

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

DISSERTATION

**Formen, Inzidenz und Ursachen von sexueller Belästigung im  
klinischen Umfeld – Ergebnisse einer Querschnittstudie an der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Judith Prügl  
aus Esternberg

Datum der Promotion: 01.03.2019

## **Vorwort**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden im JAMA Internal Medicine publiziert:

Jenner S, Djermeister P, Prügl J, Kurmeyer C, Oertelt-Prigion S, JAMA Intern Med.  
2019 Jan 1;179(1):108-111. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4859.

# Inhalt

<b><u>1</u></b>	<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b><u>2</u></b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>7</b>
2.1	EINFÜHRUNG IN DAS THEMA SEXUELLE BELÄSTIGUNG	7
2.2	PRÄVALENZDATEN ZU PFLEGEKRÄFTEN, ÄRZTLICHEM PERSONAL UND TÄTER_INNEN	11
2.3	BETROFFENE: FRAUEN VS. MÄNNER	23
2.4	PRÄVALENZ UNTERSCHIEDLICHER FORMEN VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	24
2.5	DATEN DER EINZELNEN FACHRICHTUNGEN	32
2.6	DER EINFLUSSFAKTOR DER TEAMZUSAMMENSETZUNG	33
2.7	URSACHEN VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	33
2.8	FRAGESTELLUNG	35
<b><u>3</u></b>	<b>METHODEN</b>	<b>37</b>
3.1	MESSINSTRUMENTE	37
3.2	STUDIENDESIGN	38
3.3	VOTUM DER ETHIKKOMMISSION	39
3.4	STICHPROBE	39
3.5	STATISTISCHE AUSWERTUNG	41
<b><u>4</u></b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>42</b>
4.1	DEMOGRAPHISCHE DATEN	42
4.2	PRÄVALENZ VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	42
4.3	PRÄVALENZ VON FRAUEN UND MÄNNERN	47
4.4	WAHRNEHMUNG VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	52
4.5	TÄTER_INNEN VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	53
4.6	HINTERGRÜNDE VON SEXUELLER BELÄSTIGUNG	55
<b><u>5</u></b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>57</b>

<b>5.1</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b>	<b>57</b>
<b>5.2</b>	<b>LIMITIERUNGEN</b>	<b>62</b>
<b>5.3</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>64</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b>	<b>77</b>
<b>7.1</b>	<b>FRAGEBOGEN QUANTITATIV</b>	<b>77</b>
<b>7.2</b>	<b>LINK WEBSITE</b>	<b>84</b>
<b>7.3</b>	<b>WPP-FLYER UND PLAKATE</b>	<b>85</b>
	<b>EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG</b>	<b>88</b>
	<b>LEBENS LAUF</b>	<b>89</b>
	<b>DANKSAGUNG</b>	<b>90</b>

# 1 Abstract

## Einleitung

Es existieren zahlreiche internationale Veröffentlichungen zum Thema sexuelle Belästigung im klinischen Kontext. Die Lage in Deutschland wurde bisher aber nicht beschrieben, deshalb war Ziel der WPP-Studie („Workplace Policy“ / „Watch – Protect – Prevent“), diese Forschungslücke zu schließen und Prävalenz, Formen, Folgen, Täter\_innen sowie Ursachen von sexueller Belästigung unter Mitarbeitenden der Charité Universitätsmedizin Berlin zu untersuchen.

## Methoden

Die Datenerhebung der WPP-Studie erfolgte in zwei Phasen. Zwischen Januar und September 2015 wurden (a) qualitative Daten anhand anonymer teilstandardisierter Einzelinterviews mit jeweils 15 freiwilligen Teilnehmenden aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich erhoben; zwischen Mai und Juli 2015 wurde (b) eine webbasierte anonyme Befragung unter allen pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitenden von internistischen und chirurgischen Kliniken der Charité Universitätsmedizin Berlin durchgeführt. Bei der Online-Befragung antworteten 228 Pflegekräfte (Rücklaufquote: 8,3%) und 790 Ärzt\_innen (Rücklaufquote: 42,4%). Eingeschlossen wurden alle Fälle, bei denen mindestens 65% des Fragebogens beantwortet waren; dies ergab  $N_{\text{gesamt}} = 1119$ ,  $N_{\text{Pflege}} = 210$ ,  $N_{\text{Ärzt_innen}} = 743$ ,  $N_{\text{sonstige Mitarbeitende}} = 166$ . In der vorliegenden Arbeit lag der Fokus auf dem ärztlichen Personal und ausschließlich auf der quantitativen Befragung.

## Ergebnisse

Die Ein-Jahres- bzw. Lebenszeitprävalenz betrug jeweils 70,7% bzw. 71,7%. Besonders verbale Formen von sexueller Belästigung wurden häufig erlebt. Auch sexuelle Übergriffe, wie sexuelle Nötigung, traten auf, wurden aber nur von einem geringen Prozentsatz der Befragten genannt (0,5%). Ärztinnen machten signifikant häufiger entsprechende Erfahrungen als ihre männlichen Kollegen. Ebenfalls unterschieden sich die Täterprofile. Frauen wurden signifikant häufiger von Männern belästigt, Männer von beiden Geschlechtern gleichermaßen. Hinsichtlich der Rolle der Täter\_innen wurde am häufigsten von Kolleg\_innen berichtet, gefolgt von Vorgesetzten und Patient\_innen.

## **Schlussfolgerungen**

Die WPP-Studie zeigte, dass sexuelle Belästigung, insbesondere verbale Formen der Geschlechterdiskriminierung, ein relevantes Problem im Arbeitsalltag des Charité Personals sind. Die Ergebnisse machten die Notwendigkeit zu präventiven Maßnahmen einerseits sowie der Existenz von Schutzangeboten für Betroffene andererseits deutlich. Um ein diverseres Bild der Situation hierzulande zu erhalten, müssen weiterhin Studien in diesem Bereich stattfinden.

---

## **Introduction**

Despite several international publications about sexual harassment in the medical field the situation in Germany has not yet been described. With the WPP-Study (“Workplace Policy” / “Watch – Protect – Prevent”) we aimed at closing this research gap and examine prevalence, different forms, consequences, perpetrators and causes of sexual harassment among staff members at Charité Universitätsmedizin Berlin.

## **Methods**

Data were collected in two stages: First, between January and September 2015 we conducted anonymous semi-structured interviews with 15 volunteers each drawn from medical and nursing personnel; second, between May and July 2015 we conducted an online anonymous survey among physicians and nurses in the medical and surgical departments at Charité Universitätsmedizin Berlin. 228 nurses (response rate: 8,3%) and 790 physicians responded (response rate: 42,4%). We included only questionnaires that were at least 65% complete yielding  $N_{\text{total}} = 1119$ ,  $N_{\text{Nurses}} = 210$ ,  $N_{\text{Physicians}} = 743$ ,  $N_{\text{other med. professions}} = 166$ . This thesis focuses on results for the medical personnel and the quantitative results only.

## **Findings**

The one-year- and lifetime prevalence was 70,7% and 71,7% respectively. Verbal forms of sexual harassment were particularly common. Sexual assaults, e.g. sexual coercion, were described as well, but were very limited (0,5%). Female physicians experienced significantly more sexual harassment than their male colleagues. The profile of perpetrators was also different. Females were significantly more harassed by men, while males reported harassment by both men and women. Regarding the role of perpetrators respondents reported mostly colleagues followed by supervisors and patients.

## **Conclusion**

The WPP-Study demonstrates that sexual harassment, particularly verbal gender discrimination, is a relevant problem in the daily working routine of the Charité personnel.

The results show that preventive as well as protective measures for affected staff members are necessary. For a more detailed picture of the situation in Germany further research is needed.



## 2 Einleitung

### 2.1 Einführung in das Thema sexuelle Belästigung

In verschiedensten Kontexten treten Grenzüberschreitungen in Form von sexueller Belästigung auf. Wissenschaftliche Daten der letzten Jahre konnten zeigen, dass sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz bzw. innerhalb von Arbeitsstrukturen, die von Abhängigkeitsverhältnissen geprägt sind, besonders häufig stattfindet. Zu diesen Bereichen zählt unter anderem die institutionalisierte Medizin in Krankenhäusern. Grenzüberschreitungen und Einschränkungen der Privatsphäre von Patient\_innen sowie dem medizinischen Personal gleichermaßen ermöglichen teilweise erst eine produktive Zusammenarbeit sowie Pflege, Diagnostik und Behandlung von Patient\_innen (1), sodass es in diesem Kontext nicht selten auch zu Grenzverletzungen kommt. Trotz zahlreicher internationaler Veröffentlichungen überwiegen im Allgemeinen Unsicherheit und Unwissenheit zu Erscheinungsformen, Folgen und rechtlichen Möglichkeiten bei sexueller Belästigung (2–4). Die Tatsache, dass es sich um ein gesellschaftliches Tabu handelt, fordert daher eine offene Thematisierung, Sensibilisierung und wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf sexuelle Belästigung als soziologisches Phänomen und gleichermaßen medizinisches Problem.

Wann genau Grenzen überschritten werden und was konkret als sexuelle Belästigung angesehen wird, ist in Deutschland im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) definiert: „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.“ (5). Das International Labour Office (ILO) erweitert diese Definition, indem es im Zusammenhang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz von einer weiteren zu unterscheidenden Form spricht: „Quid Pro Quo“ – Berufliches Weiterkommen

wird an die Bedingung geknüpft, sich in irgendeiner Form auf sexuelle Art und Weise gefällig zu erweisen. Zudem werden physische, verbale und non-verbale Arten von sexueller Belästigung konkretisiert: Körperliche Gewalt, unnötiges Nahekommen, Kommentieren und Fragen über Erscheinung, Lebensweise und sexuelle Orientierung sowie anstößige Telefonanrufe, Flüstern und sexuell anzügliche Gesten zählen dazu (6).

Mit zahlreichen Studien wurde belegt, dass sexuelle Belästigung ein bedeutsames Thema ist (siehe u. a. 2–4,7,8). Frauen sowie Männer sind davon betroffen, Frauen in der Regel allerdings häufiger (2–4). Im Kontext des Arbeitsplatzes geht belästigendes Verhalten meistens von männlichen Kollegen oder Vorgesetzten aus und trifft oft Frauen in höheren Positionen (2,7). Untersucht sind auch medizinische Konsequenzen des Phänomens (4,9–15). Aufgrund der Relevanz der Problematik wurden neben der Definition von sexueller Belästigung rechtliche Maßnahmen im Rahmen des AGG gesetzlich festgelegt.

In einer Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004 gaben 58% der befragten Frauen an, mindestens einmal sexuell belästigt worden zu sein, häufig auch am Arbeitsplatz, in der Schule oder Ausbildungsstätte. Die Hälfte der Betroffenen fühlte sich in den beschriebenen Situationen ernsthaft bedroht oder hatte Angst um die eigene Sicherheit. Bei 9% führten die Übergriffe zu ungewolltem Geschlechtsverkehr oder anderen Formen körperlicher Gewalt (8). Eine Studie der Agentur für Grundrechte der Europäischen Union (FRA) zum Thema Gewalt gegen Frauen, im Rahmen derer 42000 Frauen aus 28 EU-Ländern befragt wurden, zeigte, dass jede fünfte Frau seit dem 15. Lebensjahr ungewollt berührt, umarmt oder geküsst wurde. Ein Drittel gab jemanden aus dem Arbeitsumfeld als Täter\_in an, z.B. Kolleg\_innen, Vorgesetzte oder Kund\_innen (7). Die Betroffenheit von Frauen wurde bisher deutlich häufiger untersucht, doch auch Männer erfahren sexueller Belästigung. In der Deutschschweiz berichtete einer von zehn Männern mindestens einmal am Arbeitsplatz sexuell belästigt worden zu sein (im Vergleich dazu ein Drittel der Frauen). Interessanterweise hatten deutlich mehr der Befragten potenziell belästigende Situationen erlebt als subjektiv wahrgenommen wurden (49% bzw. 57%) (3). Ähnliche Angaben machten auch deutsche Angestellte in einer Umfrage der Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2015. 7% der Männer und 17% der Frauen hatten nach eigener Einschätzung sexuelle

Belästigung erlebt, während 49% der Frauen und 56% der Männer nach der gesetzlichen Definition schon betroffen waren (2). Bei einer bereits älteren Untersuchung wurde die Situation in verschiedenen EU-Ländern ermittelt. Dabei wurde deutlich, dass junge, alleinstehende oder geschiedene Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau besonders vulnerabel und einem erhöhten Belästigungsrisiko am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Zudem zeigten die Daten, dass die Täter überwiegend männliche Kollegen und Vorgesetzte sind, bzw. dass in Berufen mit häufigem Kontakt zu Kund\_innen oder Patient\_innen von diesen mehrheitlich belästigendes Verhalten ausgeht (4). Auch die Umfrage der Antidiskriminierungsstelle ergab, dass die Verursachenden meistens männlich sind (2). Im Gegensatz zu den älteren Ergebnissen aus der EU lassen die Daten der FRA-Studie darauf schließen, dass Frauen mit Universitätsabschluss bzw. hohem Bildungsniveau häufiger Opfer von sexueller Belästigung sind. Drei Viertel der weiblichen Betroffenen war in Fachberufen tätig oder in einer Führungsposition (7). Unabhängig vom Ausmaß der Betroffenheit einzelner Gruppen machen diese Zahlen deutlich, dass es sich um ein Thema mit hoher Relevanz handelt, welches nicht nur das private Umfeld von Menschen, sondern vor allem auch den öffentlichen Raum betrifft und welches weiterer wissenschaftlicher Aufmerksamkeit bedarf.

Im Zuge der gesetzlichen Definierung von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz wurden in Deutschland rechtliche Konsequenzen festgelegt. Entsprechendes Verhalten wird als Benachteiligung der Betroffenen gewertet und ist rechtswidrig, Arbeitgeber\_innen müssen ihre Mitarbeitenden per Gesetz davor schützen. Um ein diskriminierungsfreies Arbeitsumfeld zu gewährleisten, sind entsprechende Maßnahmen zu treffen, die bis zur Abmahnung, Versetzung und Kündigung von Mitarbeitenden führen können, von denen sexuelle Belästigung ausgeht. Außerdem muss die Möglichkeit zur Beschwerde bei betriebsinternen Stellen gegeben sein. Es besteht ein Leistungsverweigerungsrecht mit Fortzahlung des Lohns, sollten keine (wirksamen) Gegenmaßnahmen getroffen werden sowie die Möglichkeit auf Schadensersatz durch den / die Arbeitgeber\_in (5). Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung sind Straftaten, die mit Freiheitsstrafen von mindestens einem Jahr belegt werden (16).

Dass dieses Thema erhöhte Aufmerksamkeit von Seiten der Gesetzgebung erhalten hat, ist aus ärztlicher Sicht zu begrüßen. Denn sexuelle Belästigung hat negative Auswir-

kungen auf die Gesundheit und ist deshalb auch medizinisch relevant. Betroffene berichten von körperlichen, psychischen und sozialen Kurz- und Langzeitfolgen und Studien bestätigen das pathologische Potenzial von sexueller Belästigung (14). Stock und Tissot stellten eine signifikante Assoziation zwischen sexueller Belästigung und Nackenschmerzen fest (N = 9392) (11). In einer Studie unter Angestellten japanischer Gesundheitseinrichtungen wurde dieser Zusammenhang zusätzlich für Schulter-, Rücken-, Gelenk- und Kopfschmerzen bestätigt (12). In beiden Studien wurden andere Einflussgrößen anhand von multivariaten Regressionsanalysen kontrolliert. Auch in anderen Untersuchungen wurden muskuloskelettale Symptome und Kopfschmerzen als Folgeerscheinungen bei Betroffenen von sexueller Belästigung beschrieben (4,9,15). Häufig genannt wurden außerdem gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit und Gewichtsverlust, ebenso wie Angst, Depression, Suizidgedanken, posttraumatischer Stress, Palpitationen, Schlaf- und Zyklusstörungen, Libidoverlust und Probleme im Sexualleben (4,9,14,15). Andere Autor\_innen erwähnten einen erhöhten Konsum von Alkohol und anderen Drogen bei Betroffenen, chronische Abgeschlagenheit, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, Angespanntheit, Wut, Hilflosigkeit, vermindertes Selbstvertrauen und Schuldgefühle (9,10,13,15).

Was einerseits für die Opfer und ihre Angehörigen belastend ist (4), stellt andererseits einen arbeitsmedizinischen Aspekt dar. Betroffene sind weniger leistungsfähig, häufiger krankgeschrieben oder sehen sich zu Arbeitsplatzwechsel oder Kündigung gezwungen (10). Sexuelle Belästigung wirkt auch demoralisierend auf das Arbeitsklima. Die Zusammenarbeit ist beeinträchtigt, wenn massive Vertrauensbrüche zwischen Kolleg\_innen vorliegen. Das hat negative Auswirkungen auf die Motivation, die Arbeitsplatzzufriedenheit und auch auf die Produktivität. Autor\_innen sprechen in diesem Zusammenhang von den versteckten Kosten von sexueller Belästigung (4,14). Im klinischen Kontext erstreckt sich die medizinische Relevanz nicht allein auf die Gesundheit von Mitarbeitenden. Auch die Qualität der Versorgung von Patient\_innen kann nur gewährleistet werden, wenn für die körperliche und psychische Gesundheit des Personals Sorge getragen wird und die Zusammenarbeit auf gegenseitigem Vertrauen beruht (14).

In Krankenhäusern, also Orten, an denen Menschen gepflegt, untersucht, therapiert und operiert werden, besteht eine permanente Auseinandersetzung mit dem Körper und körperlichen Funktionen, auch der Sexualität (17). Körperliche Nähe zu häufig Unbe-

kannten ist Bestandteil des Klinikalltags (17). Gesellschaftliche Regeln sind daher in diesem Kontext teilweise außer Kraft gesetzt (18,19). Dieses Zusammenspiel kann Stress verursachen und stellt ein Risiko für Grenzüberschreitungen zwischen dem versorgenden Personal und Patient\_innen, aber auch unter Kolleg\_innen dar (17,20). Studien zeigen eine große Bandbreite an Prävalenzdaten zu sexueller Belästigung im klinischen Kontext. Viele stammen aus dem US-amerikanischen und kanadischen Raum, von wo auch die ersten Forschungsergebnisse kamen. Zahlreiche andere Untersuchungen sind aus Australien, der Türkei, China, Taiwan, Japan, Iran und Saudi-Arabien, einige aus Europa (Italien, Norwegen, Irland, Großbritannien, Griechenland).

## **2.2 Prävalenzdaten zu Pflegekräften, ärztlichem Personal und Täter\_innen**

In bisherigen Studien wurde in der Regel die Prävalenz von sexueller Belästigung entweder unter Pflegekräften oder unter Ärzt\_innen untersucht. Meist wurde auch die Häufigkeit der Täter\_innen ermittelt, viele Autor\_innen unterscheiden zwischen Patient\_innen und ihren Angehörigen, Kolleg\_innen (ärztlich, pflegerisch) und Vorgesetzten. Allgemein ist die Datenlage für pflegerisches Krankenhauspersonal umfangreicher als für ärztliches. In Tabelle 2.1 sind Prävalenzdaten zu Pflegekräften aufgeführt. Die Angaben zu den Täter\_innen lassen sich nur eingeschränkt miteinander vergleichen, da den Werten unterschiedliche Berechnungsweisen zugrunde liegen. Der Vollständigkeit halber werden sie aber genannt.

Da das Pflegepersonal häufig zu einem hohen Anteil weiblich besetzt ist, wurden Männer als Betroffene bei einigen Studien nicht eingeschlossen, um Ergebnisverzerrungen zu vermeiden. Dass dadurch ihre Betroffenheit bei diesen Studien nicht in Erscheinung tritt, ist kritisch anzumerken. Zu männlichem Pflegepersonal allein gibt es bisher keine Daten. In den letzten zehn Jahren reicht die Ein-Jahres-Prävalenz unter Pflegekräften von relativ niedrigen Werten (0,7%) bis 20% (20–28). An einer südkoreanischen Uniklinik berichtete ein Fünftel der knapp 1000 Befragten, sexuelle Belästigung erlebt zu haben. 70% gaben Patient\_innen bzw. Angehörige als Täter\_innen an, 35% der Betroffenen wurden von ärztlichen Kolleg\_innen belästigt. Nur ein geringer Prozentsatz der Vorfälle ging vom Pflegepersonal und Vorgesetzten aus (20).

**TABELLE 2.1 Prävalenz von sexueller Belästigung unter Pflegepersonal und Täter\_innen**

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Pflege	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
2015	Ägypten	P Notaufnahme vs. P andere	275	30,5% vs. 11,0%	30,9% Pat 30,9% Ang 36,4% Koll 1,8% Vorg	1 Jahr	(29)
2015	Iran	Kh Personal	5874 P=5124 Ä=43	4,7%	33% Pat 57,6% Ang 3,1% Vorg 6,3% Personal  76,9% männlich 23,1% weiblich	1 Jahr	(21)
2015	Äthiopien	P	642	13,02%		6 Monate	(22)
2015	Südkorea	P	970	19,7%	55,5% Pat 15,2% Ang 2,6% P 1,6% Vorg 34,6% Ä	1 Jahr	(20)
2014	Review (weltweit)	P	1 Jahr=12743 BL=4389	17,9% (1 Jahr) 39,0% (BL)		1 Jahr BL	(23)
2014	Japan	P, Verwaltung	413 (P=220)	9,3% (durch Pat) 5,4% (durch Personal)		6 Monate	(30)
2013	Taiwan	P	21095	38,39%		na	(31)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Pflege	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
2013	China	P Psychiatrie	378	18,6% (Übergriffe) 16,0% (körperl.) 24,8% (verbal)		6 Monate	(32)
2012	Japan	Kh Angestellte	8771 P=4298	17% durch Pat/Ang		1 Jahr	(24)
2012	Norwegen	P Notaufnahme	536 P=331	10,0%		1 Jahr	(25)
2012	Iran	P Psychiatrie	183	5,5%		na	(33)
2012	Malaysia	P weiblich	455	22,8% (1 Jahr) 51,2% (BL)	96,7% männlich	1 Jahr BL	(34)
2012	China	P	2464 P=1033	6,4%		1 Jahr	(26)
2011	Italien	P, Azubis	621 P=275 Azubis=346	13,9% (P) 5,8% (Azubis)		1 Jahr	(35)
2011	Taiwan	P	521	12,9%	44,8% Pat 11,9% Ang 7,5% Koll 13,4% Vorg 22,4% externes Personal	1 Jahr	(27)
2010	Türkei	Azubis	380	4,2%*	3,0% Pat, Ang 0% P 7,9% Ä	na	(36)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Pflege	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
2009	Taiwan	P Psychiatrie	167	43 Ereignisse		1 Jahr	(37)
2008	Taiwan	P Psychiatrie	222	9,5%	76,2% Pat 9,5% Koll 0,0% Vorg	1 Jahr	(38)
2008	Thailand	P	545	0,7% (1 Jahr) 1,1% (BL)		1 Jahr BL	(28)
2007	Türkei	P	622	37,1%	43,3% Pat 34,2% Ang 51,1% P 77,1% Ä 29,4% anderes Personal	BL	(14)
2007	Irland	P Psychiatrie	87	18% (SB) 0% (Übergriffe)	100% Pat	1 Monat	(39)
2006	Taiwan	P	307	57,0%		BL	(40)
2006	Japan	P weiblich	473	55,8% durch Pat		BL	(41)
2003	Neuseeland	P	551	30% (verbal) 14% (körperl.) durch Pat.		1 Jahr	(42)
2003	Israel	P, Azubis	487	91%	18-38% männl. Pat 15-22% männl. P 10-30% männl. Ä	na	(43)



Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Pflege	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
2002	Türkei	P	215	73%	38,5% Pat 16,7% Ang 41,1% Ä 0% Vorg 3,7% Sonstige	BL	(9)
2002	Saudi-Arabien	P	434	17,4%		na	(44)
2001	Kanada	P	2661	7,6% (verbal) 0,6% (Übergriffe)		5 Dienste	(45)
2000	Pakistan	P weiblich	71	21,1% (verbal) 16,9% (körperl.)	2,8% männl. Pat 11,3% männl. Ang 14,1% männl. Ä	BL	(46)
1997	Australien	P	197	66,5%	9,2% Pat 22,1% Koll 25,2% Ä 21,4% Vorg 2,3% Untergebene 13,0% anderes Personal	na	(47)
1996	Türkei	P weiblich	184	75%	43% Ä 9% andere	BL	(15)
1996	USA	P	345	63,6%		BL	(48)
1995	USA	P	695	65,8%		na	(49)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Pflege	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
1994	Großbritannien	P, Azubis	92	46% (1 Jahr) 66% (BL) 35% (Azubis, BL)	67,92% Pat 7,54% Ang 16,98% P 22,64% Ä 92% Männer 8% Frauen	1 Jahr BL	(50)
1994	USA	P Intensivstation	97	46%	20% P 82% Ä 7% Vorg	BL	(51)
1994	USA	P weiblich	79	58,9% (durch männl. Koll) 70,5% (durch männl. Pat)		na	(52)
1993	USA	P	461	35%	77% Ä 50% Vorg	na	(53)
*Anteil an allen von Gewalt Betroffenen (191)							
<b>Legende</b> BL – Berufslaufbahn SB – sexuelle Belästigung GH – Gender harassment (Diskriminierung aufgrund des Geschlechts) P – Pflege Ä – Ärzt_innen Azubis – Auszubildende Kh – Krankenhaus Koll – Kolleg_innen Vorg – Vorgesetzte Pat – Patient_innen Ang – Angehörige von Patient_innen na – nicht angegeben							

In den Studien, die die Erfahrungen der gesamten Berufslaufbahn erfragten, sind die Zahlen erwartungsgemäß höher. An 100 taiwanesischen Kliniken wurden gesundheitliche Gefahren am Arbeitsplatz bei mehr als 20 000 Pflegekräften eruiert. Knapp 40% der Befragten gaben an, schon einmal verbale und sexuelle Belästigung oder sexuelle Gewalt erfahren zu haben (31). Eine türkische Studie, die das Pflegepersonal von acht Krankenhäusern einschloss, nannte einen ähnlichen Wert (37%). Jeweils 80% davon berichteten von sexueller Belästigung durch Patient\_innen / Angehörige und Ärzt\_innen und 50% durch andere Pflegekräfte. Ein Drittel der Betroffenen gab andere Klinikangestellte als Täter\_innen an (14). Bei einer israelischen Studie wurde die höchste Prävalenz ermittelt. Bronner et al. untersuchten die Erfahrungen von knapp 500 Pflegekräften und Auszubildenden (20% davon männlich). 91% berichteten von mindestens einer entsprechenden Erfahrung und 30%, mehr als drei verschiedene Formen sexueller Belästigung erlebt zu haben. Am häufigsten gaben die Befragten männliche Patienten als Täter an, gefolgt von männlichem ärztlichem und männlichem Pflegepersonal. In 75% der Fälle belästigte ein Mann eine Frau. In den Fällen, in denen Männer belästigt wurden, gingen die Vorfälle von Frauen aus (nicht in Tabelle). Die Autor\_innen gehen davon aus, dass die hohe Prävalenz auch dadurch zustande kam, dass unterschiedliche Formen von sexueller Belästigung präzise definiert und Vorfälle daher eher als solche erkannt wurden (43). Romito et al. untersuchten die einzelnen Berufsgruppen nicht getrennt, sondern die Gesamtprävalenz der weiblichen Angestellten in einem italienischen Krankenhaus. Der Anteil der Pflege an der befragten Gruppe war allerdings fast dreimal so groß wie der der Ärztinnen. Mehr als die Hälfte war innerhalb eines Jahres betroffen. 29% wurden von Patient\_innen belästigt, 43% von Angehörigen des Kollegiums. Dabei handelte es sich deutlich häufiger um eine / einen Vorgesetzten oder eine Person der gleichen Hierarchieebene als um jemand Untergeordneten (nicht in Tabelle). Die acht von sexueller Nötigung Betroffenen nannten Kolleg\_innen als Täter\_innen (17).

**TABELLE 2.2 Prävalenz von sexueller Belästigung unter ärztlichem Personal und Täter\_innen**

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Ärzt_innen	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
2015	Palästina	Notaufnahme ( u. a. P, Ä)	596 (Ä=201, P=216)	8,6%	70% Pat 22% Ang 8% Koll	1 Jahr	(54)
2014	Griechenland	P, Ä	250 (Ä=90, P=160)		33,6% Ä 27,2% P 4,8% Vorg	na	(55)
2013	Saudi-Arabien	AÄ	213	19,34% (SB) 58,29% (GH)	50,00% Pat, Ang* 38,89% Ä* 16,67% P* 22,22% anderes Personal*	AZ	(56)
2012	Norwegen	Ä Notaufnahme	536 (Ä=190)	9%		1 Jahr	(25)
2012	Japan	Ä	8771 (Ä=610)	1%	Pat, Ang	1 Jahr	(24)
2012	Taiwan	Kh Personal	536 (Ä=45, P=250)		2,4% Koll 4,3% Pat 1,7% Ang	3 Monate	(57)
2012	China	Ä	2464 (Ä=1431)	6,8%		1 Jahr	(26)
2011	Türkei	AÄ weibl.	49	67,3%	männl. Pat, Ang	BL	(58)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Ärzt_innen	Täter_innen	Zeit- raum	Ref.
2011	Türkei	Notaufnahme	270 (Ä=73)	19,2% (Ä)  15,9% (Personal ges.)	81,4% Pat 100% Ang 13,9% P 13,9% Ä 13,9% Vorg	1 Jahr	(59)
2009	Japan	AÄ	355	42,5%		AZ	(60)
2008	Türkei	AÄ	1712	3,%		AZ	(61)
2007	Australien	Allgemein Ä	211	8% (SB) 1% (Übergriffe)		1 Jahr	(62)
2007	USA	Ä weibl. (Mütter, Töchter)	272	44% (Mütter) 51% (Töchter)		BL	(63)
2005	Kanada	AÄ	415	4%		na	(64)
2004	Italien	Weibl. Kh Personal (u. a. P, Ä)	265 (Ä=56, P=144)	53,8%	29,0% Pat 42,7% Koll	1 Jahr	(17)
1999	Großbritannien	AÄ psychiatr.	85	86%	Männer: 78% Pat (davon 97% weibl.) 62% Koll (davon 91% weibl.) Frauen: 73% Pat (davon 91% männl.) 64% Koll (97% davon männl.)	AZ	(65)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Ärzt_innen	Täter_innen	Zeitraum	Ref.
1998	USA	Ä weibl.	4357	AÄ: 18,9% (SB) 28,7% (GH) FÄ: 11,4% (SB) 25,0% (GH)		AZ, FZ	(13)
1996	Kanada	AÄ	182	92,9% (SB) 75,3% (GH)		AZ	(66)
1993	USA	AÄ Innere Medizin	82	43% 83 Ereignisse	Schwerwiegendstes Ereignis Frauen: 23/24 durch Männer 1/24 durch Frauen  Männer: 6/11 durch Männer 5/11 durch Frauen	AZ	(67)
1993	Kanada	Allgemein Ä weibl.	422	77% durch Pat 92% männl.		BL	(68)
1992	USA	Weibl. Fakultätsangehörige	194	32% (SB) 30% (GH)		BL	(69)
*Werte beziehen sich auf SB ohne GH							

**Legende**

SB – sexuelle Belästigung

GH – Gender harassment (Diskriminierung aufgrund des Geschlechts)

P – Pflege

Ä – Ärzt\_innen

AÄ – Assistenzärzt\_innen

FÄ – Fachärzt\_innen

AZ – Assistenzzeit

FZ – Facharztzeit

Koll – Kolleg\_innen

Vorg – Vorgesetzte

Pat – Patient\_innen

Ang – Angehörige von Patient\_innen

BL – Berufslaufbahn

Kh – Krankenhaus

In Tabelle 2.2 sind Prävalenzdaten zu Ärzt\_innen dargestellt. Die aufgeführten Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen und lassen nur teilweise Tendenzen erkennen. Unter Assistenzärzt\_innen scheint die Betroffenheit vergleichsweise hoch zu sein (56,58,60,65–67). Eine japanische Studie beispielsweise ermittelte eine Rate von 42,5%. Anteilig wurden doppelt so viele Frauen wie Männer von ärztlichen Kolleg\_innen belästigt. Gingen die Belästigungen von Patient\_innen aus, waren sogar vier Mal mehr Frauen betroffen (nicht in Tabelle). Die Täter\_innen wurden allerdings nicht separat für sexuelle Belästigung ermittelt, sondern auch für andere Arten von Belästigungen (verbal, körperlich, akademisch, alkoholassoziiert) (60). An einer türkischen Uniklinik hingegen gaben lediglich 53 von 1712 Assistenzärzt\_innen an, sexuelle Belästigung erfahren zu haben. Am häufigsten wurden Patient\_innen und Angehörige als Täter\_innen genannt, gefolgt von Fakultätsmitgliedern und anderen Assistenzärzt\_innen (61). Die Verursacher\_innen von sexueller Belästigung betreffend gewannen die Autor\_innen einer US-amerikanischen Studie, die die Prävalenz unter plastischen Chirurg\_innen untersuchten, folgende Erkenntnis: Wurden Ärztinnen von anderen Mitarbeitenden belästigt, handelte es sich überwiegend um Männer (meist Vorgesetzte), während Männer kaum von Belästigungen durch andere Mitarbeitende berichteten. Belästigung, die von weiblichem Personal ausging, traf in den meisten Fällen Frauen. Sowohl Ärztinnen als auch Ärzte erlebten sexuelle Belästigung ausgehend von Patient\_innen, Frauen aber in einem deutlich höheren Maß (70).

Wenn man die Daten aus verschiedenen Ländern vergleicht, fallen große Unterschiede auf. Ob die Problematik in Gesellschaft, Politik und Forschung thematisiert wird, schlägt sich vermutlich auch in den Studienergebnissen nieder. Es ist davon auszugehen, dass sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz weltweit ein Tabu darstellt und es Betroffenen schwerfällt, darüber zu berichten. Dennoch ist bemerkenswert, dass es im anglo-amerikanischen Raum und Australien zum einen viele Untersuchungen zu sexueller Belästigung in Gesundheitsberufen gibt und zum anderen die Prävalenz oft hoch ist, was vielleicht mit einem vergleichsweise offenen Umgang diesbezüglich erklärt werden kann. Studien aus anderen Ländern (z.B. China, Thailand, Iran, Palästina) zeigen teilweise auffallend niedrige Ergebnisse (21,26,28,54). Manche Autor\_innen dieser Studien gehen davon aus, dass die Dunkelziffer höher ist und Betroffene aus Angst vor Stigmatisierung Vorfälle verschwiegen (21,28). Ein Schwachpunkt ist häufig auch, dass sexuel-



le Belästigung im Vorfeld nicht näher definiert wurde. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass außerhalb der USA, Kanada und Australien viele beachtenswerte Studien durchgeführt wurden (z.B. Taiwan, Türkei) und Ergebnisse innerhalb eines Landes oft widersprüchlich sind.

### **2.3 Betroffene: Frauen vs. Männer**

In Tabelle 2.3 sind Studien aufgeführt, bei denen die Prävalenz von Frauen und Männern miteinander verglichen wurde. In der zitierten Befragung unter plastischen Chirurg\_innen waren Frauen in allen Stadien der Berufslaufbahn deutlich öfter sexueller Belästigung ausgesetzt als Männer (89 vs. 27%) (70). Diese Tendenz belegen viele andere Studienergebnisse, es gibt allerdings Ausnahmen. Sowohl bei Zeng et al. als auch Bronner et al. beschreiben mehr Männer besonders schwere Formen von sexueller Belästigung. Während mehr Frauen angaben, dass sexistische Sprüche Teil ihres Arbeitsalltags seien, berichteten Männer öfter von Vorfällen, bei denen sie zu intimen Berührungen oder Geschlechtsverkehr gezwungen wurden. Bei Zeng et al. waren Männer auch von anderen Formen sexueller Belästigung häufiger betroffen, allerdings nicht signifikant (32,43). Bei einer Befragung von taiwanesischem Krankenhauspersonal gaben zwei Drittel sowohl der Männer als auch der Frauen an, in den vergangenen drei Monaten Witze mit sexuellem Inhalt von Kolleg\_innen gehört zu haben. Ein Drittel der Frauen machte diese Erfahrung auch mit Patient\_innen, im Gegensatz dazu nur einer von zehn Männern. Frauen wurden häufiger auf sexuelle Weise von Patient\_innen angestarrt oder Zeugin von sexuellen Gesten. Männer erlebten dagegen signifikant häufiger, dass Kolleg\_innen ihnen pornographisches Material zeigten (57). Bei einer britischen Studie wurde die Situation in der Psychiatrie untersucht, die unter anderem aufgrund des besonderen Patient\_innenklientels ein außergewöhnliches Umfeld darstellt. Dort machten männliche und weibliche Assistenzärzt\_innen gleich oft entsprechende Erfahrungen (85% vs. 86%). Die Autor\_innen gingen davon aus, dass unter den Befragten bezogen auf das Geschlecht entweder tatsächlich kein Unterschied bestand oder ein statistischer Fehler 2. Art vorlag (65). In einer US-amerikanischen Studie wurde sexuelle Belästigung von medizinischen Fakultätsangehörigen ausgehend von Kolleg\_innen und Vorgesetzten untersucht (N = 2000). Dafür wurden Angestellte von 24 Fakultäten befragt. Die Studie ist eine der wenigen, die das akademische Umfeld der

Medizin beleuchtete. In dieser Gruppe waren Frauen innerhalb ihrer Berufslaufbahn signifikant häufiger betroffen (52% vs. 5%). Sehr deutlich war der Unterschied in Bezug auf sexistische Bemerkungen, sexistisches Verhalten und ungewollte Annäherungsversuche, aber auch in Bezug auf Bestechung mit sexuellen Mitteln und (versuchte) Vergewaltigungen (nicht in Tabelle) (71).

## **2.4 Prävalenz unterschiedlicher Formen von sexueller Belästigung**

Menschen erleben meist häufiger sexuelle Belästigung entsprechend der gesetzlichen Definition, als den Betroffenen bewusst ist (2,3). Umso wichtiger ist es, von wissenschaftlicher Seite her unterschiedliche Erscheinungsformen konkret als solche zu benennen, um das Ausmaß der Problematik erfassen zu können. In Tabelle 2.4 sind Studien aufgelistet, welche verschiedene Arten von sexueller Belästigung und deren Häufigkeit untersuchten. Unter verbalen Belästigungsformen subsummierten die Autor\_innen z.B. anzügliche Bemerkungen und Anspielungen, Witze mit sexuellem Inhalt, unerwünschtes Ausfragen über das Sexualleben anderer, unerwünschte Annäherungsversuche, zu Verabredungen gedrängt werden, Anrufe, E-Mails oder Briefe mit sexuellem Inhalt (9,14,15,43,47–49,51,52,58–60,65,72). Non-verbale Formen wurden folgendermaßen konkretisiert: Unangenehme anzügliche Blicke oder angestarrt werden, das Zeigen von Körperteilen auf sexuelle Art und Weise, Stalking, sexuell konnotierte anzügliche Gesten und das Verbreiten von pornographischem Material (9,14,15,47,49,51,58–60). Zu körperlicher sexueller Belästigung zählen alle Arten von Berührungen, z.B. unerwünschte Umarmungen, Zwicken, Grabschen, körperliches Bedrängt-Werden, unerwünschtes Streicheln, geküsst werden und gezwungen werden jemanden zu berühren (9,14,15,43,47–49,51,52,58–60,65).

**TABELLE 2.3 Prävalenz von sexueller Belästigung: Frauen vs. Männer**

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Frauen	Prävalenz Männer	p-Wert	Ref.
2013	China	P Psychiatrie	387	22,9% (verbal) 15,2% (körperlich) 15,5% (Übergriffe)	31,1% (verbal) 18,9% (körperlich) 28,9% (Übergriffe)	p(verbal) = 0,1 p(körperlich) = 0,4 p(Übergriffe) = 0,004	(32)
2013	Saudi-Arabien	AÄ	213	28,9% (SB) 60,0% (GH)	13,1% (SB) 57,2% (GH)	p(SB) = 0,0061 p(GH) = 0,6647	(56)
2012	Japan	P, Ä	8771	12%	4%	p<0,01	(24)
2012	China	P, Ä	2464	5,9%	8,2%	p<0,05	(26)
2012	Taiwan	Kh Personal	536	65,2% sexuelle Witze (Koll) 30,8% sexuelle Witze (Pat) 1,0% pornogr. Material (Koll) 7,4% sexuelle Gesten, Anstarren durch Pat	68,2% sexuelle Witze (Koll) 11,4% sexuelle Witze (Pat) 8,0% pornogr. Material (Koll) 1,1% sexuelle Gesten, Anstarren durch Pat	p(Witze Pat)<0,001 p(pornogr.)<0,001 p(Gesten)<0,01	(57)
2009	Australien	P	538	60%	34%	na	(18)
2009	Japan	AÄ	355	58,3%	33,8%	p<0,001	(60)
2008	Türkei	AÄ	1712	5%	2%	p<0,001	(61)
2007	Australien	Allgemein Ä	211	14% (SB) 0% (Übergriffe)	4% (SB) 2% (Übergriffe)	p(SB) = 0,02 p(Übergriffe) = 0,52	(62)
2003	Israel	P, Azubis	487	81,0% Anmachsprüche 8,7% zu Berührungen gezwungen 5,4% versuchter Geschlechtsverkehr	70,5% Anmachsprüche 15,8% zu Berührungen gezwungen 11,7% versuchter Geschlechtsverkehr	p(Sprüche) = 0,0252 p(Berührungen) = 0,0403 p(Sex) = 0,0285	(43)
2000	USA	Medizinische Fakultät	2000	52%	5%	p<0,001	(71)

Jahr	Land	Wer?	n	Prävalenz Frauen	Prävalenz Männer	p-Wert	Ref.
1999	Großbritannien	AÄ Psychiatrie	85	85%	86%	n. s.	(65)
1997	USA	Ä Plast. Chirurgie	281	89%	27%	p<0,001	(70)
1996	Kanada	AÄ	543	56% (durch Pat) 35% (durch Ä) 18% (durch P)	18% (durch Pat) 4% (durch Ä) 21% (durch P)	p(Pat)<0,001 p(Ä)<0,001	(73)
1996	Kanada	AÄ	182	37,6% unerwünschte Kommentare zu Kleidung 38,7% sexistisches Lehrmaterial 56,5% sexuelle Gesten	16,5% unerwünschte Kommentare zu Kleidung 18,9% sexistisches Lehrmaterial 30,8% sexuelle Gesten	p<0,001	(66)
1995	Kanada	Ä Innere Medizin	984	67% (durch Pat) 48% (durch Vorg) 56% (durch Ä) 44% (durch P)	13% (durch Pat) 5% (durch Vorg) 6% (durch Ä) 9% (durch P)	p<0,001	(74)
1995	USA	AÄ Notfallmedizin.	1774	63,0% unerwünschte Annäherungsversuche 65,7% unerwünschte sexuelle Witze 70,8% sexistische Behandlung	14,6% unerwünschte Annäherungsversuche 26,8% unerwünschte sexuelle Witze 32,3% sexistische Behandlung	p<0,001	(72)
1993	USA	AÄ Innere Medizin	82	24/33	11/49	na	(67)

**Legende**

SB – sexuelle Belästigung

GH – Gender harassment (Diskriminierung aufgrund des Geschlechts)

P – Pflege

Ä – Ärzt\_innen

AÄ – Assistenzärzt\_innen

Azubis – Auszubildende

Kh – Krankenhaus

Koll – Kolleg\_innen

Vorg – Vorgesetzte

Pat – Patient\_innen

Ang – Angehörige von Patient\_innen

na / n. s. – nicht angegeben / nicht signifikant

Besonders schwere Fälle von sexueller Belästigung mit tätlichen Übergriffen wurden nur in manchen Studien ermittelt (9,14,17,32,43,47,48,51,58–60). Eine massive Form der Belästigung liegt auch vor, wenn sexuelle Gefälligkeiten als Gegenleistung für beispielsweise einen beruflichen Aufstieg gefordert werden. Häufig wird dies als sexuelle Bestechung („sexual bribery“) bezeichnet (17,56,58,60,66,71). Insgesamt wurden Übergriffe deutlich seltener beschrieben, während verbale und non-verbale Formen häufig auftraten. In sechs türkischen Notaufnahmen gab jede\_r Fünfte des pflegerischen und ärztlichen Personals an, innerhalb des letzten Jahres sexuell belästigt worden zu sein. 50% berichteten von ungewollten sexuellen Witzen, Geschichten und Fragen mit sexuellem Inhalt. Jeweils 40% erlebten non-verbale sexuelle Anspielungen und ungewolltes Ausfragen, 30% unerwünschte Berührungen. 14% gaben an, dass ihnen jemand ihren / seinen Körper auf sexuelle Art und Weise gezeigt hatte. Von versuchten Übergriffen oder Vergewaltigung wurde nicht berichtet (59).

**TABELLE 2.4 Prävalenz von verschiedenen sexuellen Belästigungsformen**

Jahr	Land	n	Verbale SB	Non-verbale SB	Körperliche SB	(Versuchte) Übergriffe, Bestechung	Ref.
2013	China	378	24,8%		16,0%	18,6%	(32)
2012	Malaysia	455	46,6%	16,7% non-verbal 24,8% visuell 20,9% psychologisch	20,7%	-	(34)
2011	Türkei	49	14,3% private Fragen über Sexualeben 14,3% um Verabredungen bitten 12,2% sexuelle Drohungen 6,1% um Berührungen im Intimbereich bitten 4,1% sexuelle Witze / Bemerkungen	51,0% Anstarren 8,2% Exhibitionismus 8,2% Stalking	8,2% Berührungen 2,0% Umarmungen 2,0% Versuch betroffene Person ins Bett zu ziehen	0%	(58)
2011	Türkei	270	51,2% unerwünschte sexuelle Bemerkungen 39,5% unerwünschtes Ausfragen 18,6% unerwünschte E-Mails / Anrufe	37,2% sexuelle Anspielungen (Augen, Gesicht, Hände) 13,9% Exhibitionismus	27,9% Berührungen	0%	(59)
2009	Japan	355	14,6% anzügliche Bemerkungen* 10,4% unerwünschte Annäherungsversuche 7,9% unerwünschte anhaltende Einladungen 4,8% unerwünschte eindeutige Vorschläge	18,3% unerwünschte Aufmerksamkeit* 8,5% anzügliche Gesten*	13,2% unerwünschte Annäherungsversuche*	0,6% sexuelle Bestechung	(60)
2007	Türkei	622	24,1% unerwünschte Witze / Bemerkungen mit sexuellem Inhalt 11,7% unerwünschtes Ausfragen 7,7% unerwünschte Anrufe / E-Mails	10,6% sexuelle Anspielungen (Augen, Gesicht, Hände) 5,9% Exhibitionismus	6,9% Berührungen	0,3%	(14)
2006	Taiwan	307	55,7%	40,1%	39,1%	-	(40)

Jahr	Land	n	Verbale SB	Non-verbale SB	Körperliche SB	(Versuchte) Übergriffe, Bestechung	Ref.
2004	Italien	265	30,5% verbal, Pornographie 35,5% anzügliche Bemerkungen 20,1% zu Verabredungen drängen	-	15,9% unangenehme Berührungen	3% sexuelle Bestechung 1,1% sexuelle Übergriffe	(17)
2003	Israel	487	75,0% neckende Bemerkungen 41,7% Witze mit sexuellem Inhalt 42,9% Vorschlag zu intimer Beziehung	-	35,0% körperliche Berührungen 17,0% intime Berührungen 8,3% zu intimen Berührungen zwingen	4,9%	(43)
2002	Türkei	215	87/455 Bemerkungen / Witze mit sexuellem Inhalt 63/455 zu Verabredungen drängen 44/455 unerwünschte Briefe / Anrufe	91/455 anzügliche Blicke 80/455 anzügliche Gesten 48/455 Exhibitionismus	32/455 Berührungen 10/455 extrem unangebrachte Berührungen	0	(9)
1999	Großbritannien	85	81% Bemerkungen / Witze mit sexuellem Inhalt 36% zu Verabredungen drängen 18% unerwünschte Briefe / Anrufe / Material mit sexuellem Inhalt	-	47% absichtlich berühren / bedrängen	-	(65)
1997	Australien	197	53,8% Bemerkungen / Witze mit sexuellem Inhalt 24,9% zu Verabredungen gedrängt werden 15,2% unerwünschte Briefe / Anrufe / Material mit sexuellem Inhalt	45,2% anzügliche Blicke / Gesten	49,7% absichtlich berühren / zwicken / bedrängen	17,3% zu sexuellen Gefälligkeiten drängen 1,0% (versuchte) Übergriffe / Vergewaltigung	(47)
1996	Türkei	184	72% necken / Witze mit sexuellem Inhalt 53% zu Verabredungen drängen 36% unerwünschte Briefe / Anrufe	65% anzügliche Gesten 40% Exhibitionismus	25% grabschen / Berührungen 8% extrem unangebrachte Berührungen	-	(15)
1996	USA	345	56,7% anzügliche Anspielungen / Bemerkungen 38,2% beleidigende / anzügliche Laute	-	32,9% obszöne Gesten / unangebrachte Berührungen	13/345	(48)



Jahr	Land	n	Verbale SB	Non-verbale SB	Körperliche SB	(Versuchte) Übergriffe, Bestechung	Ref.
1995	USA	695	87,6% an andere Pflegekräfte gerichtete sexuelle Bemerkungen mitgehört 81,5% Witze mit sexuellem Inhalt 33,1% zu Verabredungen drängen 12,9% zu sexuellen Aktivitäten drängen	70,1% anzügliche Blicke / Gesten 42,1% pornographische Bilder	54,3% unerwünschte Berührungen / körperliche Nähe 28,7% unerwünschte Versuche zu küssen / streicheln	-	(49)
1995	USA	1774	40,1% unerwünschte Annäherungsversuche 36,5% unangenehmer sexueller Humor 28,7% unfaire Behandlung aufgrund des Geschlechts	-	-	-	(72)
1994	USA	97	56% anzügliche sexuelle Bemerkungen / Witze 16% unerwünschte Bitten um Verabredungen 9% Vorschläge sexueller Natur verbunden mit Drohungen / Versprechen bzgl. des Jobstatus	27% unerwünschte non-verbale Aufmerksamkeit / Gesten / anstarren	53% unerwünschte Berührungen (Umarmungen, tätscheln, Körperteile an die betroffene Person reiben)	1/97	(51)
1994	USA	79	32,6% Witze mit sexuellem Inhalt 21,7% sexuelle Bemerkungen	-	26,1% Berührungen	-	(52)
* F>M (p<0,001)							
<b>Legende</b> SB – sexuelle Belästigung							

## 2.5 Daten der einzelnen Fachrichtungen

Einige Autor\_innen untersuchten die Prävalenz in einem bestimmten medizinischen Umfeld in der Annahme, dass das Ausmaß von Gewalterfahrungen, unter anderem sexueller Belästigung, dort besonders hoch sei. In einer aktuellen Studie an ägyptischen Unikliniken waren die Pflegekräfte der Notaufnahme z.B. dreimal häufiger betroffen als in anderen Fachrichtungen (30,5% vs. 11%) (29). Anzumerken ist, dass sexuelle Belästigung bei der Datenerhebung nicht näher definiert wurde. Bei Zeng et al. wurden verschiedene Erscheinungsformen einzeln erfragt: An chinesischen Psychiatriekliniken waren innerhalb von sechs Monaten 25% der Pflegekräfte von verbaler sexueller Belästigung betroffen, 16% von körperlichen Formen und 19% von sexuellen Übergriffen (32). Andere Autor\_innen stellten die Ergebnisse unterschiedlicher Fachrichtungen einander gegenüber. In zwei kanadischen Provinzen berichteten Pflegekräfte (N = 6526) über ihre Erfahrungen innerhalb der letzten fünf Arbeitstage. Für verbale Formen von sexueller Belästigung war die Prävalenz in der Psychiatrie am höchsten (20%), gefolgt von der Notaufnahme (13%). Auf internistischen und chirurgischen Stationen gaben insgesamt 9% an, verbal sexuell belästigt worden zu sein, am niedrigsten war die Prävalenz auf der Intensivstation (4%). Von sexuellen Übergriffen war in allen Fachrichtungen lediglich ein sehr geringer Anteil betroffen (<1%) (75). In einer japanischen Studie wurde die Belästigung durch Patient\_innen und ihre Angehörigen von pflegerischen und ärztlichen Krankenhausbeschäftigten eruiert, wobei der Anteil der befragten Ärzt\_innen deutlich geringer war (610 von 8771). Am stärksten betroffen war das Personal der Dialyse und auf Allgemeinstationen (je 23%). In der Psychiatrie, auf der Intensivstation und im OP berichteten 14% von entsprechenden Ereignissen, in der Kinderheilkunde und in den Ambulanzen 6,5%, in Gynäkologie, Geburtshilfe, Neonatologie und Radiologie jeweils 1% (24). Die Anzahl der Befragten in den einzelnen Fachbereichen variierte allerdings erheblich (zwischen 56 und 2377), sodass der Vergleich nur eine eingeschränkte Aussagekraft hat. Außerdem wurde auch hier sexuelle Belästigung nicht näher definiert. Das ist ebenfalls bei einer südkoreanischen Studie der Fall. Diese ergab, dass ein Viertel der Pflegekräfte im OP betroffen war, ein Fünftel auf Allgemeinstationen; in der Onkologie und in der Ambulanz waren es jeweils 15% (20). In Hinblick auf das ärztliche Personal existieren bisher kaum Daten, die einen Vergleich zwischen den verschiedenen Fachbereichen zulassen.

## 2.6 Der Einflussfaktor der Teamzusammensetzung

Nur wenige Autor\_innen haben untersucht, ob Zusammenhänge bestehen zwischen sexueller Belästigung und dem Geschlechterverhältnis innerhalb eines Teams bzw. dem Geschlecht der Leitung. Laut den Studienergebnissen aus der EU werden Frauen in Teams mit weiblichen Vorgesetzten seltener belästigt (4). Die einzigen Daten aus dem medizinischen Bereich deuten wiederum darauf hin, dass das Geschlecht der Pflegedienstleitung keine Bedeutung hat (17). Romito et al. fanden hingegen heraus, dass ein hoher Anteil an männlichen Pflegekräften signifikant mit einer erhöhten Belästigungsrate einherging, unter Ärzt\_innen war dieser Zusammenhang nicht signifikant. Allerdings wurden Frauen in Teams mit überwiegend männlichen Ärzten von Kolleg\_innen und Patient\_innen häufiger zu Verabredungen gedrängt oder unangenehm berührt (nicht signifikanter Zusammenhang) (17). In der Women Physicians Health Study (N = 4357 US-amerikanische Ärztinnen) unterschied sich die Prävalenz bei Betroffenen in überwiegend männlichen Teams von denen in überwiegend weiblichen Teams kaum (40% vs. 35%) (13). Ob Frauen an männlich oder weiblich dominierten Arbeitsplätzen mehr sexuelle Belästigung erleben, ist in der Literatur allgemein umstritten (76). Krings und Schär Moser fanden heraus, dass in männlich dominierten Teams Frauen selbst eher potenziell belästigendes Verhalten zeigten (3). Eine andere Studie ergab, dass ein ausgeglichenes Verhältnis von Männern und Frauen auf allen Ebenen und eine gerechte Verteilung von Verantwortung und Macht mit weniger sexueller Belästigung am Arbeitsplatz einherzugehen scheint (4).

## 2.7 Ursachen von sexueller Belästigung

Ein weiterer Forschungsansatz sieht sexuelle Belästigung als Ausdruck von Macht und Statusbehauptung insbesondere in hierarchischen Systemen, z.B. innerhalb des Machtgefälles von Mitarbeitenden unterschiedlicher fachlicher Kompetenz und Hierarchieebenen oder zwischen Frauen und Männern (19,77). Besonders Frauen in höheren Positionen berichten von sexueller Belästigung durch Kolleg\_innen; sexuelle Belästigung scheint dort häufiger aufzutreten, wo sich Machtverhältnisse in letzter Zeit zugunsten von Frauen verschoben haben (4,17). Frauen werde der Zugang zu Berei-

chen der Arbeitswelt, die bis vor kurzem männlich dominiert waren, erschwert, indem ihnen traditionelle gesellschaftliche Grenzen aufgezeigt werden (18). Unterstützt wurde dieser Ansatz durch die Daten von Krings und Schär-Moser, die herausfanden, dass Männer häufiger potenziell belästigendes Verhalten zeigten, wenn sie glaubten, dass Frauen Männern Macht am Arbeitsplatz wegnehmen (3). Eine zunehmende Teilhabe von Frauen in bestimmten Bereichen des Arbeitslebens geht demnach offensichtlich mit mehr sexueller Belästigung einher (4). Dieses Phänomen lässt sich auch in der Medizin bzw. in bestimmten medizinischen Gebieten beobachten, die traditionell männlich dominiert und besonders hierarchisch strukturiert sind, z.B. Universitätskliniken, chirurgische oder notfallmedizinische Abteilungen (13,60,71). Andererseits ist nicht auszuschließen, dass Frauen in höheren Positionen eher von sexueller Belästigung als solcher sprechen und dadurch der Anschein entsteht, sie würden mehr Erfahrungen damit machen (17).

In einer Studie von Dekker et al. wurden organisatorische und persönliche Variablen als Prognoseindikatoren für sexuelle Belästigung an einer kanadischen Universität untersucht. Bei Männern, die tendenziell sensibel für die Auswirkungen ihres Handelns auf andere waren („perspective taking“), war die Wahrscheinlichkeit sexuell belästigendes Verhalten zu zeigen, geringer. Dagegen korrelierten folgende Merkmale mit belästigendem Verhalten: ein geringes Selbstwertgefühl gepaart mit der Annahme, durch andere bedroht zu werden, was zur Folge hatte, Dominanz, Kontrolle und Macht über andere zu zeigen; außerdem die Überzeugung, dass Frauen und Männer sexuelle Gegner\_innen seien und Täuschung und Dominanzverhalten sexuelle Beziehungen charakterisierten. Die stärkste Korrelation gab es mit der Überzeugung, dass Frauen provozierten, sexuell belästigt zu werden und Übergriffe meldeten, um Aufmerksamkeit zu erzeugen. Auf der organisatorischen Ebene korrelierten ein passiver Umgang der Institution mit dem Thema sexuelle Belästigung, das heißt beispielsweise das Nichtvorhandensein expliziter Strategien oder einer Policy und eine fehlende Sanktionierung von Täter\_innen. Ebenfalls ging ein stark sexualisiertes Arbeitsklima vermehrt mit belästigendem Verhalten einher. Damit gemeint ist das Ausmaß, in welchem sexuelle Witze, Andeutungen und Gespräche zum Arbeitsalltag gehören (78).

Die medizinische Forschung hat die Ursachen von sexueller Belästigung nur in gerin-

gem Maße systematisch erfasst. Cugin und Fish fanden im Rahmen einer Studie zu sexueller Belästigung von Pflegekräften heraus, dass folgende Faktoren mit Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und unerwünschte sexuelle Aufmerksamkeit korrelierten: 1. Ein unausgeglichenes Verhältnis von Frauen und Männer am Arbeitsplatz, 2. ein negatives Verhalten von Vorgesetzten und 3. keine vorher stattgefundene Sozialisierung der Betroffenen innerhalb des Berufskontexts (18).

Laut zwei türkischen Studien glaubte die Mehrheit der befragten Pflegekräfte, dass sexuelle Belästigung nicht damit zusammenhängt, wie Betroffene sich kleiden, ein Drittel glaubte aber, dass der Kleidungsstil möglicherweise eine zusätzliche Rolle spielt. Einige vermuteten, dass eine sexualisierte Darstellung von Krankenschwestern in den Medien solche Verhaltensweisen begründen könnte (9,15). Aus der medizinischen Literatur gibt es sonst kaum Daten zu diesem Aspekt.

## **2.8 Fragestellung**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die medizinische Forschung bisher umfangreiche Daten zu sexueller Belästigung von Pflegekräften geliefert hat und einige zu ärztlichem Personal. Von manchen Autor\_innen wurden Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Prävalenz untersucht. Aus vielen Studien ist bekannt, von wem belästigendes Verhalten ausgeht, aber wenige enthalten Informationen über das Geschlecht der Täter\_innen. Wir kennen Daten zu verschiedenen Fachrichtungen, wissen aber kaum etwas über den Einfluss der Teamzusammensetzung und welche Gründe Klinikangestellte für sexuelle Belästigung wahrnehmen. Es existieren einige europäische Studien, die Situation in Deutschland ist bisher aber nicht beschrieben. Das Ziel ist deshalb, die Forschungslücke im deutschsprachigen Raum zu schließen.

Die Hauptfragestellung lautet somit:

- Erleben Mitarbeitende der Charité - Universitätsmedizin Berlin in ihrem Berufsalltag Grenzüberschreitungen in Form von sexueller Belästigung?

Weiterhin sollen folgende Fragenkomplexe beantwortet werden:

- In welchem Ausmaß und in welcher Art und Weise erleben Ärzt\_innen an der Charité - Universitätsmedizin Berlin sexuelle Belästigung?
- Gibt es einen signifikanten Unterschied in der Betroffenheit von weiblichen und männlichen Mitarbeitenden?
- Von wem gehen entsprechende Grenzüberschreitungen aus?
- Welche Gründe nehmen Mitarbeitende für sexuell belästigendes Verhalten wahr?

## 3 Methoden

### 3.1 Messinstrumente

Der Fragebogen (siehe Anhang 7.1) basierte auf einer Literaturrecherche zum Thema sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz und wurde in Anlehnung an eine Schweizer Studie erstellt (3). Vor Beginn der Studie wurde der Fragebogen mit freiwilligen Proband\_innen getestet. Folgende soziodemographische Parameter wurden erfasst: Geschlecht, Alter, Berufsgruppe, Fachrichtung, Beschäftigungsdauer an der Charité, Team- und Klinikgröße sowie Geschlecht der Team- / der Klinikleitung. Außerdem wurden die Teilnehmenden um Angaben zur geschlechtlichen Zusammensetzung ihres Arbeitsteams gebeten. Mit einem Schieberegler konnte auf einer Skala zwischen „1“ (rein weibliches Team) und „9“ (rein männliches Team) ausgewählt werden. In gleicher Weise wurde erfasst, wie ausgeprägt Hierarchien am Institut oder auf Station empfunden wurden (1 – flache Hierarchien, 9 – sehr hierarchisch). Die Teilnehmenden wurden nach ihren Erfahrungen mit sexueller Belästigung befragt. Aus einer Liste mit verschiedenen Formen von sexueller Belästigung konnten sie auswählen, ob sie das jeweilige Szenario erlebt hatten oder nicht. Zusätzlich gab es ein offenes Eingabefeld. Untersucht wurden persönliche Erfahrungen der gesamten Berufslaufbahn und der letzten zwölf Monate. Außerdem wurde erfasst, ob vorgefallene Ereignisse als belästigend oder bedrohend empfunden wurden. Falls persönliche Erfahrungen bejaht wurden, wurden die Teilnehmenden um Angaben zu den Täter\_innen gebeten. Gefragt wurde erstens nach dem Geschlecht, das heißt ob die Belästigung(en) a) nur von Frauen, b) vor allem von Frauen, c) von Männern und Frauen, d) vor allem von Männern, e) nur von Männern oder f) von Personen mit anderen / nicht definierten / nicht bekannten Geschlechtern ausging. Zweitens wurde erfragt, ob es sich um Patient\_innen, Verwandte von Patient\_innen, Kolleg\_innen, Vorgesetzte und oder sonstige Täter\_innen handelte. Diese Daten wurden ebenfalls für die Berufslaufbahn und die vergangenen zwölf Monate erhoben. Außerdem wurde gefragt, welche Gründe die Mitarbeitenden für sexuelle Belästigung wahrnehmen. Aus einer Liste konnten verschiedenen Optionen ausgewählt werden, zusätzlich gab es ein offenes Eingabefeld.

Der webbasierte Fragebogen wurde mithilfe der Software Sosci Survey® erstellt.

## 3.2 Studiendesign

In der WPP-Querschnittstudie („Workplace Policy“ / „Watch - Protect - Prevent“) wurde sexuelle Belästigung von Angestellten im ärztlichen und pflegerischen Bereich der Charité - Universitätsmedizin Berlin untersucht. Wie in Abbildung 3.2 zu sehen ist, erfolgte die Datenerhebung in zwei Phasen. Einerseits wurden (a) quantitative Daten durch eine anonyme Online-Umfrage zwischen Mai und Juli 2015 erhoben und andererseits wurden (b) qualitative Daten durch Einzelinterviews zwischen Januar und September 2015 erfasst. Um eine hohe Teilnahmequote und ein möglichst repräsentatives Ergebnis in beiden Phasen der Datenerhebung zu erzielen, wurden die Mitarbeitenden im Vorhinein umfangreich informiert.

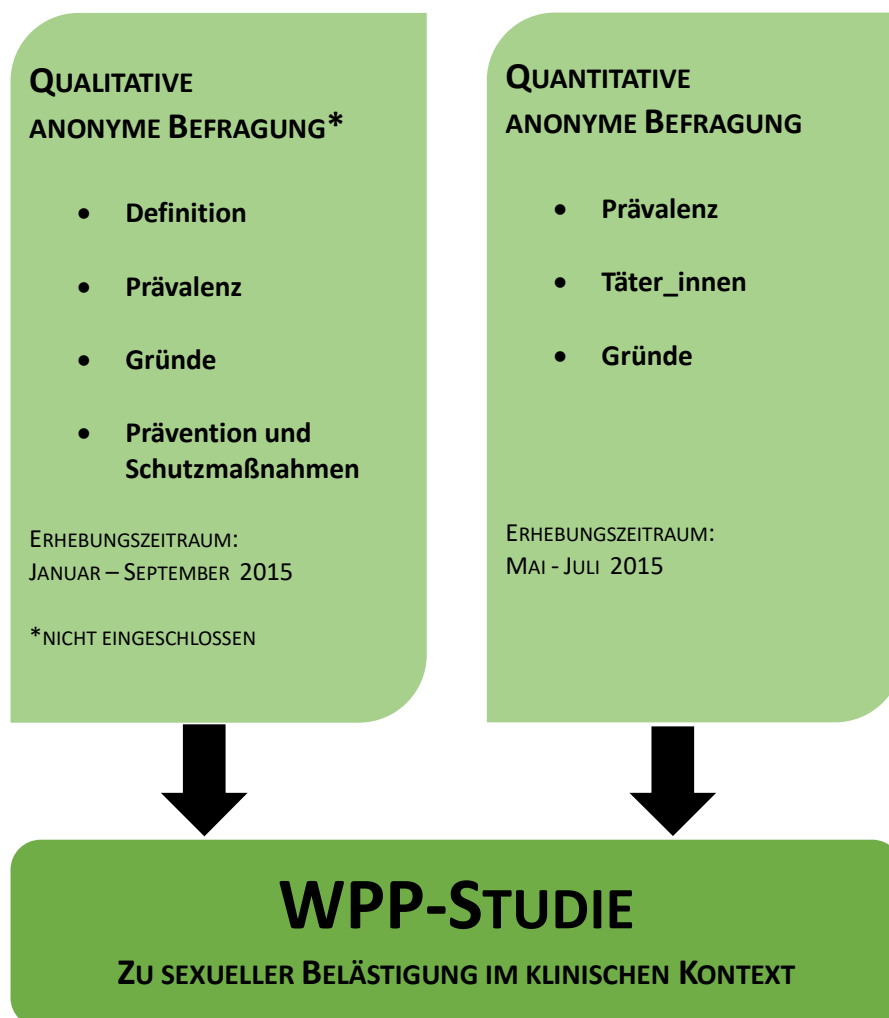


ABB. 3.2 SCHEMA WPP-STUDIE



Eine eigene Webseite wurde erstellt und Faltblätter und Plakate auf den drei Campi der Charité (Campus Benjamin Franklin, Campus Mitte, Campus Virchow Klinikum) verteilt (siehe Anhang 7.2 und 7.3). Mit Informationsveranstaltungen wurde auf die Studie aufmerksam gemacht. Die Zentrumsdirektionen, Instituts-, Pflege- und Stationsleitungen wurden einbezogen und gebeten, ihre Mitarbeitenden auch intern auf die Teilnahme hinzuweisen. In den Besprechungen der Pflgeteams wurde die Studie vorgestellt und um zahlreiche Teilnahme geworben, ebenso wie über die E-Mailverteiler der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten und der Personalräte. Die Verlinkung zum Fragebogen wurde an die Charité-internen Adressen aller Mitarbeitenden über E-Mail-Verteiler verschickt. Für die Teilnahme war ein Internetzugang Voraussetzung sowie Kenntnisse mit dem Ausfüllen von Online-Formularen. Zum Starttermin der Umfrage wurde eine Meldung über das Charité-Intranet geschaltet.

### **3.3 Votum der Ethikkommission**

Die WPP-Studie wurde von der Ethikkommission der Charité - Universitätsmedizin Berlin geprüft und im Dezember 2014 bewilligt (EA1/350/14).

### **3.4 Stichprobe**

Die Studienpopulation der quantitativen Befragung umfasste alle pflegerischen (N = 2747) und ärztlichen (N = 1862) Beschäftigten von internistischen und chirurgischen Kliniken der Charité. Wissenschaftliche Mitarbeitende wurden zum ärztlichen Personal gerechnet. Bei der Befragung füllten von 4609 angeschriebenen Mitarbeitenden 228 pflegerische Beschäftigte und 790 ärztliche Beschäftigte den Fragebogen aus. Das entsprach einer Rücklaufquote von 8,3% (Pflegepersonal) bzw. 42,4% (ärztliches Personal). Während die Beteiligung des Pflegepersonals verhältnismäßig gering war, war der Anteil der befragten Ärzt\_innen repräsentativ für das gesamte ärztliche Personal, das zu diesem Zeitpunkt an der Charité - Universitätsmedizin Berlin beschäftigt war. Aus diesem Grund lag der Fokus bei der Auswertung der Ergebnisse auf dem ärztlichen Personal (Stichprobe Ä). Es wurden alle Fälle eingeschlossen, bei denen mindestens

65% aller Fragen beantwortet waren (siehe Abbildung 3.4). In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich die quantitativen Daten ausgewertet.

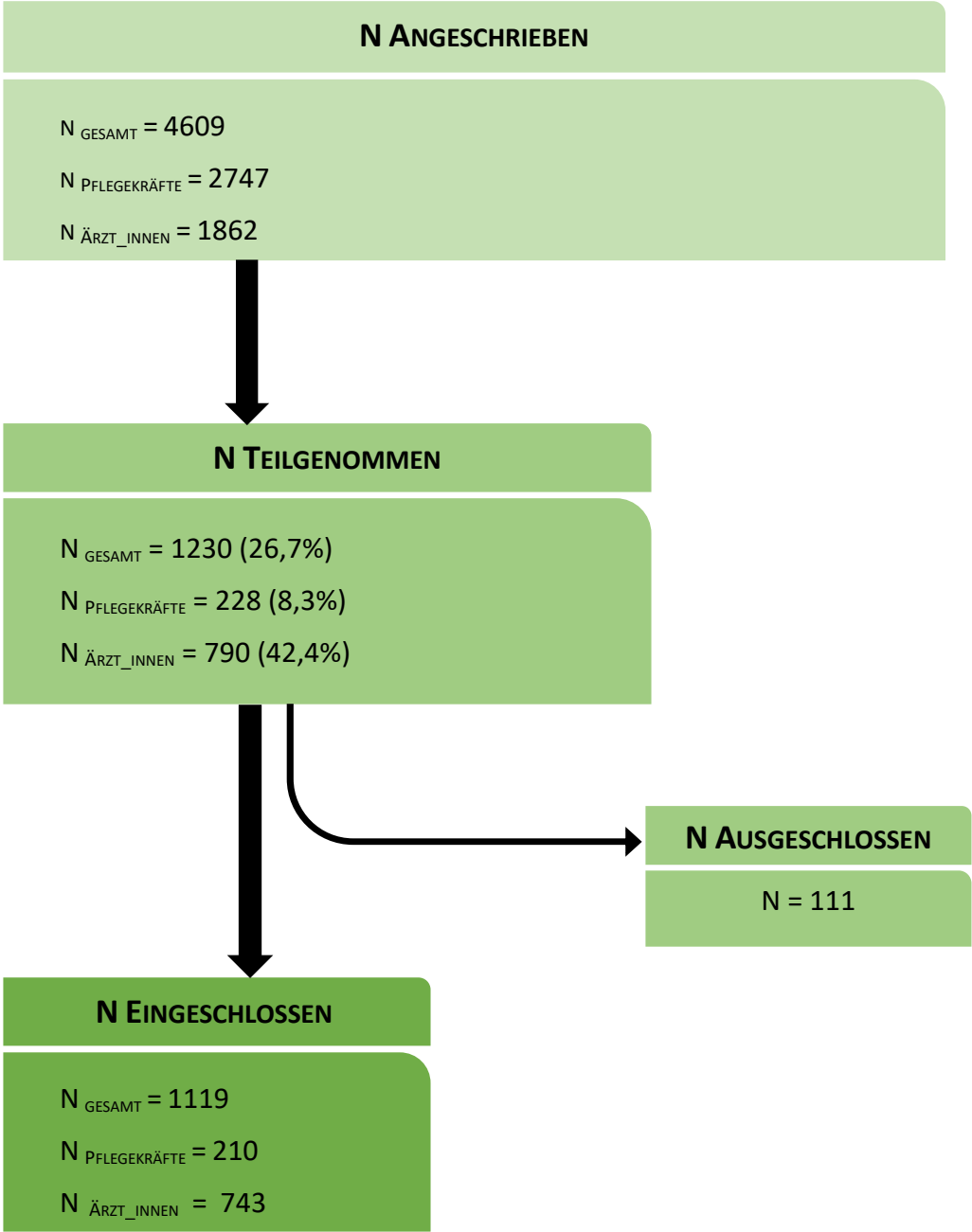


ABB. 3.4 STICHPROBE DER QUANTITATIVEN BEFRAGUNG

### 3.5 Statistische Auswertung

Die Prävalenz von sexueller Belästigung wurde anhand von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Sie setzt sich aus den Studienteilnehmenden zusammen, die mindestens eine Form von sexueller Belästigung (a) in der gesamten Berufslaufbahn (Lebenszeitprävalenz) und (b) in den letzten zwölf Monaten (Ein-Jahres-Prävalenz) erlebt hatten. Mit der gleichen Methode ließ sich die Prävalenz für die jeweils einzelnen Formen von sexueller Belästigung erfassen. Mithilfe von Kreuztabellen wurden relative Häufigkeiten bei Männern und Frauen bivariat ermittelt und Unterschiede mit Chi-Quadrat nach Pearsson auf Signifikanz getestet. Als signifikant wurden Unterschiede mit  $p < 0,05$  gewertet. Bei der multiplen logistischen Regressionsanalyse wurden anschließend die Zusammenhänge zwischen den potenziellen Einflussfaktoren auf sexuelle Belästigung erfasst. Hier wurde ebenfalls eine Wahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  als signifikant angesetzt.

Die Analysen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics® Version 23 für Microsoft Windows® berechnet. Die vorliegenden Ergebnisse wurden mithilfe von Microsoft Windows Excel dargestellt. Angegeben wurden lediglich gültige Prozente, fehlende Werte wurden weggelassen.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Demographische Daten

Bei der vorliegenden Stichprobe (Stichprobe Ä,  $N = 743$ ), einer Teilpopulation der WPP-Studie, handelte es sich um ärztliches Personal der Charité - Universitätsmedizin Berlin. In Tabelle 4.1 sind demographische Parameter aufgeführt und denen der Gesamtpopulation der WPP-Studie gegenübergestellt. Da es bei der Kategorie Geschlecht neben „männlich“ und „weiblich“ als Auswahlmöglichkeit „trans\* / inter\*“ und „keines davon“ gab, ist  $N_{\text{Frauen}}$  plus  $N_{\text{Männer}}$  nicht  $N_{\text{gesamt}}$ .

### 4.2 Prävalenz von sexueller Belästigung

525 Befragte (70,7%) gaben an, innerhalb ihrer Berufslaufbahn mindestens eine Form von sexueller Belästigung erlebt zu haben. Eine Untergruppe der Befragten lieferte ebenfalls Informationen zur Betroffenheit innerhalb der letzten zwölf Monate. Hier hatten 71,7% der Befragten mindestens eine entsprechende Erfahrung gemacht. Wie in Tabelle 4.2 zu sehen, wurden für die gesamte berufliche Aktivität bzw. die vergangenen zwölf Monate (Prozentangaben für beide Zeiträume in Klammern) am häufigsten abwertende Sprüche über Frauen, Männer und Homosexuelle und obszöne Witze als Belästigungsform genannt (62% bzw. 57,3%); am zweithäufigsten sexuelle Anspielungen und abwertende Bemerkungen über Person, Aussehen oder Kleidung (25,2% bzw. 19,2%) sowie unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder unnötiges körperliches Nahekommen (17,2% bzw. 9,3%) und unerwünschte Geschichten / Gespräche mit sexuellem Inhalt (14,9% bzw. 11,5%). Von sexueller Nötigung berichteten vier bzw. ein Befragter.

**TABELLE 4.1 Demographische Daten**

	WPP-Studie (%) n = 1119	Stichprobe Ä (%) n = 743
<b>Geschlecht:</b>		
Weiblich	712 (63,6%)	<b>448 (60,3%)</b>
Männlich	373 (33,3%)	<b>289 (38,9%)</b>
Trans* / Inter*	3 (0,3%)	<b>0</b>
Keine Angabe	31 (2,8%)	<b>6 (0,8%)</b>
<b>Alter:</b>		
<20	1 (0,1%)	<b>0</b>
20-29	209 (18,7%)	<b>143 (19,2%)</b>
30-39	452 (40,4%)	<b>377 (50,7%)</b>
40-49	247 (22,1%)	<b>149 (20,1)</b>
50-59	159 (14,2%)	<b>58 (7,8%)</b>
>=60	29 (2,6%)	<b>16 (2,2%)</b>
<b>Berufsgruppe:</b>		
Assistenzärzt_innen	349 (31,2%)	<b>349 (47,0%)</b>
Ober- / Chefärzt_innen	123 (11,0%)	<b>123 (16,6%)</b>
Wiss. Mitarbeitende	271 (24,2%)	<b>271 (36,5%)</b>
Pflege	210 (18,8%)	
Auszubildende	3 (0,3%)	
Studierende	12 (1,1%)	
Sonstige	151 (13,5%)	
<b>Fachrichtung:</b>		
Chirurgisch / operativ	213 (19,0%)	<b>145 (19,5%)</b>
Internistisch / nicht operativ	366 (32,7%)	<b>286 (38,5%)</b>
Forschung	255 (22,8%)	<b>199 (26,8%)</b>
Sonstige	285 (25,5%)	<b>113 (15,2%)</b>
<b>Beschäftigungsdauer an der Charité:</b>		
<1 Jahr	96 (8,6%)	<b>71 (9,6%)</b>
1-5 Jahre	418 (37,4%)	<b>335 (45,1%)</b>
6-10 Jahre	205 (18,3%)	<b>165 (22,2%)</b>
>10 Jahre	373 (33,3%)	<b>168 (22,6%)</b>
<b>Legende</b>		
Wiss. Mitarbeitende – Wissenschaftliche Mitarbeitende		

**TABELLE 4.2 Prävalenz (%) von verschiedenen Formen sexueller Belästigung \***

	<b>Gesamt (%)</b> n = 743 ** n = 515 **	<b>Frauen (%)</b> n = 448 n = 338	<b>Männer (%)</b> n = 289 n = 172	<b>p-Wert ***</b>
<b>„Haben Sie im Laufe Ihrer gesamten beruflichen Aktivität / in den letzten 12 Monaten folgende Grenzüberschreitungen erlebt?“</b>				
Jemand spricht abwertend von Frauen / Männern / Homosexuellen, macht obszöne Witze.	461 (62,0%) <b>295 (57,3%)</b>	297 (66,3%) <b>186 (55,0%)</b>	159 (55,0%) <b>107 (62,2%)</b>	<b>0,002</b> 0,121
Jemand hat Ihnen telefonisch, per Brief, E-Mail oder SMS abwertende oder obszöne Witze und Sprüche, pornographische oder Nacktbilder zukommen lassen.	47 (6,3%) <b>30 (5,8%)</b>	21 (4,7%) <b>16 (4,7%)</b>	23 (8,0%) <b>13 (7,6%)</b>	0,067 0,193
Jemand hat anzügliche Sprüche über Sie, Ihr Aussehen, Ihre Kleidung oder sexuelle Anspielungen bzw. abwertende Bemerkungen über Ihre Person gemacht.	187 (25,2%) <b>99 (19,2%)</b>	145 (32,4%) <b>76 (22,5%)</b>	40 (13,8%) <b>22 (12,8%)</b>	<b>&lt;0,0001</b> <b>0,009</b>
Jemand hat Ihnen unerwünscht nachgepfiffen, Sie unsittlich angestarrt oder mit Blicken ausgezogen.	98 (13,2%) <b>48 (9,3%)</b>	89 (19,9%) <b>41 (12,1%)</b>	7 (2,4%) <b>6 (3,5%)</b>	<b>&lt;0,0001</b> <b>0,001</b>
Jemand hat Ihnen gegenüber obszöne sexuelle Gebärden, Gesten oder Zeichen gemacht.	41 (5,5%) <b>21 (4,1%)</b>	24 (5,4%) <b>10 (3,0%)</b>	15 (5,2%) <b>10 (5,8%)</b>	0,921 0,116
Jemand hat Ihnen unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt erzählt oder Gespräche mit sexuellem Inhalt geführt.	111 (14,9%) <b>59 (11,5%)</b>	79 (17,6) <b>42 (12,4%)</b>	30 (10,4%) <b>16 (9,3%)</b>	<b>0,007</b> 0,293
Jemand hat Ihnen aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten gemacht.	55 (7,4%) <b>21 (4,1%)</b>	40 (8,9%) <b>14 (4,1%)</b>	13 (4,5%) <b>6 (3,5%)</b>	<b>0,023</b> 0,719
Jemand hat unerwünschten Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperlich unnötiges Nahekommen hergestellt.	128 (17,2%) <b>48 (9,3%)</b>	100 (22,3%) <b>34 (10,1%)</b>	27 (9,3%) <b>14 (8,1%)</b>	<b>&lt;0,0001</b> 0,483

	Gesamt (%) n = 743 ** <b>n = 515 **</b>	Frauen (%) n = 448 <b>n = 338</b>	Männer (%) n = 289 <b>n = 172</b>	p-Wert ***
Jemand hat Sie begrabscht / gegen Ihren Willen versucht zu küssen.	17 (2,3%) <b>5 (1,0%)</b>	13 (2,9%) <b>2 (0,6%)</b>	3 (1,0%) <b>3 (1,7%)</b>	0,090 <b>0,212</b>
Jemand hat Ihnen Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen, bzw. Nachteile bei Verweigerung desselben angedroht.	11 (1,5%) <b>3 (0,6%)</b>	9 (2,0%) <b>1 (0,3%)</b>	2 (0,7%) <b>2 (1,2%)</b>	0,150 <b>0,226</b>
Jemand hat Sie sexuell genötigt.	4 (0,5%) <b>1 (0,2%)</b>	2 (0,4%) <b>0</b>	2 (0,7%) <b>1 (0,6%)</b>	0,658 <b>0,161</b>
Andere Situationen	16 (2,2%) <b>10 (1,9%)</b>	11 (2,5%) <b>8 (2,4%)</b>	4 (1,4%) <b>2 (1,2%)</b>	0,354 <b>0,346</b>
Mindestens eine Form von SB	525 (70,7%) <b>369 (71,7%)</b>	341 (76,1%) <b>235 (69,5%)</b>	178 (61,6%) <b>131 (76,2%)</b>	<b>&lt;0,0001</b> <b>0,115</b>
<p><b>Legende</b></p> <p>* Daten bzgl. Berufslaufbahn: normal gedruckt</p> <p><b>Daten bzgl. 12 Monate: fett / kursiv gedruckt</b></p> <p>** n „gesamt“ = n „Frauen“ + n „Männer“ + n „keine Angabe bzgl. Geschlecht“; daher ist n „gesamt“ tlw. größer als n „Frauen“ + n „Männer“</p> <p>*** p-Werte &lt; 0,05 fett gedruckt</p> <p>SB – sexuelle Belästigung</p>				

**TABELLE 4.3.1 Prävalenz (%) von sexueller Belästigung**

**„Haben Sie im Laufe Ihrer gesamten beruflichen Aktivität mind. eine Form von SB erlebt?“**

Variablen	Gesamt n (%) *	Frauen n (%)	Männer n (%)	p-Wert **
<b>Berufsgruppe</b>				
Assistenzärzt_innen	261 (74,8%)	177 (78,7%)	83 (67,5%)	<b>0,022</b>
Ober- / Chefärzt_innen	82 (66,7%)	35 (81,4%)	43 (56,6%)	<b>0,006</b>
Wiss. Mitarbeitende	182 (67,2%)	129 (71,7%)	52 (57,8%)	<b>0,022</b>
<b>Fachrichtung</b>				
Chirurgisch / operativ	108 (74,5%)	60 (76,9%)	44 (69,8%)	0,342
Internistisch / nicht operativ	208 (72,7%)	135 (80,4%)	72 (61,5%)	<b>&lt;0,0001</b>
Forschung	125 (62,8%)	82 (67,8%)	43 (55,1%)	0,072
Andere	84 (74,3%)	64 (79,0%)	19 (61,3%)	0,055
<b>Alter</b>				
20-29 Jahre	105 (73,4%)	70 (75,3%)	35 (70,0%)	0,496
30-39 Jahre	268 (71,1%)	183 (76,3%)	84 (61,8%)	<b>0,003</b>
40-49 Jahre	106 (71,1%)	59 (75,6%)	45 (65,2%)	0,166
50-59 Jahre	38 (65,5%)	24 (77,4%)	13 (50,0%)	<b>0,031</b>
>60 Jahre	8 (50,0%)	5 (83,3%)	1 (12,5%)	<b>0,008</b>
<b>Beschäftigungsdauer an der Charité</b>				
<1 Jahr	36 (50,7%)	21 (44,7%)	15 (62,5%)	0,155
1-5 Jahre	247 (73,7%)	174 (80,2%)	71 (61,2%)	<b>&lt;0,0001</b>
6-10 Jahre	127 (77,0%)	79 (81,4%)	47 (70,1%)	0,092
>10 Jahre	112 (66,7%)	65 (77,4%)	44 (54,3%)	<b>0,002</b>
<b>Geschlecht der Teamleitung</b>				
Männlich	315 (69,8%)	193 (76,6%)	121 (61,1%)	<b>&lt;0,0001</b>
Weiblich	104 (67,1%)	81 (73,6%)	22 (50,0%)	<b>0,005</b>
Geteilt (Frau und Mann)	54 (72,0%)	37 (72,5%)	16 (69,6%)	0,792

**Legende**

\* n „gesamt“ = n „Frauen“ + n „Männer“ + n „keine Angabe bzgl. Geschlecht“; daher ist n „gesamt“ tlw. größer als n „Frauen“ + n „Männer“

\*\* p-Werte<0,05 fett gedruckt

SB – sexuelle Belästigung

Wiss. Mitarbeitende – Wissenschaftliche Mitarbeitende



### 4.3 Prävalenz von Frauen und Männern

Die Gesamtprävalenz (Berufslaufbahn) der befragten Männer lag bei 61,6%, die der befragten Frauen bei 76,1%. Frauen machten demnach signifikant häufiger entsprechende Erfahrungen. Bei der Ein-Jahres-Prävalenz waren mehr Männer als Frauen betroffen: 76,2% vs. 69,5% (nicht signifikanter Unterschied). Bezogen auf die Berufslaufbahn war die Prävalenz unter Frauen bei sechs Belästigungsformen signifikant höher als bei Männern. Diese erlebten dagegen häufiger, dass ihnen jemand telefonisch, per Brief, E-Mail oder SMS abwertende oder obszöne Witze, Sprüche, pornographische oder Nacktbilder zukommen ließ (8,0% vs. 4,7%). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant (siehe Tabelle 4.2).

In Tabelle 4.3.1 sind die Prävalenzdaten in Abhängigkeit von Berufsgruppe, Fachrichtung, Alter, Beschäftigungsdauer an der Charité und Geschlecht der Teamleitung dargestellt. Sowohl Assistenz-, Ober- und Chefärztinnen als auch wissenschaftliche Mitarbeiterinnen machten signifikant häufiger entsprechende Erfahrungen als ihre männlichen Kollegen. Betrachtete man die Prävalenz der einzelnen Fachrichtungen, waren Frauen in der Inneren Medizin signifikant häufiger betroffen als Männer. Dies galt ebenfalls für Teams sowohl mit einer männlichen als auch mit einer weiblichen Leitung. In Teams mit einer geteilten Leitung (männlich und weiblich) machten Frauen und Männer etwa gleich häufig entsprechende Erfahrungen (71,6% vs. 69,9%).

In den folgenden Abbildungen und Tabellen sind univariat ermittelte Zusammenhänge zwischen weiteren Einflussfaktoren und sexueller Belästigung und entsprechende Unterschiede in der Betroffenheit von Frauen und Männern dargestellt.

Wie in Tabelle 4.3.2 zu sehen stieg mit einem zunehmenden Anteil an Männern in einem Team die Gesamtprävalenz tendenziell an (siehe Tabelle 4.3.2). In rein weiblichen bzw. stark weiblich dominierten Teams lag die Prävalenz zwischen 50% und 65%, während sie in stark männlich dominierten Teams bei 100% lag. Einschränkend zu beachten ist das kleine N der einzelnen Gruppen. Einen signifikanten Unterschied in der Betroffenheit von Männern und Frauen gab es lediglich in eher weiblich dominierten Teams. Frauen machten dort häufiger Erfahrungen mit sexueller Belästigung. Abbildung 4.3.1 zeigt die Prävalenz von Männern und Frauen in Abhängigkeit der Teamzusammensetzung graphisch.

**TABELLE 4.3.2 Prävalenz (%) von sexueller Belästigung in unterschiedlich zusammengesetzten Teams**

Teamzusammensetzung	Gesamt n (%) *	Frauen n (%)	Männer n (%)	p-Wert **
1 rein weiblich	3 (50%)	3 (60%)	0 (0%)	0,273
2	85 (64,9%)	69 (68,3%)	15 (51,7%)	0,100
3	118 (65,2%)	74 (76,3%)	44 (52,4%)	<b>0,001</b>
4	52 (68,4%)	26 (66,7%)	25 (69,4%)	0,797
5 ausgeglichen	20 (66,7%)	12 (70,6%)	8 (61,5%)	0,602
6	38 (79,2%)	24 (80,0%)	14 (77,8%)	0,854
7	23 (71,9%)	17 (81,0%)	6 (54,5%)	0,115
8	13 (100%)	11 (100%)	2 (100%)	-
9 rein männlich	2 (100%)	-	2 (100%)	-

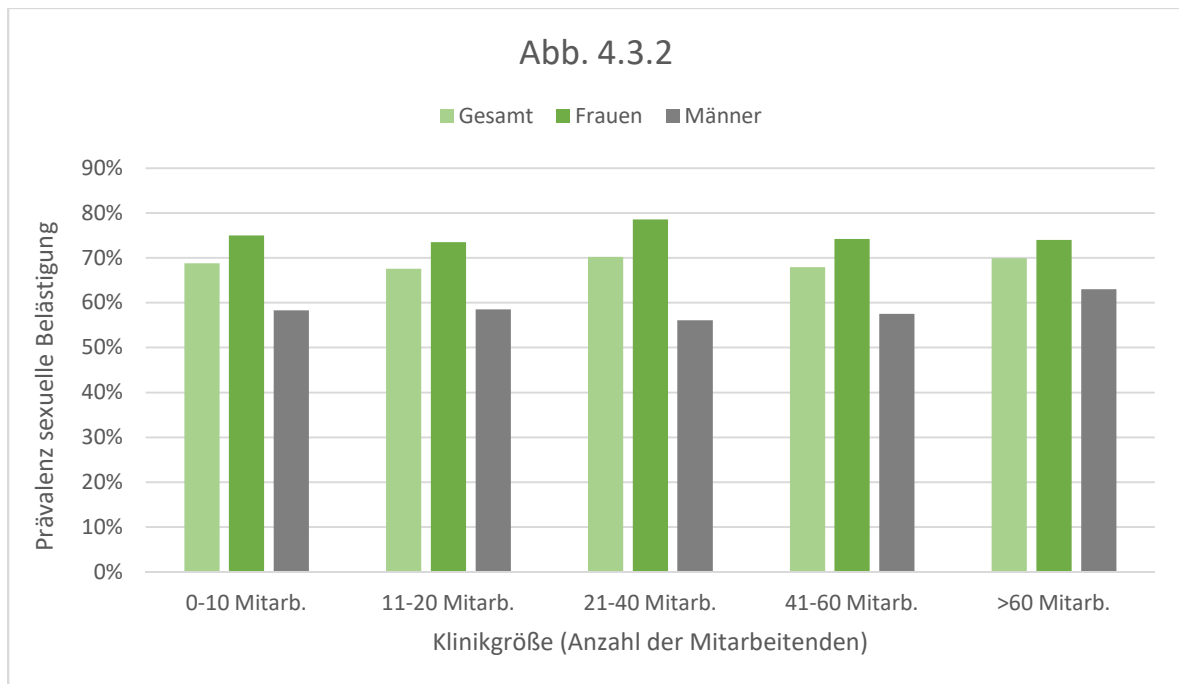
**Legende**

Die Darstellung der Teamzusammensetzung entspricht einer Skala zwischen 1 (rein weibliches Team) und 9 (rein männliches Team)

\* n „gesamt“ = n „Frauen“ + n „Männer“ + n „keine Angabe bzgl. Geschlecht“; daher ist n „gesamt“ tlw. größer als n „Frauen“ + n „Männer“

\*\* p – Werte < 0,05 fett gedruckt

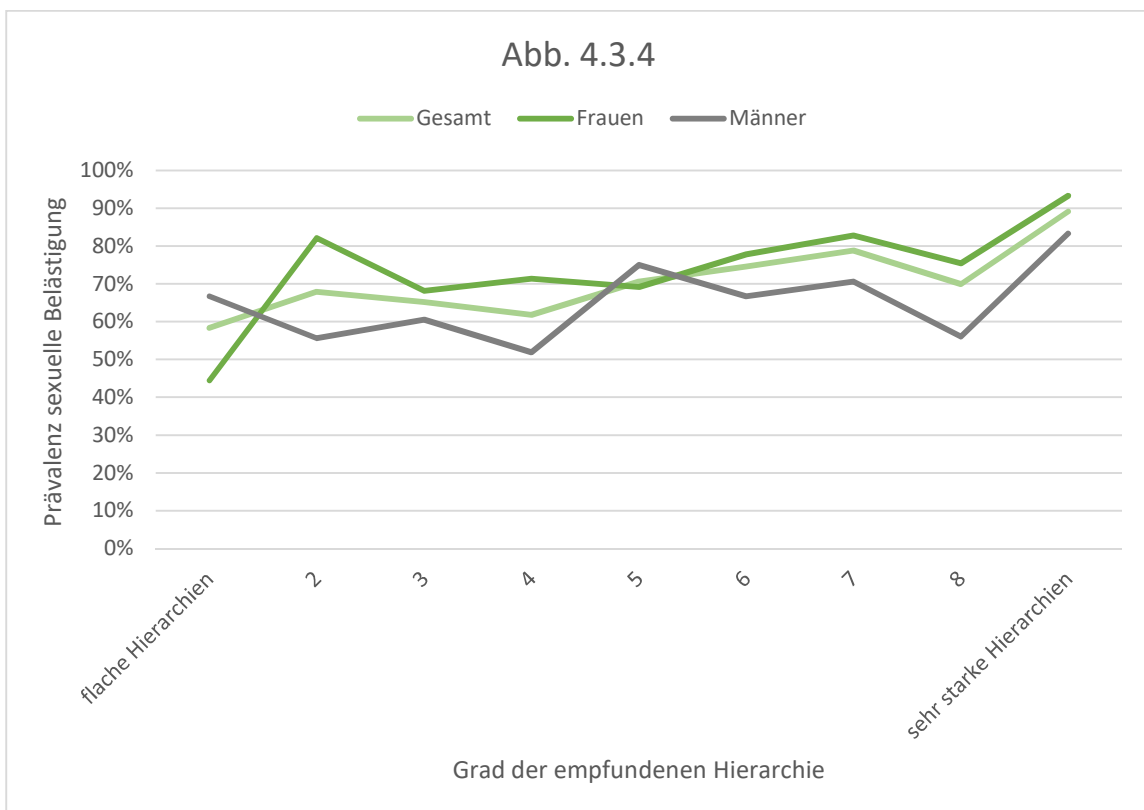
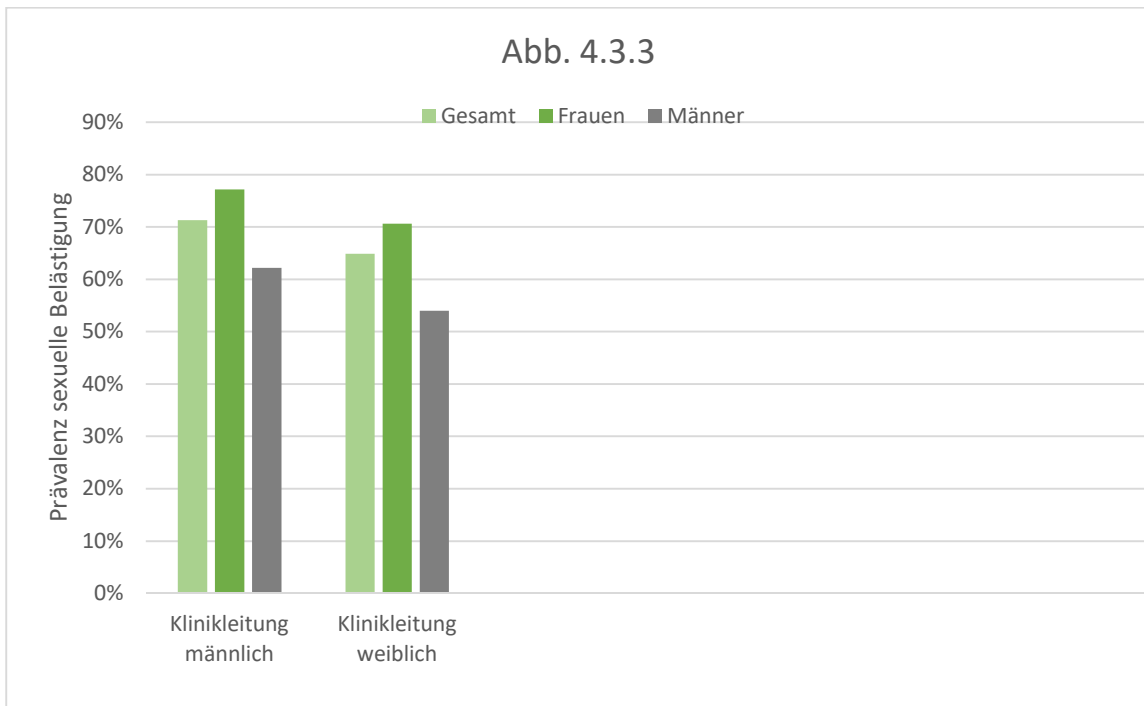




Wie in Abbildung 4.3.2 zu sehen trat sexuelle Belästigung in unterschiedlich großen Kliniken oder Instituten etwa gleich häufig auf. Frauen waren in allen Untergruppen häufiger betroffen, signifikant war der Unterschied jedoch lediglich in Kliniken mit 21 bis 40 Mitarbeitenden (78,6% vs. 56,1%). Abbildung 4.3.3 zeigt jeweils die Prävalenz in Kliniken mit männlicher und weiblicher Leitung. Sexuelle Belästigung kam unter männlichen Klinikleitern insgesamt etwas häufiger vor als unter weiblichen (Gesamtprävalenz 71,3% vs. 64,9%). Der Unterschied bei der Betroffenheit zwischen Frauen und Männern bestand auch hier und war in beiden Untergruppen signifikant (77,2% vs. 62,2% unter männlicher Leitung und 70,6% vs. 54,0% unter weiblicher Leitung). In Abbildung 4.3.4 ist die Abhängigkeit zwischen sexueller Belästigung und der empfundenen Hierarchie zu sehen, dargestellt mit einer Skala zwischen 1 (flache Hierarchie) und 9 (sehr stark ausgeprägte Hierarchie). Tendenziell stieg die Prävalenz je stärker die Hierarchie innerhalb einer Klinik wahrgenommen wurde. In den meisten Untergruppen waren Frauen häufiger betroffen als Männer, die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Eine multivariate Analyse zeigte, dass die strukturellen Faktoren Hierarchie und Beschäftigungsdauer Einfluss auf das Auftreten von sexueller Belästigung hatten. Es konnte bestätigt werden, dass eine stark ausgeprägte Hierarchie besonders prädestinierend war sexuelle Belästigung zu erfahren. Für Frauen galt dies für körperliche,

für Männer für nicht körperliche Formen. Außerdem wurde deutlich, dass sich eine kurze Beschäftigungsdauer für Männer protektiv auswirkte (siehe Tabelle 4.3.3).



**TABELLE 4.3.3 Korrelation struktureller Faktoren mit sexueller Belästigung \***

Einflussfaktoren	Frauen (n=370)			Männer (n=189)		
	SB gesamt	nicht körperliche Formen	körperliche Formen	SB gesamt	nicht körperliche Formen	körperliche Formen
<b>Beschäftigungsdauer (5 Jahre oder weniger)</b>	0,8 (0,5-1,3) p= 0,4	0,8 (0,5-1,2) p=0,3	0,8 (0,5-1,2) p=0,3	<b>0,5 (0,2-0,9)</b> <b>p=0,02 **</b>	<b>0,4 (0,2-0,8)</b> <b>p=0,009 **</b>	<b>0,3 (0,2-0,9)</b> <b>p=0,05 **</b>
<b>Teamgröße (11 oder mehr Mitarbeitende)</b>	1,4 (0,8-2,3) p=0,2	1,4 (0,8-2,3) p=0,2	1,2 (0,8-2,1) p=0,4	1 (0,5-2,0) p=0,9	1 (0,6-2,0) p=0,9	1,8 (0,6-5,1) p=0,3
<b>Klinikgröße (41 oder mehr Mitarbeitende)</b>	0,9 (0,5-1,4) p=0,6	0,9 (0,5-1,4) p=0,6	0,9 (0,5-1,4) p=0,6	0,7 (0,4-1,4) p= 0,4	0,9 (0,5-1,8) p=0,8	0,7 (0,2-1,9) p=0,5
<b>Geschlechtszusammensetzung (v.a. Männer)</b>	1,5 (0,8-2,9) p= 0,2	1,8 (0,9-3,6) p=0,07	0,7 (0,4-1,4) p=0,4	1,6 (0,7-4,0) p=0,3	1,7 (0,7-4,3) p=0,2	2,3 (0,7-7,2) p=0,2
<b>Geschlecht Teamleitung (männlich)</b>	1,4 (0,9-2,4) p=0,2	1,6 (0,9-2,6) p=0,08	0,9 (0,5-1,5) p=0,6	1,0 (0,4-2,2) p=1,0	0,9 (0,4-1,9) p=0,7	1,4 (0,4-5,1) p=0,6
<b>Geschlecht Klinikleitung (männlich)</b>	0,7 (0,4-1,3) p=0,3	1,0 (0,6-1,7) p=0,9	0,7 (0,4-1,1) p=0,1	1,5 (0,7-3,2) p=0,3	1,4 (0,7-3,0) p=0,3	2,2 (0,6-8,6) p=0,2
<b>Hierarchie (stark)</b>	1,3 (0,8-2,0) p=0,6	1,3 (0,8-2,0) p=0,3	<b>1,9 (1,1-3,1)</b> <b>p=0,01 **</b>	<b>2,3 (1,2-4,4)</b> <b>p=0,01 **</b>	<b>2 (1-3,8)</b> <b>p=0,04 **</b>	2,6 (0,9-7,3) p=0,06

**Legende**  
SB – sexuelle Belästigung  
\* Strukturelle Faktoren sind als OR (95% C.I.) dargestellt. Sie wurden nach Geschlecht getrennt und anhand von multivariaten Modellen, die auf die gezeigten Kovariablen bereinigt wurden, analysiert.  
\*\* p-Werte<0,05 fett gedruckt

#### 4.4 Wahrnehmung von sexueller Belästigung

Wie in Tabelle 4.4 zu sehen nahm die Mehrheit der Betroffenen die vorgefallenen Ereignisse als Belästigung wahr, wobei körperliche Übergriffe häufiger als belästigend empfunden wurden als nicht körperliche. Für beide Formen galt, dass Frauen sich signifikant häufiger belästigt fühlten als Männer (93,1% vs. 73,3% und 83,3% vs. 61,3%). Nicht körperliche Übergriffe wurden nur von wenigen Betroffenen als Bedrohung wahrgenommen. Auch hier äußerten signifikant mehr Frauen als Männer die empfundene Bedrohung (15,2% vs. 6,0%). Körperliche Übergriffe nahmen 27,5% als Bedrohung wahr. Hier gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen (siehe Tabelle 4.4).

<b>TABELLE 4.4 Wahrnehmung sexuelle Belästigung</b>				
	<b>Gesamt (%)</b>	<b>Frauen (%)</b>	<b>Männer (%)</b>	<b>p-Wert **</b>
<b>„Haben Sie sich von den erlebten Handlungen belästigt / bedroht gefühlt?“</b>				
Belästigung durch nicht körperliche Übergriffe (n = 493*)	374 (75,8%)	270 (83,3%)	103 (61,3%)	<b>&lt;0,0001</b>
Bedrohung durch nicht körperliche Übergriffe (n = 493*)	61 (12,4%)	49 (15,2%)	10 (6,0%)	<b>0,003</b>
Belästigung durch körperliche Übergriffe (n = 132*)	117 (88,6%)	95 (93,1%)	22 (73,3%)	<b>0,003</b>
Bedrohung durch körperliche Übergriffe (n = 131*)	36 (27,5%)	31 (30,7%)	5 (16,7%)	0,131
<b>Legende</b>				
* n „gesamt“ = n „Frauen“ + n „Männer“ + n „keine Angabe bzgl. Geschlecht“; daher ist n „gesamt“ tlw. größer als n „Frauen“ + n „Männer“				
** p-Werte<0,05 fett gedruckt				

## 4.5 Täter\_innen von sexueller Belästigung

In Tabelle 4.5 ist die Verteilung der Täter\_innen dargestellt (Berufslaufbahn und zwölf Monate). Die Angaben entsprechen dem Anteil der Betroffenen, die die jeweilige Täter\_innengruppe nannte (Mehrfachnennung war möglich). Bei der Frage nach dem Geschlecht wurden am häufigsten „nur Männer“ als Täter genannt (39,9% bzw. 26,5%), gefolgt von „vor allem Männer“ (26,8% bzw. 16,3%) und „Frauen und Männer“ (22,8% bzw. 18,8%). Bei der Frage nach der Rolle der Täter\_innen wurden am häufigsten Kolleg\_innen angegeben (74,3% bzw. 50,2%). Sowohl Patient\_innen als auch Vorgesetzte wurden von rund einem Drittel der Betroffenen genannt. Die Abbildungen 4.5.1 und 4.5.2 verdeutlichen Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Betroffenen hinsichtlich der Täter\_innen graphisch.

**TABELLE 4.5 Verteilung Täter\_innen SB (%)**

**„Von wem ging die erlebte SB aus?“**

Täter_innen	Berufslaufbahn n = 526	12 Monate n = 510
<b>Nach Geschlecht</b>		
nur Frauen	20 (3,8%)	17 (3,3%)
vor allem Frauen	16 (3,0%)	9 (1,8%)
Männer und Frauen	120 (22,8%)	96 (18,8%)
vor allem Männer	141 (26,8%)	83 (16,3%)
nur Männer	210 (39,9%)	135 (26,5%)
andere / nicht definierte / nicht bekannte Geschlechter	4 (0,8%)	16 (3,1%)
nicht beantwortet	15 (2,9%)	154 (30,2%)
<b>Nach Rolle</b>		
Patient_innen	158 (30,0%)	101 (19,8%)
Kolleg_innen	391 (74,3%)	256 (50,2%)
Angehörige von Pat.	52 (9,9%)	31 (6,1%)
Vorgesetzte	160 (30,4%)	97 (19,0%)
Sonstige	33 (6,3%)	22 (4,3%)

Abb. 4.5.1  
Täter\_innen nach Geschlecht  
"Von wem ging die erlebte SB aus?"

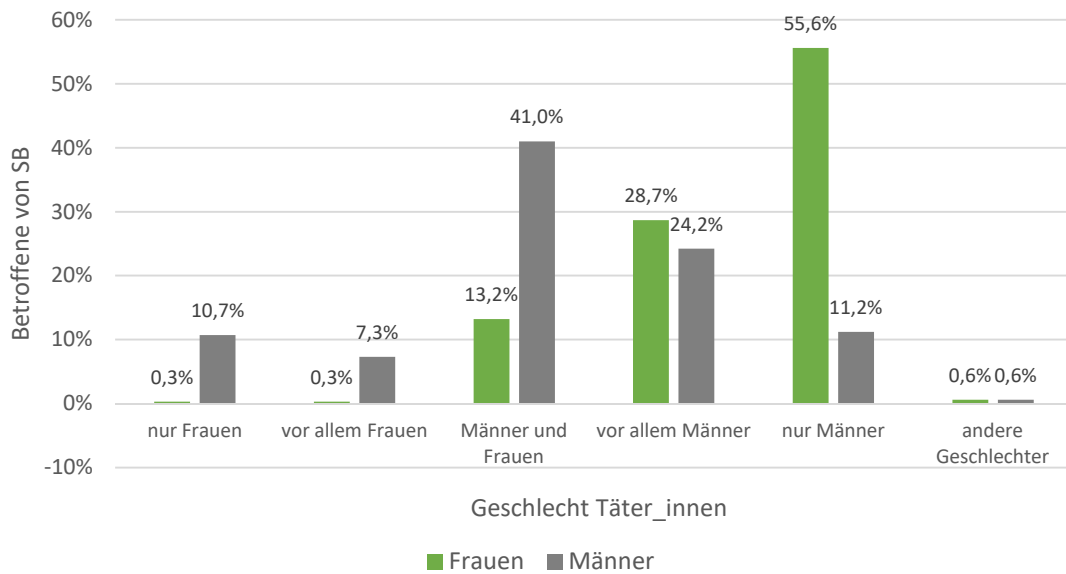
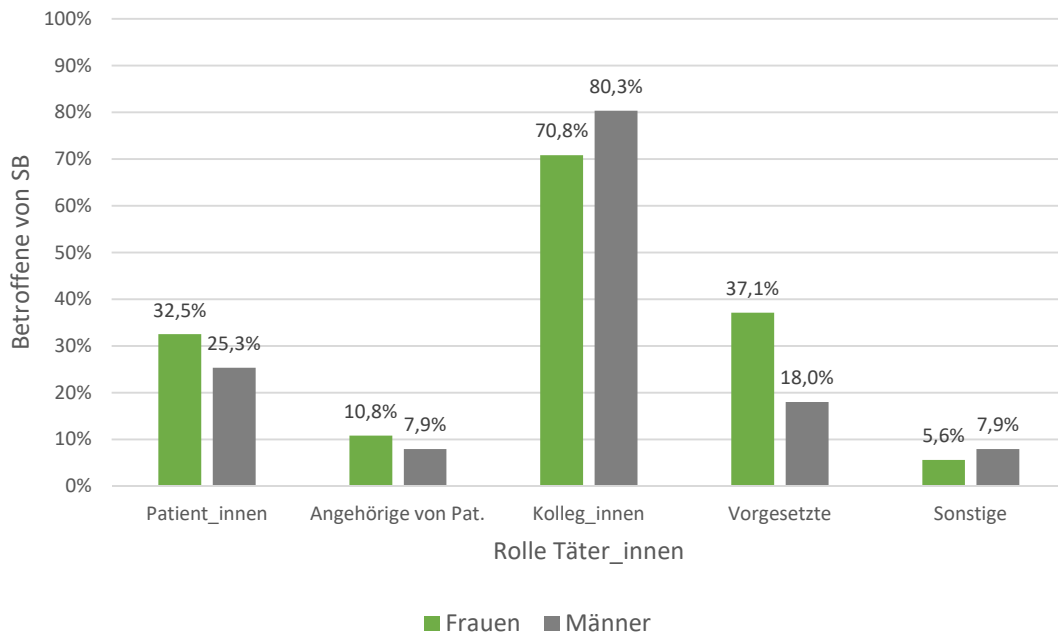


Abb. 4.5.2  
Täter\_innen nach Rolle  
"Von wem ging die erlebte SB aus?"





## 4.6 Hintergründe von sexueller Belästigung

Des Weiteren beleuchtete die WPP-Studie die Frage nach wahrgenommenen Gründen für sexuelle Belästigung (siehe Tabelle 4.6). Gefragt wurde sowohl nach individuellen Merkmalen von Betroffenen und Täter\_innen, die möglicherweise eine Rolle spielen, als auch nach strukturellen Gegebenheiten, die grenzüberschreitende Verhaltensweisen beeinflussen oder fördern könnten.

Die individualisierenden Deutungsmuster betreffend glaubte die Hälfte der Befragten, dass das Aussehen der belästigten Person ausschlaggebend sei. Signifikant mehr Männer als Frauen nannten sexuelles Begehren (50,9% vs. 34,8%) und die sexuelle Orientierung sowohl von Betroffenen (23,0% vs. 14,8%) als auch von Täter\_innen (19,3% vs. 11,0%) als möglichen Grund.

Auf der strukturellen Ebene glaubten rund 70%, dass Machtauspielung sexuelle Belästigung begründet, während 40% der Befragten Statusbehauptung als Grund nannte. Signifikant mehr Frauen als Männer machten diese Angaben (79,0% vs. 60,6% und 47,6% vs. 28,6%). 55% hielten Geschlechterstereotype für einen Teil des Problems. Ein Drittel der Befragten glaubte, dass die Kultur der Station oder des Instituts bedeutsam sei.

**TABELLE 4.6 "Welche Hintergründe liegen Ihrer Meinung nach Grenzüberschreitungen / sexueller Belästigung zugrunde?"**

Gründe quantitativ	Gesamt (%) n = 693*	Frauen (%) n = 420	Männer (%) n = 269	p-Wert **
Aussehen	354 (51,1%)	204 (48,6%)	149 (55,4%)	0,081
Sexuelle Orientierung Betroffene	126 (18,2%)	62 (14,8%)	62 (23,0%)	<b>0,006</b>
Sexuelle Orientierung Täter_innen	100 (14,4%)	46 (11,0%)	52 (19,3%)	<b>0,002</b>
Sexuelles Begehren	285 (41,1%)	146 (34,8%)	137 (50,9%)	<b>&lt;0,0001</b>
Machtausspielung	497 (71,7%)	332 (79,0%)	163 (60,6%)	<b>&lt;0,0001</b>
Stress	84 (12,1%)	53 (12,6%)	29 (10,8%)	0,467
Kultur auf Station / im Institut	212 (30,6%)	134 (31,9%)	76 (28,3%)	0,310
Statusbehauptung	279 (40,3%)	200 (47,6%)	77 (28,6%)	<b>&lt;0,0001</b>
Geschlechterstereotype	380 (54,8%)	233 (55,5%)	145 (53,9%)	0,686
Straffreiheitsglaube	138 (19,9%)	87 (20,7%)	49 (18,2%)	0,421
Sonstige	26 (3,8%)	19 (4,5%)	7 (2,6%)	0,197
<b>Legende</b>				
* n „gesamt“ = n „Frauen“ + n „Männer“ + n „keine Angabe bzgl. Geschlecht“; daher ist n „gesamt“ tlw. größer als n „Frauen“ + n „Männer“				
** p-Werte<0,05 fett gedruckt				

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse

Bei der Ergebnisauswertung der WPP-Studie ließen sich inhaltlich folgende Schwerpunkte identifizieren:

Erstens, bei der Erhebung konnten relativ hohe Prävalenzzahlen festgestellt werden. Die Lebenszeit- und Ein-Jahres-Prävalenz lagen bei jeweils 70,7% bzw. 71,7%. Zweitens, der Großteil der Übergriffe wurde in Form von verbaler Belästigung erlebt. Auch sexuelle Übergriffe, wie sexuelle Nötigung, traten auf, wurden aber nur von einem geringen Prozentsatz der Befragten genannt (0,5%). Drittens, Ärztinnen machten signifikant häufiger entsprechende Erfahrungen als ihre männlichen Kollegen. Viertens, die Mehrheit der Betroffenen nahm die Erlebnisse auch als belästigend wahr. Fünftens, die Täterprofile unterschieden sich ebenfalls. Frauen wurden signifikant häufiger von Männern belästigt, Männer von beiden Geschlechtern gleichermaßen. Hinsichtlich der Rolle der Täter\_innen wurde am häufigsten von Kolleg\_innen berichtet, gefolgt von Vorgesetzten und Patient\_innen. Sechstens, die Befragten vermuteten als Gründe von sexuell belästigendem Verhalten unter anderem Machtauspielung, Statusbehauptung und vorherrschende Geschlechterstereotype.

Bei der WPP-Studie wurde explizit nach zwölf verschiedenen Ausprägungsformen von sexueller Belästigung gefragt. Rund 70% der Befragten hatten mindestens eine Form von sexueller Belästigung sowohl während ihrer Berufslaufbahn als auch in den vergangenen zwölf Monaten erfahren. Mit Abstand am häufigsten wurde berichtet, dass jemand abwertend über Frauen, Männer oder Homosexuelle sprach oder obszöne Witze machte (62,0%). Diese Form von sexueller Belästigung war für die verhältnismäßig hohe Gesamtprävalenz verantwortlich. Am zweithäufigsten wurden sexuelle Anspielungen und abwertende Bemerkungen über Person, Aussehen oder Kleidung genannt (25,2%) sowie unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder unnötiges körperliches Nahekommen (17,2%) und unerwünschte Geschichten oder Gespräche mit sexuellem Inhalt (14,9%). Demzufolge traten vor allem verbale Formen von sexueller Belästigung häufig auf, insbesondere Diskriminierung im Sinn

von sexistischen und homophoben Äußerungen. Bei der WPP-Studie wurden den verschiedenen Ausprägungsformen Definition und Zielsetzung des AGG (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) zugrunde gelegt. Verbale sexuelle Belästigung beinhaltet demzufolge nicht nur sexuelle, sondern auch sexistische Bemerkungen, sprich die Diskriminierung von Männern oder Frauen durch Beleidigung und Abwertung (5). Dieser Aspekt ist auf dem Gebiet der medizinischen Forschung neu. In diesem Kontext müssen auch die unterschiedlichen Ergebnisse bisher stattgefundener Studien gesehen werden.

Verglichen mit anderen Daten ist die gemessene Prävalenz relativ hoch. Bei Wu et al. (N<sub>ärztliches Personal</sub> = 1431) beispielsweise waren nur 6,8% betroffen (26). In der chinesischen Studie wurde allerdings lediglich zwischen verbaler sexueller Belästigung (wiederholte, unerwünschte, intime Fragen sexueller Natur) und sexuellen Übergriffen unterschieden (26). Die Art und Weise der Datenerfassung ist somit ausschlaggebend für die Prävalenz-erfassung. Bronner et al., die eine Prävalenz von 91% unter Pflegekräften feststellten, diskutierten in diesem Zusammenhang, dass nur ein detaillierter Fragebogen ermöglicht, verschiedene Arten von sexueller Belästigung als solche zu erkennen (43). Bei anderen Autor\_innen wurde zwar teilweise nach Witzen mit sexuellem Inhalt und sexuellem Humor gefragt (9,14,15,43,47,49,51,52,58,65,72). Allgemein abwertendes Sprechen über Männer, Frauen oder Homosexuelle wurde bisher jedoch nicht explizit als Form von sexueller Belästigung genannt. Es geht also neben dem Aspekt, wie detailliert die Fragen gestellt werden, besonders darum, wie sexuelle Belästigung jeweils definiert ist.

Der Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Befragten zeigte, dass Frauen auf allen Ebenen, als Assistenz-, Ober-, Chefärztinnen und wissenschaftliche Mitarbeiterinnen mehr sexuelle Belästigung erfuhren als ihre männlichen Kollegen. Besonders auffällig war eine höhere Betroffenheit von Frauen bei folgenden Belästigungsformen: Erstens, anzügliche sexuelle oder abwertende Bemerkungen über Aussehen, Kleidung oder Person (32,4% vs. 13,8%). Zweitens, unerwünschte Gespräche oder Geschichten mit sexuellem Inhalt (17,6% vs. 10,4%). Drittens, unerwünschtes Nachpfeifen, Anstarren oder mit Blicken ausziehen (19,9% vs. 2,4%). Viertens, unerwünschter Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperliches Nahekommen (22,3% vs. 9,3%). Männer erlebten dagegen häufiger, dass ihnen jemand telefonisch, per Brief, E-

Mail oder SMS abwertende oder obszöne Witze, Sprüche, pornographische oder Nacktbilder zukommen ließ (8,0% vs. 4,7%). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Dass Männer häufiger von besonders schweren Formen von sexueller Belästigung betroffen sind als Frauen (32,43,62), konnte weder bestätigt noch widerlegt werden, da ein nur sehr kleiner Anteil der Befragten von schweren körperlichen Übergriffen berichtete. Trotz der höheren Prävalenz unter Frauen bei den meisten Belästigungsarten war der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer\_innen weniger eklatant als der Vergleich mit anderen Studienergebnissen erwarten ließ (18,24,56,60). Grund dafür ist möglicherweise - wie bereits diskutiert - der Einschluss von sexistischen und homophoben Äußerungen in die Definition von sexueller Belästigung, von denen Männer ähnlich häufig betroffen sind (56,60). Ein weiterer Erklärungsansatz dafür, dass sich insbesondere bei älteren Studien der Unterschied zwischen Männern und Frauen noch deutlicher darstellte (70,71), könnte darum auch sein, dass sich eine wachsende Sensibilität für das Thema erst in Studiendesigns neuerer Arbeiten widerspiegelt. Die Wahrnehmung einer großen Bandbreite an Belästigungsformen als solche sowie der vollständige betroffene Personenkreis kann heute möglicherweise deutlicher sichtbar gemacht werden. In einigen Vergleichsstudien wurde beispielsweise nur die Prävalenz unter Frauen erhoben (13,17,58,63,68,69). Obwohl bisherige Forschungsergebnisse zwar darauf hinweisen, dass Frauen in der Regel stärker betroffen sind als Männer, wird eine Herangehensweise, bei der nur Frauen befragt werden, und die Männer als Betroffene ausschließt, der Gesamtheit und Komplexität des Phänomens offensichtlich nicht gerecht. Daher wurde bei der WPP-Studie explizit Wert darauf gelegt, die Gesamtsituation zu untersuchen.

Im medizinischen Kontext bisher wenig erforscht ist die Frage, ob und wie die geschlechtliche Teamzusammensetzung sowie das Geschlecht der Teamleitung das Auftreten von sexueller Belästigung beeinflussen. In den Teams, die jeweils von einem Mann oder von einer Frau geleitet wurden, waren Ärztinnen signifikant häufiger betroffen. Männer waren unter einer weiblichen Leitung etwas seltener betroffen als unter einer männlichen (50,0% vs. 61,1%). Demnach beeinflusste das Geschlecht der Teamleitung lediglich sexuelle Belästigung von Männern. Für Frauen bestand kein Unterschied, sie waren in beiden Gruppen etwa gleich stark betroffen (76,6% vs. 73,6%). Interessanterweise gab es keinen signifikanten Unterschied in Teams mit geteilter Leitung

(Frau und Mann); Frauen und Männer waren annähernd gleich häufig betroffen (72,5% vs. 69,6%).

Daraus schlussfolgernd hat das Geschlecht der Teamleitung, ob männlich, weiblich oder beides, keinen Einfluss auf die Häufigkeit sexueller Belästigung von Frauen. Dass sexuelle Belästigung unter weiblichen Vorgesetzten seltener auftritt (4), konnte in der WPP-Studie nur für die Gruppe männlicher Betroffener nachgewiesen werden.

Die Mehrheit der Betroffenen nahm sowohl nicht körperliche (75,8%) als auch körperliche Übergriffe (88,6%) als Belästigung wahr. Frauen empfanden beide Formen signifikant häufiger als belästigend als Männer (83,3% vs. 61,3% und 93,1% vs. 73,3%). Dass entsprechende Grenzüberschreitungen in der Mehrheit der Fälle auch als Belästigung empfunden werden, unterstreicht, dass das Thema ernst zu nehmen ist. Sexuelle Belästigung stellt demzufolge eine relevante Beeinträchtigung des Arbeitsalltags vieler Mitarbeitenden dar. Diese Tatsache macht deutlich, dass Maßnahmen im Bereich von Prävention und Schutzangeboten für Betroffene nötig sind, um das Phänomen einzudämmen.

Immerhin ein Viertel der Betroffenen empfand nicht körperliche Übergriffe dagegen offensichtlich als nicht belästigend. Unter den männlichen Befragten waren es sogar 40%. Das könnte damit zusammenhängen, dass sich Betroffene häufig subtileren Formen weniger bewusst sind und sexuelle Belästigung entsprechend der Definition teilweise nicht erkannt wird. Die Diskrepanz zwischen den per Definition gemachten Erfahrungen und der subjektiven Wahrnehmung sowie der dargestellte Geschlechterunterschied wurde auch in anderen Arbeiten gezeigt (2,8). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass sexuelle Belästigung immer individuell erfahren und subjektiv empfunden wird. Trotz subjektiv unterschiedlicher Perspektiven handelt es sich bei Geschlechtsdiskriminierung und sexueller Belästigung aber immer um inakzeptables Verhalten, welches das Arbeitsklima beeinträchtigt. Solche Fälle weisen daher auf bestehende Wissenslücken hin, die es zu schließen gilt.

Bei der Frage, vom wem sexuell belästigendes Verhalten ausging, nannte die Mehrheit der Befragten Kolleg\_innen als Täter\_innen (74,3%). Diese Angabe machten mehr Männer als Frauen (80,3% vs. 70,8%; nicht signifikanter Unterschied). Im Gegensatz dazu nannten signifikant mehr Frauen als Männer Vorgesetzte als Täter\_innen (37,1%

vs. 18,0%). 30,0% der betroffenen Ärzt\_innen berichteten von Patient\_innen, durch die sie sexuelle Belästigung erfahren hatten. Der Vorteil der WPP-Studie im Gegensatz zu einigen älteren Studien war, dass die Befragten das Geschlecht der Täter\_innen für mehrere Ereignisse angeben konnten. 84,3% der betroffenen Frauen gaben an, von Männern bzw. vor allem Männern belästigt worden zu sein; ein Großteil der betroffenen Männer (41,0%) sprach von Männern und Frauen gleichermaßen als Täter\_innen. Diese Angabe machten dagegen nur 13,2% der Frauen. 18,0% der Männer berichteten von Frauen bzw. vor allem Frauen und 35,4% von (vor allem) Männern als Täter\_innen. Wie bereits in einigen Studien festgestellt wurde (21,34,50,67), ging das belästigende Verhalten demnach in den meisten Fällen von Männern aus. Die Ergebnisse bestätigten auch, dass sexuelle Belästigung ein bedeutendes Problem innerhalb des Kollegiums ist (14,36,47,56). Sexuelle Belästigung durch Kolleg\_innen und Vorgesetzte wird von Betroffenen möglicherweise als gravierender als durch Patient\_innen empfunden, was gegebenenfalls dazu führte, dass sie eher als solche identifiziert und benannt wurde.

Bei der WPP-Studie wurde nach Gründen gefragt, die die Mitarbeitenden für sexuelle Belästigung wahrnehmen. Während signifikant mehr Männer als Frauen sexuelles Begehren für einen Grund hielten (50,9% vs. 34,8%), sahen signifikant mehr Frauen als Männer in Machtauspielung (79,0% vs. 60,6%) und Statusbehauptung (47,6 vs. 28,6%) ein Motiv für grenzüberschreitende Verhaltensweisen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen auch signifikant häufiger von Vorgesetzten belästigt wurden. Trotz des Geschlechterunterschieds wurde auch unter den männlichen Befragten Machtauspielung als Hauptursache wahrgenommen. Wie bei der WPP-Studie ebenfalls gezeigt werden konnte sind hierarchische Arbeitsstrukturen dementsprechend besonders prädestinierend für das Auftreten von sexueller Belästigung. Sie findet innerhalb und als Teil derer statt (19,77). Das Arbeitsumfeld der universitären Medizin ist geprägt von hohen beruflichen Ambitionen und Karrieredruck der Einzelnen. Sexuelle Belästigung ist dort als Ausdruck des Konkurrenzkampfes zu deuten. Die Abwertung bestimmter Kolleg\_innen, die beispielsweise aufgrund ihres jungen Alters vulnerabel sind oder Konkurrent\_innen, die „gefährlich“ werden könnten, hält diese „klein“ und „in ihrer Position“ (4,17). Dadurch erfahren die Täter\_innen eine Aufwertung.

Ein Drittel der Befragten nahm die Kultur der Station oder des Instituts als Grund für sexuelle Belästigung wahr. In diesem Zusammenhang ist die Rolle von Vorgesetzten,

aber auch die Rolle der Klinik als Arbeitgeberin sehr entscheidend. Denn sexuelle Belästigung tritt besonders dann auf, wenn ein sexualisiertes Arbeitsplatzklima herrscht (78), Führungskräfte negative Umgangsformen vorleben (18) und sie von der Institution nicht aktiv thematisiert und als Problem adressiert wird (78).

Als weitere strukturelle Ursache für sexuelle Belästigung wurden die Geschlechterverhältnisse in der universitären Medizin bewertet. Sowohl die Hälfte der Männer als auch der Frauen sahen in vorherrschenden Geschlechterstereotype einen Grund für sexuelle Belästigung. Von der Vorstellung ausgehend, dass Männer hauptsächlich beruflich tätig und für das Familieneinkommen zuständig und Frauen hauptsächlich für Haushalt und Kinderbetreuung verantwortlich sind, ist sexuelle Belästigung demnach als eine Methode zu deuten, Frauen in traditionelle Rollen zu drängen; dies stellt für sie eine schwierig zu überwindende Barriere in einigen Bereichen der Arbeitswelt dar (3,4,17,18,60). Innerhalb der Medizin, die in Studium und fachärztlicher Weiterbildung bereits weiblich dominiert wird (79,80), trifft das für den Zugang zu höheren Positionen des Gesundheitswesens (17) sowie einige Fachgebiete, in denen mehrheitlich Männer vertreten sind, zu (13,60,71). Sexuelle Belästigung tritt dann häufig auf, wenn Frauen und Männer nicht gleich stark auf allen Ebenen repräsentiert sind und Verantwortung ungleich verteilt ist. Im Umkehrschluss ist die Inzidenz von sexueller Belästigung niedriger, wenn eine Geschlechterparität im entsprechenden Kontext gegeben ist (4,18). Diese Ergebnisse zeigen, dass die berufliche Förderung von Frauen nicht nur der Gleichberechtigung dient, sondern auch Prävention gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz ist.

## **5.2 Limitierungen**

Es konnten einige Limitierungen der WPP-Studie identifiziert werden. Bei Umfragen zu sexueller Belästigung besteht die Gefahr, dass insbesondere Betroffene teilnehmen und dadurch die Ergebnisse zur Prävalenz verzerrt sind (Response Bias). Mit Informationsmaterial, Werbung über die internen Medien und dem Einbeziehen von Verantwortlichen in entsprechenden Positionen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurde bei der WPP-Studie versucht, diesem Problem zu begegnen. Ziel war es, auch die nicht betroffenen Mitarbeitenden zu mobilisieren, um ein repräsentatives Ergebnis zu erzielen.



Die erhobenen Daten beruhen auf der Selbstaussage der Beschäftigten. Es handelt sich um subjektive Erfahrungen. Demzufolge ist die Aussagekraft der Daten eingeschränkt, da eine objektivere Perspektive durch Triangulation nicht möglich ist. Die Subjektivität der Wahrnehmung ist jedoch inhärent mit dem Phänomen der sexuellen Belästigung verknüpft. Belästigung basiert immer auf subjektiver Wahrnehmung und muss dementsprechend auch untersucht werden. Es wurde versucht eine differenzierte Analyse zu ermöglichen, indem die Form der Belästigung detailliert abgefragt wurde. Somit ist eine genauere Einschätzung des Phänomens möglich und auch der zukünftige Vergleich mit anderen Studien.

Die quantitativen Daten wurden mithilfe eines Online-Fragebogens erhoben. Für weniger internetaffine Gruppen war die Teilnahme möglicherweise unattraktiver. Bisher erhoben lediglich Chen et al. die Daten zu sexueller Belästigung im klinischen Kontext ebenfalls webbasiert (81). Online-Verfahren zeichnen sich dennoch durch eine geringere Fehleranfälligkeit bei der Datenerhebung und Auswertung aus und wurden somit präferiert.

Dadurch dass sowohl die Ein-Jahres- wie auch die Lebenszeitprävalenz erhoben wurden, ist ein Vergleich mit zahlreichen anderen Forschungsergebnissen möglich. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass auf diese Weise Erinnerungsfehler der Teilnehmenden die Ergebnisse verzerrten, auch weil es sich um ein retrospektives Erhebungsverfahren handelte (Recall Bias). Bei den Erfahrungen bezogen auf die gesamte berufliche Aktivität sollte erwähnt werden, dass sich diese nicht unbedingt auf die Tätigkeit an der Charité – Universitätsmedizin Berlin beschränkten.

Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich auf die Erfahrungen des ärztlichen Personals. Die Datenlage zu Täter\_innen von sexueller Belästigung ist diesbezüglich unklarer, als sie es zu Pflegekräften ist. In den meisten vorhandenen Studien wurden pflegerisches und ärztliches Personal nicht getrennt untersucht, deshalb ist bisher kaum etwas darüber bekannt, durch wen die Gruppe der Ärzt\_innen isoliert betrachtet sexuelle Belästigung erfährt. Das macht einen Vergleich dieser Studien mit den WPP-Ergebnissen schwierig.

Bei der WPP-Studie wurde auch nach Erfahrungen mit Sexismus und Homophobie ge-

fragt. Möglicherweise gehören Witze über Frauen, Männer oder Homosexuelle, also sexistische und homophobe Äußerungen zum Kommunikationsstil bestimmter Gruppen und sind nicht belästigend gemeint. Diese als normal empfundene Art der Kommunikation ist jedoch nicht weniger problematisch als andere Belästigungsformen, vielmehr zeigt es gravierende Missstände in der Kommunikationskultur auf. Im professionellen Bereich sind solche Bemerkungen daher nicht akzeptabel, auch unabhängig von der Intention. Daher wurde diese Form der Diskriminierung bewusst bei der Datenerhebung eingeschlossen.

Weiterhin kann festgestellt werden, dass die Situation an einer Universitätsklinik in einer Großstadt vermutlich nicht repräsentativ für die gesamte deutsche Kliniklandschaft ist. Auch folgende Überlegung mag eine Rolle spielen: Die Charité mit dem Standort Berlin ist eine der wenigen Universitätskliniken im deutschsprachigen Raum mit einem Institut für Geschlechterforschung. Das könnte bedeuten, dass unter den Mitarbeitenden eine erhöhte Sensibilität für Themen aus dem Bereich der Gendermedizin, zu denen sexuelle Belästigung gezählt werden kann, herrscht. Um ein diverses Bild zu erhalten, müssen daher noch mehr Studien in verschiedenen Kontexten stattfinden.

### **5.3 Schlussfolgerungen**

Um das Phänomen sexuelle Belästigung besser zu verstehen, bedarf es weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit dem Thema. Speziell an der Charité ist für mögliche Folgeprojekte zu überlegen, wie das Pflegepersonal effektiver zur Teilnahme motiviert werden könnte. Es wäre zudem denkbar, auch andere universitätsmedizinische Akteur\_innen, beispielsweise die Studierenden oder die Mitarbeitenden der Verwaltung mit einzuschließen. Die Situation in Bereichen der Medizin über das universitäre Feld hinaus sollte ebenfalls untersucht werden.

Des Weiteren muss eine fundierte Ursachenforschung des Phänomens erfolgen. Sie kann schließlich die Basis für die Etablierung geeigneter Präventionsmaßnahmen gegen sexuelle Belästigung im klinischen Kontext bilden. Denn abgesehen von weiterem wissenschaftlichen Vorgehen deuten besonders die Daten zu verbalen Formen von se-

xueller Belästigung und Geschlechterdiskriminierung auf einen dringenden Handlungsbedarf hin, einerseits im Bereich der Primärprävention, andererseits in Form von Hilfsangeboten für Betroffene. Dem Krankenhaus als Arbeitgeberin fällt hier eine herausragende Rolle zu, da es rechtlich verpflichtet ist, die Mitarbeitenden vor Diskriminierung und sexueller Belästigung zu schützen (5). Wünschenswert wäre ein proaktiver Umgang des Klinikmanagements, das heißt eine offene Thematisierung der Problematik mit dem Ziel, das Phänomen zu enttabuisieren und die Beschäftigten auf allen Ebenen zu sensibilisieren. Dies beinhaltet unter anderem eine klare Definition des Sachverhalts, die explizite Verurteilung von grenzüberschreitenden Handlungen und die Formulierung von Konsequenzen bei Fehlverhalten (82). Wichtig ist eine offensive Haltung, welche über verschiedene Kanäle und Medien kommuniziert wird, um ihre Wirkung zu erzielen. Konkret ist beispielsweise sichtbar platziertes Informationsmaterial im Gebäude und online über das Intranet denkbar. Regelmäßige Schulungen des Personals zum Thema könnten aufklären und über Rechte und Pflichten der Mitarbeitenden informieren. Es sollten Wege gefunden werden, Berufsanfänger\_innen frühzeitig zu erreichen. Eine offensive Informationspolitik ist unter anderem deshalb so bedeutsam, weil bei zahlreichen Mitarbeitenden Wissenslücken bestehen, auch hinsichtlich der rechtlichen Lage (82).

Eine Unternehmenskultur geprägt von Wertschätzung, Respekt und Solidarität, gegenüber und unter den Beschäftigten, hat ebenfalls präventive Wirkung und stellt einen wichtigen Ansatzpunkt dar. Zahlreiche Befragte der WPP-Studie sahen einen Zusammenhang zwischen der Kultur der Station oder des Instituts und dem Auftreten von sexueller Belästigung. Wie bereits diskutiert ist das Verhalten von Führungskräften diesbezüglich entscheidend. Sie haben Vorbildfunktion und beeinflussen mit ihrem Verhalten die Kultur der Zusammenarbeit in besonderem Maße. Dass diese verantwortungsvolle Position teilweise auch ausgenutzt oder sogar missbraucht wird, hat die WPP-Studie ebenfalls gezeigt. Zahlreiche Befragte berichteten, von Vorgesetzten belästigt worden zu sein. Nur wenige Betroffene nannten Vorgesetzte als Ansprechpersonen bei entsprechenden Vorfällen. Mitarbeitende in höheren Positionen müssen daher in die Pflicht genommen werden, eine besondere Sensibilisierung von Vorgesetzten bezüglich der Thematik ist erforderlich. Regelmäßige, vielleicht sogar verpflichtende Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen könnten auch hier helfen.

Neben präventiven Maßnahmen sind niedrigschwellige Hilfsangebote für Betroffene bedeutsam. Der Fokus sollte auf der Etablierung und Bekanntmachung von betriebsinternen Strukturen liegen, wie beispielsweise zentrale und dezentrale Anlaufstellen und konkrete Ansprechpersonen nach erlebten Vorfällen, festgelegte, transparente Beschwerdeverfahren und auch die Möglichkeit einer Beratung ohne offizielle Beschwerde bzw. das anonyme Melden von Vorfällen (82).

Um den Schutz vor Übergriffen zu erhöhen, ist zu prüfen, inwieweit die Ausstattung der Arbeitsplatzräumlichkeiten verbessert werden kann. Konkret könnten Notfallknöpfe angebracht oder Notfalltelefone eingesetzt werden. Wenn möglich, sollten gemeinsam genutzte Räume offen und einsehbar gestaltet werden. Das Gelände sollte insbesondere nachts überall gut beleuchtet sein. Auch der Einsatz von Sicherheitspersonal ist denkbar.

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes empfiehlt, die verschiedenen zur Verfügung stehenden Instrumente im Bereich von Präventions- und Hilfsmaßnahmen in Form einer Dienstvereinbarung zusammenzufassen (82). Damit kann einerseits eine Signalwirkung auf potenzielle Täter\_innen erzielt werden. Andererseits stellen Dienstvereinbarungen die Verantwortung des Unternehmens gegenüber seinen Beschäftigten in verbindlicher Weise dar und sind eine wirkungsvolle Möglichkeit, sich auf die Selbstverpflichtungen jederzeit berufen zu können.

Insgesamt lässt die WPP-Studie als erste Studie in Deutschland zu diesem Thema erkennen, dass sexuelle Belästigung und Geschlechterdiskriminierung relevante Bestandteile des Arbeitsalltags im klinischen Kontext sind. Mit der Quantifizierung des Sachverhalts konnte die Problematik an der Charité-Universitätsmedizin Berlin beispielhaft für eine deutsche Universitätsklinik sichtbar gemacht werden. Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung Problemanalyse erfolgt. Des Weiteren lieferten die Annahmen der Befragten erste Hinweise zu Gründen von grenzüberschreitenden Verhaltensweisen. Eine vertiefte Ursachenforschung muss hier - wie schon erwähnt - noch erfolgen. Die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema einerseits sowie ein proaktiver Umgang seitens der Kliniken als Arbeitgeberinnen andererseits ist für die Gesundheit der Beschäftigten und letztlich eine gute Patient\_innenversorgung essenziell.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Kurmeyer C, Jenner S, Hoherz G. Grenzüberschreitungen Grenzverletzungen Abgrenzungen Informationen zu sexueller Belästigung und Diskriminierung im Kontext medizinischer und pflegerischer Behandlung Handlungsmöglichkeiten an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Berlin; 2014.
2. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Beschäftigten in Deutschland. Berlin, Duisburg; 2015.
3. Krings F, Schär Moser M, Mouton A. Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz: Besseres Verständnis heißt wirksamere Prävention. Lausanne; 2013.
4. European Commission Directorate-General for Employment Industrial Relations and Social Affairs Unit V/D.5. Sexual harassment in the workplace in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 1999.
5. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG), BGBl. I 2006 S. 1897. 2006.
6. International Labour Office. Sexual Harassment at Work Fact Sheet. Geneva; 2007.
7. European Union Agency For Fundamental Rights. Gewalt gegen Frauen : eine EU-weite Erhebung Ergebnisse auf einen Blick. Vienna; 2014.
8. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin; 2004.
9. Kisa A, Dziegielewski SF, Ates M. Sexual Harassment and Its Consequences: A

Study Within Turkish Hospitals. *Journal of Health & Social Policy*. 2002;15(1):77–94.

10. Shrier DK. Sexual harassment and discrimination. Impact on physical and mental health. *New Jersey medicine: the journal of the Medical Society of New Jersey*. 1990;87(2):105–7.

11. 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):147–59.

12. Takaki J, Taniguchi T, Hirokawa K. Associations of workplace bullying and harassment with pain. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(10):4560–70.

13. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Archives of Internal Medicine*. 1998;158(4):352–8.

14. Celik Y, Celik SS. Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of Nursing Scholarship*. 2007;39(2):200–6.

15. Kisa A, Dziegielewski S. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*. 1996;9(4):243–53.

16. §177 StGB Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung. 1998 p. 96.

17. Romito P, Ballard T, Maton N. Sexual Harassment among Female Personnel in an Italian Hospital: Frequency and Correlates. *Violence Against Women*. 2004;10(4):386–417.

18. Cogin J, Fish A. Sexual harassment--a touchy subject for nurses. *Journal of health organization and management*. 2009;23(4):442–62.

19. Robbins I, Bender MP, Finnis SJ. Sexual harassment in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;25(1):163–9.
20. Park M, Cho S-H, Hong H-J. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(1):87–95.
21. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Ghazanfari N, Najafi F, Tamizi Z, Afshani S, et al. The Frequency, Contributing and Preventive Factors of Harassment towards Health Professionals in Iran. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2015;3(3):156–64.
22. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC nursing*. 2015;14:9.
23. Spector E. P, Zhou E. Z, Xin Xuan C. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(1):72–84.
24. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of hospital medicine : an official publication of the Society of Hospital Medicine*. 2012;7(2):79–84.
25. Joa Skibeli T, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012;30(1):55–60.
26. Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *American journal of industrial medicine*. 2012;55(11):1000–8.

27. Pai H-C, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(9/10):1405–12.
28. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of occupational health*. 2008;50(2):201–7.
29. Abou-ElWafa HS, El-Gilany A-H, Abd-El-Raouf SE, Abd-Elmouty SM, El-Sayed RE-SH. Workplace violence against emergency versus non-emergency nurses in Mansoura university hospitals, Egypt. *Journal of interpersonal violence*. 2015;30(5):857–72.
30. Wada K, Suehiro Y. Violence chain surrounding patient-to-staff violence in Japanese hospitals. *Archives of environmental & occupational health*. 2014;69(2):121–4.
31. Chiou S-T, Chiang J-H, Huang N, Wu C-H, Chien L-Y. Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(10):1377–84.
32. Zeng J-Y, An F-R, Xiang Y-T, Qi Y-K, Ungvari GS, Newhouse R, et al. Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry research*. 2013;210(2):510–4.
33. Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*. 2012;15(14):680–4.
34. Suhaila O, Rampal KG. Prevalence of Sexual Harassment and its Associated Factors among Registered Nurses Working in Government Hospitals in Melaka State, Malaysia. *The Medical journal of Malaysia*. 2012;67(5):506–17.
35. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and



nurses: an Italian experience. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2011;43(2):203–10.

36. Celebioglu A, Akpınar RB, Kucukoglu S, Engin R. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors. *Nurse education today*. 2010;30(7):687–91.

37. Chen W-C, Sun Y-H, Lan T-H, Chiu H-J. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in taiwan. *International journal of environmental research and public health*. 2009;6(11):2812–21.

38. Chen W-C, Hwu H-G, Kung S-M, Chiu H-J, Wang J-D. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of occupational health*. 2008;50(3):288–93.

39. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2007;14(2):120–7.

40. Chuang S-C, Lin H-M. Nurses confronting sexual harassment in the medical environment. *Studies in health technology and informatics*. 2006;122:349–52.

41. Hibino Y, Ogino K, Inagaki M. Sexual harassment of female nurses by patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(4):400–5.

42. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12(1):56–63.

43. Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(6):637–44.

44. Mohamed AG. Work-related assaults on nursing staff in riyadh, saudi arabia. *Journal of family & community medicine*. 2002;9(3):51–6.
45. Duncan SM, Hyndman K, Estabrooks CA, Hesketh K, Humphrey CK, Wong JS, et al. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2001;32(4):57–78.
46. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession--perspective from Pakistan. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2000;50(4):130–1.
47. Madison J. RNs' experiences of sex-based and sexual harassment -- an empirical study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 1997;14(4):29–37.
48. Williams MF. Violence and sexual harassment: impact on registered nurses in the workplace. *AAOHN Journal*. 1996;44(2):73–7.
49. West CTJ, Holoviak SJ, Figler RA. Sexual harassment among nursing professionals: evidence and prescriptions for administrators. *Journal of health and human services administration*. 1995;18(2):163–77.
50. Finnis SJ, Robbins I. Sexual harassment of nurses: an occupational hazard? *Journal of Clinical Nursing*. 1994;3(2):87–95.
51. Kaye J, Donald CG, Merker S. Sexual harassment of critical care nurses: a costly workplace issue. *American Journal of Critical Care*. 1994;3(6):409–15.
52. Libbus MK, Bowman KG. Sexual harassment of female registered nurses in hospitals. *Journal of Nursing Administration*. 1994;24(6):26–31.
53. Donald CG, Merker S. Medical Alert: Sexual Harassment in the Health Care Industry. *International Journal of Public Administration*. 1993;16(10):1483–99.

54. Hamdan M, Abu Hamra A. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human resources for health*. 2015;13:28.
55. Koukia E, Mangoulia P, Papageorgiou E. D, Gonis N, Katostarar T. Violence against health care staff by peers and managers in a general hospital in Greece: a questionnaire-based study. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2014;31(4):45–56.
56. Fnais N, Al-Nasser M, Zamakhshary M, Abuznadah W, Dhukair Al S, Saadeh M, et al. Prevalence of harassment and discrimination among residents in three training hospitals in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*. 2013;33(2):134–9.
57. Wang L-J, Chen C-K, Sheng Y-C, Lu P-W, Chen Y-T, Chen H-J, et al. Workplace Sexual Harassment in Two General Hospitals in Taiwan: The Incidence, Perception, and Gender Differences. *Journal of Occupational Health*. 2012;54(1):56–63.
58. Ulusoy H, Swigart V, Erdemir F. Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective. *Medical Education*. 2011;45(6):603–12.
59. Talas MS, Kocaoz S, Akguc S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian nursing research*. 2011;5(4):197–203.
60. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical education*. 2009;43(7):628–36.
61. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2008;58(5):361–6.
62. Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*.

2007;57(545):967–70.

63. Shrier DK, Zucker AN, Mercurio AE, Landry LJ, Rich M, Shrier LA. Generation to generation: discrimination and harassment experiences of physician mothers and their physician daughters. *Journal of women's health* (2002). 2007;16(6):883–94.

64. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC medical education*. 2005;5:21.

65. Morgan JF, Porter S. Sexual harassment of psychiatric trainees: experiences and attitudes. *Postgraduate medical journal*. 1999;75(885):410–3.

66. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. McMaster University Residency Training Programs. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1996;154(11):1657–65.

67. Komaromy M, Bindman AB, Haber RJ, Sande MA. Sexual harassment in medical training. *The New England journal of medicine*. 1993;328(5):322–6.

68. Phillips SP, Schneider MS. Sexual harassment of female doctors by patients. *The New England journal of medicine*. 1993;329(26):1936–9.

69. Bennett NM, Nickerson KG. Women in academic medicine: perceived obstacles to advancement. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972). 1992;47(4):115–8.

70. Capek L, Edwards DE, Mackinnon SE. Plastic surgeons: a gender comparison. *Plastic and reconstructive surgery*. 1997;99(2):289–99.

71. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Szalacha L, Barnett RC, Palepu A, et al. Academia and clinic. Faculty perceptions of gender discrimination and sexual harassment in academic medicine. *Annals of Internal Medicine*. 2000;132(11):889–96.
72. McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-service Survey Task Force. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 1995;2(4):293–301.
73. VanIneveld CH, Cook DJ, Kane SL, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residency. The Internal Medicine Program Directors of Canada. *Journal of general internal medicine*. 1996;11(7):401–5.
74. Cook DJ, Griffith LE, Cohen M, Guyatt GH, O'Brien B. Discrimination and abuse experienced by general internists in Canada. *Journal of general internal medicine*. 1995;10(10):565–72.
75. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2003;63(3):311–21.
76. Madison J, Gates R. Australian registered nurses and sex-based harassment in the health care industry. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 1996;19(3):14–27.
77. Dan A, Pinsof D, Riggs L. Sexual Harassment as an Occupational Hazard in Nursing. *Basic and Applied Social Psychology*. 1995;17(4):563–80.
78. Dekker I, Barling J. Personal and Organizational Predictors of Workplace Sexual Harassment of Women by Men. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998;3(1):7–18.

79. Statistisches Bundesamt. Fachserie 11 Reihe 4.1 Bildung und Kultur Studierende an Hochschulen. 2016.
80. Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser. 2015.
81. Chen WC, Hwu HG, Wang JD. Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *International Journal of Occupational & Environmental Health*. 2009;15(2):173–9.
82. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Was tun bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz? Leitfaden für Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsräte. 2016.

## 7 Anhang

### 7.1 Fragebogen quantitativ

#### Fragebogenvorlage WPP (Maßnahmenkatalog zum Umgang mit Grenzüberschreitungen / sexueller Belästigung im Krankenhaus)

Bitte beachten: das Layout ist nicht final, die Fragen werden in ein internetbasiertes Surveyprogramm eingegeben.

**Fett gedruckte Fragen wurden im Rahmen dieser Promotion ausgewertet**

**Die mit \* gekennzeichneten und nicht fett hervorgehobenen Fragen wurden mit dem gleichen Fragebogen gestellt, in der vorliegenden Promotion jedoch nicht bearbeitet. Sie werden teilweise in einer anderen Studie verwendet.**

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)**

#### **Bereich**

**chirurgisch**

**internistisch**

**Forschung**

#### **Wie lange sind Sie schon an der Charité tätig?**

**< 1 Jahr    2-5 Jahre    6-10 Jahre    > 10 Jahre**

---

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 Grenz-  
überschreitungen/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.**

**F) Jemand hat mit Ihnen unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt erzählt oder Gespräche mit sexuellem Inhalt geführt.**

**G) Jemand hat Ihnen aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten gemacht.**

**H) Jemand hat unerwünschten Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperlich unnötiges Nahekommen hergestellt.**

**I) Jemand hat Sie begrabscht, gegen Ihren Willen versucht zu küssen.**

**J) Jemand hat Ihnen Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen bzw. Nachteile bei Verweigerung desselben angedroht.**

**K) Jemand hat Sie sexuell genötigt.**

**L) Andere Situationen.....**

**M) Keine dieser Situationen**

**2. Haben Sie diese Handlungen gestört oder haben Sie sich hierbei belästigt gefühlt?**  
Ja                    nein                    manchmal                    weiß nicht

**3. Falls ja, welche dieser Handlungen empfanden Sie als belästigend?**  
---- Eingabefeld-----

**4. Haben Sie sich von diesen Handlungen bedroht gefühlt?**  
Ja                    nein                    manchmal                    weiß nicht

**5. Falls ja, welche dieser Handlungen empfanden Sie als bedrohlich?**  
----- Eingabefeld -----



6. Von wem wurden diese Handlungen ausgeführt?  
 Nur Frau(en) vor allem Frau(en) beide Geschlechter  
 vor allem Männ(er) nur Männ(er)
7. Wer hat diese Handlungen ausgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)  
 PatientInnen KollegInnen Verwandte von PatientInnen  
 Vorgesetzte sonstige.....
8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten 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.
  - F) Jemand hat mit Ihnen unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt erzählt oder Gespräche mit sexuellem Inhalt geführt.
  - G) Jemand hat Ihnen aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten gemacht.
  - H) Jemand hat unerwünschten Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperlich unnötiges Nahekommen hergestellt.
  - I) Jemand hat Sie begrabscht, gegen Ihren Willen versucht zu küssen.
  - J) Jemand hat Ihnen Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen bzw. Nachteile bei Verweigerung desselben angedroht.
  - K) Jemand hat Sie sexuell genötigt.
  - L) Andere Situationen.....
9. Haben Sie diese Handlungen gestört oder haben Sie sich hierbei belästigt gefühlt?  
 Ja nein manchmal weiß nicht
10. Falls ja, welche dieser Handlungen empfanden Sie als belästigend?  
 ---- Eingabefeld----
11. Haben Sie sich von diesen Handlungen bedroht gefühlt?  
 Ja nein manchmal weiß nicht
12. Falls ja, welche dieser Handlungen empfanden Sie als bedrohlich?  
 ---- Eingabefeld----



18. Wurden offizielle Maßnahmen eingeleitet? \*

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

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

Ja und zwar ..... Nein

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

Ja und zwar ..... Nein

21. Haben Sie jemals miterlebt dass KollegInnen sexualisierte Handlungen erlebt haben, bzw. haben KollegInnen Ihnen davon berichtet? \*

Wenn ja, welche?

- 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.
- F) Jemand hat mit Ihnen unerwünschte Geschichten mit sexuellem Inhalt erzählt oder Gespräche mit sexuellem Inhalt geführt.
- G) Jemand hat Ihnen aufdringliche sexuelle Angebote oder unerwünschte Einladungen mit sexuellen Absichten gemacht.
- H) Jemand hat unerwünschten Körperkontakt durch scheinbar zufällige Berührungen oder körperlich unnötiges Nahekommen hergestellt.
- I) Jemand hat Sie begrabscht, gegen Ihren Willen versucht zu küssen.
- J) Jemand hat Ihnen Vorteile bei sexuellem Entgegenkommen bzw. Nachteile bei Verweigerung desselben angedroht.
- K) Jemand hat Sie sexuell genötigt.
- L) Andere Situationen.....

Nein – kein Dropdown Menü

22. Wie hoch schätzen Sie die Zahl der Beschäftigten an der Charité ein, die Ihrer Meinung nach im Laufe Ihrer Arbeitserfahrung schon mal von Grenzüberschreitungen/sexueller Belästigung betroffen gewesen? \*

0-10%      11-20%      21-40%      41-60%      61-80%      81-100%

23. Welche Berufsgruppe ist Ihrer Meinung nach am meisten betroffen? \*

- A) Studierende
- B) Auszubildende
- C) AssistenzärztInnen
- D) Pflege
- E) Ober-/ChefärztInnen
- F) WissenschaftlerInnen
- G) Andere Gesundheitsberufe
- H) keine Unterschiede zwischen den Gruppen
- I) Sonstige.....

24. Welche Altersgruppe ist Ihrer Meinung nach am meisten betroffen? \*

18-25          26-35          34-45          46-55          56-65

25. Welches Geschlecht ist Ihrer Meinung nach am meisten betroffen? \*

Frauen          Männer          beide

26. 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) Geschlechtsstereotypen
- I) Straffreiheitsglaube
- J) Sonstige.....

27. Wie viele Mitglieder hat Ihr direktes Arbeitsteam (MitarbeiterInnen auf Station)?

0-5          6-10          11-20          21-40          41 oder mehr

28. Sind in Ihrem Team mehr Frauen oder mehr Männer tätig?

Nur Frauen          gleiche Verteilung          Nur Männer  
Skala 1-----5-----9

29. Würden Sie sich selbst eher als weiblich oder eher männlich in Ihrem Auftreten beschreiben? \*

Eher weiblich          neutral          eher männlich  
Skala 1-----5-----9

30. Wer leitet Ihr Team?

Mann          Frau          beide (bei geteilter Leitung)

31. Wer leitet Ihre Klinik/Institut

Mann          Frau          beide (bei geteilter Leitung)



## 7.2 Link Website

<https://wpp.charite.de/>

### 7.3 WPP-Flyer und Plakate



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



<http://wpp.charite.de>



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



<http://wpp.charite.de>





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



<http://wpp.charite.de>

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Judith Prügl, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Formen, Inzidenz und Ursachen von sexueller Belästigung im klinischen Umfeld – Ergebnisse einer Querschnittstudie 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 Autor\_innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

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

Berlin, 30.05.2018

## **Lebenslauf**

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

## Danksagung

Folgenden Personen möchte ich für ihre fachliche und persönliche Unterstützung ganz herzlich danken:

PD Dr. Sabine Oertelt-Prigione

Sabine Jenner

Pia Djermeister

Anja Schwalbe

Maren Janotta

Dr. Elisabeth Prügl

Eva-Lehner Prügl

Ludwig Prügl

Joachim Prügl

Henrik Figge