr Ärzt\*innen während ihrer Arbeitszeit begripscht worden waren, als die statistische Auswertung nahelegt. Die Einordnung der genannten Beispiele durch die betroffenen Ärzt\*innen als scheinbar zufällige Berührung ist sicherlich nicht per se falsch, ist doch eine klare Abgrenzung zwischen den beiden Formen nicht immer einfach. Der Duden jedoch definiert ‚Grapschen‘ als sexuelles Berühren, was jegliches als unangenehm empfundenes Anfassen, Befühlen oder Betasten umfasst. Damit lassen sich die betreffenden Beschreibungen doch eher als ein zielgerichtetes Anfassen erkennen, womit sich der Körperkontakt nicht wirklich als flüchtige, zufällige Berührung abtun lässt. Bezogen auf die Grundgesamtheit der betroffenen Ärzt\*innen mag die Zahl der neun betroffenen Personen noch marginal erscheinen, jedoch würde sie die Anzahl der von Grapschen betroffenen Ärzt\*innen um 52,9% erhöhen.

Zudem lässt das wiederkehrende Muster der Freitextkommentare zumindest vermuten, dass die Dunkelziffer der schwereren Formen höher liegen könnte und dass die befragten Ärzt\*innen möglicherweise dazu tendierten, erlebte Belästigungserfahrungen in ihrer Bedeutung zu herunterzuspielen.

Hinweise darauf, dass Ärzt\*innen ihre Erfahrungen mit SBAA möglicherweise verharmlosen, finden sich auch in den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten. In einer Studie mit chirurgischen Assistenzärzt\*innen tendierten die Befragten dazu, belästigendes Verhalten mit der Begründung zu entschuldigen, die belästigende Person habe ja keine böse Intention gehabt. Über 60% der Ärzt\*innen gaben ab, SBAA nicht gemeldet zu haben, weil es sich im Grunde ja um ein harmloses Verhalten gehandelt habe (13). Es sind mehrere Gründe denkbar, warum Betroffene dazu tendieren könnten, erfahrene SBAA herunterzuspielen und den Erfahrungen nicht die adäquate Relevanz beizumessen. Zum einen könnten Betroffene negieren, von sexueller Belästigung betroffen zu sein, um sich nicht in der Rolle des ‚Opfers‘ zu sehen oder rechtfertigen zu müssen, dass sie sich nicht gegen die Grenzüberschreitung zur Wehr setzten. Das belästigende Verhalten ‚falsch verstanden‘ oder ‚herausgefordert‘ zu haben erlaubt der/dem Belästigten zudem, die Kontrolle über die eigene Person zu bewahren (71). Des Weiteren haftet dem Begriff ‚Sexueller

Belästigung‘ gesellschaftlich immer noch – und das trotz der vermehrten Aufmerksamkeit in den letzten Jahren – eine Art Stigma an. Dies könnte dazu führen, dass Betroffene sich selbst und anderen gegenüber eher ungern ‚zugeben‘, belästigt worden zu sein (103). Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Arbeitsbedingungen, unter denen speziell Ärzt\*innen arbeiten. Von ihnen wird unaufhörlicher Einsatz und hohe Kompetenz erwartet (62,121), sie stehen unter dem starken Druck, viel Arbeit in wenig Zeit zu erledigen und das fehlerlos, da Wohlbefinden und Leben der Patient\*innen von ihrer Leistung abhängt (45). Immer wieder liest man von Ärzt\*innen, die Vorfälle SBAA nicht meldeten, weil sie durch ihr hohes, forderndes Arbeitspensum schlicht keine Zeit fanden, sich damit zu befassen (13,22,53). Eine Teilnehmerin einer großen US-amerikanischen Studie beschreibt ihre gegenwärtige Situation als Ärztin mit drastischen Worten: „Ich musste weitermachen. Ich hatte keine andere Wahl. In etwa so als würde ich eine Therapie mitten in einem Kriegsgebiet machen, konnte ich mir nicht erlauben, meine Gefühle zu fühlen. Würde ich die Gefühle zulassen, die diese Zustände hier in mir hervorrufen, wäre ich nicht mehr in der Lage zu funktionieren“ (18; S. 258, Übersetzung durch die Autorin). Es ist nachvollziehbar, dass in einem Arbeitsbereich mit einer so hohen Arbeitsbelastung wie in der Medizin, wo die Zeit oft schon zu knapp ist, sich umfassend um die Bedürfnisse der einem anvertrauten Patient\*innen zu kümmern, ein Problem wie SBAA leicht marginalisiert und hintenangelassen wird.

Ein weiteres Problem gilt besonders für Ärztinnen: Viele berichten in Studien über Bemerkungen von Kolleg\*innen, die das grenzüberschreitende Verhalten normalisieren und an die Ärztinnen herantragen, sie sollten sich nicht so anstellen (71,102). Dadurch wird vermittelt, nicht die belästigende Person habe sich zu ändern, sondern vielmehr die Ärztinnen selbst, die sich an SBAA stören – frei nach dem Motto „wer die Hitze nicht aushält, hat in der Küche nichts zu suchen“ (72; S. 838, Übersetzung durch die Autorin). Diese Einstellung macht das grenzüberschreitende Verhalten zu etwas, mit dem man sich zu arrangieren hat – schafft man es nicht, dann ist man selbst das Problem und weniger diejenigen, von denen die Belästigung ausgeht. Diese Haltung spiegelt sich in vielen Berichten von Ärztinnen wieder: Eine australische Ärztin empfand in Bezug auf SBAA den Druck, bloß ‚kein Drama zu machen‘ (71), andere erzählten von ihrer Angst, als ‚schwierige Person‘ oder ‚Störenfried‘ wahrgenommen zu werden (102), wenn sie SBAA meldeten. Einige Ärztinnen hatten Belästigungsfälle gar aus der Sorge heraus nicht gemeldet, sich dadurch möglicherweise unprofessionell zu verhalten und von ihren Kollegen als illoyal und unkollegial wahrgenommen zu werden (71). Dies ist eine verdrehte Auffassung von Professionalität – sexuell belästigendes Verhalten kann vielschichtige negative Auswirkungen auf Mitarbeitende haben und es sollte als professionell gelten, sich gegen diese Form potenziell destruktiven Verhaltens zu wehren.

## 4.2 Folgen von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Fast 70% der Ärzt\*innen, die im Rahmen dieser Arbeit befragt wurden und SBAA erlebten, erfuhr durch das grenzüberschreitende Verhalten negative Folgen.

55,3% der Betroffenen gaben an, als Konsequenz mindestens eine negative Emotion empfunden zu haben. Das erscheint etwas wenig, berücksichtigt man, dass sich 76% der Ärzt\*innen durch den Vorfall belästigt fühlten. Man hätte erwarten können, dass jemand, der sich durch etwas belästigt fühlt, auch eine entsprechende Emotion bei sich feststellt, sei es Irritation, Ärger oder Verunsicherung. Diskutieren lässt sich dabei, ob Personen, welche durch die sexuelle Belästigung auch schwerwiegendere Folgen erlebten, sich möglicherweise nicht damit aufhielten, zusätzlich erlebte, ‚harmlosere‘ Folgen anzugeben, sondern sich ausschließlich auf die schwereren Konsequenzen fokussierten. Auch die Prävalenz negativer gesundheitlicher Auswirkungen erscheint im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien eher gering. Dabei könnte eine Rolle spielen, dass Ärzt\*innen unter einem hohen Leistungsdruck stehen, das Leben ihrer Patient\*innen nicht zu gefährden und somit jederzeit zu funktionieren. In diesem Kontext erscheint es für das eigene Selbstbild durchaus problematisch, sich selbst und anderen gegenüber eingestehen zu müssen, dass man aufgrund gewisser Vorfälle aus der Fassung gebracht, abgelenkt oder gar in seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Im Hinblick auf das Erkennen von belästigungsbedingten Folgen merken Woodzicka und LaFrance außerdem an, dass Betroffene durch die Fokussierung auf die Belästigung und deren Verarbeitung mitunter so abgelenkt seien, dass auftretende Folgen schlicht übersehen würden (87).

Trotz dieser potenziellen Verzerrung ist der Anteil der Ärzt\*innen hoch, die nach SBAA Folgen angaben, welche ihre Arbeitsfähigkeit sehr wahrscheinlich zumindest kurzfristig beeinträchtigen. Das deckt sich mit anderen Studienergebnissen, wie beispielsweise denen von Lindquist und McKay, die herausfanden, dass SBAA die Produktivität der betroffenen Wissenschaftler\*innen häufig verminderte (33). Als Erklärung hierfür bietet sich die Überlegung an, dass das Gehirn durch ein unangenehmes, zumindest aber unerwartetes Ereignis wie SBAA mehr oder weniger mit dessen Verarbeitung belagert wird, wodurch ein Teil der Arbeits- und Konzentrationsfähigkeit der Person nicht mehr für die eigentliche berufliche Tätigkeit zur Verfügung steht. So gaben die Betroffenen in der Studie von Lindquist und McKay an, es habe sie beträchtliche Kraft und Energie gekostet, das Erlebte emotional zu verarbeiten, die alltägliche Konfrontation mit dem Täter zu bewältigen, die Belästigung zu melden bzw. zu versuchen, eine erneute Belästigung zu verhindern (33).

Bemerkenswert ist dabei, dass unter den Befragten der WPP-Studie nicht nur die schweren Formen von SBAA arbeitsstörendes Potenzial mit sich brachten, sondern auch die eher subtileren, unpersönlicheren Formen. Argumentiert man nun, dass nicht nur Störungen der Teamzusammenarbeit und gesundheitliche Einschränkungen den reibungslosen Arbeitsprozess zu stören vermögen, sondern auch die Ablenkung, Irritation oder emotionale Betroffenheit in der Belästigungssituation selbst, wären über 60% der betroffenen Ärzt\*innen durch SBAA zumindest kurzfristig in ihrer Arbeitsausführung beeinträchtigt gewesen.

So lässt sich das Fazit ziehen, dass SBAA nicht nur für das Individuum einen Risikofaktor für Gesundheit und Beruf darstellt, sondern auch das Potenzial hat, die reibungslose Zusammenarbeit in einem medizinischen Team empfindlich zu stören und potenziell die Patientenversorgung zu gefährden.

### **4.3 Risikofaktoren für die Entwicklung negativer Folgen nach sexueller Belästigung**

Im Rahmen dieser Arbeit wurde versucht, Charakteristika der Belästigung an sich, der Betroffenen sowie deren Umgangs mit der Belästigung zu identifizieren, die das Risiko erhöhten oder senkten, aufgrund SBAA gesundheitsschädliche oder arbeitsbeeinträchtigende Folgen zu entwickeln.

Zum einen fiel diesbezüglich der Geschlechterunterschied ins Auge: Ärztinnen waren nicht nur häufiger mit SBAA konfrontiert und erlebten öfter schwere Belästigung als ihre Kollegen, sie litten auch deutlich häufiger unter negativen Folgen (77,1% versus 52,7%). Ärzte dagegen schienen durch die SBAA nicht so stark beeinträchtigt wie ihre Kolleginnen. Sie gaben deutlich seltener Folgen an – auch wenn sie schwerere Belästigung erlebt hatten.

Sowohl für Ärztinnen wie für Ärzte galt, dass sich deren Risiko, nach einem Vorfall sexueller Belästigung negative Folgen davonzutragen, deutlich erhöhte, sobald sie das Erlebte als belästigend oder bedrohlich empfanden. Dennoch waren auch in dieser Untergruppe Ärzte deutlich seltener von Folgen betroffen als ihre Kolleginnen.

#### *4.3.1 Warum Ärzte stärker von Folgen betroffen sein könnten*

Auch wenn sie die Erfahrung als bedrohlich einordneten, gaben Ärzte sehr viel seltener als ihre Kolleginnen an, negative Auswirkungen durch die SBAA bemerkt zu haben. Es wäre zu erwarten gewesen, dass jemand, der eine Erfahrung als bedrohlich wahrnimmt, daraufhin wenigstens eine Form von reaktiver Emotion bei sich feststellt. Zudem irritiert der Umstand, dass unter denjenigen Ärzt\*innen, die schwereren Formen von SBAA ausgesetzt waren, fast 90% der Ärztinnen mindestens eine negative Folge erlebten, während dies nur für knapp über die Hälfte ihrer gleichermaßen betroffenen Kollegen zutraf.

Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob Ärzte tatsächlich weniger Beeinträchtigung durch die SBAA erfuhren oder ob es ihnen möglicherweise schwerer fiel als ihren Kolleginnen, die Belästigung am Arbeitsplatz als relevantes und potenziell schädliches Ereignis einzuordnen. Denkbar wäre, dass sexuelle Belästigung für Frauen als Ärgernis alltäglicher ist und diese daraus entstehende Beeinträchtigungen leichter anerkennen können. Kulturübergreifend wird Männern zugeschrieben, stärker, dominanter und rationaler zu sein, Frauen werden dagegen eher als beeinflussbar und gefühlsbetont wahrgenommen (122). Daher wäre es möglich, dass es für die Ärzte schwieriger mit ihrem Selbstbild zu vereinbaren war, an ihrem Arbeitsplatz eindeutig sexuell belästigt worden zu sein und sie sich dadurch womöglich seltener eingestanden, durch die Grenzüberschreitung beeinträchtigt gewesen zu sein.

Ein weiteres Indiz, dass in diese Richtung deutet, ist, wie die befragten Ärzte körperliche SBAA einordneten. So zeigte sich, dass von den drei Ärzten, die ihrer Einschätzung nach begrapscht worden waren, kein einziger diese Erfahrung als belästigend wahrnahm (von den dreizehn begrapschten Ärztinnen hatten sich alle mindestens belästigt gefühlt). Im Gegensatz dazu ordneten all diejenigen Ärzte ihre Erfahrungen als belästigend ein, wenn sie die Grenzüberschreitung selbst als bloßen Körperkontakt definierten, ihre Freitextbeschreibungen jedoch die Vermutung nahelegten, dass sie eher begrapscht worden waren. Nun handelt es sich bei Letzteren ebenfalls nur um drei Ärzte und damit um eine kleine Personenzahl. Dennoch wirft es die Frage auf, wie das Begrapschtwerden – diese doch sehr eindeutige Form sexueller Belästigung – von Männern wahrgenommen wird. Bei Rotundo *et al.* findet sich die Einschätzung, Männer würden körperlichen Kontakt eher als Kompliment denn als Belästigung werten (18). Gegen diese Aussage spricht, dass sich über 75% der Ärzte der WPP-Studie, die ungewollten Berührungen im Sinne von unerwünschtem, scheinbar zufälligem Körperkontakt ausgesetzt waren, durch diese Form der Grenzüberschreitung auch tatsächlich belästigt fühlten.

Vor diesem Hintergrund lässt sich festhalten, dass die WPP-Studie zumindest Hinweise darauf ergeben hat, dass es für die befragten Ärzte schwieriger gewesen sein könnte, eindeutige SBAA für sich anzuerkennen und in einer Umfrage dazu Stellung zu beziehen. Eine unterbewusste Abwehr des Bildes, selbst ‚Opfer‘ sexueller Belästigung geworden zu sein, könnte die beschriebene Geschlechterdifferenzen in Bezug auf subjektive Bewertung des Vorfalls und negativen Auswirkungen dessen zumindest teilweise erklären.

#### 4.3.2 Warum Ärztinnen besonders stark und auf besondere Weise betroffen sein könnten

Denkbar ist allerdings auch, dass die befragten Frauen tatsächlich anfälliger als ihre Kollegen dafür waren, durch SBAA Folgen zu erleiden, also per se stärker durch die erlebten sexuellen Grenzüberschreitungen beeinträchtigt wurden.

Bisherige Forschungsergebnisse geben durchaus Anlass, diese Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Zum einen ordnen Expert\*innen die Formen sexueller Belästigung als Teil eines Kontinuums sexueller Gewalt ein, das bei *gender harassment* beginnt und mit Vergewaltigung endet (25,31,123). Larkin führt aus, dass schwere sexuelle Übergriffe wie sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung fast immer mit sexueller Belästigung eingeleitet werden (123). Frauen kommen von klein auf mit dem Narrativ in Kontakt, sich vor sexueller Gewalt schützen zu müssen. So ist es nachvollziehbar, wenn für Betroffene durch grenzüberschreitendes Verhalten wie sexuelle Belästigung die unterbewusste Angst mitschwingt, Opfer eines sexuellen Übergriffs zu werden (123,124). Die Objektivierung, die vielen Formen sexueller Belästigung wie Anstarren, Körperkontakt und Grapschen innewohnt (124), kann den Betroffenen signalisieren, wie ein Objekt benutzt werden zu können. Zudem vermag SBAA Ärztinnen auf ihre Geschlechterrolle zu degradieren und ihre professionelle Rolle zu negieren – egal wie gut Frauen in ihrem Beruf seien, durch SBAA würde ihnen klargemacht, dass sie in erster Linie als Frauen wahrgenommen werden (57).

Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit, dass Ärztinnen eine besonders vulnerable Gruppe für SBAA darstellen, bestätigt die Einschätzung vieler Forscher\*innen, dass Frauen die Hauptleidtragenden SBAA sind. So ordnen mehrere Arbeiten SBAA als eine der allgegenwärtigsten und schädlichsten Hürden für Zufriedenheit und Karriereerfolg von Frauen ein (6,10,125). In der Tat zeigten sich die im Rahmen dieser Arbeit befragten Ärztinnen durch die erlebte SBAA deutlich stärker in ihrer Arbeit beeinträchtigt als ihre Kollegen. Und während nur 0,1% der Ärzte aufgrund von SBAA gezwungen waren, ihren Arbeitsplatz zu wechseln, traf das für 5% der betroffenen Ärztinnen zu. Besonders brisant werden diese Umstände, wenn man beachtet, dass systematische Benachteiligung für Frauen in der Arbeitswelt immer noch an der Tagesordnung ist (22,62,126). Zeugnis legt dafür beispielsweise die anhaltend niedrige Zahl von weiblichen Führungspersonen in der Medizin ab – trotz des hohen Frauenanteils während der Ausbildungszeit ist die Führungsriege in Krankenhäusern immer noch zum überwiegenden Teil männlich (13,32,53,71). Das erhöht einerseits das Risiko für Frauen, am Arbeitsplatz sexuell belästigt zu werden (53), zum anderen vermag Letzteres als subtiles Machtinstrument zu diesem Status quo beizutragen (16,22,62). Sinkt beispielsweise die Leistungsfähigkeit von Frauen durch



SBAA, kann dies Geschlechterklischees bestätigen und dazu führen, dass Frauen die Kompetenz für höhere Positionen abgesprochen wird (24,120).

Es ist anzunehmen, dass SBAA für Ärzte ebenfalls ein ernstzunehmendes Problem darstellt. Die Unterschiede in den Auswirkungen auf die Geschlechter sind allerdings nicht von der Hand zu weisen und zeigen, dass Ärztinnen auf besondere Art von SBAA betroffen sind.

#### *4.3.3 Einfluss des Status der Betroffenen*

Während das Alter der Person keinen Einfluss hatte darauf, wie stark jemand unter SBAA litt, schien sich die Hierarchiestufe der betroffenen Person durchaus auf die Folgenrate auszuwirken. Allerdings zeigte sich auch hier eine Differenz entlang der Geschlechtergrenze. Hierarchiehohe Ärzte konnten als die Personengruppe identifiziert werden, die am wenigsten von SBAA betroffen war. Zudem zeigte sich, dass Betroffene aus dieser Gruppe seltener unter negativen Folgen litten. Der Unterschied zu den männlichen Assistenzärzten, die häufiger Folgen nach SBAA entwickelten als ihre Vorgesetzten, war allerdings knapp nicht signifikant.

Eindeutig dagegen ist der hochsignifikante Unterschied zwischen der Folgenrate weiblicher Ober- und Chefärztinnen (85,3%) nach SBAA und der ihrer gleichgestellten Kollegen (37,5%). Dies verdeutlicht erneut, dass SBAA für Frauen ein besonders ernstzunehmendes Problem darstellt. In den immer noch männerdominierten Führungsebenen in Kliniken ist es wahrscheinlich, dass Frauen in Führungspositionen an sich schon einem höheren Druck ausgesetzt sind als ihre gleichgestellten Kollegen. Bringt man dies mit dem Umstand zusammen, dass Frauen den Ergebnissen nach zudem per se vulnerabler sind für die negativen Auswirkungen von SBAA, so erscheint es nur folgerichtig, dass hierarchiehohe Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kollegen so deutlich unter sexuellen Grenzüberschreitungen am Arbeitsplatz leiden. Dies verstärkt nochmals die weiter oben ausgeführte Schlussfolgerung, dass SBAA für Frauen im Allgemeinen und Ärztinnen im Speziellen ein besonders ernstzunehmendes Problem darstellt, das mit dem Ziel von Geschlechtergerechtigkeit und Gleichbehandlung am Arbeitsplatz gelöst werden muss.

#### *4.3.4 Einfluss der Belästigung durch Vorgesetzte*

Wurden Betroffene von einer/einem Vorgesetzten belästigt, war das Risiko für diese, Folgen durch den Vorfall zu entwickeln, deutlich erhöht verglichen mit ihren Kolleg\*innen, die Belästigung durch gleich- oder niedriger gestellte Teammitglieder oder Patient\*innen erfuhren. Dies unterstreicht die Machtkomponente, die dem Phänomen SBAA innewohnt und bestätigt andere Forschungsergebnisse (29). Vorgesetzte verfügen in der Regel über die Macht, beruflichen Werdegang und berufliches Wohlergehen der Betroffenen entscheidend zu beeinflussen. Erscheint

das Ertragen der Belästigung aus Angst vor beruflichen Nachteilen als die einzige Option, sind Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit wahrscheinlich. Mitarbeitende, die von ihren Vorgesetzten belästigt werden, müssen sich zwischen dem Ertragen der Belästigung und dessen Folgen sowie dem ebenso potenziell gefährlichen Sich-Wehren entscheiden. Es erscheint plausibel, dass Betroffene aus solch einer Situation heraus psychische Probleme entwickeln, welche ihre Arbeitsfähigkeit schmälern und zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen.

#### 4.3.5 Einfluss der Schwere der Belästigung

Erwartungsgemäß zeigte sich, dass mit der Schwere der Belästigung sowohl die Prävalenz von negativen Folgen als auch deren Schweregrad anstieg. Während in der Gruppe der Ärzt\*innen, die entweder begrabscht oder sexuell genötigt wurden oder von *Quid pro Quo* betroffen waren, fast alle Betroffenen negativen Folgen durch die Vorfälle davotrugen, lag die Folgenrate in der Gruppe der übrigen Ärzt\*innen signifikant niedriger.

Allerdings wäre der Sache nicht genüge getan, den Fokus nur auf die schweren Formen zu richten, da diese zwar schwerwiegende, aber doch eher seltene Ereignisse darstellen – nur 5,3% der Belästigungsfälle fielen in diese Kategorie. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die befragten Ärzt\*innen an ihrem Arbeitsplatz dagegen sehr häufig mit den anderen, teils eher subtileren Formen sexueller Belästigung konfrontiert wurden. Diese waren nicht nur sehr häufig, sondern wiesen zudem eine beachtliche Folgenrate von 66,2% auf.

Das bestätigt das Fazit vieler Autor\*innen, dass gerade auch den auf den ersten Blick ‚leichteren‘ Formen von SBAA erhebliches schädliches Potenzial innewohnt (5,19,22,87). Auch wenn die Einzeleffekte von Belästigungserfahrungen dieser Art isoliert betrachtet eher gering sein mögen, können sie durch häufiges Auftreten akkumulieren, wodurch auch vermeintlich ‚harmlosere‘ SBAA zu negativen Folgen für die Betroffenen führen kann, welche an die Folgen schwerer Belästigung heranreichen (5,22). Sojo, Wood und Genat argumentieren in ihrer Metaanalyse zu Folgen von SBAA zudem, dass die eher subtileren Formen wie *gender harassment* häufig von verschiedenen Personen ausgehen, schwerer zu vermeiden und nicht so einfach als falsch und schädlich anzuprangern sind, da diese sehr häufig nicht als sexuelle Belästigung anerkannt werden. Problematisch sei zudem, dass auch in wissenschaftlichen Arbeiten Formen von *gender harassment* immer noch in ihrer Bedeutung heruntergespielt würden, obwohl gut belegt ist, dass diese Formen in ihrem schädlichen Potenzial an das der schweren Formen heranreichen (5).

#### 4.3.6 Einfluss der individuellen Wahrnehmung des Vorfalls

Bei der Betrachtung der Ergebnisse dieser Arbeit fällt die Korrelation zwischen der subjektiven Bewertung des Vorfalls und der Folgenrate ins Auge. Während 78,6% der Betroffenen, welche die sexualisierten Grenzüberschreitungen als mindestens belästigend wahrnahmen, konsekutiv negative Folgen erlebten, traf das nur für 12% derjenigen zu, die sich durch die Vorfälle nicht belästigt fühlten. Es erscheint zunächst einmal naheliegend, dass jemand, der sich durch grenzüberschreitendes Verhalten irritiert, verunsichert, belästigt oder gar bedroht fühlt, dadurch negativ beeinflusst wird, während eine andere Person, die das gleiche Verhalten als neutral oder positiv einstuft, auch nicht davon beeinträchtigt wird.

Es gibt allerdings mehrere Studien, die zeigen konnten, dass Personen, die an ihrem Arbeitsplatz sexuelle Belästigung im Sinne der juristischen Definition erlebten, unabhängig von der von ihnen angegebenen subjektiven Bewertung der Ereignisse negative Folgen entwickelten (19,87,99). Woodzicka und LaFrance bewiesen in einem Experiment, dass sexuelle Belästigung während eines Jobinterviews die Leistung der Probandinnen unabhängig von deren subjektiven Wahrnehmung zu schmälern vermochte. Auch diejenigen, die angaben, sich nicht belästigt gefühlt zu haben, schnitten signifikant schlechter ab als die Personen der Kontrollgruppe (87). Bei Polizistinnen, die versicherten, sexualisierte Sprüche und Witze hätten keinen negativen Einfluss auf sie, war das Erleben dessen dennoch stark mit schlechterer psychischer Gesundheit assoziiert (99). Dies gibt zu denken und wirft die Frage auf, welcher Zusammenhang zwischen der individuellen Wahrnehmung des Ereignisses und der Entwicklung negativer Folgen besteht und wie sich die Diskrepanz zwischen den oben genannten Studienergebnissen und denen der WPP-Studie erklären lässt.

Zum einen ist es wahrscheinlich, dass sich tatsächlich manche Ärzt\*innen durch das sexualisierte Verhalten ihrer Kolleg\*innen oder Patient\*innen nicht gestört fühlten. Neben der geringeren Folgenentwicklung wies die Gruppe derjenigen Ärzt\*innen, die kein subjektives Belästigungsgefühl angegeben hatten, ebenfalls ein geringeres Interesse an weiterführenden Informationen zum Thema auf, was diese Auslegung unterstützt.

Allerdings fanden sich ebenfalls Hinweise darauf, dass einige Ärzt\*innen die erlebte SBAA in ihrer Bedeutung herunterspielten. Als Erklärung hierfür bietet sich zum einen an, dass es sich bei sexueller Belästigung um ein gesellschaftlich äußerst sensibles und ambivalentes Thema handelt (23,127). Es ist denkbar, dass gerade Ärzt\*innen, die unter dem hohen Druck stehen, beruflich zu funktionieren, sexuelle Belästigung als zusätzlichen Stressor am Arbeitsplatz und als relevantes Problem für die eigene Leistung und das eigene Wohlbefinden negieren. Denn man kann

folgerichtig annehmen, dass Personen, welche die Erfahrung von SBAA als solche bagatellisieren, auch die Wirkung dieses Vorfalls auf sich selbst verharmlosen könnten. Mit Blick auf die vorliegenden Ergebnisse der WWP-Studie erscheint es somit plausibel, dass einige der betroffenen Ärzt\*innen möglicherweise sowohl ihre subjektive Wahrnehmung des sexualisierten Verhaltens als auch die damit verbundenen Folgen vor sich selbst beschönigten und in der Befragung sozial erwünscht bzw. im Einklang mit ihrem Selbstbild antworteten. Das wiederum würde bedeuten, dass die im Rahmen der WPP-Studie erhobenen Folgenraten durch einen *Social Desirability Bias* niedriger geschätzt wurden, als sie in Wirklichkeit waren.

#### 4.3.7 Einfluss von Wissen zum Thema und Ansprechpersonen

Es konnte kein mildernder Effekt auf die Entwicklung von Folgen gezeigt werden, wenn die betroffenen Ärzt\*innen angaben, bereits einmal offiziell von ihrer Arbeitgeberin über das Thema informiert worden zu sein. Einschränkend muss hierbei gesagt werden, dass sich die Abfrage der Belästigungserfahrungen auf die gesamte Berufszeit bezog, während als Informationsgeberin ausschließlich die Charité benannt wurde. Dass zeitlich nach dem Belästigungsfall erhaltene Informationen zum Thema wenig Einfluss auf das Erleben der früheren Belästigungserfahrung haben kann, ist einleuchtend.

Ebenso wenig konnte für die Ärzt\*innen eine Reduktion in der Folgenrate gezeigt werden, die angaben, im Falle SBAA über Ansprechpersonen zu verfügen. Dies widerspricht zunächst der Schlussfolgerung vieler Expert\*innen, Vertrauenspersonen seien von elementarer Wichtigkeit für Betroffene SBAA. Allerdings lässt sich über das reine Aufzählen möglicher Ansprechpersonen nichts über das tatsächliche Vertrauensverhältnis zu diesen aussagen. Möglich wäre, dass Betroffene im fiktiven Belästigungsfall ihr Vertrauensverhältnis zu gewissen Personen idealisierten, im tatsächlichen Belästigungsfall dann aber feststellten, dass sie sich diesen doch nicht so gerne anvertrauten bzw. sich davor scheuten, diese um Unterstützung zu ersuchen. Dazu würde die Tatsache passen, dass einerseits die Mehrheit der Befragten angab, sie würden sich im Falle von SBAA vertrauensvoll an ihre Ober- und Chefärzt\*innen sowie die Institutsleitung wenden. Tatsächlich waren Ober- und Chefärzt\*innen aber bei denjenigen, die belästigt worden waren, als Gesprächspersonen am unbeliebtesten. Erstere wurden nur von einer verschwindend geringen Personenanzahl überhaupt über die jeweiligen Vorfälle informiert. Diese Diskrepanz erinnert an die Ergebnisse der Studie von Woodzicka und La France, in welcher die Autorinnen verglichen, wie sich Frauen einerseits ihre Reaktion auf eine fiktive sexuelle Belästigung ausmalten und andererseits reagierten, wenn sie tatsächlich belästigt wurden. Es zeigte sich eine verblüffende Inkongruenz von beiden Fällen: In ihrer Vorstellung reagierten die befragten Frauen

wütend, konfrontierten die belästigende Person und beschwerten sich, wohingegen sie sich durch die real erlebte SBAA eingeschüchtert verhielten und sich weder beschwerten noch die Belästigung anprangerten (15). Diese Diskrepanz spricht Bände und legt die Vermutung nahe, dass Personen ihre Fähigkeiten im Umgang mit SBAA tendenziell eher überschätzen und sich im tatsächlichen Belästigungsfall damit schwertun, adäquat zu reagieren.

Waren Befragte von den leichteren Formen von SBAA betroffen und sprachen mit einer Person ihrer Wahl darüber, hatten sie häufiger Folgen als ihre Kolleg\*innen, welche nicht das Gespräch suchten. Hier allerdings einen kausalen Zusammenhang anzunehmen wirkt unangebracht. Plausibler erscheint als Erklärung, dass den Betroffenen die SBAA nahegegangen war, weswegen sie einerseits das Bedürfnis verspürten, mit jemandem über das Erlebte zu sprechen und andererseits negative Folgen durch den Vorfall wahrnahmen.

#### *4.3.8 Einfluss von offiziellen Maßnahmen*

Eine Aussage darüber zu treffen, wie es sich auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Betroffenen auswirkte, wenn ihr/ihre Arbeitgeber\*in offizielle Maßnahmen gegen die belästigende Person einleitete, ist nicht möglich. Letzteres war im Rahmen der vorliegenden Befragung zu selten der Fall, als dass daraus zuverlässige Schlussfolgerungen abgeleitet werden könnten. Das ist zum einen nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, dass die überwältigende Mehrheit der Forschungsarbeiten zu dem Schluss kommen, dass der/die Arbeitgeber\*in nur in den seltensten Fällen von SBAA eingreift. Auf der anderen Seite ist es erschreckend, wenn man bedenkt, dass Expert\*innen sich einig sind, dass die Offenlegung und Sanktionierung von SBAA eine elementare Säule in der Prävention dieses grenzüberschreitenden Verhaltens darstellt (3,22,33).

#### 4.4 Prävention und Management von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Damit Präventionsstrategien zur Reduktion von SBAA Erfolg haben, müssen die jeweiligen Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes untersucht, verstanden und entsprechend adressiert werden (22,82,128). Diese Arbeit kann einen Teil dazu beitragen, die spezifischen Gegebenheiten für das Auftreten und die Folgen von SBAA unter Ärzt\*innen an einer Universitätsklinik im deutschsprachigen Raum zu identifizieren und entsprechende Präventionsmaßnahmen zu finden. Die Ergebnisse zahlreicher Studien zeigen, dass für eine Reduktion von SBAA vor allem das Arbeitsklima und die Firmen- und Führungskultur des jeweiligen Unternehmens entscheidend ist (6,22,115,129). Von großer Relevanz ist etwa, ob der/die Arbeitgeber\*in sexuelle Belästigung als Problem erkennen und Maßnahmen etablieren, um ihre Angestellten davor zu schützen, oder aber ob von führender Seite gar kein Problembewusstsein vorhanden ist (22). Das spiegelt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. Die Schutzmaßnahme, welche von den befragten Ärzt\*innen als am wirkungsvollsten eingeordnet wurde, ist eine eindeutige Positionierung gegen SBAA durch die Leitungsebene der Institution. Durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen, die eine Null-Toleranz-Haltung der Arbeitgeber\*in gegenüber SBAA zum Ausdruck bringen, wird den Mitarbeitenden zum einen kommuniziert, dass SBAA ernst genommen und nicht geduldet wird. Zum anderen werden auch Patient\*innen für das Thema sensibilisiert und bauen so möglicherweise eine höhere Hemmschwelle auf, was potenziell belästigendes Verhalten angeht. Die hohe Prävalenz von SBAA unter Ärzt\*innen im Universitätsklinikum der Charité zeigt allerdings, dass es hier noch viel Nachholbedarf gibt, um die Mitarbeitenden vor SBAA und seinen negativen Auswirkungen zu schützen.

##### 4.4.1 Niedrige Sanktionsrate der Täter\*innen

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass betroffene Ärzt\*innen am Arbeitsplatz erlebte sexuelle Belästigung nicht nur sehr selten ihrem/ihrer Arbeitgeber\*in meldeten, sondern auch, dass offizielle Maßnahmen nach einem Vorfall die absolute Seltenheit waren. In keinem der 21 Fälle, in denen Betroffene ihre Vorgesetzten informierten, wurden Sanktionen gegenüber den Täter\*innen eingeleitet. In nur sechs der insgesamt 525 Fällen von SBAA wurden nach Angaben der Betroffenen offizielle Maßnahmen von Seiten des/der Arbeitgeber\*in eingeleitet. Das ist angesichts der hohen Prävalenzzahlen und dem deutlichen Beeinträchtigungspotenzial von SBAA erschreckend gering, deckt sich allerdings mit den Ergebnissen anderer Studien (3,13,17,32,102). In einer Studie mit chirurgischen Assistenzärzt\*innen gaben fast die Hälfte der Betroffenen als Grund für das Nicht-Melden der erlebten SBAA an, das Melden sei reine Zeitverschwendung und würde sowieso nichts bringen (13). Dabei wäre es so wichtig, dass SBAA für die Täter\*innen

negative Konsequenzen hat und nicht etwa für die Betroffenen. Die in Rahmen dieser Arbeit befragten Ärzt\*innen attribuierten dem Verhängen von Sanktionen durch den/die Arbeitgeber\*in ein gutes Schutzpotenzial vor SBAA – über die Hälfte aller Befragten waren diesbezüglich einer Meinung. Der psychologische Effekt einer konsequenten Sanktionierung von SBAA ist leicht nachvollziehbar: Indem der/die Arbeitgeber\*in den Beweis erbringt, dass das Versprechen, SBAA in der eigenen Institution nicht zu dulden, keine leeren Worte sind, kann das Vertrauen der Mitarbeitenden in ihre Institution gestärkt und die Hemmschwelle, Vorfälle zu melden, gesenkt werden. Zum anderen könnten die transparente Sanktionierung SBAA potenzielle Täter\*innen davon abhalten, Teammitglieder zu belästigen.

#### 4.4.2 *Institutional betrayal*

In dieser Hinsicht ist nicht verwunderlich, dass die befragten Ärzt\*innen auch die öffentliche Darlegung von Fällen unter Wahrung der Anonymität der Betroffenen als sehr wichtig erachteten. Expert\*innen sind sich einig, dass ein transparentes Management von Fällen SBAA mit regelmäßiger Offenlegung von Beschwerdeprozessen und deren Konsequenzen elementar wichtig ist. So kann den Mitarbeitenden versichert werden, dass es sich bei der Aussage der Leitungsebene, SBAA nicht zu dulden, nicht bloß um ein leeres Versprechen handelt (3,22,33). Dies von entscheidender Relevanz, da herausgefunden wurde, dass das reine Beteuern, SBAA zu bekämpfen, ohne eine entsprechende Umsetzung nicht etwa nur ohne jede Wirkung ist, sondern sogar negative Effekte auf Mitarbeitende und Institution haben kann (21,69,71,116,130). Der Begriff des *institutional betrayal*, wörtlich übersetzt institutioneller Verrat, beschreibt den Umstand, dass Arbeitgeber\*innen ihren Mitarbeitenden schaden, indem sie diese beispielsweise nicht vor Grenzüberschreitungen wie SBAA schützen (104). Als Folge können Mitarbeitende das Vertrauen in ihre Arbeitgeber\*innen (21,71,116) verlieren, zunehmend resignieren, sich weniger mit ihrer Institution identifizieren (82) und sich weniger für diese einsetzen (21). Dies bringt zum einen deutliche Nachteile für den/die Arbeitgeber\*in mit sich, wenn ihre Mitarbeitenden sich weniger für die Belange der Institution einbringen und möglicherweise gar kündigen. Zum anderen kann sich das Gefühl von *institutional betrayal* auch negativ auf die Betroffenen selbst auswirken: So wiesen Jiang *et al.* etwa einen direkten Zusammenhang nach zwischen dem Stresslevel der Mitarbeitenden und deren Bewertung des Managements von SBAA durch ihre/ihren Arbeitgeber\*in (130). Gross *et al.* zeigten zudem, dass Personen, die sich von ihrer Institution im Stich gelassen fühlten, erhöhte Raten von psychiatrischen Erkrankungen aufwiesen (69).

#### *4.4.3 Machtaspekt von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Expert\*innen sind sich einig, dass sexuell belästigendes Verhalten mehr mit Macht und Aggression denn mit Sexualität und Verführung zu tun hat (22,82). Die im Rahmen dieser Arbeit befragten Ärzt\*innen griffen in den Freitextkommentaren zu möglichen Schutzmaßnahmen diesen Machtaspekt besonders häufig auf. In anderen Forschungsarbeiten wird ebenfalls gefordert, zum Schutz vor SBAA müssten die in der Medizin besonders ausgeprägten Machtgefälle und Abhängigkeitsverhältnisse abgebaut werden (16,22). Zudem müsste die Bedeutung von althergebrachten Geschlechterklischees und Rollenbildern diskutiert werden, die bestehende Institutionen über Jahrhunderte hinweg prägten, wodurch etwa eine systematische Benachteiligung von Frauen institutionalisiert werden konnte, die diesen noch heute zu schaffen macht (16,117). Schernhammer reflektiert in ihrem Artikel zur hohen Suizidrate unter Ärztinnen, deren SBAA habe auch mit der erneuten Etablierung von Geschlechterklischees zu tun, wie etwa der Vorstellung, Frauen seien Männern von Natur aus unterlegen (131).

#### *4.4.4 Ansprechpersonen bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Neben der Reduktion von SBAA betonen Expert\*innen, wie wichtig es für Betroffene ist, dass sie an ihrem Arbeitsplatz ein Umfeld vorfinden, das sie im Falle von SBAA unterstützt (22,71,117). Durch die vorliegende Arbeit konnten indirekt Hinweise auf die Frage generiert werden, inwieweit das für den untersuchten Arbeitsplatz, die Charité, zutrifft.

So konnten über die Hälfte der befragten Ärzt\*innen keine Person nennen, bei der sie sich zumindest vorstellen konnten, sich im Falle von SBAA vertrauensvoll an diese zu wenden. Die Assistenzärzt\*innen waren dabei die Gruppe mit den wenigsten Vertrauenspersonen, was sich zum Teil über deren geringere Dauer der Gesamtarbeitszeit erklären ließe, wenn man annimmt, dass eine Person umso mehr vertrauensvolle Beziehung aufbauen kann, je länger sie an einem Arbeitsplatz arbeitet. Es zeigte sich zudem, dass ein nicht unerheblicher Anteil aller teaminternen Nennungen auf die FGB entfiel, die strenggenommen nicht Teil des jeweiligen Teams ist. Dabei war bemerkenswert, dass 27% der Ärztinnen und 12% der Ärzte bei teaminternen Ansprechpersonen neben der FGB keine Personen aus ihrem Team nennen konnten. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass eine noch größere Anzahl von Ärzt\*innen keine Vertrauensperson innerhalb ihres direkten Teams zu Verfügung hatte, an die sie sich im Falle von SBAA wenden konnten. Zwei weitere Aspekte waren in Bezug auf die FGB interessant: Einerseits hatten sich nur fünf von den 35 Ärzt\*innen, die belästigt worden waren und gleichzeitig die FGB als mögliche Ansprechperson angegeben hatten, tatsächlich wegen ihrer erlebten Belästigung an die FGB gewandt. Das zeigt, dass das Vertrauen der Mitarbeitenden in diese Institution noch verbessert werden kann. Zudem



waren ihre Vertrauenswerte unter den befragten Ärztinnen deutlich höher als unter den Ärzten. Das legt die Vermutung nahe, dass Ärzte dieser Institution möglicherweise zuschreiben, sich eher um die Belange der Ärztinnen denn die der Ärzte zu kümmern. Männer sind, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen konnten, ebenso von SBAA betroffen und es sollte darüber nachgedacht werden, wie die Institution ‚der‘ Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten zum Wohle aller Mitarbeitenden genderneutral(er) angelegt werden könnte.

#### *4.4.5 Niedrige Melderaten von erlebter sexueller Belästigung am Arbeitsplatz*

Frappierend war zudem, wie wenige der Betroffenen sich nach einem Vorfall von SBAA an ihre Vorgesetzten wandten – Ober- und Chefärzt\*innen waren als Vertrauenspersonen nach konkretem Belästigungsfall am unbeliebtesten, und dass, obwohl diese bei der Frage nach möglichen Vertrauenspersonen an erster Stelle genannt worden waren. Einerseits spiegelt dies die Ergebnisse vieler Studien wider, dass Betroffene Vorfälle von SBAA sehr selten offiziell ihrem/ihrer Arbeitgeber\*in melden (3,13,17,32,102). Andererseits wirft diese Diskrepanz die Frage auf, warum Betroffene sich bei erfahrener Belästigung nicht an ihre Vorgesetzten wandten und die Vorfälle offenlegten. Zum einen lässt sich mutmaßen, dass die jeweiligen Fachvorgesetzten möglicherweise nicht die richtigen Ansprechpersonen für die Betroffene darstellten und diese sich eher qualifizierten und speziell zum Thema geschulten Ombudspersonen anvertraut hätten. Möglich wäre aber auch, dass sich die Betroffenen tatsächlich gerne an ihre Fachvorgesetzten gewandt hätten, aber an ihrem Arbeitsplatz eine Atmosphäre herrschte, die es ihnen schwer machte, offen mit dem Tabuthema SBAA umzugehen. Mehrere Arbeiten zeigen, dass sich Betroffene anonyme Möglichkeiten wünschen, um Vorfälle SBAA zu melden (13,22,101). Das ist nachvollziehbar, deutet aber auch darauf hin, dass die vorherrschende Kultur an den Arbeitsplätzen von heute (noch) keinen offenen Umgang mit dem Phänomen SBAA zulässt. Beachtet man die zahlreichen Berichte von Betroffenen, denen nach erlebter SBAA nicht geglaubt wird oder in denen die Belästigung nicht als unprofessionelle Grenzüberschreitung anerkannt, sondern als ‚normales‘ Verhalten abgetan wird, so ist verständlich, dass Betroffene zögern, den offiziellen Weg zu wählen und die erfahrene Belästigung offenzulegen. Betroffene werden immer eher allein mit dem Erlebten bleiben, solange sie Angst haben müssen, dass ihre Beschwerde nicht ernst genommen wird oder sie gar Nachteile durch die Meldung erfahren und möglicherweise ihren Karrieren schaden. Dabei wäre es aus mehreren Gründen gut, wenn Betroffene sich trauten, Fälle SBAA offenzulegen. Zum einen bleibt es sonst für die Arbeitgeber\*innen schwer, das Ausmaß des Problems überhaupt zu überblicken und belästigende Personen zu sanktionieren und damit Exempel zu statuieren, um zukünftige Belästigungen zu reduzieren. Zum anderen ist es ohne

eine entsprechende Offenlegung schwieriger, den Betroffenen zu helfen und sie zu unterstützen, um mögliche negativen Effekte der Belästigung gering zu halten. Johnson *et al.* ziehen in ihrer großangelegten Studie zu sexueller Belästigung von Frauen in der Wissenschaft sowie in technischen und medizinischen Berufen das Fazit, Einrichtungen sollten ihren Mitarbeitenden vermitteln, dass es ehrenwert und mutig ist, SBAA zu melden und dass dies auch als solches wertgeschätzt würde (13).

#### *4.4.6 Belästigung durch Teammitglieder im Vergleich zu Belästigung durch Patient\*innen*

Ärzt\*innen arbeiten im Hinblick auf mögliche SBAA in einem besonderen Umfeld, da neben der Belästigung durch Teammitglieder auch Patient\*innen als Täter\*innen in Frage kommen. Es wurde im Fragebogen der WPP-Studie nicht abgefragt, ob die Befragten die Belästigung durch Teammitglieder oder durch Patient\*innen als vordringliches Problem wahrnahmen. Allerdings lassen sich aus den Ergebnissen einige Hinweise zu dieser Frage ableiten. So wurden Maßnahmen, die auf die Prävention von sexueller Belästigung durch Patient\*innen abzielen, wie Arbeiten unter dem Vier-Augen-Prinzip oder gleichgeschlechtlicher Umgang mit Patient\*innen, als am wenigsten wirksam gegen SBAA angesehen. Zudem sind die favorisierten Maßnahmen in erster Linie bei teaminterner sexueller Belästigung wirksam. Das lässt vermuten, dass Belästigung durch Teammitglieder für die befragten Ärzt\*innen das vordringlichere Problem darstellt. Ungeachtet dessen ist es sinnvoll, Präventionsmaßnahmen für beide Belästigungsquellen zu eruieren.

#### *4.4.7 Sensibilisierung durch Veranstaltungen und Empowerment durch Schulungen*

Veranstaltungen zur Sensibilisierung wurde von 42,6% der Befragten als sinnvolle Maßnahme zum Schutz vor SBAA erachtet, wobei Ärztinnen deutlich stärker von der deren Wirksamkeit überzeugt waren als ihre Kollegen. Mehr Aufklärungsarbeit und Wissensvermittlung zum Thema erscheint angesichts der hohen Prävalenzzahlen und Folgen am Arbeitsplatz Universitätsklinikum unerlässlich. Zudem könnte Aufklärung bezüglich der weitreichenden Folgen von ungewolltem sexualisiertem Verhalten möglicherweise zu bewussterem, weniger grenzüberschreitendem Verhalten von Ärzt\*innen im Umgang mit Kolleg\*innen beitragen. Denn man sollte gerade von dieser Berufsgruppe erwarten können, von potenziell leidverursachendem Verhalten abzusehen, stellt doch die bestmögliche Verhinderung von Leid einen zentralen, nicht verhandelbaren Aspekt des ärztlichen Berufs dar (71,132).

Expert\*innen sind sich einig, dass Schulungen und speziellen Trainings zur Prävention von SBAA beitragen können, aber von qualifizierten Personen durchgeführt und spezifisch auf die Bedürfnisse der zu Schulenden und ihrer Institution angepasst werden müssen (22). Mit Blick auf

sexuelle Belästigung durch Patient\*innen erscheint es besonders hilfreich, Ärzt\*innen so zu schulen, dass diese ihre persönlichen Grenzen besser gegen grenzüberschreitendes Verhalten wahren können. Mehrere Arbeiten betonen, wie wichtig es für die Reduktion von SBAA ist, innerhalb des Teams einen respektvollen Umgang miteinander zu pflegen und zu kultivieren (22,101,116). Daher kann es Ärzt\*innen auch in Bezug auf SBAA durch Teamkolleg\*innen nützen, wenn sie gelernt haben, diesen zu kommunizieren, wenn sie deren Verhalten als belästigend wahrnehmen. Schulungen, welche einen besseren Umgang mit solchen Situationen vermitteln, wurden von mehreren Ärztinnen in der WPP-Studie als wichtige Maßnahme für den Umgang mit SBAA angegeben. Nochmals betont wird dies auch durch die Tatsache, dass Personen häufig unterschätzen, wie schwer es ist, angesichts SBAA adäquat zu reagieren (82) und dass es für Ärzt\*innen in der Studie von Soshi und Tokuda ein großes Problem darstellte, sexuelle Belästigungssituationen zufriedenstellend zu bewältigen (133).

Ein weiterer Aspekt, der Schulungen und verstärkte Aufklärungsarbeit zum Thema sinnvoll erscheinen lässt, ist, dass sich viele Personen in der Praxis schwer tun, grenzüberschreitendes Verhalten korrekt zu identifizieren (5,13). Studien zeigen, dass die individuelle Wahrnehmung dessen, was sexuelle Belästigung ausmacht, zum Teil enorm variiert und besonders die eher subtilen Formen des *gender harassment*, die nicht im direkten Sinne sexuellen Bezug haben, oft nicht als Formen sexueller Belästigung erkannt werden (5,15). Es kann vermutet werden, dass viele mit sexueller Belästigung immer noch vor allem stereotype Formen wie ‚an die Brust grapschen‘ oder ‚auf den Hintern hauen‘ verbinden. So geben Befragte immer wieder an, sich nicht sicher gewesen zu sein, ob es sich bei bestimmten Verhaltensweisen um sexuelle Belästigung gehandelt habe oder nicht (13). Viele der von Farkas *et al.* befragten Ärzte widersprachen der Einordnung ihrer Erlebnisse als sexuelle Belästigung, taten sich aber schwer, diese anderweitig zu definieren. Ein Arzt war dabei der Meinung, nicht sexuell belästigt worden zu sein, da sich ‚richtige‘ Belästigung doch wohl bedrohlich anfühlen müsse (35). Bezeichnend ist in dieser Hinsicht die Tatsache, dass von den Ärzt\*innen, die an der WPP-Studie teilnahmen, weniger als 10% von ihrer momentanen Arbeitgeberin Informationen zum Thema erhalten hatten. Insgesamt besteht somit ein dringender Bedarf an mehr Aufklärungsarbeit und Wissensvermittlung, vor allem in Bezug auf die meist eher subtileren Formen von SBAA, die besonders häufig im Arbeitsalltag von Ärzt\*innen auftreten und denen beachtliches Belästigungspotenzial innewohnt.

## 4.5 Zusammenfassung

Die WPP-Studie ist das erste Forschungsprojekt, welches Ausmaß und Auswirkungen sexueller Belästigung unter Ärzt\*innen in Deutschland beispielhaft durch die Befragung der klinischen Mitarbeitenden der Charité–Universitätsmedizin Berlin untersucht hat. Die vorliegende Arbeit basiert auf dieser Studie und liefert wichtige Erkenntnisse hinsichtlich Folgen und Präventionsmöglichkeiten hinsichtlich sexueller Belästigung von Ärzt\*innen im universitären Kontext in Deutschland. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen werden nun im Folgenden überblicksartig dargestellt:

- Die Mehrheit der Betroffenen berichtete nach SBAA von negativen Folgen. Am häufigsten erlebten die befragten Ärzt\*innen emotionale Folgen, fast 30% erfuhren arbeitsbeeinträchtigende Folgen und 17,9% gesundheitliche Einschränkungen.
- Eine erhöhte Folgenrate nach dem Belästigungsvorfall war mit weiblichem Geschlecht, der Bewertung des Vorfalls als belästigend oder bedrohlich sowie der Belästigung durch Vorgesetzte assoziiert. Schwere Belästigungsformen zogen ausgeprägte Folgen nach sich, stellten jedoch eher isolierte Ereignisse dar. Die Bedeutung der subtileren Formen muss hervorgehoben werden, da diese im Arbeitsalltag von Ärzt\*innen häufig vorkommen, durch Akkumulation relevante negative Folgen nach sich ziehen können und oft nicht als sexuelle Belästigung erkannt werden.
- Es fanden sich Hinweise darauf, dass die befragten Ärzt\*innen erlebte Belästigung teilweise in ihrer Bedeutung bagatellisierten (mögliche Gründe u.a. Abwehr der Opferrolle, gesellschaftliches Stigma, hoher Leistungsdruck und Arbeitsbelastung, Angst vor Ausgrenzung). Es erscheint dabei plausibel, dass auch die Konsequenzen der Belästigungserfahrung von einigen Ärzt\*innen heruntergespielt wurden.
- Nahmen Betroffene die Vorfälle als belästigend oder bedrohlich wahr, so gaben sie deutlich häufiger Folgen an als ihre Kolleg\*innen, die der Vorfall nicht zu tangieren schien. Die Korrelation von individueller Wahrnehmung und stärkerer Folgenentwicklung nach SBAA steht im Widerspruch zu anderen Studienergebnissen. Ein vermehrtes Herunterspielen der Belästigungserfahrung und deren Folgen könnte diese Diskrepanz möglicherweise erklären.
- SBAA muss als Risikofaktor für Gesundheit und berufliche Entwicklung der Betroffenen eingeordnet werden und stellt einen potenziellen Risikofaktor für die Patientensicherheit dar, da es die reibungslose Zusammenarbeit im medizinischen Team zu stören vermag.

- Es bedarf der vermehrten Sensibilisierung und Aufklärung von Ärzt\*innen in Bezug auf SBAA, insbesondere zu den häufig verkannten subtileren Formen sexueller Belästigung und deren negativen Folgen.
- Mitarbeitende müssen im praktischen Umgang mit SBAA so geschult werden, dass sie auf belästigendes Verhalten, welches gegen sie selbst oder ihre Teammitglieder gerichtet ist, adäquat reagieren können. Schulungen müssen bedarfsorientiert geplant und von qualifiziertem Personal durchgeführt werden.
- Ärzt\*innen müssen ermutigt werden, Vorfälle von SBAA ihrem/ihrer Arbeitgeber\*in zu melden.
- Dafür werden vertrauenswürdigen Ansprechpersonen innerhalb der medizinischen Teams wie institutionsweit benötigt, die bei SBAA unkompliziert kontaktiert werden können und von welchen Betroffene Unterstützung erfahren. Die Etablierung von Möglichkeiten der anonymen Meldung von Vorfällen sexueller Belästigung ist zudem sinnvoll.
- Arbeitgeber\*innen müssen wirksame Maßnahmen einführen, um SBAA in ihrer Institution vorzubeugen. Der Missstand, dass Betroffenen negative Konsequenzen durch SBAA davontragen, nicht aber die Täter\*innen, muss korrigiert werden. Dafür bedarf es eines verbesserten Managements von Vorfällen durch den/die Arbeitgeber\*in sowie der konsequenten Sanktionierung der Täter\*innen.
- Institutionsintern müssen öffentlichkeitswirksame Maßnahmen ergriffen werden, die eine Null-Toleranz-Haltung der Arbeitgeber\*innen zum Ausdruck bringen. Beschwerdeprozesse und deren Konsequenzen müssen offengelegt werden, um dem Phänomen des *institutional betrayal* unter den Mitarbeitenden entgegenzuwirken.

## 4.6 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist mehrere Limitationen auf. Die meisten davon entspringen der Tatsache, dass die Daten mittels retrospektiver Befragung erhoben wurden, für die keine zufällige Stichprobe gezogen werden konnte. Die Ärzt\*innen entschieden selbst, ob sie an der Studie teilnahmen oder nicht, was die Gefahr eines *Sampling Bias* mit sich bringt. Denkbar ist, dass generell eher diejenigen Personen den Fragebogen ausfüllten, die bereits belästigt worden waren oder sich für das Thema SBAA besonders interessierten. Dadurch könnten die WPP-Studie zum einen eine höhere Betroffenheit von SBAA unter Ärzt\*innen der Charité suggerieren, als es tatsächlich der Fall war. Bereits angesprochen wurde, dass die Ärzte in der Stichprobe (38,9%) im Vergleich zur Studienpopulation (57,5%) unterrepräsentiert waren. Dies könnte bedeuten, dass die tatsächliche Betroffenheit unter den Ärzten der Charité geringer war als die im Rahmen WPP-Studie erhobenen 61,1%. Eine weitere Schwäche dieser Art der Datenerhebung ist, dass die generierten Ergebnisse ausschließlich auf der Selbsteinschätzung der Befragten basieren und nicht auf objektiv messbaren Umständen. Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz von SBAA ist daher anzunehmen, dass sich Betroffene an teils Jahre zurückliegenden Vorfälle und ihrer Konsequenzen möglicherweise nicht mehr richtig erinnerten (*Recall Bias*). Dies könnte zu einer verfälschten Wiedergabe der subjektiven Wahrnehmung und der damals erlebten Folgen geführt haben. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass SBAA ein gesellschaftlich ambivalentes Thema darstellt, lässt sich zudem vermuten, dass manche Betroffenen sozial erwünscht antworteten oder negative Auswirkungen beschönigten, um sich nicht in der ‚Opferrolle‘ zu sehen (*Social Desirability Bias*). Zudem gaben Woodzicka und LaFrance zu bedenken, dass manche Betroffenen so auf die Belästigung an sich fokussiert seien, dass sie auftretende Folgen schlicht übersehen würden (87). Beides würde eine Unterschätzung der negativen Konsequenzen von SBAA für die Betroffenen bedeuten. Beide Aspekte würden bedeuten, dass die erhobenen Daten bezüglich der Folgenentwicklung nach SBAA das tatsächliche Auftreten von negativen Konsequenzen im Zuge von letzterer unterschätzten.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit bezüglich der Messung potenzieller Folgen unter den befragten Ärzt\*innen ist, dass diejenigen Betroffenen nicht erfasst werden konnten, welche ihren Job an der Charité aufgrund von Belästigungserfahrung vor Durchführung der Studie aufgegeben hatten. Gleiches gilt für Ärzt\*innen, die in Folge von Belästigungserfahrung an ihrem Arbeitsplatz möglicherweise Suizid begingen. In Bezug auf die erlebten Folgen nach SBAA erscheint zudem limitierend, dass neben dem Erleben von sexueller Belästigung nicht auf das Vorliegen

anderweitiger Stressoren kontrolliert wurde. Waren Betroffene neben der SBAA weiteren Stressoren ausgesetzt, könnte das die von ihnen erlebten negativen Folgen verstärkt haben (25).

Die Datenerhebung der WPP-Studie schloss ausschließlich Mitarbeitende der Charité ein, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Bezug auf das ärztliche Personal in Deutschland limitiert wird. Genauso wenig bilden die Ergebnisse dieser Arbeit ausschließlich die Situation an der Charité ab, da alle Belästigungserfahrungen der Befragten berücksichtigt wurden, die diese während ihrer gesamten Berufslaufbahnen und damit potenziell auch außerhalb der Charité erlebt hatten. Innerhalb dieser Einschränkungen kann die vorliegende Arbeit dennoch als wichtiger Beitrag zur Erforschung des Erlebens von SBAA und deren Folgen sowie möglicher Schutzmaßnahmen in Bezug auf Ärzt\*innen im Deutschland im Allgemeinen und im universitätsmedizinischen Kontext im Speziellen gewertet werden.

In Hinblick auf die Konzipierung des Fragebogens fallen im Nachhinein einige Schwächen ins Auge, die bei zukünftigen Studien beachtet werden sollten. So ließen einige Freitextkommentare von Betroffenen vermuten, dass diese sich mitunter schwertaten, scheinbar zufälligen Körperkontakt und Grapschen voneinander abzugrenzen. Diesbezüglich erscheint es für zukünftige Studien sinnvoll, zumindest für Grapschen eine genauere Definition dessen in die Auflistung der Ausprägungen SBAA aufzunehmen. Zudem war die vollständige und eindeutige Zuordnung der Gefühle von Belästigung und Bedrohung zu den einzelnen Formen von SBAA nicht immer möglich. Der Freitext für die Beschreibung der als belästigend oder bedrohlich empfundenen Formen war von vielen, aber nicht allen Befragten genutzt worden, welche zudem teils nur exemplarisch bestimmte Formen aufzählten oder solche betonten, die sie als besonders belästigend empfunden hatten. Diesbezüglich wäre eine genauere Formulierung des Items von Nöten gewesen, die eine eindeutige Zuordnung des Belästigungs- bzw. Bedrohungsgefühls zu den jeweiligen Formen möglich gemacht hätte. Des Weiteren wäre ein eigenes Item wünschenswert gewesen, welches den Einfluss von SBAA auf die Zusammenarbeit im Team und das Vertrauensverhältnis unter Kolleg\*innen explizit abfragte. Den Antworten der Befragten nach zu urteilen, war außerdem die Frage nach den Ansprechpersonen im Falle von SBAA unscharf formuliert. Anstatt nur nach möglichen Anlaufstellen innerhalb oder außerhalb der eigenen Station, Klinik oder des eigenen Instituts zu fragen, wäre es besser gewesen, diesbezüglich die beiden Items ‚Ansprechpersonen innerhalb des eigenen Teams‘ und ‚Ansprechpersonen auf die gesamte Charité bezogen‘ abzufragen und diese somit klar von einem dritten Item ‚Mögliche Anlaufstellen außerhalb der Charité‘ anzugrenzen. Das hätte auch erlaubt, eine eindeutigere Aussage hinsichtlich der Stellung und Bedeutung der FGB treffen zu können.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte zudem keine Aussage darüber getroffen werden, wie sich Betroffene in der Belästigungssituation selbst verhalten hatten. Dies ist bedauernd, fanden sich doch Hinweise darauf, dass dieser Aspekt für das persönliche Erleben von und den Umgang mit SBAA relevant sein könnte. So fiel zum einen auf, dass Befragte mehrfach im Freitext ihre eigenen Reaktionen auf die Belästigung beschrieben, obwohl sich das dazugehörige Item explizit auf offizielle Maßnahmen durch den/die Arbeitgeber\*in bezog. Zudem zeigten die auf Schutzmaßnahmen bezogenen Freitextkommentare der befragten Ärzt\*innen, dass viele von ihnen es für wichtig erachteten, persönlichen Widerstand gegen SBAA zu stärken und Betroffene zu ermutigen, angesichts unprofessioneller Grenzüberschreitungen für sich und andere Betroffene einzustehen. Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.



## 5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass SBAA für Ärzt\*innen im Kontext universitärer Medizin ein relevantes Problem darstellt. So ist sie nicht nur ein Risikofaktor für Gesundheit und berufliche Entwicklung der Betroffenen, sondern vermag zudem Zusammenarbeit und Arbeitsprozesse in einem medizinischen Team empfindlich zu beeinträchtigen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass auch in Deutschland Lösungen gefunden werden müssen, Ärzt\*innen vor diesem destruktiven zwischenmenschlichen Phänomen zu schützen. Zu diesem Zweck bedarf es sicherlich weiterer Studien, um die Dimension des Problems im medizinischen Kontext in Deutschland besser überschauen zu können. Denn solange es innerhalb der medizinischen Institutionen kein Problembewusstsein in Sachen SBAA gibt, wird niemand Anstrengungen für nötig halten, diesbezüglich Lösungsansätze zum Schutz der Mitarbeitenden zu entwickeln und umzusetzen.

Mit Blick auf die Limitationen von Daten, die mittels retrospektiver Befragung erhoben wurden, lässt sich die Frage stellen, ob und wie eine verlässlichere Datenerhebung im Hinblick auf sexuelle Belästigung als relevanten Stressor am medizinischen Arbeitsplatz möglich wäre. Die Arbeit von Woodzicka und LaFrance von 2005 zeigt, dass die Beobachtung sexueller Belästigung und deren Folgen im Rahmen von Studien mit experimentellem Design prinzipiell möglich ist (87). Eine experimentelle Studie mit dem Ziel, die negativen Auswirkungen von SBAA auf Ärzt\*innen und die ärztliche Arbeit im klinischen Alltag beobachtbar zu machen, erscheint allerdings zum einen schwer umsetzbar und ist zum anderen ethisch fragwürdig. Zudem sind gesundheitliche wie arbeitsbeeinträchtigende Folgen von SBAA auch für Ärzt\*innen mittlerweile zumindest im angloamerikanischen Raum durch zahlreiche Studien belegt (5,6,27,44). Hier gilt es, durch weitere Forschung im deutschsprachigen Raum nachzuziehen und somit die Relevanz des Themas für die Medizin zu untermauern.

In Bezug auf effektive Präventionsstrategien gegen SBAA besteht dagegen auch weltweit weiterhin grundlegender Forschungsbedarf. Uneindeutig ist bislang beispielsweise das Fazit hinsichtlich der Wirksamkeit von Schulungen zu sexueller Belästigung. Schulungsmodelle müssen im Rahmen von aussagekräftigen Studien untersucht werden, um diese zur effektiven Prävention vor SBAA einsetzen zu können. Des Weiteren sollten zukünftige Arbeiten auch vermehrt den persönlichen Umgang von Betroffenen mit erfahrener sexueller Belästigung miteinbeziehen. Die bisherige Forschung inklusive der vorliegenden Arbeit geben Hinweise darauf, dass die Art und Weise, wie Individuen mit SBAA umgehen, eine wichtige Rolle für deren Erleben und die Folgen dieser Erfahrungen spielt. Dies sollte in kommenden Studien

berücksichtigt werden. So könnte etwa eruiert werden, welcher Zusammenhang zwischen verschiedenen Copingstrategien und der Entwicklung von verschiedenen Folgen besteht und ob sich Strategien identifizieren lassen, die eine erfolgreiche Bewältigung von erfahrener sexueller Belästigung möglich machen.

Insgesamt ist es angesichts der destruktiven Effekte von SBAA für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Ärzt\*innen von elementarer Wichtigkeit, die wissenschaftliche Auseinandersetzung damit voranzubringen und Klinikbetreiber\*innen davon zu überzeugen, das Thema zum Schutz ihrer Mitarbeitenden und für die Sicherstellung einer bestmöglichen Patient\*innenversorgung ganz oben auf ihre Agenda zu setzen.

## Literaturverzeichnis

1. Froböse C. Soziologische und sozialpsychologische Aspekte von sexueller Belästigung an Frauen in Ägypten: Geschlechterzuschreibungen als Platzanweiser für Frauen und Männer in Ägypten. Münster: Lit-Verlag; 2011.
2. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta-analysis. *J Appl Psychol.* 2006;91(5):998–1012.
3. Evans DP, Sales JM, Krause KH, Del Rio C. You have to be twice as good and work twice as hard: a mixed-methods study of perceptions of sexual harassment, assault and women's leadership among female faculty at a research university in the USA. *Glob Heal Epidemiol Genomics.* 2019;4(e6):1–8.
4. Rihal CS, Baker NA, Bunkers BE, Buskirk SJ, Caviness JN, Collins EA, Copa JC, Hayes SN, Hubert SL, Reed DA, Wendorff SR, Fraser CF, Farrugia G, Noseworthy JH. Addressing Sexual Harassment in the #MeToo Era: An Institutional Approach. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(4):749–757.
5. Sojo VE, Wood RE, Genat AE. Harmful Workplace Experiences and Women's Occupational Well-Being: A Meta-Analysis. *Psychol Women Q.* 2016;40(1):10–40.
6. Willness CR, Steel P, Lee K. A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Pers Psychol.* 2007;60:127–162.
7. Dansky BS, Kilpatrick DG. Effects of Sexual Harassment. In: O'Donohue W, ed. *Sexual harassment: Theory, research, and treatment.* Boston: Allyn & Bacon; 1997. S. 152–174.
8. Valente SM, Bullough V. Sexual harassment of nurses in the workplace. *J Nurs Care Qual.* 2004;19(3):234–241.
9. Cortina LM, Berdahl JL. Sexual Harassment in Organizations: A Decade of Research in Review. In: Cooper GL, Barling J, ed. *The SAGE Handbook of Organizational Behavior: Volume I - Micro Approaches.* Sage Publications Ltd; 2008. S. 469–497.
10. European Commission. Sexual harassment in the workplace in the European Union. *Dir Employment, Ind Relations Soc Aff Unit V/D5.* 1998. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/shworkpl.pdf>. Accessed March 11, 2019.
11. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). <https://www.gesetze-im-internet.de/agg/>. Accessed August 13, 2018.
12. Fitzgerald LF, Drasgow F, Hulin CL, Gelfand MJ, Magley VJ. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: A test of an integrated model. *J Appl Psychol.* 1997;82(4):578–589.

13. Freedman-Weiss MR, Chiu AS, Heller DR, Cutler AS, Longo WE, Ahuja N, Yoo PS. Understanding the Barriers to Reporting Sexual Harassment in Surgical Training. *Ann Surg*. 2020;271(4):608–613.
14. Graham K, Bernards S, Abbey A, Dumas TM, Wells S. When Women Do Not Want It: Young Female Bargoers' Experiences With and Responses to Sexual Harassment in Social Drinking Contexts. *Violence Against Women*. 2017;23(12):1419–1441.
15. Woodzicka JA, LaFrance M. Real versus imagined gender harassment. *J Soc Issues*. 2001;57(1):15–30.
16. Menon A. Sexism and Sexual Harassment in Medicine: Unraveling the Web. *J Gen Intern Med*. 2020;35(4):1302–1303.
17. Phillips SP, Webber J, Imbeau S, Quaipe T, Hagan D, Maar M, Abourbih J. Sexual Harassment of Canadian Medical Students: A National Survey. *EClinicalMedicine*. 2019;7:15–20.
18. Rotundo M, Nguyen D-H, Sackett PR. A Meta-Analytic Review of Gender Differences in Perceptions of Sexual Harassment. *J Appl Psychol*. 86(5):914–922.
19. Magley VJ, Hulin CL, Fitzgerald LF, DeNardo M. Outcomes of self-labeling sexual harassment. *J Appl Psychol*. 1999;84(3):390–402.
20. Fitzgerald LF, Swan S, Magley V. But was it really sexual harassment?: Legal, behavioral, and psychological definitions of the workplace victimization of women. In: O'Donohue, W, ed. *Sexual harassment: Theory, research, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon; 1997. S. 5–28.
21. Balwant PT, Jueanville O, Ramdeo S. „I've had enough!“ Mental health as a mechanism in the relationship between sexual harassment and organizational commitment. *Work*. 2019;64(3):439–451.
22. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Sexual Harassment of Women: Climate, Culture, and Consequences in Academic Sciences, Engineering, and Medicine*. Johnson PA, Widnall SE, Benya FF, ed. Washington, DC: The National Academies Press; 2018.
23. Fitzgerald LF, Gelfand MJ, Drasgow F. Measuring Sexual Harassment: Theoretical and Psychometric Advances. *Basic Appl Soc Psychol*. Dezember 1995;17(4):425–445.
24. Bursten B. Psychiatric injury in women's workplaces. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1986;14(3):245–251.
25. McDermut JF, Haaga DA, Kirk L. An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *J Trauma Stress*. 2000;13(3):397–411.

26. Schneider J, Weerakoon P, Heard R. Inappropriate client sexual behaviour in occupational therapy. *Occup Ther Int*. 1999;6(3):176–194.
27. Schneider KT, Swan S, Fitzgerald LF. Job-related and Psychological Effects of Sexual Harassment in the Workplace: Empirical Evidence From Two Organizations. *J Appl Psychol*. 1997;82(3):401–415.
28. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med*. 1998;158(4):352–358.
29. Crocker D, Kalembo V. The Incidence and Impact of Women’s Experiences of Sexual Harassment in Canadian Workplaces. *Can Rev Sociol Anthropol*. 1999;36(4):541–558.
30. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2004. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/84316/10574a0dff2039e15a9d3dd6f9eb2dff/kurzfasung-gewalt-frauen-data.pdf>. Accessed July 23, 2019.
31. Fitzgerald LF, Shullman SL. Sexual Harassment: A Research Analysis and Agenda for the 1990s. *J Vocat Behav*. 1993;42(1):5–27.
32. Mathews E, Hammarlund R, Kullar R, Mulligan L, Le T, Lauve S, Nzodom C, Crapanzano K. Sexual harassment in the house of medicine and correlations to burnout: A cross-sectional survey. *Ochsner J*. 2019;19(4):329–339.
33. Lindquist C, McKay T. Sexual Harassment Experiences and Consequences for Women Faculty in Science, Engineering, and Medicine. *RTI Press Policy Br*. June 2018. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542738/pdf/Bookshelf\\_NBK542738.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542738/pdf/Bookshelf_NBK542738.pdf). Accessed March 18, 2019
34. Mclaughlin H, Blackstone A, Uggen C. The Economic and Career Effects of Sexual Harassment on Working Women. *Gend Soc*. 2017;31(3):333–358.
35. Farkas AH, Scholcoff C, Machen JL, Kay C, Nickoloff S, Fletcher KE, Jackson JL. The Experience of Male Physicians with Sexual and Gender-Based Harassment: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2020;35:2383–2388.
36. U.S. Merit Systems Protection Board. Sexual Harassment in the Federal Workplace. Trends, Progress, Continuing Challenges. Washington, DC; 1995. <https://www.mspb.gov/MSPBSEARCH/viewdocs.aspx?docnumber=253661&version=253948&application=ACROBAT>. Accessed July 22, 2019.
37. Finnis SJ, Robbins I. Sexual harassment of nurses: an occupational hazard? *J Clin Nurs*. 1994;3(2):87-95.

38. Robbins I, Bender MP, Finnis SJ. Sexual harassment in nursing. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):163–169.
39. Kisa A, Dziegielewska SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Heal Serv Manag Res*. 1996;9(4):243–253.
40. Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *J Adv Nurs*. 2003;42(6):637–644.
41. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J*. 1996;154(11):1657–1665.
42. Morgan JF, Porter S. Sexual harassment of psychiatric trainees: experiences and attitudes. *Postgrad Med J*. 1999;75(885):410–413.
43. Samora JB, Van Hees A, Weber K, Ross W, Huff T, Carter C. Harassment, Discrimination, and Bullying in Orthopaedics: A Work Environment and Culture Survey. *Am Acadamy Orthop Surg*. 2020;00:1–8.
44. Vargas EA, Brassel ST, Cortina LM, Settles IH, Johnson TRB, Jagsi R. #MedToo: A Large-Scale Examination of the Incidence and Impact of Sexual Harassment of Physicians and Other Faculty at an Academic Medical Center. *J Women's Heal*. 2020;29(1):13–20.
45. Marco CA, Geiderman JM, Schears RM, Derse AR. Emergency Medicine in the #MeToo Era. *Acad Emerg Med*. 2019;26(11):1245–1254.
46. Silver JK, Sinha MS. Sexual Harassment in Medicine: Toward Legal Clarity and Institutional Accountability. *EClinicalMedicine*. 2019;7:3–4.
47. Hamdan M, Abu Hamra A. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2015;13:28:1-9.
48. Joa Skibeli T, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care*. 2012;30(1):55–60.
49. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, Potts JR, Buyske J, Hoyt DB, Nasca TJ, Bilimoria KY. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med*. 2019;381(18):1741–1752.
50. Yoo J, Kim JH, Yoon J, Kim SS. Sexual harassment and its relationship with depressive symptoms: A nationwide study of Korean EMS providers. *Am J Ind Med*. 2019;62(1):74–79.
51. Li SF, Grant K, Bhoj T, Lent G, Garrick JF, Greenwald P, Haber M, Singh M, Prodany K, Sanchez L, Dickman E, Spencer J, Perera T, Cowan E. Resident Experience of Abuse and

- Harassment in Emergency Medicine: Ten Years Later. *J Emerg Med.* 2010;38(2):248–252.
52. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A, Moskowicz MM. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132(11):889–896.
  53. Dzau VJ, Johnson PA. Ending Sexual Harassment in Academic Medicine. *N Engl J Med.* 2018;379(17):1589–1591.
  54. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ.* 2009;43(7):628–636.
  55. Jenner S, Djermeester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):108–111.
  56. Prügl J. Formen, Inzidenz und Ursachen von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld - Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Ph.D.thesis. Charité - Universitätsmedizin Berlin; 2019.
  57. Parker SK, Griffin MA. What is so bad about a little name-calling? Negative consequences of gender harassment for overperformance demands and distress. *J Occup Health Psychol.* 2002;7(3):195–210.
  58. Wislar JS, Richman JA, Fendrich M, Flaherty JA. Sexual Harassment, Generalized Workplace Abuse and Drinking Outcomes: The Role of Personality Vulnerability. *J Drug Issues.* 2002;32(4):1071–1088.
  59. Victor GS, Wichman CL, Malakkla N. Speaking up: Sexual harassment in the medical setting. *Psychiatr Times.* 2017;34(6):3–7.
  60. Crull P. Stress effects of sexual harassment on the job: implications for counseling. *Am J Orthopsychiatry.* 1982;52(3):539–44.
  61. Celik Y, Celik SS. Sexual harassment against nurses in Turkey. *J Nurs Scholarsh.* 2007;39(2):200–206.
  62. Flaherty SM, Misra M, Scott-Vernaglia SE, Taveras EM, Israel EJ. Psyche Meets the Gatekeepers: Creating a More Humane Culture for Women in Medicine. *Acad Med.* 2019;94(11):1665–1669.
  63. Dawson PL. Cutting for Equity-Reconstructing the Culture of Surgery that is Still Toxic for Women Surgeons. *Narrat Inq Bioeth.* 2019;9(3):215–219.
  64. Vogt DS, Pless AP, King LA, King DW. Deployment Stressors, Gender, and Mental Health Outcomes Among Gulf War I Veterans. *J Trauma Stress.* 2005;18(3):271–284.
  65. Bond MA, Punnett L, Pyle JL, Cazeca D, Cooperman M. Gendered work conditions, health, and work outcomes. *J Occup Health Psychol.* 2004;9(1):28–45.

66. Bastiani F, Romito P, Saurel-Cubizolles MJ. Mental distress and sexual harassment in Italian university students. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(2):229–236.
67. Friborg MK, Hansen JV, Aldrich PT, Folker AP, Kjær S, Nielsen MBD, Rugulies R, Madsen IEH. Workplace sexual harassment and depressive symptoms: A cross-sectional multilevel analysis comparing harassment from clients or customers to harassment from other employees amongst 7603 Danish employees from 1041 organizations. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–12.
68. Harned MS, Fitzgerald LF. Understanding a Link Between Sexual Harassment and Eating Disorder Symptoms: A Mediation Analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1170–1181.
69. Gross GM, Laws H, Park CL, Hoff R, Hoffmire CA. Meaning in life following deployment sexual trauma: Prediction of posttraumatic stress symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation. *Psychiatry Res*. 2019;278:78–85.
70. Loy PH, Stewart LP. The Extent and Effects of the Sexual Harassment of Working Women. *Sociol Focus*. 1984;17(1):31–43.
71. Stone L, Phillips C, Douglas KA. Sexual assault and harassment of doctors, by doctors: a qualitative study. *Med Educ*. 2019;53(8):833–843.
72. Anonymous. Sexual harassment must not be kept under wraps. *Nature*. 2016;529:257.
73. Gutek, Barbara A; Koss MP. Changed Women and Changed Organisations: Consequences of and Coping with Sexual Harassment. *J Vocat Behav*. 1993;42:28–48.
74. James E. Gruber LB. Blue-Collar Blues. The Sexual Harassment of Women Autoworkers. *Work Occup*. 1982;9(3):271–298.
75. Junger M. Women's experience of sexual harassment. *Br J Criminol*. 1987;27(4):358–383.
76. Holgate A. Sexual harassment as a determinant of women's fear of rape. *Aust J Sex Marriage And Fam*. 1989;10(1):21–28.
77. Houle J, Staff J, Mortimer J, Uggen C, Blackstone A. The Impact of Sexual Harassment on Depressive Symptoms during the Early Occupational Career. *Soc Ment Health*. 2011;1(2):89–105.
78. Griffith J. The Sexual Harassment–Suicide Connection in the U.S. Military: Contextual Effects of Hostile Work Environment and Trusted Unit Leaders. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2019;49(1):41–53.
79. Stock SR, Tissot F. 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):147–159.



80. Gale S, Mordukhovich I, Newlan S, McNeely E. The Impact of Workplace Harassment on Health in a Working Cohort. *Front Psychol*. 2019;10:1–10.
81. Hoyer A. Sexual Harassment: Four Women Describe Their Experiences - Background and Implications for the Clinical Nurse Specialist. *Arch Psychiatr Nurs*. 1994;8(3):177–183.
82. Quick JC, McFadyen MA. Sexual harassment: Have we made any progress? *J Occup Health Psychol*. 2017;22(3):286–298.
83. Beatty CA. The stress of managerial and professional women: is the price too high? *J Organ Behav*. 1996;17(3):233–251.
84. Merkin RS. The Impact of Sexual Harassment on Turnover Intentions, Absenteeism, and Job Satisfaction: Findings from Argentina, Brazil and Chile. *J Int Womens Stud*. 2008;10(2):73–91.
85. Mueller CW, De Coster S, Estes SB. Sexual Harassment in the Workplace. Unanticipated Consequences of Modern Social Control in Organizations. *Work Occup*. 2001;28(4):411–446.
86. Gostout B, Glaser G, Torbenson V. Workplace Harassment and Discrimination in Gynecology: Reflections on the Report of the American Association of Gynecologic Laparoscopists Member Survey. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(5):785–786.
87. Woodzicka JA, LaFrance M. The Effects of Subtle Sexual Harassment on Women's Performance in a Job Interview. *Sex Roles*. Juli 2005;53(1/2):67–77.
88. Hanisch A, Hulin CL. Job Attitudes and Organizational Withdrawal : An Examination of Retirement and Other Voluntary Withdrawal Behaviors. *J Vocat Behav*. 1990;78:60–78.
89. Coles FS. Forced to Quit: Sexual Harassment Complaints and Agency Response. *Sex Roles*. 1986;14(1/2):81–95.
90. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract*. 2010;64(8):1155–1161.
91. Mohr G. Die Bedeutung von psychischem Stress, Eustress und Ressourcen für die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. *Sozial- und Präventivmedizin SPM*. 1993;38(2):96–99.
92. Moore HL, Cangelosi Jr. JD, Gatlin-Watts RW. Seven spoonfuls of preventive medicine for sexual harassment in health care. *Health Care Superv*. 1998;17(2):1–9.
93. Bullough VL. Nightingale, nursing and harassment. *Image J Nurs Sch*. 1990;22(1):4–7.
94. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians a Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373–2383.
95. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and

- Gender Assessment (Meta-Analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295–2302.
96. Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping. In: Monat A, Lazarus RS, ed. *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press; 1991. S. 189–206.
  97. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. In: Appley MH, Trumbull R, ed. *Dynamics of Stress Physiological, Psychological, and Social Perspectives*. New York: Plenum Press; 1986. S. 63–80.
  98. Gunn III JF, Lester D. *Theories of suicide: Past, present, and future*. Springfield: Charles C Thomas; 2014.
  99. Brown J, Campell EA, Fife-Shaw C. Adverse impacts experienced by police officers following exposure to sex discrimination and sexual harassment. *Stress Med*. 1995;11:221–228.
  100. Bates CK, Jagsi R, Gordon LK, Travis E, Chatterjee A, Gillis M, Means O, Chaudron L, Ganetzky R, Gluati M, Fivush B, Sharma P, Grover A, Lautenberger D, Flotte TR. It Is Time for Zero Tolerance for Sexual Harassment in Academic Medicine. *Acad Med*. 2018;93(2):163–165.
  101. Cortina LM, Jagsi R. What Can Medicine Learn From Social Science Studies of Sexual Harassment? *Ann Intern Med*. 2018;169(10):716–717.
  102. Dobbin F, Kalev A. The promise and peril of sexual harassment programs. *PNAS*. 2019;116(25):12255–12260.
  103. Jagsi R. Sexual Harassment in Medicine - #MeToo. *N Engl J Med*. 2018;378(3):209–211.
  104. Freyd JJ, Smidt AM. So you want to address sexual harassment and assault in your organization? Training is not enough; Education is necessary. *J Trauma Dissociation*. 2019;20(5):489–494.
  105. Perry EL, Kulik CT, Field MP. Sexual harassment training: recommendations to address gaps between the practitioner and research literatures. *Hum Resour Manage*. 2009;48(5):817–837.
  106. Roehling MV, Huang J. Sexual harassment training effectiveness: An interdisciplinary review and call for research. *J Organ Behav*. 2018;39(2):134–150.
  107. Kearney LK, Rochlen AB, King EB. Male Gender Role Conflict, Sexual Harassment Tolerance, and the Efficacy of a Psychoeducative Training Program. *Psychol Men Masculinity*. 2004;5(1):72–82.
  108. Bingham SG, Scherer LL. The Unexpected Effects of a Sexual Harassment Educational Program. *J Appl Behav Sci*. 37(2):125-153.
  109. Carnes M, Devine PG, Isaac C, Ford CE, Byars-winston A, Sheridan JT. Bias Literacy

- Workshop. *J Divers High Educ.* 2012;5(2):63–77.
110. Leiter MP, Laschinger HKS, Day A, Oore DG. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psychol.* 2011;96(6):1258–1274.
  111. Phillips SP. When will it ever end? And how? Sexual harassment of female medical faculty. *EClinicalMedicine.* 2020;20:6–7.
  112. Cares AC, Banyard VL, Moynihan MM, Williams LM, Potter SJ, Stapleton JG. Changing Attitudes About Being a Bystander to Violence: Translating an In-Person Sexual Violence Prevention Program to a New Campus. *Violence Against Women.* 2015;21(2):165–187.
  113. Gutek BA, Morasch B. Sex-Ratios, Sex-Role Spillover, and Sexual Harassment of Women at Work. *J Soc Issues.* 1982;38(4):55–74.
  114. Pryor JB, LaVite CM, Stoller LM. A Social Psychological Analysis of Sexual Harassment: The Person/Situation Interaction. *J Vocat Behav.* 1993;42(1):68–83.
  115. Krings F, Schär Moser M, Mouton A. Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz: Wer belästigt wen, wie und warum? Besseres Verständnis heisst wirksamere Prävention. Zusammenfassung der Projektergebnisse. 2013. [http://www.nfp60.ch/SiteCollection Documents/nfp60\\_projekte\\_krings\\_zusammenfassung\\_projektergebnisse\\_lang.pdf](http://www.nfp60.ch/SiteCollection/Documents/nfp60_projekte_krings_zusammenfassung_projektergebnisse_lang.pdf). Accessed July 22, 2019.
  116. Walsh MN, Gates CC. Zero Tolerance for Sexual Harassment in Cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(10):1176–1177.
  117. Fitzgerald LF. Still the last great open secret: Sexual harassment as systemic trauma. *J Trauma Dissociation.* 2017;18(4):483–489.
  118. Bell ME, Street AE, Stafford J. Victims' Psychosocial Well-Being After Reporting Sexual Harassment in the Military. *J Trauma Dissociation.* 2014;15(2):133–152.
  119. Jenner SC, Djermeister P, Oertelt-Prigione S. Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study. *J Interpers Violence.* January 2020; <https://doi.org/10.1177/0886260520903130>.
  120. Fitzgerald LF, Shullman SL, Bailey N, Richards M, Swecker J, Gold Y, Ormerod M, Weitzman L. The incidence and dimensions of sexual harassment in academia and the workplace. *J Vocat Behav.* 1988;32(2):152–175.
  121. Oertelt-Prigione S. Sexual Harassment Is an Occupational Hazard. *J Women's Heal.* 2020;29(1):21–28.
  122. Williams JE, Best DL. Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study. Beverly Hills: Sage Publications; 1982.
  123. Larkin J. Walking through walls: the sexual harassment of high school girls. *Gend Educ.*

- 1994;6:263–280.
124. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification Theory - Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q.* 1997;21(2):173–206.
  125. Topa Cantisano G, Morales Dominguez JF, Depolo M. Perceived sexual harassment at work: meta-analysis and structural model of antecedents and consequences. *Span J Psychol.* 2008;11(1):207–218.
  126. Dawson M, Welsh S. Predicting the Quantity of Law: Single versus Multiple Remedies in Sexual Harassment Cases. *Sociol Q.* 2005;46(4):699–718.
  127. Tinkler JE. “People Are Too Quick to Take Offense”: The Effects of Legal Information and Beliefs on Definitions of Sexual Harassment. *Law Soc Inq.* 2008;33(2):417–445.
  128. Okechukwu CA, Souza K, Davis KD, de Castro AB. Discrimination, harassment, abuse, and bullying in the workplace: contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *Am J Ind Med.* 2014;57(5):573–586.
  129. Gelfand MJ, Fitzgerald LF, Drasgow F. The Structure of Sexual Harassment: A Confirmatory Analysis Across Cultures and Settings. *J Vocat Behav.* 1995;47(2):164–177.
  130. Jiang K, Hong Y, McKay FP, Avery RD, Wilson CD, Volpone DS. Retaining Employees Through Anti-Sexual Harassment Practices: Exploring the Mediating Role of Psychological Distress and Employee Engagement. *Hum Resour Manage.* 2015;54(1):1–21.
  131. Schernhammer E. Taking their own lives - the high rate of physician suicide. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2473–2476.
  132. Weltärztebund. Deklaration von Genf - Das ärztliche Gelöbnis. Oktober 2017. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration\\_von\\_Genf\\_DE\\_2017.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf). Accessed March 11, 2021.
  133. Soshi M, Tokuda Y. Sexual harassment: The most challenging issue of medical professionalism in Japan. *J Gen Fam Med.* 2018;19(4):118–120.

## Anhang

Nachfolgend ist ein Auszug aus dem quantitativen Fragebogen der WWP-Studie abgebildet. Aufgeführt sind alle Items, welche in die Datenanalyse dieser Arbeit einfließen.

Zudem sind das Logo der WWP-Studie sowie die im gleichen Stil gehaltenen Plakate abgebildet, welche während der Rekrutierungsphase auf allen drei Standorten der Charité aufgehängt wurden, um Mitarbeitende auf die Studie aufmerksam zu machen. Das gestalterische Konzept von Logo und Plakaten wurde dabei von der Autorin dieser Arbeit entscheidend mitgestaltet.

### Auszug aus dem quantitativen Fragebogen der WPP-Studie

*Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären, an unserer Umfrage teilzunehmen. In diesem ersten Teil werden einige demographische Daten erhoben.*

#### Geschlecht

W    M    trans\*

#### Alter

20-29    30-39    40-49    50-59    > 60

#### Berufsgruppe

Pflege    Studierende    AssistenzärztInnen    Ober-/ChefärztInnen    wiss. MitarbeiterIn  
(falls geteilte Tätigkeit – klinisch/wissenschaftlich – ausgeübt wird, bitte beides ankreuzen)

#### Fachbereich

chirurgisch/operativ    internistisch/nicht-operativ    Forschung    andere

*Weil wir alle Dinge erfassen möchten, die im Laufe Ihrer Arbeitstätigkeit geschahen, werden wir Ihnen nun einige Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen mit Grenzüberschreitungen oder sexueller Belästigung stellen. Einige Fragen ähneln sich, weil wir gerne wissen möchten was im Laufe Ihrer gesamten Arbeitstätigkeit geschehen ist (Frage 1), aber auch welche Dinge sich besonders in den letzten 12 Monaten ereignet haben (Frage 6) Falls die Ereignisse nur in den letzten 12 Monaten geschehen sind, füllen Sie bitte beide Fragen gleich aus.*

- 1. Haben Sie jemals im Laufe Ihrer gesamten beruflichen Aktivität folgende Grenzüberschreitungen/Belästigungen erlebt? (Mehrfachnennungen sind möglich)**
  - A. Jemand spricht abwertend von Frauen, Männern oder Homosexuellen oder macht obszöne Witze.
  - B. Jemand hat Ihnen telefonisch, per Brief, E-Mail oder SMS abwertende oder obszöne Witze und Sprüche, pornographische oder Nacktbilder zukommen lassen.
  - C. Jemand hat anzügliche Sprüche über Sie, Ihr Aussehen, Ihre Kleidung oder sexuelle Anspielungen bzw. abwertende Bemerkungen über Ihre Person gemacht.
  - D. Jemand hat Ihnen unerwünscht nachgepfiffen, Sie unsittlich angestarrt oder mit Blicken ausgezogen.
  - E. Jemand hat Ihnen gegenüber obszöne sexuelle Gebärden, Gesten oder Zeichen gemacht.



**8. Welche langfristigen psychosozialen Folgen hat der Vorfall/die Vorfälle gehabt?**

- A. Meiden des Täters/der Täterin
- B. Wechsel der Station, Klinik, des Instituts am selben Arbeitsort
- C. Wechsel des Arbeitsortes
- D. Kündigung oder professionelle Umorientierung
- E. Familiäre Probleme
- F. Beginn einer Therapie
- G. Andere Folgen .....
- H. Keine psychosozialen Folgen

**9. Haben Sie mit jemandem über diese Erfahrungen gesprochen?**

- A. Ja, und zwar mit  
 KollegInnen                      Vorgesetzte/r                      FreundInnen                      Familienangehörige  
 PartnerInnen
- B. Nein

**10. Wurden offizielle Maßnahmen eingeleitet?**

- A. Ja, offizielles protokolliertes Gespräch
- B. Ja, Ermahnung
- C. Ja, Abmahnung
- D. Ja, andere, und zwar .....
- E. Nein

**11. Wissen Sie, wen Sie bei Grenzüberschreitungen und/oder sexueller Belästigung innerhalb Ihrer Station, Klinik, Ihres Instituts ansprechen können?**

- A. Ja, und zwar .....
- B. Nein

**12. Wissen Sie, wen Sie in der Charité außerhalb Ihrer Station, Klinik, Ihres Instituts bei Grenzüberschreitungen und/oder sexueller Belästigung ansprechen können?**

- A. Ja, und zwar .....
- B. Nein

**13. Welche Hintergründe liegen Ihrer Meinung nach Grenzüberschreitungen/sexueller Belästigung zugrunde? (Mehrfachnennungen möglich)**

- A. Aussehen
- B. Sexuelle Orientierung
- C. Sexuelles Begehren
- D. Machtauspielung
- E. Stress
- F. Kultur auf Station
- G. Statusbehauptung
- H. Geschlechterstereotypen
- I. Straffreiheitsglaube
- J. Sonstige .....

**14. Wie würden Sie die Struktur in Ihrer Klinik/Institut beschreiben?**

Flache Hierarchien                      Sehr hierarchisch  
 Skala    1 ----- 5 ----- 9

**15. Wurden Sie im Laufe Ihrer Arbeitserfahrung an der Charité jemals formell über sexuelle Belästigung und Ihre Rechte bzw. Schutzmöglichkeiten informiert?**

Ja            Nein            Weiß nicht

**16. Würden Sie sich solch eine Veranstaltung wünschen?**

Ja            Nein            Weiß nicht

**17. Was sind Ihrer Meinung nach die besten Schutzmöglichkeiten vor Grenzüberschreitungen/sexueller Belästigung? (Mehrfachnennungen möglich)**

- A. Vier-Augen-Prinzip (Präsenz einer zusätzlichen Person bei allen Tätigkeiten)
- B. Leitfäden in Station, Klinik, Institut
- C. Unternehmensleitbild
- D. Klare Ablehnung von Leitungsseite
- E. Selbst Machtposition innehaben
- F. Gleichgeschlechtlicher Umgang Pflege/PatientInnen (Pflegerinnen pflegen Frauen / Pfleger pflegen Männer)
- G. Sanktionen bei Vorfällen
- H. Öffentliche Darlegung von Fällen unter Anonymitätswahrung der Beteiligten
- I. Veranstaltungen zur Sensibilisierung
- J. Sonstige .....
- K. Keine der oben genannten Optionen

*Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen und uns bei der Erforschung dieses Themas unterstützen!*

*Falls Sie betroffen sein sollten oder unsicher sind, ob Sie Opfer einer Grenzüberschreitung/ Belästigung geworden sind, können Sie sich innerhalb der Charité vertrauensvoll an die folgenden Ansprechpartner\*innen wenden, die alle an die Schweigepflicht gebunden sind: GSB, Arbeitsmedizin, Medicoach*

## Logo der WPP-Studie



**Workplace Policy gegen  
Grenzüberschreitungen an der Charité**



## Plakate der WPP-Studie für die drei Standorte der Charité

Die folgenden drei Plakate der WPP-Studie wurden bereits in der Dissertation von Dr. Judith Prügl veröffentlicht (56).



**War es dir auch schon mal zu nah?**



<http://wpp.charite.de>

Plakat für den Campus Virchow Klinikum (56)

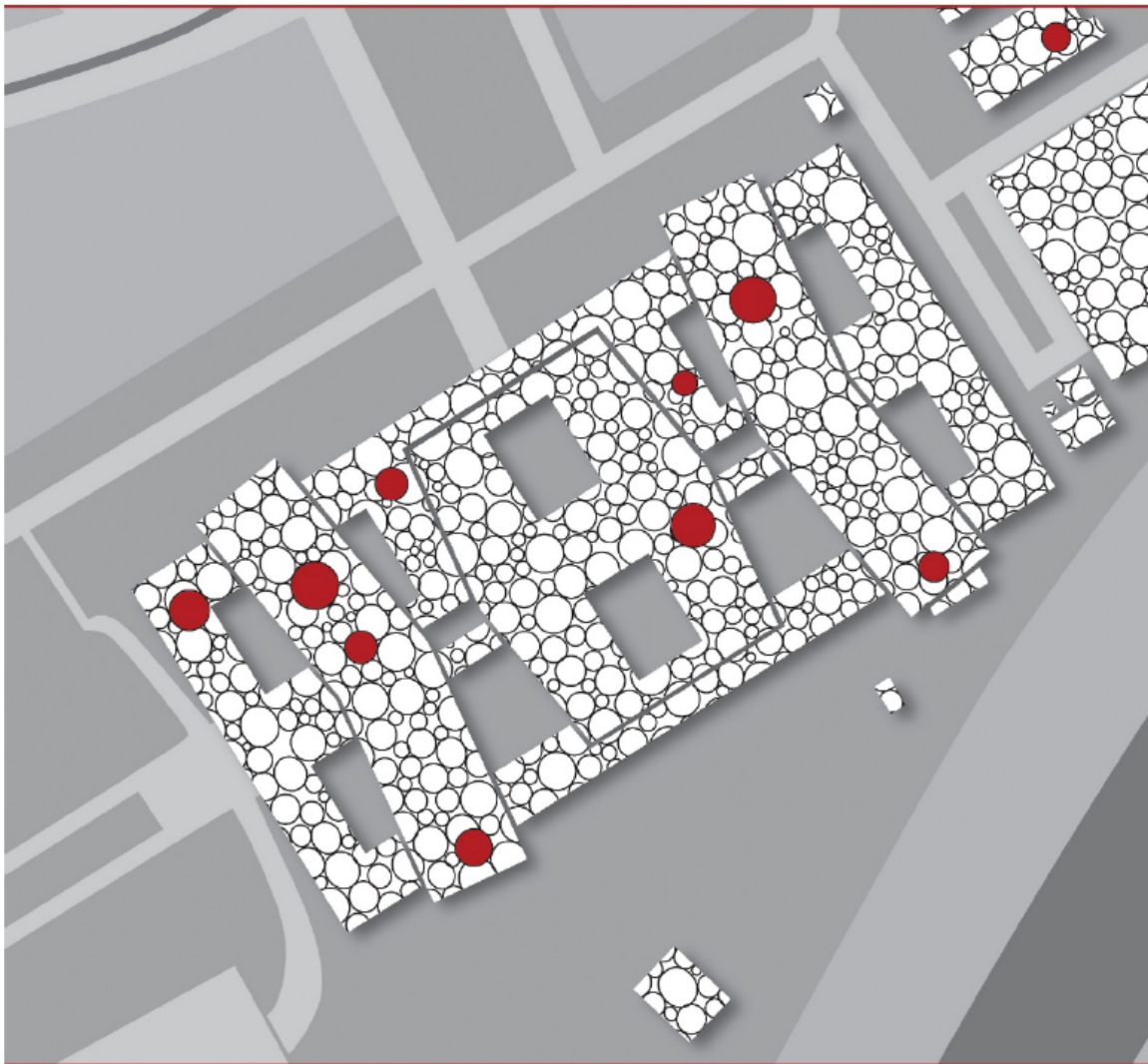


**War es dir auch schon mal zu nah?**



<http://wpp.charite.de>

Plakat für den Campus Mitte (56)



**War es dir auch schon mal zu nah?**



<http://wpp.charite.de>

Plakat für den Campus Benjamin Franklin (56)

## Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Pia Djermester, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Folgen und Prävention sexueller Belästigung am Arbeitsplatz von Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Querschnittsstudie an 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, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

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 untenstehenden 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](http://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

Unterschrift

## **Lebenslauf**

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

## Publikationsliste

Djermester P, Gröschke C, Gintrowicz R, Peters H, Degel A. Bedside teaching without bedside - an introduction to clinical reasoning in COVID-19 times. *GMS journal for medical education*. 2021;38(1):Doc14.

Jenner SC, Djermester P, Oertelt-Prigione S. Prevention Strategies for Sexual Harassment in Academic Medicine: A Qualitative Study. *J Interpers Violence*. January 2020; <https://doi.org/10.1177/0886260520903130>.

Jenner S, Djermester P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigione S. Prevalence of Sexual Harassment in Academic Medicine. *JAMA Intern Med*. 2019;179(1):108-111.

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione für die Betreuung dieser Arbeit, für die fachliche und persönliche Inspiration und ihre Geduld über all die Jahre dieses Projekts.

Ich danke Dr. Judith Prügl und Sabine Jenner für die tolle Zusammenarbeit und die gemeinschaftliche Unterstützung in diesem großartigen Projekt.

Ich danke meinen Eltern Eva und Burkhardt Djermeister und meiner Schwester Laura Djermeister für ihren bedingungslosen Rückhalt und ihre Unterstützung in allen Lebenslagen. In Bezug auf diese Arbeit und das WPP-Projekt danke ich ihnen außerdem besonders für die professionelle Unterstützung in gestalterischen Dingen.

Ich danke Anja Schwalbe, Dr. Judith Prügl, Helena Iwanowski und Leonie Haberlander für die kritische Lektüre meiner Arbeit sowie die fabelhaften Freundschaften.

Und vor allem danke ich Jérôme Ruhnau – danke für unsere Partnerschaft, die mir zeigt, wie schön das Leben ist und in der ich ganz ich sein kann. Danke für all die unzähligen gemeinsamen Momente voller Zauber, inmitten deren Freude Unendlichkeit wohnt. Auf dass viele, viele davon folgen werden!