

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences

# **Wie beeinflusst internalisierter Sexismus die Behandlung von Frauen als Patientinnen?**

Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von: Leah Sophie Finger



Erste Gutachterin: Frau Prof. Dr. Buchcik

Zweite Gutachterin: Frau M.Sc. Wiebke Bendt

Abgabedatum: 30.05.2022, Hamburg

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das Geschlecht als Einflussfaktor auf die medizinische Behandlung wurde in der Forschungsliteratur bereits aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Eine unterschiedliche Behandlung je nach Geschlecht von Patient oder Patientin konnte in verschiedenen Fachbereichen aufgezeigt werden, dabei werden häufig Frauen als Patientinnen durch die Unterschiede in den Behandlungen benachteiligt. Das Auftreten der geschlechtsspezifischen Behandlungsweisen kann jedoch häufig nicht ausreichend erklärt werden. Subtile Annahmen von Rollenvorstellungen, wie der internalisierte Sexismus, wurden bislang nicht ausreichend auf ihren Einfluss auf die medizinische Behandlung untersucht. Um einen Einblick in dieses Forschungsfeld zu erhalten, widmet sich diese Forschungsarbeit dem Einfluss von internalisiertem Sexismus auf die Behandlung von Frauen als Patientinnen.

**Methodik:** Aufgrund der fehlenden Forschungslage über die Thematik wurde ein exploratives Forschungsdesign gewählt. Anhand leitfadengestützter Interviews wurden Ärztinnen aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen befragt. Es wurde sich auf Ärztinnen beschränkt, da internalisierter Sexismus insbesondere von Frauen untereinander ausgeübt wird. Die Interviews wurden mit einem Umfang von 20 Minuten bis 30 Minuten über den Anbieter ZOOM durchgeführt und anschließend transkribiert.

**Ergebnisse:** Die Aussagen der interviewten Expertinnen ließen nicht auf einen Einfluss durch internalisierten Sexismus auf die Behandlung von Patientinnen schließen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass Vorurteile gegenüber Patientinnen und auch Patienten auf Seiten der Ärzteschaft auftreten können. Mögliche Auswirkungen dieser Annahmen auf die medizinische Behandlung konnten nicht benannt werden.

**Fazit:** Es herrscht ein komplexes Wirkungsgefüge zwischen Geschlecht von Patient oder Patientin sowie Arzt oder Ärztin, auf welche verschiedene Faktoren einwirken können. Auch wenn diese Forschungsarbeit keine Anzeichen auf einen Einfluss von internalisiertem Sexismus auf die Behandlung entdecken konnte, ist weitere Forschung auf dem Themengebiet sinnvoll. Insbesondere Studien mit quantitativer Methodik erscheinen hierbei sinnvoll, um subtile Annahmen in Menschen erfolgreicher sichtbar zu machen und die ihren möglichen Einfluss untersuchen zu können.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	III
1 Einleitung .....	1
2 Sexismus.....	2
2.1 Traditioneller Sexismus.....	3
2.2 Ambivalenter Sexismus.....	5
2.3 Neosexismus und moderner Sexismus.....	7
2.4 Internalisierter Sexismus.....	7
2.5 Auswirkungen von Sexismus .....	9
3 Einfluss des Geschlechts auf die Behandlung .....	9
3.1 Geschlecht von behandelnder Person .....	10
3.1.1 Kommunikationsart und Behandlungszufriedenheit.....	10
3.1.2 Behandlungsunterschiede .....	11
3.2 Geschlecht von behandelter Person .....	12
3.2.1 Diagnose .....	12
3.2.2 Therapie .....	14
4 Herleitung der Teilfragen und Auswahl der Zielgruppe .....	16
5 Methodik.....	17
5.1 Rekrutierung von Interviewpartnerinnen.....	18
5.2 Erstellung des Interviewleitfadens.....	19
5.3 Ablauf und Durchführung der Interviews .....	20
5.4 Auswertung der Interviews .....	20
6 Ergebnisse .....	21

6.1	Teilfrage 1: Wie beeinflusst das Geschlecht der behandelnden Person das ärztliche Vertrauensverhältnis?.....	22
6.2	Teilfrage 2: Wie wirkt das Geschlecht als Einflussfaktor bei der medizinischen Behandlung von Frauen als Patientinnen? .....	26
6.3	Teilfrage 3: Wie wird das Konzept des internalisierten Sexismus von Ärztinnen verstanden? .....	28
7	Diskussion.....	32
8	Limitationen.....	35
8.1	Methodik.....	35
8.2	Ergebnisse .....	36
9	Fazit .....	36
	Literaturverzeichnis .....	IV
	Anhangsverzeichnis .....	X
	Eidesstattliche Erklärung.....	XXLIII

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Umfrage zur klassischen Rollenverteilung in der Familie nach Geschlecht 2017, Eigene Darstellung nach Statista, 2017 .....	4
---	---

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Übersicht der Pseudonyme und Qualifikationen der Interviewpartnerinnen sowie Interviewdauer .....	19
Tabelle 2: Übersicht des Kategoriensystems inklusive Definitionen .....	21

# 1 Einleitung

Die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil des Lebens in unserer Gesellschaft. Die Deutschen besuchten im Jahr 2018 durchschnittlich 9,9-mal einen Arzt oder eine Ärztin. Damit befindet sich Deutschland über dem EU-Durchschnitt, welcher bei 6,7 Arztbesuchen pro Kopf liegt (OECD, 2020). Frauen nehmen dabei in Deutschland durchschnittlich häufiger Kontakt zu einem ambulanten Arzt oder Ärztin auf als Männer. Im Jahr 2018 wurden in Deutschland durchschnittlich 12 Arztbesuche bei Männern und 16,7 Arztbesuche bei Frauen gezählt (Barmer, 2021). Der eigene Gesundheitszustand wird dabei von 66,4% der deutschen Männer und von 64,7% der deutschen Frauen als gut oder sehr gut bewertet (Eurostat., 2021).

Viele Determinante wirken sich auf den Gesundheitszustand eines Individuums aus. Hierzu zählt neben Alter, erblichen Faktoren sowie der allgemeinen Lebensweise, das Geschlecht (Blättner & Waller, 2011, S. 89).

Die Geschlechterforschung gewann in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung und konnte vor allem in der medizinischen Behandlung wichtige Erkenntnisgewinne vorzeigen. Die unterschiedlichen Geschlechterkonstellationen von Arzt/Ärztin und Patient/Patientin wurden in der Forschungsliteratur anhand verschiedener Schwerpunkte und Zielsetzungen erforscht. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung konnten in verschiedenen Studien aufgezeigt werden, jedoch sind die Ursachen der auftretenden Unterschiede noch immer nicht klar belegt (Maschewsky-Schneider, 2016, S. 1f.).

Einen möglichen Einfluss, welcher auf die medizinische Behandlung einwirken kann, stellen Vorstellungen über Rollenbilder dar. Diese wurden in der Literatur bereits teilweise betrachtet, jedoch fehlen Studien über subtile Erscheinungsformen dieser Annahmen, wie beispielsweise dem internalisierten Sexismus (Hornberg et al., 2016, S. 344f).

Die folgende Arbeit beschäftigt sich aus diesem Grund mit der explorativen Erforschung von subtilen geschlechtsspezifischen Annahmen, in diesem konkreten Fall dem internalisierten Sexismus. Der Fokus liegt dabei bei Ärztinnen, die Patientinnen behandeln. Hierbei wird folgender Forschungsfrage nachgegangen: „Wie

beeinflusst internalisierter Sexismus die medizinische Behandlung von Frauen als Patientinnen?“.

Die Arbeit beginnt mit einer Erläuterung verschiedener Formen des Sexismus für ein grundlegendes Verständnis der Thematik. Anschließend werden die Auswirkungen des Geschlechts von Arzt/Ärztin sowie Patient/Patientin auf die medizinische Behandlung aufgezeigt. Die wissenschaftliche Methodik wird im Anschluss dargestellt. Es folgen die Ergebnisse, die Diskussion sowie die Limitationen. Abschließend zeigt das Fazit eine übersichtliche Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen dieser Forschungsarbeit.

## **2 Sexismus**

Die Forschung rund um Sexismus erhielt in den letzten Jahrzehnten zunehmend mehr Aufmerksamkeit. Das vermehrte Wissen um die Bedeutung von Sexismus ist sowohl ein Spiegelbild der veränderten Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft als auch ein Ausdruck dieser. Frauen in westlichen Kulturen kämpften für das Recht zu wählen, sich scheiden zu lassen, sowie eigene Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheitsfürsorge und Fortpflanzung zu treffen. Der Status von Frauen variiert stark je nach Kultur, jedoch gibt es weltweite Anstrengungen zum Widerstand gegen sexistische Unterdrückung (Swim & Hyers, 2009, S. 411).

Eine einheitliche Definition des Terminus „Sexismus“ ist in wissenschaftlicher Literatur nicht vorzufinden. Um ein Grundverständnis der Begriffe zu schaffen, werden im folgenden Abschnitt eine Auswahl von Definitionen dargestellt.

Swim and Hyers (2009, S. 407) definieren Sexismus wie folgt:

*“We define sexism as individuals’ attitudes, beliefs, and behaviors, and organizational, institutional, and cultural practices that either reflect negative evaluations of individuals based on their gender or support unequal status of women and men.”*

Sexismus umfasst nach Mesquita Filho et al. (2018, S. 3492f.) auch eine Sammlung von geschlechtsbezogenen Stereotypen, die Handlungen, Aussehen, Talente, Gefühle, und Rollenvorstellungen in der Gesellschaft betreffen. Diese Stereotype können sich auf jedes Geschlecht beziehen, drücken sich jedoch häufiger als Vorurteile gegenüber dem weiblichen Geschlecht aus.

Sexismus bezieht sich demnach auf die strukturellen Nachteile, die ein Individuum aufgrund seines Geschlechtes erfährt. Es können jedoch auch Anmerkungen oder Handlungen als sexistisch oder potenziell sexistisch angesehen werden, wenn Geschlechtsstereotypen auf individueller Ebene angewandt werden. Auch wenn bestimmte Stereotypen auf Frauen und Männer zutreffen können, so ist eine Verallgemeinerung von Stereotypen aufgrund des Geschlechts nicht zutreffend (Swim & Hyers, 2009, S. 412f).

Bei den Geschlechtsstereotypen handelt es sich um Merkmale, die typischerweise mit einem bestimmten Geschlecht in Verbindung gebracht werden. Frauen werden häufiger als Männern, die Attribute von Wärme oder Gemeinschaftsorientierung zugeschrieben. Männern wird häufiger als Frauen eine aufgabenbezogene Kompetenz oder Selbstbehauptung zugeschrieben. Eine mögliche Erklärung für das Zuschreiben dieser Merkmale ist nach Alice Eaglys Theorie der sozialen Rollen, dass Menschen dazu neigen, Frauen und Männern Merkmale zuzusprechen, die typisch für ihre jeweiligen sozialen Rollen sind (Eagly nach Eckes, 2008, S. 172).

Ein grundlegender Überblick über den Begriff des Sexismus konnte geschaffen werden, jedoch ist die Thematik vielschichtig und drückt sich in unterschiedlichen Formen und Weisen aus. In den folgenden Kapiteln werden die vorherrschenden Konzepte des Sexismus erläutert. Hierunter zählen der traditionelle Sexismus, der ambivalente Sexismus sowie der Neosexismus und der moderne Sexismus. Ebenfalls wird der Begriff des internalisierten Sexismus beschrieben und die allgemeinen Auswirkungen von Sexismus diskutiert.

## **2.1 Traditioneller Sexismus**

Das Konzept des Sexismus hat etwa seit Mitte der 1990er Jahre eine deutliche Differenzierung erfahren, den Ausgangspunkt markiert hierbei das Konzept des traditionellen Sexismus. Dieses Konzept zeichnet sich durch drei grundlegende Aspekte aus. Der erste Aspekt ist die stereotypkonforme Betonung von Geschlechtsunterschieden. Der zweite Aspekt beinhaltet den Glauben an die Minderwertigkeit von Frauen relativ zu Männern aus. Der dritte Aspekt ist die Befürwortung von herkömmlichen Geschlechterrollen (Eckes, 2008, S. 176). Solche Glaubenssätze können als sexistisch angesehen werden, da sie Individuen unterdrücken, die keine

traditionellen Geschlechterrollen einnehmen und Menschen auf bestimmte soziale Rollen beschränken. Männern wird durch diesen Glaubenssatz mehr Macht und Autorität verliehen und Frauen werden in eine Abhängigkeitssituation gedrängt (Swim & Hyers, 2009, S. 413).

Die Befürwortung zur klassischen Rollenverteilung in der Familie in Deutschland wurde 2017 anhand einer Umfrage untersucht. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der Umfrage, in welcher 6 % der befragten deutschen Frauen und 10 % der befragten deutschen Männer der Aussage „Es ist für alle Beteiligten viel besser, wenn der Mann voll im Berufsleben steht und die Frau zu Hause bleibt und sich um den Haushalt und die Kinder kümmert“ voll und ganz zu stimmen. Dies zeigt, dass die Mehrheit der Befragten traditionellen Rollenverteilungen nicht zu stimmen.

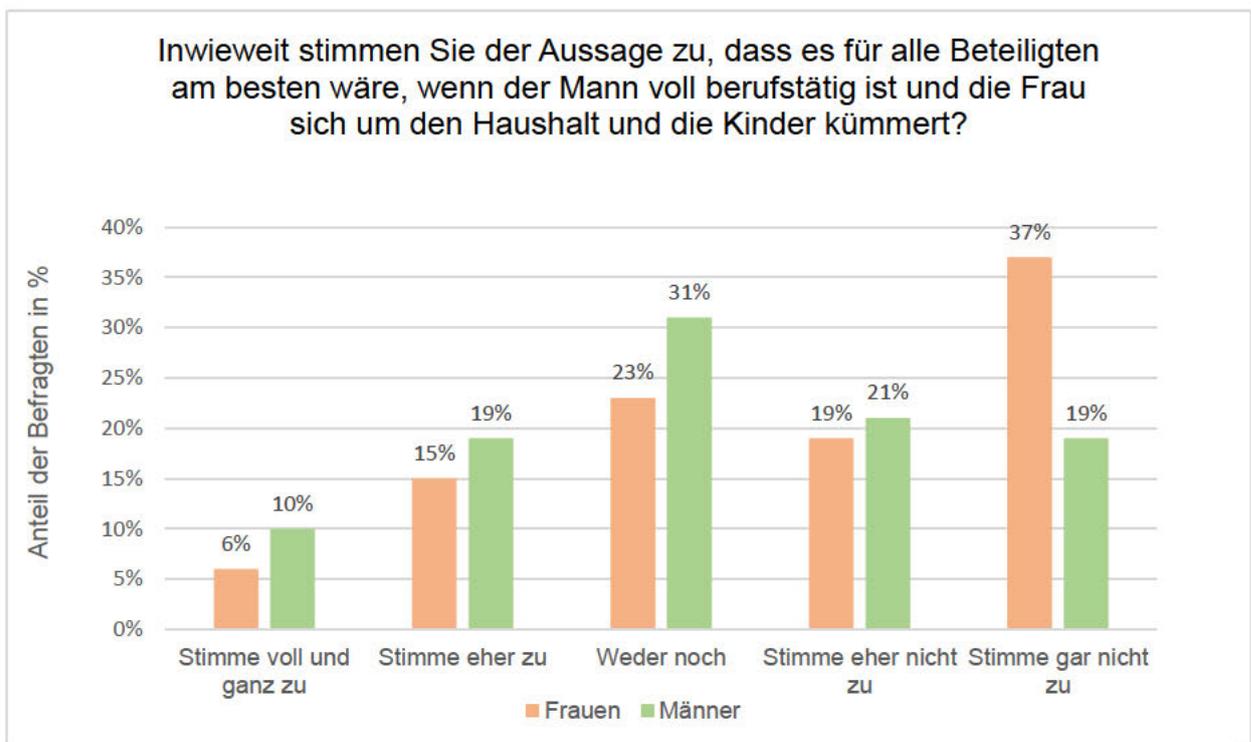


Abbildung 1: Umfrage zur klassischen Rollenverteilung in der Familie nach Geschlecht 2017  
 Quelle: Eigene Darstellung nach Statista, 2017

Die Entstehung von sexistischen Vorstellungen kann sowohl durch die Sozialisation eines Individuums als auch durch verschiedene Einflüsse seiner Umgebung hervorgerufen werden. Das Alter, die Bildung sowie die Religiosität nehmen einen Einfluss auf die Entwicklung von traditionellen Geschlechtsrollenvorstellungen (Mays, 2012, S. 296f).

## 2.2 Ambivalenter Sexismus

Das Konzept des ambivalenten Sexismus zeigt, dass sexistische Einstellungen nicht einheitlich positiv oder negativ sein müssen, um als sexistisch zu gelten. Das Konzept wird geprägt aus dem Zusammenspiel des hostile (feindlichem) und benevolentem (wohlwollenden) Sexismus (Becker, 2021, S. 1).

Hostiler Sexismus ähnelt dem Konzept des traditionellen Sexismus, indem er Frauen direkt in eine sozial untergeordnete Rolle einordnet. Er wird durch die Überzeugungen gekennzeichnet, dass Frauen das biologisch schwächere Geschlecht sind und weniger in der Lage dazu sind, Verantwortung über wichtige ökonomische oder soziale Themen zu nehmen als Männer. Diese Art des Sexismus wird insbesondere gegenüber Frauen ausgedrückt, die traditionellen Geschlechterrollen nicht entsprechen, da diese eine vermeintliche Gefahr gegenüber der Statusposition des Mannes darstellen (Gil Bermejo et al., 2021, S. 1f).

Benevolenter Sexismus ist in seiner Erscheinungsform subtiler und wirkt auf den ersten Blick positiv. Er wird durch drei grundlegende Überzeugungen definiert: schützender Paternalismus, komplementäre Geschlechterdifferenzierung und heterosexuelle Intimität. Ersteres bezieht sich auf die Überzeugung, dass es die Rolle des Mannes ist, die Frau zu beschützen und finanziell zu versorgen. Die komplementäre Geschlechterdifferenzierung schreibt Frauen geschlechterrollenkonforme Attribute, wie Warmherzigkeit und Fürsorglichkeit zu. Der letztgenannte Aspekt, die heterosexuelle Intimität, beruht auf der Überzeugung, dass ein Mann ohne eine Frau unvollständig ist. (Becker, 2021, S. 1; Gil Bermejo et al., 2021, S. 2f).

Die Komponenten des benevolenten Sexismus können oberflächlich betrachtet als positiv wahrgenommen werden, jedoch können diese durch die unausgesprochenen Annahmen, die mit diesen Aussagen verbunden sind, schädlich für Frauen sein. Beispielsweise kann die komplementäre Geschlechterdifferenzierung zu der Überzeugung führen, dass Frauen weniger kompetent sind als Männer. Der Paternalismus kann zu der Annahme führen, dass Frauen wie Kinder sind. Die heterosexuelle Intimität kann zu der Überzeugung führen, dass Männer durch die Sexualität der Frau kontrolliert werden können (Swim & Hyers, 2009, S. 415).

Durch die scheinbar positive Charakteristik des benevolenten Sexismus wird dieser weniger häufig von Frauen und Männern als sexistisch erkannt. Männer, die benevolent sexistisch sind, werden von Frauen als weniger sexistisch eingeschätzt als jene, die hostile sexistische Annahmen vertreten. Frauen, die benevolent sexistische Überzeugungen vertreten, sind auch eher dazu geneigt positiv auf benevolent sexistische Erklärungen für Diskriminierung von Intimpartnern zu reagieren. (Swim & Hyers, 2009, S. 416)

Eine internationale Studie von Glick et al. (2000) untersuchte in 19 verschiedenen Ländern, die Zustimmung für benevolenten und hostilem Sexismus bei Frauen und Männern. Laut der Studie stimmten Frauen in jedem Land hostilem Sexismus durchschnittlich weniger zu als Männer. Weiterhin konnte beobachtet werden, dass Frauen eher sexistischen Ideologien, hostile sowie benevolent, zustimmten, wenn Männer in dem Land insgesamt hostile sexistischer sind. In Ländern, in denen der Wert von Männern bei hostilem Sexismus am höchsten war, waren die Werte von Frauen in Bezug auf benevolenten Sexismus ebenso hoch oder noch höher. Die Autoren stellen aufgrund dieser Ergebnisse die Hypothese auf, dass Frauen in einem Umfeld in denen ihnen negative Einstellungen als Gruppe gegenüber gezeigt werden, eher dazu gewillt sind benevolent sexistischen Haltungen zuzustimmen.

Aufbauend auf diese Hypothese wurde eine Studie an einem amerikanischen College durchgeführt, welche Studentinnen nach ihren Einstellungen über benevolenten und hostilem Sexismus befragte. Die Studentinnen stimmten dabei benevolentem (aber nicht hostilem) Sexismus eher zu, wenn ihnen vorher erklärt wurde, dass Männer gegenüber Frauen negative Einstellungen haben. Die Autoren spekulieren daraufhin, dass manche Frauen auf männliche Bedrohung mit einer Befürwortung von benevolentem Sexismus reagieren, da diese Ideologie bei Einhaltung der traditionellen Rollen einen Schutz durch den Mann hervorruft (Expósito et al., 2010, S. 36f).

Die Konzepte des benevolenten und hostilem Sexismus sind miteinander verbunden, jedoch konzeptionell unterschiedlich. Die Studie von Glick et al. (2000) zeigte auf, dass in allen untersuchten Ländern ein Zusammenhang zwischen den beiden Konzepten bei Frauen sowie Männern gefunden werden konnte. In Ländern mit einem hohen Zuspruch an hostilem Sexismus konnte ebenso ein hoher Zuspruch für

benevolenten Sexismus gefunden werden. Die Forschenden suggerieren daraufhin, dass die Stärke der Korrelation die Idee unterstützt, dass hostiler Sexismus und benevolenter Sexismus komplementäre Formen des Sexismus sind und gemeinsam den ambivalenten Sexismus bilden.

### **2.3 Neosexismus und moderner Sexismus**

Die Konzepte des Neosexismus und des modernen Sexismus wurden in Anlehnung an die Forschung des modernen Rassismus entwickelt. Neosexismus und der moderne Sexismus charakterisieren sich durch die Leugnung von heutiger Diskriminierung von Frauen, negativen Reaktion auf Beschwerden über Ungleichheit sowie eine mangelnde Unterstützung von Bemühungen zur Verringerung der Ungleichheit. Diese Überzeugungen sind subtiler und schwieriger zu entdecken, ähnlich wie bei dem Konzept des benevolenten Sexismus. Beide Konzepte entstanden aus einem ähnlichen theoretischen Ursprung, sie untersuchen jedoch unterschiedliche Ansätze. Der moderne Sexismus beschreibt die Leugnung von fortgehender Diskriminierung von Frauen, während sich der Neosexismus hauptsächlich auf die fehlende Unterstützung von Bemühungen zur Verbesserung des Status von Frauen bezieht (Swim & Hyers, 2009, S. 414).

### **2.4 Internalisierter Sexismus**

Die Internalisierung von Diskriminierung im Allgemeinen beruht darauf, dass unterdrückende Verhaltensweisen ausgeführt werden, auch wenn die Mitglieder der unterdrückenden Gruppe nicht anwesend sind. Internalisierter Sexismus hilft dabei, das Konstrukt des Sexismus als Ganzes aufrechtzuerhalten, indem ein System von sozialen Erwartungen und Druck von Frauen untereinander und auf sich selbst ausgeübt wird (Bearman et al., 2009, S. 11).

Als Internalisierung von Sexismus wird also das unterbewusste Aneignen von vorgeschriebenen Verhaltensweisen in Bezug auf Geschlechterrollen verstanden. Der internalisierte Sexismus hängt mit der Selbstobjektivierung, der passiven Akzeptanz von traditionellen Geschlechterrollen und der Unwissenheit über Sexismus zusammen, unterscheidet sich jedoch konzeptionell vom traditionellem Sexismus (Szymanski et al., 2009, S. 101f).

Das Aneignen der sexistischen Glaubenssätze in Frauen entsteht dabei meist während früher Entwicklungsphasen, wie der Kindheit und Pubertät (Constantinescu, 2021, S. 122).

Aber warum führen nun Frauen selbst als die unterdrückte Gruppe den Sexismus fort? Frauen sind von der Internalisierung von Sexismus betroffen, da sie meist in patriarchalen Kulturen aufwachsen, in welchen sie verschiedenen Arten von Sexismus an unterschiedlichen Orten ausgesetzt sind. Zu diesen Orten zählen beispielsweise Medien, politische und juristische Systeme, der Arbeitsplatz sowie familiäre und persönliche Beziehungen (Szymanski et al., 2009, S.102f).

Unabhängig davon, ob sexistische Handlungen oder Aussagen vorsätzlich ausgeführt wurden, haben diese doch in ihrer Gesamtheit Auswirkungen darauf, wie Frauen ihre Persönlichkeit formen, Beziehungen führen und sich selbst wahrnehmen (Bearman et al., 2009, S.35f).

Ebenso kann eine Verinnerlichung von Sexismus eine Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden der Frau haben (Szymanski et al., 2009, S. 103).

Eine Studie von Bearman et. al (2009, S. 18f) untersuchte, in welcher Art und wie oft internalisierter Sexismus in Gesprächen von befreundeten Studentinnen auftrat. Die Ausdrucksformen des internalisierten Sexismus wurden in 4 Kategorien aufgeteilt: die Betonung von Inkompetenz, der Wettbewerb zwischen Frauen, die Darstellung von Frauen als Objekte sowie die Abwertung oder Herabwürdigung von Frauen. Innerhalb eines 10-minütigen Gespräches konnten durchschnittlich 11 Ausdrucksformen erkannt werden, die in eine der genannten Kategorien fallen.

Die Internalisierung von Sexismus entsteht nicht allein durch die einmalige Erwähnung von sexistischen Aussagen. Es ist die tägliche Wiederholung und kontinuierliche Aufrechterhaltung durch Gleichaltrige, welche die Verinnerlichung hervorruft (Bearman et al., 2009, S. 36).

Internalisierter Sexismus sollte jedoch nicht alleinstehend betrachtet werden. Andere soziale Faktoren wie Herkunft, sozioökonomischer Status oder Sexualität spielen ebenso eine Rolle, weshalb Frauen sich an der Aufrechterhaltung von Sexismus auf einer gesellschaftlichen Ebene beteiligen (Constantinescu, 2021, S. 123f).

## **2.5 Auswirkungen von Sexismus**

Die Definitionen von Sexismus zeigen, dass dieser in unterschiedlichen Formen auftreten kann. Ausdrücke oder Verhaltensweisen können dabei auf offensichtlichen oder unbewussten Ebenen sexistisch sein. Die daraus resultierenden Effekte können direkt, indirekt oder als sekundäre Effekte auftreten.

Zu direkten Effekten zählen physische Schäden, ökonomische Schäden durch Einkommensverluste sowie psychologische Schäden durch Internalisierung von selbstsabotierenden Annahmen und unterdrückten Depressionen (Constantinescu, 2021, S. 122f; Swim & Hyers, 2009, S. 422).

Die indirekten Effekten von Sexismus sind abhängig davon, wie das Individuum Vorfälle interpretiert, in welchen es von Sexismus betroffen ist. Die Interpretation des Einzelnen kann dabei die negativen Effekte eines Vorfalls entweder verstärken oder abschwächen. Betroffene können sich manchmal nicht bewusst darüber sein, dass sie von Sexismus betroffen sind. Die sekundären Effekte sind direkte Folgen von obengenannten Effekten. Wenn Sexismus beispielsweise zu einem größeren Einkommensunterschied zwischen Frauen und Männern führt, so ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Frauen von Armut und dessen Folgen betroffen sind. Sekundäre Effekte sind zum Beispiel sexuelle Gewalt gegen Frauen oder Objektivierung (Swim & Hyers, 2009, S. 422f).

Das Geschlecht spielt eine entscheidende Rolle, wie wir uns als Individuum in der Gesellschaft verhalten und wie wir behandelt werden. Da gesellschaftliche Interaktionen ein Bestandteil der medizinischen Versorgung sind, kann das Geschlecht als Einflussfaktor wirken (Hornberg et al., 2016, S. 35f). Im folgenden Abschnitt wird der Einfluss des Geschlechts auf die medizinische Behandlung genauer betrachtet.

## **3 Einfluss des Geschlechts auf die Behandlung**

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie das Geschlecht von behandelnder als auch von behandelter Person einen Einfluss auf die medizinische Behandlung und die Interaktion untereinander haben kann. Zuerst wird auf den Einfluss des Geschlechts der behandelnden Person eingegangen, danach auf den Einfluss des Geschlechts der behandelten Person. Anhand der dargestellten Hintergründe werden anschließend die Teilfragen dieser Arbeit abgeleitet und die Auswahl der Zielgruppe begründet.

## **3.1 Geschlecht von behandelnder Person**

### **3.1.1 Kommunikationsart und Behandlungszufriedenheit**

Ein Unterschied in der Kommunikationsart von Hausärzten und -ärztinnen wurde in einer Meta-Analyse durch Roter et al. (2002) aufgezeigt. Obwohl Ärztinnen und Ärzte die gleichen Informationen an ihre Patientinnen und Patienten kommunizieren, zeigen Ärztinnen mehr Bemühungen eine partnerschaftliche Beziehung einzugehen, indem sie Gründe für den Besuch erfragen oder eine gemeinsame Entscheidungsfindung bevorzugen. Ebenso unterstützen sie Patienten und Patientinnen eher durch positive Gespräche, die beruhigend und ermutigend wirken sollen. Zudem konzentrieren sie sich häufiger auf Emotionen und darauf, wie sich die Krankheit auf die täglichen Aktivitäten von Patientin und Patient auswirkt. Insgesamt zeigen Ärztinnen eher Eigenschaften einer patientenorientierten Behandlungsweise.

Eine patientenorientierte oder fürsorgliche Behandlungsart der behandelnden Person hängt positiv mit der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Patientinnen zusammen. Gleichermaßen wirkt sich eine dominante Behandlungsart eher negativ auf die Patientenzufriedenheit aus (Mast et al., 2007, S. 16f).

Da die Forschung aufzeigt, dass Ärztinnen eher eine fürsorgliche Kommunikationsart besitzen, so könnte angenommen werden, dass die Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Patientinnen von Ärztinnen höher ist als die bei Ärzten. Die Studienlage zeigt in diesem Aspekt jedoch unterschiedliche Ergebnisse.

Manche Studien zeigen, dass Patienten und Patientinnen eine höhere Behandlungszufriedenheit aufwiesen, wenn sie von einem Arzt behandelt wurden, manche zeigen eine höhere Behandlungszufriedenheit, wenn sie von einer Ärztin behandelt werden. In manchen Studien wurde kein Unterschied in der Behandlungszufriedenheit aufgrund des Geschlechts der behandelnden Person gefunden (Roter et al., 2002).

Mast et al. (2007, S. 17f) untersuchten in einer experimentellen Studie die Auswirkung des Geschlechts und der Kommunikationsart des Arztes oder der Ärztin auf

die Behandlungszufriedenheit. Sie konnten dabei herausfinden, dass die Behandlungszufriedenheit mit den unterschiedlichen Erwartungen zusammenhängen kann, die Patienten und Patientinnen an Ärzte und Ärztinnen stellen. Die unterschiedlichen Zusammenstellungen von Geschlecht der behandelnden und behandelten Person zeigten unterschiedliche Ergebnisse. Die Behandlungszufriedenheit bei einer männlich-männlichen Konstellation (Patient und Arzt) wurde nicht von der Kommunikationsart des Arztes beeinflusst. In einer weiblich-weiblichen Konstellation (Patientin und Ärztin) wurde die Behandlungszufriedenheit durch die Kommunikationsart der Ärztin beeinflusst. Patientinnen waren zufriedener mit ihrer Behandlung, wenn die Ärztin eine fürsorgliche Kommunikationsart anwandte. Eine geschlechtsrollenkonforme Art der Kommunikation wurde demnach von Patientinnen eher bevorzugt, wenn sie von einer Ärztin behandelt werden.

Der Zusammenhang zwischen Geschlecht von behandelter Person, Geschlecht von behandelnder Person und dem ärztlichen Kommunikationsstil kann die Behandlungszufriedenheit beeinflussen (Mast et al., 2007, S. 20f).

### **3.1.2 Behandlungsunterschiede**

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen die Behandlung von Patientinnen und Patienten je nach Geschlecht der behandelnden Person unterschiedlich ausfällt.

Eine Studie von Rathore et al. (2001) untersuchte, ob je nach Geschlecht der behandelnden Person Unterschiede bei Herzkatheteruntersuchungen auftreten. Personen, die von einem Arzt behandelt wurden, hatten eine größere Wahrscheinlichkeit eine Herzkatheteruntersuchung zu erhalten als Personen, die von einer Ärztin behandelt wurden. Das Geschlecht von Patient oder Patientin hatte keinen Einfluss auf die Beobachtung. Dieser Umstand konnte nicht durch andere Faktoren wie demografische oder gesundheitliche Merkmale von Patientinnen und Patienten erklärt werden. Fachgebiet, Fachwissen oder Praxisumgebung konnten ebenso als Einflussfaktor auf den Befund ausgeschlossen werden.

Auch in der Behandlung von HIV konnte ein Unterschied in der Behandlung je nach Geschlecht der behandelnden Person entdeckt werden. Eine Studie von Beran et

al. (2007, S. 72f) zielte darauf ab, die Auswirkung des Geschlechts der behandelnden Person und der behandelten Person auf den Einsatz von Proteaseinhibitoren bei in HIV erkrankten Patienten und Patientinnen zu untersuchen. Proteaseinhibitoren werden zur Hemmung von bestimmten Enzymen des HI-Virus genutzt. Patienten und Patientinnen, die von einem Arzt behandelt wurden, erhielten Proteaseinhibitoren früher als diejenigen, die von einer Ärztin behandelt wurden.

In einer Querschnittstudie von Berthold et al. (2008, S. 340f) wurde untersucht, ob es Unterschiede bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Typ 2 Diabetes gibt, je nach Geschlecht der behandelnden Person. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die von Ärztinnen behandelt werden, häufiger Zielwerte im Hinblick auf ihren Blutzucker, LDL-Cholesterinwerte sowie ihren Blutdruck aufwiesen. Patientinnen und Patienten, die von Ärzten behandelt wurden, erhielten häufiger Glukosemessungen und wurden häufiger mit oralen Antidiabetika behandelt.

Es konnte anhand unterschiedlicher Studien aus verschiedenen Fachrichtungen dargestellt werden, dass das Geschlecht der behandelnden Person einen Einfluss auf die Behandlung haben kann. Im folgenden Kapitel wird der Einfluss des Geschlechts von der behandelten Person aufgezeigt.

## **3.2 Geschlecht von behandelter Person**

Das Geschlecht von Patient und Patientin kann ebenfalls als Einflussfaktor auf die medizinische Behandlung wirken. Anhand unterschiedlicher Studien werden im folgenden Kapitel Unterschiede in der Diagnose sowie in der Therapie von Patientinnen und Patienten aufgeführt.

### **3.2.1 Diagnose**

In dem Prozess der Diagnose können geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten. Hierbei gibt es einige Krankheitsbilder, welche häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert werden. Hierunter zählen Migräne, Kiefergelenkserkrankung, Fibromyalgie oder das Reizdarmsyndrom. Frauen berichten allgemein von

stärkeren, länger anhaltenden Schmerzen als Männer, die ähnliche Krankheitsverläufe aufweisen (Hurley & Adams, 2008, S. 1f).

Frauen als Patientinnen werden in der Literatur zur Schmerzforschung als sensibler gegenüber Schmerz dargestellt. Sie haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als Männer, Schmerz auszudrücken und davon zu berichten (Samulowitz et al., 2018, S. 7f).

Ein möglicher Faktor, der auf die Berichterstattung von Schmerzen einwirkt, sind Geschlechterrollen. Eine Studie von Alabas et al. (2012, S. 1212f) untersuchte, wie sich Geschlechterrollen auf die Schmerzreaktion von gesunden Menschen auswirken können. Teilnehmende, die sich selbst als mehr maskulin und weniger feminin darstellten, zeigten eine höhere Schmerzgrenze und -toleranz.

Dies unterstützt die Vorstellung von typischen männlichen Geschlechtsstereotypen. Einige Studien zeigen, dass Männer als Patienten eher stoisch, mit einer Abneigung sich medizinische Hilfe zu suchen, charakterisiert werden. Das leise Ertragen von Schmerzen und die mangelnde Inanspruchnahme von Hilfe wurde von vielen befragten Patienten als ein männliches Verhalten betrachtet. Besonders bei emotionalen und mentalen Problemen konnte dieses Verhalten beobachtet werden. Das Aufsuchen von Hilfe bei geringfügigen Symptomen würde dabei die Männlichkeit der Patienten in Frage stellen (O'Brien et al., 2005, S. 504f; Samulowitz et al., 2018, S. 5f).

In Studien, die sich mit der Diagnose chronischer Schmerzen beschäftigten, gaben Frauen als Patientinnen häufig an, dass ihre Aussagen von der zuständigen behandelnden Person infrage gestellt werden. Das misstrauende Verhalten der behandelnden Person kann zu einer Erhöhung des psychischen Stresses führen und sich somit negativ auf das Wohlbefinden der Patientin auswirken (Samulowitz et al., 2018, S. 5f). Ebenso zeigten Studien, dass einige Patientinnen, die an chronischen Schmerzen leiden, von der behandelnden Person anhand ihres Aussehens beurteilt wurden. Das Aussehen der Patientin wurde als Anhaltspunkt für die Glaubwürdigkeit ihrer Symptome und der Krankheit allgemein gesehen (Samulowitz et al., 2018, S. 7f).

Eine Studie von Bertakis et al. (2004, S. 689f) untersuchte anhand des Beck Depression Inventory (BDI) die Wahrscheinlichkeit einer geschlechtsabhängigen Diagnose von Depressionen. Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, mit Depressionen diagnostiziert zu werden als Männer, die einen ähnlichen BDI Score aufwiesen. Einen Einfluss auf die Diagnose von Depressionen hatten Faktoren wie die Nutzung der ambulanten Krankenversorgung, Bildungsstatus und Familienstand. Die Faktoren Bildungsstatus und Familienstand beeinflussten dabei jedoch nur die Diagnose von Frauen. Geschiedene, getrennte oder verwitwete Frauen wurden 5-mal häufiger mit Depressionen diagnostiziert als diejenigen, die nie verheiratet waren.

Die aufgeführten Studien zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Behandlung, die auf Geschlechternormen und -stereotypen zurückgeführt werden können. Hierdurch kann eine Spaltung zwischen Männern und Frauen hervorgerufen werden, die nicht durch biologische Unterschiede begründbar ist. Dies kann problematisch sein, da individuelle Bedürfnisse übersehen werden können und Unterschiede in der Behandlung aufgrund von Geschlechternormen auftreten können (Annandale & Hammarström, 2010, S. 583f).

### **3.2.2 Therapie**

Nicht nur in der Diagnose können geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten, ebenso gibt es Hinweise darauf, dass in der Therapie das Geschlecht der Patientin oder des Patienten einen Einfluss haben kann. Bei der Behandlung von chronischen Schmerzen zeigten einige Studien, dass Frauen weniger und weniger wirksame Schmerzmittel als Männer erhielten. Ebenso wurden ihnen weniger Schmerzmedikamente mit Opioiden und mehr Antidepressiva verschrieben (Samulowitz et al., 2018, S. 6f).

In einer Studie von Marquié et al. (2003, S. 290f) wurden die möglichen Ursachen für Unterschiede in der Bewertung der Schmerzintensität der Patientinnen und Patienten durch die Ärzteschaft untersucht. Das Geschlecht spielte dabei eine komplexe Rolle in der Behandlung. Die Untersuchungen zeigten, dass Ärzte die Schmerzen von Frauen niedriger einstufen als die Schmerzen von Männern, wenn

die Ursache des Schmerzes offensichtlich war. Wenn die Schmerzursache nicht offensichtlich zu diagnostizieren war, wurden die Schmerzen von Frauen höher eingestuft als die von Männern. Ärztinnen hingegen stufen die Schmerzen von Frauen gleich zu den von Männern ein, wenn die Schmerzursache offensichtlich war. War die Ursache des Schmerzes jedoch nicht offensichtlich, wurde der Schmerz von Frauen niedriger eingestuft als der von Männern. Die Autorenschaft konnte keine Erklärung für das Auftreten dieser Unterschiede aufstellen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede erstrecken sich dabei nicht nur auf eine Schmerztherapie, sondern konnten auch in anderen Bereichen beobachtet werden. Eine Studie von Rathore et al. (2001) zeigte, dass Frauen nach einem Herzinfarkt weniger häufig Herzkatheteruntersuchungen erhalten haben als Männer, unabhängig von dem Geschlecht der behandelnden Person. Die Autoren suggerieren, dass die Einstellungen und Überzeugungen von den behandelnden Personen eine Rolle bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Anwendung von kardiologischen Verfahren spielen könnte. Ihre Ergebnisse zeigen, dass solche Einstellungen bei Ärztinnen sowie Ärzten vorhanden sein können.

Auch gibt es Hinweise darauf, dass ärztliches Fachpersonal Symptome von Herzkrankungen bei Frauen anders deutet als die Symptome von Männern (Williams et al., 2003, S.604f).

In einer schwedischen Studie, die sich mit der ungleichen Verteilung von dermatologischer Gesundheitsversorgung beschäftigte, konnte ebenso ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Behandlung von Frauen und Männern als Patientinnen und Patienten vorgefunden werden. Männer, die an Schuppenflechte oder Neurodermitis litten, erhielten eine höhere Anzahl von UV-Behandlungen als Frauen. Frauen wurden häufiger Medikamente und Pflegeprodukte zur Selbstbehandlung verschrieben als Männern (Nyberg et al., 2008).

Das Aufzeigen der geschlechtsspezifischen Unterschiede in Diagnose und Behandlung soll bestehende Geschlechterstereotypen nicht unterstützen und auch nicht andeuten, dass eine willentliche Unterscheidung in der Behandlung aufgrund des Geschlechts erfolgt. Es soll lediglich hervorheben, dass Entscheidungen aufgrund

von unterbewussten Faktoren erfolgen können und, dass das Geschlecht einer dieser Faktoren sein kann.

Dieses Kapitel zeigt auf, dass Unterschiede in der Behandlung von Patientinnen und Patienten auftreten können, welche nicht auf einzelne Einflussfaktoren zurückzuführen sind. Gerade deshalb ist die genauere Untersuchung einzelner Einflussfaktoren notwendig für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Im folgenden Kapitel werden die Teilfragen dieser Forschungsarbeit anhand des zuvor aufgezeigten Hintergrundes dargestellt. Ebenso wird die Auswahl der Zielgruppe von Frauen als Patientinnen erläutert.

#### **4 Herleitung der Teilfragen und Auswahl der Zielgruppe**

Die Forschung beschäftigt sich bereits intensiv damit, wie sich das Geschlecht von behandelnder und behandelter Person auf den medizinischen Prozess auswirkt. Es fehlt jedoch der konzentrierte Blick darauf, wie und warum unterschiedliche medizinische Entscheidungen basierend auf dem Geschlecht der behandelten Person getroffen werden.

In folgender Arbeit wird der mögliche Einfluss von internalisiertem Sexismus auf die Behandlung von Patientinnen untersucht und erörtert, inwiefern dieser ein Faktor für die Diskrepanz zwischen der Behandlung von Patientinnen und Patienten sein könnte.

Die Auswahl der Zielgruppe von Frauen als Patientinnen erfolgte aufgrund der in Kapitel 3.2 aufgezeigten Unterschiede in Behandlung und Diagnose. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede wirken häufig zum Nachteil von Frauen als Patientinnen, weshalb ein Fokus auf diese Gruppe als sinnvoll erachtet wird.

Anhand der bereits aufgezeigten Literatur werden Teilfragen formuliert, die zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage „*Wie beeinflusst internalisierter Sexismus die Behandlung von Frauen als Patientinnen*“ dienen sollen.

Das Kapitel 3.1.1 zeigte, dass das ärztliche Vertrauensverhältnis durch das Geschlecht der fachärztlichen Person beeinflusst werden kann (Mast et al., 2007, S. 16f).

Um einen präzisen Blick auf die Beziehung zwischen behandelnder und behandelter Person zu ermöglichen und das Geschlecht als möglichen Einflussfaktor auf deren Beziehung zu betrachten, lautet Teilfrage 1:

1. *Wie beeinflusst das Geschlecht der behandelnden Person das ärztliche Vertrauensverhältnis?*

In Kapitel 3.2. konnte aufgezeigt werden, dass Frauen bei manchen Krankheitsbildern anders therapiert werden als Männer. Bei der Behandlung von Schmerzen sowie der Diagnose von Depressionen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, welche nicht durch einen einfachen Einflussfaktor erklärt werden können (Samulowitz et al., 2018, S. 6f; Bertakis et al., 2004). Um das Geschlecht der behandelten Person als möglichen Einflussfaktor für eine unterschiedliche Behandlungsweise zu untersuchen, wird Teilfrage 2 wie folgt definiert:

2. *Wie wirkt das Geschlecht als Einflussfaktor bei der medizinischen Behandlung von Frauen als Patientinnen?*

In Kapitel 2.4 wurde die Bedeutung von internalisiertem Sexismus für Frauen erläutert, welcher die Aufrechterhaltung von diskriminierenden Vorstellungen von Frauen untereinander vorsieht (Szymanski et al., 2009). Im Hinblick auf die übergeordnete Fragestellung dieser Forschungsarbeit ist es wichtig zu erfahren, inwiefern ein Verständnis bei Ärztinnen über den Begriff „internalisierter Sexismus“ vorhanden ist. Um einen Einblick in das Verständnis über den Begriff zu gewinnen, lautet Teilfrage 3:

3. *Wie wird das Konzept des internalisierten Sexismus von Ärztinnen verstanden?*

Im nachfolgenden Kapitel wird die Methodik beschrieben, die zur Untersuchung der Forschungsfragen und den Teilfragen genutzt wird.

## **5 Methodik**

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird eine qualitative Methodik genutzt, da ein exploratives Forschungsdesign gewählt wurde. Diese Methodik wurde aufgrund der

fehlenden Forschung zu internalisiertem Sexismus und dessen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung gewählt. Die Forschungsfrage sowie die Teilfragen werden anhand von semistrukturierten leitfadengestützten Interviews von Expertinnen untersucht.

## **5.1 Rekrutierung von Interviewpartnerinnen**

Für die Befragung wurden ausschließlich Ärztinnen in Betracht gezogen, da internalisierter Sexismus vor Allem von Frauen untereinander ausgeübt wird (Bearman et al., 2009, S. 11). Aufgrund der gestellten Forschungsfrage wurde demnach die Gruppe der Interviewpartnerinnen auf Ärztinnen beschränkt.

Fachärztinnen aus den medizinischen Fachrichtungen der Kardiologie, Diabetologie, Dermatologie und Infektiologie wurden per E-Mail kontaktiert und über ein Anschreiben für eine Teilnahme angefragt. Das Anfrageschreiben wird in Anhang 1 aufgeführt. Diese Fachrichtungen wurden ausgewählt, da es in der wissenschaftlichen Literatur Hinweise darauf gibt, dass behandelte Personen unterschiedliche Behandlungen aufgrund ihres Geschlechts erhalten könnten (dargestellt in Kapitel 3.2.). Die Ärztinnen wurden anhand von Publikationen sowie durch Engagement in Verbänden der obengenannten ärztlichen Fachrichtungen zur Kontaktaufnahme ausgewählt.

Insgesamt wurden 8 Ärztinnen angefragt, zwei aus jeder der medizinischen Fachrichtungen. Nach der Kontaktaufnahme sagten 4 Ärztinnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen für ein Interview zu.

Durch das gewählte Forschungsdesign sind wenige Interviews von Expertinnen ausreichend, um das gewählte Forschungsfeld anhand des Expertenwissens zu systematisieren (Wassermann, 2014, S. 56).

Alle personenbezogenen Daten der Ärztinnen wurden anonymisiert, in Tabelle 1 werden die Pseudonyme, die Expertise der Interviewpartnerinnen und die Interviewdauer dargestellt. Bestimmte Qualifikationen wurden nicht mit in die Tabelle aufgenommen, um die Anonymität der Interviewpartnerinnen zu gewährleisten.

Tabelle 1: Übersicht der Pseudonyme und Qualifikationen der Interviewpartnerinnen sowie Interviewdauer

Pseudonym, Datum der Durchführung	Qualifikationen	Interviewdauer
B1 20.01.2022	- Tätigkeit als Ärztin im Fachbereich Infektiologie für über 1 Jahr	23 Min.
B2 25.01.2022	- Seit 2006 Ärztin Innere Medizin, Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetes - Seit 2013 Oberärztin - 2018 Berufung zur Professur	33 Min.
B3 18.01.2022	- Seit 2002 beschäftigt in Klinik für Innere Medizin - 2010 Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Seit 2013 Oberärztin für Innere Medizin	22 Min.
B4 27.01.2022	- Seit 2007 Leitung mit Schwerpunkt Infektiologie	39 Min.

## 5.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Ziel der Experteninterviews ist einerseits der Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die aufgestellte Forschungsfrage sowie ihre Teilfragen, andererseits ist es das Aufzeigen von unbekanntem, neuen Forschungsergebnissen. Ein geeignetes Erhebungsinstrument für die Befragung von Expertinnen und Experten ist der Interviewleitfaden. Hierbei werden die Interviewfragen vor dem Beginn des Interviews erstellt. Hierdurch entsteht eine Vorstrukturierung des Interviews, welche es der interviewenden Person ermöglicht kompetent gegenüber den Expertinnen und Experten zu erscheinen und die Thematik des Interviews auf das Expertenwissen der Interviewten zu konzentrieren (Wassermann, 2014, S. 57).

Die dargestellte wissenschaftliche Literatur diente als Grundlage zur Entwicklung der Interviewfragen. Hierbei wurde sich insbesondere auf das ärztliche Vertrauensverhältnis, Kommunikationsstil und medizinische Behandlung im Hinblick auf das

Geschlecht konzentriert. Die Fragen wurden weitestgehend offen formuliert, um Möglichkeiten für narrative Passagen während der Interviews der Expertinnen zuzulassen (Wassermann, 2014, S. 58).

Der gesamte Interviewleitfaden befindet sich im Anhang 2.

### **5.3 Ablauf und Durchführung der Interviews**

Die Interviews entsprachen durchschnittlich einem Umfang von 20 bis 30 Minuten, diese wurden über einen Videoanruf des Anbieters Zoom durchgeführt. Über die integrierte Aufzeichnungsfunktion von Zoom wurden die Anrufe aufgezeichnet und anschließend zur weiteren Verarbeitung mit dem Programm Descript transkribiert. Die anonymisierten Transkripte sind vollständig in Anhang 3 einzusehen.

Die Interviews wurden nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz (2016) für die computergestützte Auswertung transkribiert (Kuckartz, 2016, S. 166f). Die befolgten Transkriptionsregeln sind in Anhang 4 aufgeführt.

### **5.4 Auswertung der Interviews**

Die Auswertung der Transkripte erfolgte mithilfe des Programms *MAXQDA*. Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt, welche geeignet ist, um auch unterschwellige Sinngehalte zu erfassen (Mayring & Fenzl, 2019, S. 633). Das Material wird bei dieser Analysetechnik durch Abstraktion auf seine Hauptaussagen und -inhalte reduziert. Während des Analyseprozesses wird nur das Material untersucht, welches im Hinblick auf die Forschungsfrage zielführend ist (Mayring, 2014, S. 67).

Die Abstraktion des Textes wird anhand von induktiver Kategorienbildung erlangt. Das Material wird zeilenweise bearbeitet, sobald eine relevante Aussage gefunden wurde, wird eine Kategorie gebildet. Nun wird jede Aussage überprüft, ob diese in eine bereits gebildete Kategorie einzuordnen ist oder ob eine neue Kategorie gebildet werden muss. Die entstandenen Kategoriensysteme und seine Definitionen werden anschließend durch ein erneutes Bearbeiten des Materials geprüft und wenn notwendig angepasst. Bei Änderung im Kategoriensystem wird das gesamte Material erneut durchgearbeitet. Das Abstraktionsniveau wird so festgelegt, dass es

am besten zu der Forschungsfrage passt (Mayring, 2014, S. 81) Durch die induktive Kategorienbildung konnte das Material in mehreren Durchläufen auf ein Abstraktionsniveau angehoben werden, welches eine übersichtliche Zusammenfassung der Transkripte ermöglichte. In Tabelle 2 werden die gebildeten Überkategorien und ihre Unterkategorien sowie die Definitionen dargestellt.

Tabelle 2: Übersicht des Kategoriensystems inklusive Definitionen

Überkategorien	Unterkategorien	Definition der Kategorie
<i>Ärztliches Vertrauensverhältnis</i>	Kommunikation mit Patienten und Patientinnen	Aussagen über den Einfluss des Kommunikationsstils von Arzt oder Ärztin auf die Patientin oder den Patient
	Geschlechtsspezifische Unterschiede in Kommunikation	Aussagen über Unterschiede in der Kommunikationsart je nach Geschlecht des Arztes oder der Ärztin
<i>Medizinische Behandlung von Patient und Patientin</i>	Entscheidungsgrundlagen	Aussagen zum Entscheidungsprozess von Therapie und Behandlung von Patienten und Patientinnen
	Geschlechtsspezifische Behandlung	Aussagen über den Einfluss des Geschlechts der Patientin oder des Patienten auf die Behandlung
<i>Rollendenken in der Medizin</i>	Geschlechtsspezifische Ansichten über Patienten und Patientinnen	Aussagen über Annahmen Patientinnen und Patienten gegenüber, welche aufgrund des Geschlechts auftreten
	Ansichten über die Rolle von Ärztin/Arzt	Aussagen über Erwartungen gegenüber der Rolle als Ärztin oder Arzt
<i>Verständnis über internalisierten Sexismus</i>	Definition internalisierter Sexismus	Aussagen über das Verständnis über den Begriff „Internalisierter Sexismus“

## 6 Ergebnisse

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden Ärztinnen dazu befragt, wie internalisierter Sexismus die Behandlung von Frauen als Patientinnen im medizinischen Alltag beeinflusst. Um eine übersichtliche Anschauung der Interviews zu ermöglichen,

werden die relevanten Ergebnisse anhand der bereits formulierten Teilfragen (siehe Kapitel 4) dargestellt. Zu jeder Teilfrage werden die passenden Überkategorien aus Kapitel 5.4 zugeordnet, die zur Beantwortung der Teilfrage beitragen. Dies ermöglicht eine geordnete Darstellungsweise der Ergebnisse. Die Antworten der Expertinnen wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und auf ihre grundsätzlichen Aussagen reduziert.

## **6.1 Teilfrage 1: Wie beeinflusst das Geschlecht der behandelnden Person das ärztliche Vertrauensverhältnis?**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Überkategorie „Ärztliches Vertrauensverhältnis“ inklusive der zugeordneten Unterkategorien dargestellt.

### Kommunikation mit Patienten und Patientinnen

Interviewpartnerin B1 sieht einen Einfluss des Geschlechts auf das ärztliche Vertrauensverhältnis. Sie versetzt sich in den Blickwinkel einer Patientin und erklärt, dass das Geschlecht Einfluss auf das gegenseitige Vertrauen und die Kommunikation von behandelnder Person und Patientin hat.

*„Ich bin ja auch irgendwo Patientin, klar. [...] Ich glaube, dass das Geschlecht einfach viel [...] ausmacht. Ob man [...] mit der Art der Kommunikation zurechtkommt. Ob man sich dann wohl fühlt, ob man das Gefühl hat, dass man gewisse Dinge anvertrauen kann [...] und dann auch natürlich die Reaktionen, [...] wenn sich Patientinnen dann doch öffnen, etwas Intimeres erzählen und [...] wie man darauf reagiert.“ (B1)*

Weiterhin erklärt Interviewpartnerin B1, dass die Kommunikation zu Patient\*innen manchmal durch ein Hierarchiedenken auf ärztlicher Seite bestimmt wird:

*„Man merkt man oft, dass da so ein Mysterium daraus gemacht wird, was Ärzt\*innen so tun und was für Befunde sie erheben und was das jetzt alles so heißt. Ich habe häufig das Gefühl, dass es [...] so ein Abschotten ist, damit so diese Herrlichkeit der medizinischen Tätigkeit als Ärztin beibehalten wird.“ (B1)*

Gleichzeitig wird von mehreren Interviewpartnerinnen die Wichtigkeit einer offenen Kommunikation mit Patientin oder Patient erwähnt, die vor allem eine gemeinsame Entscheidungsfindung vorsieht (B2, B4, B1).

Interviewpartnerin B1 sieht dabei eine erhöhte Compliance bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung für die Behandlung der Patient\*innen:

*„Vor allem glaube ich auch, dass das die Compliance erhöht, also Compliance ist so die- das Mitmachen der Patientinnen und Medikamententreue, Therapietreue dass sie auch wieder kommen und nicht einfach im Dunst verschwinden, wenn sie verstehen, worum es geht.“ (B1)*

### Geschlechtsspezifische Unterschiede in Kommunikation

Einige Interviewpartnerinnen sehen einen geschlechtsspezifischen Unterschied von Ärztinnen und Ärzten in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten.

Einen geschlechtsspezifischen Unterschied sieht Interviewpartnerin B1 dahingehend, dass Ärztinnen einen empathischeren Umgang mit Patienten und Patientinnen pflegen würden:

*„Ich glaube, dass da auf jeden Fall dieser [...] Kummerfaktor sehr stark ausgeprägt ist, also dass man mehr mitfühlt, sich mehr Zeit nimmt. Versucht [...] die Patienten ernst zu nehmen. Also ich glaube, dass es in der Medizin wirklich stark ausgeprägt ist, dass so diese Geschlechter Dichotomien [...] aufrechterhalten werden.“ (B1)*

Diese Beobachtung wird ebenfalls von Interviewpartnerin B2 unterschützt:

*„Das ist aber ein ganz subjektiver Eindruck natürlich, dass Frauen größtenteils, [...] diesen offenen, interaktiven Kommunikationsstil besser beherrschen, beziehungsweise nicht unbedingt besser beherrschen, aber ich würde sagen, das liegt uns mehr. (lacht) Das ist schon [...] eine Erfahrung, denke ich. Auch [...] die Möglichkeiten, [...] sich in den Patienten reinzudenken, empathisch zu sein [...]“ (B2)*

Zudem sagt Interviewpartnerin B2 aus, dass es für Männer als Ärzte schwieriger wäre sich in die Lebenswelten von Frauen als Patientinnen einzufühlen, als es für Ärztinnen ist, sich in die Lebenswelten von Männern hineinzudenken. Zudem sei es für B2 einfacher sich bei geschlechtsspezifischen Problemen bei der Behandlung von Männern empathisch zu verhalten als dies für Männer gegenüber Patientinnen.

*„Ich habe den Eindruck, [...] dass es für mich weniger Probleme macht mich mit den Potenzproblemen, die auch klassischerweise ein Problem sind, bei Männern mit Diabetes auseinanderzusetzen als für Männer mit den Problematiken der Schwangerschaft und Typ 1 Diabetes. Das ist traurig.“ (B2)*

Eine Interviewpartnerin erklären jedoch auch, dass eine pauschale Bewertung der Kommunikation nach Geschlecht für sie schwierig durchzuführen ist (B3).

Einen Unterschied in der Kommunikation sieht Interviewpartnerin B4 eher anhand des Alters von Ärztin oder Arzt, weniger anhand des Geschlechts:

*„Das ist stark altersabhängig, finde ich eher. Ich find das eher was mit der Generation an sich zu tun und dann gar nicht [...] mit dem Geschlecht. [...] Ich sag mal, je älter die Leute sind [...] dann in den höheren Hierarchien [...] merkt man aber ganz krasse Unterschiede in den Gesprächsstilen.“ (B4)*

Weiterhin gibt sie an, dass aus ihrer Erfahrung oft Chefarzte einen eher autoritären Kommunikationsstil pflegen würden (B4).

#### Hindernisse im ärztlichen Vertrauensverhältnis

Die Interviewpartnerinnen sehen eine Reihe von Einflüssen, die sich negativ auf das ärztliche Vertrauensverhältnis auswirken können.

Zunächst wurde von Interviewpartnerinnen B1, B3 und B4 erklärt, dass sich ein autoritäres Verhältnis zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen negativ auf das Verhältnis untereinander auswirken kann. Dabei wird von B1 und B3 geschildert, dass manche Patient\*innen sich bewusst Ärzt\*innen unterordnen und diese als höhergestellt betrachten. Dieses hierarchische Verhältnis wird laut B1 durch gesellschaftliche Normen vorgegeben:

*„Diese Hierarchie zwischen Ärztin und Patientin, dass eben doch noch Ärzte als sehr wissend, sehr klug, als [...] allwissend gelten. Das ist echt gefährlich, finde ich. Weil [...] Dinge erstmal nicht hinterfragt werden, [...] man wagt es dann auch nicht zu kritisieren. Ich glaube es sind so gesellschaftliche Normen.“ (B1)*

Ein weiterer Aspekt, welcher sich negativ auf das ärztliche Vertrauensverhältnis auswirken könnte, ist das Geschlecht von Patienten sowie das Alter:

*„Häufig merke ich, dass ältere Patienten, männliche Patienten es ein bisschen schwierig finden, es sich mit mir zu unterhalten. Weil HIV einfach eine sehr intime Sache ist und merke ich auch, dass häufig so ein Vorbehalt da ist. Ich glaube, auf jeden Fall das Geschlecht einmal und das Alter.“ (B1)*

Zudem wird von Interviewpartnerinnen B3 und B4 der zeitliche Aspekt einer Untersuchung als potenzieller Einflussfaktor genannt. Wenig verfügbare Zeit im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten wirke negativ auf das Verhältnis untereinander.

#### Positive Einflüsse auf das ärztliche Vertrauensverhältnis

Als Gegensatz zu negativen Einflüssen auf das ärztliche Vertrauensverhältnis konnten ebenso positive Einflüsse benannt werden, die sich auf das Verhältnis auswirken können.

Das gegenseitige Vertrauen für Interviewpartnerin B2 sei ein wichtiger Aspekt, der sich auf das Verhältnis auswirken kann:

*„Also ein gutes Patienten-Verhältnis ist in jedem Fall [...] von Vertrauen geprägt. Das steht, glaube ich, an ganz vorderster Stelle. Vertrauen und Verlässlichkeit auf beiden Seiten. Also das ist, das ganz wichtiger Aspekt auf beiden Seiten.“ (B2)*

Der Aspekt des Vertrauens wird auch von Interviewpartnerin B1 angesprochen. Eine offene Kommunikation der Probleme von Patient\*innen ist für sie eine Charakteristik, die für ein positives ärztliches Vertrauensverhältnis spricht. Dies wird

ebenso von Interviewpartnerin B4 unterstützt. Sie gibt ebenfalls an, dass der Aufbau eines offenen Verhältnisses, welches von Vertrauen geprägt ist, durch die Ärztin oder den Arzt geschaffen wird und durch die Kommunikation aufgebaut wird.

*„Das Maßgebliche ist das gegenseitige Vertrauen und ich glaube, damit steht und fällt das einfach. Und da steckt ja auch drin, dass das [...] maßgeblich was mit Kommunikation zu tun hat, mit einer ehrlichen, offenen Kommunikation. Sonst kann ich kein Vertrauen aufbauen und klar, das ist erst mal die Aufgabe des Arztes, das zu schaffen, weil er oder sie einfach in [...] einer Machtposition ist, in dem Moment“ (B4)*

## **6.2 Teilfrage 2: Wie wirkt das Geschlecht als Einflussfaktor bei der medizinischen Behandlung von Frauen als Patientinnen?**

Das folgende Kapitel stellt die Ergebnisse aus der Überkategorie „Medizinische Behandlung von Patient und Patientin“ mit den zugehörigen Unterkategorien dar. Die ausgewählten Ergebnisse richten sich nach der Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfrage 2.

### Entscheidungsgrundlagen

Zunächst werden die allgemeinen Aussagen dargestellt, welche als Entscheidungsgrundlage für die Behandlung von Patient\*innen dient.

Interviewpartnerin B3 entscheidet anhand der aktuellen Studienlage, welche Behandlung genutzt werden sollte:

*„Dann entscheiden wir, [...] am besten evidence-based, anhand von Studien, was für diese Erkrankung das Beste ist und dann [...] gibt es auch Abweichungen von den Studien, weil ein Patient palliativ ist oder manches ablehnt.“ (B3)*

Eine ähnliche Herangehensweise beschreibt auch Interviewpartnerin B1. Sie sieht dabei jedoch auch das Problem, dass in Medikamentenstudien in ihrem Fachbereich nur männliche Probanden hinzugezogen werden.

*„Bei klinischen Studien im HIV-Bereich, die werden hauptsächlich an männlichen Probanden durchgeführt, weil bei Frauen die Gefahr besteht, dass sie schwanger werden, und das kann man mit Medikamentenstudien nicht vereinbaren. (...) Deswegen sagt man vorneherein, dass man keine Frauen dabei haben möchte, was sehr schade ist.“ (B1)*

### Geschlechterspezifische Behandlung

Nun werden die Ergebnisse veranschaulicht, welche Aussagen beinhalten, die den Einfluss des Geschlechts von Patientin oder Patient auf die medizinische Behandlung besprechen.

Interviewpartnerinnen B1, B3 und B4 gaben an, dass das Geschlecht von Patientinnen und Patienten keine Auswirkung auf die medizinische Behandlung habe. Jedoch erklären sie ebenfalls, dass geschlechtsspezifische Unterschiede hauptsächlich bei Themen der Reproduktion und Schwangerschaft gemacht werden.

*„Bei mir ehrlich gesagt keins. Aber außer diese Schwangerschaftsgeschichte. Da, da muss man noch mal überlegen und da darf man ihnen nur dieses eine Regiment geben.“ (B1)*

*„Das ist tatsächlich [...] nichts, [...] was man systematisch checklistenartig mit abfragt, das stimmt. Wenn ich einen Krebspatienten habe [...] dann muss ich überlegen, ob ich Eizellen oder Spermien einfrieren will, [...] aber, nee sonst eigentlich nicht. Also wir stehen da jetzt nicht und sagen: Und müssen wir jetzt noch irgendwas speziell bedenken, weil das ein Mann oder eine Frau ist?“ (B4)*

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung werden von Interviewpartnerin B3 ebenfalls bei der Untersuchung vom Genital angegeben.

*„Ich achte darauf, wenn Genital untersucht wird, das, ich untersuche auch Männergenital, aber dann im Beisein [...] einer weiteren Person. Während, wenn ich Frauen untersuche, brauche ich keine weitere Person dabei. Und da achte ich selber darauf, wenn ich jetzt zum Beispiel nur einen Stamm an*

*Assistenten habe, die nur männlich sind, dass ich das Genital untersuche und die anderen rausschicke. Einfach [...] in der Vorstellung, dass es angenehmer ist für die Patientin.“ (B3)*

Interviewpartnerin B4 erklärt, dass ein Unterschied in der medikamentösen Behandlung anhand des Geschlechts notwendig sein könnte, jedoch noch nicht genügend Studien als Grundlage für eine geschlechtsspezifische Behandlung vorliegen würde.

*„Wahrscheinlich, also man sieht ja in vielen Studien, die jetzt rauskommen, dass man Frauen wirklich medikamentös oft anders dosieren müsste [...] als Männer. [...] Im Moment hat das in die ganze Standardliteratur noch keinen Einzug gehalten. [...] Wenn ich mich jetzt hinstellen würde und sagen würde: „Wie müssten wir es jetzt anders dosieren?“, dann wäre völlig unklar, wo ich die neue Dosierung herkriegem soll.“ (B4)*

### **6.3 Teilfrage 3: Wie wird das Konzept des internalisierten Sexismus von Ärztinnen verstanden?**

Zur Beantwortung der Teilfrage 3 werden die Ergebnisse aus den Überkategorien „Rollenvorstellungen in der Medizin“ sowie „Verständnis über internalisierten Sexismus“ dargestellt. Dies dient als Überblick über die Wahrnehmung der Thematik sowie als direkte Überprüfung des Verständnisses von internalisiertem Sexismus.

#### Geschlechtsspezifische Ansichten über Patienten und Patientinnen

Diese Unterkategorie zeigt geschlechtsspezifische Annahmen Patienten und Patientinnen gegenüber, die von den Interviewpartnerinnen geäußert worden sind.

Zunächst erklärt Interviewpartnerin B4, dass Ärztinnen und Ärzte durch bestimmte Erfahrungen während der Ausführung ihrer medizinischen Tätigkeit Patientinnen und Patienten mit Vorurteilen entgegentreten könnten.

*„Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht vorurteilsunbehaftet [...] es gibt auch gewisse Erfahrungen, die man so macht, in einer gewissen Häufigkeit und dann passiert es natürlich auch manchmal, dass man bestimmte*

*Verhaltensweisen beim Patienten oder der Patientin vermutet, die so vielleicht aber gar nicht stimmt.“ (B4)*

Geschlechterspezifische Charakteristika, die von Interviewpartnerin B4 beschrieben wird, ist beispielsweise die Schmerztoleranz:

*„Und gut und alles ist ja auch oft so, dass man sagt, dass Frauen eigentlich mehr, [...] aushalten als Männer zum Beispiel. Und man dann bei Männern vielleicht auch schneller denkt: Ach, der ist jetzt aber wehleidig und bei Frauen das eher nicht so denkt.“ (B4)*

Interviewpartnerin B2 erläutert, dass eine höhere Risikobereitschaft bei Männern im Hinblick auf die Thematik der Transplantation auftritt:

*„Die Bereitschaft auch Komplikationen, Nebenwirkungen vielleicht sogar gefährlichen Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen [...] ist bei Männern, würde ich sagen, grundsätzlich höher. Ich würde es nicht als Unterschied in der Reflektiertheit sehen, [...] aber die Bereitschaft, auch ein höheres Risiko in Kauf zu nehmen, um das Ziel zu erreichen, ist aus meinem Eindruck raus bei Männern höher.“ (B2)*

Manche Patientinnen würden in der behandelnden Ärzteschaft als beschwerlich angesehen, wenn diese wiederholt Nachfragen stellen:

*„Also häufig [...] Patientinnen, zwei Patientinnen, die viel nachfragen werden so ein bisschen als nervig empfunden und als anstrengend“ (B1)*

### Ansichten über die Rolle von Ärztin/Arzt

Dieses Kapitel dient zur Beleuchtung der gesellschaftlichen Erwartungen Ärzt\*innen gegenüber. Im Folgenden werden Aussagen über die Ansichten über die Rolle der Ärzteschaft dargestellt.

Der medizinische Alltag von Ärztinnen sei nach Interviewpartnerin B2 durch Rollenvorstellungen geprägt, die besonders zum Nachteil von Ärztinnen seien. Klassische

Rollenvorstellungen werden dabei Ärztinnen entgegengebracht, wobei manche Aspekte laut Interviewpartnerin B2 als sexistisch beschrieben werden können.

Einige Interviewpartnerinnen erklären, dass ihnen gegenüber häufig eine Erwartungshaltung im Hinblick auf die Rolle als Ärztin gezeigt wird. Diese Erwartungshaltung aus Sicht von Patient\*innen sehe ein autoritäres Verhalten auf ärztlicher Seite vor, welches von Ärztinnen häufig nicht erfüllt werden könne.

*„Gerade die älteren Patienten, die erwarten [...] dass ein autoritärer Chefarzt in den Raum kommt und die sind vielleicht sogar enttäuscht oder verunsichert, weil diese Erwartungshaltung gar nicht erfüllt wird. Und das kann ich [...] aber auch nicht ändern. Ich kann jetzt für die auch nicht eine Rolle einnehmen, die nicht authentisch ist.“ (B4)*

*„Genau, dass die Patienten bestimmtes Bild haben, wie ein Arzt sein soll und zwar männlich und mit tiefer Stimme und autoritär, damit der auch Kompetenz hat, das kann natürlich zum Teil auch das Vertrauen untergraben ohne, dass wir was ändern können.“ (B3)*

Eine derartige Erwartungshaltung aus Sicht von Patient\*innen wäre auch für männliche Ärzte hinderlich, da es den Aufbau eines guten ärztlichen Vertrauensverhältnis erschweren würde (B4).

Einige Interviewpartnerinnen erklärten auf die Frage, ob sie ein Beispiel für Sexismus aus ihrem medizinischen Alltag nennen könnten, dass sie häufig als Schwestern anstatt als Ärztinnen von Patient\*innen angesprochen würden (B1, B3). Interviewpartnerin B1 erläutert zusätzlich, dass geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen im Umgang innerhalb der Ärzteschaft vorhanden wären.

*„Kollegen, die sich beschweren, die ihre Meinung sagen, werden als stark und sicher und so dargestellt, als ob sie genau wissen, was sie wollen. Wenn Frauen dasselbe tun, dann sind sie zickig und anstrengend.“ (B1)*

In die Erwartungshaltung von Patient\*innen spiele ebenso der kulturelle Hintergrund eine Rolle. Interviewpartnerin B4 erklärt, dass sowohl die Kultur als auch das Geschlecht von Patienten eine Auswirkung auf die Erwartungshaltung Ärzt\*innen gegenüber haben könne (B4).

#### Definition internalisierter Sexismus

In dieser Kategorie werden die Aussagen der Interviewpartnerinnen zu ihrem Verständnis über den Begriff „internalisierten Sexismus“ aufgeführt. Diese Kategorie zeigt inwiefern die befragten Ärztinnen sich über den Begriff des internalisierten Sexismus bewusst sind.

Interviewpartnerin B3 versteht internalisierten Sexismus als Unterschied im Umgang oder der Behandlung je nach Geschlecht des Gegenübers.

*„Also ich denke einfach Unterschiede, die gemacht werden, aufgrund Geschlechtes, die wir aber gar nicht merken, dass wir sie tun.“ (B3)*

Auch Interviewpartnerin B2 beschreibt den Begriff „internalisierten Sexismus“ in einer ähnlichen Weise. Dabei erwähnt sie ebenfalls die unterschiedlichen Rollenerwartungen je nach Geschlecht und die Schwierigkeit, solche Verhaltensweisen im Alltag zu erkennen.

*„Wahrscheinlich könnte man es einfach mit [...] geschlechtsspezifischen Vorurteilen übersetzen. Eine vorab Festlegung [...] auf bestimmte Rollen, Verhaltensweisen, die einfach demgegenüber unterstellt, entgegengebracht werden und die man dann immer unbewusst irgendwie erfüllt sehen möchte oder jede Frage eigentlich schon so stellt, [...] um irgendwas zu intendieren. Ich hoffe nicht, dass das in unserer Realität eine große Rolle spielt, aber inwieweit das fixiert ist, [...] kann ich nicht beurteilen.“ (B2)*

Interviewpartnerin B4 sieht internalisierten Sexismus als Handlungsweisen, die der behandelnden Person zunächst richtig erscheinen, jedoch bei Betrachtung von außen auf eine Behandlung nach geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen deuten.

Die selbstständige Auswertung solcher Verhaltensweisen nennt auch sie als Schwierigkeit.

Rollenvorstellungen, die bereits im jungen Alter entstehen, werden von Interviewpartnerin B1 als Ausdrucksweise von internalisiertem Sexismus verstanden.

*„Ich glaube, so das beste Klischee oder das beste Beispiel ist diese rosa und blaue Baby Kleidung. (lacht) Das ist das, was mir als allererstes einfällt.“ (B1)*

Nachdem die Ergebnisse anhand der zugehörigen Teilfragen dargestellt wurden, werden die Aussagen im folgenden Kapitel kritisch diskutiert und in den Kontext der übergeordneten Forschungsfrage eingeordnet.

## **7 Diskussion**

Im folgenden Abschnitt werden die im Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse zuerst zusammengefasst und anschließend im Hinblick auf das Forschungsinteresse interpretiert. Anschließend werden die Limitationen der Arbeit aufgezeigt.

Ziel dieser Arbeit ist es anhand der Forschungsfrage „Wie beeinflusst internalisierter Sexismus“ einen Überblick über die Einflussfaktoren bei der Behandlung von Patientinnen zu untersuchen. Vier Ärztinnen wurden für ein Interview hinzugezogen, um den Forschungsgegenstand anhand der formulierten Teilfragen aus Kapitel 4 zu erforschen. Die Diskussion der dargestellten Ergebnisse aus Kapitel 6 wird anhand der Teilfragen dargestellt.

### Teilfrage 1: Wie beeinflusst das Geschlecht der behandelnden Person das ärztliche Vertrauensverhältnis?

Die Wichtigkeit einer offenen Kommunikation mit Patientin oder Patient wurde von allen interviewten Ärztinnen benannt. Ein fürsorglicher Kommunikationsstil sowie eine patientenorientierte Behandlungsweise wurde dabei von den Interviewpartnerinnen eher mit der Behandlungsweise von Ärztinnen in Verbindung gebracht. Eine autoritäre Kommunikationsart von Seite der Ärztin oder des Arztes wird mit einer schlechteren Compliance sowie einem negativen Einfluss auf Patientin oder Patient gesehen.

Die Aussagen zu den unterschiedlichen Kommunikationsstilen decken sich größtenteils mit der bereits aufgezeigten Studienlage. Die Wichtigkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie eine patientenorientierte Behandlungsweise wird von vielen der interviewten Ärztinnen erwähnt. Der theoretische Hintergrund zeigt, dass Ärztinnen eher diese Aspekte in dem ärztlichen Vertrauensverhältnis als wichtig ansehen und praktizieren.

Das Geschlecht des Arztes oder der Ärztin wird von einigen Interviewpartnerinnen als möglicher Einfluss benannt, jedoch konnte von ihnen nicht genau benannt werden, inwiefern sich dieser Einfluss äußert. Gleichzeitig wird erwähnt, dass das Geschlecht des Arztes oder der Ärztin auch gar keinen Einfluss auf das ärztliche Vertrauensverhältnis habe.

Anstelle des Geschlechts als Einflussfaktor wird häufig das Alter als möglicher Faktor genannt. Ältere, männliche Ärzte pflegen laut Aussagen eher einen autoritären Kommunikationsstil als jüngere Ärzte.

Ein solcher Kommunikationsstil entspricht dabei eher traditionellen Rollenvorstellungen, dies hängt möglicherweise mit der unterschiedlichen Sozialisation zusammen, welche ältere Generationen durchlebt haben.

Das Entstehen und Einhalten von traditionellen Rollenvorstellungen kann nach dem exposure-based Modell durch die persönliche Sozialisation und Erfahrungen in der Ausbildung oder anderen Kontexten geschehen (Mays, 2012, S. 282f).

Dies würde unterstützen, dass nach den Aussagen der interviewten Ärztinnen, ältere Ärzte anders kommunizieren als jüngere Ärzte.

Einen Einfluss auf das ärztliche Vertrauensverhältnis hat nach den Interviewpartnerinnen demnach der Kommunikationsstil, welcher den Aufbau eines guten ärztlichen Vertrauensverhältnisses prägt. Der Kommunikationsstil wird wiederum durch Geschlecht und Sozialisation des Individuums geprägt. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass das Geschlecht der behandelnden Person mindestens einen unterbewussten Einfluss auf das ärztliche Vertrauensverhältnis ausübt.

### Teilfrage 2: Wie wirkt das Geschlecht als Einflussfaktor bei der medizinischen Behandlung von Frauen als Patientinnen?

Eine unterschiedliche medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten aufgrund ihres Geschlechts wurde von allen Interviewpartnerinnen abgestritten. Als

häufigste Entscheidungsgrundlage zur medizinischen Behandlung wurden Studien sowie Standard- und Fachliteratur der spezifischen ärztlichen Fachrichtung genannt.

Die Ausnahmen bestehen jedoch bei Behandlungen, die sich auf die Reproduktionsorgane der Patientinnen beziehen. Unterschiede in der Behandlung werden insbesondere bei Schwangerschaften von Patientinnen erwähnt, sowie bei Genitaluntersuchungen.

Zudem wurde erwähnt, dass eine medikamentöse Behandlung von Frauen möglicherweise anders ausfallen müsse als die von Männern. Hierfür gebe es jedoch noch nicht genügend wissenschaftliche Literatur auf deren Basis entsprechende Entscheidungen getroffen werden könnten.

Obwohl es in der Literatur Hinweise auf eine unterschiedliche Behandlung von Frauen als Patientinnen gibt, konnte dies durch die Aussagen der interviewten Ärztinnen nicht bestätigt werden. Bei den Interviewpartnerinnen habe das Geschlecht der Patientin sowie Vorstellungen über Geschlechterrollen keinen aktiven Einfluss auf die Art der Behandlung.

### Teilfrage 3: Rollenvorstellungen in der Medizin; internalisierter Sexismus

Die Ergebnisse zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht immer ohne Vorurteile Patientinnen und Patienten behandeln. Die eigenen Erfahrungen und Vorstellungen können sich in den Verhaltensweisen gegenüber Patientinnen und Patienten ausdrücken.

Es zeigten sich bestimmte Vorstellungen über Geschlechtsstereotype von den interviewten Ärztinnen, wie beispielsweise ein Unterschied im Ausdruck von Schmerzen oder bei der Risikobereitschaft von Patienten. Ebenso erklärte eine Interviewpartnerin, dass bestimmte weibliche Patientinnen von der behandelnden Ärzteschaft als belastend empfunden werden, da diese häufig Fragen stellen würden. Dies deckt sich mit den in Kapitel 3.2 aufgeführten Vorstellungen über Geschlechterrollen von Männern und Frauen.

Diese einzelnen Beobachtungen und Beschreibungen durch Interviewpartnerinnen lassen keine Schlussfolgerungen darauf zu, inwiefern diese Stereotypen einen Einfluss auf die medizinische Behandlung haben können. Hierdurch kann nur

aufgezeigt werden, dass in der Ärzteschaft bestimmte Vorstellungen über Geschlechterrollen existieren.

Der Begriff des internalisierten Sexismus konnte von vielen Interviewpartnerinnen größtenteils richtig gedeutet und beschrieben werden. Keine von den Ärztinnen erwähnte jedoch, dass internalisierter Sexismus von Frauen untereinander genutzt wird, um unterdrückende, sexistische Annahmen weiter aufrechtzuerhalten. Internalisierter Sexismus, welcher sich auf Frauen untereinander auswirkt, scheint für die Interviewpartnerinnen kein eminentes Teil ihrer Wahrnehmung zu sein.

Durch die Befragung der Ärztinnen konnten keine internalisierten Annahmen gegenüber Patientinnen entdeckt werden, die auf einen Einfluss auf die medizinische Behandlung schließen würden. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass Ärztinnen nach eigenen Angaben häufig mit traditionellem oder ambivalentem Sexismus im Arbeitsalltag konfrontiert werden.

## **8 Limitationen**

Die durchgeführte Studie diente zum explorativen Erkenntnisgewinn über internalisierten Sexismus in der Medizin. Die Forschungsarbeit enthält jedoch einige Limitationen, welche sich auf die bereits dargestellten Ergebnisse auswirken.

### **8.1 Methodik**

Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen stellte sich durch die geringe Resonanz als schwierig heraus. Grund dafür kann die Auslastung der Ärztinnen sein sowie das sensible Thema der Arbeit. Ein Selektionsbias kann bei der Rekrutierung entstanden sein, da sich möglicherweise nur die Ärztinnen zurückgemeldet haben, die sich mit der Thematik bereits beschäftigt haben oder eine gewisse Wichtigkeit in der Thematik sehen.

Bei der Erstellung der Interviewfragen wurde darauf geachtet die Fragen möglichst offen zu stellen und dabei nicht direkt auf internalisierten Sexismus gegenüber Frauen als Patientinnen einzugehen. Die Interviewpartnerinnen sollten dadurch möglichst wenig in ihren Antworten beeinflusst werden. Dies führte jedoch dazu, dass die Antworten häufig nicht präzise genug hinsichtlich der übergeordneten

Forschungsfrage waren und somit nicht in den Ergebnisteil aufgenommen werden konnten.

## **8.2 Ergebnisse**

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass die befragten Interviewpartnerinnen keine Auswirkung von internalisiertem Sexismus auf die medizinische Behandlung sehen. Subtile Erscheinungsformen von Sexismus, wie der internalisierte Sexismus, sind als Handlung jedoch schwierig zu erkennen. Eine weitere Schwierigkeit ist es, seine eigenen Handlungs- und Verhaltensweisen kritisch zu reflektieren und diese auf Anzeichen von Sexismus zu untersuchen. Dieser Umstand kann zu einer verringerten Reliabilität der Ergebnisse führen. Zudem sind die Grenzen von sexistischen Verhaltensweisen und Aussagen sehr subjektiv, jede Interviewpartnerin kann eine andere Vorstellung von diesen Verhaltensweisen haben und dementsprechend werden Verhaltensweisen unterschiedlich bewertet.

## **9. Fazit**

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Leitfrage „Wie beeinflusst internalisierter Sexismus die Behandlung von Frauen als Patientinnen?“. Hierbei wurde die Perspektive von Ärztinnen anhand von leitfadengestützten Expertinneninterviews abgebildet. Die abgeleiteten Teilfragen betrachteten die Aspekte des ärztlichen Vertrauensverhältnisses, Einflussfaktoren auf die Behandlung von Frauen als Patientinnen sowie Rollenvorstellungen und Annahmen über Geschlechtsstereotypen in der Medizin im Allgemeinen.

Diese Forschungsarbeit konnte keine Auswirkungen von internalisiertem Sexismus auf die Behandlung von Patientinnen finden. Andere nennenswerte Forschungsergebnisse konnten jedoch aufgezeigt werden. Das Auftreten unterschiedlicher Kommunikationsstile je nach Geschlecht der behandelnden Person, welches bereits in der Forschungsliteratur angesprochen wurde, konnte durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen unterstützt werden. Die Kommunikationsart sowie das Alter sind laut der Interviewpartnerinnen ein Einflussfaktor, welcher auf das ärztliche Vertrauensverhältnis wirkt. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung von Patientinnen und Patienten wird von den interviewten Ärztinnen nur bei bestimmten

Behandlungsarten gemacht, welche mit dem Genital, der Schwangerschaft oder Reproduktionsorganen zu tun haben.

Auch wenn das Geschlecht der Patientin nach Aussagen der Ärztinnen keinen Einfluss auf die Behandlung hat, so ist dennoch deutlich geworden, dass bestimmte Geschlechtsstereotype und vorurteilsbehaftete Annahmen in Teilen der Ärzteschaft vorhanden sind. Eine genauere Betrachtung der Auswirkungen dieser Annahmen auf die medizinische Behandlung scheint deshalb sinnvoll. Weitere Studien, welche quantitative Methodik nutzen, um das Konzept des internalisierten Sexismus besser zu erfassen, sind angebracht. Ebenso sollten Ärzte zu der Thematik befragt werden, um den Unterschied in der Wahrnehmung der Thematik nach Geschlecht besser beurteilen zu können. Zudem scheint es sinnvoll, die Sichtweise von Patientinnen abzubilden, um das Problem aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Diese Forschungsarbeit ermöglichte einen Einstieg in die Thematik des Sexismus im Hinblick auf seine Auswirkungen auf die medizinische Behandlung. Weitere Forschungen sind notwendig, um neue Erkenntnisse in dem wenig erforschten Gebiet zu ermöglichen und sich einer geschlechtergerechten medizinischen Versorgung annähern zu können.

## Literaturverzeichnis

- Alabas, O., Tashani, O., Tabasam, G. & Johnson, M. (2012). Gender role affects experimental pain responses: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Pain*, 16(9), 1211–1223. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00121.x>
- Annandale, E. & Hammarström, A. (2010). Constructing the 'gender-specific body': A critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 15(6), 571–587. <https://doi.org/10.1177/1363459310364157>
- BARMER. (2. März, 2021). Anzahl der ambulanten Arztkontakte je Person in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 2004 bis 2019 [Graph]. In Statista. Abgerufen am 09. Mai 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/75866/umfrage/arztkontakte-in-deutschland-nach-geschlecht-seit-2004/>
- Bearman, S., Korobov, N. & Thorne, A. (2009). THE FABRIC OF INTERNALIZED SEXISM. *Journal of Integrated Social Sciences*, 1(1), 10–47. [https://jiss.org/documents/volume\\_1/issue\\_1/JISS\\_2009\\_1-1\\_10-47\\_Fabric\\_of\\_Internalized\\_Sexism.pdf](https://jiss.org/documents/volume_1/issue_1/JISS_2009_1-1_10-47_Fabric_of_Internalized_Sexism.pdf)
- Becker, J. C. (2021, 7. Dezember). *Subtile Erscheinungsformen von Sexismus*. bpb.de. Abgerufen am 9. Mai 2022, von <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/178674/subtile-erscheinungsformen-von-sexismus/?p=0>
- Beran, M. S., Cunningham, W., Landon, B. E., Wilson, I. B. & Wong, M. D. (2007). Clinician gender is more important than gender concordance in quality of HIV care. *Gender Medicine*, 4(1), 72–84. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(07\)80010-6](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(07)80010-6)

- Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., Leigh, P. & Robbins, J. A. (2004). Patient Gender Differences in the Diagnosis of Depression in Primary Care. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(7), 689–698. <https://doi.org/10.1089/15246090152563579>
- Berthold, H. K., Gouni-Berthold, I., Bestehorn, K. P., Böhm, M. & Krone, W. (2008). Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *Journal of Internal Medicine*, 264(4), 340–350. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01967.x>
- Blättner, B. & Waller, H. (2011). Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung (5., überarbeitete Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.
- Constantinescu, S. A. (2021). How Does The Internalization Of Misogyny Operate: A Thoretical Approach With European Examples. *Research in Social Change*, 13(1), 120–128. <https://doi.org/10.2478/rsc-2021-0013>
- Eckes, T. (2008). Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*, 171–182. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91972-0\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91972-0_20)
- Eurostat. (21. September, 2021). Europäische Union: Anteil der Menschen mit subjektiv gut oder sehr gut wahrgenommener Gesundheit, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Mitgliedstaat im Jahr 2019 [Graph]. In Statista. Abgerufen am 09. Mai 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1099932/umfrage/anteil-der-menschen-mit-guter-gesundheit-in-der-eu/>
- Expósito, F., Herrera, M. C., Moya, M. & Glick, P. (2010). Don't Rock the Boat: Women's Benevolent Sexism Predicts Fears of Marital Violence. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 36–42. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01539.x>

- Gil Bermejo, J. L., Martos Sánchez, C., Vázquez Aguado, O. & García-Navarro, E. B. (2021). Adolescents, Ambivalent Sexism and Social Networks, a Conditioning Factor in the Healthcare of Women. *Healthcare*, 9(6), 721. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060721>
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., Adetoun, B., Osagie, J. E., Akande, A., Alao, A., Annetje, B., Willemsen, T. M., Chipeta, K., Dardenne, B., Dijksterhuis, A., Wigboldus, D., Eckes, T., Six-Materna, I., Expósito, F., . . . López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 763–775. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763>
- Hornberg, C., Pauli, A. & Wrede, B. (2016). Medizin - Gesundheit - Geschlecht: Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive (Geschlecht und Gesellschaft 55) [E-Book]. In *Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung* (1. Aufl. 2016 Aufl., S. 344–345). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19013-6>
- Hurley, R. W. & Adams, M. C. B. (2008). Sex, Gender, and Pain: An Overview of a Complex Field. *Anesthesia & Analgesia*, 107(1), 309–317. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0b013e31816ba437>
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Grundlagentexte Methoden)* (3., überarbeitete Aufl.). Beltz Juventa.
- Marquié, L., Raufaste, E., Lauque, D., Mariné, C., Ecoiffier, M. & Sorum, P. (2003). Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain*, 102(3), 289–296. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00402-5](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00402-5)

- Maschewsky-Schneider, U. (2016). Medizin - Gesundheit - Geschlecht [E-Book]. In C. Hornberg, A. Pauli & B. Wrede (Hrsg.), *Frauen- und Geschlechterforschung in Public Health ist nicht Gendermedizin. Ein historischer Rückblick und eine disziplinäre Standortbestimmung* (S. 33–35). Springer Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19013-6>
- Mast, M. S., Hall, J. A. & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.020>
- Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis. Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution* [E-Book]. Beltz Verlag. Abgerufen am 10. Mai 2022, von [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/39517/ssoar-2014-mayring-Qualitative\\_content\\_analysis\\_theoretical\\_foundation.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2014-mayring-Qualitative\\_content\\_analysis\\_theoretical\\_foundation.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/39517/ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2014-mayring-Qualitative_content_analysis_theoretical_foundation.pdf)
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 633–648. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_42](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42)
- Mays, A. (2012). Determinanten traditionell-sexistischer Einstellungen in Deutschland – eine Analyse mit Allbus-Daten. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64(2), 277–302. <https://doi.org/10.1007/s11577-012-0165-6>
- Mesquita Filho, M., Marques, T. F., Rocha, A. B. C., Oliveira, S. R. D., Brito, M. B. & Pereira, C. C. Q. (2018). O preconceito contra a mulher entre trabalhadores da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3491–3504. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.00132017>
- Nyberg, F., Osika, I. & Evengård, B. (2008). “The Laundry Bag Project”- unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female

psoriatic patients in Sweden. *International Journal of Dermatology*, 47(2), 144–149. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2008.03485.x>

O'Brien, R., Hunt, K. & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*, 61(3), 503–516. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008>

OECD. (2020). Anzahl der Arztbesuche pro Kopf in ausgewählten Ländern Europas im Jahr 2018 [Graph]. In Statista. Abgerufen am 09. Mai 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248308/umfrage/anzahl-der-arztbesuche-pro-kopf-nach-laendern/>

Rathore, S. S., Chen, J., Wang, Y., Radford, M. J., Vaccarino, V. & Krumholz, H. M. (2001). Sex Differences in Cardiac Catheterization. *JAMA*, 286(22), 2849. <https://doi.org/10.1001/jama.286.22.2849>

Roter, D. L., Hall, J. A. & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA*, 288(6), 756. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.756>

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E. & Hensing, G. (2018). "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Research and Management*, 2018, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>

Statista. (2017). *Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu, dass es für alle Beteiligten am besten wäre, wenn der Mann voll berufstätig ist und die Frau sich um den Haushalt und die Kinder kümmert?* [Graph]. In Statista. Abgerufen am 17. Mai 2022, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/694358/umfrage/meinung-klassische-rollenverteilung-in-der-familie-nach-geschlecht/>

Swim, J. K. & Hyers, L. L. (2009). Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination [E-Book]. In T. D. Nelson (Hrsg.), *Sexism* (1. Aufl., S. 407–415).

Psychology Press. Abgerufen am 9. Mai 2022, von [https://emil-kirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/Todd\\_D.\\_Nelson\\_Handbook\\_of\\_Prejudice\\_StereotypiBookos.org\\_.pdf](https://emil-kirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/Todd_D._Nelson_Handbook_of_Prejudice_StereotypiBookos.org_.pdf)

Szymanski, D. M., Gupta, A., Carr, E. R. & Stewart, D. (2009). Internalized Misogyny as a Moderator of the Link between Sexist Events and Women's Psychological Distress. *Sex Roles*, 61(1–2), 101–109. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9611-y>

Wassermann, S. (2014). Das qualitative Experteninterview. *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*, 51–67. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-01687-6\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-658-01687-6_4)

Williams, D., Bennett, K. & Feely, J. (2003). Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 55(6), 604–608. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.01795.x>

## **Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: Anfrageschreiben Interviewpartnerinnen.....	XI
Anhang 2: Datenschutzerklärung der Interviewpartnerinnen.....	XII
Anhang 3: Interviewleitfaden .....	XIII
Anhang 4: Transkripte der Interviewpartnerinnen.....	XV
Anhang 4.1: Transkript Interviewpartnerin B1 .....	XV
Anhang 4.2: Transkript Interviewpartnerin B2.....	XX
Anhang 4.3: Transkript Interviewpartnerin B3.....	XXVI
Anhang 4.4: Transkript Interviewpartnerin B4.....	XXXI
Anhang 4: Transkriptionsregeln.....	XLI



## Anhang 2: Datenschutzerklärung der Interviewpartnerinnen



### **Einverständniserklärung zum Interview sowie zur Datenerhebung und Datenverarbeitung**

**Vorhaben:** Bachelorarbeit mit dem Titel „*Wie beeinflusst internalisierter Sexismus die Behandlung von Patientinnen?*“

**Interviewteilnehmer\*in:**

**Interviewerin:** Leah Finger

**Interviewdatum:**

Ich erkläre mich bereit im Rahmen der Bachelorarbeit „*Wie beeinflusst internalisierter Sexismus die Behandlung von Patientinnen?*“ an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über den Verlauf und das Ziel des Interviews informiert.

Ich bin einverstanden, dass das Interview über Zoom aufgezeichnet wird und anschließend durch die Interviewerin (Frau Leah Finger) transkribiert und ausgewertet wird. Alle zugehörigen Dateien werden nach Ende des Projektes (spätestens zum 01.05.2022) gelöscht. Zugang zu den Aufnahmen haben nur die Interviewerin (Frau Leah Finger) und die Erstgutachtern (Frau Prof. Dr. Johanna Buchcik) sowie die Zweitgutachterin (Frau Prof. Dr. Christine Adis).

Ich bin mir bewusst, dass die Teilnahme an dem Interview freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Begründung widerrufen kann. Es entstehen dadurch keinerlei Nachteile für mich.

Alle mit meiner Person zusammenhängenden Informationen werden im Transkript des Interviews anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf meine Person erfolgen können. Ich bin damit einverstanden, dass diese anonymisierten Daten zur wissenschaftlichen Auswertung und im Rahmen der Veröffentlichung der Bachelorarbeit verwendet werden.

---

Ort, Datum, Unterschrift Interviewteilnehmerin

## Anhang 3: Interviewleitfaden

Interview mit	
Datum	
Dauer	
Einwilligungserklärung	Abgegeben / Nicht abgegeben

### 1. Begrüßung

- Begrüßen und kurzen Überblick über das Projekt geben
- Hinweis auf die Aufzeichnung des Gesprächs und Umgang mit Datenschutz – Einwilligungserklärung getrennt von Interviews – Daten sind alle anonymisiert

### 2. Einstiegsfragen

- Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Fachbereich und was sind ihre täglichen Aufgaben?
- Bei Bedarf: (Welchem Geschlecht fühlen Sie sich angehörig?)
- Lassen Sie uns nun auf das Thema kommen

### 3. Hauptteil

- Wie würden Sie Ihre Kommunikationsart mit Ihren Patienten und Patientinnen beschreiben?
- Glauben Sie, dass Unterschiede in der Kommunikation von Ärztinnen bzw. Ärzten bestehen und wenn ja, welche?
  - *Nachfrage:* Können Sie als Ärztin/als Arzt einen möglichen Unterschied aus Ihrem Arbeitsalltag benennen?
- Wie entscheiden Sie über die Therapie/Behandlung Ihrer Patienten?
  - *Nachfrage:* Welchen Einfluss kann das Geschlecht auf die Behandlung einnehmen?
- Was verstehen Sie unter einem guten oder schlechten Arzt-Patienten-Verhältnis? Was könnte dieses Verhältnis beeinflussen?
  - Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Arzt-Patienten-Beziehung?
- Was verstehen Sie unter „internalisiertem Sexismus“?

#### **4. Nachfrage und Rücklenkung auf das Thema des Interviews**

- Gerade sagten Sie, XY. Könnten sie diesen Aspekt noch einmal genauer erläutern?
- Dieser Aspekt ist sehr interessant, führt jedoch Weg von meiner eigentlichen Fragestellung. Darf ich Sie noch einmal fragen, wie Sie XY meinten?

#### **5. Zusammenfassung und Rückblick**

- Ist noch etwas offengeblieben, was Sie mir gerne mitteilen möchten?
- Ich danke Ihnen für die Zeit, die Sie sich für das Interview genommen haben.

#### **6. Ausblick**

- Im Zuge meiner Bachelorarbeit werde ich das durchgeführte Interview transkribieren und im Anschluss mit *MAXQDA* auswerten, natürlich alles anonymisiert.
- Zuschicken der Bachelorarbeit bei Bedarf

## Anhang 4: Transkripte der Interviewpartnerinnen

### Anhang 4.1: Transkript Interviewpartnerin B1

**I:** Dann können wir auch schon direkt beginnen. Ich will mit einer kleinen Einstiegsfrage anfangen, und zwar: "Wie lange arbeitest du schon in deinem Fachbereich und was sind deine täglichen Aufgaben?"

**B1:** Also in meinem Fachbereich, ich bin in der Infektiologie, da arbeite ich genau ein Jahr als Ärztin. Davor habe als Studentin in anderen Bereichen gearbeitet und meine tägliche Arbeit ist die Patientenversorgung, hauptsächlich HIV, aber auch andere Tropenkrankheiten. Alles, was, also infektiologisch Querbeet.

**I:** Kannst du vielleicht noch ein bisschen erzählen, was deinen, also wie so dein täglicher Ablauf ist, wie viel du mit deinen Patienten und Patientinnen sprichst und sowas?

**B1:** Ja, also die Sprechstunde geht meistens von 8 bis 13 Uhr. Pro Patientin sind 30 Minuten eingeplant, das ist auf jeden Fall viel mehr als man schon in niedergelassenen Hausarztpraxen hat. Meistens beginnt man mit der Frage, wie es den Patienten geht, dann, was aktuell gerade da ist. Dann checkt man, ob sie noch genügend Medikamente haben, also wenn es heißt (unv.) und dann macht man eine Anforderung für Blutentnahmen, manchmal körperliche Untersuchung, je nach Ausprägungen oder Wunsch der Patientinnen, des Patienten. Und so geht es eigentlich im Halbstunden Rhythmus weiter. Manchmal fallen Patienten aus und dann ja, ist eine Lücke mal. Das geht so bis 13 Uhr, dann ist Mittagspause und nachmittags kümmere ich mich meistens um Studien oder solche Sachen, wie ein Interview zum Beispiel.

**I:** Okay, alles klar, das passt eigentlich ganz gut zur nächsten Frage, die ich schon vorbereitet habe und zwar, wie kommuniziert du mit deinen Patienten und Patientinnen? Damit meine ich so deinen Gesprächsstil, die Art der Kommunikation und wie du so die Patienten und Patientinnen am Entscheidungsprozess beteiligst.

**B1:** Ich spreche eigentlich also, wie ich mit allen anderen spreche: freundlich, distanziert und ich versuche, ich versuche, alles zu erklären, was ich gerade sage. Und ich versuche auch nicht also pauschale Aussagen, wie das Labor ist gut Punkt, sondern erkläre die einzelnen Werte, erkläre, wenn Werte pathologisch erhöht oder erniedrigt sind, was das machen kann und ob man sich jetzt Sorgen machen muss oder nicht. Und versuche da ja, möglichst mitnehmend glaube ich, so kann man das vielleicht auch beschreiben. Weil häufig auch aus dem Bekanntenkreis und früher selbst als ich noch keine Ärztin war, merkt man oft, dass da so ein Mysterium daraus gemacht wird, was Ärztinnen so tun und was für Befunde sie erheben und was das jetzt alles so heißt. Ich habe häufig das Gefühl, dass es, ja, so eine, wie sagt man? So ein Abschotten ist, damit so diese Herrlichkeit der medizinischen Tätigkeit als Ärztin beibehalten wird. Also es darf ja nicht zu, zu einfach, wie sagt man? Man schottet sich so ein bisschen ab.

**I:** So eine Hierarchie entsteht, oder?

**B1:** Ja, ja, genau. Gut das kann man auch sagen, genau. Also man hält sich diese Hierarchie offen und präsent. Ich finde das nicht fair, weil schließlich ist das die eigene Gesundheit der Patienten. Vor allem glaube ich auch, dass das die Compliance erhöht, also Compliance ist so die- das Mitmachen der Patientinnen und Medikamententreue, Therapietreue dass sie auch wieder kommen und nicht einfach im Dunst verschwinden, wenn sie verstehen worum es geht.

**I:** Okay, alles klar, das passt eigentlich auch wieder mega gut zur nächsten Frage, denn die ist: Glauben oder glaubst du, dass es Unterschiede in der Kommunikation von Ärztinnen beziehungsweise Ärzten bestehen und wenn ja, welche?

**B1:** Allgemein oder geschlechterspezifisch?

**I:** Das, also, damit ist gemeint, das ist schon geschlechterspezifisch. Also kommunizieren Ärztinnen anders als Ärzte?

**B1:** Wir haben nur eine Ärztin noch hier, also mich und eine weitere Kollegin und ich glaube, dass da auf jeden Fall dieser Kümmer-, Kümmerfaktor sehr stark ausgeprägt ist, also dass man mehr mitfühlt, sich mehr Zeit nimmt. Versucht, ja, irgendwie die Patienten ernst zu nehmen. Also ich glaube, dass es in der Medizin wirklich stark ausgeprägt ist, dass so diese Geschlechter Dichotomien aufrecht, erstmal aufrechterhalten werden und zweitens auch eine ganz andere Gieß los ist. Also ist einfach total die Männerwelt. Und Männer(...) wir haben einen Kollegen, der macht das auch richtig gut. Aber generell wird schon nicht so drauf eingegangen von den, von den männlichen Kollegen.

**I:** Okay, also sagst du, dass das deine Art zu kommunizieren mit Patientinnen und Patienten sich schon deutlich von deinen männlichen Kollegen unterscheidet?

**B1:** Ich kann das gar nicht so genau sagen wie, weil wir meistens hier allein den Sprechstunden sitzen, ich war da gar nicht so mit anderen Patienten dabei. Also, von den meisten würde ich sagen schon, ja. Also ich merke auch wenn ich ab und zu auf Stationen bin, dass einfach viel über die Patienten gesprochen wird, wenn man bei ihnen ist. Man ist ja meistens in der, auf der Station, das ist eine andere Situation. Da sitzen die Patienten im Bett und dann drum herum sind ein Pulk von Ärztinnen und da wird schon meistens über die Patienten gesprochen statt mit ihnen und das versuche ich anders zu machen.

**I:** Ok, verstehe. Das hast du jetzt schon ein bisschen gemacht, aber kannst du vielleicht noch ein konkretes Beispiel nennen aus dem Arbeitsalltag, die diese, dass diesen Unterschied nochmal genau beschreibt? Also hast du jetzt gesehen oder hast du jetzt erzählt, hast du vielleicht noch ein anderes Beispiel?

**B1:** Ja, also meinst du das ist mit dem auf den Stationen? Dass man über die Patienten spricht?

**I:** Allgemein die, die Unterschiede zwischen der Kommunikationsart.

**B1:** Ich denke, also ein anderes Beispiel ist auch, das habe ich bei anderen Kollegen gesehen, dass einfach häufig zusammenfassend gesprochen wird. Beispielsweise, wenn man über die Laborwerte spricht kann man das entweder so machen, dass man der Patientin oder dem Patienten sagt: Labor, alles in Ordnung, alles gut, Punkt. Oder man kann sagen: Wir haben verschiedene Laborwerte und das sind die Abstriche, da ist das und das positiv, das ist negativ und da so ein bisschen darauf eingehen auf die einzelnen Unterpunkte, statt das so, ja, so runter zu brechen und das habe ich bei paar männlichen Kollegen gesehen, dass sie das so machen.

**I:** Okay, dann würde ich jetzt einmal zur Therapie beziehungsweise zur Behandlung übergehen. Und zwar, wie entscheidest du über die Therapie oder die Behandlung eines Patienten und deiner Patientinnen? Was ist so der, der Entscheidungsprozess?

**B1:** Also ich werde mal bei HIV-Patienten überlegen, da ist ganz wichtig zu überlegen, ob wichtig ist, dass die Medikamente immer genommen werden oder ob es auch in Ordnung wäre, wenn die zum Beispiel an Essenszeiten gebunden sind, also, dass man die zum Beispiel vor dem Essen nehmen muss. Dann, ob sie einen Single Tablet Regime wollen oder ist es auch der Case, dass sie zwei Tabletten nehmen. Dann muss man auch überlegen, ob die Person schwanger ist oder nicht, weil da nur ein bestimmtes Regime benutzt werden darf. Ansonsten suche ich die eigentlich von der Modernität aus, also ich nehme die aktuellsten Therapie Regimes und biete das denen an. Es gibt eigentlich momentan so zwei, die wirklich top sind. Eins mit drei Wirkstoffen, eins mit zwei Wirkstoffen. Und beschreibe dann das mehr Wirkstoff, mehr Nebenwirkungen aber das ist auch eine individuelle Entscheidung ist, die eine Pille ist ein bisschen kleiner als die andere, manche Patientinnen haben das Gefühl, dass drei Wirkstoffe einfach sicherer sind bei den anderen sagen sie: "Ach, ne ich möchte lieber weniger Wirkstoff". Und so kommt man dann gemeinsam zur Entscheidung. Das Wichtigste ist, dass die Patientinnen hinter dieser Entscheidung stehen. Wenn ich denen irgendwas aufdrücke und die damit nicht cool sind, dann nehmen sie das auch einfach nicht ein.

**I:** Und welchen Einfluss kann das Geschlecht dabei auf die Therapie einnehmen?

**B1:** Bei mir ehrlich gesagt keins. Aber außer diese Schwangerschaftsgeschichte. Da, da muss man noch mal überlegen und da darf man ihnen nur dieses eine Regiment geben. Bei Studien zum Beispiel, bei klinischen Studien im HIV-Bereich, die werden hauptsächlich an männlichen Probandinnen durchgeführt, weil bei Frauen die Gefahr besteht, dass sie schwanger werden und das kann man mit Medikamenten Studien nicht vereinbaren. Es geht einfach nicht, weil nachher werden die schwanger, nehmen trotzdem an der Studie teil und dann werden die Kinder irgendwie nicht, nicht richtig und dann haben die da einen riesigen Stress am Hals, deswegen sagt man vorneherein dass man keine Frauen dabei haben möchte, was sehr schade ist.

**I:** Ach so, also wenn, wenn du jetzt ja, die Studien als Entscheidungsgrundlage nimmst, dann sind die Studien aber häufig eher auf männliche Patienten zurückzuführen.

**B1:** Ja, das ist ein großer, großer Punkt.

**I:** Ziehst du denn häufig, also, deine Grundlagen aus der Forschung oder wie du vorgehen willst in deiner Behandlung und deiner Therapie?

**B1:** Das einmal und dann aber auch Kolleginnen fragen, was die nehmen. Einfach, weil die erfahrener sind und das besser abschätzen können.

**I:** Ok gut, dann sind wir eigentlich mit dem Thema von Therapie und Behandlung fertig und jetzt würde ich dich gerne fragen, was verstehst du unter einem guten und einem schlechten Arzt-Patienten-Verhältnis?

**B1:** Gute Frage. Gut, gut, würde ich sagen, wenn die Patientinnen mir einfach alles erzählen können, auch unangenehme Dinge und wissen, dass es sie nicht dafür verurteile. Ein ganz schönes Kompliment. Und Schlechtes, wenn der aufgrund von zum Beispiel Sprachbarriere einfach ganz viel auf der Strecke bleibt. Oder, ja, die Patienten einfach nicht alles erzählen, was vielleicht irgendwie therapie-relevant ist oder wenn man einfach auch an die nicht so richtig rankommt. Das gibt es auch häufig, vor allem in der Infektiologie. Viele Patientinnen, die hier in Deutschland sind, kaum die Sprache können, einen deutschen Mann geheiratet haben, dann wirklich auch kaum was dazu beitragen, zu der Visite, was echt traurig ist. Ja, das, das würde ich so definieren.

**I:** Also ist schon, also die Kommunikation ist für dich ein sehr großer Faktor, was das Verhältnis (A1: Mhm, ja, ja) angeht. Was denkst du denn, was könnte das Verhältnis noch beeinflussen?

**B1:** Ich glaube das Alter ist, also Alter und Typ einfach. Häufig merke ich, dass ältere Patienten, männliche Patienten es ein bisschen schwierig finden es sich mit mir zu unterhalten. Weil HIV einfach eine sehr intime Sache ist und merke ich auch, dass häufig so ein Vorbehalt da ist. Ich glaube, auf jeden Fall das Geschlecht einmal und das Alter.

**I:** Und wie genau, also zum Beispiel wie würdest du die Beziehung, Moment das muss ich noch mal anders formulieren (...) Da muss ich einmal überlegen (...) Du sagst, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung hat. Was denkst du denn, wie das für Frauen als Patientinnen ist, was da ein Einfluss sein könnte auf die Beziehung?

**B1:** Also, ich bin ja auch irgendwo Patientin, klar. Und ich glaube, ich glaube, dass das Geschlecht einfach viel, viel ausmacht. Und ja, auch mal mit, mit der Art der Kommunikation zurechtkommt. Ich glaube es sind so zwei Faktoren. Ich glaube aber tatsächlich das, dass das Geschlecht einfach auch sehr ausschlaggebend ist. Ob

man sich dann wohl fühlt, ob man jetzt irgendwie das Gefühl hat, dass man gewisse Dinge anvertrauen kann, und ja, und dann auch natürlich die Reaktionen, wenn, wenn sich Patientinnen dann doch öffnen, etwas Intimeres erzählen und dann, wie man darauf reagiert.

**I:** Was denken Sie, was denkst du denn, was ist, was ist (...) ein Hindernis für Patientinnen, sich zu öffnen? Also in der Arzt Patienten Beziehung, was könnte sie davon abhalten?

**B1:** Ja die Angst, verurteilt zu werden, wahrscheinlich so gegen gesellschaftliche Normen zu (...) gesellschaftliche Normen zu brechen. Beispielsweise in einem meiner Patienten ist Sexarbeiterin und die, da hat man auch bei dem Kollegen vorher gesehen, der ist gar nicht drauf eingegangen und ich glaube das ist (...) ja, ja. Und wahrscheinlich einfach so diese Hierarchie zwischen Ärztin und Patientin, das eben doch noch Ärzte als sehr wissend sehr klug, als so allwissend irgendwie gelten. Das ist echt gefährlich, finde ich. Weil einfach auch Dinge erstmal nicht hinterfragt werden, einfach auch so eine (...) man wagt es dann auch nicht zu kritisieren ich glaube es sind so gesellschaftliche Normen. Und, und Dinge, die so in den Köpfen einfach noch drin sind.

**I:** Da bin ich jetzt ein bisschen vom Thema abgekommen, aber kommen wir zurück und zwar, was verstehst du denn eigentlich unter internalisierten Sexismus?

**B1:** (...) Ich glaube, so das beste Klischee oder das beste Beispiel ist diese rosa und blaue Baby Kleidung. (*Jacht*) Das ist das, was mir als allererstes einfällt. Oder, wenn man es auf die Medizin über- ja, ich glaube das ist ja auch Medizin, in der Gynäkologie. (...) Oder, zum Beispiel, ah ja. Noch ein gutes Beispiel aus der Station. Ich werde sehr oft als Schwester angesprochen. Wenn ich irgendwo reinkomme, mit einem männlichen Kollegen, und wir kommen beide rein und ich werde als Schwester angesprochen und er wird als Arzt angesprochen und es ist wirklich also unglaublich, wie das noch immer in den Köpfen drin ist. (...) Dann irgendwie auch Kollegen, die sich beschwerten, die ihre Meinung sagen, werden als stark und sicher und so dargestellt, als ob sie genau wissen, was sie wollen. Wenn Frauen dasselbe tun, dann sind sie zickig und anstrengend.

**I:** Und das hast du dann auch in deinem Arbeitsalltag so erlebt?

**B1:** Ja, jeden Fall. Täglich.

**I:** Okay, das war es auch eher- also das, was du jetzt erläutert hast ist ja eher auf, auf dich als Ärztin bezogen. Glaubst du, es gibt auch solche, solche Formen in, also, wie du das erlebt hast in Hinblick auf Patientinnensicht oder Patientensicht? Jetzt von Ärztinnen oder Ärzten aus gesehen?

**B1:** Ja, also, ja. Da liegt gerade kein, mir fällt jetzt gerade kein konkretes Beispiel ein, tatsächlich. Aber auf jeden Fall. Also häufig irgendwie Patientinnen, zwei Patientinnen, die viel nachfragen werden so ein bisschen als nervig empfunden und als

anstrengend und (...) Ich überlege gerade. Mehr fällt mir gerade nicht ein, ich überlege aber weiter nebenbei.

**I:** Okay, die Sache ist die, wir sind eigentlich schon am Ende angelangt, weil wir vieles schon mit, wie wir gesprochen haben, schon beantwortet haben. Genau.

**B1:** Dann können wir es auch einfach dabei belassen, also mir fällt tatsächlich jetzt auch nicht so (...) Aber vielleicht auch, weil ich sehr, sehr alleine hier arbeite in der Sprechstunde und nicht mit anderen zusammen. Aber ich denke ich habe glaube ich alles berichtet, was mir jetzt so eingefallen ist.

**I:** Okay, also wenn jetzt noch irgendwas offengeblieben ist, was du gern zu dem Thema sagen möchtest, dann gerne her, damit.

**B1:** Nur das es ein wirklich tolles Thema ist. Ganz wichtig. Ganz gute Arbeit. Ich fände es schön sie zu lesen, wenn du fertig bist.

**I:** Ja, auf jeden Fall.

#### **Anhang 4.2: Transkript Interviewpartnerin B2**

**I:** Ok, um einen kleinen Einstieg in das Thema zu bekommen, würde ich Sie gerne fragen, oder möchte ich dich gerne fragen, wie lange arbeitest du bereits in deinem Fachbereich und was sind deine täglichen Aufgaben?

**B2:** Also in dem Bereich arbeite ich seit 2004. Also, meine Güte, ja. 18 Jahre. Tatsächlich seit 18 Jahren, ja. Und die Aufgabenbereiche haben sich natürlich über die Zeit, über die 18 Jahre, verändert, aber momentan ist, ich würde mal sagen so halbe-halbe tatsächlich reine Forschungsarbeit oder sagen wir mal ein Drittel reine Forschungsarbeit und zwei Drittel Patientenversorgung und dabei den größten Anteil ambulante Behandlung, ambulante und stationäre Behandlung von Patienten mit Typ 1 Diabetes.

**I:** Okay, vielen Dank dafür. Dann ist es jetzt quasi, kommen wir jetzt gerne auf das, auf das Thema, das eigentliche. Und da möchte ich gerne fragen: Wie kommunizierst du mit deinem Patienten und Patientinnen, damit meine ich zum Beispiel deinen Gesprächsstil, die Art der Kommunikation, wie du sie am Entscheidungsprozess beteiligst, so was.

**B2:** Ja, das ist sicher eine Besonderheit in diesem, in diesem Fachgebiet, was ja, also klassisch natürlich ohnehin zur sprechenden Medizin gehört, wie man das so schön sagt. Das, das Gespräch ist wirklich das Dominante bei der Behandlung dieser Patienten. Also ich würde den, den Gesprächsstil, Behandlungsstil schon als einen sehr offenen bezeichnen. Das ist auch zwingend Voraussetzung in diesem Fach. Ja, es ist ein Krankheitsbild, wo man ganz klar sehen muss, dass Patienten 24/7 mit dieser Krankheit alleine sind und ich sehe sie in der Regel einmal im Quartal. Also viermal pro Jahr und das ist natürlich ein ganz wichtiger Aspekt in der, in der Gesprächsführung, dass die Patienten also ganz offen ihre, ihre Probleme, ihren

Alltag, aber auch ihre guten Erfahrungen schildern und wenn es um die Problembearbeitung geht, dann auch ist ein ganz wichtiger Aspekt gemeinsam erst mal die Probleme zu identifizieren und dann die Zielstellungen zu formulieren. Das ist ganz wichtiger Aspekt das gemeinsam zu machen, so wie so eine Art Behandlungsvereinbarung immer wieder zu treffen, was sind die Ziele und was sind mögliche Wege, um diese Ziele zu erreichen? Das ist auch ganz individuell. Natürlich gibt es in jedem Fach, gibt es natürlich klare Leitlinien, Zielbereiche, all diese Dinge, aber letztlich sind die Ziele natürlich immer sehr individuell mit dem Patienten zu besprechen.

**I:** Ok, sie würden ihren Kommunikationsstil also als sehr, mit dem Patienten quasi bezeichnen.

**B2:** Ja, ja, ja, das ist ein ganz entscheidender Aspekt, ja.

**I:** Denkst du denn, dass es Unterschiede in der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten gibt und wenn ja, welche?

**B2:** Ich tue mich schwer das, das zu beurteilen und es naja, oder sagen wir mal so: ich glaube es gibt schon einen grundsätzlichen Unterschied. Das ist aber ein ganz subjektiver Eindruck natürlich, dass Frauen größtenteils, wahrscheinlich schon, diesen, diesen Kommunikationsstil, diesen offenen interaktiven Kommunikationsstil besser beherrschen, beziehungsweise nicht unbedingt besser beherrschen, aber ich würde sagen, das liegt uns mehr. (lacht) Das ist schon, ist schon so eine Erfahrung, denke ich. Auch die, ja, auch die, die Möglichkeiten, sich, sich in den Patienten rein zu denken, empathisch zu sein, ist sicherlich etwas, ich würde jetzt in keinem Fall unterstellen, das, das Männer dazu nicht in der Lage sind, aber es ist glaube ich schon, hat ja auch ein Grund, warum wahrscheinlich mehr Frauen in diesen, auf diesen Gebieten arbeiten als Männer. Das, das liegt, glaube ich, schon in der, in der Natur der Sache. Das heißt aber natürlich nicht, dass nicht, dass es nicht auch Frauen gibt, die das gar nicht beherrschen und natürlich auch Männer gibt, die, die da extrem gut sind.

**I:** Denken sie denn in Ihrem Fachbereich ist es nochmal, nochmal stärker ausgeprägt? Also diese Art von Kommunikation, dass es auch Ärzte vielleicht eher machen, wenn sie, wenn wir das jetzt so pauschalisieren. Wissen sie, was ich meine?

**B2:** Dass Frauen sich eher mit diesem Gebiet beschäftigen ist schwer zu sagen. Es gibt natürlich grundsätzlich in den letzten Jahren, die, also in unserem Bereich werden grundsätzlich, natürlich in allen Fachbereichen, mehr Frauen. Das ist, das ist ganz klar, das hat, hat viele Gründe. Aber das ist schon, auch schon noch althergebracht. Die klassische Rollenverteilung, dass Frauen mehr in den in der sprechenden Medizin sich wieder finden als beispielsweise in operativen Fächern. Das war traditionell immer so, hat aber sicher viele, viele ganz, ganz, ganz breites Spektrum von Gründen und das ändert sich in letzten, in den letzten Jahren, denke ich, durchaus. Ja. Ja, das sind ganz, ganz klassische Gründe. Natürlich ist vor, vor 20 Jahren war eine Frau in der Chirurgie beispielsweise ja schon da er was Exotisches. Das hat sich natürlich deutlich geändert. Mittlerweile ist es fast 50 50. Und in der sprechenden Medizin war das Verhältnis sicher eher ausgeglichen in der Vergangenheit

und ich würde sagen, das hält sich eher stabil in diesem Bereich. Wahrscheinlich, aber ich habe, ich habe keine, keine genauen Zahlen dazu.

**I:** Könnten Sie vielleicht noch mal, noch mal darauf eingehen, was genau sie, du, worum es bei, also was mit sprechender Medizin gemeint ist?

**B2:** Sprechende Medizin ist alles das, wo sozusagen Apparate, invasive Untersuchungen oder auch nicht invasive Untersuchungen eine geringe Rolle spielen, wo tatsächlich die, das Gespräch über die Erkrankung und, und die, die Therapie im Vordergrund stehen.

**I:** Vielen Dank für die, für die Erklärung. Ich würde jetzt noch mal nachfragen zu dem Thema "Unterschiede zwischen Kommunikation". Haben Sie vielleicht, oder hast du vielleicht gemerkt, dass es einen Unterschied, oder kannst du vielleicht einen Unterschied aus dem Arbeitsalltag schildern, wenn es, wenn dir vielleicht was aufgefallen ist zwischen der Kommunikationsart von Ärztinnen und Ärzten, wenn es vielleicht ein, ein Beispiel gab, wenn dir was einfällt gerade?

**B2:** Es gibt natürlich ganz, ganz klassische Beispiele in, wenn es um gerade in dem Bereich Diabetes, geht es ja ganz viel um die, um die Frage, wie geht man im Alltag mit dieser mit dieser Erkrankung um und da ist natürlich immer ein, ein Verständnis ärztlicherseits erstens für die Lebenswirklichkeit und den Alltag der Patienten schon, schon sehr entscheidend. Und ich denke, das ist, das ist ein klassisches Beispiel ist, dass man sich als Frau natürlich in die, in die Alltagswirklichkeit von Frauen naturgemäß besser einfühlend kann. Während es, glaube ich, weniger problematisch ist, sich als Frau vielleicht ist es vermessen, aber ich, ich glaube tatsächlich, sich als Frau in die Lebenswirklichkeit des Mannes einzusetzen. Das gelingt, glaube ich besser, als umgekehrt. Das ist aber eine subjektive Wahrnehmung, also, wenn es um gerade bei diesem Patienten um, ja, häufig eben Alter mit der Erkrankung und Alltag heißt, eben sehr oft Beruf, Familie, alles, was dazu gehört, alles unter einen Hut. Bei Männern ist es ganz klassisch dominant, wie gehe ich mit der Arbeit um und der Erkrankung? Also, das ist, ist schon das ist ganz auffällig. Das ist, glaube ich, ein Beispiel. Zweites Beispiel ist natürlich, in diesem Fach ist ein großes Thema auch das Thema Schwangerschaftsdiabetes, auch das ist natürlich ein Thema, ja, wo es sich naturgemäß Frauen eher einfinden (lacht). Ist es halt ganz wichtig in diesem Bereich, dass man, dass man nicht die, nicht nur die natürlich ist, die Kompetenz, die im Bereich der Therapiebehandlung dieser Erkrankungen, die sehr vielfältig ist, entscheidend. Aber das zusammenzubringen mit der Umsetzung im Alltag ist, ist ganz, ganz eminent. Also das sind, glaube ich, schon so Beispiele. Ich habe den Eindruck, das ist, das ist, glaube ich, für mich weniger Probleme macht mich mit den Potenzproblemen, die auch klassischerweise ein Problem sind bei Männern mit Diabetes auseinanderzusetzen als für Männer mit den Problematiken der Schwangerschaft und Typ 1 Diabetes. Das ist traurig. Es scheint weniger problematisch. Und übrigens auch die Männer haben ganz wenig, also männliche Patienten, haben aus meiner Erfahrung keinerlei Berührungspunkte, diese Themen auf einer professionellen Ebene mit einem weiblichen Arzt zu besprechen.

**I:** Vielen Dank für den Einblick. Das ging ja jetzt um die Kommunikation und wie man mit Patienten und Patienten umgeht. Jetzt würde ich gerne auf die Therapie

oder die Behandlung kommen und zwar, wie entscheidest du über die Therapie oder die Behandlung deiner Patienten und Patientinnen? Was ist so der Entscheidungsprozess dabei?

**B2:** Also es sind mehrere Ebenen. Die, die erste Ebene ist, natürlich ganz klar, das sind die, die Festlegung der, der Therapieziele, die man auch immer wieder neu evaluieren muss und neu setzen muss, neu vereinbaren muss. Aber das ist, das ist der entscheidende erste Schritt und dann gibt es natürlich verschiedene Möglichkeiten, diese Ziele zu erreichen in unserem Bereich, also von, um es konkret zu machen, in diesem Fall in der klassischen Insulintherapie über den Einsatz von Hilfsmitteln, sehr, das, das geht sehr weit mittlerweile. Bis zu künstliche Intelligenz, Klaus Klug Systemen. Hin zu, zur Transplantation. Das ist ein ziemlich breites Spektrum, das man da abdecken muss und das Entscheidende ist immer, Wie kann man das erreichen? Man versucht immer, (...) die Therapieziele und die Lebensqualität in Einklang zu bringen. Das ist, das ist eigentlich der, die entscheidende Balance. Und dann gibt es natürlich ganz spezifische Präferenzen der Patienten. Es gibt Patienten die, für die beispielsweise der Einsatz von technischen Hilfsmitteln überhaupt nicht in Frage kommt. Das heißt nicht, dass ich nicht versuche, das dennoch zu, zu propagieren. Aber es gibt Patienten wo das, wo das ein ganz klares No-Go ist. Und dann muss man natürlich immer versuchen, mit den, mit den Wünschen, mit den, mit den Ansprüchen, Erwartungen der Patienten die passende Therapie zu finden, die eben auch wirklich in den in den Lebensalltag der Leute passt und die, die es erlaubt möglichst wir nennen das, wir nennen das, in, in dem Fall Diabetes Destress. Das ist sozusagen der, die, die Belastung durch die, durch die Behandlung, das zu minimieren. Und das steht immer mehr, das hat sich schon geändert, auch in den letzten Jahren, das, das steht immer mehr im Vordergrund.

**I:** Welchen Einfluss kann denn das Geschlecht auf die Therapie haben oder einnehmen?

**B2:** Von vorne herein würde ich nicht sagen, dass das ein Einfluss hat. Das ist, ist ganz offen, sollte natürlich auch so offen besprochen werden. Ich würde auch nicht sagen, dass es heute vor, vor einigen Jahren war das sicher noch so, dass man sagen konnte Männer haben häufig eine höhere Technikaffinität. Das hat sich komplett gewandelt. Also das, das kann man, glaube ich, überhaupt nicht mehr sagen. Aber ich würde mal sagen, die, die Risikobereitschaft, auch wenn das relativ ist natürlich, in dieser, bei diesem Erkrankungsbild, außer wenn wir dann sind, wenn man dann zum Thema Transplantation kommt, dann durchaus die Risikobereitschaft, die Bereitschaft auch Komplikationen, Nebenwirkungen vielleicht sogar gefährlichen Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen oder auch im Rahmen von Studien Behandlungen ist bei Männern würde ich sagen grundsätzlich höher. Ich würde es nicht als Unterschied in der Reflektiertheit sehen, das würde ich jetzt keinen, keinen Unterschied sehen, aber die, die Bereitschaft, auch ein höheres Risiko in Kauf zu nehmen, um das Ziel zu erreichen, ist aus meinem Eindruck raus bei Männern höher.

**I:** Ok, noch mal zu dem, was sie davor gesagt haben, es ging ja darum, dass die Behandlung, so gut es geht mit den Lebenswelten in Einklang gebracht werden muss. Sehen Sie, siehst du da einen Unterschied bei dem Geschlecht oder spielt

das da keine Rolle? Weil, wenn man das so pauschal sagen kann, sind Lebenswelten ja schon etwas unterschiedlich, was das Geschlecht angeht.

**B2:** (...) Also um das zu beantworten, muss man überlegen sind, sind die Lebenswelten, die Lebenswirklichkeiten so unterschiedlich und, ja, also ich würde sagen ja. Vielleicht ist das auch ein Klischee aber ich glaube in der Realität eigentlich nicht. Das, was ich vorher gesagt habe, diese, diese Dinge Beruf, Familie, Kinder alles das, was dazugehört ist, ist ganz klar in aller meisten Fällen Lebenswirklichkeit der Frauen und was war die Frage? Ob die Therapie Auswahl eine Rolle spielt, bei diesen, bei diesen Dingen. Also dass das tut es, das tut es schon ganz klar. Diese Reduktion, Diabetes Destress, aber auch gewisse Sicherheitsaspekt spielt da natürlich eine große Rolle. Auf der anderen Seite, wenn es um Patienten geht, die beispielsweise körperlich sehr anstrengende Tätigkeiten ausführen oder körperlich sehr aktiven Alltag führen. Klar, dass das spielt eine große Rolle, aber ich würde nicht sagen, wie gesagt, das primär das Geschlecht hier entscheidend ist, sondern eben tatsächliche die Lebenswirklichkeit. Die, da gibt es schon einfach Charakteristika das, das denke ich, schon.

**I:** Gut, dann haben wir jetzt viel über die Behandlungen und die Therapie gesprochen, wie der Entscheidungsprozess da ist, jetzt würde ich gerne zum, zum Arzt-Patienten-Verhältnis übergehen und zwar würde ich dich gerne fragen, was verstehst du unter einem guten oder einem schlechten Arzt-Patienten-Verhältnis?

**B2:** (...) Also ein gutes Patienten-Verhältnis ist in jedem Fall von, von Vertrauen geprägt. Das steht, glaube ich, an ganz vorderster Stelle. Vertrauen und Verlässlichkeit auf beiden Seiten. Also das ist, das ganz wichtiger Aspekt auf beiden Seiten. Diesen, meinem speziellen Fach ist das, ist das Verhältnis oft tatsächlich sehr, sehr eng. Und da gehört auch ganz wichtig zu einem guten Arzt-Patienten-Verhältnis dennoch ein hohes Maß an Professionalität dazu. Es ist oft schwierig. Das ist ein, ist ein Balance Akt, weil, wie gesagt das Verhältnis so eng ist, dann ist es oft schwer, die Professionalität zu wahren. Das ist das ist, ist, tatsächlich ein Balance Akt. Aber das ist, das ist ganz entscheidend. Offenheit, ja. (...) Auch wiederum von beiden Seiten. Das ist, ist entscheidend. Und, was für mich auch noch ganz wichtiger Punkt ist, ist die Frage Ansprechbarkeit, Erreichbarkeit. Also sprich, ich sagte die Patienten kommen in der Regel viermal im Jahr. Das heißt aber nicht, dass die nicht tatsächlich 24/7 einen Ansprechpartner haben können, wenn sie ihn brauchen. Das ist, das ist ein ganz entscheidender Aspekt. Ja, Vertrauen, Verlässlichkeit, Offenheit. Ja, und ein schlechtes Patienten-Verhältnis, Arzt-Patienten-Verhältnis ja, wahrscheinlich schlicht das Gegenteil dessen. Ich glaube so kann man das wahrscheinlich auf den Punkt bringen.

**I:** Welche Aspekte könnten denn das Verhältnis beeinflussen?

**B2:** Ja, also Unzuverlässigkeit ist, ist in ein Punkt und damit meine ich jetzt nicht Therapieaterenz. Das ist sehr viel, vielschichtiger, sondern damit meine ich jetzt Dinge, wie nicht zum Termin erscheinen, die Dinge nicht mitbringen, die notwendig sind. Das macht es schwierig, aber das ist, ist alles kein Drama. Schwieriger wird es, wenn es tatsächlich um, um den Aspekt Vertrauen geht, also wenn Dinge

bewusst verschwiegen werden, ausgeblendet werden oder sogar falsch Informationen gegeben werden. Das ist ein großes Problem.

**I:** Welchen Einfluss hat denn das Geschlecht auf die Arzt-Patienten-Beziehung?

**B2:** (...) Ich weiß gar nicht, ob man das wirklich pauschal beantworten kann (...) Also tue ich, tue ich mich schwer. Die, die Aspekte, die wir, das spielt alles nochmal, aber grundsätzlich, glaube ich, ich will, ich kann immer nur, ich kann letztlich nur von, von mir ausgehen. Also für mich macht es primär keinen Unterschied, ich denke schon, dass es von Patientenseite so sein kann, dass dessen, dessen bestimmtes Geschlecht klar bevorzugt wird. Ich glaube, es gibt durchaus Patienten die, die zwingend von dem Angebot oder von einer Frau behandelt werden möchten. Aus welchen Gründen auch immer. Von Arztseite kann ich das, kann ich das, nicht sagen, das es irgendeinen Einfluss hätte.

**I:** Okay, gut, dann kommen wir eigentlich zum, zum großen Abschluss, würde ich mal so sagen und zwar zum eigentlichen Thema möchte ich dich gerne fragen, was verstehst du unter internalisierten Sexismus?

**B2:** Tatsächlich habe ich mich ja wie vorher besprochen gar nicht mit der Thematik befasst. Aber ja, wahrscheinlich könnte man es einfach mit, ja, geschlechtsspezifischen Vorurteilen übersetzen. Eine vorab Festlegung eben auf bestimmte Rollen, Verhaltensweisen, die einfach demgegenüber unterstellt, entgegengebracht werden und die man dann natürlich auch immer unbewusst irgendwie erfüllt sehen möchte oder jede, jede Frage eigentlich wahrscheinlich schon so stellt, um die, um irgendwas zu intendieren. Ich hoffe nicht, dass das in unserer Realität eine große Rolle spielt, aber inwieweit das fixiert ist, das kann ich nicht beurteilen.

**I:** Ja, das ist eigentlich eine gute Zusammenfassung von, von dem Terminus würde ich sagen, aber du hast ja gesagt, das ist dir jetzt nicht so begegnet, oder du hast dich ich noch nicht so mit dem, damit beschäftigt. Denkst du trotzdem, dass du dem schon einmal in deinem Arbeitsalltag oder allgemein begegnet bist und in welcher Form, also dem internalisierten Sexismus?

**B2:** (...) Ja, meinst du in Bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis?

**I:** Allgemein, im medizinischen Alltag.

**B2:** Also im medizinischen Alltag, ja, ganz, ganz klar. Also da gibt es also, das kann man glaube ich schon so konstatieren, gibt es natürlich schon klar, ein sehr vor geprägtes Rollen Verständnis, nach wie vor. Und das ist sehr Männer dominiert. Das, das ist, glaube ich, nach wie vor Realität. In, in einzelnen Bereichen mehr als in anderen, also medizinischen Bereich, im ärztlichen Bereich, ganz klar nach wie vor so im Bereich chirurgische operative Fächer versus nicht operative. Das ist natürlich nicht durchgängig, nicht überall, aber das ist klar noch zu finden, also da ist die Frau als die, als die schwache, wenig belastbare, hysterische, wenig rational, zu emotional, das ist schon noch ganz, also das gibt es ganz klar. Das ist keine Frage.

Das geht zum Teil auch bis hin zu wirklich, ja, Aspekten, die man sicher als sexistisch beschreiben kann. Das ist, glaube ich, das ist schon noch Alltag.

**I:** Dann würde ich das, würde ich das einfach alles einmal abschließen. Denn das war auch schon meine letzte Frage, Ist noch irgendwie was offen geblieben zum Thema, das du noch gerne mir mitteilen möchtest?

**B2:** Ne, Ne.

**I:** Sehr schön, dann haben wir eigentlich ausführlich alles besprochen und ich möchte dir noch mal danken, dass du dir Zeit für das Interview genommen hast.

### **Anhang 4.3: Transkript Interviewpartnerin B3**

**I:** Gut, dann würde ich zuallererst Sie gerne fragen, wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Fachbereich und was sind Ihre täglichen Aufgaben?

**B3:** 2002 habe ich Operationen als Ärztin, seitdem bin ich in der Klinik für Innere am Anfang, als Assistentin dann habe ich mehrere Fachärzte gemacht, und jetzt als Oberärztin seit ungefähr 2013 und ich leite den infektiologischen (anonymisiert) , das heißt, ich habe Assistenten, die mich unterstützen, sonst laufe ich durchs Haus und gucke mir komplexe infektiologische Patienten einer Abteilung an, deren Fragestellungen und mache noch ABS Visiten, das heißt ich gehe halt Patienten, die Antibiotika durch verschiedene Abteilungen, mache mit denen so Visiten. Sollte man die Antibiotika geben oder nicht und die Indikation und mache auch auf unsere Hämato-onkologischen Station Visiten, mit den Hämato-Onkologen, also mit meinen Kollegen, und dann besprechen wir komplexe Infektionen.

**I:** Ok, vielen Dank für die Antwort, das war eine kleine Einstiegsfrage und jetzt würde ich gerne auf das Thema kommen. Und da möchte ich gerne von Ihnen wissen, Wie kommunizieren Sie mit Ihren Patienten und Patientinnen?

**B3:** Was, und was verstehe ich unter wie?

**I:** Die Kommunikationsart zum Beispiel. Wie beschreiben Sie Ihre Kommunikationsart?

**B3:** Die Frage finde ich schwierig, weil sie ist nicht sehr konkret. Ich weiß nicht so genau, was, worauf sie hinaus wollen.

**I:** Als Beispiel, zum Beispiel, haben sie bemerkt, wie, ob sie zum Beispiel mit Patientinnen anders umgehen als mit Patienten, wenn es zum Beispiel um darum geht, wie sie miteinander sprechen, also zum Beispiel, wie sie Behandlungen kommunizieren oder ob sie sehr viel, die, die Meinung

**B3:** Also sie wollen auf den Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten hinaus.

**I:** Also muss nicht unbedingt, aber wenn das für sie, wenn es da für sie Unterschiede

**B3:** Also in der normalen Kommunikation, wo Therapiekonzepte, Diagnosen mitgeteilt wird, eigentlich kein Unterschied, was die Geschlechter angeht. Versuche, das mit einfacher Sprache zu formulieren und versuche meistens auch eine Rückmeldung, nochmal eine Rückfrage zu stellen, ob die Patienten verstanden, was ich gesagt habe und vielleicht das Wichtigste nochmal zu wiederholen.

**I:** Okay, gut, denken Sie denn, dass es ein Unterschied gibt, wie Ärztinnen kommunizieren und wie Ärzte kommunizieren und wenn ja, welche?

**B3:** Finde ich schwierig. Zum Teil wird nachgesagt, dass Ärztinnen emphatischer sind aber ich kenne auch viele Kollegen, männliche, die sehr empathisch sind und ich kenne auch einige Ärztinnen, die nicht sehr empathisch sind, deswegen finde ich schwierig das pauschal zu sagen, aber vielleicht wenn man es pauschalisiert gern hätte, könnte man vielleicht schon sagen, dass die das weibliche Geschlecht sich häufiger mehr Zeit für die Besprechungen nimmt.

**I:** Können sie denn als Ärztin vielleicht ein, ein Unterschied aus ihrem Arbeitsalltag nennen, also ein konkretes Beispiel?

**B3:** Wo ich den Unterschied festgestellt habe?

**I:** Ja.

**B3:** (...) Vielleicht ein Kollege, der ordentlich sagt, ja, ja, das ist komplex, ich sag den Assistenten, macht mal. Und wenn ich etwas sehr Komplexes habe, gehe ich oft selber hin und führe diese Gespräche mit den Ärztinnen.

**I:** Das ist jetzt quasi die, die Kommunikation mit anderen Ärzten gewesen, oder?

**B3:** Nee, komplexe, komplexe Patientengespräche.

**I:** Okay, alles klar. Das heißt, Sie gehen dann eher auf den Patienten zu und versuchen das zu erklären, was die komplexe Sache angeht.

**B3:** Aber das ist jetzt ein bisschen verallgemeinernd, aber sie wollten ein Beispiel.

**I:** Richtig, genau. Ok, dann würde ich gerne wissen, wie entscheiden Sie über die Therapie oder die Behandlung Ihrer Patienten und Patientinnen? Was ist der Ablauf Ihrer, Ihrer Entscheidungen?

**B3:** Also, wir eruieren gerade jetzt bei den komplexen infektiologischen Fragestellungen die Befunde und versuchen sie ein Bild zu machen, versuchen so eine infektiologische Diagnose aufzustellen und beraten wir dann und sagen es muss noch mehr Diagnostik gemacht werden, und dann entscheiden wir anhand, am besten

evidence-based, anhand von Studien, was für diese Erkrankung das Beste ist und dann aber gibt es auch Abweichungen von den Studien, weil ein Patient palliativ ist oder manches ablehnt oder der Chirurg zum Beispiel, gerade wenn ich bei Hirninfektionen bin, das oft anders sieht, deswegen kommuniziere ich dann oft noch mit den Kollegen, die die Patienten behandeln. Das ist sicherlich etwas Anderes, wenn ich selber unsere Station habe, also wenn ich berate und versuche mit denen gemeinsam mein Statement klar zu machen und zu sagen, darf ich das den Patienten auch schon so mitteilen oder seht ihr das anders, weil ihr die Behandler sind, das ist das Eine. Sonst, genau, versuche ich erst bevor ich einen Patienten zu bespreche, das Konzept festlege, schriftliche Befunde zu haben. Und auch, wenn es jetzt einen Tumor Progress ist, erst ein klares Konzept zu haben bevor ich mit dem Patienten spreche, um ihnen eben auch Hoffnung zu geben (I: Ok) um quasi Ihnen zu sagen, wie es jetzt weiter aussieht.

**I:** Und welchen Einfluss kann das Geschlecht auf die Therapie nehmen?

**B3:** Da sehe ich eigentlich keinen Einfluss.

**I:** Also in ihrer Entscheidungs- (B3: Mhm) okay.

**B3:** Es sei denn jemand ist schwanger (lacht). (I: Okay, also Schwangerschaft spielt dann doch schon) Genau, dann, da gibt es natürlich Therapieunterschiede. Es gibt zum Teil auch Studien, zum Beispiel beim HIV-Therapie da gibt es zum Teil manche Dosen, die unterschiedlich sind bei Frauen und Männern. Da muss man eben darauf achten. Und, und eben, ob Kinderwunsch besteht oder nicht, aber das gilt natürlich auch für Männer, aber das hat natürlich manchmal anderen Einfluss auf die Embryotoxizität also auch auf die Spermien.

**I:** Okay, alles klar. Das heißt das Geschlecht wird einbezogen, falls eigentlich nur ein Kinderwunsch entsteht, sonst ist es bei ihnen, wird es nicht in der Entscheidung irgendwie mit

**B3:** Oder eben es gibt ganz selten eben verschiedene Therapieempfehlungen bei antiretroviralen Therapien.

**I:** Und, und sie entscheiden dann quasi aufgrund der Literatur, die Sie im Hinterkopf haben, welche welche Therapie dann genutzt wird? (B3: Mhm) Gut dann würde ich gerne von Ihnen wissen, was Sie unter einem guten oder einen schlechten Arzt Patienten Verhältnis verstehen.

**B3:** Also ein gutes Verhältnis ist, wenn der Patient Vertrauen hat und Rückfragen stellt, wenn er was nicht verstanden hat. Ich glaube, dass wird ganz oft, ist es zu hektisch und die Patienten haben doch irgendwie Angst vor dem Arzt oder haben nicht genug Zeit um ihre Fragen loszuwerden, die stehen unter Strom, wenn Visite ist. Im gegen Schluss ist eben ein schlechtes Verhältnis, wenn sie uns halt als Mütter in weiß ansehen und sich nicht trauen, was zu fragen. Aber, was auch meistens zu schlechterer Compliance führt, dass die Dinge, umgesetzt wird, die wir raten.

**I:** Also so ein sehr autoritäres Verhältnis sehen sie als als eher schlecht an. Und eins, wo sich Arzt und Patient oder Patientin auf Augenhöhe sehen, ist eher ein, ein gutes Verhältnis. (B3: Ja) Was denken Sie, könnte dieses Verhältnis beeinflussen außer jetzt, was sie sagten, die Autorität vielleicht? Wenn es um Persönlichkeit geht, oder, von Arzt oder Patient?

**B3:** Das kann natürlich schon sein, in, in dem Arztbild des Patienten auch, deswegen sage ich auch Arztbild. Also ich erinnere mich, dass ich am Anfang Assistentin war und eine Patientin Knochenmark transplantieren wollte und sie mich fragte, dürfen Sie das überhaupt, dürfen das nicht nur Männer machen? Also ich glaube, das gibt es natürlich immer wieder, dass man als Schwester bezeichnet wird, ist auch häufig, aber das sehe ich den Patienten nach, weil die einfach nicht wissen anhand unserer Kleidung, ob wir eben Arzt oder, gerade auf Intensivstationen, oder Schwester sind, das ist für die ja sehr schwierig in dem System, aber zum Teil ist doch gerade bei Älteren noch so im Kopf drin, das eigentlich, so der Arzt, der Kompetente ist oder der, der Arzt sein sollte, eine männliche Figur darstellt und das kann zum Teil natürlich die Vertrauenswürdigkeit in uns reduzieren.

**I:** Also von beiden Seiten dann auch, das, das, dieses Verhältnis dann darunter leidet?

**B3:** Genau, dass die Patienten bestimmtes Bild haben, wie ein Arzt sein soll und zwar männlich und mit tiefer Stimme und autoritär, damit der auch Kompetenz hat, das kann natürlich zum Teil auch das Vertrauen, untergraben ohne, dass wir was ändern können.

**I:** Ist Ihnen das schon häufiger passiert oder ist das eher so, oder passiert das bei bestimmten Gruppen von Menschen?

**B3:** Nur mehr in dem Sinne, dass zwischen Patient und mir eben da, dass man das Schwester verwechselt wird oder auch andere Kolleginnen haben berichten, dass das die Schwestern, wenn, die haben Visite gemacht und dann fragten die, die Patienten, wann kommt denn jetzt der Arzt? Es war noch gar keine Visite? Sowas kommt schon mal vor, dass sie das nicht richtig einschätzen. Aber deswegen, jetzt habe ich eine andere Position in der noch nicht täglich auf Stationen und stelle mich dann immer mit, direkt beim Titel und meiner Rolle vor, vor den Patienten. Da ist es sicherlich auch anders als wenn man jeden Tag neu kommt.

**I:** Machen das männliche Ärzte auch? Also, dass sie sich vorstellen mit Position und Name.

**B3:** Das kann ich nicht genau sagen.

**I:** Okay, denken Sie denn, dass, also welchen Einfluß das Geschlecht auf die Arzt Patienten beziehung hat?

**B3:** Also das, was ich gerade gesagt habe, was, wie ist die Frage jetzt anders gemeint als die vorherige?

**I:** Zum Beispiel, je nachdem, ob sie anders behandelt werden ob der Patient ein Mann ist oder eine Frau. Und ob sie da vielleicht Unterschiede sehen.

**B3:** (...) Das kann ich pauschal eigentlich so nicht sagen. Das ist zum Teil Erfahrungen, die die Patienten gemacht haben. Erwartungswert, hat im Alter zu tun, ja, als unbedingt mit dem Geschlecht.

**I:** Würden Sie denn auch sagen, dass also wir haben ja jetzt geguckt, wie die Patienten Sie behandeln. Ob Sie die Patienten auch, ein anderes Verhältnis zwischen Mann und Frau haben. Also als Arzt Patienten Beziehung?

**B3:** Würde ich jetzt von mir nicht behaupten. (I:Okay) Das einzige ist eben bei Untersuchungen. Also wenn, ich achte darauf wenn Genital untersucht wird, das, ich untersuche auch Männergenital aber dann im Beisein einer, einer weiteren Person. Während, wenn ich Frauen untersuche, brauche ich keine weitere Person dabei. Und da achte ich selber darauf, wenn ich jetzt zum Beispiel nur einen Stamm an Assistenten habe, die nur männlich sind, dass ich den Genital untersuche und die anderen rausschicke. Einfach in der, in der Vorstellung, dass es angenehmer ist für die Patientin.

**I:** Okay, und das ist, das ist dann aber die einzige, der einzige Unterschied, den sie bei Behandlung machen, zum Beispiel? (B3: Mhm) Das war jetzt eigentlich eher so ein grober Überblick zu Kommunikationsart, Behandlung und Therapie. Und jetzt würde ich gerne von Ihnen wissen, was sie unter internalisierten Sexismus verstehen. Es kann irgendeine Definition sein, alles was sie gerade denken.

**B3:** Also ich denke einfach Unterschiede die gemacht werden, aufgrund Geschlechtes, die wir aber gar nicht merken, dass wir sie tun. (I: Mhm, ja.) Also so würde ich das definieren.

**I:** Ok und ist Ihnen internalisiert Sexismus schon mal begegnet? Und wenn ja, in welcher Form?

**B3:** Also ich war mal in einem Treffen von der Klinik und zwar ging es da, Leitungspersonen wurden eingeladen und auch Personen verschiedenster Fachbereiche, also nicht nur Ärzte sondern auch Techniker, IT, alles mögliche, Hausmeister. Und zwar ging es darum Selbstverständnis der Uniklinik (anonymisiert), wie man den Internetauftritt gestaltet. Und da ging es darum, wie gestaltet man zum Beispiel, hier, Souveränität der Ärzte und dann wurde vorgeschlagen, das das vor allen Dingen ein männlicher, Mitte 40er Kollege sein sollte, der Kompetenz ausstrahlt. Das würde so vorgegeben, als dass das eben die Kompetenz ausstrahlt. Das habe ich dann in Frage gestellt, aber das wurde erstmal nicht in Frage gestellt.

**I:** Was ist dabei rausgekommen?

**B3:** Ich weiß nicht, ich bin zu den nächsten Treffen nicht mehr gegangen, weil das lange Treffen waren von vier Stunden am nachmittag, die mich wahnsinnig Überstunden und Zeit gekostet haben und ich war ziemlich desillusioniert nachdem, nach solchen Schemata die Strategien festgelegt wurden und sah dass ich da nicht so sehr viel ändern konnte.

**I:** Ich muss mal überlegen, lassen Sie mich einmal kurz, ob ich noch eine Rückfrage hätte, zu einen ihrer, ihrer Aussagen. Nee, okay. Ich würde sie jetzt gerne noch fragen, ist noch irgendwie etwas offen geblieben, was Sie mir bezüglich des Themas mitteilen möchten? Vielleicht komplett abseits von den Fragen, die ich gestellt habe.

**B3:** Ich finde es ganz wichtig, wenn auch dahin gehend geforscht wird, was hemmt junge Frauen daran den Medizinberuf zu ergreifen, weil sie, die Rolemodels fehlen, also weibliche Vorbilder, die sagen also wie so oft noch im Kopf ist, nee das bringt nichts mit Schichtdienste und Familie, das werde ich eh nicht schaffen oder Chirurgie, da kann ich mich eh nicht durchbeißen, dass man quasi so mit vielen Dingen, die gerade noch in Deutschland noch in den Köpfen ist, gerade skandinavische Länder sind da ja sehr viel fortgeschrittener, dass man quasi jungen Frauen vor allen Dingen hilft, dass manche Sachen, die so als gegeben hin gegeben werden, damit aufzuräumen und, und sich einfach mal anguckt und dafür kämpft das eben gleichgeschlechtlich auch viele Positionen und Möglichkeiten bestehen. Also dahin gehend mal eine Analyse zu machen.

**I:** Ok, das war jetzt bezogen eher auf, auf den Beruf von Ärztinnen aber zum Thema von internalisierten Sexismus auf Patientinnensicht?

**B3:** So eigene Karrierechancen und auch interna-, sie können das so schön aussprechen, (I: internalisiert) das muss im Rahmen von Auswahlgesprächen. (I: Also sie beziehen das jetzt eher auf) Ich kriege eine Stelle aufgrund welcher Kompetenzen und wie man da auch Schulungen macht, wie man quasi erfolgreich Auswahlgespräche führt.

**I:** Okay, also es ist eher bezogen auf die Karriere.

**B3:** Berufsgang und Karriere. (I: Ok) Karriere ist für mich immer so negativ, weil also Karriere kann ja auch sein der Allgemeinmediziner, der 30 % die Woche arbeitet, verstehen Sie? (lacht)

**I:** Dann danke ich Ihnen, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

#### **Anhang 4.4: Transkript Interviewpartnerin B4**

**I:** Einfach eine kleine Einstiegsfrage an Sie, wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Fachbereich und was sind Ihre täglichen Aufgaben?

**B4:** Ich bin seit 2007 ärztlich tätig und als Leiterin der Infektiologie sind meine Aufgaben zum einen die Patientenversorgung zu organisieren, aber auch selbst Patienten zu versorgen. Patient\*innen (lacht). Und dann (unv.) zu organisieren für

mein Fach und auch selbst der Veranstaltungen abzuhalten und auch ganz wichtig, die Forschung in meinem Bereich umzusetzen und auch wieder zu organisieren. Das sind so meine Hauptaufgaben.

**I:** Gut, dann würde ich jetzt einfach direkt ins Thema einsteigen und würde sie direkt fragen, wie kommunizieren Sie mit Ihren Patienten und Patientinnen? Damit meine ich den Gesprächsstil, die die Art der Kommunikation und wie Sie sie am Entscheidungsprozess beteiligen.

**B4:** Ich versuche eigentlich immer die Patientinnen zu verstehen, was mit ihnen los ist, erst mal. Ich versuche da abzuholen, wo ihr Informationsstand ist, dann muss man natürlich auch einschätzen, was sie überhaupt intellektuell erfassen können, wo da vielleicht auch Grenzen sind also auch, in welcher Tiefe man Dinge mit denen überhaupt sprechen kann oder wo man das auch sprachlich dann eben stark vereinfachen muss, damit die das überhaupt nachvollziehen können. Und ich versuche eigentlich auch immer nochmal, so erst mal so auf Visite, erstmal generell zu fragen, wie es den Leuten geht und nicht sofort, immer mit der Tür ins Haus zu fallen so, sondern erstmal einen guten Gesprächseinstieg zu finden, dass man überhaupt Vertrauen aufbauen kann. Ich meine, so eine Visite ist ja eh super kurz, die gibt es nur einmal die Woche. Das heißt, es ist eh nicht so einfach, dann sofort mit den Leuten in ein vertrauensvolles Gespräch einzusteigen, so das. (I: Mhm) Und ja, natürlich ist auch ganz wichtig in so einer Visite erstmal zu vermitteln, dass sich das ganze Team ganz viel Mühe gibt, das Problem zu lösen und den Eindruck zu vermitteln erst mal, dass man da sicher ist und dass sich Menschen kümmern.

**I:** Bleiben wir noch mal bei der Kommunikation. Glauben Sie, dass es Unterschiede gibt in der Art der Kommunikation, wie Ärztinnen und Ärzte, ja, kommunizieren und wenn es welche gibt, welche?

**B4:** Ja, gibt es natürlich wahnsinnig viel Unterschied. Also eine Sache, die ich auch nicht erwähnt habe, ist, also, ich, ich, es gibt ja auch so diesen Stil, dass man schwierige Diagnosen nicht mitteilt, das auch gar nicht mein Stil, auf jeden Fall würde ich eine schwierige Situation nicht verschweigen

**I:** Wenn Sie das jetzt, wenn Sie jetzt eine Situation aus Ihrem Arbeitsalltag schildern können, Sie haben gesagt, dass ist auf jeden Fall Unterschiede gibt in der Kommunikationsart könnten Sie da, so ein Beispiel vielleicht nennen, aus ihrem Arbeitsalltag?

**B4:** Ja, klar, also sagen wir mal, wir besprechen jetzt einen Patienten vor der Visite, da steht man ja vor der Tür und diskutiert noch mal mit dem Team, was hat er eigentlich für ein Problem und was haben wir uns jetzt überlegt, was man da machen kann und was steht jetzt als nächstes an, so sagen wir mal eine Untersuchung. Dann kann man natürlich rein gehen und sagen, hallo Herr So-und-So, sich auch vielleicht gar nicht vorstellen im schlimmsten Fall, das habe ich eben auch nicht nicht erwähnt, das ist natürlich auch wichtig, sich immer wieder namentlich vorzustellen, auch wenn man sich vorkommt wie der Papagei. So im schlimmsten Fall geht man halt da rein und sagt ja, hallo, ich wollte ihnen nur sagen, dass sie jetzt

nachher eine Darmspiegelung haben und dann kommt das und dann kommt das und dann sprechen wir uns nächste Woche wieder, tschüss. Also das wäre jetzt sozusagen das Negativ Beispiel, wie ich es genau nicht machen wollen würde, sondern mir wäre es dann halt wichtig zu erklären, warum wir diese Darmspiegelungen jetzt machen und zu welchen ja, welche Erkenntnisgewinn uns das jetzt bringt und wie das dann den Patienten weiterbringen kann in seiner Genesung, überhaupt erstmal in der Diagnosefindung.

**I:** Also, wenn ich das richtig verstehe, Ist es für sie sehr wichtig, den Patienten oder die Patientin sehr am Entscheidungsprozess zu beteiligen und so gut zu erklären, wie möglich.

**B4:** Genau, ich meine faktisch, wenn man die meisten Patienten fragt, dann sagen die halt, ja, schön, dass ich das jetzt verstanden habe, aber ich kann das ja gar nicht entscheiden. (I:Ja) Manchmal ist es auch anders und die entscheiden auch Sachen, aber die meisten sagen, ja, naja, aber sie wissen das ja am besten, was jetzt gemacht werden muss. Aber ich glaube, man kann im Jahr 2022 nicht einfach Leuten sagen, dass da jetzt irgendwelche Dinge tut und dann das Zimmer verlassen. Es ist einfach nicht angemessen.

**I:** Bemerken Sie denn in Ihrem Arbeitsalltag, dass Ärztinnen, also weibliche Ärztinnen, anders kommunizieren als männliche Ärzte?

**B4:** (...) Ich überlege gerade. Also das ist stark altersabhängig, finde ich eher. Ich find das eher was mit der Generation an sich zu tun und dann gar nicht mehr so doll mit dem Geschlecht. Ich habe das selten auch bei den, ich sag mal so, das Klischee wäre dann ja die Frau ist dann irgendwie einfühlsamer und hat weniger Probleme, eine gute Kommunikation aufzubauen und der Mann ist dann eher so, vielleicht direkter und direkter in seiner Art aber, also bei den Leuten, die bei mir arbeiten, kann ich das jetzt so in der jungen Generation nicht, nicht so feststellen und ich sag mal, je älter die Leute sind, und dann in den höheren Hierarchien, dann merkt man aber ganz krasse Unterschiede in den Gesprächsstilen. Also, das fällt mir schon auf und ich habe mich jetzt auch sehr bewusst für einen vielleicht nicht ganz meiner Hierarchiestufe typischen Gesprächsstil entschieden.

**I:** Können Sie da vielleicht noch mal ein bisschen genauer darauf eingehen, wie das in der älteren Kommunikation, in der älteren Generation mit der Kommunikation aussieht?

**B4:** Ja, ich habe oft das Gefühl, dass gerade so Chefärzte darauf setzen, dass sie eine gewisse Aura um sich herum aufbauen, so eine autoritäre Ausstrahlung dann haben und dann die so beruhigend auf den Patienten wirken soll, weil ja, der hat das alles im Griff, so ungefähr. Und da muss ich das auch nicht verstehen, und aber ich glaube, ich, also ich möchte so nicht behandelt werden. Deshalb habe ich mir überlegt, dass, da müsste ich die ganze Zeit ganz schlimm schauspielern, um das machen und das funktioniert, glaube ich nicht. Also entweder man ist sowieso so und dann, dann funktioniert es vielleicht auch, für manche Leute, aber das, das funktioniert für mich nicht.

**I:** Verstehe ich das richtig, dass Sie dann damit meinen, dass in der älteren Generation noch dieses, dieses klischeehafte Denken noch vertiefter ist oder eher, eher passiert?

**B4:** Also, das ist ja dann auch oft so, so, so mein Ansatz funktioniert auch nicht mit allen Patienten, weil manche, gerade die älteren Patienten, die erwarten ja jetzt auch, dass ein autoritärer Chefarzt in den Raum kommt und die sind vielleicht sogar enttäuscht oder verunsichert, weil diese Erwartungshaltung gar nicht erfüllt wird. Und das kann ich dann aber auch nicht ändern. Ich kann jetzt für die auch nicht eine Rolle einnehmen, die nicht authentisch ist, aber das gibt es dann andersrum halt auch, aber ich hab schon das Gefühl, dass alle Leute, die nicht über 60 sind da schon besser mit dieser integrativeren Kommunikation klarkommen.

**I:** Wir haben jetzt sehr viel über die Kommunikation gesprochen und jetzt würde ich eigentlich gerne auf die Therapie beziehungsweise die Behandlung kommen.

**B4:** Darf ich nochmal zurückkommen, weil sie ja gefragt hatten (I: Ja, klar) sind Frauen unterschiedlich. Und ich glaube bei Männern ist es halt so dadurch, dass es wenig Frauen in Führungspositionen gibt, irgendwie, unterbewusst orientiert man sich ja vielleicht doch, man orientiert sich ja schon an seinem Chef, irgendwie selbst, also selbst wenn man den doof findet, irgendwie passiert es jetzt halt doch, wenn man muss, ja, irgendwas muss man ja zur Orientierung nehmen und ich, ich glaube manchmal, wenn dann, dass Männer sich dann vielleicht eher, ja, oder vielleicht haben die da eine größere, ist das für die eine größere Herausforderung, dann ein Stil anzunehmen, den diese ganzen, es sind ja fast alle Chefs Männer, den die nicht leben, weil sie dann ja so mit, mit ihrem Rollenbild total brechen in dem Moment. Und für die Frauen ist vielleicht leichter, dann einfach diese andere Kommunikations zu führen, weil sie ja sozusagen schon gebrochen haben mit dem Klischee, einfach dadurch, dass sie keine Männer sind.

**I:** Ja, auf jeden Fall kann ich mir auch sehr gut vorstellen, dass das, wenn man niemanden hat wo man sich daran orientiert geht man eher davon aus, wie man wie man selber mit einer Situation umgehen würde, anstelle, als wenn man jemanden hat, der, der einem das vorlebt, quasi.

**B4:** Nur bei mir ist es zum Beispiel so gewesen, ich hatte immer nur männliche Chefs und für mich hat sich dann einfach rausgestellt, okay, ich kann das nicht spielen. Und dann, okay, ja, du machst es dann halt anders, es geht eh nicht anders und ich glaube ein Mann könnte das besser spielen, deshalb kommt er einfach schneller in die Versuchung, dann das einfach nachzumachen.

**I:** Kann ich mir auch gut vorstellen, weil wenn das schon so vorgelebt wird und man das so sieht denkt man sich, kann ich ja auch annehmen, weil das ja auch die Rolle nicht so richtig bricht. In dem Fall. Genau wir sind eigentlich also, wenn das für sie in Ordnung ist, würde ich mit dem Kapitel der Kommunikation jetzt abschließen und weiter gehen. Und zwar wäre die nächste Frage, wie entscheiden Sie über die Therapie oder Behandlung Ihrer Patienten und Patientinnen? Der Entscheidungsprozess beispielsweise, was Einfluss darauf hat.

**B4:** Ja, auch da, man sitzt da erstmal im Team vor, man steht ja dann vor der Visitentür, ich nehme jetzt immer die Visite, aber es kann auch sein, dass man alleine in der Ambulanz sitzt. Aber nehmen wir jetzt mal weiter den Patienten auf Visite und dann wird der einem ja erstmal präsentiert, vor der Tür und dann erzählen die Leute einem, was mit ihm los ist. Und dann bittet man natürlich, einen Vorschlag zu machen, was ist denn euer Konzept, um jetzt hier weiterzukommen, dann sagen die einem das Konzept sagt man vielleicht noch, hier und da, ja das finde ich ganz gut, aber das und das würde ich vielleicht anders machen und so weiter. Vielleicht kommt man auch zu dem Schluss, eigentlich haben wir, eigentlich blicken wir noch nicht so richtig durch. Wir brauchen eine andere Fachdisziplin, wir müssen also noch eine andere Fachdisziplin dazu holen oder auch in so ein Board gehen, mit diesem Fall, weil er so kompliziert und interdisziplinär ist und eigentlich erst dann, wenn man dann, ja, einen guten Plan für sich hat, sollte man eigentlich hingehen und ja, den dann umsetzen, weil sonst wird das ja alles völlig konfus. Und der, dem Patient würde ich das aber auch immer so mitteilen, wenn ich jetzt an einer Stelle nicht weiter weiß, dass ich jetzt andere Experten hinzuziehe. Ja klar und der Patient kann natürlich an jeder Stelle auch sagen, auf *diesen* Aspekt ihres Planes habe ich jetzt aber keine Lust, das ist ja sein gutes Recht, aber es ist dann natürlich, man muss ihn dann natürlich auch klar machen, wenn er dann diagnostische Sachen nicht mit geht, das wir dann natürlich auch schlechtere therapeutische Konzepte machen können, weil wir im Dunkeln tappen und dann eher raten, als gezielt was zu machen. Und ich glaube, dass ist halt immer dann so wichtig, wenn man den Patienten versucht an Bord zu holen, dass dieser ganze, der muss ja erstmal ganz viel Einsatz bringen, indem er an dieser Unternehmen Diagnostik teilnimmt zum Teil und dass er versteht, welchen Sinn das hat und dann machen wir es in der Regel auch.

**I:** Welchen Einfluss kann denn, also bei der Therapie oder der Behandlung, kann das Geschlecht kann das Geschlecht auf die Therapie einnehmen? Also welchen Einfluss kann das Geschlecht auf die Therapie einnehmen, so.

**B4:** Des Behandlers oder des Patienten?

**I:** Des Patienten oder der Patientin, genau.

**B4:** Ja. Ich überlege das gerade so. (...) Ja, also ich sag mal, Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht Vorurteilsunbehäftet und darum gehts ja hier auch in weiten Teilen und es gibt auch gewisse Erfahrungen, die man so macht, in einer gewissen Häufigkeit und dann passiert es natürlich auch manchmal, dass man eine bestimmte Verhaltensweisen beim Patienten oder der Patientin vermutet, die so vielleicht aber gar nicht stimmt. Also, nehmen wir jetzt mal, es gibt so ein weit verbreitetes Klischee in der Medizin, dass es Menschen vom Mittelmeer sehr wehleidig sind. Fällt dann vielleicht mal der Begriff, das ist ein Mittelmeer-Typ, so. Und gut und alles ist ja auch oft so, dass man sagt, dass Frauen eigentlich mehr, so, aushalten als Männer zum Beispiel. Und man dann bei Männern vielleicht auch schneller mal denkt, ach, der ist jetzt aber wehleidig und bei Frauen das eher nicht so denkt. Wobei, das eben das ist halt so ein bisschen lustig, jetzt wenn dann diese ganzen ethnischen Klischees dazukommen, vermischt sich das dann auch wieder (lacht). Das ist jetzt schwierig also, ich will jetzt auch nicht mit Klischees um mich werfen. Aber ja, das

kann schon die Diskussion verzerren und wenn das, das auch oft diese Integration der Patienten manchmal auch schwierig macht, weil es manchmal auch so eine Gegenreaktion gibt, nehmen wir mal irgendwelche Kulturkreise, wo eben erwartet wird, dass der Arzt ein Mann ist, ist es dann natürlich dann auch ein Problem, wenn man dann mit einem Team von drei Frauen kommt und die dann sagen, so, wir wollen jetzt das und das machen. Und dann sagt der Patient, nee, ich glaube Ihnen ich, ich will mit Ihnen nicht reden. Also es gibt da so viele Richtungen, in die irgendwie, sowohl das Geschlecht des Patienten als auch des Arztes als auch die Kultur hin irgendwie das verzerren kann. Das ist super schwer, jetzt in einem Satz zusammenzufassen, ich glaube aber schon dass das ist da, Effekte gibt. (I: Wenn sie jetzt dabei sind) Das ist natürlich so ein Ding Sprachbarrieren, die kommen dann natürlich auch noch mit rein, dann verschärft sich das halt immer mehr, weil ich kann mein Vorurteil auch gar nicht aufheben, weil ich durch die Sprachbarriere das nicht entkräftigen kann.

**I:** Ja, ich glaube, es gibt da sehr viele, sehr viele Aspekte, Einflüsse, die, ja, die, die da hindernd oder ja darauf einwirken, wie wie gut man dann mit dem Patienten irgendwie kommunizieren kann oder dass sich das dann ja auch im Endeffekt auf die Behandlung und die und die Therapie auswirkt. Aber wenn ich jetzt noch mal zurückkomme auf die Frage, ist es bei Ihnen so, wenn Sie eine Therapie mit Ihrem Team besprechen und eine Behandlungsart und Weise aufstellen, dass da das Geschlecht ein, ein Faktor, einen Faktor, immer mit ist, der da mit rein spielt, wie man behandelt?

**B4:** Nee, das ist tatsächlich, das ist nichts, wo man jetzt sagt, was man sozusagen systematisch checklistenartig mit abfragt, das stimmt. (I: Ok) Das, wenn ich einen Krebspatienten habe Erstdiagnose Krebs und dann muss ich überlegen, ob ich Eizellen oder Spermien einfrieren will, so, okay, ja, aber, nee sonst eigentlich nicht. Also wir stehen da jetzt nicht und sagen, und müssen wir jetzt noch irgendwas speziell bedenken, weil das ein Mann oder eine Frau ist (I: Ok, alles klar) Wir haben manchmal, haben wie heißt denn jetzt das dritte Geschlecht? (I: Divers?) Divers, genau. Manchmal haben wir diverse Patienten, da kommt das natürlich auf, aber eher so eher so, so Logistik Fragen, geben wir denen jetzt Männer oder Frauen Zimmer, was machen wir denn jetzt, oder, das ist dann aber gar nicht so medizinisch, sondern eher so irgendwie, wie machen wir das alle jetzt damit sich alle wohlfühlen

**I:** Haben Sie viele diverse Patienten, oder sind das eher so Ausnahmefälle?

**B4:** In der Infektiologie, weil das kann man jetzt auch wieder total klischeehaft finden, aber bei uns sind natürlich viele Leute mit einer HIV- Erkrankung oder mit Tropenkrankheiten und viele Leute mit einer HIV Erkrankung, da ist die, ja, sind die Rate an Transsexuellen ist zum Beispiel da deutlich höher als in den, in der Normal Gruppe und deshalb sehen wir das schon öfter glaube ich als andere Fachrichtungen. (I: Interessant, sehr interessant) Wahrscheinlich ist die Rate an wirklich divers im Sinne von, deklariert sich einfach anders, ist nicht höher, aber ich würde, aber so an Transsexuellen ist sie definitiv höher.

**I:** Ich würde jetzt tatsächlich mit dem Thema von Therapie und Behandlungen abschließen. Wir haben da vorhin darüber schon gesprochen, aber jetzt würde ich gern zum Arzt Patienten Verhältnis kommen. Da haben wir ja mit der Kommunikation schon etwas darüber gesprochen, aber jetzt würde ich gerne von Ihnen wissen, was verstehen Sie unter einem guten und unter einem schlechten Arzt Patienten Verhältnis?

**B4:** (...) Das Maßgebliche ist das gegenseitige Vertrauen und ich glaube, damit steht und fällt das einfach. Und da steckt ja auch drin, dass das einfach maßgeblich was mit Kommunikation zu tun hat, mit einer ehrlichen, offenen Kommunikation, sonst kann ich kein Vertrauen aufbauen und klar, das ist erst mal die Aufgabe des Arztes, das zu schaffen, weil er oder sie einfach in dieser ja auch irgendwie in einer Machtposition ist, in dem Moment, der Patient will ja was, er hat ja eine Not und braucht Hilfe. Und, aber ich finde, es ist schon auch ein bisschen Spielraum des Patienten oder der Patientin, weil die, es gibt da schon Leute, die kommen mit einer sehr gut definierten Forderung und das ist auch sehr schwierig für dieses Verhältnis, weil wir sind ja kein Bestellservice, sondern ein Beratungsservice ja eigentlich eher. Ich kann mir nicht eine bestimmte Therapie bei meinem Arzt auf Bestellung abholen, das ist nicht, das ist keine gute Medizin und das sehen aber manche Patienten anders. Das kann so ein Verhältnis finde ich auch sehr stark belasten.

**I:** Was denken Sie, welche Einflussfaktoren wirken noch auf, auf das Verhältnis ein also was kann das positiv sowie negativ beeinflussen?

**B4:** Ja, wie viel Zeit steht für das Gespräch zur Verfügung. Das ist ganz extrem relevant. Habe ich das Gefühl, die Person, die mich berät ist total gestresst und muss sowieso gleich wieder weg, störe ich eigentlich gerade.

**I:** Jetzt aus Patienten Sicht gesehen?

**B4:** Ja, genau. Das finde ich super wichtig. Also die meisten Patienten haben ja total Verständnis dafür, dass man irgendwie super viel zu tun hat, aber man kann ja trotzdem mal versuchen (unv.) Ja, ich glaube, das ist noch ganz wichtig mit der Zeit und auch so Erreichbarkeit. Also, das sagen immer viele Leute, das sei auch total wichtig, dass sie einfach wüssten, wir wären gut zu erreichen. Und das würde sie auch einfach schon total beruhigen, weil man heute im Gesundheitssystem ist es gar nicht mehr gesagt, dass irgend jemand Zeit für einen hat oder überhaupt ans Telefon geht, also wenn ich jetzt, ich habe neulich selber versucht für eine Patientin ein mit einem Hausarzt klären, ich habe erst nach acht oder neun Arbeitstagen geschafft überhaupt durch die Leitungen durchzukommen. Da dachte ich auch, ja, okay.

**I:** Also Kommunikation, Erreichbarkeit, dass das gemeinsame Vertrauen, das ist etwas, was so eine gute

**B4:** Wenn ich dann den Null Fachwissen habe ist natürlich, (lacht) Also auch da, das ist auch meine Erfahrung, wenn jetzt so ein Patient kommt und ich sage dem so, das ist so gar nicht mein Fachgebiet. Aber wissen Sie, ich mach mich da mal

schlau und melde mich dann wieder bei ihnen, da habe ich eigentlich auch noch nie, irgendwie ein schlechtes, Feedback gekriegt, ganz im Gegenteil. Dann haben die sich bedankt, dass ich ja, dass ich da was nachgelesen habe, oder wen anders gefragt habe. Ich glaube das Schlimmste ist, wenn man dann so tut, als wüsste, als wüsste man das alles. Gut dann, das merkt der Patient dann nämlich auch irgendwann (lacht). Und da ist eben genau dieses Vertrauen nicht da.

**I:** Was denken Sie denn, was oder welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Arzt Patienten Beziehung?

**B4:** Schwer zu sagen, ich war ja noch nie ein Mann. (lacht)

**I:** Sie können von, von sich aus gehen und welche Geschlechter sie behandeln und wie, wie das, der Unterschied sich bemerkbar macht.

**B4:** Ist das ein bisschen so wie das, was ich für die Visite beschrieben haben, glaube ich manchmal, dass das bisschen im Weg steht, so dieses, das, das dieses Ausfüllen einer bestimmten Rolle, die von männlichen Arzt erwartet wird, wenn man das versucht ausfüllen, das ist eigentlich der Sache im Weg steht, weil es ist eigentlich das ein tieferes Vertrauensverhältnis verhindert. Aber so eins, was den Patienten wirklich, mehr integriert und ihnen nicht bevormundet, weil ich sage mal so ein typisches patriarchalische Arztbild das sieht halt auch nicht vor, das jetzt eine lange Diskussion stattfindet, ob man dies oder das jetzt macht oder nicht und der Patient seine eigene Meinung ausbreitet und so weiter. Sondern das sieht natürlich vor, dass man dann sagt, ja und jetzt empfehle ich Ihnen das und dann sagt der Patient, ach da bin ich ja so dankbar, das mache ich natürlich. Ich glaube, dass das ist vielleicht so der größte Unterschied, den wir heute noch haben, aber denen wir hoffentlich auch weiter abbauen können durch neue Vorbilder. Ja, und dann gibt es natürlich auch wieder so kulturelle Sachen, wo es manchmal einfach schwierig ist, wenn das falsche Geschlecht da sitzt aus Sicht des Patienten

**I:** Das heißt aber so, wie ich das jetzt herausgehört habe, Sie sehen da jetzt keinen Unterschied, wenn sie jemanden behandeln, ob das ein Mann oder eine Frau ist, wie sich das auf die, auf das Arzt Patienten Verhältnis auswirkt. Also wir haben ja eher das Alter oder die Kultur als Einflussfaktor genannt, aber jetzt per se das Geschlecht an sich, ob sie da was bemerkt haben, habe ich jetzt nicht so raus gehört.

**B4:** Ja, also wie gesagt also ich finde, das ist eher so, ist das jetzt jemand, der schon gelernt hat, modern zu kommunizieren, oder an einem alten Rollenbild festhängt. Und es kann auch ein junger Mensch ein altes Rollenbild verfolgen, ein junger Mann, das geht schon, das gibt es natürlich, aber das sehe ich halt bei Männer mehr als bei Frauen, dass das noch, noch so sich repliziert. (I: Ok) Aber ich sehe eben genauso bei anderen jungen Männern, das es sich nicht repliziert, also es ist nicht und da ist jetzt halt meine Vermutung, dass nicht eine Frage wie genetisch ist, sondern schon was ist, was man halt lernt.

**I:** Ja hat ja sehr viel, mit Sozialisation, allem Möglichem zu tun, wie man auf seine Rollenbilder kommt, oder seine Rollenbildvorstellungen. Also der Faktor ist der gar nicht das Geschlecht, sondern einfach nur die Rollenvorstellungen?

**B4:** Ja, genau, die zu diesem genau, ja.

**I:** Ja, okay, sehr interessant.

**B4:** Ja, ich überlege gerade, ob das einfach, ich habe noch nie so in der Tiefe drüber nachgedacht, aber doch, doch, doch, ich würde das jetzt so sagen.

**I:** Ist jetzt auch auch nur, wie sage ich das, sehr explorativ was wir hier machen, also ist hier ja jetzt keine quantitative Forschung, das ist ja genau dafür da, um diese Konzepte irgendwie herausfinden und vielleicht noch mal tiefer in das Thema reinzugehen.

**B4:** Sowas wie jetzt Frauen intellektuell vielleicht weniger zutrauen, das wäre auch so was, was man jetzt als Hypothese mal so aufstellen könnte. (...) Ich hoffe natürlich, dass ich das nicht tue, ich tue es auf keinen Fall bewusst, was man unter bewusst tut ist ja super schwer zu identifizieren.

**I:** Das passt tatsächlich zur, zur nächsten Frage und zwar, was verstehen Sie unter internalisierten Sexismus? Passt perfekt.

**B4:** Ja genau das. Ich habe das jetzt ganz toll gemacht und dann analysiert das irgendjemand und sagt, oh, das war ja ganz schrecklich (lacht). Althergebrachte Vorstellungen haben sie hier umgesetzt (lacht). Ja, aber, also wie gesagt ich, ich zumindest denke ich darüber nach, irgendwie und hoffe das irgendwie nicht passiert, aber aber ich kann es nicht auswerten.

**I:** Klar, das kann man ja auch nicht, aber wenn ich das ist so zusammenfassen kann, was sie vorher schon erzählt haben so internalisierter Sexismus, so die, die Rollenvorstellungen, vor allem die die alten, die man unterbewusst vielleicht noch pflegt. Ist Ihnen denn internalisierten Sexismus schon einmal begegnet und wenn ja, in welcher Form? Ist natürlich jetzt-

**B4:** Ja, also, beliebtes Beispiel. Ich komme zurück in die Klinik, nachdem nach der Elternzeit von meinem ersten Kind und hatte vorher eine Station geleitet, als Fachärztin und aus, um mir entgegen zu kommen, versetzt man mich jetzt in die zweite Position, so. Und auf entrüstete Nachfrage meinerseits hin wird mir dann ganz ja, ja überrascht, dass ich mich nicht darüber freue, dass man versucht ist, mir es so leicht wie möglich zu machen, sondern ganz erbost bin, dass man mir Verantwortung weggenommen hat. Und das ist natürlich eine unterstellte Hilfsbedürftigkeit, die so gar nicht unbedingt da war. Hat man dann auch rückgängig gemacht, aber passiert ständig in allen deutschen Kliniken (...) Und das ist so ein häufiges Beispiel, dass man dann so neue Aufgaben für die Leute findet, obwohl die da eigentlich gar nicht gefragt haben. (...) Oder ich überlege gerade. (...) Ja, Frauen schiebt man auch oft

so in, in so größeren Strukturen so Aufgaben zu, die haben irgendwie einen netten Titel aber sind eigentlich so Fleisstitel oder Fleißaufgaben, also das sieht man in den medizinischen Fakultäten ganz gut. Kann man mal nachgucken die ganzen Ämter, die sich mit Lehre und Nachwuchs auseinandersetzen, die gehen immer an die Frauen und dann sollen sie sich ganz wahnsinnig geehrt fühlen, aber eigentlich ist das nur eine, ich weiß nicht, ob bewusste oder unbewusste Abschiebung von Arbeit, die Männer nicht machen wollen, in diese Richtung. Weil das halt nicht so, naja, das ist nicht so anerkannt, wie wenn ich eine ganz tolle Forschung hinlege oder ganz viele Patienten behandle.

**I:** Ja, vielen Dank für Ihre Schilderungen, dass

**B4:** Aber es ist halt immer, es ist nicht nachzuprüfen, ob das jetzt internalisiert ist oder absichtlich das, das kann ich ja nicht beweisen.

**I:** Nee, das stimmt, das ist natürlich auch super schwierig halt irgendwie Ansichten oder Weltansichten halt jemanden darauf zu fixieren das er das gerade getan hat, weil er diese Ansicht hat und gar nicht weil er das möchte oder allgemein internalisierten Sexismus irgendwie greifbar zu machen ist natürlich super schwierig. Aber es ist natürlich auch sehr wichtig, dass das man sich dessen bewusst ist, auch und dass man halt schaut, wie man, wie man damit umgeht, genau. Wenn Sie jetzt noch irgendwie etwas haben, was Sie gerne über das Thema noch erzählen möchten, ja, ist Ihnen, ist noch offengeblieben, dann können Sie das auf jeden Fall jetzt noch anbringen.

**B4:** Wahrscheinlich, also man sieht ja in vielen Studien, die jetzt rauskommen, dass man Frauen wirklich medikamentös oft anders dosieren müsste und so als Männern. Da ist sicherlich was dran an der Frage, diskutieren Sie das dann auf der Visite nochmal und da muss ich aber auch sagen, im Moment hat das ja so in die ganze Standardliteratur noch keinen Einzug gehalten, also, wenn ich mich jetzt hinstellen würde und sagen würde, wie, müssten wir es jetzt anders dosieren dann wäre völlig unklar, wo ich die neue Dosierung herkriegem soll. Also das ist vielleicht so eine praktische Hürde um, um dieses Problem wegzukriegen.

**I:** Das heißt, Sie sagen die Literatur hängt noch so ein bisschen hinterher, wie man das

**B4:** Mir ist eine einzige Packungsbeilage bekannt, wo jetzt steht, geben Sie Männern diese Dosis und Frauen, diese Dosis, das müsste da ja Einzug halten, damit ich dann sage jetzt lohnt sich überhaupt darüber nachzudenken.

## **Anhang 4: Transkriptionsregeln**

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4;“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert.
12. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
13. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

█ den 30.05.2022

---

(Leah Finger)