

Das Geschlechterbewusstsein bei Osteopathen und Osteopathinnen in Österreich

MASTER - THESIS

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Osteopathie MSc

vorgelegt von

Karin Schantl

Matr.Nr.: 08910596

Department für Gesundheitswissenschaften, Medizin und Forschung

an der Donau-Universität Krems

Betreuer 1: Jan Porthun, MMSc DO DPO

Betreuer 2: Raimund Engel, MSc DO



15.11.2022

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Karin Schantl, geboren am 23.05.1971 in Wagna, erkläre,

1. dass ich meine Master Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNG

Allen Menschen, die mich auf meinem bisherigen Lebensweg begleitet und ermutigt haben, sich neuen Herausforderungen zu stellen.

Meinen Eltern, Josef und Anna, die die Basis dafür in meinem Leben bereitet haben.

Meinem Mann, Gregor, der mich immer wieder ermutigt und mir hilft, den Humor nicht zu verlieren.

Meinen Kindern, Jakob und Klara, für die Freude, die sie mir bereiten und die Geduld und das Verständnis, welche sie mir während der Erstellung der Masterthesis entgegengebracht haben.

Jan Porthun, MMSc DO DPO und Raimund Engel MSc DO, die mich mit ihrer fachlichen Kompetenz begleitet haben und mir unterstützend zur Seite gestanden sind.

Mag. Monika Innerhofer, die mir bei der statistischen Auswertung mittels SPSS mit ihrem Wissen und Können geduldig unter die Arme gegriffen hat.

Dem Team der WSO und OEGO, welche für die Verbreitung des Fragebogens gesorgt haben und schließlich allen Osteopath*innen, welche sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen.

ABSTRACT – DEUTSCH

Autorin: Karin Schantl

Titel: Das Geschlechterbewusstsein bei Osteopathen und Osteopathinnen in Österreich

Hintergrund: Geschlecht wird in der therapeutischen Interaktion beständig hergestellt und beeinflusst das therapeutische Setting. Ein nicht Berücksichtigen des Faktors Geschlecht führt zu Gender Bias. Ziel der Studie ist es, die aktuelle Gender Awareness bei Osteopath*innen zu ermitteln. Sozioökonomische Faktoren, die die Gender Awareness beeinflussen, werden analysiert, um Strategien abzuleiten, die zu einer verbesserten Geschlechterkompetenz beitragen.

Studiendesign: Fragebogenstudie im Querschnittsdesign.

Methodik: Mittels validierter N-GAMS (Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale) wurde das Geschlechterbewusstsein mit seinen Subskalen Geschlechter Sensibilität und Geschlechterrollen-Denken gegenüber Patient*innen (GRI-P) und Osteopath*innen (GRI-D) ermittelt. Zuvor wurden Fragen zum sozioökonomischen Hintergrund gestellt.

Ergebnisse: 362 Fragebögen wurden ausgewertet. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 45,8 Jahren. Das ausgeprägte Geschlechterbewusstsein scheint bei Osteopath*innen primär durch Geschlechterstereotypen repräsentiert zu sein. Bestehende geschlechtsspezifische Vorurteile wirken sich sowohl auf die GRI-P als auch GRI-D Skala aus. Ältere und berufserfahrenere Osteopath*innen und jene deren Mütter die Lehre als Ausbildung angaben, hatten höhere Werte auf der GRI-P Skala. Selbst das jüngste Kind zu sein oder keine Kinder zu haben senkt die Werte der GRI-D Skala. Vorkenntnisse in der Gender Medizin verbesserte die Geschlechtersensibilität und reduzierte GRI-P.

Diskussion: Das Sensibilisieren gegenüber Geschlechteraspekte in der Behandlung, das Überprüfen von bestehendem osteopathischem Wissen auf Gender Bias und eine geschlechtersensible Wissensvermittlung in der Aus- und Weiterbildung steigert die Qualität einer osteopathischen Behandlung.

Schlüsselwörter: Gender Awareness, Geschlechtersensibilität, Geschlechtsstereotype, Gender Bias

ABSTRACT - ENGLISCH

Author: Karin Schantl

Title: Gender awareness among osteopaths in Austria

Background: Gender is constantly established in the therapeutic interaction and influences the therapeutic setting. Not taking gender into consideration leads to so-called gender bias. The aim of the study is to determine the current gender awareness among osteopaths. Socioeconomic factors affecting gender awareness are analyzed to derive strategies that contribute to improve gender competence among osteopaths.

Study design: Questionnaire survey in a cross-sectional design.

Methodology: Using validated N-GAMS (Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale), gender awareness with its subscales gender sensitivity and gender role ideology towards patients (GRI-P) and osteopaths (GRI-D) was determined. Before that, questions about the socio-economic background were asked.

Results: 362 questionnaires were evaluated. The average age of the respondents was 45.8 years. The pronounced gender awareness among osteopaths seems to be primarily represented by gender stereotypes. Existing gender-specific prejudices affect both the GRI-P and GRI-D scale. Older and more experienced osteopaths and those whose mothers reported the apprenticeship as training had higher scores on the GRI-P scale. Even being the youngest child or not having children lowers the scores on the GRI-D scale. Prior knowledge of gender medicine improved gender sensitivity and reduced GRI-P.

Discussion: Raising awareness of gender aspects in treatment, checking existing osteopathic knowledge for gender bias and gender-sensitive knowledge transfer in training and further education increases the quality of osteopathic treatment.

Key words: gender awareness, gender sensibility, gender stereotypes, gender bias

INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	I
DANKSAGUNG	II
ABSTRACT – DEUTSCH	III
ABSTRACT - ENGLISCH	IV
1. EINLEITUNG	5
2. THEORIETEIL	8
2.1 Gender Medizin.....	8
2.2 „Sex“ und „Gender“	10
2.3 Gender Awareness (GA).....	12
2.3.1 Gender Sensitivity (GS).....	14
2.3.2 Gender-Role-Ideology (GRI)	15
2.3.2.1 Was sind Stereotype?.....	15
2.3.2.2 Funktion der Stereotype	16
2.3.2.3 Auswirkungen von Geschlechtsstereotypen	17
2.3.2.3 Modell der Stereotypinhalte (Model of Stereotype Content)	22
2.4 Gender Bias (Geschlechterverzerrungen)	22
2.4.1 Geschlechterblindheit.....	23
2.4.2 Male Bias oder Androzentrismus.....	24
2.4.3 Doppelter Bewertungsmaßstab	25
2.4.4 Überbetonung von Geschlechtsunterschieden	26
2.5 Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS).....	27

2.5.1	Aktueller Forschungsstand mit der N-GAMS	27
2.5.2	Die Entwicklung der N-GAMS	29
3.	FORSCHUNGSFRAGEN.....	32
4.	METHODOLOGIE.....	33
4.1	Literaturrecherche	33
4.2	Forschungsdesign.....	33
4.3	Ein- und Ausschlusskriterien	34
4.4	Berechnung der Fallzahl	34
4.5	Akquirieren der Studienteilnehmer und Ablauf der Befragung	34
4.6	Forschungsinstrument.....	35
4.6.1	Soziodemographische Fragen.....	35
4.6.2	Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale – deutsche Version.....	35
4.6.2.1	Subskala Geschlechtersensibilität (GS).....	36
4.6.2.2	Subskalen Geschlechterstereotype (GRI-P, GRI-D)	37
4.7	Datenverarbeitung und Auswertung	37
4.7.1	statistische Testverfahren.....	37
4.7.2	Bereinigen der Daten	38
5.	ERGEBNISSE.....	40
5.1	Beschreibung der Stichprobe	40
5.2	Reliabilitätsprüfung und Validität	42
5.3	Beantwortung der Forschungsfragen	45
5.3.1	Korrelation zwischen Geschlechtersensibilität und GRI-P und GRI-D	45
5.3.2	Einfluss des Geschlechts auf die Gender Awareness.....	46

5.3.3 Einfluss der Variablen des soziökonomischen Fragebogens auf die GA	48
5.3.3.1 Berufserfahrung und Alter	48
5.3.3.2 Ausbildungsstand der Eltern	50
5.3.3.3 Einfluss der Geschwisteranzahl und Geschwisterposition auf die GA	52
5.3.3.4 Einfluss der Variable „Haben Sie Kinder“ auf den N-GAMS	52
5.3.3.5 Einfluss von „Vorkenntnissen in der Gender Medizin“ auf die GA	53
5.3.4 Vergleich - Student*innen der MedUni Wien und Osteopath*innen	56
5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	58
6. DISKUSSION	60
6.1 Methodischer Aspekt	60
6.1.1 Stichprobe	60
6.1.2 Versuchsdesign	61
6.1.3 Evaluierung des Messinstrumentes	61
6.1.4 Auswahl der statistischen Testverfahren	62
6.1.5 Vor- und Nachteile der Fragebogenerhebung	63
6.1.6 Vergleich der Berufsgruppen	64
6.2 Inhaltlicher Aspekt der Indizes	65
6.2.1 Diskussion der Ergebnisse für Geschlechterstereotypen	65
6.2.2 Diskussion der Ergebnisse für die Geschlechtersensibilität	72
6.3. Ausblick	76
LITERATURVERZEICHNIS	78
TABELLENVERZEICHNIS	89
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	90

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	91
ANHANG A – FRAGEBOGEN.....	93
ANHANG B – BEGLEITSCHREIBEN.....	101
ANHANG C – EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN	103
ANHANG D – AUSGABE FAKTORENANALYSE.....	105

1. EINLEITUNG

Die Osteopathie als patientenzentrierte Therapieform stellt den Menschen als Ganzes in den Mittelpunkt der Behandlung. Der/die Osteopath*in wird in seinem/ihrer Zugang zur Diagnose und Behandlung unter anderem von dem biopsychosozialen Struktur/Funktions-Modell geführt (World Health Organization, 2010, S. 4). In diesem biopsychosozialen Fokus sind das Konzept der Patientenzentriertheit und das Geschlechterbewusstsein miteinander verbunden und bilden die Basis für ein geschlechtersensibles Betreuen von Patient*innen (Verdonk et al., 2008).

Der/die in der Praxis vorstellige Patient*in verfügt über ein biologisches Geschlecht, welches in Interaktion mit seinem/ihrer soziokulturellen Geschlecht (Gender) steht. Aber auch das Geschlecht und Gender des /der Osteopath*in beeinflusst die Herangehensweise an den /die Patient*in und wirkt sich auf die Behandlung aus. In der Interaktion zwischen Behandler*in und Patient*in wird Geschlechtlichkeit, geleitet von der eigenen Geschlechtsidentität und Sozialisierung, ständig hergestellt. Diese Dynamik wird im interaktionstheoretischen Konzept von „Doing Gender“ beschrieben (Kortendiek et al., 2019, S. 410; Schigl, 2019). Geprägt durch die eigene Biographie und den kulturellen Hintergrund, haben beide Akteure in der Behandlung eine Vorstellung von ihrer Rolle als Mann oder Frau, welche sich unbewusst auf die Therapie auswirkt (Rieder & Lohff, 2008, S. 24). Unbewusste Rollenklischees bilden somit die Basis für Missverständnisse in der Kommunikation und färben die Information, die bei dem/der Behandler*in ankommt bzw. wie Beschwerden und Schmerzen von dem/der Patient*in artikuliert werden (Çelik, 2009; Rieder & Lohff, 2008; Verdonk et al., 2008). So steht das Anamnesegespräch unter starkem Einfluss von Geschlechteraspekten.

Vor allem im Rahmen von geschlechtsbezogenen Gesundheitsproblemen kommt dem Doing Gender eine besondere Bedeutung zu, da in verunsichernden Situationen gerne auf sicherheitsgebende, angelernte Schablonen zurückgegriffen wird (Schigl, 2019). So weisen Rieder und Lohff (2008) darauf hin: „Bei Patienten des anderen Geschlechts sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass wichtige Untersuchungen nicht unterlassen werden, weil entweder der Patient/ die Patientin Hemmungen signalisiert, oder der Arzt/die Ärztin solche hat (S.24).

Zudem ist das in der Osteopathie-Ausbildung vermittelte Wissen auf Geschlechteraspekte und eventuell bestehende Geschlechterverzerrungen zu untersuchen. Ein Großteil des medizinischen Wissens stammt vordergründig aus der Forschung am mittelständigen, weißen Mann. Die am Mann gewonnenen Erkenntnisse wurden auf Frauen

generalisiert und weisen demnach Geschlechterverzerrungen (Genderbias) auf (Kortendiek et al., 2019, S. 742). Parker et al. (2017) brachten in medizinischen Fachbüchern und Anatomiebüchern bestehende Geschlechterverzerrungen und geschlechterstereotype Abbildungen ans Licht. Geschlechtsstereotype und Genderbias wirken sich negativ auf die Gesundheitsversorgung von Männern, Frauen und nicht binären Menschen aus. Als Beispiel sei die Osteoporose angeführt, welche als Erkrankung der postmenopausalen Frau gilt und aus diesem Grund häufig bei Männern vernachlässigt wird (Haas & Moore, 2007). Aber auch die Angina pectoris, ein im Zusammenhang mit der Gender Medizin häufig erwähntes Beschwerdebild, soll genannt werden. So sind die meisten der beschriebenen Symptome der Angina pectoris, typische Symptome der Männer. Frauen zeigen unspezifische und einfachere Beschwerden und sind aus diesem Grund häufig unterdiagnostiziert und unterversorgt (von Piekartz & Zalpour, 2021). Dieses Wissen im Hintergrund hilft dem/der Osteopath*in beim Reflektieren von Differentialdiagnosen und dem Berücksichtigen von Kontraindikationen für bestimmte Techniken.

Eine Genderperspektive in der Medizin bedeutet ein Berücksichtigen von Lebensumständen, sozialen Stellungen und sozialen Erwartungen über „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ gemeinsam mit biologischen Faktoren (Risberg et al., 2009). Die Basis für ein Geschlechterbewusstsein ist ein Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Epidemiologie von Erkrankungen, Präsentation von Symptomen und Krankheitsverläufen, sowie ein Reflektieren und Analysieren der eigenen geschlechtsspezifischen Vorurteile und deren Auswirkungen auf die verbale und nonverbale Kommunikation und auf das therapeutische Handeln (Verdonk et al., 2008).

So erweitert das Berücksichtigen des Faktors Geschlecht die osteopathische Behandlung um eine zusätzliche Dimension (Anm. der Autorin) und ermöglicht dadurch eine gerechte und gleichgestellte Therapie von Männern und Frauen, mit ihren spezifischen Bedürfnissen und Beschwerden (Verdonk et al., 2009).

Bisherige Untersuchungen zur Evaluierung des Geschlechterbewusstseins wurde bis dato nur an Medizinstudent*innen und Psychologiestudent*innen durchgeführt und die Notwendigkeit der Implementierung von Geschlechteraspekten in der medizinischen Lehre bestätigt (Andersson et al., 2012; Bert et al., 2022; Morais et al., 2020; Rustemi et al., 2020; Steinböck et al., 2015; Verdonk et al., 2008).

In der vorliegenden Arbeit wird das aktuelle Geschlechterbewusstsein von in Österreich lebenden und arbeitenden Osteopath*innen unter Verwendung eines validierten Fragebogens erfasst. Ein repräsentatives Bild über das Geschlechterbewusstsein der Osteopath*innen Österreichs soll dabei gewonnen, und Faktoren, welche dieses Bewusstsein beeinflussen, herausgearbeitet werden. Im Zentrum der Befragung stehen die drei

Untergruppen von Geschlechterbewusstsein, nämlich die Geschlechtersensibilität, Geschlechterstereotype gegenüber Patient*innen und Geschlechterstereotype gegenüber Osteopath*innen.

Dadurch entsteht die Möglichkeit, zu evaluieren, ob Erkenntnisse der Gender Medizin auch in der Aus- bzw. Weiterbildung von Osteopath*innen klarer zu thematisieren sind und der Einfluss des Geschlechts auf die osteopathische Behandlung mehr ins Bewusstsein der Osteopathinnen und Osteopathen gerückt werden soll. So haben vorangegangenen Studien gezeigt, dass eine Verbesserung des Geschlechterbewusstseins durch Fortbildungen im Bereich der Gender Medizin zu erzielen ist (Dielissen et al., 2009; Eisenberg et al., 2013; Siller et al., 2018).

Eine Steigerung der Geschlechterkompetenz bei im Gesundheitswesen arbeitenden Personen mündet in einer Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Patient*innen (Çelik, 2009; Hawkes & Buse, 2013; Shannon et al., 2019). Folglich ist anzunehmen, dass auch die Qualität einer osteopathischen Behandlung davon profitieren könnte.

2. THEORIETEIL

In diesem Kapitel werden grundlegende Begrifflichkeiten der vorliegenden Arbeit definiert und besprochen.

Ausgehend von der Gender Medizin, jener Disziplin, welche das Geschlecht als wichtige Determinante für Gesundheit und Krankheit ansieht, wird der Bogen über die Definition der Begriffe Sex, Gender, Geschlechterbewusstsein und seine Unterkategorien Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypen gespannt und mündet schließlich in der Auseinandersetzung mit den Geschlechterverzerrungen (Gender Bias).

Durch das Darstellen der bisherigen Forschungsergebnisse mit der Nijmegen Gender Awareness Medicine Scale (N-GAMS) soll die Relevanz für eine Evaluierung des Geschlechterbewusstseins bei Osteopath*innen unterstrichen werden (vgl. 2.5.1. Aktueller Forschungsstand mit der N-GAMS, Seite 27).

2.1 Gender Medizin

Die Gender Medizin (englisch: *Gender Medicine* oder *Gender-Specific Medicine*) ist eine junge Disziplin der Humanmedizin. Sie adressiert sowohl das biologische als auch das psychosoziale Geschlecht und untersucht deren Einfluss auf Krankheit und Gesundheit. Damit bildet sie die Basis für eine geschlechtssensible, individuelle Versorgung von Männern und Frauen. Aber auch das Geschlecht der Dienstleister im Gesundheitswesen bleibt nicht unberücksichtigt, sodass geschlechtsspezifische Kommunikationsbarrieren und der Einfluss von Geschlechtsstereotypen auf die Versorgung minimiert werden können. Dieses Wissen hilft, die Compliance der Patient*innen zu verbessern und eine gleichwertige, patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten (Kautzky-Willer, 2015; Regitz-Zagrosek, 2012; Rieder & Lohff, 2008, S. 33).

Nicht nur die klinische, osteopathische Praxis steht unter dem Einfluss des Geschlechts, auch in der Forschung und Lehre bedarf es einer Gender Perspektive (Kortendiek et al., 2019, S. 741). Die - lange Zeit in der Medizin vorherrschende - androzentrische Sichtweise, stellte den männlichen Körper als allgemeines, menschliches Modell in den Mittelpunkt. Ein Großteil des medizinischen Wissens entstammt der Forschung am mittelständigen, weißen Mann und wurde auf Frauen generalisiert. Anatomische Abbildungen, die Beschreibung von Symptomen, sowie die Entwicklung von diagnostischen Verfahren

und Therapien wurde am Modell Mann etabliert und auf Frauen und andere Ethnien generalisiert (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2018).

Die Gender Medizin entwickelte sich in den 1960-er und 1970-er Jahren aus der internationalen Frauenbewegung. Aus mangelndem Wissen über die geschlechtsspezifischen Besonderheiten des weiblichen Körpers, legte die Gender Medizin ihren primären Fokus auf die Gesundheitsprobleme der Frauen. Durch die dazugewonnenen Erkenntnisse war es möglich, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik und Behandlung herauszuarbeiten. In jüngster Zeit hat sich der Schwerpunkt auf die Erforschung der Physiologie dieser Unterschiede verlegt (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 11; Kortendiek et al., 2019, S. 743).

Das Image, sich nur um Belange der Frauengesundheit zu kümmern, wird der Gender Medizin bis heute nachgesagt, wobei durchaus beide Geschlechter aus den Erkenntnissen der Gender Medizin Nutzen ziehen können (Kortendiek et al., 2019, S. 746). So wurde entdeckt, dass bei als typisch weiblich angesehenen Erkrankungen (wie z.B. Depression, Migräne, Osteoporose) Männer in der Diagnostik und Therapie benachteiligt sind, während Frauen mit Rückenbeschwerden vermehrt unspezifische Diagnosen gestellt bekommen und die Beschwerden gehäuft der psychischen Situation der Frau zugeschrieben werden (Haas & Moore, 2007; Hamberg et al., 2002).

Bei der Gender Medizin handelt es sich um „eine Erweiterung der personalisierten Medizin, die Frauen und Männer geschlechtsspezifisch unter Berücksichtigung individueller (biologie-basierter und psychosozialer) Voraussetzungen behandelt“ (Kautzky-Willer, 2015).

Auch in der osteopathischen Behandlung ist es wichtig, soziokulturelle Überlegungen und Erkenntnisse aus der Gender Medizin ins Tun einfließen zu lassen (Wagner, 2018). Dabei gilt es zu reflektieren, ob nicht das medizinische Wissen, sondern bestehende Geschlechtsstereotypen die osteopathische Diagnose bzw. Entscheidung für eine Technik beeinflusst und ob sprachliche Missverständnisse für eine unterschiedliche Bewertung von Beschwerden, Krankheitsverhalten und -verläufen verantwortlich sind (Rieder & Lohff, 2008, S. 535). Die daraus resultierende Geschlechterkompetenz ist richtungweisend für die Behandlung und der Bewertung von Symptomen (Bert et al., 2022; Kautzky-Willer, 2015).

In einer geschlechtssensiblen Medizin ist auch das Phänomen der Intersektionalität nicht zu vernachlässigen, d.h. neben dem biologischen Geschlecht können weitere Merkmale wie Alter, Zugehörigkeit zu einer anderen Ethnizität und sozioökonomischer Status den Gesundheitszustand einer Person mitbestimmen (Rieder & Lohff, 2008, S. 38).

Der Gender Medizin wird als Kritikpunkt nachgesagt, dass durch das anfängliche Fokussieren auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Symptomatik und der Behandlung von Erkrankungen ohne die Ursachen dieser Unterschiede zu ergründen, zum Aufbau von Geschlechterstereotypen geführt hat (Kautzky-Willer, 2015). Zudem wird debattiert, dass die Gender Medizin weiterhin Geschlechtsunterschiede dichotom erfasst. Aus Sicht der Gender Studies wird dieser Ansatz nicht dem heutigen Verständnis der Kategorie Geschlecht gerecht., vielmehr sollte das Geschlecht als Kontinuum aufgefasst werden (Kortendiek et al., 2019, S. 748).

In der künstlichen Trennung der Begrifflichkeiten von Sex und Gender wird ein weiterer Schwachpunkt in der Gender Medizin gesehen. Nicht nur, dass diese beiden Begriffe miteinander verwoben sind und sich gegenseitig beeinflussen, macht das Auseinanderhalten der beiden Begrifflichkeiten schwer, auch das ständige Verwechseln der beiden Begriffe in der Forschung erschwert das Interpretieren der Forschungsergebnisse (Oertelt-Prigione & Hiltner, 2018).

Zusammenfassend verfolgt die Gender Medizin das Ziel die Gesundheit von Männern und Frauen zu verbessern, sowie Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten (Steinböck et al., 2015).

2.2 „Sex“ und „Gender“

Um das volle Ausmaß der Auswirkung des Geschlechts auf Gesundheit und Krankheit zu verstehen, erscheint es notwendig, den Begriff Geschlecht genauer unter die Lupe zu nehmen und zu konkretisieren.

In der Gender Medizin wird die Unterscheidung der beiden Begriffe „Sex“ und „Gender“ propagiert (Kortendiek et al., 2019, S. 23). Es handelt sich dabei um ähnlich klingende Begriffe, die jedoch nicht als Synonym oder als beliebig austauschbar verwendet werden können (Bewley et al., 2021; Hammarström & Annandale, 2012; Miller et al., 2013; Williams et al., 2021).

„Sex“ bezeichnet den „im Prinzip sozial unveränderlichen, aber sozial nicht kausal determinierenden biologischen Rohstoff des Weiblichen/Männlichen“ (Kortendiek et al., 2019, S. 23).

Nach der WHO bezieht sich „Sex“ auf die physiologischen und biologischen Charakteristika von Frauen, Männern und Inter*Menschen, namentlich auf die Chromosomen, Hormone und Fortpflanzungsorgane (World Health Organization, 2021). Das biologische

Geschlecht muss jedoch nicht immer mit der Geschlechtsidentität der Person übereinstimmen (Kautzky-Willer, 2015).

Davon unterschieden wird „Gender“, „die in Praxis gestaltbare, historisch variable, gleichermaßen identitätsrelevante und soziokulturelle Dimension von Geschlechtlichkeit“ (Kortendiek et al., 2019, S. 23).

Gender ist sozial konstruiert und beinhaltet von der Gesellschaft assoziierte Normen, Verhalten und Rollen, über das Frau- oder Mann-Sein. Gender schafft eine Hierarchie und produziert eine Ungleichstellung der Geschlechter (World Health Organization, 2021).

Shannon et al. (2019) kritisieren, dass Gender häufig missverständlich verwendet oder mit Sex zusammengefasst wird, manche Autoren beziehen sich auch nur auf Frauen, wenn sie von Gender schreiben. Diese Meinung wird auch von Oertelt-Prigione und Hiltner (2018) geteilt, welche festhalten, dass in vielen Publikationen die Untersuchung von biologischen Unterschieden als Genderforschung betitelt wird. Den Grund dafür sehen die Autorinnen in der Schwierigkeit, „Gender“ zu operationalisieren. In der Forschung ist es essenziell, Sex und Gender richtig zu adressieren. So soll Klarheit darüber bestehen, ob Informationen über Sex, Gender oder über beide Begrifflichkeiten gewonnen werden sollen. Ein Vermischen dieser Kategorien führt zu verfälschten Schlussfolgerungen und kann die Versorgung der Patient*innen gefährden (Bewley et al., 2021).

Govender und Penn-Kekana (2008) kehren die Wichtigkeit der Differenzierung der beiden Begriffe hervor, da immer wieder biologische Ursachen in der Entstehung und Behandlung von Krankheiten fälschlicherweise mit sozialen Ursachen vertauscht wurden.

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Sex und Gender kommt aus dem englischen Sprachraum, findet inzwischen allerdings international Anklang. Auch in der deutschen Sprache wird der Begriff „Geschlecht“ von der Geschlechterforschung als zu unspezifisch angesehen, weshalb ebenfalls eine Unterscheidung getroffen wird. Im Deutschen wird für Sex der Begriff „Geschlecht“ eingesetzt, während das psychosoziale Geschlecht als „Gender“ bezeichnet wird (Kortendiek et al., 2019, S. 23).

Sex interagiert mit Gender, eine eindeutige Trennung zwischen dem rein biologischen Sex und dem rein sozialen Gender ist häufig nicht möglich (Kortendiek et al., 2019, S. 24; Regitz-Zagrosek, 2012). Sex beeinflusst die Gesundheit, indem es das Verhalten modifiziert. So bewirkt das Wachstumshormon Testosteron aggressiveres Verhalten, verbunden mit einer erhöhten Risikobereitschaft, ohne Rücksicht auf die eigene Gesundheit zu nehmen. Gender kann biologische Faktoren und damit die Gesundheit beeinflussen, indem Stressbelastungen, Umweltgifte, schlechte Ernährung und individuelle

Lebensstile Modifizierungen am Genom oder epigenetischen „Gender“ nach sich ziehen (Regitz-Zagrosek, 2012).

Sex und Gender spielen eine Rolle in der Prävalenz und Entstehung einer großen Bandbreite von Erkrankungen, wie z.B. auf dem Gebiet der Gastroenterologie, Kardiologie, Pulmologie Neurologie, Hepatologie, Nephrologie, Endokrinologie und bei Autoimmunerkrankungen (Hochleitner et al., 2012, S. 24; Regitz-Zagrosek, 2012).

Gender lenkt das Gespräch zwischen Behandler*in und Patient*in, prägt das Gesundheitsverhalten und wirkt sich auf die Bewältigungsstrategien in Bezug auf die Erkrankung und Prävention aus (Hochleitner et al., 2012, S. 25; Miller et al., 2013).

Ziel der Gender Medizin ist es, die biologischen und soziokulturellen Aspekte und deren Auswirkungen auf Männer und Frauen miteinzubeziehen und somit eine Verbesserung der Gesundheitsdienstleistung zu gewährleisten und die individuelle Gesundheit zu fördern (Regitz-Zagrosek, 2012). Nach Miller et al. (2013) formen Sex und Gender die Basis einer individuellen, patientenzentrierten Medizin.

Auch in der Osteopathie, als patientenzentrierte Therapieform (World Health Organization, 2010) spielen Sex und Gender eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Bereits bei der Begrüßung entsteht eine Beziehung zwischen dem/der Patienten*in und dem/der Osteopath*in, welche den weiteren Verlauf der Konsultation, die Anamnese und das Untersuchungsverhalten beeinflusst (Liem et al., 2010, S. 73). Ziel ist es, den/die Patient*in mit ihrer/seiner biologischen Grundausstattung in ihrem/seinen sozialen Umfeld zu begreifen und zu behandeln (Wagner, 2018).

In dieser Arbeit wird in Anlehnung an die oben beschriebene Nomenklatur „Sex“ als „Geschlecht“ bezeichnet, während bei der Beschreibung der sozialen Dimension des Geschlechts „Gender“ verwendet wird.

2.3 Gender Awareness (GA)

Unter Gender Awareness (übersetzt: Geschlechterbewusstsein, GA) versteht man das Wissen darüber, dass Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht nur biologisch, sondern auch sozial konstruiert sind und diese unsere Haltung, unser Verhalten, Beliefs und Werte beeinflussen. Gender Awareness gilt als Schlüsselfaktor, um eine Gleichstellung der Geschlechter zu erreichen.

Bei Gender Awareness in der Medizin wird das Geschlecht als wichtige Determinante für Krankheit und Gesundheit erkannt und in der Versorgung von Patienten

berücksichtigt (Verdonk et al., 2009). Ein erhöhtes Geschlechterbewusstsein bei Gesundheitsdienstleistern reduziert das Auftreten von Genderbias, trägt zu einer Verbesserung der individuellen Gesundheit von Patienten bei und führt zu Gleichheit und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem (Bert et al., 2022; Doyal, 2001; Morais et al., 2020; Verdonk et al., 2008).

Zum ersten Mal wurde der Begriff Gender Awareness in Amerika konzeptualisiert. In diesem Model of Gender Awareness in Veterans Administration Health Care war die Gender Awareness in drei miteinander korrelierende Untergruppen unterteilt: Gender Sensitivity (GS), Gender-Role-Ideology (GRI) und Wissen (Morais et al., 2022). Unter Gender Sensitivity (Geschlechtersensibilität) versteht man die Fähigkeit, Unterschiede und Ungleichstellungen bei den Geschlechtern wahrzunehmen und durch entsprechende Handlungen und Strategien im Berufsalltag zu berücksichtigen und in diesen zu integrieren (Verdonk et al., 2008). Bei der Gender-Role-Ideology (Geschlechterrolleneinstellungen bzw. Geschlechterstereotype) handelt es sich um Haltungen von im Gesundheitsbereich arbeitenden Personen gegenüber Patient*innen bzw. um Vorurteile, welche von Patient*innen gegenüber dem/der Behandler*in gehalten werden (Verdonk et al., 2008). Das Wissen bezieht sich auf den Grad an geschlechtsspezifischen Informationen, die eine im Gesundheitsbereich arbeitende Person über männliche und weibliche Patienten und deren Bedürfnisse hat (Morais et al., 2022).

Weiters verwendeten Salgado et al. (2002) dieses Modell von Gender Awareness in ihren Studien.

Bei Verdonk et al. (2008) beinhaltet das Konzept von Gender Awareness nur zwei Subkomponenten: Gender Sensitivity und Gender-Role-Ideology.

Mit dieser Unterteilung ist das Berücksichtigen von biologischen Geschlechtsunterschieden und sozialen Geschlechtsunterschieden gewährleistet (Verdonk et al., 2008).

Untersuchungen über die Konzeptualisierung und Operationalisierung von Gender Awareness im gesundheitsbezogenen Kontext in den letzten 20 Jahren zeigen auf, dass die Begriffe Gender Awareness und Gender Sensitivity häufig als austauschbar dargestellt und wie Synonyme verwendet werden. Ein Überdenken der Operationalisierung der beiden Begriffe wird von den Autor*innen angeregt. Während der Grad der Gender Awareness bei Ärzt*innen öfters untersucht worden ist, gibt es keine Studie, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Gender Awareness und dem Outcome bei medizinischen Behandlungen auseinandergesetzt hat (Morais et al., 2022).

2.3.1 Gender Sensitivity (GS)

„Geschlechtersensibilität hat als Ziel, die gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren zu verstehen und zu berücksichtigen, die an geschlechtsspezifischer Ausgrenzung und Diskriminierung in den unterschiedlichen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens beteiligt sind“ (Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen, 2016b).

Geschlechtersensibilität gilt als Schlüsselkomponente für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung (Celik et al., 2011; Lindsay et al., 2019). Sie ist eine wichtige Voraussetzung, um den/die Patient*in als eine individuelle Person anzusehen und nicht nur als medizinisches Problem.

In allen therapeutischen Interaktionen wie Anamnesegespräch, Untersuchung und Behandlung, sind die Lebensumstände, die soziale Stellung, die gesellschaftliche Vorstellung über Männlichkeit und Weiblichkeit, sowie biologische Einflussfaktoren zu bedenken und zu berücksichtigen (Celik et al., 2011; Lindsay & Kolne, 2020; Verdonk et al., 2008), wobei stereotype Verallgemeinerungen zu vermeiden sind (Bert et al., 2022; Gattino et al., 2020; Verdonk et al., 2008).

Eine Sensibilität gegenüber Geschlechterfragen beinhaltet auch ein Bewusstsein über das Bestehen einer Intersektionalität, d.h. weitere Merkmale wie Alter, Ethnizität und sozialer Status sind mit dem Geschlecht verwoben und beeinflussen die Bedürfnisse des/der Patient*in (Celik et al., 2011).

Die Qualität einer Behandlung ist beeinflusst durch das gegenseitige Verständnis zwischen Behandler*in und Patient*in (Celik et al., 2011). Durch ein gendersensitives Verhalten wird die Compliance des/der Patient*in gefördert und eine authentische Beziehung zwischen Behandler*in und Patient*in hergestellt (Rieder & Lohff, 2008, S. 533; Verdonk et al., 2008).

Die Geschlechtersensibilität kann bei Personen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, durch Wissensvermittlung zu Genderfragen verbessert werden. Es geht dabei darum, geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anatomie und Physiologie zwischen Männern und Frauen hervorzuheben und bezogen auf Krankheitsbilder die geschlechtsspezifische Andersartigkeit des Auftretens, des Schweregrades und der Symptomatik von Erkrankungen (wie z.B. Migräne, Depression) zu beleuchten. Zudem muss das Bewusstsein über ein bestehendes geschlechtsspezifisches Kommunikationsverhalten und über ein durch das Geschlecht gefärbtes unterschiedliches Umgehen mit einer Erkrankung verinnerlicht werden. Ein zu großes Ausmaß an Arbeit, Routine und Skepsis gegenüber Geschlechterangelegenheiten verhindern eine geschlechtersensible Versorgung der

Patient*innen und kann in unangemessenen und manchmal sogar schädlichen Behandlungen resultieren (Celik et al., 2011).

Ein bestehendes Bewusstsein über den Einfluss von Geschlecht und Gender auf den osteopathischen Prozess bereichert die Handlungsfähigkeit des /der Osteopath*in um eine weitere Facette. So können durch Gender verursachte Missverständnisse vermieden werden (Schigl, 2019).

2.3.2 Gender-Role-Ideology (GRI)

Gender Awareness beinhaltet einerseits das Etablieren einer integrativen Sicht auf Geschlechterangelegenheiten, indem die Biologie, die Reproduktion und soziale Faktoren Berücksichtigung finden, andererseits müssen auch Geschlechterstereotype beachtet werden (Verdonk et al., 2009).

„Geschlechtsstereotype beschreiben die Zuweisung bestimmter Merkmale und Eigenschaften zu Individuen nur aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe weiblicher und männlicher Personen, ohne dass dabei berücksichtigt wird, dass Unterschiede innerhalb der Geschlechtergruppen größer ausfallen können als Unterschiede zwischen ihnen.“ (Kortendiek et al., 2019, S. 201).

Eingangs wird die Entstehung und die Funktion von Stereotypen erläutert, um so die Basis für ein grundlegendes Verständnis zu bilden.

2.3.2.1 Was sind Stereotype?

Individuen werden durch das Wahrnehmen von Unterschieden und Gemeinsamkeiten in Gruppen eingeteilt. Diese sozialen Kategorisierungen sind die Grundlage für Stereotype (Kortendiek et al., 2019, S. 202). Stereotype beziehen sich auf verschiedene soziale Marker wie z.B. Hautfarbe, Geschlecht, Berufsgruppe, Alter. Eine wesentliche soziale Kategorie ist das Geschlecht einer Person (Hannover & Wolter, 2017).

Annahmen über Merkmale und über das Verhalten von Mitgliedern in sozialen Gruppen werden als Stereotype bezeichnet. Es handelt sich dabei um Verallgemeinerungen, die den Gruppenmitgliedern gleiche Merkmale attestiert, ohne bestehende Unterschiede zwischen den Personen zu berücksichtigen. Diese Merkmale umfassen körperliche Kennzeichen, Persönlichkeitseigenschaften, Fähigkeiten, Präferenzen und alltägliches Verhalten. Stereotype umfassen positive wie negative Aspekte und Merkmale und sind teils tief kulturell verankert (Steffens & Ebert, 2016, S. 14).

Geschlechtsstereotype beinhalten deskriptive Stereotype aber auch normative bzw. präskriptive Stereotypen (Kortendiek et al., 2019, S. 202). Deskriptive Stereotype halten fest, wie Mitglieder einer sozialen Gruppe typischerweise sind, normative/präskriptive Stereotype beinhalten Erwartungen an Mitglieder unterschiedlicher sozialer Gruppen, wie sie sich zu verhalten bzw. nicht zu verhalten haben. Wird ein deskriptiver Stereotyp verletzt, reagieren Personen darauf mit Überraschung, während ein Verletzen eines normativen Stereotyps zu Missbilligung und Abwertung führt (Steffens & Ebert, 2016, S. 18).

Eine weitere Unterteilung von Geschlechtsstereotype erfolgt in explizite und implizite Stereotype. Bei den expliziten Stereotypen handelt es sich um Vorteile, die bewusst zugänglich sind, während implizite Vorurteile unbewusst und unbeabsichtigt aktiviert werden. Ein bewusster kognitiver Zugang zu impliziten Stereotypen ist nicht möglich (Steffens & Ebert, 2016, S. 25). So können Osteopath*innen explizite geschlechtsspezifische Vorurteile haben, können diese jedoch willentlich im beruflichen Kontext ignorieren, wobei die impliziten geschlechtsspezifischen Haltungen unbewusst in der Behandlung zu tragen kommen (Anm. der Verfasserin).

2.3.2.2 Funktion der Stereotype

Stereotype dienen dazu, die Fülle an Informationen, die auf Menschen treffen, zu organisieren und zu vereinfachen. Sie unterstützen den Menschen, sich im alltäglichen Leben zurechtzufinden (Steffens & Ebert, 2016, S. 17). In neuen und herausfordernden Situationen im therapeutischen Prozess wird auf diese Schablonen zurückgegriffen. Sie helfen bei der Orientierung und geben sichernde Handlungsschemata vor (Schigl, 2019).

Weiters bilden Stereotype die Grundlage für die Rationalisierung von Gruppenunterschieden und legitimieren damit bestehende Strukturen in einem gegebenen sozialen System. Stereotype dienen in diesem Fall als Rechtfertigung, weshalb Männer, denen höhere Führungsqualitäten als Frauen nachgesagt werden, auch in höheren beruflichen Positionen angetroffen werden und Frauen, denen höhere soziale Fähigkeiten nachgesagt werden, vermehrt in Rollen, in denen diese Fähigkeiten gefragt sind, vorzufinden sind (Steffens & Ebert, 2016, S. 17).

Geschlechtsstereotype sind äußerst veränderungsresistent. Widerspricht eine Frau oder ein Mann ihrem/seinem allgemeinen Stereotyp, so wird sie/er einem Untertyp zugeordnet. Der allgemeine Stereotyp wird als Faustregel angenommen, der Subtyp wird als Ausnahme der Faustregel gesehen. Das typische Bild der Frau/ des Mannes bleibt dabei unangetastet. Eine grundlegende Veränderung des Stereotyps von Frauen oder Männern bedarf einer großen Anzahl an Frauen oder Männern, die vom traditionellen Rollenverhalten abweichen (Steffens & Ebert, 2016, S. 22).

Weiters hängt der Inhalt von Geschlechtsstereotypen auch von zusätzlichen sozialen Kategorien wie z.B. Ethnie ab, die sich mit der Kategorie Geschlecht überschneiden. So werden zum Beispiel dunkelhäutige Menschen als maskuliner, asiatische Personen im Vergleich zu Europäern als femininer wahrgenommen (Steffens & Ebert, 2016, S. 22).

2.3.2.3 Auswirkungen von Geschlechtsstereotypen

Geschlechternormen führen zu Geschlechterstereotype, welche wiederum Unterschiede zwischen den Geschlechtern erzeugen. Sie färben jegliche Interaktion und manifestieren sich in einem sexistischen Sprachgebrauch.

Geschlechterunterschiede

Empirisch zeigt sich, dass Geschlechtsunterschiede häufig durch Geschlechtsstereotypen wiedergegeben werden (Kortendiek et al., 2019, S. 205; Steffens & Ebert, 2016, S. 17). Andererseits gibt es auch Belege, dass Geschlechtsstereotype Geschlechtsunterschiede erzeugen. Geschlechtsstereotype wirken wie selbsterfüllende Prophezeiungen, beeinflussen die Selbstwahrnehmung eines Individuums und die Wahrnehmung einer anderen Person. Sie modulieren die Verhaltensweisen gegenüber der eigenen, aber auch der anderen Person (Steffens & Ebert, 2016, S. 86).

Als kognitive Schemata im Gedächtnis gespeichert, hat der Inhalt eines Geschlechtsstereotyps einen hohen Allgemeingrad, was ein Anwenden auf viele konkrete Beispiele erleichtert. Eine neu eintreffende Information wird auf Grundlage dieser automatisch aktivierten Schemata verarbeitet. Die kognitiven Schemata legen fest, welche Information überhaupt registriert, wie sie kategorisiert und interpretiert wird. Nicht dem Schema entsprechende Information wird ausgeblendet und eventuell fehlende Informationen werden aus dem Schema ergänzt (Kortendiek et al., 2019, S. 206).

So kommt es, dass Ärzt*innen, aber auch Osteopath*innen (Anm. der Verf.) Beschwerden, welche zu dem von ihnen verinnerlichten Geschlechterklischee passen, besser aufnehmen als jene, die der verinnerlichten Geschlechterrolle widersprechen. Dadurch kommt eine qualitativ völlig unterschiedliche Information beim Behandler an (Verdonk et al., 2008).

Geschlechterstereotype können damit im medizinischen, folglich auch im osteopathischen Kontext (Anm. der Verf.), suboptimale Behandlungen und Fehlentscheidungen verursachen (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 190; Rieder & Lohff, 2008, S. 24; Verdonk et al., 2009). Während die von Frauen berichteten Beschwerden häufig unkontrollierbaren (psychischen) und unveränderbaren (biologischen) Ursachen

zugeschrieben werden, werden gleiche Beschwerden bei Männern kontrollierbaren Faktoren, wie ihrem eigenen Verhalten, zugeordnet (Verdonk et al., 2009). Nackenschmerzen, Psoriasis, aber auch Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich und Becken unterliegen einer Geschlechterverzerrung (Fryer et al., 2009; Rathbone et al., 2020; Samuelowitz et al., 2018).

Missverständnisse und Probleme in der Kommunikation treten bei Nichtbeachten von genderspezifischen Kommunikationsstilen zutage (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 190; Verdonk et al., 2009). Frauen beziehen sich im Beschreiben ihrer Beschwerden häufiger auf ihr soziales Umfeld, Männer mehr auf ihren Körper als technisches Gerät. Dadurch entsteht der Eindruck, dass Gesundheitsbeschwerden von Frauen eher psychisch oder sozial verursacht sind. Frauen werden aus diesem Grund auch als fordernder erlebt (Sieverding & Kendel, 2012; Verdonk et al., 2009), während bei Männern die Diagnose einer psychischen Erkrankung, wie Depression, häufig nicht gestellt wird (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 184; Sieverding & Kendel, 2012; Verdonk et al., 2009).

Doing Gender

Nicht nur das Geschlecht der Patient*in hat Einfluss auf den Ablauf einer Untersuchung oder Behandlung, auch das Geschlecht des/der Ärzt*in bzw. des/der Behandler*in wirkt sich auf die Konsultation aus (Hamberg et al., 2002; Rieder & Lohff, 2008, S. 22). Geschlechtlichkeit wird in der Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in ständig hergestellt (Schigl, 2019) - also auch in der Interaktion zwischen Osteopath*in und Patient*in (Anm. der Verf.) - was als Doing Gender bezeichnet wird (Hamberg, 2008).

Das „Doing“ wird über und in Interaktionen geformt, was nahezu unbewusst geschieht. Eine Interaktion entsteht, wenn anwesende Personen sich gegenseitig wahrnehmen und aufeinander reagieren (Kortendiek et al., 2019, S. 411). Vorannahmen über das Verhalten und über die Bedürfnisse von Frauen und Männern beeinflussen das Doing Gender im Alltag und in der medizinischen Versorgung (Hamberg, 2008; Kortendiek et al., 2019, S. 410; Schigl, 2019; Sieverding & Kendel, 2012).

Durch die Gender-Dyade im therapeutischen Setting entstehen daher geschlechtsgefärbte Dynamiken, welche die Art und den Ablauf der Untersuchung und Behandlung, sowie die therapeutische Beziehung beeinflussen (Proctor, 2008; Schigl, 2019). Die Gender-Dyade weiblicher Patient und Ärztin in einer Konsultation wird als am konfliktärmsten beschrieben, während das Zusammentreffen einer Ärztin mit einem männlichen Patienten als am herausforderndsten genannt wird. Die übrigen Genderzusammensetzungen werden zwischen diesen beiden Extremen bewertet (Hamberg et al., 2002).

Laut Berichten der Osteopathic International Alliance (OIA) sind von den weltweit osteopathisch betreuten Patienten 60% Frauen und 40% Männer (Osteopathic International Alliance, 2020). Da in Österreich keine Registrierungspflicht für Osteopath*innen besteht, gibt es keine offizielle Anzahl praktizierender Osteopath*innen. In einer von der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) durchgeführten Datenerhebungsstudie zur Arbeit von Osteopath*innen in Österreich (OPERA) wurde allerdings ein Geschlechterverhältnis von 70% Frauen zu 30 % Männern festgestellt (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2020). Daraus lässt sich schließen, dass ein „Doing Gender“ bereits zu Beginn der Behandlung besteht, in dem mehr Osteopathinnen auf weibliche Patienten treffen.

Aber auch die Schmerzpräsentation ist von der Gender-Dyade beeinflusst. Schopper et al. (2013) berufen sich auf eine Studie, in der Männer bei einer Untersucherin höhere Schmerztoleranzen und Schmerzschwellen haben als bei einem männlichen Untersucher. Die Einschätzung der Attraktivität des/der Behandler*in durch die Patient*in hat ebenso einen Einfluss auf die Schmerztoleranz (Samulowitz et al., 2018; Schopper et al., 2013).

Das Konstruieren von Geschlecht inkludiert die Präsentation von Beschwerden der Patient*in entsprechend der bestehenden Geschlechternormen, sowie die Interpretation des Gehörten und des Verhaltens der Patient*in entsprechend der eigenen geschlechtlichen Sozialisierung der Behandler*in. Identische Berichte von Patient*innen werden daher für Männer und Frauen vom medizinischen Personal unterschiedlich bewertet (Hamberg, 2008).

Die Vorannahme, dass Frauen mehr mit familiären Angelegenheiten befasst sind, hat zur Folge, dass Patientinnen eher nach der familiären Situation befragt werden als Patienten (Samulowitz et al., 2018).

Geschlechterrollen

Geschlechternormen oder Geschlechterrollen werden von einer Kultur, Gesellschaft oder Gemeinschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgegeben und repräsentieren Erwartungen und Standards, wie sich Mann oder Frau innerhalb einer gewissen Bandbreite verhält. Früh verinnerlicht, führen Geschlechternormen zu Geschlechterstereotypen (Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen, 2016a).

Geschlechterrollen werden als Hauptgrund für geschlechtsabhängige Unterschiede im Gesundheitsverhalten, bei Krankheitsrisiken und bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe angeführt (Sieverding & Kendel, 2012).

Einem traditionell männlichen Rollenbild wird ein erhöhtes Risikoverhalten, ein Vernachlässigen von Vorsorgeuntersuchungen, und eine Aversion eine Ärzt*in zu konsultieren nachgesagt, während dem traditionellen Frauenbild folgend, Frauen schon wegen Kleinigkeiten Ärzt*innen aufsuchen und Präventionsmaßnahmen häufiger annehmen (Sieverding & Kendel, 2012; Verdonk et al., 2009). Dieser Verhalten zeigt sich auch, indem Personen, welche eine osteopathische Behandlung in Anspruch nehmen, zu 60% weiblich und zu 40% männlich sind (Osteopathic International Alliance, 2020).

Geschlechternormen bestimmen das Wahrnehmen und Ausdrücken von Schmerzen und die Schmerzbehandlung (Samulowitz et al., 2018). Der traditionelle Mann wird dem Bild des stoischen Mannes gleichgesetzt, d.h. Schmerzen werden ertragen, beschwichtigt, verleugnet und als Ausdruck von Schwäche angesehen (Samulowitz et al., 2018). Die traditionelle Frau nimmt häufiger Schmerz wahr und spricht lieber darüber. Zudem ist es sozial mehr akzeptiert, dass Frauen über ihre Schmerzen berichten und klagen. In der Schmerzbehandlung allerdings werden den Frauen weniger, aber auch weniger effektive Schmerzmittel, jedoch mehr Antidepressiva verschrieben. Des Weiteren werden sie im Vergleich zu Männern häufiger zu einer Psychotherapie überwiesen (Samulowitz et al., 2018).

Schmerz spielt in der osteopathischen Behandlung häufig eine zentrale Rolle. Einerseits konsultieren viele Patient*innen einen/e Osteopath*in aufgrund von Rückenschmerzen (Osteopathic International Alliance, 2020), andererseits ist Schmerz im Rahmen von Schmerzprovokationstests richtungsweisend in der Befundung und wird als Richtlinie für die Intensität einer osteopathischen Technik herangezogen (Liem et al., 2010, S. 107). Unter Umständen kann das Wissen über den Einfluss der Geschlechternormen auf das Berichten von Schmerzen dem/ der Osteopath*in helfen, die von dem/der Patient*in angegebenen Schmerzen besser einzuschätzen.

Die Gesundheit des Individuums steht indirekt unter dem Einfluss von Geschlechterrollen, da sie die Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen, des Geschlechtsrollen-Selbstkonzepts und die gesundheitsrelevante Selbsteinschätzung beeinflussen (Sieverding & Kendel, 2012).

Das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept entwickelt sich in frühester Kindheit und beinhaltet Persönlichkeitseigenschaften, welche als typisch männlich oder typisch weiblich gelten. Bereits im Vorschulalter zeigen sich Unterschiede in den Eigenschaften, welche sich Jungen und Mädchen selbst zuschreiben. Diese unterschiedlichen Selbstzuschreibungen verfestigen sich im Laufe der Entwicklung zum Erwachsenen und zeigen sich im Verhalten (Hannover & Wolter, 2017).

Nach Sieverding und Kendel (2012) wird dem Geschlechterrollen-Selbstkonzept bei der Vorhersage von Stressreaktionen eine größere Bedeutung zugeschrieben als dem biologischen Geschlecht. In einer Studie zur Stress-Reaktivität fühlten sich Probanden mit einem männlichen Selbstkonzept im Vergleich zu jenen mit einem weiblichen, subjektiv weniger gestresst, obwohl sie objektiv mit einem deutlichen Anstieg des Blutdrucks reagierte. Derartige Fehleinschätzungen können in gesundheitsgefährdende Selbstüberforderungen im Berufsleben oder Sport resultieren. Im Anamnesegespräch besteht in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass Stress und Überforderung zu wenig Beachtung finden (Sieverding & Kendel, 2012; Sieverding & Weidner, 2005).

Manifestation von Geschlechterstereotypen durch die Sprache

Geschlechterstereotype können sich in der Sprache manifestieren. Einerseits stellt ein sexistischer Sprachgebrauch Unterschiede zwischen den Geschlechtern her und bestärkt damit Geschlechtsstereotype, andererseits verweist ein sexistischer Sprachgebrauch auf eine dahinterliegende sexistische Denkweise (Szekeres, 2005).

Zudem wurde bei einer Analyse von medizinischen Fachbüchern und Anatomiebüchern das Vorhandensein von Geschlechtsstereotypen und stereotypisierenden Abbildungen gefunden (Parker et al., 2017; Risberg et al., 2009). In medizinischen Fachbüchern wird der Mann als Norm präsentiert, während die Frau als Abweichung von der Norm dargestellt wird (Samulowitz et al., 2018).

Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass Osteopath*innen bereits in ihrer Ausbildung unterschwellig implizit stereotypes Wissen verinnerlichen, welches sich auf ihr Verhalten in der Behandlung auswirkt (Parker et al., 2016).

Sich mit den eigenen verinnerlichten Geschlechterstereotypen auseinanderzusetzen und diese zu reflektieren ist relevant, um mit dieser erhöhten Geschlechterkompetenz die Qualität einer osteopathischen Behandlung zu verbessern (Hamberg, 2008). Denn wie es im Leitfaden „Kommunikation im therapeutischen Alltag“ zu lesen ist, ist es wichtig:

Sich der eigenen Vorurteile bewusst zu werden und dem Gegenüber somit die Chance einzuräumen, als Individuum wahrgenommen zu werden und nicht bloß als Stereotyp – der Argentinier, die Frau, die Mutter, der Obdachlose, die Behinderte etc. Menschen sind mehr als die Summe ihrer Charakteristika und Rollen. (Lippka, 2015, S. 77)

2.3.2.3 Modell der Stereotypinhalte (Model of Stereotype Content)

Verdonk et al. (2008) stützten sich bei der Formulierung der Items für die Subskalen der Geschlechterstereotype auf das Modell der Stereotypinhalte (Fiske et al., 2002). Demnach interessieren sich Menschen „in interpersonellen und intergruppalen Situationen vor allem für die Ziele oder Absichten anderer, die sich auf das Selbst oder die Gruppe, der man angehört, auswirken könnten“ (Fiske et al., 2002, zitiert nach Steffens & Ebert, 2016, S. 21).

Während diese Absichten als positiv oder negativ (warm oder kalt) eingestuft werden können, ist auch die Kompetenz bzw. Fähigkeit diese Ziele zu erreichen, von Bedeutung. Demnach lassen sich Inhalte von Stereotypen durch Abstufungen in den Dimensionen Wärme und Kompetenz beschreiben (Kortendiek et al., 2019, S. 202). Es ergeben sich daraus vier Kompetenz/Wärme Kombinationen (viel Wärme, geringe Kompetenz; hohe Kompetenz, wenig Wärme; viel Wärme und hohe Kompetenz; wenig Wärme und geringe Kompetenz). Diese vier Gruppen lösen unterschiedliche Gefühle wie Mitleid, Eifersucht, Bewunderung und Verachtung aus. Demnach wird Frauen durchschnittlich ein hohes Maß an Wärme nachgesagt, während sie aufgrund ihres geringeren gesellschaftlichen Status als weniger kompetent angesehen werden. Männer hingegen werden durchschnittlich als sehr kompetent, aber wenig warm bewertet (Fiske et al., 2002).

Dieses Modell der Inhalte von Stereotypen spiegelt sich unter anderem in der Formulierung der Items „Osteopathen sind effizienter als Osteopathinnen“, „Männliche Patienten verstehen angeordnete Maßnahmen besser als weibliche“ oder „Osteopathinnen sind einfühlsamer als Osteopathen“ wider.

2.4 Gender Bias (Geschlechterverzerrungen)

Ein Bewusstsein zu haben über die Auswirkungen des Geschlechts auf die Epidemiologie, Prävalenz, der Symptomatik und dem Verlauf von Krankheiten, aber auch über die eigene Rolle als Mann und Frau und wie diese mit den Geschlechterrollen der Patient*innen interagiert, sowie ein Reflektieren der eigenen, verinnerlichten Geschlechterstereotypen ist eine Dimension der Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung und reduziert das Auftreten von sogenannten Geschlechterverzerrungen oder Gender Bias (Chilet-Rosell & Hernández-Aguado, 2021; Gadebusch Bondio & Katsari, 2014; Morais et al., 2020; Risberg et al., 2009; Verdonk et al., 2008).

Ein unbeabsichtigtes, aber systematisch auftretendes Vernachlässigen von entweder Männern oder Frauen in der medizinischen Forschung, klinischen Praxis und medizinischen Lehre wird als Gender Bias in der Medizin zusammengefasst (Hamberg, 2008).

Die allgemeine Ursache von Gender Bias basiert auf der Annahme der Gleichstellung und Gleichberechtigung der Geschlechter, obwohl echte Unterschiede in der Biologie, bei Krankheiten und Lebensbedingungen vorhanden sind oder wenn Unterschiede zwischen Männern und Frauen angenommen werden, obwohl gar keine bestehen (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 55; Risberg et al., 2009; Verdonk et al., 2009).

Es gibt verschiedene Formen der Gender Bias:

1. Geschlechterblindheit
2. Male Bias
3. Doppelter Bewertungsmaßstab
4. Überbetonung von Geschlechtsunterschieden und ein gleichzeitiges Vernachlässigen von Überschneidungen (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 55).

2.4.1 Geschlechterblindheit

Das biomedizinische Gesundheitsmodell propagiert einen neutralen Zugang zum Geschlecht. Jeder Patient ist gleich und soll mit gleichem Respekt behandelt werden. Unterschiede bezüglich Alter, Geschlecht oder kulturellen Background zu machen, wird als nicht relevant angesehen (Çelik, 2009; Samulowitz et al., 2018).

Geschlechterblindheit bedeutet ein Nichtberücksichtigen des Geschlechts, obwohl es notwendig wäre. Zu beobachten ist dieses Phänomen vor allem in der Tatsache, dass Gesundheitsprobleme von Frauen mit Ausnahme jener, im Bereich der Gynäkologie, häufig übersehen werden (Verdonk et al., 2009). In der klinischen Forschung werden Frauen bei Studien ausgeschlossen, da der wechselnde Hormonstatus sich auf die Daten auswirken könnte bzw. aus Sorge vor einer eintretenden Schwangerschaft mit negativen Auswirkungen auf den Embryo (Schopper et al., 2013).

Bei manchen Erkrankungen wird von einer höheren Inzidenz bei Männern ausgegangen, doch sind diese nur an Männern erforscht worden. Geschlechterblindheit führt zu einem Generalisieren der Forschungsergebnisse auf beide Geschlechter. Echte Unterschiede bzw. Gleichheiten treten demnach nicht klar in Erscheinung. Dies zeigt sich auch in einer ungenügend erforschten Wirkung von Medikamenten bei Frauen (Hamberg, 2008; Ruiz & Verbrugge, 1997; Verdonk et al., 2009).

Aber nicht nur Frauen sind durch Gender Bias benachteiligt. Bei Erkrankungen, welche Frauen zugeschrieben werden, wie zum Beispiel die Depression, Migräne oder Osteoporose werden Männer nicht adäquat behandelt bzw. wird die Erkrankung gerne bei männlichen Patienten übersehen (Haas & Moore, 2007; Hamberg, 2008; Kautzky-Willer, 2015). Für den/die Osteopath*in ist dieser Aspekt nicht unwesentlich, z.B. in der Entscheidung bezüglich des Bestehens einer Kontraindikation für HVLA-Techniken bei Männern (Anmerkung der Verf.).

Hamberg (2008) führt das nicht Berücksichtigen des Geschlechts bei einer Erkrankung unter anderem auf die Art und Weise der Gestaltung von Gesundheitsinformationsmaterial zurück. Bei Werbungen und Informationsbroschüren für Ärzt*innen und Patient*innen zu Migräne werden in erster Linie Frauen portraitiert, was die Vorannahme verstärkt, dass Migräne eine Erkrankung von Frauen ist. Folder, welche über Herzinfarkttrisiko und Symptome eines Herzinfarktes aufklären, stellen meist Männer auf den Abbildungen dar (Hamberg, 2008).

2.4.2 Male Bias oder Androzentrismus

Der Androzentrismus ist eine Anschauung, die den Mann ins Zentrum des Denkens stellt und zu sogenannten Male Bias in der Medizin führen kann (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 55; Verdonk et al., 2009). Dabei wird der Mann hierarchisch über die Frau gestellt, Probleme und Sichtweisen der Männer werden als zentral angesehen und als wichtiger bewertet.

Der Frage, ob Erkrankungen einer gewissen Hierarchie im Ansehen unterliegen, sind Album und Westin (2008) nachgegangen, mit dem Ergebnis, dass bei Erkrankungen, wo Frauen eine höhere Prävalenz aufweisen, wie zum Beispiel bei der Fibromyalgie, diese als weniger bedeutend gewertet werden. Weiters hatten Erkrankungen, welchen nicht einer spezifischen Genese zuzuordnen waren, nicht akut, sondern langsam progredient in Erscheinung traten, sowie lange andauerten, ebenfalls ein schlechteres Ansehen (Album & Westin, 2008; Verdonk et al., 2009).

Wird der Mann als Standard oder Norm angenommen, werden weibliche Symptome bei Erkrankungen, welche beide Geschlechter betreffen, als Abweichung von der Norm oder als „atypisch“ beschrieben (Samulowitz et al., 2018; Verdonk et al., 2009). Häufig werden diese „weiblichen“ Zeichen der Erkrankung nicht adäquat verstanden und die Erkrankung übersehen (Stenberg et al., 2012).

Eine androzentrische Sicht beeinflusst darüber hinaus, welche Themen und Bereiche in der medizinischen Forschung und in der Krankenversorgung priorisiert werden. Auch die

Wahl der Methodologie in der Forschung, welche Schlussfolgerungen gezogen und Theorien abgeleitet werden, stehen unter dem Einfluss von Male Bias. So kommt es, dass das Wissen über traditionell männliche Erkrankungen deutlich höher ist, als das Wissen über traditionell weibliche Erkrankungen (Verdonk et al., 2009).

Ein weiterer Male Bias ist in den Anatomiebüchern zu finden, wo der männliche Körper als Norm dargestellt wird und Frauen, mit Ausnahme bei Abbildungen betreffend der weiblichen Geschlechtsorgane, deutlich unterrepräsentiert sind (Parker et al., 2017). Es besteht zudem Evidenz, dass durch diese geschlechtsverzerrten Abbildungen die impliziten, also unbewusst aktivierten Haltungen der Studenten verstärkt werden, jedoch die expliziten Einstellungen zum Geschlecht unbeeinflusst bleiben (Parker, 2016).

Zudem ist noch anzuführen, dass aufgrund von Male Bias Lebensabschnitte von Frauen wie die Menopause oder normale weibliche Körperfunktionen, wie die Geburt, pathologisiert und als behandlungsbedürftig angesehen werden. Demnach ist die Menopause eine Mangelkrankung und soll mit einer Hormonersatztherapie behandelt werden. Auch die zu häufig eingesetzten technischen Hilfsmittel bei der Geburtshilfe werden in diesem Zusammenhang kritisiert (Verdonk et al., 2009).

2.4.3 Doppelter Bewertungsmaßstab

Wird Gleiches unterschiedlich bewertet, kommen Geschlechterstereotypen von Seiten der Gesundheitsdienstleister zur Anwendung (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 55). Dichotome Stereotype über Männer und Frauen werden als wahr gewertet und führen zu einer nicht evidenzbasierten unterschiedlichen Behandlung (Hamberg, 2008; Risberg et al., 2009).

In einer in Schweden durchgeführten Studie zu Geschlechterunterschieden in der Diagnose und Behandlung von Nackenschmerzen konnte die Annahme, dass sich geschlechtsspezifische Erwartungen von Ärzt*innen auf die Versorgung von Patient*innen auswirkt, bestätigt werden. So bekamen weibliche Patientinnen im Vergleich zu männlichen häufiger eine unspezifische Diagnose wie Myalgie, wurden vermehrt zu ihrer psychosozialen Situation befragt, bekamen eher Schmerzmittel und Antidepressiva verordnet und wurden häufiger zur Physiotherapie oder weiteren Abklärung zu Orthopäden geschickt. Männer hingegen bekamen spezifischere Diagnosen gestellt und es wurden mehr Labortests bei ihnen durchgeführt (Hamberg et al., 2002).

Angeführt sei auch eine persönliche Erfahrung der Autorin dieser Arbeit. Eine Kollegin erwähnte ihr gegenüber, keine cranialen Techniken bei Männern anzuwenden, da Männer weniger sensibel seien und eine derartige Behandlung nicht spüren würden.

Die Ungleichstellung der Geschlechter im Gesundheitswesen wird als ernsthafte Barriere für Männer und Frauen dargestellt, um ihr volles Gesundheitspotenzial auszuschöpfen (Verdonk et al., 2009). Unbewusste Gender Bias auf Grundlage von Geschlechterstereotypen und Sexismus, beeinträchtigt die Patientenversorgung (Alcalde-Rubio et al., 2020).

Die UNO definiert die Gleichstellung der Geschlechter wie folgt:

Equality does not mean that women and men will become the same but that women's and men's rights, responsibilities and opportunities will not depend on whether they are born male or female. Gender equality implies that the interests, needs and priorities of both women and men are taken into consideration, recognizing the diversity of different groups of women and men. Gender equality is not a women's issue but should concern and fully engage men as well as women. Equality between women and men is seen both as a human rights issue and as a precondition for, and indicator of, sustainable people-centered development. (United Nations Women, 2010b)

Gendermainstreaming ist eine global anerkannte Strategie zur Erreichung der Gleichstellung der Geschlechter. Es geht darum, Gender Perspektiven und die Aufmerksamkeit in Richtung Geschlechtergleichstellung zentral in allen Aktivitäten, wie in der Politik, Forschung, Rechtsprechung, Gesetzgebung, in der Planung, Implementierung und dem Monitoring von Programmen und Projekten zu berücksichtigen (United Nations Women, 2010a).

Häufig fehlt das Bewusstsein über Gender Bias bei Gesundheitsdienstleister*innen und Patient*innen in der Therapie und Diagnostik (Schopper et al., 2013). In einer 2019 erschienenen Studie wurden Gender Bias bei 700 verschiedenen Gesundheitsproblemen konstatiert (Westergaard et al., 2019). Für eine individuelle Versorgung und patientenzentrierte Behandlung von Patient*innen ist es daher unumgänglich, das Auftreten von Gender Bias in der klinischen Arbeit, aber auch in der Forschung, zu analysieren und zu reflektieren. Auch das in der Ausbildung zur Osteopathie vermittelte Wissen und die dabei eingesetzten Fach- und Lehrbücher sind gezielt auf Geschlechterverzerrungen zu untersuchen. So können Geschlechteraspekte angemessen in einer osteopathischen Behandlung berücksichtigt werden.

2.4.4 Überbetonung von Geschlechtsunterschieden

Wird die Aufmerksamkeit nur auf den Unterschied zwischen den Geschlechtern gelegt und die gemeinsame Basis der Geschlechter oder Überschneidungen nicht

berücksichtigt, kommt es unter Umständen zu einer Überbetonung der Unterschiede zwischen Männern und Frauen, während der Unterschied innerhalb der eigenen Gruppe größer sein könnte. Anders ausgedrückt, wird der Unterschied zwischen Männern und Frauen künstlich aufrecht erhalten (Gadebusch Bondio & Katsari, 2014, S. 56). Frauen wird zum Beispiel nachgesagt, dass sie ihre Beschwerden häufiger im Zusammenhang mit ihrem sozialen Kontext berichten, während Männer ihren Körper gerne, als wäre er eine Maschine präsentieren. Als Folge wird bei Frauen dem sozialen Anteil bei der Erzählung mehr Bedeutung gegeben, als dem sozialen Einfluss auf die Erkrankung, während die psychischen Einflussfaktoren beim Mann häufig übersehen werden (Gattino et al., 2020).

2.5 Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)

Während im Kapitel der Methodologie eine genaue Beschreibung der N-GAMS und seiner Prüfung auf Validität und Reliabilität folgt, soll im theoretischen Rahmen noch auf den aktuellen Forschungsstand mit der N-GAMS eingegangen bzw. deren Entwicklung beleuchtet werden. Damit wird die Relevanz für die vorliegende Studie unterstrichen.

2.5.1 Aktueller Forschungsstand mit der N-GAMS

Die Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS) wurde von Verdonk et al. (2008) entwickelt und hat das primäre Ziel, Kurse, welche das Geschlechterbewusstsein (Gender Awareness) von Medizinstudent*innen verbessert, zu evaluieren.

Inzwischen gilt die N-GAMS als standardisierter Fragebogen zur Evaluierung des Geschlechterbewusstseins (Berger, 2021). Sie wurde in verschiedene Sprachen übersetzt (Akşehirli Seyfeli et al., 2019; Bert et al., 2022; Landerer, 2010; Morais et al., 2020; Rrustemi et al., 2020) und mannigfaltig eingesetzt.

Verdonk et al. (2008) operationalisierten das Geschlechterbewusstsein mit 3 Faktoren: der Geschlechtersensibilität (Gender Sensitivity), den Stereotypen gegenüber Ärzt*innen (Gender Role Ideology Towards Doctors) und Stereotypen gegenüber Patient*innen (Gender Role Ideology Towards Patients). Dieses drei-armige Modell wurde von Morais et al. (2020) auf Gültigkeit überprüft und ist einem Modell, in dem das Geschlechterbewusstsein als alleinstehender Faktor untersucht wird, vorzuziehen.

In Europa (Deutschland, Italien, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz,) kam die N-GAMS vordergründig bei Medizinstudent*innen zum Einsatz, um

deren Geschlechterbewusstsein zu ergründen und die Notwendigkeit der Implikation von Fortbildungen im Bereich der Gender Medizin zu eruieren (Andersson et al., 2012; Bert et al., 2022; Landerer, 2010; Rustemi et al., 2020; Steinböck et al., 2015; Tober, 2015). Landerer (2010) stellte einen Vergleich der Gender Awareness zwischen Medizinstudent*innen und Psychologiestudent*innen her. Die Medizinstudent*innen erzielten signifikant höhere Werte auf der GS- und der GRI-P-Skala als Psychologiestudent*innen (Landerer, 2010).

Kulturelle Unterschiede bei der Gender Awareness zwischen Schweden und den Niederlanden wurde von Andersson et al. (2012) untersucht. Niederländische Proband*innen erzielten signifikant höhere Werte auf der GS-Skala und den GRI-Skalen im Vergleich zu den schwedischen Studienteilnehmer*innen (Andersson et al., 2012).

Zudem wurde die Gender Awareness mit anderen Faktoren wie Sexismus und Empathie (Morais et al., 2020) oder Patientenzentriertheit (Verdonk et al., 2008) in Relation gesetzt.

Insgesamt erzielten die Medizinstudent*innen in allen genannten europäischen Ländern moderate bis hohe Ergebnisse auf dem Gebiet der Geschlechtersensibilität, wobei nur bei älteren Untersuchungen eine positive Korrelation mit dem Alter gefunden wurde. Je älter die Medizinstudent*innen waren, desto größer war das Bewusstsein über geschlechterspezifische Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit (Andersson et al., 2012; Landerer, 2010; Tober, 2015). In der Schweiz und in Portugal wurde ein positiver Zusammenhang zwischen dem Fortschritt in der Ausbildung (Berufserfahrung) und höheren Scores bei der Geschlechtersensibilität gefunden (Morais et al., 2020; Rustemi et al., 2020). Allein in Italien konnte ein Einfluss des Geschlechts auf die Geschlechtersensibilität gefunden werden, wo Frauen höhere Werte in der Geschlechtersensibilitätsskala erzielten (Bert et al., 2022). In den Niederlanden wurde eine Auswirkung der angeborenen Nationalität des Vaters auf Geschlechtersensibilität ans Licht gebracht (Verdonk et al., 2008).

Während Verdonk et al. (2008) keine Korrelation zwischen Geschlechtersensibilität und den Geschlechterstereotypen feststellen konnte, wurde von Morais et al. (2020) ein schwach negativer Zusammenhang zwischen der Geschlechtersensibilität und den Geschlechterstereotypen gegenüber Ärzt*innen gefunden, d.h. je höher die GS bei den Student*innen war, desto geringere Werte wurden in der GRI-D erzielt. Dieses Verhältnis wurde auch in Relation zu einem feindseligen Sexismus bemerkt. Zudem wurde eine positive Korrelation zwischen Geschlechtersensibilität und Empathie bzw. Patientenzentriertheit gefunden (Morais et al., 2020; Verdonk et al., 2008).

Geschlechtsunterschiede waren am häufigsten bezüglich Geschlechtsstereotypen festzustellen, wobei tendenziell höhere Werte von den männlichen Studenten erzielt wurden (Andersson et al., 2012; Bert et al., 2022; Morais et al., 2020; Rrustemi et al., 2020; Steinböck et al., 2015; Verdonk et al., 2008). Interessanterweise wurden vor allem in der Subskala GRI-P höhere Scores gefunden, was vermuten lässt, dass von Medizinstudent*innen der Faktor Geschlecht eher den Patient*innen zugeschrieben wird, während das eigene Geschlecht des/der Behandler*in unberücksichtigt bleibt (Risberg et al., 2009; Steinböck et al., 2015; Verdonk et al., 2008).

Von Andersson et al. (2012) wurde weiters ein Zusammenhang der GRI-P Skala mit dem Bildungsstatus der Mutter hergestellt, wonach Student*innen, deren Mütter einen höheren Ausbildungsstatus hatten, geringere Werte in der Subskala der GRI-P erreichten. Morais et al. (2020) fanden eine moderat positive Korrelation zwischen den GRI-Skalen und Sexismus bzw. eine schwach negative Korrelation zwischen den GRI-Skalen und Empathie. Auch der Fortschritt im Studium wirkte sich auf eine Reduktion der Werte in den GRI-Skalen aus (Morais et al., 2020).

Mit zunehmendem Alter sanken die Werte auf den GRI-Skalen in der Schweiz (Rrustemi et al., 2020).

Bert et al. (2022) bemerkten, dass ein höheres Wissen im Bereich der Gender Medizin bzw. Vorlesungen mit Tutoren, welche den Faktor Geschlecht in ihrer Vorlesung mitberücksichtigten, bei den Medizinstudent*innen zu einer verbesserten Geschlechtersensibilität, jedoch auch zum vermehrten Auftreten von Geschlechterstereotypen führte.

Schließlich verwendete Chung et al. (2013) eine modifizierte N-GAMS, um die Auswirkung des Geschlechterbewusstseins auf die Wahl des klinischen Faches bei der Facharztausbildung zu ermitteln.

Durch eine Studie, die sich mit der Überprüfung der Reliabilität und Validität des ins Türkisch übersetzten N-GAMS beschäftigt, sind in Zukunft auch Untersuchungen über das Geschlechterbewusstsein im türkischen Sprachraum zu erwarten (Akşehirli Seyfeli et al., 2019).

2.5.2 Die Entwicklung der N-GAMS

Die Grundlage für die N-GAMS wurde von Salgado et al. (2002) mit der Entwicklung des Gender Awareness Inventory-Veterans Affairs Fragebogens (GAI-VA) gelegt. Der GAI-VA diente der Messung des Geschlechterbewusstseins für Berufsgruppen, welche mit weiblichen Veteranen als Patientinnen arbeiteten. Die von Verdonk et al. (2008)

entwickelte N-GAMS war eine Überarbeitung und Erweiterung des GAI-VA, um Items, die die Geschlechterstereotype gegenüber Ärzt*innen und Patient*innen operationalisierten. Die Items wurden, basierend auf einer Literaturrecherche über Gender Bias im Gesundheitswesen und dem Stereotype Content Model (Fiske et al., 2002), verfasst. Die daraus resultierende Skala wurde bei einer Arbeitsgruppe (über Gender Specific Health Care) von Student*innen getestet. Daraus entstand ein Fragebogen mit 82 Items, welcher auf Reliabilität und Validität überprüft wurde und in die finale Version der N-GAMS mit 32 Items mündete (Verdonk et al., 2008).

Wichtige inhaltliche Eckpunkte waren ein ausgeglichenes Verhältnis bei der Anzahl der Items bezüglich männlicher und weiblicher Patienten, aber auch Ärztinnen und Ärzten, und das Einbeziehen positiv wie negativ formulierter Stereotypen. Weiters wurden Statements über Gender-Dyaden aufgelistet, Erkenntnisse über Geschlechterrollenaspekte und die Tatsache, dass der Anspruch der Medizin auf Geschlechtsneutralität Gender Bias produziert, eingearbeitet (Verdonk et al., 2008) Der genaue Wortlaut der Items ist im Fragebogen (Anhang A) nachzulesen.

Im Rahmen einer Diplomarbeit von Landerer (2010) erfolgte die Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche, die Reliabilität und Validität wurden überprüft.

Landerer (2010) überprüfte die Konstruktvalidität der deutschen Version der N-GAMS durch Berechnung der Korrelationen zwischen der GA-Gesamtskala und der GS-Skala ($r = -0,461$; $p < 0,05$) bzw. GRI-P-Skala ($r = 0,815$, $p < 0,05$) und GRI-D-Skala ($r = 0,758$, $p < 0,05$). Der Zusammenhang zwischen den beiden GRI-Skalen betrug $r = 0,635$ ($p < 0,05$). Die Inhaltsvalidität wird von ihr als gegeben angenommen, da die Formulierung der Items das Erfassen der drei theoretischen Komponenten der Gender Awareness zum Ziel hatte und die Items dabei von einem interdisziplinären Team (Mediziner*innen, Psycholog*innen und Medizinstudent*innen) in mehreren Arbeitsschritten entwickelt wurden. Die interne und externe Validität konnte in ihrer Arbeit nicht realisiert werden. Die Hauptgütekriterien werden für die deutsche Version der N-GAMS in Summe als akzeptabel bewertet (Landerer, 2010).

Zur Testung der Reliabilität wurde Cronbachs Alpha bestimmt. Dieses hatte für die GS-Skala einen Wert von $\alpha = 0,771$ (10 Items), für die GRI-P Skala ein $\alpha = 0,862$ (10 Items) und für die GRI-D Skala ein $\alpha = 0,852$ (8 Items). Die korrigierten Trennschärfen der GS-Skala und GRI-D Skala erzielten eine Wert von $> 0,5$ (mit Ausnahme von Item GS Q9 mit einer Trennschärfe von $0,271$), bei der GRI-P Skala wurden Trennschärfen $> 0,4$ ermittelt (Landerer, 2010).

Der Fragebogen wurde an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg bei Medizinstudent*innen und Psychologiestudent*innen angewandt (Landerer, 2010). Die Ergebnisse ihrer Arbeit sind auf Seite 27-29 angeführt.

3. FORSCHUNGSFRAGEN

Da die Osteopathie eine patientenzentrierte Therapieform darstellt, spielt die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in im therapeutischen Setting eine wesentliche Rolle. Geschlechterstereotype können diese Beziehung unbewusst beeinflussen und zu einer nicht biologisch begründeten Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten führen. Eine Gender Awareness bei Osteopath*innen stellt sicher, dass der/die Behandler*in ein Bewusstsein über den Einfluss des Geschlechts auf die Therapie hat und ein geringes geschlechterstereotypes Denken aufweist (vgl. 2.3 Gender Awareness, Seite 12).

Daraus leiten sich folgende Forschungsfragen ab:

- 1. Gibt es bei den in Österreich praktizierenden Osteopath*innen einen Zusammenhang zwischen einer Geschlechtersensibilität und dem geschlechterstereotypen Denken? (hohe Scores in der Subskala GS führen zu niedrigen Werten in der Subskala GRI-P und GRI-D)**
- 2. Gibt es einen Unterschied in der Geschlechtersensibilität und im Geschlechterrollendenken (gegenüber Patient*innen und Therapeut*innen) zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen, welche in Österreich praktizieren?**
- 3. Haben sozioökonomische Faktoren wie Alter, Berufserfahrung, Familien- und Beziehungsstatus, Geschwisterposition, Ausbildungsstatus der Eltern und Vorkenntnisse in der Gender Medizin auf das Geschlechterbewusstsein der Osteopath*innen Österreichs einen Einfluss?**
- 4. Besteht ein Unterschied in der Gender Awareness zwischen österreichischen Osteopath*innen und Medizinstudent*innen der MedUni Wien?**

4. METHODOLOGIE

4.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte von September 2021 bis November 2022 in folgenden Datenbanken:

1. Google Scholar (<http://scholar.google.at>)
2. Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>)
3. Osteopathic Research Web (<http://www.osteopathic-research.com>)
4. Universitätsbibliothek der Donau Universität Krems (<http://www.donau-uni.ac.at/bibliothek>)

Folgende Suchbegriffe in deutscher und englischer Sprache wurden angewandt: gender*, Gender Medizin, Geschlechterbewusstsein, gender awareness, Geschlechtersensibilität, gender sensitivity, gender role ideology, gender norms, Geschlechterstereotypen, gender bias, Geschlechterverzerrung, N-GAMS.

Die Suchbegriffe wurden einzeln verwendet und/oder mittels Operator AND verknüpft mit Osteopathie, osteopathic treatment, physiotherapy, health care professionals.

Es wurde nach deutsch- und englischsprachiger Literatur gesucht.

Zudem wurde nach der Schneeballmethode das Literaturverzeichnis der verwendeten Literatur auf relevante Artikel untersucht.

4.2 Forschungsdesign

Bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie handelt es sich um ein deskriptives Querschnittsdesign, in dem der Ist-Zustand der Gender Awareness bei den österreichischen Osteopathen und Osteopathinnen zum Erhebungszeitpunkt evaluiert werden soll.

4.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen waren alle zum Zeitpunkt der Erhebung (Mitte März 2022 - Ende Mai 2022) in Österreich wohnenden und arbeitenden Osteopath*innen, welche eine Osteopathie Basisausbildung von 1500 Stunden vorweisen konnten, die klinische Abschlussprüfung bereits absolviert hatten und sich dem männlichen oder weiblichen Geschlecht zuordneten.

Nicht an der Studie teilnehmen konnten Osteopath*innen, welche im Erhebungszeitraum Mitte März 2022 – Ende Mai 2022 nicht in Österreich wohnten und arbeiteten, deren osteopathische Basisausbildung weniger als 1500 Stunden betrug, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine klinische Abschlussprüfung absolviert hatten und sich in der Geschlechtsidentität als divers einstufen.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden mit Fragen im ersten Teil des Fragebogens kontrolliert (vgl. Anhang A).

4.4 Berechnung der Fallzahl

Ausgehend von einer Grundgesamtheit von 1221 Osteopath*innen Österreichs (dabei handelt es sich um eine geschätzte Anzahl an Osteopath*innen welche den Link des Fragebogens erhalten haben (vgl. 6.1.1 Stichprobe, Seite 61), wurden mittels Online Fallzahlrechner mit einem Konfidenzniveau von 95% 293 Fragebögen als aussagekräftige Stichprobengröße berechnet (DATAtab Team, 2022).

4.5 Akquirieren der Studienteilnehmer und Ablauf der Befragung

Alle Studienteilnehmer*innen erhielten im Zeitraum von 11.März bis Ende Mai 2022 eine Kombination aus den soziodemographischen Fragen und der N-GAMS als Link bei LimeSurvey per E-Mail geschickt. Sowohl die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO), als auch die Wiener Schule für Osteopathie (WSO) erklärten sich bereit, diesen Link an ihre Absolvent*innen und Mitglieder per E-Mail zu versenden. Außerdem postete die Autorin den Link zum Fragebogen auch in, von Osteopath*innen erstellten, Facebookgruppen. Zwei Wochen später wurde eine Erinnerung durch die OEGO verschickt und der Link wiederholt in den Facebookgruppen gepostet. Die WSO sandte die

Erinnerung vier Wochen später aus. Die genauen Inhalte der Begleitschreiben und Erinnerungsschreiben sind im Anhang B einzusehen.

4.6 Forschungsinstrument

Als Erhebungsinstrument dienten ein aus zwei Teilen bestehender Fragebogen. Der erste Teil ist ein von der Autorin dieser Arbeit erstellter Fragebogen zum Ermitteln der soziodemographischen Variablen der Osteopath*innen Österreichs und zum Abfragen der Ein- und Ausschlusskriterien (Frage eins bis drei und fünf). Der zweite Teil besteht aus der deutschen Version, der von Verdonk et al. (2008) entwickelten Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS) zur Messung des Geschlechterbewusstseins (vgl. Anhang A).

4.6.1 Soziodemographische Fragen

Das Erstellen der soziodemographischen Fragen erfolgte in Anlehnung an die bereits von Verdonk et al. (2008), Tober (2015) und Landerer (2010) eingesetzten soziodemographischen Fragen. In 19 Items werden Persönlichkeitsmerkmale wie Alter, Geschlecht und der Familien- und Beziehungsstatus erhoben, sowie nach den aktuellen Lebensumständen gefragt. Zudem werden für das Evaluieren der Ein- und Ausschlusskriterien Fragen nach dem Berufs- und Wohnsitz, dem Ausmaß der Ausbildungsstunden in der Osteopathie Ausbildung dem Jahr der absolvierten Abschlussprüfung und dem Geschlecht gestellt. Der komplett zur Anwendung gekommene Fragebogen ist im Anhang A ersichtlich.

4.6.2 Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale – deutsche Version

Die Originalversion der N-GAMS mit 32 Items wurde von Andersson et al. (2012) um ein Item in der GRI-D Skala erweitert. Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Freiburg wurde diese adaptierte N-GAMS ins Deutsche übersetzt (Landerer, 2010). Steinböck et al. (2015) schlossen das erste Item der Geschlechtersensibilität bei ihrer Untersuchung des Gender Awareness bei Medizinstudent*innen der MedUni Wien aus Gründen einer geringen Trennschärfe und Rückmeldungen der Testpersonen, dass sie die Aussage nicht verstanden hätten, aus. Dieser Fragebogen wurde von den Autorinnen auf Validität und Reliabilität geprüft und wird in dieser Studie aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse verwendet. Die Fragen wurden an den Bedürfnissen der

Osteopath*innen angepasst, wie z.B. durch ein Austauschen des Begriffs Arzt/Ärztin in Osteopath/Osteopathin.

Die verwendete adaptierte N-GAMS umfasst 32 Items in deutscher Sprache. Die Subskala Geschlechtersensibilität (Gender Sensitivity - GS) besteht aus dreizehn Items, die Subskala Geschlechterstereotype gegenüber Patient*innen (Gender-Role Ideology towards patients – GRI-P) umfasst elf Items und die Subskala Geschlechterstereotype gegenüber Osteopath*innen (Gender-Role-Ideology towards doctors – GRI-D) acht Items. Die Beantwortung der Items durch die Studienteilnehmer erfolgt anhand einer fünfstufigen Likert-Skala, mit den Antwortmöglichkeiten von „stimme ganz und gar nicht zu“, „stimme überwiegend nicht zu“, „stimme teils zu/teils nicht“, „stimme überwiegend zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ (vgl. Anhang A). Das Beantworten des Fragebogens erfolgte online mittels LimeSurvey und anonym.

4.6.2.1 Subskala Geschlechtersensibilität (GS)

Die Subskala Geschlechtersensibilität (Gender Sensitivity, GS) besteht in dieser Arbeit aus den Items GSQ2 - GSQ13. Erfragt wird, ob ein Bewusstsein darüber besteht, welchen Einfluss der Faktor Geschlecht auf eine osteopathische Sitzung haben kann, dass ein Nivellieren des Geschlechts und ein alleiniges Berücksichtigen von biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen zu Genderbias in der Diagnose und Behandlung führt (vgl. 2.4 Gender Bias, Seite 22) und dass jegliche Interaktion zwischen Therapeut*in und Patient*in, wie das Gespräch, das Präsentieren der Symptome, das Untersuchungsverhalten, durch die bestehende Gender-Dyade gefärbt ist (Hochleitner et al., 2012, S. 12; Rieder & Lohff, 2008, S. 23; Samulowitz et al., 2018; Schigl, 2019). Ein geschlechtersensibles Behandeln hat zum Ziel das Geschlecht zu berücksichtigen, wenn es relevant ist (Verdonk et al., 2009), und beinhaltet die Reflexion der eigenen Rolle als Mann und Frau, um weitestmöglich Geschlechtsstereotypisierungen zu vermeiden (Rieder & Lohff, 2008, S. 24). Der Wortlaut der Items der GS-Skala sind im Anhang A nachzulesen.

Ein hoher Wert in der GS-Skala weist auf ein bestehendes Bewusstsein über den Einfluss biologischer und psychosozialer Geschlechtsunterschiede in der Behandlung von Patient*innen hin und dass der/die Befragte in der Lage ist, auf derartige Unterschiede zu reagieren und diese zu berücksichtigen (Verdonk et al., 2008).

4.6.2.2 Subskalen Geschlechterstereotype (GRI-P, GRI-D)

Die Subskalen Geschlechterstereotype (Gender-Role-Ideology towards patients/doctors – GRI-P; GRI-D) umfassen in dieser Studie 19 Items. Die Antworten dieser Subskalen repräsentieren die Einstellungen der Studienteilnehmer*innen gegenüber Patient*innen und Osteopath*innen. Eine Abfolge stereotyper Aussagen gegenüber männlichen und weiblichen Patienten sind dabei in der GRI-P-Skala und gegenüber männlichen und weiblichen Osteopathen in der GRI-D-Skala zu bewerten (vgl. Anhang A – Fragebogen).

Ein hoher Score in diesen beiden Skalen bedeutet, dass der/die Befragte einem stereotypen Denken häufig zustimmt. Eine Person, welche in klassischen Rollenbildern denkt, wird daher in der GRI-P und GRI-D-Skala hohe Werte aufweisen.

4.7 Datenverarbeitung und Auswertung

4.7.1 statistische Testverfahren

Zur Überprüfung der Reliabilität des Erhebungsfragebogens wird die Berechnung des Cronbachs Alpha und der korrigierten Trennschärfe herangezogen. Die Struktur des Fragebogens wird mit der konfirmatorischen Faktorenanalyse getestet.

Die Werte des Cronbachs Alpha sagen aus, wie stark die einzelnen Fragen des Fragebogens miteinander korrelieren oder anders gesagt, ob die verschiedenen Items einen gemeinsamen Faktor messen. Ein Wert von $\alpha = 0,7 - 0,8$ wird als akzeptabel bewertet, $\alpha = 0,8 - 0,9$ wird als gut interpretiert und Werte von $\alpha > 0,9$ als exzellent (Flandorfer, 2022).

Mit der korrigierten Trennschärfe wird die Korrelation der einzelnen Items mit den Skalen berechnet. Ist die Trennschärfe niedrig, so zielt die Frage nicht gut auf das zu untersuchende Merkmal ab. Der Mindesttrennschärfenwert wird mit 0,3 festgelegt. Werte zwischen 0,3 und 0,5 werden als mittlere Trennschärfe klassifiziert, Werte $> 0,5$ gelten als hohe Trennschärfe (Bortz & Döring, 2006, S. 213).

Die konfirmatorische Faktorenanalyse (cFA) überprüft, ob die Daten zur theoretisch erwarteten, 3 Faktoren-Struktur laut Verdonk et al. (2008) passen. Dabei kommt das Berechnungsverfahren Maximum Likelihood zur Anwendung. In Anlehnung an das Vorgehen von Landerer (2010) wird zur Interpretation des Faktorenmodells die Oblimin Rotation gewählt, Faktorladungen von $< 0,3$ sollen bei der Berechnung der cFA unterdrückt

werden. Zur Überprüfung der Güte wird das Chi Quadrat von IBM SPSS Statistics vorgeschlagen und in dieser Arbeit verwendet.

Die Daten der Online-Erhebung wird mit Hilfe verschiedener statistischer Testverfahren (ANOVA, t-Test für unabhängige Stichproben, Pearson Korrelation, Mann-Whitney-Test) analysiert. Die Varianzhomogenität als Voraussetzung für die Durchführbarkeit der Mittelwerts Vergleiche wird mittels im SPSS voreingestelltem Levene Test geprüft.

Zur Interpretation der Pearson Korrelation wird die Einteilung nach Cohen verwendet. Ein Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Ein Korrelationskoeffizient von $0,0 \leq r \leq 0,1$ wird als schwacher Zusammenhang bewertet, ein Korrelationskoeffizient von $0,1 < r \leq 0,5$ stellt einen mittleren Zusammenhang dar und ein Korrelationskoeffizient von $0,5 < r \leq 1$ wird als starker Zusammenhang interpretiert (Benning, 2022).

Die Effektstärke wird mittels Cohens d berechnet:

$0,1 < d < 0,5$ wird als kleiner Effekt klassifiziert, $0,5 < d < 0,7$ als mittlerer Effekt und $0,8 < d < 1$ als großer Effekt (Benning, 2022).

Das Signifikanzniveau ist in der vorliegenden Arbeit auf $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Die gesamte statistische Auswertung erfolgt mit IBM SPSS Statistics (Version 28).

4.7.2 Bereinigen der Daten

In einem ersten Schritt wurden alle unvollständig ausgefüllten Fragebögen eliminiert. Bei 49 Fragebögen wurde nur der Link zum Fragebogen geöffnet und keine Fragen beantwortet. 36 Proband*innen beendeten die Umfrage nach den soziodemographischen Fragen und 13 Fragebögen wurden nach den Fragen zur Geschlechtersensibilität abgebrochen.

In einem zweiten Schritt wurden all jene Fragebögen ausgeschlossen, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Zehn Personen, welche an der Umfrage teilnahmen, hatten keine Berufs- und Wohnsitz in Österreich, vier Teilnehmer unterschrieben in ihrer Basisausbildung den Mindeststundenumfang von 1500 Stunden.

In der gesamten Fragebatterie traten nach dem Bereinigen der Daten nur 3 unbeantwortete Fragen in der GS-Skala in Erscheinung, die Skalen GRI-P und GRI-D waren jeweils vollständig ausgefüllt. Die fehlenden Werte wurden durch paarweisen Fallausschluss bei den entsprechenden Berechnungen ausgeschlossen. Da die fehlenden Werte bei unterschiedlichen Items auftraten (GSQ9, GSQ12, GSQ13) und die Ausfallsquote kleiner als

5% war, gilt das Verfahren des paarweisen Fallausschlusses als gerechtfertigt (Rabung, 2010).

Ein hoher Score auf der GS-Skala spricht für eine ausgeprägte Geschlechtersensibilität (Verdonk et al., 2008). Die Formulierung einiger Items ließ jedoch ein gegenteiliges Scoring erwarten, d.h. je mehr einer Aussage zugestimmt wird, desto niedrigerer ist der Wert für die Gender Sensitivity. Daher wurden die Items GSQ3-GSQ12 und GSQ14 vor der Indexbildung revers codiert. Die Sinnhaftigkeit von stereotypen Aussagen würde jedoch durch ein Umdrehen der Aussage verloren gehen. Aus diesem Grund werden in den beiden anderen Skalen keine Items revers codiert.

Weiters wurden mittels deskriptiver Häufigkeitsauszählung die Daten auf Tippfehler überprüft, um Verzerrungen durch Ausreißer zu vermeiden.

5. ERGEBNISSE

1221 Osteopath*innen erhielten den Link zum Fragebogen per E-Mail. Von den insgesamt 474 beantworteten Fragebogen (Rücklaufquote: 39%) wurden schließlich 362 Fragebogen (30%) zur Auswertung herangezogen. Das genaue Vorgehen beim Ausschließen der Fragebögen ist im Punkt 4.7.2 Bereinigen der Daten, Seite 38 angeführt.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt haben sich 290 Frauen (80%) und 72 Männer (20%) an der Studie beteiligt. Keine*r der Studienteilnehmer*innen ordnete sich dem dritten Geschlecht zu. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 45,8 Jahre, wobei der/die jüngste Teilnehmer*in 27, der/die älteste 71 Jahre alt war.

Gemäß der Einschlusskriterien (vgl. 4.3 Ein- und Ausschlusskriterien, Seite 34) hatten alle teilnehmenden Osteopath*innen einen Berufs- und Wohnsitz in Österreich, wobei knapp 24% der Befragten in Wien, ca. 15% in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark und 12 % in Salzburg arbeiteten. Tirol war mit rund 7%, Kärnten mit rund 6%, Vorarlberg und Burgenland mit rund 3% vertreten. Abbildung 1 (Seite 41) stellt eine graphische Darstellung der Verteilung des Berufssitzes der Studienteilnehmer*innen auf die einzelnen Bundesländer dar.

Bezüglich Berufserfahrung ergibt sich ein Durchschnitt von 10,6 Jahren. Wie in Abbildung 2 (Seite 41) abgebildet, weisen 50% der Frauen eine Berufserfahrung zwischen 4 und 15 Jahren auf, während 50 % der Männer bereits 7 bis 17 Jahre in ihrem Beruf tätig sind.

Die Mehrheit der Proband*innen (93%) gaben die Ausbildung zum/r Physiotherapeut*in als Grundausbildung an, rund 6% absolvierten vor der Osteopathie Ausbildung das Studium der Humanmedizin. 1% der Osteopath*innen hatten eine „andere Ausbildung“ als Basisausbildung.

Der Anteil an Osteopath*innen, welche zurzeit in einer Partnerschaft leben, lag bei 88%, insgesamt 78% hatten Kinder. Knapp die Hälfte der Proband*innen, nämlich 45 %, hatten sich bereits mit dem Thema Gender Medizin beschäftigt.

Tabelle 1 (Seite 42) beinhaltet eine Zusammenfassung der Stichprobe.

Abbildung 1: Verteilung - Berufssitz der Osteopath*innen nach Bundesland

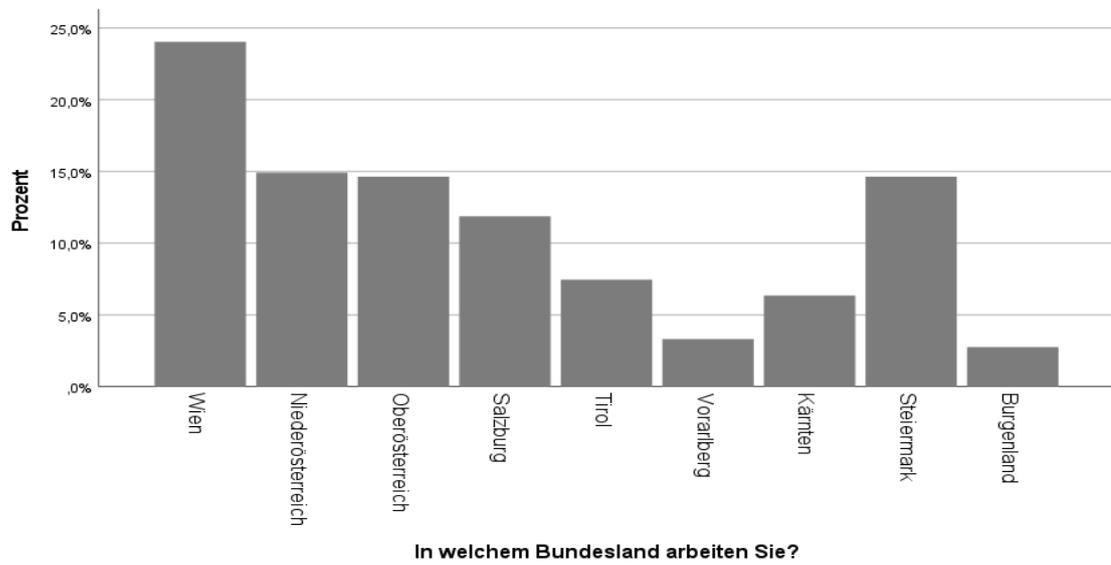


Abbildung 2: Boxplot - Berufserfahrung bei Osteopathinnen und Osteopathen

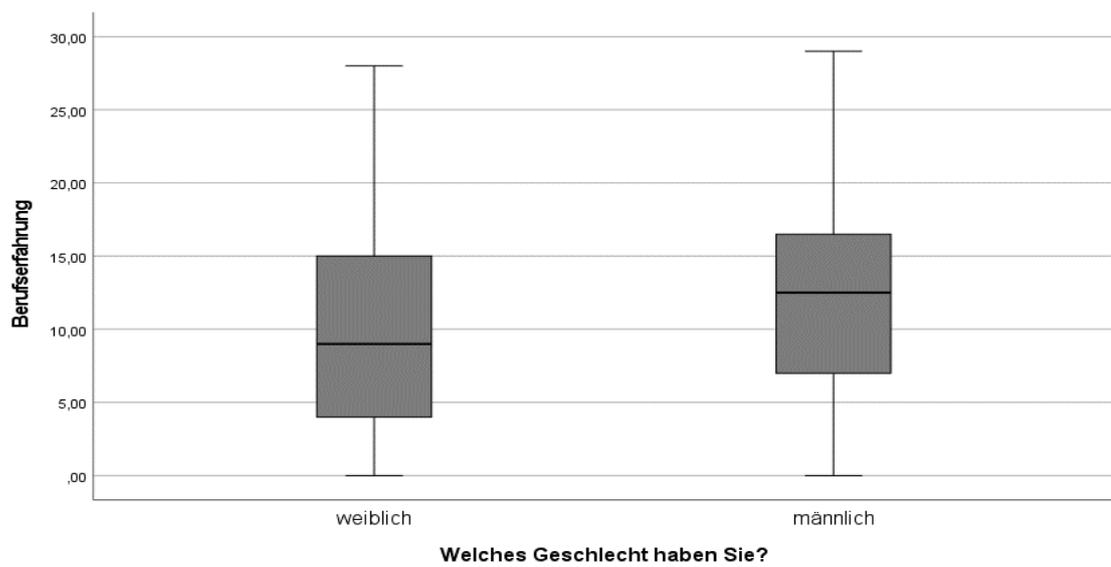


Tabelle 1: tabellarische Darstellung der Stichprobe

	Häufigkeiten (N)	Prozent (%)
Stichprobenumfang gesamt	362	100%
Geschlechterverteilung:		
Männer	72	20%
Frauen	290	80%
divers	0	0%
Alter in Jahren (\bar{x})	45,8	
Beziehungsstatus:		
alleinstehend	41	11,4%
in Partnerschaft lebend	320	88,6%
Familienstatus:		
Single	68	19,9%
verheiratet	237	69,5%
geschieden	33	9,7%
verwitwet	3	0,9%
Anteil mit Kindern	282	78,6%
Anteil mit Erfahrung mit Gender Medizin	164	45,4%

5.2 Reliabilitätsprüfung und Validität

Für die Reliabilitätsanalyse wurde Cronbachs Alpha und die korrigierte Trennschärfe bestimmt. Anschließend wurde die Struktur des Fragebogens mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse überprüft.

Cronbachs Alpha für die GS-Skala beträgt $\alpha = 0,766$ (13 Items), für die GRI-P Skala $\alpha = 0,892$ (11 Items) und für die GRI-D-Skala $\alpha = 0,869$ (8 Items). Zur Interpretation der Werte siehe Seite 37.

Als nächster Schritt wurde im Zuge der Itemanalyse die korrigierte Trennschärfe ermittelt. In der GS-Skala bei den Items GSQ2 und GSQ5 war eine Trennschärfe $< 0,3$ auffallend. Durch den Ausschluss von Item GSQ2 verbesserte sich Cronbachs Alpha nur minimal (von $\alpha = 0,766$ auf $\alpha = 0,769$), durch den Ausschluss von GSQ5 wurde keine Verbesserung erreicht. Wegen der inhaltlichen Relevanz von Item GSQ2 (Medizinisches

Wissen über Geschlechterunterschiede in Bezug auf Krankheit und Gesundheit erhöht die Qualität der osteopathischen Behandlung) und zur Wahrung der Validität und Vergleichbarkeit des Erhebungsinstrumentes wurden die beiden Items nicht aus der Bewertung ausgeschlossen.

Die restlichen Items der GS-Skala weisen korrigierte Trennschärfen zwischen 0,307 und 0,554 auf, die mittlere korrigierte Trennschärfe liegt bei 0,399. In der GRI-P Skala sind Trennschärfen zwischen 0,476 (Item GRIQ2) und 0,717 (Item GRIQ6) zu finden. Die Inter-Item Korrelation in der GRI-D Skala liegt zwischen 0,539 (GRIQ17) und 0,723 (GRIQ14). Die mittlere Inter-Item Korrelation liegt bei den beiden GRI-Skalen deutlich über dem Mindesttrennschärfenwert von 0,3, nämlich bei 0,62 für die GRI-P Skala und 0,63 für die GRI-D Skala. Die Grenzwerte zur Beurteilung der korrigierten Trennschärfe sind auf Seite 37 nachzulesen.

Zur Überprüfung, der Struktur des bei Steinböck et al. (2015) eingesetzten Fragebogens mit jener des in dieser Studie verwendeten Fragebogens, wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (cFA) berechnet. Als Rotationsmethode wurde die Oblimin-Rotation gewählt, als Extraktionsmethode Maximum Likelihood verwendet.

In Tabelle 2 sind die Faktorladungen (vgl. Mustermatrix) und die Korrelationen der Items mit den Faktoren (vgl. Strukturmatrix) abgebildet. Die Variablen GSQ2 - GSQ14 laden auf den zweiten Faktor, GRIQ2 - GRIQ12 und GRIQ15 auf den ersten und GRIQ13 - GRIQ20 auf den dritten Faktor. Die Mustermatrix zeigt mit Ausnahme des Items GRIQ15, welches eine Doppelladung auf Faktor 1 und 3 aufweist, eine Einfachstruktur. Dabei ist anzumerken, dass Ladungen mit $<0,3$ in Anlehnung an die Vorgaben von Verdonk et al. (2008) bei der Berechnung unterdrückt worden sind. In der Strukturmatrix ist zu sehen, dass die Items der GRI-Skalen auf beiden Faktoren einen erheblichen Teil an gemeinsamer Varianz haben (vgl. Tabelle 2).

Die von Verdonk et al. (2008) postulierte Hypothese, dass sich Gender Awareness aus den drei Faktoren GS, GRI-P und GRI-D zusammensetzt, konnte bestätigt werden. Ebenso bestätigt werden die Hypothesen über eine negative Korrelation zwischen dem Konstrukt GS und GRI ($r = -0,11$, $p < 0,05$) und der positiven Korrelation der GRI-Skalen ($r = 0,53$, $p < 0,01$) (Verdonk et al., 2008). Die Werte der Korrelationen dieser Arbeit sind in Tabelle 3, Seite 46 angeführt. Somit gilt die Konstruktvalidität als gegeben.

Zusätzlich werden die Hauptgütekriterien der deutschen Version des N-GAMS als akzeptabel gewertet (Landerer, 2010). Wie die Reliabilität und Validität des deutschen N-GAMS überprüft wurde, ist auf Seite 30 nachzulesen.

Die Güte der cFA wurde mit dem Chi Square Test überprüft.

Tabelle 2: Mustermatrix, Strukturmatrix der cFA

Mustermatrix				Strukturmatrix			
Faktor	1	2	3	Faktor	1	2	3
GSQ2		0,333		GSQ2		0,335	
GSQ3		0,322		GSQ3		0,316	
GSQ4		0,392		GSQ4		0,402	
GSQ5		0,314		GSQ5		0,328	
GSQ6		0,463		GSQ6		0,450	
GSQ7		0,443		GSQ7		0,476	
GSQ8		0,523		GSQ8		0,529	
GSQ9		0,490		GSQ9		0,511	
GSQ10		0,571		GSQ10		0,523	
GSQ11		0,513		GSQ11		0,520	
GSQ12		0,644		GSQ12		0,628	
GSQ13		0,405		GSQ13		0,379	
GSQ14		0,545		GSQ14		0,542	
GRIQ2	0,505			GRIQ2	0,533		-0,310
GRIQ3	0,723			GRIQ3	0,691		-0,344
GRIQ4	0,528			GRIQ4	0,608		-0,459
GRIQ5	0,613			GRIQ5	0,719		-0,543
GRIQ6	0,832			GRIQ6	0,782		-0,364
GRIQ7	0,623			GRIQ7	0,731		-0,498
GRIQ8	0,456			GRIQ8	0,517		-0,392
GRIQ9	0,662			GRIQ9	0,734		-0,492
GRIQ10	0,668			GRIQ10	0,744		-0,502
GRIQ11	0,777			GRIQ11	0,752		-0,387
GRIQ12	0,461			GRIQ12	0,484		-0,334
GRIQ13			-0,571	GRIQ13	0,449		-0,642
GRIQ14			-0,640	GRIQ14	0,588		-0,765
GRIQ15	0,306		-0,327	GRIQ15	0,516		-0,507
GRIQ16			-0,533	GRIQ16	0,540		-0,670
GRIQ17			-0,318	GRIQ17	0,537		-0,500
GRIQ18			-0,437	GRIQ18	0,519		-0,584
GRIQ19			-0,633	GRIQ19	0,537		-0,730
GRIQ20			-0,697	GRIQ20	0,474		-0,740

Extraktionsmethode: Maximum Likelihood

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung

Anmerkung. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde in SPSS auf 3 Komponenten voreingestellt und Absolutwerte <0,30 wurden unterdrückt

Durch die Verwendung des identen Fragebogens in der vorliegenden Arbeit und durch die Bestätigung der drei-faktoriellen Struktur des N-GAMS kann somit auf eine bestehende Validität geschlossen werden.

Nach Berechnung der Mittelwerte der Indizes (GS= 4,08; GRI-P= 2,54; GR--D= 1,79) wurden anhand des Kolmogorov-Smirnov Tests diese auf Normalverteilung getestet. Bei allen 3 Indizes liegt keine Normalverteilung vor.

5.3 Beantwortung der Forschungsfragen

Aus Gründen der besseren Übersicht werden die Ergebnisse der Analyse im Kontext der einzelnen Forschungsfragen dargestellt.

5.3.1 Korrelation zwischen Geschlechtersensibilität und GRI-P und GRI-D

Frage 1: Gibt es bei den in Österreich praktizierenden Osteopath*innen einen Zusammenhang zwischen einer Geschlechtersensibilität und dem geschlechterstereotypen Denken? (hohe Scores in der Subskala GS führen zu niedrigen Werten in der Subskala GRI-P und GRI-D)

Zunächst wurden die Daten mittels Pearson Korrelation auf einen Zusammenhang der Geschlechtersensibilität und der GRI-P und GRI-D Skalen mit der Gesamtskala der N-GAMS (GA-Skala) analysiert.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Korrelation ($p < 0,05$) des Geschlechterbewusstseins mit den drei Subskalen der N-GAMS. Der Zusammenhang zwischen der Gesamtskala N-GAMS und GS lag bei einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,263$ ($p < 0,05$). Die Berechnung der Korrelation der GA-Skala mit der GRI-P Skala ergab einen Korrelationskoeffizienten von $r = 0,837$ ($p < 0,05$). Ein Korrelationskoeffizient von $r = 0,799$ ($p < 0,05$) ergab sich bei der Berechnung des Zusammenhanges zwischen GA- und GRI-D-Skala. Dabei fällt auf, dass die Korrelationskoeffizienten der Skalen der Geschlechterstereotypen im Vergleich zur GS-Skala deutlich höher ausfallen (siehe Tabelle 3, Seite 46). Angaben zur Interpretation der Korrelationskoeffizienten sind im Punkt 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37 zu finden.

Der Zusammenhang zwischen der Subskala Gender Sensitivity und den Subskalen Gender-Role-Ideology towards patients/doctors wurde ebenfalls mittels Pearson Korrelation dargestellt.

Die Berechnungen zeigen mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = -0,211$ ($p < 0,05$) zwischen der GS- und GRI-P Skala und $r = -0,194$ ($p < 0,05$) zwischen GS- und GRI-D Skala einen mittleren negativen Zusammenhang.

Weiters konnte ein stark positiver Zusammenhang zwischen der GRI-P und GRI-D Skala nachgewiesen werden ($r = 0,718$, $p < 0,05$). In Tabelle 3 sind die Korrelationskoeffizienten dargestellt.

Tabelle 3: Korrelation zw. GS, GRI-P, GRI-D und GA

		GS	GRI-P	GRI-D	GA
GS	Pearson-Korrelation	1	-0,211**	-0,194**	0,263**
	Sig. (2-seitig)		<,001	<,001	<,001
	N	359	359	359	359
GRI-P	Pearson-Korrelation	-0,211**	1	0,718**	0,837**
	Sig. (2-seitig)	<,001		<,001	<,001
	N	359	362	362	359
GRI-D	Pearson-Korrelation	-0,194**	0,718**	1	0,799**
	Sig. (2-seitig)	<,001	<,001		<,001
	N	359	362	362	359
** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.					

5.3.2 Einfluss des Geschlechts auf die Gender Awareness

Frage 2: Gibt es einen Unterschied in der Geschlechtersensibilität und im Geschlechterrollendenken (gegenüber Patient*innen und Therapeut*innen) zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen, welche in Österreich praktizieren?

Beim Vergleich der Mittelwerte in der deskriptiven Statistik zeigt sich eine Differenz in der GRI-P Skala. Die Scores der Frauen führen zu einem geringeren Mittelwert als jene der Männer, d.h. Osteopathen hegen im Vergleich zu Osteopathinnen geringfügig mehr geschlechtsstereotype Einstellungen gegenüber ihren Patienten*innen. Hingegen erzielten die Scores der männlichen und weiblichen Befragten den nahezu identen Mittelwert auf der GRI-D Skala. Auf der GS--Skala zeigte sich ein geringfügig höherer Mittelwert für die männlichen Befragten (siehe Tabelle 4, Seite 47).

Tabelle 4: deskriptive Statistik - Unterschied Osteopath/Osteopathin

Subskalen	Geschlecht	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
GS	weiblich	287	4,07	0,39	0,02
	männlich	72	4,15	0,48	0,06
GRI-P	weiblich	290	1,89	0,60	0,04
	männlich	72	2,02	0,66	0,08
GRI-D	weiblich	290	1,76	0,62	0,04
	männlich	72	1,75	0,65	0,08

Zur genaueren Exploration wurde der Unterschied der einzelnen Index-Mittelwerte zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen anhand des t-Tests bei unabhängigen Stichproben untersucht. Da beim Geschlechtersensibilitätsindex der Levene Test einen signifikanten Varianzunterschied zum Ergebnis hatte, wurde dieser zusätzlich mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney Test überprüft ($Z = -1,148$, Sign. 2-seitig = 0,251). Hinsichtlich Geschlechtersensibilität war kein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen männlichen und weiblichen Osteopathen nachweisbar.

Bezogen auf das geschlechterstereotype Denken gegenüber Patient*innen und Osteopath*innen ergab sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen Osteopathen und Osteopathinnen. Beim Vergleich der Mittelwerte mittels t-Test (die Voraussetzung einer Varianzhomogenität laut Levene war gegeben) zeigt sich in der Subskala GRI-P mit einem Signifikanzwert von 0,10 eine leichte, aber nicht signifikante Tendenz zu mehr geschlechterstereotypem Denken gegenüber Patient*innen bei den männlichen Osteopathen (siehe Tabelle 5, Seite 48).

Zusätzlich wurde in einer univariaten Testung mittels ANOVA der Einfluss des Geschlechts auf das Geschlechterbewusstsein der österreichischen Osteopath*innen untersucht. Im Ergebnis spiegelt sich kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Subskalen der N-GAMS wider, wobei bei der GS-Skala mit einem Signifikanzwert von 0,12 und auf der GRI-P Skala mit einem Signifikanzwert von 0,10 ein Trend in Richtung eines Einflusses des Geschlechts dargestellt werden kann (statistische Kennwerte siehe Tabelle 6, Seite 48).

Tabelle 5: Geschlechterunterschied in den Skalen GS, GRI-P, GRI-D

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für Mittelwertgleichheit		
		F	Sig.	T	df	Signifikanz
						Zweiseitiges p
GS	Varianzen sind gleich	10,376	,001	-1,574	357	,116
	Varianzen sind nicht gleich			-1,385	95,446	,169
GRI-P	Varianzen sind gleich	2,230	,136	-1,633	360	,103
GRI-D	Varianzen sind gleich	,715	,398	,121	360	,904
Signifikanzniveau: $p < 0,05$						

Tabelle 6: ANOVA - Varianzanalyse Geschlecht

Subskalen	F	Sig.
Geschlechtersensibilität	2,478	,116
GRI-P	2,667	,103
GRI-D	,015	,904

5.3.3 Einfluss der Variablen des soziökonomischen Fragebogens auf die GA

Frage 3: Haben sozioökonomische Faktoren wie Alter, Berufserfahrung, Familien- und Beziehungsstatus, Geschwisterposition, Ausbildungsstatus der Eltern und Vorkenntnisse in der Gender Medizin auf das Geschlechterbewusstsein der Osteopath*innen Österreichs einen Einfluss?

5.3.3.1 Berufserfahrung und Alter

In diesem Analyseschritt wurde der Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung bzw. dem Alter und dem Geschlechterbewusstsein der Osteopath*innen mithilfe der Korrelation nach Pearson überprüft.

Die Spannbreite der Berufserfahrung in Jahren nach der absolvierten klinischen Abschlussprüfung reichte von 0 bis 29 Jahren. Der Mittelwert beträgt 10,6 Jahre (SD = 7,1).

Bei der Berechnung der Korrelation nach Pearson zeigen die Ergebnisse der GS-Skala keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Geschlechtersensibilität der Befragten, allerdings wird mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,12$ ($p < 0,05$) ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Subskala GRI-P und der Berufserfahrung gezeigt. Osteopath*innen neigen mit zunehmender Berufserfahrung eher zu geschlechterstereotypen Verallgemeinerungen gegenüber Patient*innen. Dieser Zusammenhang wird auf der GRI-D Skala allerdings nicht nachgewiesen.

Die Osteopath*innen, welche an der Umfrage teilnahmen, waren zwischen 27 und 71 Jahre alt, was in einem Durchschnittsalter von 45,8 Jahren (Standardabweichung = 9,3) resultiert.

Während kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Geschlechtersensibilität bzw. der GRI-D-Skala besteht, ergeben die Berechnungen eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der Befragten und der GRI-P Skala ($r = 0,16$, $p < 0,05$), d.h. mit fortschreitendem Alter der Osteopath*innen steigen auch deren geschlechterstereotypen Einstellungen gegenüber Patient*innen. Die beschriebenen Zusammenhänge werden in Tabelle 7, Seite 50 festgehalten. Die signifikanten Ergebnisse sind grau hinterlegt. Die Richtwerte zur Interpretation der Höhe der Pearson Korrelation sind im Punkt 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37 dargestellt.

Bei der univariaten Varianzanalyse mittels ANOVA (Daten wurden auf Varianzhomogenität mittels Leven Test im Vorfeld überprüft) wird ein signifikanter Einfluss der Berufserfahrung auf das geschlechterstereotype Denken gegenüber Osteopath*innen gezeigt, während bezogen auf die GRI-P Skala und GS-Skala lediglich eine Tendenz in Erscheinung tritt. Bei der Variable Alter kann kein Einfluss auf die Skalen der N-GAMS gezeigt werden (siehe Tabelle 8, Seite 50).

Tabelle 7: Pearson Korrelation - GS, GRI-P, GRI-D mit Berufserfahrung, Alter

		Berufserfahrung	Alter
GS	Pearson-Korrelation	-0,03	-0,02
	Sig. (2-seitig)	0,60	0,73
	N	358	359
GRI-P	Pearson-Korrelation	0,12*	0,16*
	Sig. (2-seitig)	0,02	0,003
	N	361	362
GRI-D	Pearson-Korrelation	0,07	0,06
	Sig. (2-seitig)	0,17	0,26
	N	361	362
*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.			

Tabelle 8: ANOVA - Varianzanalyse - Berufserfahrung, Alter

Subskalen	Berufserfahrung		Alter	
	F	Sig.	F	Sig.
GS	1,392	0,09	1,153	0,25
GRI-P	1,475	0,06	1,232	0,16
GRI-D	1,679	0,02	,675	0,94
Signifikanzniveau: $p < 0,05$				

5.3.3.2 Ausbildungsstand der Eltern

Der höchste Ausbildungsstand der Mutter bzw. des Vaters umfasste die Antwortmöglichkeiten Volksschule/Hauptschule (NMS), Lehre, allgemeinbildende höhere Schule (AHS), berufsbildende höhere Schule (BHS) und Hochschulabschluss (vgl. Anhang A - Anhang A – Fragebogensozioökonomischer Fragebogen). Während die Ergebnisse der Auswertung einen signifikanten Einfluss der höchsten Ausbildung der Mutter auf die GRI-P- und GRI-D-Skalen zeigt, kann dieser Einfluss, wie aus Tabelle 9, Seite 51 zu entnehmen ist, beim Vater nicht repliziert werden.

Tabelle 9: ANOVA - GS, GRI-P, GRI-D - höchste Ausbildung der Mutter/Vater

Subskalen		höchste Ausbildung der Mutter		höchste Ausbildung des Vaters	
		F	Sig.	F	Sig.
GS	Zwischen den Gruppen	0,359	0,83	2,051	0,09
GRI-P	Zwischen den Gruppen	2,840	0,02	0,985	0,42
GRI-D	Zwischen den Gruppen	2,814	0,03	0,539	0,71

Signifikanzniveau: $p < 0,05$

Um die Richtung des Einflusses der höchsten Ausbildung der Mutter auf die Skalen, welche geschlechterstereotype Einstellungen gegenüber Patienten*innen und Osteopath*innen abbilden, zu eruieren, wurde mithilfe der Kontrastanalyse ein direkter Mittelwertvergleich zwischen Lehre und Hochschule hergestellt. In der Tabelle 10 sind die entsprechenden Koeffizienten abgebildet.

Tabelle 10: Kontrastanalyse – höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter

Volksschule/ Hauptschule (NMS)	Lehre	Allg. bildende höhere Schule (AHS)	Berufsbildende hö- here Schule (BHS)	Hochschule
0	-1	0	0	1

Unter Einbeziehung aller Ausbildungsgrade wird ein signifikantes Ergebnis für die GRI-P Skala erzielt, dessen Signifikanz durch die Kontrastanalyse erhöht werden kann (von $\alpha = 0,02$ auf $\alpha = 0,01$). Diese Verbesserung der Signifikanz ist in der GRI-D Skala nicht replizierbar. Somit ist deutlich, dass ein höherer Schulabschluss der Mutter den Unterschied im GRI-P-Index verstärkt (vgl. Tabelle 11, Seite 52).

Tabelle 11: Kontrastanalyse - GRI-P, GRI-D und Ausbildung Mutter

		Kontrastanalyse Ausbildung Mutter		
		T	df	Sig. (2-seitig)
GRI-P	Gleiche Varianzen vorausgesetzt	-2,563	357	0,01
GRI-D	Gleiche Varianzen vorausgesetzt	-1,379	357	0,17

Signifikanzniveau: $p < 0,05$, das signifikante Ergebnis ist grau hinterlegt

5.3.3.3 Einfluss der Geschwisteranzahl und Geschwisterposition auf die GA

Während es für das Geschlechterbewusstsein der Osteopath*innen nicht relevant ist, ob sie ein Einzelkind sind oder Geschwister haben - die Analyse dieser Variable brachte kein signifikantes Ergebnis zutage - spielt es jedoch eine Rolle, in welcher Geschwisterposition sich die Befragten befinden.

Die Antwortmöglichkeiten bei der Frage nach der Geschwisterposition lauteten „ältestes Kind - mittleres Kind - jüngstes Kind“ (vgl. Anhang A – Fragebogen).

341 der insgesamt 362 Studienteilnehmer*innen gaben an, eine oder mehrere Schwestern bzw. einen oder mehrere Brüder zu haben. Die Geschwisterposition hat in der ANOVA (Varianzhomogenität wurde vorab geprüft) einen signifikanten Einfluss ($\alpha = 0,02$) auf der GRI-D Skala. Wie in Tabelle 12 (Seite 53) ersichtlich, ist der Mittelwert in der Gruppe „ich bin das jüngste Kind“ geringer, während er sich nahezu ident in den beiden anderen Gruppen abbildet. Anders ausgedrückt ist das geschlechterstereotype Denken gegenüber Osteopath*innen bei den Befragten, welche das jüngste Kind in ihrer Familie sind, am wenigsten ausgeprägt.

5.3.3.4 Einfluss der Variable „Haben Sie Kinder“ auf den N-GAMS

Der Levene Test der Varianzgleichheit war nicht signifikant, d.h. die Voraussetzung für die Durchführbarkeit des t-Tests war gegeben.

Während in der Analyse mit dem t-Test für unabhängige Stichproben kein signifikantes Ergebnis auf die GS-Skala und GRI-P Skala berechnet wurde, besteht ein signifikanter Unterschied auf der GRI-D Skala. Osteopathen und Osteopathinnen, welche Kinder haben, erzielen höhere Scores auf der GRI-D Skala.

Zur Interpretation der Größe des Effekts wurde Cohens d ermittelt Die Überprüfung der Effektstärke mittels Cohens d zeigt mit $d = 0,35$ einen kleinen Effekt auf die GRI-D Skala (siehe Tabelle 13, zur Interpretation der Effektstärke siehe Seite 38).

Tabelle 12: Mittelwerte auf GRI-D und ältestes, mittleres, jüngstes Kind

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung
ich bin das älteste Kind	112	1,83	0,66
ich bin das mittlere Kind bzw. eines der mittleren Kinder	104	1,81	0,60
ich bin das jüngste Kind	125	1,62	0,58

Tabelle 13: Mittelwert Vergleich - GS, GRI-P, GRI-D mit "Haben Sie Kinder?"

	Ja Mittelwert (SD)	Nein Mittelwert (SD)	p	t	Cohens d
GS	4,09 (0,40)	4,04 (0,42)	0,327	0,982	0,13
GRI-P	1,93 (0,61)	1,88 (0,64)	0,537	0,652	0,08
GRI-D	1,80 (0,61)	1,59 (0,64)	0,007	2,708	0,35
Signifikanzniveau: $p < 0,05$ (das sign. Ergebnis ist grau hinterlegt)					

5.3.3.5 Einfluss von „Vorkenntnissen in der Gender Medizin“ auf die GA

Ob sich der/die Studienteilnehmer*in bereits mit dem Thema Gender Medizin beschäftigt hat, schlug sich auf das Ergebnis nieder. Bei jenen Personen, welche nach eigenen Angaben Vorkenntnisse in der Gender Medizin haben, ist in den nachfolgenden Boxplots ein höherer Median in der GS-Skala (siehe Abbildung 3, Seite 54) und niedrigere Mediane in der GRI-P und GRI-D Skala (siehe Abbildung 4, Seite 54 und Abbildung 5, Seite 55) graphisch dargestellt.

Abbildung 3: Boxplot - GS und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"

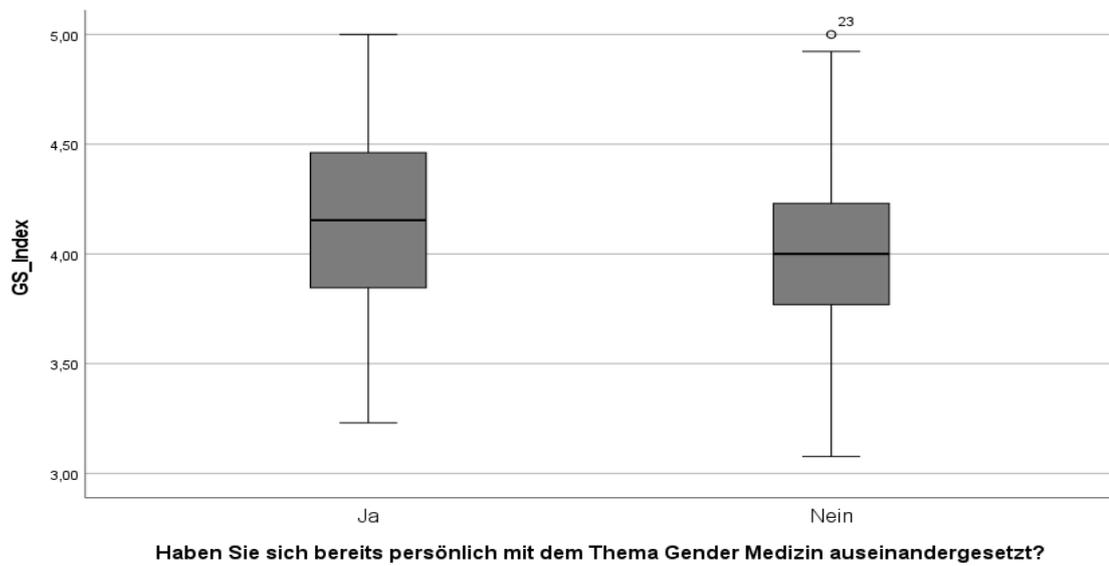


Abbildung 4: Boxplot - GRI-P und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"

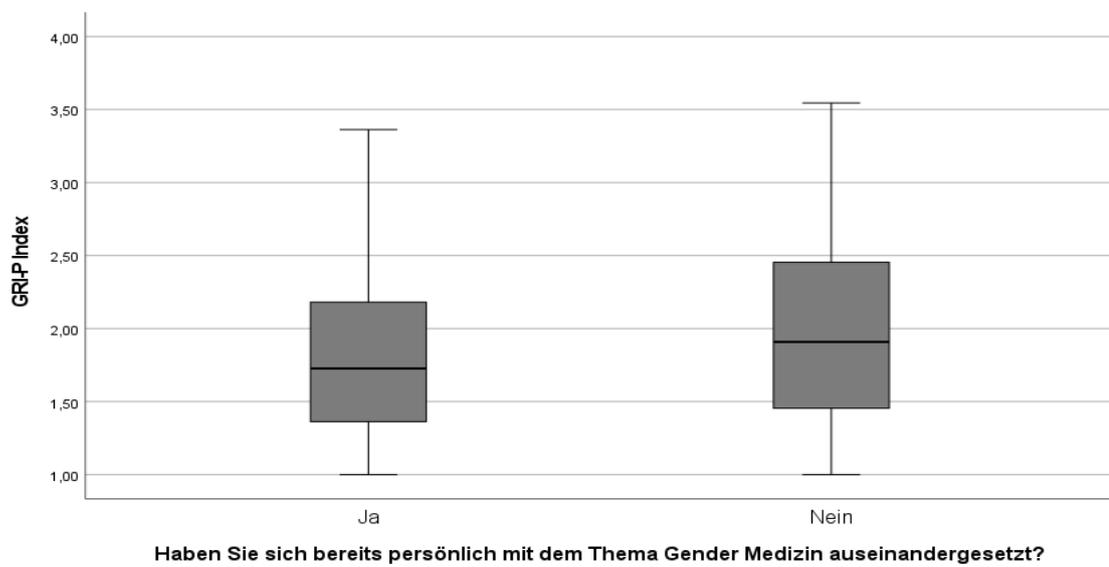
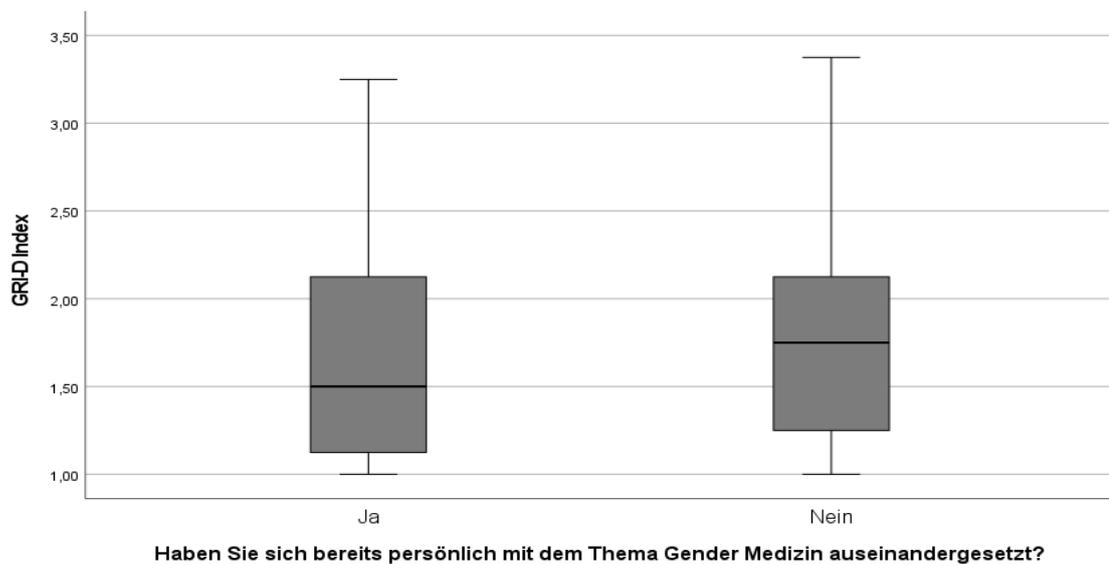


Abbildung 5: Boxplot - GRI-D und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"



Ein nicht signifikantes Ergebnis des Levene Tests als Voraussetzung der Durchführbarkeit des t-Tests war bei allen drei Indizes gegeben. Beim Vergleich der Mittelwerte mittels t-Test für unabhängige Stichproben ergibt sich ein signifikantes Ergebnis für die GS- und GRI-P Skala, was so viel bedeutet, wie Personen mit Vorkenntnissen in der Gender Medizin verfügen über ein ausgeprägteres Bewusstsein gegenüber dem Einfluss des Geschlechts auf die Behandlung und haben gleichzeitig weniger geschlechterstereotype Einstellungen gegenüber Patient*innen.

Auf der GRI-D Skala konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden. Die Berechnung der Effektgröße mittels Cohens d zeigt, dass Vorkenntnisse in der Gender Medizin einen kleinen Effekt auf die GS- und GRI-P Skala haben (Richtwerte zur Interpretation des Cohens d siehe Seite 37). Die Ergebnisse sind in Tabelle 14, Seite 56 abgebildet.

Bei der Analyse der weiteren Variablen des sozioökonomischen Fragebogens wie Familienstand, Beziehungsstatus, Grundberuf, Bundesland, in dem die Osteopath*in arbeitet und wer an der Erziehung hauptsächlich beteiligt war, wurden keine signifikanten Einflüsse auf das Geschlechterbewusstsein gefunden.

Tabelle 14: Mittelwert Vergleich - GS, GRI-P, GRI-D mit "Vorkenntnisse in der Gender Medizin

		Levene Test für Varianzgleichheit		t-Test für Mittelwertgleichheit			Cohens d
		F	Sig.	T	df	Signifikanz	
						Zweiseitiges p	
GS	Varianzen sind gleich	0,167	0,683	3,051	356	0,002	0,32
GRI-P	Varianzen sind gleich	0,526	0,469	-3,062	359	0,002	-0,32
GRI-D	Varianzen sind gleich	1,616	0,204	-1,481	359	0,140	-0,16
Signifikanzniveau: $p < 0,05$ (das sign. Ergebnis ist grau hinterlegt)							

5.3.4 Vergleich - Student*innen der MedUni Wien und Osteopath*innen

Frage 4: Besteht ein Unterschied in der Gender Awareness zwischen österreichischen Osteopath*innen und Medizinstudent*innen der MedUni Wien?

Den Abschluss der Analyse bildet der Vergleich der Ergebnisse dieser Erhebung mit der von Steinböck et al. (2015) an Medizinstudent*innen der MedUni Wien durchgeführten Studie.

Während die Geschlechterverteilung bei den Osteopath*innen ein Verhältnis von 80,1% zu 19,9% (Frauen/Männer) aufweist, betrug das Verhältnis bei den Medizinstudent*innen 56,3% zu 43,7% (Frauen/Männer). Die Gruppe der Osteopath*innen hat einen Altersdurchschnitt von 45,8 Jahren, die Teilnehmer der MedUni waren im Durchschnitt 20,1 Jahre alt (vgl. Seite 40).

In der Gruppe der Osteopath*innen konnte kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf sämtliche Skalen der N-GAMS festgestellt werden. Bei den Medizinstudent*innen gab es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Skalen, welche die Geschlechterstereotype gegenüber Patient*innen und Ärzt*innen gemessen haben. Die Mittelwerte in beiden Skalen waren bei Studenten im Vergleich zu Studentinnen höher.

Wird die Auswirkung der Berufserfahrung (bei Medizinstudent*innen wurde hierfür die zweite Messung, welche im 11. und 12. Semester erfolgte, herangezogen) auf das Geschlechterbewusstsein verglichen, so steigen bei den Osteopath*innen mit

zunehmender Berufserfahrung signifikant geschlechterstereotype Einstellungen gegenüber Patient*innen (vgl. Tabelle 7, Seite 50). Die Geschlechtersensibilität und die Geschlechterstereotypen gegenüber Patient*innen und Ärzt*innen waren durch den Studienfortschritt (Berufserfahrung) bei den Wiener Studienteilnehmer*innen unbeeinflusst.

Das Alter zeigt bei den Medizinstudent*innen keine Auswirkung auf das Geschlechterbewusstsein, während ältere Osteopath*innen signifikant höhere Scores auf der GRI-P Skala erreichten (vgl. Tabelle 7, Seite 50).

Summa summarum zeigt der Vergleich der Mittelwerte in Tabelle 15, dass die Frauen der beiden Berufsgruppen in der GRI-P Skala niedrigere Scores erzielen als die Männer, was so viel bedeutet, dass Frauen den Patient*innen gegenüber weniger stark geschlechterspezifische Vorurteile haben. Bei den Student*innen bildet sich dieser Unterschied auch bei den Geschlechterstereotypen gegenüber Ärzt*innen (GRI-D) ab. Die Mittelwerte der Medizinstudenten und Medizinstudentinnen sind von Steinböck et al. (2015) übernommen.

Hinsichtlich der Gendersensibilität gibt es zwischen Männern und Frauen in beiden Berufsgruppen nur einen minimalen Unterschied. Die Gruppe der Osteopath*innen zeigt ein stärkeres Bewusstsein über den Einfluss des Geschlechts auf die Behandlung als die Medizinstudent*innen.

Tabelle 15: Mittelwerte Osteopath*innen/Medizinstudent*innen - Geschlecht

	Osteopath*innen		Medizinstudent*innen	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)	Mittelwert (SD)
GS	4,06 (0,39)	4,15 (0,48)	3,71 (0,53) *	3,77 (0,53) *
GRI-P	1,89 (0,60)	2,02 (0,66)	2,09 (0,56) *	2,49 (0,72) *
GRI-D	1,76 (0,62)	1,75 (0,65)	1,79 (0,56) *	2,12 (0,74) *

Anmerkung: * übernommen von Steinböck et al. (2015)

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die im Rahmen dieser Analyse gefundene negative Korrelation der GS-Skala mit der GRI-P und GRI-D Skala und der positive Zusammenhang zwischen den beiden Skalen, welche die Geschlechterstereotype messen, stimmen mit der von Verdonk et al. (2008) postulierten Hypothese überein (Verdonk et al., 2008). Die einzelnen Skalen der N-GAMS korrelieren signifikant mit der Gesamtskala GA.

Auf das Geschlecht bezogen, haben die Frauen im Mittel einen geringeren Score in der GRI-P Skala im Vergleich zu den Männern. Beim t-Test bei unabhängigen Stichproben kann nur eine Tendenz auf die GRI-P Skala aufgezeigt werden, wonach männliche Osteopathen eher zu geschlechterstereotypem Denken über Patient*innen neigen. Anhand der Analyse mit der ANOVA kann kein Einfluss des Geschlechts auf die Skalen der N-GAMS festgemacht werden.

Zwischen Berufserfahrung und der GRI-P Skala, aber auch zwischen Alter und GRI-P Skala wird ein signifikanter, positiver Zusammenhang berechnet, d.h. je erfahrener der/die Osteopath*in ist oder je älter der/die Osteopath*in ist, desto stärker ist sein/ihr Denken von Geschlechterstereotypen gegenüber Patient*innen geprägt. Mittels ANOVA wurde ein signifikanter Einfluss auf die GRI-D-Skala dargestellt.

Während der höchste Ausbildungsstand des Vaters keine Auswirkung auf das Geschlechterbewusstsein hat, beeinflusst die Bildung der Mutter das geschlechterstereotype Denken gegenüber Patient*innen und Osteopath*innen. Jene Befragten, deren Mütter die Lehre als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben haben, hegen vermehrt geschlechterstereotype Einstellungen (höchste Mittelwerte in diesen Skalen), sowohl gegenüber Patient*innen als auch Osteopath*innen.

Die Geschwisterposition beeinflusst die Werte der GRI-D Skala, wobei die Studienteilnehmer*innen der Gruppe „die jüngsten Kinder“ die geringsten Werte hinsichtlich Geschlechterstereotype gegenüber Osteopath*innen aufweisen.

Auch die Tatsache, dass der /die Osteopath*in Kinder hat, hat einen signifikanten Effekt auf die GRI-D Skala und führt zu einem Ansteigen der Werte auf dieser.-

Osteopath*innen, welche sich im Vorfeld dieser Erhebung bereits mit Themen der Gender Medizin auseinandergesetzt hatten, erzielten höhere Scores in der GS-Skala und niedrigere Scores in der GRI-P und GRI-D Skala, wobei beim t-Test für unabhängige Stichproben ein signifikantes Ergebnis mit der GS- und der GRI-P Skala gezeigt wird.

Last but not least zeigt der Vergleich der Resultate mit jenen der Medizinstudent*innen der MedUni Wien (Steinböck et al., 2015) in der deskriptiven Statistik, dass Osteopath*innen höhere Scores in der GS-Skala und niedrigere Scores in der GRI-P und GRI-D Skala aufweisen. Am deutlichsten zeigt sich der Unterschied auf der GRI-P und GRI-D Skala, wo der Mittelwert der Osteopathinnen auf der GRI-P Skala deutlich unter dem der Studentinnen liegt aber auch auf der GRI-D Skala, wo die Osteopathen einen niedrigeren Mittelwert im Vergleich zu den Ärzten aufweisen (vgl. Tabelle 15, Seite 57). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Studienteilnehmerinnen beider Erhebungen im Vergleich zu den männlichen Befragten geringere geschlechterstereotype Schablonen gegenüber Patient*innen haben, die Osteopathinnen allerdings die geringsten Werte erzielen. Die männlichen Osteopathen haben ein weniger stark ausgeprägtes geschlechterstereotypes Denken gegenüber dem/der Behandler*in.

Das Geschlecht der Medizinstudent*innen führt zu Beginn des Studiums zu Unterschieden bezogen auf die GRI-P- und GRI-D Skala, während am Ende des Studiums, wie bei den Osteopath*innen kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen auf den Skalen der N-GAMS nachgewiesen werden konnte.

Die Berufserfahrung wird bei den Medizinstudent*innen durch Werte im 11./12. Semester erhoben und verursacht keinen signifikanten Unterschied auf die Skalen des Erhebungsbogens, während bei den Osteopath*innen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der GRI-P Skala verzeichnet wird. Mit zunehmender Berufserfahrung wenden demnach Osteopath*innen vermehrt geschlechterstereotype Schablonen zur Beurteilung ihrer Patient*innen an.

6. DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit ist es, das Geschlechterbewusstsein österreichischer Osteopath*innen zu beleuchten und Einflussfaktoren wie Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Ausbildung der Eltern und Vorkenntnisse in der Gender Medizin auf die Subskalen der N-GAMS zu bewerten. Zu guter Letzt wird noch ein Vergleich mit den Ergebnissen der Medizinstudent*innen der MedUni Wien hergestellt.

6.1 Methodischer Aspekt

6.1.1 Stichprobe

In Österreich besteht keine Registrierungspflicht für Osteopath*innen, weshalb es keine offizielle Anzahl von Osteopath*innen gibt. Das Bestimmen der Grundgesamtheit war aus diesem Grund nicht ganz einfach. Zunächst wurde aus der Therapeutensuchliste der Webseite der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) eine Liste aller OEGO-Mitglieder angefertigt. Diese haben Mitarbeiter*innen der Wiener Schule für Osteopathie mit jener Liste von Osteopath*innen verglichen, welche über die WSO den Link zum Fragebogen bekommen haben. Damit sollten Doppelnennungen eliminiert werden. Mit diesem Verfahren konnte eine Grundgesamtheit von 1221 Osteopath*innen eruiert werden. Diese Anzahl unterliegt einer Verzerrung, da der Link zum Fragebogen auch über Facebookgruppen gepostet wurde. Dadurch wurde bezweckt, auch Osteopath*innen, welche nicht Mitglieder bei der OEGO sind bzw. welche ihre Ausbildung nicht an der WSO absolviert haben, zu erreichen. Der Internationalen Akademie für Osteopathie (IAO) war es nämlich aus systemtechnischen Gründen nicht möglich den Link zum Fragebogen an ihre Mitglieder zu verschicken.

Wird mit der Grundgesamtheit von 1221 Osteopath*innen gerechnet, wären 293 (DATA-tab Team, 2022) verwertbare Fragebögen notwendig gewesen, um repräsentative Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 95% errechnen zu können. Mit 362 eingeschlossenen Fragebögen wurde diese Zielvorgabe deutlich überschritten und kann als zufriedenstellend eingeordnet werden.

Die Geschlechterverteilung in der Erhebung war in einem Verhältnis von 80% Frauen zu 20% Männern (vgl. Seite 40) In der von der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie durchgeführten Datenerhebungsstudie zur Arbeit von Osteopath*innen (OPERA)

wird ein Geschlechterverhältnis bei den österreichischen Osteopath*innen von 70% Frauen zu 30% Männern angegeben (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2020). Demnach waren Frauen eher dazu bereit den Fragebogen dieser Erhebung auszufüllen als Männer. Ob der Grund in der Genderthematik der Umfrage zu suchen ist, ob Osteopathinnen aus solidarischen Gründen eher bereit sind, jemanden beim Durchführen der Masterthesis zu unterstützen, oder ob es sich um eine zufällige Stichprobenschwankung handelt, kann jedoch nicht beantwortet werden.

In der OPERA Studie wird das Alter der Osteopath*innen im Durchschnitt zwischen 40 und 49 Jahren angegeben. In dieser Erhebung betrug das Durchschnittsalter 45,8 Jahre (vgl. Seite 40), welches die von der OPERA-Studie ausgewiesene Spanne genau trifft. Auch die Verteilung des Berufssitzes der Befragten auf die Bundesländer (vgl. Seite 40) spiegelt die erhobene Verteilung in der OPERA Studie wider (Österreichische Gesellschaft für Osteopathie, 2020).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit Ausnahme der Geschlechterverteilung sich das soziodemographische Bild der OPERA Studie auch in dieser Erhebung widerspiegelt und von einer guten Repräsentation des Untersuchungsfeldes ausgegangen werden kann.

6.1.2 Versuchsdesign

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsstudie, d.h. die Daten repräsentieren eine Momentaufnahme der aktuellen Meinung der Befragten. Es können Aussagen über Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den Subgruppen getätigt werden, allerdings gibt es keine Rückschlüsse auf zeitliche Entwicklungen, Veränderungen und kausale Zusammenhänge (Pfeiffer, 2022).

6.1.3 Evaluierung des Messinstrumentes

Für die Reliabilitätsanalyse wurde Cronbachs Alpha und die korrigierten Trennschärfen berechnet, zur Überprüfung der Struktur des Fragebogens die konfirmatorische Faktorenanalyse.

Die Werte des Cronbachs Alpha liegen mit $\alpha = 0,766$ (13 Items) für die GS-Skala in einem akzeptablen Bereich der internen Konsistenz, mit $\alpha = 0,892$ (11 Items) für die GRI-P Skala und $\alpha = 0,869$ (8 Items) für die GRI-D-Skala besteht eine gute interne Konsistenz (vgl. 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37).

Die interne Konsistenz ist abhängig von den Trennschärfen der Items. Ein Ausschließen von Items mit geringen Trennschärfen führt zu einer Verbesserung der internen Konsistenz (Mummendey & Grau, 2008, S. 101). Bei der korrigierten Trennschärfe wurden Werte $< 0,3$ für GSQ2 und GSQ5 gemessen (vgl. Seite 42). Zur Wahrung der Validität, aus inhaltlichen Überlegungen und weil Cronbachs Alpha sich nur geringfügig verbesserte, wurden die Items nicht aus der Analyse ausgeschlossen. Bei den Items der GS-Skala wurden Trennschärfen $>0,3$ gemessen, was in einem akzeptablen Bereich liegt. Die Trennschärfen der GRI-P Skala wiesen Werte $>0,4$ auf, was in einem mittleren Bereich liegt, während die GRI-D Skala mit Werten $>0,5$ eine hohe Trennschärfe zeigt (vgl. 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37). Man kann also davon ausgehen, dass die Items der GS-Skala gut auf das Konstrukt „Geschlechtersensibilität“, aber v.a. die Items der GRI-Skalen gut auf das Konstrukt „Geschlechterstereotype“ abzielen (Bortz & Döring, 2006, S. 213).

Die Konstruktvalidität konnte mit der Bestätigung von Verdonk et al. (2008) postulierten Hypothese einer negativen Korrelation der GS-Skala bestätigt werden. Die Verwendung der validen deutschen Version der N-GAMS bestärkt die Güte des Messinstrumentes (vgl. Seite 43).

Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die drei-faktorielle Struktur der N-GAMS. Während die Variablen GSQ2-GSQ14 eindeutig auf den Faktor Geschlechtersensibilität laden, treten bei den restlichen Variablen GRI Q15 - GRI Q20 durchwegs Doppelladungen auf, die jedoch auf Faktor 1 positiv und auf Faktor 3 negativ laden (vgl. Tabelle 2, Seite 44). Die gefundenen Querladungen weisen darauf hin, dass die Faktoren nicht ganz klar voneinander trennbar sind. Aufgrund der Formulierung und inhaltlichen Aussage der Items (siehe Anhang A), kann die Zuordnung der entsprechenden Items zu Faktor 1 bzw. 3 schlüssig vollzogen werden. Die drei-faktorielle Lösung, welche 43% der Varianz erklärt, kann angenommen werden (vgl. Anhang D).

Die Überprüfung der N-GAMS hat gezeigt, dass der Fragebogen bei Osteopath*innen eingesetzt werden kann.

6.1.4 Auswahl der statistischen Testverfahren

Die Wahl der statistischen Testverfahren (vgl. 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37) erfolgte auf Basis der Forschungsfragen und der vorliegenden Skalenniveaus. So wurden Unterschiede mit dem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen (vgl. Forschungsfrage 2, Seite 28), Zusammenhänge mit der Pearson Korrelation berechnet (vgl. Forschungsfrage 3, Seite 28) und Einflüsse von Faktoren auf das

Geschlechterbewusstsein, die mit der eigenen Sozialisierung und Familiensituation zusammenhängen, mittels Varianzanalyse berechnet (Forschungsfrage 3, Seite 28) Die Voraussetzungen zur Durchführung der Testverfahren wurden vorab geprüft (vgl. 4.7.1 statistische Testverfahren, Seite 37).

6.1.5 Vor- und Nachteile der Fragebogenerhebung

Der Vorteil der Fragebogenerhebung liegt vor allem darin, dass in kurzer Zeit viele Osteopath*innen befragt werden konnten (Mummendey & Grau, 2008, S. 13). Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte anonym. So konnten zusätzlich durch den Wegfall eines Interviewers die Selbstdarstellungstendenzen und der Aspekt der sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten kontrolliert werden (Mummendey & Grau, 2008, S. 49).

Nicht kontrollier- und standardisierbar war allerdings das Setting bzw. die Untersuchungssituation. Ehrlichere Antworten sind zu erwarten, wenn der/die Befragte nicht abgelenkt ist, unter Zeitdruck steht bzw. motiviert ist, über die Frage nachzudenken (Mummendey & Grau, 2008, S. 39). In welcher Situation der Fragebogen ausgefüllt wurde, ist nicht nachvollziehbar. Das Durchhaltevermögen beim Ausfüllen und die Motivation sollte gesteigert werden, in dem auf das zur Beantwortung notwendige Zeitkontingent im Einladungstext hingewiesen wurde und der Fortschritt des Ausfüllens visuell nachvollziehbar war. (vgl. Anhang B).

Ein weiteres Problem bei der Fragebogenerhebung ist das Auftreten fehlender Werte (Rabung, 2010). Dieser Aspekt sollte kontrolliert werden, in dem für alle zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendigen Items mit der Option „Pflichtantwort“ versehen wurden. Die Studienteilnehmer*innen wurden somit auf das Fehlen einer Antwort durch das Programm hingewiesen. Diese Option wurde allerdings nach einiger Zeit von Seiten der Autorin dieser Arbeit deaktiviert, da ein Studienteilnehmer per E-Mail mitteilte, seinen Fragebogen nicht abschicken zu können. Trotzdem traten in der gesamten Befragung nach der Bereinigung der Daten nur 3 fehlende Werte auf, die mit dem paarweisen Fallausschluss aus den entsprechenden Bewertungen ausgeschlossen wurden (vgl. 4.7.2 Bereinigen der Daten, Seite 38).

Ein Nachteil der Fragebogenerhebung liegt darin, dass Proband*innen nicht die Möglichkeit haben, bei Unklarheiten nachzufragen bzw. hat der/die Studienleiter*in nicht die Möglichkeit, Erklärungen zu einzelnen Items abzugeben (Mummendey & Grau, 2008, S. 40). Ob aus diesem Grund einige Probanden die Umfrage vorzeitig abgebrochen haben, kann nicht ausgeschlossen werden. Weiters ist zu bedenken, dass die N-GAMS als ein Messinstrument zur Erfassung der Gender Awareness bei Medizinstudent*innen

entwickelt wurde. In der vorliegenden Studie wurden zur Wahrung der Güte die Statements in ihrer ursprünglichen Formulierung beibehalten, lediglich die Bezeichnung Arzt/Ärztin wurde durch Osteopath/Osteopathin ersetzt. Da die Formulierungen zusätzlich oft sehr lang und aufwändig sind, können eventuelle inhaltliche Unklarheiten und Missverständnisse von Seiten der Befragten nicht ausgeschlossen werden (vgl. Anhang A - Fragebogen).

Ursprünglich haben 474 Personen den Link zum Fragebogen geöffnet. 98 Personen haben den Fragebogen unvollständig ausgefüllt, weshalb diese Fragebögen aus der Analyse ausgeschlossen wurden. El-Menouar und Blasius (2005) beschreiben einen überdurchschnittlichen Drop-out bereits auf der ersten Seite der Befragung, was sich auch in der vorliegenden Erhebung zeigt (vgl. Seite 38).

El-Menouar und Blasius (2005) diskutieren Interesse am Thema und Neugierde als Hauptmotiv für die Teilnahme an einer Fragebogenerhebung. Auch ein Altruismus, um die Gruppe, der man angehört, zu unterstützen, wird als Motivation von den Autoren angegeben. Wird dieses Interesse bzw. die Neugierde bei den Studienteilnehmer*innen beim Ausfüllen des Fragebogens aufrechterhalten, wird dieser meist vollständig ausgefüllt. Als Grund für das vorzeitige Beenden der Erhebung wird auch die Länge des Fragebogens diskutiert. So werden Fragebögen mit mehr als 25 bis 30 Fragen überdurchschnittlich oft vorzeitig abgebrochen. Zudem führen technische Erschwernisse und lange Ladezeiten zu einem vorzeitigen Beenden der Umfrage (El-Menouar & Blasius, 2005). Der in dieser Erhebung eingesetzte Fragebogen umfasst 51 Items. Daher kann die Länge des Fragebogens unter anderem als wahrscheinliche Erklärung für das Abbrechen der Umfrage angenommen werden.

6.1.6 Vergleich der Berufsgruppen

Während Medizinstudent*innen bereits in einigen Ländern hinsichtlich ihres Geschlechterbewusstseins untersucht worden sind, ist die vorliegende Arbeit die erste, welche sich mit diesem Thema bei Osteopath*innen auseinandersetzt.

Die Beeinflussung des Geschlechterbewusstseins durch kulturelle und gesellschaftliche Faktoren war der Grund für Vergleiche der Gender Awareness von Medizinstudent*innen verschiedener Länder (Andersson et al., 2012; Steinböck et al., 2015). Ein Vergleich verschiedener Berufsgruppen im medizinischen Bereich, wie Osteopath*innen, Ärzt*innen oder Krankenpfleger*innen, innerhalb eines Landes ist ebenfalls interessant. Die Resultate dieses Vergleiches können als Indikator für berufsspezifische Rahmenbedingungen dienen (Çelik, 2009; Steinböck et al., 2015).

6.2 Inhaltlicher Aspekt der Indizes

Die Datenanalyse startete mit dem Ermitteln der Zusammenhänge zwischen der Gesamtskala GA und den drei Indizes GS, GRI-P und GRI-D. Anschließend wurden die Korrelationen zwischen der Geschlechtersensibilität und dem Geschlechterrollendenken gegenüber Patient*innen und gegenüber Osteopath*innen berechnet.

Bei den Osteopath*innen Österreichs besteht ein schwach negativer Zusammenhang zwischen Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypen gegenüber Patient*innen ($r = -0,211$, $p < 0,05$) und Osteopath*innen ($r = -0,194$, $p < 0,05$, vgl. Tabelle 3, Seite 46). Das bedeutet: je mehr Wissen ein Osteopath oder eine Osteopathin über den Einfluss des Geschlechts auf die osteopathische Behandlung hat und je besser er/sie auf die unterschiedlichen Anforderungen der Patienten und Patientinnen reagieren kann, desto weniger ist sein/ihr Tun von geschlechterstereotypen Haltungen beeinflusst. Die Korrelation der GS-Skala mit der Gesamtskala N-GAMS ist mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,262$ ($p < 0,05$) ebenfalls schwach ausgeprägt (zur Interpretation der Korrelation siehe Seite 37). Ein weit stärkerer signifikanter Zusammenhang zeigt sich allerdings zwischen der GRI-P-Skala und GA mit $r = 0,837$ ($p < 0,05$) und GRI-D Skala und der Gesamtskala N-GAMS mit $r = 0,799$ ($p < 0,05$, vgl. Tabelle 3, Seite 46), sowie zwischen den beiden GRI-Skalen ($r = 0,718$, $p < 0,05$, vgl. Tabelle 3). Anders ausgedrückt, scheinen Geschlechterstereotypen aufgrund der hohen Korrelation einer gemeinsamen Grundlage zu entspringen. Das Geschlechterbewusstsein scheint primär durch Geschlechterstereotypen repräsentiert zu sein. Im Vergleich mit vorangegangenen Studien wird ein schwach negativer Zusammenhang zwischen GS- und den GRI-Skalen in den Niederlanden ($r \leq -0,11$, $p < 0,05$) und Wien ($r = -0,08$, $p < 0,032$) gefunden (Steinböck et al., 2015; Verdonk et al., 2008), in Portugal und Deutschland präsentieren sich, durch das Fehlen einer Korrelation, die Geschlechtersensibilität und die Geschlechterstereotypen als zwei unabhängige Subdimensionen des Geschlechterbewusstseins (Landerer, 2010; Morais et al., 2020).

6.2.1 Diskussion der Ergebnisse für Geschlechterstereotypen

Während die Fragen der GS-Skala auf biologische und psychosoziale Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den unterschiedlichen Kommunikationsstilen der Geschlechter im klinischen Alltag abzielen, beinhalten die GRI-P und GRI-D-Skalen sowohl deskriptive wie auch präskriptive Stereotypen gegenüber Patient*innen und Osteopath*innen (vgl. 2.3.2.1 Was sind Stereotype, Seite 15).

Inhaltlich betrachtet sind die Stereotypen häufiger negativ gegenüber Frauen formuliert als gegenüber Männern, was eine hierarchische Struktur gemäß der hegemonialen Männlichkeit (Hauser, 2014, S. 21) abbildet. Als Beispiele seien Item GRIQ6: „Männliche Patienten sind weniger fordernd als weibliche Patienten“ oder Item GRIQ15: „Osteopathen sind effizienter als Osteopathinnen“ erwähnt (vgl. Anhang A). So impliziert die Zustimmung zu den Stereotypen, dass die Person einerseits Geschlechterunterschiede als gegeben annimmt, allerdings auch die dahinterliegende Hierarchie von ihr befürwortet wird (Andersson et al., 2012).

Legt man den Fokus auf das Geschlecht des Behandlers/der Behandlerin, kann kein signifikanter Einfluss auf die Gender Awareness im Allgemeinen und den Geschlechterstereotypen im Speziellen festgemacht werden. Im deskriptiven Vergleich scoren die Frauen auf der GRI-P Skala etwas niedriger als die Männer und mithilfe der ANOVA kann der Einfluss des Geschlechts auf die GRI-P Skala als Tendenz aufgezeigt werden (vgl. Tabelle 4, Seite 47 und Tabelle 6, Seite 48)

In der N-GAMS werden explizite Ansichten zu Geschlechterstereotypen untersucht, d.h. die Untersuchten werden offen befragt, was eine Bereitschaft der Befragten, ihre ehrliche Meinung preiszugeben, voraussetzt. Nach Steffens und Ebert (2016) können dabei Verzerrungen durch Mangel an Introspektionsfähigkeit oder im Sinne einer Beantwortung nach der sozialen Erwünschtheit entstehen. Implizite Stereotype hingegen werden direkt durch die Anwesenheit eines betroffenen Gruppenmitgliedes in einer entsprechenden Situation aktiviert, wie zum Beispiel im Zuge einer osteopathischen Behandlung durch die bestehende Geschlechterdyade. Diese Aktivierung erfolgt unbewusst und unkontrolliert (Steffens & Ebert, 2016, S. 25). Implizite Kognitionen können mit dem Impliziten Assoziationstest gemessen werden (Steffens & Ebert, 2016, S. 27), bleiben in dieser Fragebogenuntersuchung jedoch unberücksichtigt (vgl. Anhang A – Fragebogen). So können Osteopath*innen zwar die im Fragebogen formulierten Stereotypen ablehnen, im therapeutischen Setting jedoch von den impliziten Vorurteilen beeinflusst sein.

Studien zu expliziten Geschlechterstereotypen attestieren Frauen eher gleichberechtigte geschlechtsbezogene Haltungen als Männer (Steffens & Ebert, 2016, S. 27). Werden Frauen und Männer hinsichtlich ihrer impliziten Bewertungen verglichen, sind es die Frauen, denen von Frauen vermehrt positivere Eigenschaften zugeschrieben werden. Männer hingegen zeigen kein konsistentes Bewertungsverhalten hinsichtlich einer Bevorzugung eines Geschlechtes (Steffens & Ebert, 2016, S. 72).

Daraus ließe sich eine Begründung für den Unterschied in den Mittelwerten ableiten, aber auch dass die Wahrnehmung der Gruppe, der man selbst angehört (= Eigengruppe oder in-group), durch die eigene Selbstwahrnehmung beeinflusst ist, könnte als Ursache

angeführt werden. Nach Steffens und Ebert (2016) ist die Eigengruppe der Fremdgruppe (out-group) gegenübergestellt, in der alle anderen, welche kein Mitglied der eigenen Gruppe sind, repräsentiert sind. Jedes Individuum hat das Bestreben sich im Einklang mit dem Bild, das man von seiner Gruppe hat, zu verhalten bzw. werden Mitglieder der Eigengruppe positiver bewertet, als jene der Fremdgruppe (Marques et al., 1988; Steffens & Ebert, 2016, S. 57). Wie oben erwähnt sind die Vorurteile gegen Patient*innen und Osteopath*innen in der N-GAMS vor allem negativ gegenüber dem weiblichen Geschlecht gerichtet. Daraus lässt sich schließen, dass Frauen, in diesem Fall Osteopathinnen, negative Aussagen gegenüber ihrer eigenen Gruppe eher ablehnen.

Interessant ist, dass auch in den anderen Studien beim Explorieren des Einflusses vom Geschlecht auf die N-GAMS hauptsächlich ein Unterschied bezüglich der Geschlechterstereotypen gefunden wurde. Am Augenscheinlichsten ist dabei, dass immer Männer signifikant höhere Scores entweder bei den Geschlechterstereotypen gegenüber Patient*innen und/oder gegenüber Ärzt*innen erzielten (Andersson et al., 2012; Bert et al., 2022; Rrustemi et al., 2020; Steinböck et al., 2015; Verdonk et al., 2008). Als Begründungen werden von den Autor*innen die positivere Besetzung von Geschlechterstereotypen gegenüber Männern und dem weiterhin vorherrschenden tradierten Idealbild des männlichen Arztes spekuliert (Steinböck et al., 2015). In der Erhebung an deutschen Medizinstudent*innen konnte kein Einfluss des Geschlechts auf die Skalen der N-GAMS nachgewiesen werden (Landerer, 2010).

Bei der Betrachtung des Einflusses von Alter und Berufserfahrung in der vorliegenden Arbeit ist mittels ANOVA ein signifikanter Einfluss der Berufserfahrung auf die GRI-D Skala gezeigt worden, während auf der GRI-P- und GS-Skala eine Tendenz ersichtlich ist (vgl. Tabelle 8, Seite 50). Das Alter hat keinen signifikanten Einfluss auf das Geschlechterbewusstsein.

Bei der Berechnung der Korrelationsmatrix mit den Variablen Alter und Berufserfahrung mit den drei Skalen der N-GAMS wird ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter und der Berufserfahrung und GRI-P dargestellt. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Berufserfahrung steigen die Einstellungen zu Geschlechterstereotype gegenüber Patient*innen (vgl. Tabelle 7, Seite 50).

Mit der Geburt beginnt die Sozialisation eines Individuums durch Eltern, Peers, Schule und Medien. Ein Selbstkonzept entwickelt sich, das kulturelle und gesellschaftlich geprägte Stereotypen widerspiegelt (vgl. Geschlechterrollen, Seite 19). In jeder therapeutischen Interaktion wird nach dem Interaktionskonzept von Doing Gender das soziale Geschlecht Gender fortlaufend hergestellt, wo diese Stereotypen zu tragen kommen (Schöttle, 2019). Im Zuge der Berufsausübung nimmt der Erfahrungsschatz eines/einer

Osteopath*in mit jeder Behandlung zu. Der ständige Kontakt mit Patient*innen färbt dabei über die Zeit das Bild, das Osteopath*innen über Patient*innen verinnerlichen. Diese Genderstereotypen geben dem/der Therapeut*in Orientierung und helfen bei den Entscheidungsfindungen in der Behandlung (Schigl, 2019). Je länger demnach ein/eine Osteopath*in ihren Beruf bereits ausübt, desto mehr Schablonen über typisch weibliche oder männliche Patienten stehen dem/der Therapeut*in kognitiv zur Verfügung. Auch fachspezifische Fortbildungen und der Austausch mit Kolleg*innen könnten diese stereotypen Einstellungen festigen. Darin könnte ein Grund für die gefundenen Ergebnisse liegen.

In der Gesellschaft haben sich durch das Bestreben der Politik nach einer Gleichstellung der Geschlechter traditionelle Rollenbilder verändert, Frauen sind beruflich erfolgreich, sind an den Hochschulen präsent, Männer beanspruchen zunehmend die Väterkarenz, usw. Da Geschlechterstereotype von der Gesellschaft und deren Werten geformt werden, haben sich auch diese mit der Zeit verändert (Steffens & Ebert, 2016, S. 74). Ältere Studienteilnehmer*innen sind eher mit den traditionellen Rollenklischees aufgewachsen und sozialisiert worden, weshalb sie auch in diesem Zusammenhang eher den Stereotypen auf der GRI-P Skala zustimmen könnten.

Der Vergleich mit vorangegangenen Studien hinkt dahingehend, dass alle Proband*innen der bisherigen Erhebungen Medizinstudent*innen waren, deren Durchschnittsalter zwischen 20 und 25 Jahren liegt, während die Osteopath*innen ein Durchschnittsalter von 45,8 Jahren haben. Für den Vergleich mit der Berufserfahrung kann nur der erhobene Studienfortschritt, sprich Vergleich Studienanfang mit Studienende, herangezogen werden. Die Stichprobe der Osteopath*innen weist einen Durchschnitt von 10,6 Jahren Berufserfahrung auf.

Insgesamt wurden sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielt. Bezogen auf das Alter fanden Tober (2015), und Andersson et al. (2012) einen signifikanten Zusammenhang mit der Geschlechtersensibilität, in Deutschland wurde ein mittlerer Effekt des Alters auf die GS-Skala gezeigt (Landerer, 2010) und in der Schweiz wurde ein Trend in der GS-Skala gefunden (Rrustemi et al., 2020). Interessant war, dass in Italien sowohl die Scores auf der GRI-P als auch GRI-D Skala mit zunehmendem Alter der Proband*innen anstiegen, in der Schweiz erzielten die älteren Studienteilnehmer*innen hingegen niedrigere Scores auf den GRI-Skalen (Bert et al., 2022; Rrustemi et al., 2020). Dieser indirekt proportionale Zusammenhang zwischen Alter und GRI-P wurde auch in Schweden dargestellt (Andersson et al., 2012).

In der Studie an der MedUni Wien konnte weder ein Einfluss von Alter noch von Berufserfahrung auf das Geschlechterbewusstsein festgestellt werden, während Tober

(2015) einen signifikanten Einfluss von der Berufserfahrung auf die Geschlechtersensibilität finden konnte. Landerer (2010) bestätigt in ihrer Untersuchung einen signifikanten Zusammenhang der Berufserfahrung mit der GS-Skala. Morais et al. (2020) fanden einen schwach negativen Zusammenhang der Berufserfahrung mit den beiden Skalen zu den Geschlechterstereotypen und einen schwach positiven Zusammenhang mit der GS-Skala. Beim Betrachten der Ergebnisse darf nicht vergessen werden, dass das Durchschnittsalter der Proband*innen im Durchschnitt deutlich unter dem der Osteopath*innen lag (vgl. Punkt 5.3.4 vergleich – Student*innen der MedUni Wien und Osteopath*innen, Seite 56)

Die Analyse weiterer sozioökonomischer Faktoren mittels ANOVA zeigte einen Einfluss des Ausbildungsstatus der Mutter auf geschlechterstereotypischen Einstellungen gegenüber Patient*innen und Osteopath*innen, während der Ausbildungsstatus des Vaters keinen Einfluss auf das Geschlechterbewusstsein hat (siehe Tabelle 9, Seite 51) Die Kontrastanalyse, welche einen direkten Vergleich von der Lehre mit dem Hochschulabschluss priorisierte, verbesserte die Signifikanz auf der GRI-P Skala. Demnach führt ein Hochschulabschluss der Mutter zu weniger Geschlechterstereotypisierungen gegenüber Patient*innen (vgl. Tabelle 11, Seite 52).

Beim Vergleich des Bildungsstandes der österreichischen Bevölkerung bei Statistik Austria (2020) mit der Stichprobe dieser Studie (siehe Tabelle 16) ist zu sehen, dass die Eltern der Osteopath*innen häufiger Abschlüsse in höheren Schulen bzw. einen Universitätsabschluss haben als die Gesamtbevölkerung. Ob aus diesem Grund Osteopath*innen weniger geschlechtsspezifische Vorurteile vertreten, lässt sich mit diesem Vergleich allerdings nicht schlüssig beantworten.

Tabelle 16: Vergleich - Bildungsstand Eltern, österr. Gesamtbevölkerung 2020

	Mutter	Vater	Gesamtbevölkerung
Pflichtschule	18%	11%	17,5%*
Lehre	25%	36%	33%*
AHS; BHS	34%	27%	30,4%*
Hochschule	23%	26%	19,2%*

Anmerkung: * übernommen von *Bildungsstand der Bevölkerung*, Statistik Austria, 2020, <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerungs-undsoziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung>

Der Bildungsstand von Männern und Frauen wird häufig als Indikator für die Gleichstellung der Geschlechter verwendet (Europäische Kommission, 2022). So ist wegen dem höheren Bildungsstatus der Eltern von Osteopath*innen zu erwarten, dass diese in einem Umfeld aufgewachsen sind, in der die Geschlechtergleichstellung überdurchschnittlich gleichberechtigt gelebt wurde. Dies könnte ein Grund dafür sein, dass Teilnehmer*innen, deren Mütter eine Lehre oder den Pflichtschulabschluss als höchsten Bildungsstand aufweisen, zu mehr Vorurteilen gegenüber Patienten tendieren.

Die an den Osteopath*innen gefundenen Ergebnisse unterstützen die Resultate der schwedischen Untersuchung, wobei hier auch die Scores der GRI-Skalen mit einer höheren Bildung der Mutter sinken (Andersson et al., 2012).

An der Stichprobe der Grazer Medizinstudent*innen wurde ein Einfluss des Bildungsstandes beider Eltern auf die GRI-Skalen gefunden, so dass ein höherer Bildungsstatus der in einem Haushalt lebenden Personen zu weniger geschlechterstereotypem Denken führt (Tober, 2015).

Weitere sozioökonomische Variablen, die einen Einfluss auf die geschlechtsspezifischen Vorurteile der Studienteilnehmer*innen vermuten lassen, sind die Variable „Haben Sie Kinder“ und die Geschwisterposition des/der Osteopath*in in seiner/ihrer Ursprungsfamilie.

In der ANOVA wird ein signifikanter Einfluss der Geschwisterposition auf die GRI-D Skala dargestellt (vgl. Tabelle 12, Seite 53) Jene Befragten, welche in ihrer Ursprungsfamilie das jüngste Kind waren, sind am wenigsten voreingenommen gegenüber Mitgliedern ihrer eigenen Berufsgruppe.

Die Tatsache, dass die Studienteilnehmer*innen selbst Vater oder Mutter sind, bewirkt signifikant höhere Scores auf der GRI-D Skala (siehe Tabelle 13, Seite 53).

Diese Variablen wurden bisher in keiner der vorangegangenen Studien analysiert. Das Ergebnis unterstützt, dass bei der Entstehung von Geschlechternormen unterschiedliche kulturelle, soziale, gesellschaftliche und politische Faktoren Einfluss nehmen (vgl.S.19).

„Vorkenntnisse in der Gender Medizin“ ist wohl jene Variable, welche von jedem Menschen am leichtesten veränderbar ist. 45% der Studienteilnehmer*innen hatten sich bereits mit den Themen der Gender Medizin vertraut gemacht. Das geschlechtsspezifische Wissen der Befragten führt zu einer signifikant verbesserten Geschlechtersensibilität und reduziert signifikant geschlechterstereotype Vorannahmen über Patient*innen. Dieses Ergebnis bestätigt die im Kapitel zu Gender Awareness (vgl. Seite 12) beschriebene Steigerung der Geschlechtersensibilität durch Wissensvermittlung, die in einer authentischeren, stereotypen-ärmeren Beziehung zum/zur Patient*in mündet.

Forschungsergebnisse der Gender Medizin und Gender Studies in das Curriculum der Osteopathie Ausbildung einfließen zu lassen, in Fortbildungen auch das Geschlecht in Beziehung zu den vorgetragenen Inhalten zu stellen und bestehendes Wissen auf eventuelle Gender Bias zu untersuchen ist demnach sinnvoll und sollte bewusst umgesetzt werden.

In Italien führen Vorkenntnisse in der Gender Medizin zu einem Ansteigen der stereotypkonformen Haltungen sowohl gegenüber Patient*innen, wie auch gegenüber Ärzt*innen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem im Punkt 2.1 beschriebenen Effekt, dass durch die Gender Medizin das Ausbilden von Geschlechterstereotypen befeuert werden kann (vgl. Seite 10). In der Gender Medizin beschriebene Geschlechterunterschiede müssen hinsichtlich ihrer Ursache untersucht und interpretiert werden und sollen nicht zu Verallgemeinerungen über Männer und Frauen führen (Shannon et al., 2019).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein Großteil der in dieser Studie analysierten Variablen sich auf die Geschlechterstereotypen-Skala signifikant auswirken. Auch unterstützen die Ergebnisse, dass das Geschlechterbewusstsein in starkem Zusammenhang mit den Geschlechterstereotypen steht. Um das Geschlechterbewusstsein von Osteopath*innen zu stärken und ihre Geschlechterkompetenz zu verbessern, wäre es sinnvoll an einem Reflektieren und Reduzieren bestehender Vorurteile im Allgemeinen und Geschlechterstereotypen im Speziellen zu arbeiten (Rieder & Lohff, 2008, S. 24; Stenberg et al., 2021).

In dieser Umfrage wurden explizite Ansichten zu Geschlechterstereotypen untersucht. Auch wenn die Proband*innen versucht haben, ihre ehrliche Meinung wiederzugeben, besteht keine Garantie, dass in der Behandlungssituation nicht implizite Kognitionen unbewusst aktiviert werden. Steffens und Ebert (2016) beschreiben Strategien, wie man diese automatische Aktivierung der Stereotype unterdrücken kann. Nach Meinung der Autorinnen ist der erste Schritt die Stärkung der Motivation sich vorurteilsfrei zu verhalten (Steffens & Ebert, 2016, S. 30). Durch das Formulieren eines Verhaltenskodex, wie es auch die OEGO auf ihrer Webseite präsentiert, wird das vorurteilsfreie Verhalten als oberste Prämisse dargestellt. Die Osteopath*innen werden angehalten sich nach diesen Vereinbarungen zu verhalten. Eine weitere Vorgehensweise ist es, konkrete Umsetzungsabsichten zu bilden, um dadurch von der Kategorie „Geschlecht“ abzulenken. Konkret bedeutet das, dass der/die Osteopath*in einen geschlechtersensiblen Zugang zu seinen Patient*innen findet. Er/sie berücksichtigt das biologische Geschlecht und Gender soweit es notwendig ist und lässt sich von den Symptomen und Befunden und nicht vom Geschlecht des/der Patient*in in der Behandlung leiten (Steffens & Ebert, 2016, S. 30).

Das Aufzeigen kontra-stereotyper Vorbilder kann vor allem zur Reduktion von impliziten Stereotypen gegenüber der eigenen Berufsgruppe beitragen (Steffens & Ebert, 2016, S. 32). Es kann in der Ausbildung mit einem ausgeglichenen Anteil von weiblichen und männlichen Dozenten bei den Student*innen der Osteopathie ein vielfältigeres Bild, wie ein Osteopath/eine Osteopathin ist, entstehen. Dadurch können implizite Geschlechterstereotype v.a. gegenüber Berufskolleg*innen (Anm. der Verf.) reduziert werden (Steffens & Ebert, 2016, S. 33).

Weiters ist zu bedenken, dass Stereotype unter Zeitdruck und Stress vermehrt aktiviert werden und sie eine größere Tragweite haben, wenn kaum Informationen über Individuen zur Verfügung stehen. Je mehr individualisierte Information zu einer Person bekannt ist, desto weniger beeinflussen Geschlechterstereotypen die Eindrucksbildung (Hochleitner et al., 2012, S. 11; Steffens & Ebert, 2016, S. 41). So wird die Wichtigkeit eines gendersensiblen Anamnesegesprächs in den Vordergrund gerückt. In einem gendersensiblen Anamnesegespräch ist es von Bedeutung „Männer und Frauen hinsichtlich Symptomen, Darlegen von Beschwerden, Behandlung nicht als Einheit, als DEN MENSCHEN, sondern als Frauen und Männer in ihrer Lebenswelt zu begreifen“ (Hochleitner et al., 2012, S. 11). Damit kann das Ziehen voreiliger Schlüsse vermieden werden. Aber auch die Kenntnis von Forschungsergebnissen aus der Gender Medizin liefert Informationen zu einem Individuum und verhindert das Anwenden von Geschlechterstereotypen.

Hamberg et al. (2008) empfehlen für das Reflektieren der eigenen Haltungen Gruppendiskussionen mit Kolleg*innen, das Untersuchen von Fallbeispielen auf Geschlechteraspekte und das reflektierende Schreiben. Dabei soll analysiert werden, ob Entscheidungen getroffen, Fragen gestellt oder Handlungen gesetzt worden wären, hätte der/die Patient*in das gegenteilige Geschlecht gehabt (Hamberg, 2008).

6.2.2 Diskussion der Ergebnisse für die Geschlechtersensibilität

Um hohe Scores auf der Geschlechtersensibilität-Skala erzielen zu können, braucht es einerseits ein Wissen der Befragten, dass Geschlecht und Gender eine Auswirkung auf die osteopathische Behandlung haben und andererseits ein Wissen, dass die bestehende Gender-Dyade modulierend auf das therapeutische Setting und das Kommunikationsverhalten einwirkt. Zudem sind Kenntnisse über bestehende, geschlechtsspezifische Merkmale (Symptomatik, Schweregrad, Verlauf) von Erkrankungen erforderlich (vgl. 2.3.1 Gender Sensitivity, Seite 14).

Für die N-GAMS wurden bisher noch keine Normwerte festgelegt, anhand derer eine Quantifizierung des Geschlechterbewusstseins im Allgemeinen und der Geschlechtersensibilität und des Bestehens von Geschlechterstereotypen im Speziellen möglich wäre. Im Vergleich mit der Studie an den Wiener Medizinstudent*innen (welche die Hauptvergleichsstudie darstellt, da die Erhebung auch in Österreich stattgefunden hat) und mit den Studien in der Schweiz und in Italien (da diese Studien zeitnah zu dieser Erhebung stehen), erzielen die Osteopath*innen deutlich höhere Mittelwerte auf der GS-Skala (vgl. Tabelle 17). Ob diese Unterschiede statistisch signifikant sind, bedarf einer weiteren Untersuchung.

Tabelle 17: Mittelwerte GS - Osteopath*innen, Wien, Italien, Schweiz

	Mittelwert GS	
	weiblich	männlich
Osteopath*innen	4,07	4,15
Medizinstudent*innen Wien	3,71	3,77
Medizinstudent*innen Italien	3,86	3,73
Medizinstudent*innen Schweiz	3,62	3,7

Der Vergleich mit den vorher genannten Studien ist allerdings nur bedingt möglich, da die Stichproben bezüglich Geschlechterverteilung, Alter und Berufserfahrung sehr unterschiedlich sind (Bert et al., 2022; Rrustemi et al., 2020; Steinböck et al., 2015).

„Vorkenntnisse in der Gender Medizin“ ist die einzige Variable, die sich signifikant auf die Geschlechtersensibilität auswirkt. (vgl. Tabelle 14, Seite 56). Dieses Ergebnis stimmt mit den Erkenntnissen von Dielissen et al. (2009), Eisenberg et al. (2013) und Siller et al. (2018) überein. Siller et al. und Dielissen et al. zeigten in ihren Studien einen positiven Einfluss auf das Geschlechterbewusstsein durch Fortbildungen im Bereich der Gender Medizin in der Ausbildung bei medizinischen Gesundheitsberufen bzw. bei Allgemeinmediziner*innen. Auch Eisenberg et al. (2013) berichten über eine positive Auswirkung von Vorlesungen zu Gender Medizin auf die Geschlechtersensibilität, allerdings war dieser positive Effekt nach sieben Wochen nicht mehr nachweisbar.

Bei der Analyse des Einflusses des Geschlechts der Befragten auf die Geschlechtersensibilität ist eine Tendenz erkennbar (vgl. Tabelle 6, Seite 48). In der univariaten Varianzanalyse zeigt sich ebenso eine Tendenz mit der Variable Berufserfahrung (siehe Tabelle 8, Seite 50).

Die GS-Skala zeigt sich unbeeinflusst von den weiteren Variablen des sozioökonomischen Fragebogens wie Alter, Ausbildungsstatus Mutter/Vater, Geschwisterposition, Familienstand, Beziehungsstatus, Grundberuf, Bundesland, in dem die Osteopath*in arbeitet, wer an der Erziehung hauptbeteiligt war und ob der/die Befragte Kinder hat oder nicht.

Mit einem Blick auf die vorangegangenen Studien konnte in Italien ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich Geschlechtersensibilität festgemacht werden. Italienische Medizinstudent*innen weisen niedrigere Scores auf der GS-Skala auf (Bert et al., 2022). In den restlichen Erhebungen wurde kein Einfluss des Geschlechts gefunden.

Auf das Alter bezogen wird ein Ansteigen der Geschlechtersensibilität mit zunehmendem Alter von Tober (2015), Rustremi et al. (2020) und Landerer (2010) gefunden. Rustremi et al. beschreiben, dass die Werte auf der GS-Skala mit zunehmendem Alter höher werden, sich diese Werte allerdings mit der Zeit auf einem Niveau stabilisierten. Genaue Angaben, ab wann es zu dieser Stabilisierung kommt, ist aus der Studie nicht herauszulesen (Rustremi et al., 2020). Da in der Schweiz die Proband*innen ein Alter zwischen 18 und 32 Jahren aufwiesen, im Vergleich dazu das Durchschnittsalter der Osteopath*innen allerdings bei 45,8 Jahren liegt, könnte dieses Ergebnis den höheren Mittelwert der Osteopath*innen in der GS-Skala erklären. Demnach hat sich das Ansteigen der GS-Werte bedingt durch das Alter bei den Osteopath*innen bereits stabilisiert und war nicht weiter vom Alter beeinflusst.

Auch die Berufserfahrung zeigt einen Effekt auf die Geschlechtersensibilität. Während Landerer (2010) einen mittleren bis starken Effekt der Berufserfahrung auf die GS-Skala findet, berichten Morais et al. (2020) über einen schwachen Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und GS. In Graz haben die Medizinstudenten zu Beginn des Studiums niedrigere Werte auf der GS-Skala im Vergleich zu den Medizinstudentinnen. Die Geschlechtersensibilität steigt im selben Verhältnis bis zum Studienende (Tober, 2015).

Um die Hauptvergleichsstudie an der MedUni Wien hervorzuheben, sei erwähnt, dass die Geschlechtersensibilität weder durch das Geschlecht noch durch das Alter und der Berufserfahrung bei den Medizinstudent*innen beeinflusst ist.

Zu betonen ist auch das Ergebnis von Bert et al. (2022), wo ein Einfluss der Vorkenntnisse in der Gender Medizin, wie auch bei den Osteopath*innen, zu einer gesteigerten Geschlechtersensibilität führt. In Italien wurde zusätzlich der Effekt, dass die Tutor*innen Geschlecht und Gender in ihrem Unterricht berücksichtigt haben, auf die N-GAMS Subskalen überprüft, was ebenfalls zu einer Verbesserung der Geschlechtersensibilität geführt hat (Bert et al., 2022).

Im Folgenden möchte die Autorin dieser Arbeit auf mögliche Gründe der hohen Werte in der Geschlechtersensibilitätsskala eingehen. Die aktuellen Studien (Bert et al., 2022; Rustremi et al., 2020) weisen im Vergleich zu den ersten in den Jahren 2008 und 2012 durchgeführten Studien deutlich höhere Mittelwerte in der GS-Skala auf (vgl. Tabelle 17, Seite 73) Bei Verdonk et al. (2008) wurde ein Mittelwert von 3,43 bei beiden Geschlechtern und bei Andersson et al. (2012) ein Mittelwert von 3,37 bei den Frauen und 3,30 bei den Männern gefunden.

Basisbewegungen wie #MeToo gegen sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, @MenEngage, ein Netzwerk, welches die patriarchalische Männlichkeit transformiert oder #WhereLovesIllegal eine Organisation, welche sich für die Rechte von homosexuellen, bisexuellen und Transgender Personen einsetzt, treten mehr und mehr in die Öffentlichkeit (Gupta et al., 2019). In den Medien sind vermehrt Beiträge zu genderrelevanten Themen zu lesen. Politisch wurde die Strategie des Gender mainstreamig zur Gleichstellung der Geschlechter etabliert (Bundeskanzleramt, 2019). All das trägt dazu bei, dass das Geschlecht vermehrt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit dringt, dass Geschlechterrollen überdenkt und neu geformt werden (vgl. S.19). Dies kann mitunter dazu führen, dass die Proband*innen der aktuellen Erhebungen eine höhere Sensitivität für die Kategorie Geschlecht entwickelt haben.

Wie Tabelle 17 (Seite 73) allerdings zeigt, weisen die Osteopath*innen die höchsten Scores bei den Mittelwerten auf. Geschlechtersensibilität gilt als Schlüsselkomponente für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung (Celik et al., 2011; Lindsay et al., 2019; Verdonk et al., 2008). Die Osteopathie als patientenzentrierte Therapieform ist eine auf die Person gerichtete Medizin und stellt den Menschen in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses (Hruby et al., 2020, S. 7). So ist der/die Osteopath*in angehalten, psychosoziale Aspekte in seine/ihre Überlegungen und in Entscheidungsfindungsprozessen einfließen zu lassen und den Menschen in seiner Gesamtheit zu erfassen, was zur Geschlechtersensibilität beitragen kann. Hingegen wird in der Schulmedizin der Schwerpunkt der Behandlung auf physikalische und biochemische Prozesse im Körper gelegt und die Krankheit behandelt. Der Mensch tritt dabei eher in den Hintergrund (Hruby et al., 2020, S. 6). Zudem ist hinzuzufügen, dass die Studienteilnehmer*innen in

allen Vergleichsstudien Medizinstudent*innen sind und somit wenig praktische Erfahrung in der Behandlung am/an Patient*innen mitbringen.

In der Beurteilung der Ergebnisse geben Andersson et al. (2012) noch zu bedenken, dass die Statements der GS-Skala ein Bewusstsein für Geschlechterunterschiede widerspiegeln, was per se nicht bedeuten muss, dass der/die Befragte eine egalitäre Einstellung bezüglich Gender hat. Vielmehr kann „Geschlecht“ als wichtiges Unterscheidungsmerkmal wahrgenommen werden und so als Basis für das Geschlechterrollen-Denken dienen (Andersson et al., 2012; Verdonk et al., 2008).

Summa summarum ist festzuhalten, dass Osteopath*innen im Vergleich zu den Medizinstudent*innen bereits über eine hohe Geschlechtersensibilität verfügen. Die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie führen zu dem Schluss, dass durch Wissensvermittlung auf dem Gebiet der Gender Medizin eine differenziertere Sichtweise auf das Geschlecht und seinen Einfluss auf die Behandlung gewonnen werden kann. Dabei scheint es nach Bert et al. (2022) von Bedeutung zu sein, dass die Wissensvermittler ebenfalls die Dimension Geschlecht in der Gesundheitsversorgung als bedeutend erachten. So sollen geschlechtsspezifische Aspekte die Inhalte des Unterrichts, wenn es für ein breiteres Verständnis notwendig ist, bereichern. Zudem muss das bestehende Wissen vor allem bezogen auf die für die Osteopathie relevanten Beschwerdebilder und Erkrankungen, aber auch Fachbücher auf Geschlechterverzerrungen untersucht und gegebenenfalls revidiert werden.

Lindsay et al.(2019) bestätigen, dass ein gender-sensitives Training das Potential hat, die Geschlechtersensibilität von Praktizierenden im Gesundheitssystem zu verbessern.

6.3. Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde das Geschlechterbewusstsein von österreichischen Osteopath*innen und zum Geschlechterbewusstsein beitragende Faktoren aus dem sozioökonomischen Umfeld analysiert.

Die Osteopath*innen wiesen in Vergleich mit vorangegangenen Studien die höchsten Werte in der Gender Sensitivity Skala auf und haben die zweitniedrigsten Werte für Geschlechterstereotypen, d.h. Osteopath*innen haben insgesamt ein gutes Geschlechterbewusstsein, was für eine hohe Geschlechterkompetenz spricht.

Die erzielten Ergebnisse unterstreichen jedoch auch die Wichtigkeit und den positiven Effekt von genderrelevanten Kenntnissen auf das Geschlechterbewusstsein. So sollte weiterhin an der Etablierung dieses Wissens in der Berufsgruppe der Osteopath*innen

gearbeitet werden. In der Grundausbildung, aber auch in Weiterbildungen soll dem Geschlecht inhaltlich Rechnung getragen werden, indem relevante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Physiologie, Anatomie, im Schmerzverhalten und in der Symptomatik hervorgehoben werden. Der Fokus darf dabei jedoch nicht zu eng, sprich nur das Geschlecht betreffend, gehalten werden, da hinsichtlich der Intersektionalität auch andere soziale Marker wie Alter, sozioökonomischer Status und Ethnie zu behandeln sind (vgl. Seite 9). Eine weiterführende Studie könnte sich mit dem Thema beschäftigen, wie Genderaspekte am effizientesten in die Ausbildung bzw. Weiterbildung integriert werden kann.

Weiters ist bestehendes, für die Osteopathie relevantes, Wissen auf Geschlechterverzerrungen zu untersuchen. Als Beispiel soll hierfür das von Hoehle (2019) verfasste Review dienen, in dem der oder die Autor*in Geschlechterverzerrungen bei der Beckenbodenbehandlung im Rahmen von Schmerzsyndromen im Lenden-Beckenbereich analysiert (Hoehle, 2019).

Zudem soll der Fokus auch auf das Reduzieren von geschlechtsspezifischen Vorurteilen gegenüber Patient*innen gelegt werden. Geschlecht beeinflusst häufig unbewusst unser Tun und Handeln und bedarf einer kritischen Betrachtung und Reflexion. So sollten Osteopath*innen regelmäßig ihr Tun nach geschlechtersensiblen Gesichtspunkten reflektieren, um den Einfluss des Geschlechts auf die Entscheidungsfindung herauszuarbeiten. Eine Möglichkeit wäre in Gruppendiskussionen mit Kolleg*innen Fallbeispiele nach geschlechterspezifischen Aspekten zu diskutieren. Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei den Vortragenden in der Osteopathie Ausbildung reduziert zusätzlich das Ausbilden impliziter Geschlechterstereotypen (vgl. Seite 72).

Die N-GAMS erfasst das Geschlecht als dichotome Variable. Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem angeborenen Geschlecht übereinstimmt, werden nicht berücksichtigt. Auch dieser Aspekt der Geschlechtssensibilität kann Thema einer weiteren Untersuchung sein.

Abschließend ist zu bemerken, dass Sex und Gender wichtige Kategorien sind, die es in der Behandlung zu berücksichtigen gilt. Einerseits, um einer patientenzentrierten Vorgehensweise gerecht zu werden und andererseits, um durch eine gleichgestellte und gerechtere Versorgung der männlichen und weiblichen Patienten zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden beizutragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Akşehirli Seyfeli, M. Y., Baykan, Z., Naçar, M., Şafak, E. D., & Çetinkaya, F. (2019). Validity and Reliability of the Turkish Version of “Nijmegen-Gender Awareness in Medicine scale”. *Istanbul Medical Journal*, 20(5), 382–388. <https://doi.org/10.4274/imj.galenos.2019.45556>
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Alcalde-Rubio, L., Hernández-Aguado, I., Parker, L. A., Bueno-Vergara, E., & Chilet-Rosell, E. (2020). Gender disparities in clinical practice: Are there any solutions? Scoping review of interventions to overcome or reduce gender bias in clinical practice. *International Journal for Equity in Health*, 19, 166. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01283-4>
- Andersson, J., Verdonk, P., Johansson, E. E., Lagro-Janssen, T., & Hamberg, K. (2012). Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students—Results from a questionnaire. *BMC Medical Education*, 12(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-3>
- Benning, V. (2022, 24.Mai). *Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnen und interpretieren*. Scribbr. <https://www.scribbr.de/statistik/korrelationskoeffizient/>
- Berger, U. (2021). Ist Sexismus ein Forschungsthema in der Gesundheitsversorgung? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 71(12), 528–530. <https://doi.org/10.1055/a-1684-5354>
- Bert, F., Boietti, E., Rousset, S., Pompili, E., Tibaldeo, E. F., Gea, M., Scaioli, G., & Siliquini, R. (2022). Gender sensitivity and stereotypes in medical university students: An Italian cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(1), e0262324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262324>

- Bewley, S., McCartney, M., Meads, C., & Rogers, A. (2021). Sex, gender, and medical data. *BMJ*, 372, n735. <https://doi.org/10.1136/bmj.n735>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). Quantitative Methoden der Datenerhebung. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (S. 137–293). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-33306-7_4
- Bundeskanzleramt. (2019). *Gender Mainstreaming und Gender Budgeting—Bundeskanzleramt Österreich*. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/frauen-und-gleichstellung/gender-mainstreaming-und-budgeting.html>
- Çelik, H. (2009). *Gender Sensitivity in Health Care Practices: From Awareness to Action*.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T. A. L. M., Widdershoven, G. G. A. M., & Abma, T. A. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.016>
- Chilet-Rosell, E., & Hernández-Aguado, I. (2021). Solving gender gaps in health, what else is missing? *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.002>
- Chung, Y.-C., Lin, C.-Y., Huang, C.-N., & Yang, J.-H. (2013). Perceptions on gender awareness and considerations in career choices of medical students in a medical school in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29(11), 629–635. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2013.01.014>
- DATAtab Team. (2022). *T-Test, Chi-Quadrat, ANOVA, Regression, Korrelation...* <https://datatab.de/tutorial/stichprobengröße-rechner>
- Dielissen, P. W., Verdonk, P., Bottema, B. J., & Lagro-Janssen, T. L. (2009). Evaluating the teaching of gender-specific medicine in postgraduate training for general practitioners: Gender-specific medicine in GP training. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1226–1229. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01183.x>

- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *BMJ*, 323(7320), 1061–1063. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>
- Eisenberg, K., Dahlstrom, J., Carnovale, A., Neeman, T., & Ellwood, D. (2013). Gender awareness in a medical curriculum: Surveying final year students undertaking a Women's Health rotation. *Medical Teacher*, 35(11), 970–971. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.786818>
- El-Menouar, Y., & Blasius, J. (2005). Abbrüche bei Online-Befragungen: Ergebnisse einer Befragung von Medizinern. *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung*, 56, 70–92.
- Europäische Kommission. (2022). *Strategie für die Gleichstellung der Geschlechter* [Text]. EU-Kommission - European Commission. https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_de
- Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen. (2016a). *Gender norms*. Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen. <https://eige.europa.eu/de/taxonomy/term/1194>
- Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen. (2016b). *Gender sensibility*. Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen. <https://eige.europa.eu/de/taxonomy/term/1218>
- Flandorfer, P. (2022, 1.Juni). *Cronbachs Alpha berechnen und interpretieren*. Scribbr. <https://www.scribbr.de/statistik/cronbachs-alpha/>
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of personality and social psychology*, 82, 878–902. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.878>
- Fryer, G., Morse, C. M., & Johnson, J. C. (2009). Spinal and sacroiliac assessment and treatment techniques used by osteopathic physicians in the United States. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 3(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-3-4>

- Gadebusch Bondio, M., & Katsari, E. (Hrsg.). (2014). „Gender-Medizin“: Krankheit und Geschlecht in Zeiten der individualisierten Medizin. Transcript.
- Gattino, S., De Piccoli, N., Grosso, M., Miozzo, S., Tanturri, G., & Rollero, C. (2020). Awareness of gender medicine among family doctors. A field investigation. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1624354>
- Govender, V., & Penn-Kekana, L. (2008). Gender biases and discrimination: A review of health care interpersonal interactions. *Global Public Health*, 3(sup1), 90–103. <https://doi.org/10.1080/17441690801892208>
- Gupta, G. R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Buse, K., Mehra, R., Bah, C. A., Heise, L., Greene, M. E., Weber, A. M., Heymann, J., Hay, K., Raj, A., Henry, S., Klugman, J., & Darmstadt, G. L. (2019). Gender equality and gender norms: Framing the opportunities for health. *The Lancet*, 393(10190), 2550–2562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30651-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30651-8)
- Haas, M. L., & Moore, K. (2007). Osteoporosis: An invisible, undertreated, and neglected disease of elderly men. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1–2), 61–73, table of contents. https://doi.org/10.1300/J084v19n01_05
- Hamberg, K. (2008). Gender Bias in Medicine. *Women's Health*, 4(3), 237–243. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Hamberg, K., Risberg, G., Johansson, E. E., & Westman, G. (2002). Gender Bias in Physicians' Management of Neck Pain: A Study of the Answers in a Swedish National Examination. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(7), 653–666. <https://doi.org/10.1089/152460902760360595>
- Hammarström, A., & Annandale, E. (2012). A Conceptual Muddle: An Empirical Analysis of the Use of 'Sex' and 'Gender' in 'Gender-Specific Medicine' Journals. *PLOS ONE*, 7(4), e34193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034193>

- Hannover, B., & Wolter, I. (2017). Geschlechtsstereotype: Wie sie entstehen und sich auswirken. In B. Kortendiek, B. Riegraf, & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1–10). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12500-4_16-1
- Hauser, S. (2014). *Das Konzept der hegemonialen Männlichkeit und sein Verhältnis zur Empirie*. GRIN Verlag.
- Hawkes, S., & Buse, K. (2013). Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, 381(9879), 1783–1787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
- Hochleitner, M., Siller, H., Würtl, C., Dubinska, Z., Sommer, F., Normann, S., Schehl, J., Hotter, K., & Universität Innsbruck. (2012). *Handbuch zum gendersensiblen Anamnesebogen*.
- Hoehle, A. (2019). Is there gender bias in the research of treatment of the pelvic floor in lumbo-pelvic pain syndromes? A structured literature review. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). European School of Osteopathy.
- Hruby, R., Tozzi, P., Lunghi, C., & Fusco, G. (2020). *Die fünf Modelle der Osteopathie*. Elsevier Health Sciences.
- Kautzky-Willer, A. T. & A. (2015, August 16). *Gender Medizin*. Gender Glossar. <https://www.gender-glossar.de/post/gender-medizin>
- Kortendiek, B., Riegraf, B., & Sabisch-Fechtelpeter, K. (Hrsg.). (2019). *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Springer VS.
- Landerer, V. L. (2010). Geschlechterbewusstsein im Medizinstudium—Ein Beitrag zur deutschen Adaptierung der „Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS)“. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Freiburg: Universität Freiburg.
- Liem, T., Dobler, T. K., & Abehsera, A. (Hrsg.). (2010). *Leitfaden Osteopathie: Parietale Techniken*; (3., überarb. Aufl). Elsevier, Urban & Fischer.

- Lindsay, S., & Kolne, K. (2020). The training needs for gender-sensitive care in a pediatric rehabilitation hospital: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20(1), 468. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02384-y>
- Lindsay, S., Rezai, M., Kolne, K., & Osten, V. (2019). Outcomes of gender-sensitivity educational interventions for healthcare providers: A systematic review. *Health Education Journal*, 78(8), 958–976. <https://doi.org/10.1177/0017896919859908>
- Lippka, M.-M. (2015). *Leitfaden Kommunikation im therapeutischen Alltag: Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie: von A wie Aktives Zuhören bis Z wie Zeitdruck*. München: Urban & Fischer.
- Marques, J. M., Yzerbyt, V. Y., & Leyens, J.-P. (1988). The “Black Sheep Effect”: Extremity of judgments towards ingroup members as a function of group identification. *European Journal of Social Psychology*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180102>
- Miller, V. M., Rice, M., Schiebinger, L., Jenkins, M. R., Werbinski, J., Núñez, A., Wood, S., Viggiano, T. R., & Shuster, L. T. (2013). Embedding Concepts of Sex and Gender Health Differences into Medical Curricula. *Journal of Women’s Health*, 22(3), 194–202. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4193>
- Morais, R., Bernardes, S. F., & Verdonk, P. (2020). Gender awareness in medicine: Adaptation and validation of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale to the Portuguese population (N-GAMS). *Advances in Health Sciences Education*, 25(2), 457–477. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09936-y>
- Morais, R., Bernardes, S., & Verdonk, P. (2022). What is gender awareness in health? A scoping review of the concept, its operationalization, and its relation to health outcomes. *Women & Health*, 1–24. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2041150>
- Mummendey, H. D., & Grau, I. (2008). *Die Fragebogen-Methode* (5., überarb. und erw. Aufl). Hogrefe.

- Österreichische Gesellschaft für Osteopathie. (2020). *OPERA-Ergebnisse-mit-Verzeichnis.pdf*. <https://www.oego.org/wp-content/uploads/2021/04/OPERA-Ergebnisse-mit-Verzeichnis.pdf>
- Oertelt-Prigione, S., & Hiltner, S. (2018). Medizin: Gendermedizin im Spannungsfeld zwischen Zukunft und Tradition. In B. Kortendiek, B. Riegraf, & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S. 1–10). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12500-4_139-1
- Osteopathic International Alliance. (2020). *The OIA Global Report: Global Review of Osteopathic Medicine and Osteopathy 2020 – Osteopathic International Alliance*. <https://oialliance.org/the-oia-global-report-global-review-of-osteopathic-medicine-and-osteopathy-2020/>
- Parker, R. (2016). The representation and production of visual gender bias in anatomy images and its effects on student attitudes. *University of Wollongong Thesis Collection 1954-2016*. <https://ro.uow.edu.au/theses/4873>
- Parker, R., Larkin, T., & Cockburn, J. (2017). A visual analysis of gender bias in contemporary anatomy textbooks. *Social Science & Medicine*, 180, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.032>
- Pfeiffer, F. (2022, 7. Februar). *Querschnittstudie vs. Längsschnittstudie in der Abschlussarbeit*. *Scribbr*. <https://www.scribbr.de/methodik/querschnittsstudie-laengsschnittstudie/>
- Proctor, G. (2008). Gender Dynamics in Person-Centered Therapy: Does gender matter? / Gender-Dynamik in der Personzentrierten Therapie: Ist das Geschlecht von Bedeutung? / Dinámicas de género en la terapia centrada en la persona: ¿El género, importa? / Le Genre dans l'ACP: quelles dynamiques? / Dinâmica de género na Terapia Centrada na Pessoa: o género é importante? /. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(2), 82–94. <https://doi.org/10.1080/14779757.2008.9688455>

- Rabung, S. (2010). Was tun bei fehlenden Werten? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(12), 485–486. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248610>
- Rathbone, T., Truong, C., Haldenby, H., Riazi, S., Kendall, M., Cimek, T., & Macedo, L. G. (2020). Sex and gender considerations in low back pain clinical practice guidelines: A scoping review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 6(1), e000972. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000972>
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *EMBO Reports*, 13(7), 596–603. <https://doi.org/10.1038/embor.2012.87>
- Rieder, A., & Lohff, B. (Hrsg.). (2008). *Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis* (2., überarb. und erw. Aufl). Springer.
- Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
- Rrustemi, I., Locatelli, I., Schwarz, J., Lagro-Janssen, T., Fauvel, A., & Clair, C. (2020). Gender awareness among medical students in a Swiss University. *BMC Medical Education*, 20(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02037-0>
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 51(2), 106–109. <https://doi.org/10.1136/jech.51.2.106>
- Salgado, D. M., Vogt, D. S., King, L. A., & King, D. W. (2002). Gender Awareness Inventory-VA: A Measure of Ideology, Sensitivity, and Knowledge Related to Women Veterans' Health Care. *Sex Roles*, 46(7), 247–262. <https://doi.org/10.1023/A:1020171416038>
- 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 & Management*, 2018, 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>

- Schigl, B. (2019). Gender als notwendige Perspektive psychotherapeutischen Handelns. *Psychotherapie Forum*, 23(1), 18–24. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0109-y>
- Schopper, M., Fleckenstein, J., & Irnich, D. (2013). Geschlechtsspezifische Aspekte bei akuten und chronischen Schmerzen: Implikationen für Diagnose und Therapie. *Der Schmerz*, 27(5), 456–466. <https://doi.org/10.1007/s00482-013-1361-7>
- Schöttle, S. (2019). Stereotype, Doing Gender und politische Partizipation. In S. Schöttle (Hrsg.), *Politische Online-Partizipation und soziale Ungleichheit: Eine empirische Studie mit Gender-Fokus* (S. 79–100). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28154-0_5
- Shannon, G., Jansen, M., Williams, K., Cáceres, C., Motta, A., Odhiambo, A., Eleveld, A., & Mannell, J. (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: Where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 393(10171), 560–569. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)
- Sieverding, M., & Kendel, F. (2012). Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1118–1124. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1543-y>
- Sieverding, M., & Weidner, G. (2005). *Cardiovascular Reactivity in a Simulated Job Interview: The Role of Gender Role Self-Concept*. 10.
- Siller, H., Komlenac, N., Fink, H., Perkhofer, S., & Hochleitner, M. (2018). Promoting gender in medical and allied health professions education: Influence on students' gender awareness. *Health Care for Women International*, 39(9), 1056–1072. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1395881>
- Statistik Austria. (2020). *Bildungsstand der Bevölkerung—STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager*. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bildung/bildungsstand-der-bevoelkerung>

- Steffens, M. C., & Ebert, I. D. (2016). *Frauen - Männer - Karrieren: Eine sozialpsychologische Perspektive auf Frauen in männlich geprägten Arbeitskontexten*. Springer Fachmedien.
- Steinböck, S., Lydtin, S., Hofhansl, A., & Kautzky-Willer, A. (2015). Gender Awareness bei Medizinstudierenden der Medizinischen Universität Wien. Eine empirische Analyse von Geschlechtersensibilität und Geschlechterstereotypisierungen. *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*, 21(2), 91–112. <https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20938>
- Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A., & Ahlgren, C. (2012). "Getting confirmation": Gender in expectations and experiences of healthcare for neck or back patients. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(2), 163–171. <https://doi.org/10.2340/16501977-0912>
- Stenberg, G., Fjellman-Wiklund, A., Strömbäck, M., Eskilsson, T., From, C., Enberg, B., & Wiklund, M. (2021). Gender matters in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1970867>
- Szekeres, E. K. (2005). Sprachlicher Sexismus und sprachliches Gender Mainstreaming im Fokus der Europäischen Sprachpolitik. *European Integration Studies*, IV(2), 25–44. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=222152>
- Tober, J. M. (2015). Gender Awareness bei Studierenden der Humanmedizin an der medizinischen Universität Graz. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universitätsklinik für *Psychiatrie*.
- United Nations Women. (2010a). *OSAGI Gender Mainstreaming*. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/gendermainstreaming.htm>
- United Nations Women. (2010b). *OSAGI Gender Mainstreaming—Concepts and definitions*. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>
- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., De Haes, H. C. J. M., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2008). Medical Students' Gender Awareness. *Sex Roles*, 58(3), 222–234. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9326-x>

- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., De Haes, H. C. J. M., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education, 14*(1), 135–152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- von Piekartz, H., & Zalpour, C. (2021). Müde Witwe – Red Flags erkennen. *physiopraxis, 19*(01), 24–31. <https://doi.org/10.1055/a-1255-6842>
- Wagner, G. (2018). Frauen in der osteopathischen Praxis. *DO - Deutsche Zeitschrift für Osteopathie, 16*(01), 24–28. <https://doi.org/10.1055/s-0043-121261>
- Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F. K. H., Baldi, P., & Brunak, S. (2019). Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nature communications, 10*(1), 1–14.
- Williams, A., Lyeo, J. S., Geffros, S., & Mouriopoulos, A. (2021). The integration of sex and gender considerations in health policymaking: A scoping review. *International Journal for Equity in Health, 20*(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01411-8>
- World Health Organization. (2010). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: Benchmarks for training in osteopathy*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44356>
- World Health Organization. (2021). *Gender and Health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	tabellarische Darstellung der Stichprobe	42
Tabelle 2:	Mustermatrix, Strukturmatrix der cFA	44
Tabelle 3:	Korrelation zw. GS, GRI-P, GRI-D und GA.....	46
Tabelle 4:	deskriptive Statistik - Unterschied Osteopath/Osteopathin	47
Tabelle 5:	Geschlechterunterschied in den Skalen GS, GRI-P, GRI-D.....	48
Tabelle 6:	ANOVA - Varianzanalyse Geschlecht.....	48
Tabelle 7:	Pearson Korrelation - GS, GRI-P, GRI-D mit Berufserfahrung, Alter.....	50
Tabelle 8:	ANOVA - Varianzanalyse - Berufserfahrung, Alter.....	50
Tabelle 9:	ANOVA - GS, GRI-P, GRI-D - höchste Ausbildung der Mutter/Vater	51
Tabelle 10:	Kontrastanalyse – höchste abgeschlossene Ausbildung der Mutter	51
Tabelle 11:	Kontrastanalyse - GRI-P, GRI-D und Ausbildung Mutter	52
Tabelle 12:	Mittelwerte auf GRI-D und ältestes, mittleres, jüngstes Kind.....	53
Tabelle 13:	Mittelwert Vergleich - GS, GRI-P, GRI-D mit "Haben Sie Kinder?"	53
Tabelle 14:	Mittelwert Vergleich - GS, GRI-P, GRI-D mit "Vorkenntnisse in der Gender Medizin	56
Tabelle 15:	Mittelwerte Osteopath*innen/Medizinstudent*innen - Geschlecht.....	57
Tabelle 16:	Vergleich - Bildungsstand Eltern, österr. Gesamtbevölkerung 2020	69
Tabelle 17:	Mittelwerte GS - Osteopath*innen, Wien, Italien, Schweiz	73

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verteilung - Berufssitz der Osteopath*innen nach Bundesland.....	41
Abbildung 2: Boxplot - Berufserfahrung bei Osteopathinnen und Osteopathen	41
Abbildung 3: Boxplot - GS und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"	54
Abbildung 4: Boxplot - GRI-P und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"	54
Abbildung 5: Boxplot - GRI-D und "Vorkenntnisse in der Gender Medizin"	55

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

α	Signifikanzniveau
Abb.	Abbildung
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
Anm. d. Verf.	Anmerkung der Verfasserin
ANOVA	Analysis of Variance (Varianzanalyse)
cFA	konfirmatorische Faktorenanalyse
DATATab	Onlinestatistikrechner
df	degree of freedom (Freiheitsgrad)
EIGE	Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen
F	F-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität
GA	Gender Awareness, Geschlechterbewusstsein
GAI-VA	Gender Awareness Inventory-Veterans Affairs
GRI-D	Geschlechterstereotype gegenüber Osteopath*innen (Gender-Role-Ideology towards doctors)
GRI-P	Geschlechterstereotype gegenüber Patient*innen (Gen- der-Role Ideology towards patients)
GRIQ2 -12	Items der Gender-Role Ideology towards patients-Skala
GRIQ13-20	Items der Gender-Role-Ideology towards doctors Skala
GS	Gender Sensitivity, Geschlechtersensibilität
GSQ 2-13	Items der Gender Sensitivity-Skala
HVLA-Techniken	High Velocity Low Amplitude Techniken
IAO	International Academy of Osteopathy
IBM SPSS V 28	Statistiksoftware der Firma IBM
Kap.	Kapitel
MedUni	Medizinische Universität
N	Stichprobengröße
N-GAMS	Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale
NMS	neue Mittelschule
OEGO	Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
OIA	Osteopathic International Alliance
OPERA	Osteopathic Practitioners Estimates and Rates Datenerhebungsstudie zur Arbeit von Osteopath*innen
p-Wert	Signifikanzwert

r	Korrelationskoeffizient
Sign.	Signifikanz
Std.-Abweichung	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organization
WSO	Wiener Schule für Osteopathie
UN	United Nations
z-Wert	Standardwert

ANHANG A – FRAGEBOGEN

Geschlechterbewusstsein

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft den Fragebogen auszufüllen. Sie werden dafür 10 Minuten benötigen.

Der Fragebogen erfasst Ihre persönliche Meinung, d.h. es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt anonym.

Sie können das Ausfüllen des Fragebogens bei Bedarf unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

Viel Spaß!

In dieser Umfrage sind 54 Fragen enthalten

In den folgenden Fragen geht es darum, Hintergrundinformationen zu Ihrer Person zu erheben

1. Haben Sie Ihren Wohnsitz in Österreich

Bitte wählen Sie einer der folgenden Antworten aus:

ja

nein

2. Haben Sie Ihren Berufssitz in Österreich

Bitte wählen Sie einer der folgenden Antworten aus:

ja

nein

3. Umfasst Ihre Osteopathie Ausbildung einen Mindestumfang von 1500 Stunden

Bitte wählen Sie einer der folgenden Antworten aus:

ja

nein

4. In welchem Bundesland leben Sie?

- Wien
- Niederösterreich
- Oberösterreich
- Salzburg
- Tirol
- Vorarlberg
- Kärnten
- Steiermark
- Burgenland

5. Bitte geben Sie das Jahr Ihrer klinischen Abschlussprüfung ein

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie die Antwort hier ein:

6. Was war Ihre Grundausbildung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

- Studium der Humanmedizin
- Ausbildung zur Physiotherapeut*in
- andere Ausbildung

7. Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich
- divers

8. Wie alt sind Sie?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie die Antwort hier ein:

9. In welchem Beziehungsstatus leben Sie?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

alleinstehend

in Partnerschaft lebend

in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft lebend

10. Wie ist Ihr Familienstatus

Single

verheiratet

geschieden

verwitwet

11. Haben Sie Kinder?

Bitte wählen Sie einer der folgenden Antworten aus:

ja

nein

12. Was war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihrer Mutter?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

Volksschule/neue Mittelschule (NMS)

Lehre

Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)

Berufsbildende höhere Schule

Hochschulabschluss

13. Was war die höchste abgeschlossene Ausbildung Ihres Vaters?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

Volksschule/neue Mittelschule (NMS)

Lehre

Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)

Berufsbildende höhere Schule

Hochschulabschluss

14. Wer war an Ihrer Erziehung hauptbeteiligt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

beide Elternteile

nur Mutter

nur Vater

Sonstige

15. Haben Sie Geschwister?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

ja

nein

16. Wie viele Brüder haben Sie?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie die Antwort hier ein:

17. Wie viele Schwestern haben Sie?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie die Antwort hier ein:

18. In welcher Reihenfolge stehen Sie in der Altersreihenfolge Ihrer Geschwister?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

ich bin das älteste Kind

ich bin das mittlere bzw. eines der mittleren Kinder

ich bin das jüngste Kind

19. Haben Sie sich bereits persönlich mit dem Thema Gender Medizin auseinandergesetzt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus

ja

nein

N-GAMS

Im Folgenden sind verschiedenen Aussagen zu „Geschlechterunterschieden in der Medizin“ aufgeführt. Schätzen Sie bitte ein, wie gut diese Aussage für Sie persönlich zutrifft und kreuzen Sie das Kästchen an.

stimme ganz und gar nicht zu	--
stimme überwiegend nicht zu	-
stimme teils zu/ teils nicht	- +
stimme überwiegend zu	+
stimme voll und ganz zu	+ +

GSQ 2	Medizinisches Wissen über Geschlechterunterschiede in Bezug auf Krankheit und Gesundheit erhöht die Qualität der osteopathischen Behandlung.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 3	Osteopathinnen/Osteopathen sollten nur biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen ansprechen.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 4	Bei nicht-geschlechtsspezifischen Beschwerden spielt das Geschlecht des Patienten keine Rolle.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 5	Eine Osteopathin/Osteopath sollte sich weitestgehend auf rein körperliche Aspekte von Gesundheitsbeschwerden von Männern und Frauen beschränken.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 6	Osteopathinnen/Osteopathen müssen nicht wissen, was im Leben von Männern und Frauen vor sich geht, um behandeln zu können.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 7	Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen sind zu gering, um relevant zu sein	--	-	- +	+	+ +
GSQ 8	Gerade, weil Männer und Frauen unterschiedlich sind, sollten Osteopathinnen/Osteopathen alle gleich behandeln.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 9	Osteopathinnen/Osteopathen, die Geschlechterunterschiede ansprechen, befassen sich nicht mit den wichtigen Themen.	--	-	- +	+	+ +
GSQ 10	In der Kommunikation mit Patienten spielt es für die Osteopathin/ den Osteopathen keine Rolle, ob die Patienten männlich oder weiblich sind.	--	-	- +	+	+ +

GSQ 11	In der Kommunikation mit Patienten spielt es keine Rolle, ob der Osteopath männlich oder weiblich ist.	--	-	--	+	++
GSQ 12	Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten sind so gering, dass Osteopathinnen/ Osteopathen sie kaum berücksichtigen können.	--	-	--	+	++
GSQ 13	Osteopathinnen/Osteopathen sollten für eine effektive Behandlung Geschlechterunterschiede im Krankheitsursachen und -folgen ansprechen.	--	-	--	+	++
GSQ 14	Es ist nicht notwendig bei der Schilderung von Beschwerden Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen.	--	-	--	+	++

Fortsetzung N-GAMS:

GR IQ2	Männliche Patienten verstehen angeordnete Maßnahmen besser als weibliche Patienten	--	-	--+	+	++
GR IQ3	Weibliche Patienten haben, verglichen mit männlichen Patienten, unangemessene Erwartungen an Osteopathinnen/Osteopathen.	--	-	--+	+	++
GR IQ4	Frauen wollen häufiger als Männer Probleme mit Osteopathinnen/Osteopathen besprechen, die nicht in das Behandlungszimmer gehören.	--	-	--+	+	++
GR IQ5	Frauen erwarten zu viel seelischen Beistand von Osteopathinnen/Osteopathen.	--	-	--+	+	++
GR IQ6	Männliche Patienten sind weniger fordernd als weibliche Patienten.	--	-	--+	+	++
GR IQ7	Frauen nehmen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch, als tatsächlich notwendig wäre.	--	-	--+	+	++
GR IQ8	Männer gehen bei harmlosen Gesundheitsproblemen nicht zur Osteopathin/zum Osteopathen.	--	-	--+	+	++
GR IQ9	Frauen entwickeln medizinisch nicht erklärbare Symptome, weil sie zu viel über ihren Gesundheitszustand klagen.	--	-	--+	+	++
GR IQ10	Weibliche Patienten beklagen sich über ihren Gesundheitszustand, weil sie mehr Aufmerksamkeit benötigen als männliche Patienten.	--	-	--+	+	++
GR IQ11	Es ist einfacher, die Ursachen von Krankheitsbeschwerden bei Männern zu finden, da Männer auf direkte Art und Weise kommunizieren.	--	-	--+	+	++
GR IQ12	Männer nehmen das Gesundheitssystem aufgrund von Problemen in Anspruch, denen sie hätten vorbeugen sollen.	--	-	--+	+	++
GR IQ13	Osteopathen legen im Vergleich zu Osteopathinnen zu viel Gewicht auf technische Aspekte in der Medizin.	--	-	--+	+	++
GR IQ14	Osteopathinnen dehnen im Vergleich zu Osteopathen ihre Patientengespräche zu sehr aus.	--	-	--+	+	++
GR IQ15	Osteopathen sind effizienter als Osteopathinnen.	--	-	--+	+	++

GR IQ1 6	Osteopathinnen sind einfühlsamer als Osteopathen.	--	-	- +	+	++
GR IQ1 7	Osteopathinnen berücksichtigen unnötigerweise, wie Patienten ihre Krankheit erleben.	--	-	- +	+	++
GR IQ1 8	Osteopathen können mit der Arbeit besser umgehen als Osteopathinnen.	--	-	- +	+	++
GR IQ1 9	Osteopathinnen lassen sich emotional zu sehr auf ihre Patientinnen/Patienten ein.	--	-	- +	+	++
GR IQ2 0	Osteopathen nehmen sich im Vergleich zu Osteopathinnen zu wenig Zeit für die Patientengespräche.	--	-	- +	+	++

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

ANHANG B – BEGLEITSCHREIBEN

1. **Einladungsschreiben**

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Mein Name ist Karin Schantl. Im Rahmen meiner Masterthesis beschäftige ich mich mit dem Einfluss des Faktors "Geschlecht" auf die osteopathische Behandlung.

Wie ausgeprägt ist das Geschlechterbewusstsein bei OsteopathInnen? Welche Stereotypen leiten unsere Behandlung?

Um dies herauszufinden, bitte ich Dich den beiliegenden Fragebogen auszufüllen.

Die Einschlusskriterien sind, dass du Deine Osteopathie Ausbildung abgeschlossen hast bzw. Deine klinische Abschlussprüfung absolviert hast, in Österreich lebst und arbeitest.

Der Fragebogen erhebt zu Beginn soziodemographische Daten und anschließend das Geschlechterbewusstsein von Osteopathinnen und Osteopathen.

Bitte nimm Dir 10 Minuten Zeit, die Du für das Ausfüllen des Fragebogens benötigst. Jeder beantwortete Fragebogen zählt und hilft, die Aussagekraft dieser Studie zu erhöhen.

Die Beantwortung und Auswertung des Fragebogens erfolgen selbstverständlich anonym.

Bist Du neugierig geworden? - Dann fülle bitte den nachfolgenden Fragebogen aus!

Vielen Dank für Dein Engagement!

<https://genderawareness.limesurvey.net/787841?lang=de>

Mit lieben Grüßen

Karin Schantl

PS. Bei Fragen zum Fragebogen oder Interesse an den Ergebnissen, zögere nicht, mich unter karin.schantl@gmx.net zu kontaktieren.

2. Erinnerungsschreiben!

Liebe Kollegin, lieber Kollege!

Vor kurzem habe ich Euch zu einer Umfrage über das Geschlechterbewusstsein von Osteopathinnen/Osteopathen Österreichs eingeladen. Ich möchte diese Umfrage noch einmal in Ihre Erinnerung rufen.

Vielen Dank! Viele haben zu ihrer Einstellung zum Geschlechterbewusstsein der Osteopathen bereits Stellung genommen und sich mit den Stereotypen, die uns unbewusst leiten, auseinandergesetzt, in dem sie den Fragebogen beantwortet haben. Für eine höhere Aussagekraft der Studie braucht es allerdings noch weitere Antworten...

Mir ist bewusst, dass Ihr sehr beschäftigt seid. Vielleicht kann der eine oder andere mir trotzdem 10 Minuten seiner Zeit schenken und den Fragebogen beantworten.

Die Einschlusskriterien sind: Wohn- und Berufssitz in Österreich und eine absolvierte klinische Abschlussprüfung.

Um an dieser Umfrage teilzunehmen, klicke bitte auf den untenstehenden Link.

<https://genderawareness.limesurvey.net/787841?lang=de>

Jede Antwort ist eine große Hilfe - herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Karin Schantl

ANHANG C – EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

E-MAIL vom 11.11.2021

Dear Ms Verdonk!

My name is Karin Schantl. I am studying Osteopathy at Donau University of Krems and I am about to write my thesis.

I`m very interested in the field of gender medicine, and what role sex and gender plays in an osteopathic treatment.

In my literature search I found that you and your team developed a questionnaire about gender awareness in medical students.

This questionnaire would help me a lot to answer the question if there exist a gender awareness in osteopaths of Austria.

And that is why I am contacting you. I`d like to ask you for permission to use your questionnaire in my research.

As German is the language we speak in Austria, I would need this questionnaire in German.

Ms Sandra Steinböck Msc from Medical University Vienna told me, that you advised a German student to translate the questionnaire.

So maybe you have got the contact, where I can get the German version of N-GAMS.

I look forward to your answer.

with best regards

Karin Schantl

E-MAIL vom 22.11.2021

Dear Karin,

Apologies for the delay – these are hectic times and I had to collect what I had available.

Please find attached the Sex Roles paper (you had that probably) and other work we did with N-GAMS. I also include the Diplomarbeit of a German students – you will find the info you need there, I assume.

Recently, we revised the N-GAMS based on a Portuguese sample, and elaborated on the psychometrics, and concluded that the list can be (much) shorter fortunately.

I hope this works for you, and keep me posted about your work with it!

Warm regards, Petra

Frau Mag. Verena Landerer hat der Verfasserin dieser Arbeit die Erlaubnis für die Verwendung der deutschen Übersetzung der N-GAMS bei einem Telefonat am 29.11.2021 gegeben.

ANHANG D – AUSGABE FAKTORENANALYSE

Kommunalitäten

	Anfänglich
Medizinisches Wissen über Geschlechterunterschiede in Bezug auf Krankheit und Gesundheit erhöhen die Qualität einer osteopathischen Behandlung.	,249
Osteopathen/innen sollten nur biologische Unterschiede zwischen Männern und Frauen ansprechen.	,221
Bei nicht-geschlechtsspezifischen Beschwerden spielt das Geschlecht des Patienten keine Rolle.	,242
Eine Osteopathin/ ein Osteopath sollte sich weitestgehend auf rein körperliche Aspekte von Gesundheitsbeschwerden von Männern und Frauen beschränken.	,266
Osteopathen/innen müssen nicht wissen, was im Leben von Männern und Frauen vor sich geht, um behandeln zu können.	,246
Unterschiede zwischen Osteopathinnen und Osteopathen sind zu gering, um relevant zu sein.	,323
Gerade, weil Männer und Frauen unterschiedlich sind, sollten Osteopathen/innen alle gleichbehandeln.	,341
Osteopathen/innen, die Geschlechtsunterschiede ansprechen, befassen sich nicht mit den wichtigen Themen.	,302
In der Kommunikation mit den Patientinnen/Patienten spielt es für die Osteopathin/den Osteopathen keine Rolle, ob die Patienten männlich oder weiblich sind.	,396
In der Kommunikation mit Patientinnen/ Patienten spielt es keine Rolle, ob der Osteopath männlich oder weiblich ist.	,398
Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten sind so gering, dass Osteopathen/innen sie kaum berücksichtigen können.	,384

Osteopathen/innen sollten für eine effektive Behandlung Geschlechterunterschiede in Krankheitsursachen und -folgen ansprechen.	,286
Es ist nicht notwendig bei der Schilderung von Beschwerden Geschlechterunterschiede zu berücksichtigen.	,278
Männliche Patienten verstehen angeordnete Maßnahmen besser als weibliche Patienten.	,444
Weibliche Patienten haben, verglichen zu männlichen Patienten, unangemessene Erwartungen an Osteopathen/innen.	,562
Frauen wollen häufiger als Männer Probleme mit Osteopathen/innen besprechen, die nicht in das Behandlungszimmer gehören.	,542
Frauen erwarten zu viel seelischen Beistand von Osteopathen/innen	,626
Männliche Patienten sind weniger fordernd als weibliche Patienten.	,603
Frauen nehmen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch, als tatsächlich notwendig wäre.	,551
Männer gehen bei harmlosen Gesundheitsproblemen nicht zur Osteopathin/ zum Osteopathen.	,401
Frauen entwickeln medizinisch nicht erklär-bare Symptome, weil sie zu viel über ihren Gesundheitszustand klagen.	,586
Weibliche Patienten beklagen sich über ihren Gesundheitszustand, weil sie mehr Aufmerksamkeit benötigen als männliche Patienten.	,632
Es ist einfacher, die Ursachen von Krankheitsbeschwerden bei Männern zu finden, da Männer auf direkte Art und Weise kommunizieren.	,572
Männer nehmen das Gesundheitssystem aufgrund von Problemen in Anspruch, denen sie hätten vorbeugen sollen.	,371
Osteopathen legen im Vergleich zu Osteopathinnen zu viel Gewicht auf technische Aspekte in der Medizin.	,445
Osteopathinnen dehnen im Vergleich zu Osteopathen ihre Patientengespräche zu sehr aus.	,589

Osteopathen sind effizienter als Osteopathinnen.	,466
Osteopathinnen sind einfühlsamer als Osteopathen.	,502
Osteopathinnen berücksichtigen unnötigerweise, wie Patienten ihre Krankheit erleben.	,451
Osteopathen können mit der Arbeit besser umgehen als Osteopathinnen.	,498
Osteopathinnen lassen sich emotional zu sehr auf ihre Patientinnen/Patienten ein.	,545
Osteopathen nehmen sich im Vergleich zu Osteopathinnen zu wenig Zeit für die Patientengespräche.	,512

Extraktionsmethode: Maximum Likelihood.

Erklärte Gesamtvarianz

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen ^a
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt
1	8,732	27,289	27,289	7,342
2	3,430	10,718	38,007	3,490
3	1,570	4,906	42,913	5,469
4	1,400	4,376	47,289	
5	1,258	3,931	51,220	
6	1,147	3,586	54,806	
7	1,072	3,351	58,157	
8	,997	3,115	61,273	
9	,891	2,785	64,057	
10	,844	2,637	66,694	
11	,822	2,568	69,262	
12	,784	2,449	71,711	
13	,698	2,181	73,891	
14	,671	2,098	75,990	
15	,641	2,002	77,991	
16	,618	1,931	79,922	
17	,594	1,856	81,778	
18	,540	1,688	83,466	
19	,522	1,632	85,098	
20	,488	1,526	86,624	
21	,480	1,501	88,125	

22	,459	1,434	89,560	
23	,441	1,380	90,939	
24	,425	1,328	92,267	
25	,409	1,278	93,544	
26	,378	1,181	94,726	
27	,336	1,049	95,775	
28	,310	,967	96,742	
29	,283	,884	97,626	
30	,271	,848	98,475	
31	,254	,795	99,270	
32	,234	,730	100,000	

Extraktionsmethode: Maximum Likelihood.

a. Wenn Faktoren korreliert sind, können die Summen der quadrierten Ladungen nicht addiert werden, um eine Gesamtvarianz zu erhalten.

Faktorenmatrix^a

a. 3 Faktoren extrahiert.

Es werden 4 Iterationen benötigt.

Test auf Güte der Anpassung

Chi-Quadrat	df	Signifikanzgüte
921,831	403	,000

Korrelationsmatrix für Faktor

Faktor	1	2	3
1	1,000	-,247	-,566
2	-,247	1,000	,069
3	-,566	,069	1,000

Extraktionsmethode: Maximum Likelihood.

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

Faktordiagramm im gedrehten Faktorbereich

