



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Medical Gaslighting bei Endometriose-Betroffenen

verfasst von | submitted by

Dott. Lea Marie Zinner

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck für seine wertvolle Unterstützung und stets offene Beratung bedanken. Seine Geduld und fachliche Expertise haben diese Arbeit entscheidend geprägt.

Ebenso möchte ich mich bei allen Frauen bedanken, die an den Interviews teilgenommen haben. Ohne ihre Bereitschaft, ihre Erlebnisse zu schildern, wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen. Ein besonderer Dank geht an ihre Zeit, ihre Offenheit, ihr Vertrauen und ihre ehrlichen Einblicke.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
1 Endometriose	6
1.1 Definition	6
1.2 Ätiologie und Pathogenese.....	7
1.3 Klassifikationssysteme	8
1.4 Behandlungsmöglichkeiten	9
1.5 Verzögerung der Diagnose	9
2 Medical Gaslighting	10
2.1 Definition	10
2.2 Einfluss des Geschlechts	11
2.3 Negative Auswirkungen	11
2.4 Umgang mit Medical Gaslighting.....	12
3 Zielsetzung und Fragestellungen	13
Methodik	14
4 Stichprobe.....	14
5 Durchführung	14
5.1 Interviewleitfaden	14
6 Auswertung	16
7 Falldarstellungen	17
7.1 Andrea	17
7.2 Brigitte	17
7.3 Christine.....	17
7.4 Dora	18
7.5 Elisa.....	18
7.6 Felicitas	18
7.7 Gerda	19
7.8 Helena.....	19
7.9 Jana.....	19

7.10 Kim.....	19
Ergebnisse.....	21
8 Deskriptive Charakteristik.....	21
9 Allgemeines	21
10 Formen des Medical Gaslightings.....	22
10.1 Personenbezogene Abwertung	22
10.2 Bagatellisierung	22
10.3 Normalisierung der Symptome	22
10.4 Desinteresse	22
10.5 Unwissenheit.....	23
10.6 Externalisierte Schuldzuweisung.....	23
10.7 Sonstiges.....	23
11 Physische Auswirkungen	23
11.1 Verzögerte Diagnose.....	24
11.2 Zunahme an Symptomen	24
11.3 Veränderte Schmerzwahrnehmung.....	25
11.4 Inadäquate medizinische Versorgung.....	25
12 Psychische Auswirkungen.....	26
12.1 Emotionale Auswirkungen.....	27
12.2 Veränderte Selbstwahrnehmung.....	27
12.3 Psychische Erkrankungen	28
12.4 Auswirkungen auf soziale Beziehungen	28
12.5 Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem	29
13 Einfluss des Geschlechts.....	30
13.1 Aufgrund des weiblichen Geschlechts nicht ernst genommen	30
13.2 Geschlechterspezifisches Gaslighting	30
14 Bewältigungsstrategien	31
14.1 Emotionsbezogenes Coping.....	32

14.2 Problemfokussiertes Coping	32
14.3 Aktivismus.....	32
14.4 Selbstvalidierung	32
14.5 Soziale und therapeutische Unterstützung	33
15 Verringern von Medical Gaslighting	33
15.1 Veränderung im Gesundheitssystem.....	33
15.2 Einstellung der Ärzt*innen	33
15.3 Mehr Aufklärung	34
Diskussion.....	35
16 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	35
16.1 Formen des Medical Gaslightings.....	35
16.2 Physische Auswirkungen	35
16.3 Psychische Auswirkungen.....	37
16.4 Einfluss des Geschlechts.....	39
16.5 Bewältigungsstrategien	40
16.6 Verringern von Medical Gaslighting	40
17 Limitationen.....	41
18 Zukünftige Forschung und Implikationen	41
Literaturverzeichnis	43
Abbildungsverzeichnis	49
Anhang	50
Anhang A: Zusammenfassung	50
Anhang B: Abstract	51
Anhang C: Interviewleitfaden	52
Anhang D: Verwendung von KI.....	55

Einleitung

Geschätzt 10% (190 Millionen) der Frauen und Mädchen weltweit im zeugungsfähigen Alter sind von Endometriose betroffen (WHO, 2025). Endometriose ist eine chronische gynäkologische Erkrankung, welche Symptome wie starke Schmerzen während der Periode (Dysmenorrhoe), aber auch zyklusunabhängige Schmerzen im Beckenbereich, Unfruchtbarkeit, Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) und Übelkeit verursachen kann. Neben den Schmerzen zählen auch Fatigue, Depression, Angstzustände und soziale Isolation zu den möglichen Auswirkungen von Endometriose. Die Gründe für die Entstehung von Endometriose sind unbekannt.

Trotz der hohen Prävalenz und dem teilweise sehr starken Leidensdruck der Patient*innen sind die Erkrankung, ihre Auswirkungen und ihre oftmals komplexe Diagnosestellung noch unzureichend erforscht (WHO, 2025). Erst in den letzten Jahren wurde Endometriose in der Öffentlichkeit verstärkt wahrgenommen (Zondervan et al., 2020). Die durchschnittliche Dauer vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnose beträgt zwischen vier und zwölf Jahren (WHO, 2025). Dies liegt unter anderem auch an der Heterogenität der Symptome und ihrer gesellschaftlichen Normalisierung (Ballard et al., 2006; Zondervan et al., 2020). Insbesondere Medical Gaslighting trägt häufig dazu bei, dass sich die Diagnosestellung bei Betroffenen erheblich verzögert. Eine frühzeitige Diagnose und adäquate Gesundheitsversorgung können aber laut WHO (2025) das Fortschreiten der Krankheit verlangsamen und Symptome verringern, weswegen es notwendig ist, Medical Gaslighting bei Endometriose-Betroffenen mehr zu erforschen, um es verringern zu können. Bisher wurde dieses Thema lediglich in begrenztem Umfang wissenschaftlich untersucht. Ziel dieser Masterarbeit ist es daher, die spezifischen Auswirkungen von Medical Gaslighting auf Endometriose-Betroffene näher zu untersuchen und mögliche Bewältigungsstrategien zu analysieren.

1 Endometriose

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über Endometriose. Dazu gehören Theorien zur Entstehung der Erkrankung, Klassifikationssysteme, Behandlungsmöglichkeiten sowie Verzögerung der Diagnosestellung.

1.1 Definition

Endometriose ist eine chronische Erkrankung, bei welcher gutartiges Gewebe, ähnlich der Gebärmutter Schleimhaut, außerhalb der Gebärmutter wächst (WHO, 2025). Dies führt zu Entzündungsreaktionen sowie zur Bildung von Narben- und Verwachsungsgewebe. Am häufigsten findet sich dieses Gewebe im Bereich des Peritoneums und der Reproduktionsorgane, jedoch können auch andere Körperregionen wie die Pleura, das Perikard oder das zentrale Nervensystem betroffen sein (Tsamantioti & Mahdy, 2023). Das Wachstum des gutartigen Gewebes ist östrogenabhängig,

weswegen Endometriose häufig nach der Menarche und vor dem 30. Lebensjahr auftritt (Koninckx et al., 2021). Es existieren jedoch auch Fälle, bei welchen Personen nach der Menopause an Endometriose erkranken (Defrère et al., 2008). Endometriose ist positiv assoziiert mit einem jungen Alter bei der Menarche sowie mit kürzeren Menstruationszyklen (Missmer et al., 2004). Die Krankheit betrifft fast ausschließlich biologische Frauen, lediglich sehr selten wurden Fälle von Endometriose bei Männern beschrieben (Al-Obaidy & Idrees, 2019). Die Erkrankung tritt unabhängig von ethnischer Herkunft und sozialem Status auf (WHO, 2025).

Zu den Auswirkungen von Endometriose zählen Schmerzen, starke Menstruationsblutungen, Fatigue, Depressionen, Angstzustände, eine beeinträchtigte sexuelle Gesundheit sowie soziale Isolation, wodurch die Erkrankung einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen hat (Eskenazi & Warner, 1997; WHO, 2025). Es gibt jedoch auch Endometriose-Betroffene, bei denen die Erkrankung asymptomatisch verläuft (WHO, 2025). Schätzungsweise 25 bis 50 % der Frauen mit Unfruchtbarkeit sind von Endometriose betroffen. Aufgrund der teils starken Schmerzen ist es manchen Betroffenen nicht möglich, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zusätzlich sind oft privat zu finanzierende Behandlungen notwendig, was zu einer hohen finanziellen Belastung führen kann.

1.2 Ätiologie und Pathogenese

Erstmals in der Literatur beschrieben wurde Endometriose im Jahr 1960 (Smolarz et al., 2021). Seitdem wurden mehrere Hypothesen über die Entstehung von Endometriose entwickelt, die sich im Laufe der Zeit aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse verändert haben (Koninckx et al., 2021).

Sampson (1925) formulierte die Hypothese der retrograden Menstruation. Diese geht davon aus, dass Endometriose dadurch entsteht, dass es während der Menstruation zu einem Rückfluss von abgestoßenen Endometrium-Zellen kommt und diese dann über die Eileiter in den Bauchraum gelangen. Tatsächlich passiert dieser Rückfluss allerdings bei allen menstruierenden Personen, auch bei jenen ohne Endometriose, wodurch Sampsons Theorie die Entstehung nicht vollständig erklären kann (Koninckx et al., 1980).

Daraufhin wurde die genetisch-epigenetische Theorie entwickelt (Koninckx et al., 2019). Dieser zufolge weisen manche Frauen aufgrund genetischer und epigenetischer Charakteristika eine erhöhte Disposition zur Entwicklung von Endometriose auf. Im Laufe des Lebens können zusätzlich Fehler während der Zellteilung auftreten, insbesondere im Endometrium, da dieses ein sehr schnell wachsendes Gewebe ist. Diese Fehler werden begünstigt durch Mutagene, wie beispielsweise Strahlung. Endometriose entsteht erst, wenn mehrere genetische und epigenetische Veränderungen eine gewisse Schwelle überschreiten.

Neueste Studien deuten zudem darauf hin, dass eine Dysregulation des Immunsystems mit der Entstehung von Endometriose assoziiert sein könnte (WHO, 2025).

Eine universell gültige Theorie zur Entstehung von Endometriose existiert folglich nicht, es tragen vermutlich verschiedene genetische und immunologische Faktoren, sowie Umwelteinflüsse zur Krankheitsentstehung bei (Koninckx et al., 2019; Sourial et al., 2014; WHO, 2025).

1.3 Klassifikationssysteme

Eine einheitliche Klassifizierung von Endometriose ist notwendig, um international Informationen über die Krankheit sowie Therapieerfolge vergleichen und austauschen zu können (Haas et al., 2013). Es werden im Folgenden zwei unterschiedliche Klassifikationssysteme beschrieben, rASRM und ENZIAN, welche meistens bei Endometriose verwendet werden (American Society for Reproductive Medicine, 1996; Keckstein et al., 2021).

1.3.1 rASRM

Das Klassifikationssystem rASRM wurde von der *American Society for Reproductive Medicine* (1996) entwickelt. Es unterteilt die Erkrankung anhand von Lokalisation, Ausdehnung und Aussehen der Endometriose-Läsionen in vier Schweregrade. Je nach Größe und Ort der Endometriose-Läsionen werden diese unterschiedlich gewichtet bepunktet. Es wird die Ausbreitung an den Eierstöcken, Eileitern, im Bauchfell und dem Becken beurteilt. Die vier Schweregrade sind: Stadium I (minimal, 1–5 Punkte), Stadium II (mild, 6–15 Punkte), Stadium III (moderat, 16–40 Punkte) und Stadium IV (schwer, > 40 Punkte). Das rASRM-System berücksichtigt weder den Grad der Schmerzen noch die Unfruchtbarkeit, wodurch nur eine niedrige Korrelation zwischen dem rASRM-Code und den klinischen Symptomen besteht (American Society for Reproductive Medicine, 1996; Haas et al., 2013).

1.3.2 Enzian

Die Enzian-Klassifikation bezieht sich nur auf die tief infiltrierende Endometriose, welche bei der Klassifikation nach rASRM nicht beachtet wird (Keckstein et al., 2021). Tief infiltrierende Endometriose beschreibt Läsionen, die in Organe, wie beispielsweise Blase oder Darm eindringen (Smolarz et al., 2021). Auf Grundlage der Enzian-Klassifikation wurde die #ENZIAN-Klassifikation entwickelt (Keckstein et al., 2021). Diese berücksichtigt nicht nur die tief infiltrierende Endometriose, welche entsprechend der Ausdehnung in drei Stufen eingeteilt wird (Stufe 1: < 1cm, Stufe 2: 1-3cm, Stufe 3: > 3cm), sondern auch Endometriose des Peritoneums, der Ovarien und der Eileiter (Keckstein et al., 2021). Auch hier erfolgt die Einteilung in drei Stufen (< 3 cm, 3–7 cm, > 7 cm). Ein Vorteil der #ENZIAN-Klassifikation ist, dass sie auch für nichtinvasive Diagnostik verwendet werden kann (AWMF, 2025).

1.4 Behandlungsmöglichkeiten

Eine definitive Heilung von Endometriose ist leider derzeit nicht möglich (WHO, 2025). Eine Behandlung zielt daher primär auf die Linderung der Symptome ab. Hierzu werden unter anderem Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Naproxen eingesetzt. Zusätzlich kommen häufig hormonelle Therapien zur Anwendung, darunter kombinierte hormonelle Kontrazeptiva, Gestagene sowie GnRH-Analoga. Da das Wachstum endometrioseassoziierten Gewebes überwiegend östrogenabhängig ist, wird häufig eine Therapie mit GnRH-Analoga angewendet, da dadurch die Produktion von Östrogenen gehindert wird (Koninckx et al., 2021). Leider benötigen nicht alle Endometriose-Läsionen Östrogene zum Wachstum (de Almeida Asencio et al., 2019). Diese Erkenntnis wird bei der Behandlung von Endometriose oft nicht ausreichend berücksichtigt (Koninckx et al., 2021).

Eine weitere Behandlungsmöglichkeit stellt die operative Entfernung von Endometriose-Herden, Verwachsungen und Narbengewebe dar (WHO, 2025). Auch eine Hysterektomie, bei welcher die Gebärmutter und oft auch die Eierstöcke entfernt werden, ist eine Behandlungsform bei Personen, welche mit der Familienplanung abgeschlossen haben. Allerdings stellen auch diese Maßnahmen keine Garantie für eine vollständige Symptombefreiheit dar, da bei manchen Betroffenen weiterhin Beschwerden bestehen oder wieder neue Endometriose-Läsionen auftreten können.

Ergänzend kann eine multimodale Schmerztherapie eingesetzt werden, die neben medikamentöser Behandlung auch physiotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen umfasst, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (WHO, 2025). Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine bekannte Möglichkeit zur Prävention von Endometriose.

1.5 Verzögerung der Diagnose

Die Symptome von Endometriose sind häufig unspezifisch und vielfältig, was die Diagnosestellung erschwert (WHO, 2025). Endometriose wird oft mittels bildgebender Verfahren wie Magnetresonanztomographie und Ultraschall diagnostiziert. Teilweise sind auch Operationen notwendig, um die Diagnose zu bestätigen. Seit Neuestem werden diagnostische Tests entwickelt, die eine frühere Erkennung mittels Blut- oder Speichelproben ermöglichen sollen.

Oft verzögert sich bei Endometriose die Diagnosestellung, laut unterschiedlichen Studien kommt es zu einer Verzögerung zwischen vier und zwölf Jahren (Fryer et al., 2025; Hudelist et al., 2012; WHO, 2025). In einer Studie von Nnoaham et al. (2011) gaben Frauen an, durchschnittlich sieben Arztbesuche zu haben, bevor sie eine Überweisung zu einem*r Spezialist*in erhielten, wobei Betroffene, die als Erstes einen Frauenarzt/eine Frauenärztin aufgesucht haben, schneller diagnostiziert wurden (Greene et al., 2009). Außerdem ist die Wartezeit auf eine Behandlung bei Kassenpatient*innen deutlich höher als bei Privatpatient*innen. Laut einer Studie von Hudelist et al. (2012) erhielten 74 % der Patientinnen

zumindest einmal eine falsche Diagnose. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass in Deutschland Allgemeinmediziner*innen eine durchschnittliche Beratungsdauer von circa sieben Minuten haben, in Österreich liegt sie sogar nur bei circa fünf Minuten (Irving et al., 2017). In dieser kurzen Zeit ist eine ausführliche Diagnosestellung, die es bei Endometriose benötigt, unmöglich.

Tritt Endometriose bereits im jugendlichen Alter auf, dauert die Diagnose oft länger, da Jugendliche durchschnittlich länger warten, bevor sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, und ihre Beschwerden oftmals weniger ernst genommen werden (Greene et al., 2009). Jugendliche mit geringerer Schmerzintensität weisen dabei eine kürzere diagnostische Verzögerung auf als jene mit starken Schmerzen (Hudelist et al., 2012).

Auch patient*innenzentrierte Faktoren wie Stigmatisierung, Scham und Unsicherheit bei der Einordnung von Symptomen als normal oder pathologisch können zu einer weiteren Verzögerung der Diagnosestellung beitragen (Ballard et al., 2006).

Generell ist die Verzögerung der Diagnose positiv assoziiert mit der Anzahl und Art der Symptome wie Dysmenorrhoe, Dyspareunie, starke Menstruationsblutung und chronische Unterleibsschmerzen sowie mit einem hohen Body-Mass-Index (Nnoaham et al., 2011). Viele Betroffene berichten, dass ihre Beschwerden von medizinischem Fachpersonal nicht ernst genommen oder als normal dargestellt werden, was als Medical Gaslighting bezeichnet wird (Ballard et al., 2006; Greene et al., 2009).

2 Medical Gaslighting

Im Folgenden wird Medical Gaslighting definiert und beschrieben sowie die Auswirkungen auf Betroffene und der Zusammenhang mit Endometriose dargestellt.

2.1 Definition

Als Gaslighting wird eine Form der Manipulation bezeichnet, bei welcher die Person wiederholt falsche Informationen erhält, bis sie beginnt, an sich selbst und ihren Erinnerungen zu zweifeln (Carter, 2022). Die eigene Realität wird dabei als nicht valide dargestellt. Medical Gaslighting beschreibt die Ablehnung und das Entkräften eines klinischen Anliegens, ohne ausführliche medizinische Bewertung und Behandlung (Ng et al., 2024). Medical Gaslighting entsteht oft aufgrund eines Bias gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen oder teilweise durch ein Gefühl der Superiorität. Besonders häufig tritt Medical Gaslighting bei Erkrankungen mit unspezifischen Symptomen auf, wie beispielsweise beim Long-COVID-Syndrom (Ng et al., 2024).

Es gibt verschiedene Formen von Medical Gaslighting. Betroffene erleben häufig Unwissenheit (Ng et al., 2024) und Ablehnung von ihren Ärzt*innen (Khan et al., 2024). Symptome werden oft normalisiert, von den Patientinnen selber oder durch Ärzt*innen, sowie bagatellisiert (Ballard et al., 2006; Samulowitz et al., 2018; Thompson et al., 2022). Zudem erleben Betroffene häufig externalisierte

Schuldzuweisungen, wie beispielsweise, dass Frauen von Ärzt*innen teilweise selber für ihr medizinisches Problem verantwortlich gemacht werden, weil sie ihre Symptome nicht gut genug managen und beispielsweise nicht auf ihr Gewicht achten (Thompson et al., 2022).

2.2 Einfluss des Geschlechts

Da Frauen eine gesellschaftlich marginalisierte Gruppe darstellen, spielt das Geschlecht im Kontext von Medical Gaslighting eine zentrale Rolle (Ng et al., 2024). Frauen werden im medizinischen Behandlungssetting häufig mit Geschlechterstereotypen konfrontiert, wodurch sie als emotional und generell als schmerzempfindlicher wahrgenommen werden (Lloyd et al., 2020). Ihnen wird häufig nicht geglaubt, dass ihre Symptome real sind (Khan et al., 2024). Außerdem werden ihre Symptome weniger ernst und wichtig genommen im Vergleich zu Männern (Claréus & Renström, 2019). Frauen werden eher als Männer an psychologische Behandlungen verwiesen, nachdem sie über Schmerzen geklagt haben (Zhang et al., 2021). All diese Faktoren führen dazu, dass Betroffenen der Zugang zu angemessenen medizinischen Behandlungen eingeschränkt wird (Lloyd et al., 2020).

In Studien wurde herausgefunden, dass Frauen oft Ärztinnen beziehungsweise Personen, die sich mit dem weiblichen Geschlecht identifizieren, bevorzugen, da diese vermehrt zuhören und die Symptome besser verstehen (Mattocks et al., 2020; Soucie et al., 2021).

Generell geht Medical Gaslighting laut einer Studie von Au et al. (2022) eher von männlichen Ärzten aus, aufgrund von Stereotypen über Frauen.

2.3 Negative Auswirkungen

Endometriose ist eine Erkrankung, die häufig unspezifische Symptome aufweist und nahezu ausschließlich Frauen betrifft, wodurch sie besonders anfällig für Medical Gaslighting ist (Ng et al., 2024). Im Folgenden werden die negativen Auswirkungen dargestellt, die durch Medical Gaslighting und geschlechtsbezogene Einflüsse entstehen können. Die herangezogenen Studien beziehen sich teilweise spezifisch auf Endometriose, teilweise auf Medical Gaslighting im Allgemeinen.

2.3.1 Physische Auswirkungen

Eine häufige Folge von Medical Gaslighting ist eine verzögerte Diagnosestellung, da die Symptome der Betroffenen nicht ausreichend beachtet oder ernst genommen werden (Greene et al., 2009; Khan et al., 2024). Insbesondere die Normalisierung der Menstruationsschmerzen trägt maßgeblich zu einer Verzögerung der Diagnosestellung von Endometriose bei (Ballard et al., 2006; Hudelist et al., 2012). Studien zeigen, dass Endometriose-Betroffene häufig eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit im Vergleich zu Personen ohne Endometriose aufweisen (Laursen et al., 2005; Nunes et al., 2015; Vuontisjärvi et al., 2018). Dennoch erhalten Frauen weniger starke und weniger akkurate Schmerzmedikation (Lloyd et al., 2020). Außerdem kann es zu einer zentralen Sensibilisierung der

Schmerzen kommen, wodurch bereits schwache Reize als schmerzhaft wahrgenommen werden (Nunes et al., 2015). Eine verzögerte Diagnosestellung kann diesen Prozess zusätzlich verstärken (Vuontisjärvi et al., 2018). Es kann auch zu einer Zunahme an Symptomen kommen (Khan et al., 2024).

Häufig werden Fehldiagnosen gestellt, wie beispielsweise Blinddarmentzündungen oder psychosexuelle Störungen, wodurch inadäquate Therapien erfolgen und die Endometriose unbehandelt bleibt (Hudelist et al., 2012). Nicht selten kommt es erst zu einer psychischen Diagnose, bevor die Krankheit diagnostiziert wird, weil die Symptome vorschnell einer psychologischen Ursache zugeschrieben werden (Au et al., 2022; Merone et al., 2022).

Außerdem erhalten Frauen oft eine falsche oder weniger adäquate Medikation, wie beispielsweise Antidepressiva anstelle von Schmerzmitteln (Samulowitz et al., 2018).

2.3.2 Psychische Auswirkungen

Medical Gaslighting kann bei Betroffenen zu Gefühlen von Frustration und Enttäuschung führen (Arya et al., 2021). Außerdem fühlen sie sich oft allein gelassen (Merone et al., 2022). Die wiederholte Invalidierung ihrer Beschwerden kann zu Selbstzweifel und einem Verlust des Selbstwertes führen (Ballard et al., 2006; Eder & Rومانey, 2024; Khan et al., 2024; Thompson et al., 2022). Eine weitere psychische Auswirkung ist, dass Betroffene häufig Schwierigkeiten haben, Schmerzen in „normal“ und „abnormal“ einordnen zu können (Ballard et al., 2006). Dies liegt oft daran, dass sie eine sehr schmerzhafteste Periode schon seit jugendlichem Alter haben und diese als Normalität betrachten.

In einer Studie von Jannesari (2024) wurde gezeigt, dass Medical Gaslighting bei Personen mit Endometriose ein Prädiktor für Trauma ist. Darüber hinaus stellen Depressionen und Angstzustände Folgen von Medical Gaslighting dar (Khan et al., 2024; Shapiro & Hayburn, 2024). Auch im sozialen Umfeld erleben Betroffene häufig Formen von sozialem Gaslighting, wodurch ihre Beschwerden weiter relativiert oder infrage gestellt werden (Ballard et al., 2006). Als Folge davon ziehen sich viele zurück.

Zudem verlieren viele Betroffene das Vertrauen in das Gesundheitssystem und hören mit Behandlungen auf oder schauen sich nach alternativmedizinischer Betreuung um (Bokek-Cohen & Gabay, 2025; Evans et al., 2023, zitiert nach Khan et al., 2024). Dies führt dazu, dass medizinische Hilfe insgesamt seltener in Anspruch genommen wird (Thompson et al., 2022).

2.4 Umgang mit Medical Gaslighting

Als Coping-Strategie bei Medical Gaslighting wird Selbstvalidierung und im Zuge dessen das aktive Eintreten für die eigenen Bedürfnisse beschrieben (Arya et al., 2021). Darüber hinaus können Online-Communities eine wichtige Ressource darstellen, um Unterstützung zu erhalten, Erfahrungen auszutauschen und sich verstanden zu fühlen (Au et al., 2022). Ein weiterer wichtiger Bewältigungsansatz besteht darin, sich eigenständig über die Erkrankung und mögliche

Behandlungsoptionen zu informieren und eine aktive Rolle im eigenen Behandlungsprozess einzunehmen. Dies ist insbesondere relevant, da medizinisches Fachpersonal nicht immer ausreichend über Endometriose informiert ist (Au et al., 2022; Soucie et al., 2021).

3 Zielsetzung und Fragestellungen

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Endometriose eine häufige, jedoch nach wie vor unterdiagnostizierte und in ihrer Symptomatik oft normalisierte Erkrankung ist (Ballard et al., 2006; WHO, 2025). Insbesondere Medical Gaslighting stellt einen relevanten Faktor dar, der die Gesundheit der Betroffenen gefährdet (Khan et al., 2024). Obwohl sowohl Endometriose als auch Medical Gaslighting zunehmend wissenschaftlich thematisiert werden, liegen bislang nur wenige Studien vor, die die Erfahrungen von Endometriose-Betroffenen systematisch erfassen und deren Auswirkungen aus der Perspektive der Betroffenen untersuchen. Insbesondere Bewältigungsstrategien sind bisher noch sehr unzureichend erforscht worden.

Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb, die Auswirkungen von Medical Gaslighting auf Personen mit Endometriose qualitativ zu untersuchen. Im Mittelpunkt stehen dabei die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen sowie die psychischen und physischen Folgen, die im Zusammenhang mit Medical Gaslighting entstehen können. Darüber hinaus soll analysiert werden, welche Rolle das Geschlecht im Kontext von Medical Gaslighting spielt und welche Bewältigungsstrategien Endometriose-Betroffene im Umgang mit diesen Erfahrungen entwickeln. Es gilt herauszufinden, inwiefern neue Erkenntnisse gewonnen werden können und inwieweit sich diese in den bestehenden Forschungsstand einordnen lassen.

Aus dieser Zielsetzung ergibt sich folgende zentrale Forschungsfrage: „Welche Auswirkungen hat Medical Gaslighting auf Personen mit Endometriose?“ Darüber hinaus werden folgende erweiterte Fragestellungen behandelt: „Welche psychischen Auswirkungen hat Medical Gaslighting auf Personen mit Endometriose?“ „Welche physischen Auswirkungen hat Medical Gaslighting auf Personen mit Endometriose?“ „Welchen Einfluss hat das Geschlecht im Zusammenhang mit Medical Gaslighting?“ „Welche Strategien wurden entwickelt, um mit Medical Gaslighting umzugehen?“

Methodik

Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise der vorliegenden Masterarbeit dargestellt. In diesem Zusammenhang werden die Stichprobe sowie die Durchführung, Auswertung und Analyse der Interviews beschrieben. Dabei wird die Fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) angewendet.

4 Stichprobe

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden zehn biologische Frauen aus dem deutschsprachigen Raum rekrutiert, bei denen Endometriose gemäß den Enzian- oder rASRM-Kriterien diagnostiziert worden war. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Betroffenen im Zusammenhang mit ihrer Endometriose Medical Gaslighting erlebt hatten. Die Rekrutierung erfolgte über WhatsApp-Gruppen des Masterstudiums Psychologie der Universität Wien, über die Instagram-Kanäle sowie den Newsletter des Vereins EndÖ-Endometriose Österreich und der EVA-Endometriose Vereinigung Österreich. Darüber hinaus wurde der Studienflyer in Facebook-Gruppen zu Endometriose verbreitet. Auf diese Weise konnten ausreichend Teilnehmerinnen rekrutiert werden, wobei der Großteil der Teilnehmenden über Facebook-Gruppen gewonnen wurde.

Als Ausschreibung diente ein Flyer, der eine kurze Definition von Medical Gaslighting, die Teilnahmekriterien sowie Informationen zur Kontaktaufnahme enthielt. Alle Teilnehmenden sprachen fließend Deutsch und waren zum Zeitpunkt der Studienteilnahme volljährig.

5 Durchführung

Den Teilnehmerinnen wurde die freie Wahl gelassen, ob sie die Interviews online über Microsoft Teams (Microsoft Corporation, 2025) oder vor Ort durchführen wollten. Fünf Frauen entschieden sich für eine Online-Durchführung, da sie teilweise in Deutschland lebten, während die übrigen fünf Interviews vor Ort stattfanden. Die Interviews fanden in dem Zeitraum Mai bis September 2025 statt. Jedes Interview wurde einzeln durchgeführt. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmerinnen nach ihrem Einverständnis zur Aufzeichnung des Gesprächs gefragt, über datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie das Interview jederzeit abbrechen oder einzelne Fragen unbeantwortet lassen können. Alle Teilnehmerinnen gaben ihr Einverständnis zur Aufzeichnung, beantworteten die Fragen ausführlich und keine Teilnehmerin brach ein Interview vorzeitig ab.

5.1 Interviewleitfaden

Die Interviews wurden mittels eines selbst entwickelten, semistrukturierten, qualitativen Interviewleitfadens durchgeführt. Für die Erstellung des Leitfadens wurde einschlägige Fachliteratur herangezogen, um die Fragen auf einer fundierten theoretischen Grundlage entwickeln zu können.

Teilweise wurden Fragen von Pihas (2022) übernommen. Der Leitfaden diente als Orientierungshilfe. Viele der darin enthaltenen Fragen wurden nur gestellt, sofern die jeweiligen Inhalte nicht bereits im Gespräch angesprochen wurden. Dadurch konnte das Interview flexibel an die jeweilige Gesprächspartnerin angepasst werden. Der Interviewleitfaden wurde in der Sie-Form verfasst, wobei sich bei neun von zehn Teilnehmerinnen am Anfang des Interviews ein gegenseitiges Duzen ergab. Zu Beginn jedes Interviews wurde das Ziel der Studie beschrieben, die Thematik erklärt und der Datenschutz erläutert.

Der Interviewleitfaden gliederte sich in Abschnitte, die sich an den Forschungsfragen orientierten. Das Interview begann mit einer offenen Einstiegsfrage zum Krankheitsverlauf und zur Symptomatik. Eine Beispiel-Frage wäre: „Kannst du mir etwas über deinen bisherigen Krankheitsverlauf erzählen?“. Anschließend wurden vertiefende Fragen zu aktuellen Symptomen sowie zum Diagnoseverlauf gestellt. Spätestens in diesem Zusammenhang thematisierten die meisten Teilnehmerinnen eigene Erfahrungen mit Medical Gaslighting. Darauf aufbauend wurden gezielte Fragen zu Erfahrungen mit Ärzt*innen, Medical Gaslighting sowie zu den dabei erlebten Emotionen gestellt. In weiterer Folge wurden die wahrgenommenen psychischen und physischen Auswirkungen von Medical Gaslighting thematisiert, wobei hier ein Fokus auf verändertes Schmerzwahrnehmen, Selbstwertgefühl und das soziale Umfeld gelegt wurde.

Im nächsten Teil des Interviews wurde sich mit der Rolle des Geschlechts bei Medical Gaslighting beschäftigt. Dabei wurde einerseits erfragt, inwiefern sich die Teilnehmerinnen aufgrund ihres Geschlechts weniger ernst genommen fühlten, und andererseits, welche Bedeutung dem Geschlecht der behandelnden Ärzt*innen zugeschrieben wurde.

Ein weiterer zentraler Abschnitt des Interviews thematisierte den Umgang mit Medical Gaslighting. Dieser wurde unter anderem durch Fragen wie „Was hilft dir im Umgang mit Medical Gaslighting?“ exploriert.

Als Abschlussfrage wurde thematisiert, welche Veränderungen aus Sicht der Teilnehmerinnen notwendig wären, um Medical Gaslighting künftig zu reduzieren. Diese Frage sollte den Teilnehmerinnen ein positives Abschlussgefühl sowie ein Gefühl von Selbstwirksamkeit vermitteln.

Am Ende des Interviews wurde den Teilnehmerinnen die Möglichkeit gegeben, ergänzende Informationen hinzuzufügen. Diese Option wurde von keiner der Teilnehmerinnen in Anspruch genommen. Alle gaben an, die für sie relevanten Inhalte bereits angesprochen zu haben. Abschließend wurden soziodemografische Daten erhoben, darunter Alter, Bildungsgrad und Partnerschaftsstatus. Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld mittels eines Probeinterviews mit einer Person getestet und anschließend geringfügig angepasst. Diese Person wurde nicht in die Studie aufgenommen.

6 Auswertung

Zunächst wurden die Namen der Teilnehmerinnen sowie weitere personenbezogene Daten pseudonymisiert. Hierfür wurden den Teilnehmerinnen Buchstaben von A bis K zugewiesen, wobei der Buchstabe I ausgelassen wurde, da dieser in den Interviews als Kürzel der interviewenden Person verwendet wurde. Auch Ortsangaben sowie namentlich genannte Ärzt*innen wurden anonymisiert, indem diese Informationen durch Kürzel geändert wurden.

Die Transkription erfolgte mithilfe des Programms TurboScribe (TurboScribe, 2025). Diese wurde anschließend händisch überprüft und korrigiert. Für die Transkription sowie die Auswertung wurden die Transkriptionsregeln und die methodischen Vorgaben der fokussierten Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) angewendet.

Der Analyseprozess startete mit dem mehrfachen sorgfältigen Lesen der transkribierten Interviews. Dabei wurden erste Überlegungen in Form von Memos in MAXQDA (VERBI Software, 2025) festgehalten. Bedeutende Textstellen sowie inhaltliche Auffälligkeiten wurden markiert, um sie im weiteren Analyseprozess gezielt berücksichtigen zu können. Auf dieser Grundlage wurde ein vorläufiges Kategoriensystem entwickelt, das sowohl theoriegeleitet auf Basis der einschlägigen Literatur und des Interviewleitfadens als auch datenbasiert aus den Aussagen der Teilnehmerinnen entstand. Die Kategorien wurden auf die Anwendbarkeit auf das gesamte Material überprüft und anschließend wurde das gesamte Material auf Grundlage der entwickelten Hauptkategorien codiert. Die Textabschnitte wurden dabei entsprechenden Kategorien zugeordnet, wobei ein Abschnitt mehrere Kategorien beinhalten konnte. Anhand dieser Kategorien wurden ergänzend Subkategorien gebildet, die die weitere inhaltliche Auswertung strukturierten. Die Kategorien wurden so lange differenziert, bis alle Daten codiert waren und das Kategoriensystem präzise war. Insgesamt wurden in MAXQDA (VERBI Software, 2025) 994 Codes vergeben.

Der Großteil der Hauptkategorien wurde deduktiv aus der Literatur abgeleitet, während die Unterkategorien meist induktiv im Verlauf der Analyse entwickelt wurden. Entlang der Forschungsfragen und des theoretischen Hintergrunds wurden folgende Hauptkategorien gebildet: *Physische Auswirkungen* (mit den teils induktiv, teils deduktiv entwickelten Unterkategorien *Verspätete Diagnose*, *Zunahme an Symptomen*, *Veränderte Schmerzwahrnehmung* und *Inadäquate medizinische Versorgung*), *Psychische Auswirkungen* (mit den Unterkategorien *Emotionale Auswirkungen*, *Veränderte Schmerzwahrnehmung*, *Psychische Erkrankungen*, *Auswirkungen auf soziale Beziehungen* und *Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem*, welche alle induktiv gebildet wurden), *Einfluss des Geschlechts* (mit den deduktiv gefundenen Unterkategorien *Aufgrund des Geschlechts nicht ernst genommen* und *Geschlechterspezifisches Gaslighting*) sowie *Bewältigungsstrategien* (mit den induktiv gebildeten Unterkategorien *Emotionsbezogenes Coping*, *Problemfokussiertes Coping*, *Aktivismus*,

Selbstvalidierung und Soziale und therapeutische Unterstützung). Darüber hinaus wurden im Zuge der Analyse zwei weitere Hauptkategorien aus dem Material heraus entwickelt: *Formen des Medical Gaslightings* (mit den teils induktiv, teils deduktiv erarbeiteten Unterkategorien *Personenbezogene Abwertung, Bagatellisierung, Normalisierung der Symptome, Desinteresse, Unwissenheit, Externalisierte Schuldzuweisung und Sonstiges*) sowie *Verringern von Medical Gaslighting* (mit den induktiv entstandenen Unterkategorien *Veränderung im Gesundheitssystem, Einstellung der Ärzt*innen und Mehr Aufklärung*). Insgesamt wurden sechs Hauptkategorien und 26 Unterkategorien gebildet, welche teilweise noch in weitere Subkategorien differenziert wurden (detaillierte Auflistung siehe Abbildung 1,2,3 und 4).

7 Falldarstellungen

Im folgenden Abschnitt werden die Teilnehmerinnen anhand ihrer zugewiesenen Pseudonyme in Form von kurzen Falldarstellungen vorgestellt. Die dargestellten Angaben beziehen sich jeweils auf den Zeitpunkt der Datenerhebung.

7.1 Andrea

Andrea ist 25 Jahre alt. Sie hat schon sehr jung die Pille genommen. Nachdem sie die Pille aufgrund von starken Nebenwirkungen abgesetzt hatte, sind bei ihr das erste Mal Symptome aufgetreten. Bis zur Diagnosestellung hat es dann sechs Jahre gedauert. Diese Zeit war geprägt von Medical Gaslighting. Erst die dritte Gynäkologin leitete sie ins Krankenhaus weiter, wo sie endlich diagnostiziert wurde. Durch diese verzögerte Diagnosestellung bildeten sich immer weiter schmerzhafte Zysten.

7.2 Brigitte

Brigitte ist 34 Jahre alt. Sie hat seit Beginn ihrer Menstruation eine sehr starke und lange Regelblutung. Bis zur Diagnosestellung vergingen bei ihr 14 Jahre. Im Verlauf ihrer bisherigen Krankengeschichte wurde Brigitte dreimal operiert. Die erste Operation sollte eine Blinddarmentfernung sein, bei welcher Endometriose entdeckt und diagnostiziert wurde. Bei der zweiten Operation sollten Zysten entfernt werden und hierbei wurde ihr mitgeteilt, dass sie keine Endometriose habe. Erst bei der dritten Operation wurden alle vorhandenen Herde der Endometriose entfernt, die bei den vorherigen Eingriffen übersehen worden waren. Dadurch wurden die Schmerzen endlich erträglicher. Infolge des wiederholten Medical Gaslightings befindet sich Brigitte mittlerweile in psychotherapeutischer Behandlung.

7.3 Christine

Christine ist 38 Jahre alt und leidet seit ihrem 14. Lebensjahr unter starken Menstruationsschmerzen. Trotz der langjährigen Symptomatik erfolgte die Diagnosestellung erst 19 Jahre später. Im Jahr 2020 wurde, im Zuge einer Operation aufgrund einer Zyste, Endometriose

diagnostiziert. Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik brachte die Operation keine Verbesserung. Christine hat dauerhaft Schmerzen und nimmt täglich Schmerzmittel, zusätzlich zu einer Therapie mit GnRH-Analoga. Auch im sozialen Umfeld wurde Christine mit ihren Symptomen vor der Diagnose nicht ernst genommen. In diesem Zusammenhang entwickelte sie eine Zwangsstörung, die sie selbst als Folge der langjährigen Belastung und der Invalidierung ihrer Symptome beschreibt.

7.4 Dora

Dora ist 35 Jahre alt. Ihre Menarche war mit zwölf Jahren und seit ihrem 14. Lebensjahr nimmt sie die Pille. Während der regelmäßigen siebentägigen Einnahmepausen traten bei ihr immer starke Schmerzen auf. Nach einiger Zeit entschied sich Dora für einen Wechsel auf eine Hormonspirale, worunter sich ihre Beschwerden jedoch deutlich verschlechterten. Nach mehreren negativen Erfahrungen mit ihren Gynäkologinnen, wurde sie im Oktober 2024 an ein Endometriose-Zentrum überwiesen. Im Dezember 2024 erfolgte dort eine operative Abklärung und die Diagnosestellung Endometriose. Die Operation führte jedoch zu keiner wesentlichen Verbesserung der Schmerzen. Aktuell steht ein weiterer Termin im Endometriose-Zentrum zur Kontrolle möglicher neuer Endometriose-Herde an. Dora nimmt derzeit eine kombinierte Hormontherapie ein. Vom Auftreten der starken Symptome bis zur Diagnose hat es sieben Jahre gedauert.

7.5 Elisa

Elisa ist 27 Jahre alt. Mit 15 Jahren sind bei ihr die ersten Endometriose-Symptome aufgetreten. Die Diagnosestellung erfolgte allerdings erst zwölf Jahre später. Zu Beginn traten die Schmerzen ausschließlich während der Menstruation auf, im weiteren Verlauf entwickelten sich jedoch auch zyklusunabhängige Schmerzen. Als sich Elisa aufgrund einer familiären Vorbelastung, ihre Halbschwester ist ebenfalls an Endometriose erkrankt, bei ihrer Gynäkologin nach Endometriose erkundigte, wurde sie untersucht und ihr wurde mitgeteilt, es handle sich nicht um Endometriose. Viele Jahre später, im November 2024, wurde Elisa operiert und die Diagnose gestellt. Unmittelbar nach der Operation wurden die Schmerzen besser, aber drei bis vier Monate nach der Operation sind die Schmerzen so schlimm geworden, dass Elisa fast jeden Tag Schmerzmedikamente nehmen muss.

7.6 Felicitas

Felicitas ist 26 Jahre alt. Sie leidet seit ihrer ersten Menstruationsblutung mit 13 Jahren unter starken Menstruationsschmerzen, die sich im Laufe der Zeit chronifiziert haben. Immer wieder wurde sie von Ärzt*innen nicht ernst genommen und Hilfe wurde ihr verweigert. Bis zur Diagnosestellung, bei der zusätzlich Adenomyose festgestellt wurde, hat es 13 Jahre gedauert. Felicitas hat keine operativen Eingriffe gemacht. Sie wird hormonell behandelt, was sie als hilfreich in Bezug auf ihre Symptomatik wahrgenommen hat.

7.7 Gerda

Gerda ist 28 Jahre alt. Ihre Menarche hatte sie im Alter von neun Jahren, die von Anfang an mit langen und starken Blutungen einherging. Als sie mit zwölf Jahren das erste Mal bei einer Gynäkologin war, wurden ihre Beschwerden als normal eingestuft und lediglich die Pille verschrieben. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurden Zysten festgestellt, die auch 15 Jahre später, zum Zeitpunkt der endgültigen Diagnosestellung, noch vorhanden waren. Erst im Mai 2025 erfolgte eine operative Behandlung. Diese führte zunächst zu einer kurzfristigen Besserung der Symptome, jedoch verschlechterte sich ihr Zustand bereits nach kurzer Zeit erneut. Eine hormonelle Therapie kommt für Gerda nicht infrage, da diese aufgrund einer weiteren bestehenden Erkrankung kontraindiziert ist. Gerdas Mutter ist schon seit Gerdas Geburt mit Endometriose diagnostiziert. Trotz dieser familiären Vorbelastung wurden Gerdas Beschwerden über einen Zeitraum von 15 Jahren hinweg nicht ernst genommen.

7.8 Helena

Helena ist 25 Jahre alt. Bei ihr traten die Symptome erstmals im Jahr 2018 auf und äußerten sich durch starke Schmerzen und Krämpfe. Bereits 2019 suchte sie aufgrund dieser Beschwerden eine Klinik auf, wo diese als Infekt abgetan wurden. Die Diagnosestellung Endometriose erfolgte erst etwa drei Jahre später. Nach einer operativen Behandlung sowie einer Umstellung ihrer Ernährung kam es zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik. Derzeit nimmt sie keine hormonellen Präparate ein.

7.9 Jana

Jana ist 33 Jahre alt und Mutter einer sechsjährigen Tochter. Etwa ein Jahr nach der Geburt traten erstmals starke Menstruationsschmerzen auf. Ihre Gynäkologin normalisierte ihre Symptome. Im weiteren Verlauf unterzog sich Jana zwei operativen Eingriffen. Bei der ersten Operation, die fünf Jahre später erfolgte, wurde Endometriose diagnostiziert und ihr mitgeteilt, dass sämtliche Endometriose-Herde entfernt worden seien. Trotz des Eingriffs kam es jedoch zu keiner Verbesserung der Schmerzsymptomatik. Im Juni 2024 erfolgte eine zweite Operation, bei der zusätzlich eine Hysterektomie durchgeführt wurde. Zum Zeitpunkt des Interviews lag dieser Eingriff erst eine Woche zurück, weshalb weiterhin Schmerzen bestanden. Nach der ersten Operation im Februar 2024 nahm Jana zunächst die Pille ein, setzte diese jedoch aufgrund von Nebenwirkungen wieder ab und nimmt derzeit keine hormonellen Präparate mehr ein.

7.10 Kim

Kim ist 33 Jahre alt. Ihre Menarche war mit zehn Jahren und ging mit starken Schmerzen einher. Im Alter von 14 Jahren wurde ihr die Pille verschrieben, worunter die Symptome verschwanden. Erst nach dem Einsetzen einer Hormonspirale und der späteren Entfernung aufgrund wiederholten Verrutschens traten erneut Beschwerden auf. Derzeit wird Kim hormonell behandelt, was nach ihren Angaben zu

einer deutlichen Reduktion der Schmerzen führt. Vom Auftreten der ausgeprägten Symptome bis zur Diagnosestellung vergingen insgesamt sieben Jahre.

Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus den Interviews entwickelten Hauptkategorien sowie die dazugehörigen Unterkategorien dargestellt.

8 Deskriptive Charakteristik

Es wurden insgesamt zehn Interviews durchgeführt und ausgewertet. Diese dauerten zwischen 34 und 92 Minuten. Die durchschnittliche Dauer betrug gerundet 66 Minuten. Die Altersspanne lag zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 25 und 38 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 30,4 Jahren. Sechs Teilnehmerinnen (60 %) gaben eine abgeschlossene Lehre als höchsten Bildungsabschluss an, während die anderen vier Frauen (40 %) ein abgeschlossenes Studium hatten. Fünf Frauen waren ledig, eine Frau war geschieden und vier in einer Partnerschaft, wobei zwei davon verheiratet waren. Die Diagnose verzögerte sich bei allen Teilnehmerinnen. Die Zeitspanne vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung lag zwischen drei und 19 Jahren. Im Durchschnitt verzögerte sich die Diagnose um 10,1 Jahre, der Median betrug 9,5 Jahre.

9 Allgemeines

Im Folgenden werden die häufigsten Symptome sowie die eingesetzten Behandlungsformen dargestellt. Alle interviewten Frauen hatten mit Dysmenorrhoe zu kämpfen. Weitere Symptome waren azyklische Unterbauchschmerzen (B, C, D, E, F, K), Kopfschmerzen (D, E), Fatigue (E, F), eine verlängerte Menstruationsdauer (B, D, G), Rückenschmerzen (E, F, G, J, K) und Beinschmerzen (D, E, F, G, J, K). Zudem berichteten mehrere Frauen über Blasenprobleme (B, D, F, H) sowie sehr häufig über gastrointestinale Symptome (B, C, D, E, F, G, H, K). Zu letzteren zählten auch der typische Endo-Belly (A, B, E) und Nausea (C, D, E).

Fast alle Frauen, bis auf Gerda, Helene und Jana, erzählten, dass sie Hormonpräparate einnehmen. Bis auf Andrea und Felicitas hatten alle betroffenen Frauen mindestens eine Laparoskopie gemacht, bei welcher Endometriose-Herde entfernt wurden und die Diagnose gestellt wurde (B, C, E, D, G, H, J, K). Fünf der acht Frauen (C, D, E, G, H) berichteten, dass ihnen die Operation langfristig keine relevante Verbesserung ihrer Symptome gebracht hat. Alle Teilnehmerinnen gaben an, Schmerzmittel zu nutzen. Felicitas erzählte, dass sie außerdem Antidepressiva einnehme, und Brigitte meinte, sie nutze medizinisch verschriebenes Cannabis zur Schmerztherapie. Alle betroffenen Frauen erzählten, dass sie über die Ernährung versuchen würden, ihre Symptome zu lindern. Viele berichteten, zur Physiotherapie zu gehen (E, F, G) oder ein TENS-Gerät zu nutzen (B, D, G). Aber auch abseits der Schulmedizin erzählten fünf der Frauen (B, C, D, E, K), Osteopathie zu probieren. Auch Akupressur (D) und traditionelle chinesische Medizin (F, G) wurden als alternative Behandlungsformen genannt.

10 Formen des Medical Gaslightings

Die Kategorie *Formen des Medical Gaslightings* umfasst sieben Unterkategorien, nämlich *Personenbezogene Abwertung*, *Bagatellisierung*, *Normalisierung der Symptome*, *Desinteresse*, *Unwissenheit*, *Externalisierte Schuldzuweisung* und *Sonstiges*.

10.1 Personenbezogene Abwertung

Sechs der betroffenen Frauen (A, B, C, E, F, G) berichteten in den Interviews von personenbezogener Abwertung. Christine schilderte, dass ihr von einem Arzt geraten wurde: „Ja, werden Sie halt endlich schwanger! Warum haben Sie noch keinen Mann? Passt Ihnen bei einem die Nase nicht, beim anderen der Po? Stellen Sie sich nicht so an, suchen Sie sich halt einen raus. Werden Sie schwanger, dann haben Sie das Problem gelöst“ (C, Pos. 4). Von einer anderen Gynäkologin berichtete Christine: „Und wenn ich schon Schmerzen hätte, sobald sie da unten nur ansetzt, mit der Vaginalsonde reinzugehen, dann hätte ich ja irgendwie grundsätzlich ein Schmerzproblem“ (C, Pos. 57). Auch Gerda erzählte, dass sie bei Schilderung ihrer Beschwerden häufig „sowieso abgeschrieben als jammernde, hysterische Frau“ (G, Pos. 83) werde.

10.2 Bagatellisierung

Neun von zehn Frauen (A, B, C, D, F, G, H, J, K) erzählten, dass ihre Symptome als unbedeutend oder geringfügig dargestellt wurden. Die Betroffenen berichteten von unterschiedlichen Ratschlägen wie: „Sie müssen sich entspannen und gehen Sie in die Sonne und trinken Sie mehr“ (B, Pos. 64), „Ja, nehmen Sie einfach Ibuprofen“ (K, Pos. 42) oder auch „ich soll Tee trinken“ (F, Pos. 19). Gerda schilderte eine Situation mit ihrem Hausarzt: „Und da war es so, dass er dann wirklich aufgestanden ist, sich vor mich gestellt hat und von mir verlangt hat, dass ich mich jetzt selbst einweise“ (G, Pos. 43), weil er ihre Symptome als geringfügig eingestuft und sie auf die Psyche geschoben hatte.

10.3 Normalisierung der Symptome

Eine Normalisierung der Symptome wurde von sieben Frauen (A, B, C, D, G, J, K) beschrieben. Häufig wurde dabei einfach von Ärzten gesagt: „Das ist normal, Frauen haben Schmerzen, das gehört einfach dazu“ (A, Pos. 17). Christine berichtet von einem Gynäkologen, der ihr erklärte, dass es „normal ist für Frauen und man muss ja nur die Pille nehmen“ (C, Pos. 85). Jana schilderte ihre Erfahrungen wie folgt: „Ich habe vier, fünf Ibu-800er genommen. Ich weiß, das ist zu viel, aber wenn's nicht hilft... Ich hatte Rückenschmerzen, das hat bis in die Beine gezogen. Und wie gesagt, meine Ärztin hat immer nur gesagt, es wäre normal“ (J, Pos. 3).

10.4 Desinteresse

Sieben von zehn Frauen (A, B, C, E, G, H, K) berichteten von einem wahrgenommenen Desinteresse seitens ihrer Ärzt*innen an ihrer Erkrankung und ihren Symptomen. Dies ging bei Brigitte so weit, dass

ein Arzt meinte: „okay ich untersuche Sie mal. Aber so richtig widerwillig. Er hatte gar keinen Bock drauf“ (B, Pos. 9). Christine beschrieb das Desinteresse folgendermaßen: „dieses Nichthelfen und auch nicht Weiterforschen, mich auch nicht an mögliche Zentren überweisen, dass man da mal schaut“ (C, Pos. 51).

10.5 Unwissenheit

Es wurde von sieben Frauen (A, B, C, D, F, G, K) beschrieben, dass viele Ärzt*innen einfach unwissend ihnen und ihrer Krankheit gegenüber waren. „Und er meinte so, ja, keine Ahnung, was Sie da für eine Triose haben. Also er konnte noch nicht mal die Erkrankung aussprechen. Das war ihm gar kein Begriff. Aber er meinte ja, diese Triose, keine Ahnung, trinken Sie einen Tee“ (F, Pos. 19), schilderte Felicitas. Auch Kim erzählte von der Unwissenheit ihrer Gynäkologin, die sie gemerkt hat durch „die Unterschiede, wie der Ultraschall auch gemacht wurde“ (K, Pos. 5).

10.6 Externalisierte Schuldzuweisung

Sieben Frauen (A, B, C, E, F, H, K) berichteten von einer Schuldzuweisung durch ihre Ärzt*innen. Christine beschrieb, dass sie immer wieder von den Ärzt*innen signalisiert bekommen habe: „wenn Sie noch was tun würden, würde es besser werden“ (C, Pos. 117). Felicitas wurde unter anderem gesagt: „du willst dir gar nicht helfen lassen“ (F, Pos. 60) und Elisa hat über sich selbst dann gedacht: „Schmerzen entstehen ja im Kopf, also kontrollier sie mal besser.“ (E, Pos. 85).

10.7 Sonstiges

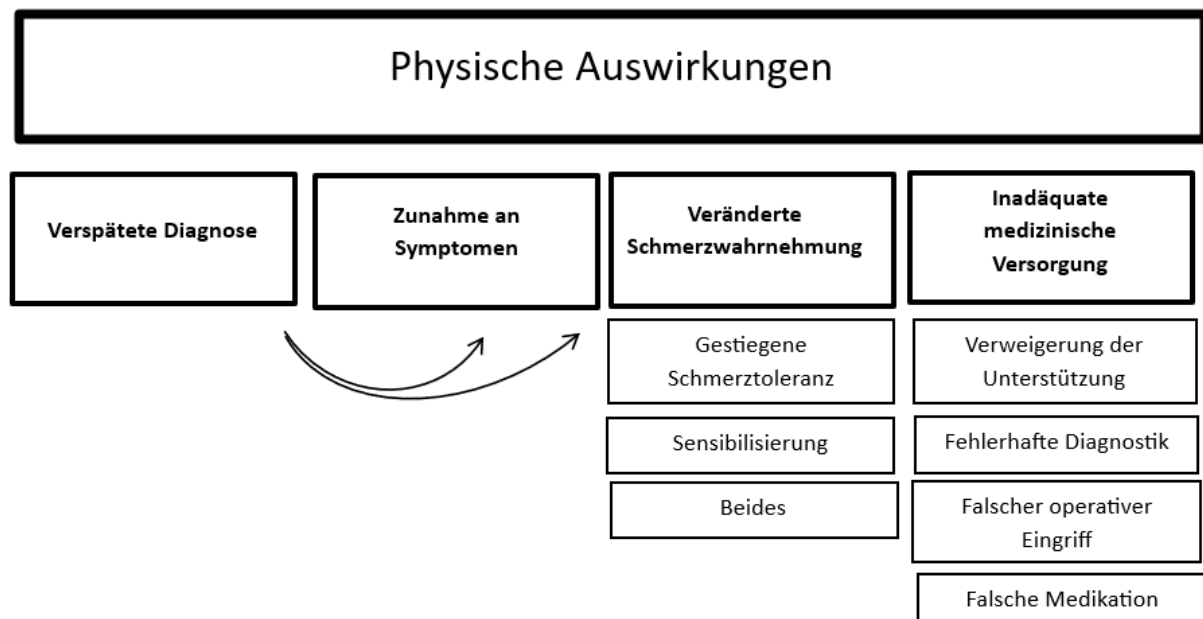
Es gibt eine Vielzahl an Ausprägungen von Medical Gaslighting, welche von den Teilnehmerinnen genannt wurden, die sich in keine der anderen Unterkategorien eindeutig zuordnen ließen. All diese Fälle wurden in der Kategorie „Sonstiges“ zusammengefasst.

11 Physische Auswirkungen

Die interviewten Frauen beschrieben vielfältige physische Auswirkungen von Medical Gaslighting. Diese wurden in vier Unterkategorien unterteilt (siehe Abbildung 1): *Verspätete Diagnose*, *Zunahme an Symptomen*, *Veränderte Schmerzwahrnehmung* (mit den Subkategorien *Gestiegene Schmerztoleranz*, *Sensibilisierung* und *Beides*) sowie *Inadäquate medizinische Versorgung* (mit den Subkategorien *Verweigerung der Unterstützung*, *Fehlerhafte Diagnostik*, *Falscher operativer Eingriff* und *Falsche Medikation*).

Abbildung 1

Kategorien Physische Auswirkungen von Medical Gaslighting

**11.1 Verzögerte Diagnose**

Alle zehn Frauen (A, B, C, D, E, F, G, H, J, K) berichteten von einer Verzögerung ihrer Diagnose aufgrund von Medical Gaslighting. Vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung hat es durchschnittlich 10,1 Jahre gedauert. Helena hatte mit drei Jahren die kürzeste Dauer bis zur Diagnose, Christine mit 19 Jahren die längste. „Es hätte schon viel früher einfach diagnostiziert werden können. Die ein oder anderen Herde hätten vielleicht einfach vermieden werden können. Ja, ich glaube, das hätte halt durchaus einfach ein bisschen vermieden werden können. Dieser lange Leidensweg“ (K, Pos. 77), meinte Kim. Eine verzögerte Diagnose hatte auch Auswirkungen auf die Kategorien *Zunahme an Symptomen* und *Veränderte Schmerzwahrnehmung*, was in der Abbildung 1 durch die Pfeile symbolisiert wird.

11.2 Zunahme an Symptomen

Sechs Frauen (A, B, C, E, H, K) berichteten, dass sich aufgrund des Medical Gaslightings ihre Symptome vermehrt und/oder verschlechtert hätten. Andrea gab an, dass sie mehr Schmerzen als notwendig gehabt habe. Christine ist davon überzeugt, dass „die Endometriose gar nicht so schlimm geworden wäre und die ganzen Auswirkungen mit Darmverwachsungen und Darmproblemen usw. gar nicht so schlimm geworden wären, wenn der Frauenarzt rechtzeitig reagiert hätte. Und man frühzeitig behandelt hätte und das nicht alles über Jahrzehnte da unten wuchern und verwachsen und bluten und entzünden hätte können“ (C, Pos. 82).

11.3 Veränderte Schmerzwahrnehmung

Alle Teilnehmerinnen außer Andrea bemerkten eine Veränderung in ihrer Schmerzwahrnehmung. Diese Kategorie wurde unterteilt in *Gestiegene Schmerztoleranz*, *Sensibilisierung* und *Beides*.

11.3.1 Gestiegene Schmerztoleranz

Sechs der zehn Frauen (B, C, D, G, H, K) berichteten von einer gestiegenen Schmerztoleranz. Dora meinte, dass sie „mit Schmerzen sehr viel belastbarer“ (D, Pos. 90) ist als andere Menschen. Gerda berichtete, dass ihre Schmerztoleranz „immer höher“ (G, Pos. 81) werde.

11.3.2 Sensibilisierung

Fünf Frauen schilderten eine erlebte Sensibilisierung (B, C, E, F, J). Elisa erzählte, dass ihre jahrelangen chronischen Schmerzen ihre Schmerzschwelle gesenkt hätten. Und auch Jana meinte, dass die Schmerzwahrnehmung mit den Jahren „echt schlimmer geworden ist“ (J, Pos. 89).

11.3.3 Beides

Brigitte und Christine haben sowohl von einer erhöhten Schmerztoleranz als auch von einer Sensibilisierung erzählt. Christine berichtete, dass sie einerseits „deutlich mehr Schmerz aushalten kann“ (C, Pos. 100) als der Rest von ihrer Familie, aber andererseits erzählte sie auch, dass sich ein „Schmerzgedächtnis“ (C, Pos. 82) geformt habe.

11.4 Inadäquate medizinische Versorgung

Inadäquate medizinische Versorgung wurde als eine häufige physische Auswirkung des Medical Gaslightings von allen Frauen außer Kim genannt. Diese Kategorie umfasst die Unterkategorien *Verweigerung der Unterstützung*, *fehlerhafte Diagnostik*, *falscher operativer Eingriff* und *falsche Medikation*.

11.4.1 Verweigerung der Unterstützung

Fünf der zehn Frauen berichten von einer Verweigerung der Unterstützung (B, C, F, G, J). Felicitas erzählte von ihrem Antrag auf Grad der Behinderung, durch welchen sie mehr Unterstützung vom Staat bekommen hätte, und dass ihre Frauenärztin „diese feste Diagnose, die schon stand, nicht ausfüllen“ (F, Pos. 9) wollte. Christine berichtete, ihr Arzt habe sie nicht an weitere Kliniken zur Untersuchung überweisen wollen.

11.4.2 Fehlerhafte Diagnostik

Dora und Helena erzählten von einer fehlerhaften Diagnostik ihrer Ärzt*innen. Als Dora bei ihrer Frauenärztin war, aufgrund einer Blasenproblematik nach der Laparoskopie, hat ihre Gynäkologin „das auch nicht richtig ernst genommen. Die hat halt nur so einen Schnelltest gemacht. Und der war negativ.“

Aber man muss dann halt Kulturen anlegen. Und wenn man die Kulturen anlegt, dann hat man halt diesen Keim gesehen. Das hat sie auch nicht gemacht.“ (D, Pos. 88).

11.4.3 Falscher operativer Eingriff

Drei Frauen (B, D, J) berichteten, dass bei ihnen sogar falsche operative Eingriffe stattgefunden haben. Brigitte wurde der Blinddarm rausoperiert, obwohl er nicht entzündet war. Zusätzlich erzählte sie auch von einer Zystenentfernung, bei der ihre damals von einem anderen Arzt schon bestätigte Endometriose-Diagnose wieder widerrufen wurde und dadurch nicht alle Endometriose-Herde entfernt wurden. „Das waren unnötige Eingriffe und davon kamen ja halt so viele Verwachsungen auch“ (B, Pos. 102), betonte Brigitte.

11.4.4 Falsche Medikation

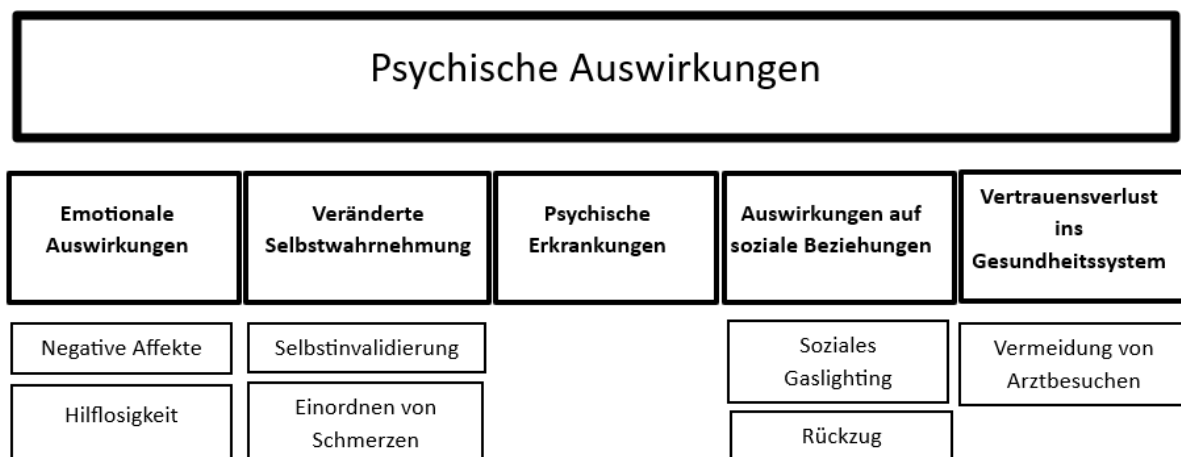
Eine falsche Medikation wurde fünf Frauen (A, B, E, F, H) gegeben. Brigitte wurde Cortison verabreicht, ohne dass es Entzündungsanzeichen gab. Felicitas hat die doppelte Dosis Antidepressiva, welches auch als Schmerzmedikament bei ihr eingesetzt wurde, verschrieben bekommen. Dies führte bei ihr zu Alpträumen und einem gestörten Schlafrhythmus.

12 Psychische Auswirkungen

Medical Gaslighting hatte auch erhebliche psychische Auswirkungen auf die interviewten Frauen. Im Folgenden werden die fünf gefundenen Unterkategorien dargestellt (siehe Abbildung 2). Diese waren *Emotionale Auswirkungen* (mit den Subkategorien *Negative Affekte* und *Hilflosigkeit*), *Veränderte Schmerzwahrnehmung* (mit den Subkategorien *Selbstinvalidierung* und *Einordnen von Schmerzen*), *Psychische Erkrankungen*, *Auswirkungen auf soziale Beziehungen* (mit den Subkategorien *Soziales Gaslighting* und *Rückzug*) sowie *Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem* (mit der Subkategorie *Vermeidung von Arztbesuchen*).

Abbildung 2

Kategorien Psychische Auswirkungen von Medical Gaslighting



12.1 Emotionale Auswirkungen

Alle Frauen berichteten von emotionalen Auswirkungen. Diese Kategorie wurde in *Negative Affekte* und *Hilflosigkeit* unterteilt.

12.1.1 Negative Affekte

Vier Frauen (A, B, E, J) berichteten von einer großen Angst, wieder Schmerzen zu bekommen. Andrea erzählte: „Ich habe teilweise sogar Events abgesagt im Vorhinein, weil ich wusste, ich kriege an dem Tag meine Periode. Das wäre halt nicht, das wäre schon vorher zum Bearbeiten gewesen, wenn’s so wäre, wenn es früher schon so gewesen wäre wie jetzt“ (A, Pos. 71). Dies ist auch mit der Kategorie Rückzug verknüpft, welche im Folgenden noch beschrieben wird. Acht Frauen (A, B, C, D, E, F, H, J) berichten zudem von weiteren negativen Affekten nach dem erlebten Gaslighting, wie Wut (B, C, D, E), Traurigkeit (E, J), Verwirrtheit (F), Verzweiflung (B, G), Schock (A) und Enttäuschung (C).

12.1.2 Hilflosigkeit

Neun der zehn Frauen erzählten von wiederkehrenden Gefühlen der Hilflosigkeit. Helene berichtete von einer Hoffnungslosigkeit, dass je jemand rausfindet, welche Krankheit sie habe. Kim beschrieb, sich alleine gelassen zu fühlen. Jana und Dora hatten das Gefühl, dass ihnen niemand helfen kann, und Brigitte meinte sogar: „niemand will einem helfen“ (B, Pos. 60).

12.2 Veränderte Selbstwahrnehmung

Als weitere psychische Auswirkung beschrieben alle Frauen eine veränderte Selbstwahrnehmung. Diese wurde unterteilt in *Selbstinvalidierung* und *Einordnen von Schmerzen*.

12.2.1 Selbstinvalidierung

Alle Frauen erlebten Formen von Selbstinvalidierung. Sieben Frauen (A, B, D, E, F, H, K) berichteten von Selbstzweifeln. Die Teilnehmerinnen erzählten davon, dass sie an ihrem „Verstand gezweifelt“ (B, Pos. 47) haben, dass sie sich „selber weniger ernst genommen“ (D, Pos. 86) haben und dass sie gedacht haben: „okay, ist es denn wirklich so schlimm? Sollte ich es vielleicht einfach sein lassen? So, vielleicht habe ich halt wirklich nichts. Keine Ahnung, bilde mir das alles nur ein“ (H, Pos. 26). Andrea meinte außerdem: „Ich bin dann mit den Gedanken herumgegangen, okay, vielleicht übertreibe ich“ (A, Pos. 17). Elisa sprach explizit davon, dass sie angefangen habe, alles zu bagatellisieren.

Legitimierungsdruck wurde als Folge von der Selbstinvalidierung erwähnt. Dieser beschreibt das Gefühl, sich beweisen zu müssen, von welchem drei der Frauen (B, E, G) erzählt hatten. Brigitte fühlte sich, als müsse sie beweisen, „dass man wirklich Schmerzen hat“ (B, Pos. 47). Gerda erzählte von ihrer Erfahrung, als sie von ihrem Hausarzt eingewiesen worden ist, weil sie immer wieder von ihren Schmerzen berichtete. Sie ist infolgedessen in die Klinik gefahren, weil sie dachte: „wenn ich das einmal schriftlich habe, dass ich nicht verrückt bin, keine Ahnung, das ist absurd, wenn man so drüber spricht,

aber vielleicht hilft es dann, vielleicht werde ich dann ernst genommen“ (G, Pos. 43). Diese Erfahrungen waren für Gerda „extrem zermürbend“ (G, Pos. 61).

Auch das Selbstwertgefühl war bei allen Frauen als Folge der ständigen Invalidierung verringert. Jana erlebte dies vor allem als Folge von dem vermehrten sozialen Rückzug (siehe weiter unten Kategorie *Rückzug*). Kim beschrieb: „man vertraut sich eben nicht mehr so, man vertraut nicht mehr so seinem Körper und dem, wie man das Ganze wahrnimmt“ (K, Pos. 89). Zusätzlich wurde ein vermindertes Selbstbewusstsein erwähnt (A).

12.2.2 Einordnen von Schmerzen

Eine weitere Unterkategorie der veränderten Schmerzwahrnehmung ist das Einordnen von Schmerzen. Sechs Frauen (A, C, D, E, H, K) hatten Probleme, ihre Schmerzen in gewöhnliche und äußerst ungewöhnliche unterscheiden zu können. Christine berichtete, dass sie sich oft die Fragen stelle: „ist das jetzt noch normal oder eben nicht mehr? Empfinde ich es nur anders oder ist es schon anders? Ist es noch ein normaler Rahmen oder eben (..) bedenklich und man sollte zum Arzt gehen?“ (C, Pos. 123). Auch Elisa fällt es schwer, „selbst einzuschätzen, wann der Punkt gekommen ist“ (E, Pos. 91), einen Arzt oder eine Ärztin zu konsultieren. Kim erzählte, sie wisse nicht mehr: „was ist denn gewöhnlich und was ist ungewöhnlich?“ (K, Pos. 99). Kim beschrieb dennoch dabei, dass ihr Kopf oft schon weiß, ob es normal ist oder nicht, aber sie eine Bestätigung braucht, dass man wegen etwas „in die Klinik fährt“ (K, Pos. 101).

12.3 Psychische Erkrankungen

Fünf Frauen (B, C, E, F, K) berichteten von psychischen Erkrankungen oder klinisch relevanten Symptomen, darunter „Panikattacken“ (B, Pos. 12), „Angstzustände“ (B, Pos. 108), „Verdacht auf PTBS“ (F, Pos. 5) sowie Depressionen (B, E, F). Christine erzählte, dass die jahrelange Bagatellisierung ihrer Beschwerden „zu einer Zwangsstörung geführt“ (C, Pos. 82) habe. „Nachdem dann die Diagnose stand, hat sich die Zwangsstörung in Luft aufgelöst“ (C, Pos. 82). Kim meinte, dass sie mal mit „Zwangsgedanken Probleme hatte“ (K, Pos. 119) und diese von der Pille abhängig waren. Auch Elisa berichtete von einer Zwangsstörung und Depressionen, meinte allerdings im Interview, dass diese in keinem Zusammenhang mit Endometriose stünden.

12.4 Auswirkungen auf soziale Beziehungen

Das Medical Gaslighting hatte nicht nur Auswirkungen auf die Frauen selbst, sondern auch bei allen auf ihre sozialen Beziehungen. Die Kategorie wurde in zwei weitere unterteilt: *Soziales Gaslighting* und *Rückzug*.

12.4.1 Soziales Gaslighting

Als eine große Auswirkung von Medical Gaslighting wurde soziales Gaslighting beschrieben. Sieben Frauen (A, B, C, E, F, H, K) berichteten, dass sie von ihrem sozialen Umfeld nicht ernst genommen wurden. Als Andrea ihrer Mutter von dem Medical Gaslighting erzählte, meinte diese nur: „Stell dich nicht so an. Und wenn es der Arzt schon sagt, dann wird das schon passen“ (A, Pos. 108). Christine hat die gleichen Erfahrungen gemacht und aus familiären Kreisen nur gehört: „wenn die Ärzte nichts finden, dann muss es ja an dir liegen“ (C, Pos. 82) und „Nur du hast damit ein Problem. Das ist deine Macke, dein eigenes komisches Empfinden“ (C, Pos. 127). „Meine Eltern haben mich dann auch irgendwie nicht ernst genommen, weil sie wussten, okay, die Ärztin hat doch gesagt, das ist normal“ (F, Pos. 14), berichtete Felicitas.

12.4.2 Rückzug

Von einem Rückzug aus sozialen Beziehungen erzählten fünf der zehn Frauen (A, B, D, G, J). Dieser Rückzug passierte teilweise aus Angst vor Schmerzen (A, siehe Kategorie *Negative Affekte*) und war mit einem schlechten Selbstwert verknüpft (J, siehe Kategorie *Selbstwertgefühl*). Dora berichtete davon, Verabredungen oft abzusagen, und Gerda erwähnte, dass sie teilweise keine Kraft habe, sich mit Menschen zu umgeben.

12.5 Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem

Eine erhebliche Skepsis gegenüber dem Gesundheitssystem wurde von acht (A, B, C, D, E, F, H, K) Frauen geäußert. Fünf Frauen (A, B, C, E, H) berichteten dabei spezifisch von einem Verlust des Vertrauens. Andrea meinte, dass sie früher schon Vertrauen in Ärzt*innen gehabt habe, dieses aber im Verlauf der Endometriose und der Diagnose sehr abgenommen habe. Elisa meinte, dass sie Ärzt*innen prinzipiell nicht mehr traut. In der vorliegenden Arbeit wurde von der Kategorie *Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem* ausgehend noch die Unterkategorie *Vermeidung von Arztbesuchen* gebildet.

12.5.1 Vermeidung von Arztbesuchen

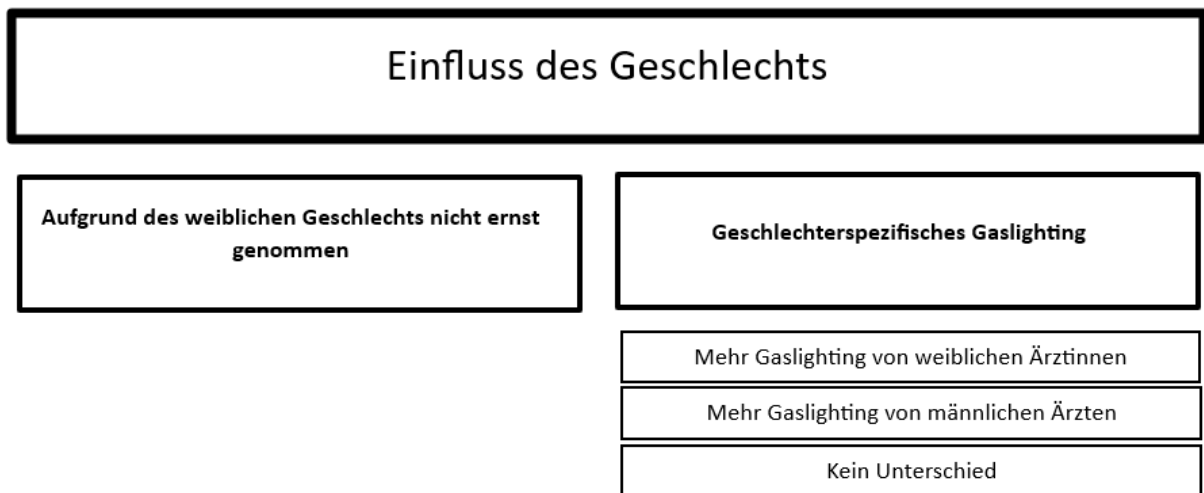
Infolge des Vertrauensverlustes vermieden sechs Frauen (A, B, D, E, F, K) Arztbesuche. Die Betroffenen berichteten, sie würden versuchen, Arztbesuche „rauszuzögern“ (K, Pos. 95), dass sie „weniger zum Arzt“ (D, Pos. 86) gehen, und Brigitte ist sogar gar nicht mehr zum Arzt gegangen, weil sie sich gefragt hat: „was will man da noch erzählen?“ (B, Pos. 6). Felicitas erzählte sogar: „wenn ich etwas habe, ich könnte kurz vorm Sterben sein, aber ich würde niemals in ein Krankenhaus wollen. Also ich würde das lieber in Kauf nehmen, jetzt dramatisch ausgedrückt, in meiner Wohnung zu sterben, anstatt in einem Krankenhaus zu sein, wo ich wieder nicht ernst genommen werde, wo ich manipuliert werde“ (F, Pos. 14). Auch Vorsorgeuntersuchungen wurden ausgelassen (D). Felicitas und Kim gaben an, dass sie mehr Vertrauen in die alternative Medizin hätten. Felicitas hat das Gefühl, dass dort ihr wirklich geholfen werden will.

13 Einfluss des Geschlechts

Im Folgenden wird der Einfluss des Geschlechts auf das Vorkommen von Medical Gaslighting analysiert. Diese Hauptkategorie wurde in zwei Unterkategorien gegliedert (siehe Abbildung 3): *Aufgrund des weiblichen Geschlechts nicht ernst genommen* und *Geschlechterspezifisches Gaslighting* (mit den Subkategorien *Mehr Gaslighting von weiblichen Ärztinnen*, *Mehr Gaslighting von männlichen Ärzten* und *Kein Unterschied*).

Abbildung 3

Kategorien Einfluss des Geschlechts auf Medical Gaslighting



13.1 Aufgrund des weiblichen Geschlechts nicht ernst genommen

Sieben Frauen (A, D, E, G, H, J) erlebten Medical Gaslighting aufgrund ihres Geschlechts. Die Betroffenen fühlten, dass Frauen weniger ernst genommen werden. „Wenn ich überlege, andere Vergleiche, ich habe eine chronische Sinusitis, mein Mann hat eine chronische Sinusitis. Bei ihm hat es sechs Monate gebraucht, die zu diagnostizieren, bei mir acht Jahre. Also ich meine, das ist keine Endometriose, aber genau das erlebe ich im Alltag mit allem. Bei Endometriose ganz extrem“ (G, Pos. 83) erzählte Gerda.

13.2 Geschlechterspezifisches Gaslighting

Sechs Frauen (B, E, G, H, J, K) erzählten während des Interviews, dass sie das Medical Gaslighting abhängig vom Geschlecht ihrer Ärzt*innen erfahren haben.

13.2.1 Mehr Gaslighting von Frauen

Drei Teilnehmerinnen (B, H, J) gaben an, mehr Medical Gaslighting von Frauen erlebt zu haben. Die weiblichen Ärztinnen waren oft frech zu Brigitte: „Dieses Patzige. Richtig dieses Patzige einfach“ (B, Pos. 131). Diese drei Frauen, die vermehrt Medical Gaslighting von Frauen erlebt haben, gaben nicht an, männliches medizinisches Personal beziehungsweise Ärzte zu präferieren.

13.2.2 Mehr Gaslighting von Männern

Elisa, Gerda und Kim erzählten, mehr Medical Gaslighting von Männern erfahren zu haben. Als Folge dessen präferierten diese drei Frauen (E, G, K) weibliches medizinisches Personal.

13.2.3 Kein Unterschied

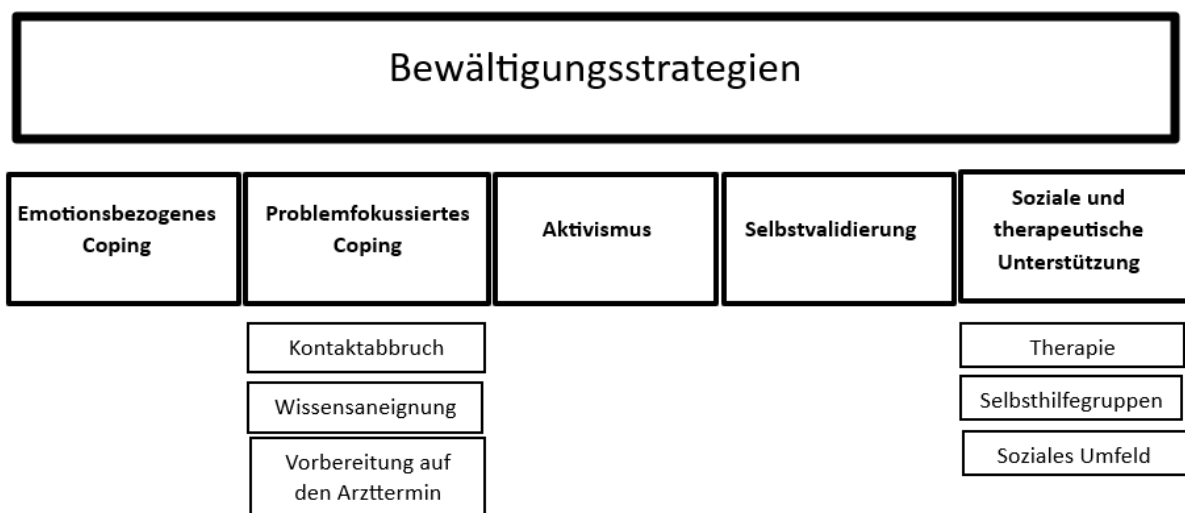
Die restlichen vier Frauen (A, C, D, F) haben keinen geschlechtsspezifischen Unterschied wahrgenommen. Infolgedessen hatten die Frauen auch keine Präferenz bei dem Geschlecht ihrer Ärzt*innen.

14 Bewältigungsstrategien

Die Interviews wurden auf Bewältigungsstrategien analysiert, und die folgenden fünf Kategorien haben sich daraus entwickelt (siehe Abbildung 4): *Emotionsbezogenes Coping*, *Problemfokussiertes Coping* (mit den Subkategorien *Kontaktabbruch*, *Wissensaneignung* und *Vorbereitung auf den Arzttermin*), *Aktivismus*, *Selbstvalidierung* sowie *Soziale und therapeutische Unterstützung* (mit den Subkategorien *Therapie*, *Selbsthilfegruppen* und *Soziales Umfeld*).

Abbildung 4

Kategorien Coping-Strategien bei erlebtem Medical Gaslighting



14.1 Emotionsbezogenes Coping

Als emotionsbezogenes Coping wurden Strategien verstanden, die auf die Regulation von Emotionen abzielen. Diese wurden von drei Frauen (G, J, K) berichtet. Genannt wurden Meditation (J), darüber lachen (G) sowie Verdrängung (K).

14.2 Problemfokussiertes Coping

Problemfokussiertes Coping wird in dieser Arbeit definiert als eine sich den Problemen annehmende Strategie.

14.2.1 Kontaktabbruch

Ein Kontaktabbruch mit den gaslightenden Ärzt*innen wurde von zwei Frauen (D, E) durchgeführt.

14.2.2 Wissensaneignung

Außerdem berichteten vier Frauen (A, D, J, K) von Wissensaneignung als Bewältigungsstrategie. Dora erzählte, dass es ihr hilft, wenn sie von den Ärzt*innen als Expertin ihrer Krankheit gesehen wird.

14.2.3 Vorbereitung auf den Arzttermin

Im Zuge der problemfokussierten Bewältigungsstrategien wurde auch die Vorbereitung auf den Arzttermin von vier Frauen (B, D, E, G) genannt. Drei Teilnehmerinnen (D, E, G) beschrieben diese Vorbereitung als hilfreiche Coping-Strategie. „Ich mache mir vor einem Termin einen Plan und überlege mir, was ich alles ansprechen will. Und überlege schon, wie so eine Art Drehbuch, was ich sage, wenn die Person mich nicht ernst nimmt“ (E, Pos. 107) erzählt Elisa. Brigitte hingegen sieht dieses Vorbereiten eher als Belastung. Sie fühlt sich vor einem Arzttermin oft zittrig, wie vor einem Auftritt, weil sie alle möglichen Szenarien durchgeht, als müsse sie sich beweisen.

14.3 Aktivismus

Elisa erzählte als einzige Teilnehmerin davon, dass die Mithilfe im Verein für sie eine Möglichkeit darstelle, mit Medical Gaslighting umzugehen. Sie meinte, sie kriege das Gefühl: „ich kann etwas verändern. Ich habe ein bisschen Kontrolle zurückgewonnen, die ich in meinem Körper vielleicht nicht habe“ (E, Pos. 109).

14.4 Selbstvalidierung

Selbstvalidierung stellte für drei Frauen (D, H, J) eine wichtige Coping-Strategie dar. Helena und Jana haben es als wichtig beschrieben, sich selber und den eigenen Körper ernst zu nehmen: „Wenn ich Schmerzen habe, habe ich Schmerzen“ (J, Pos. 119). Dora erzählte, dass zudem ein selbstbewusstes Auftreten im Umgang mit Medical Gaslighting hilfreich sei.

14.5 Soziale und therapeutische Unterstützung

Die soziale und therapeutische Unterstützung wurde von allen Frauen im Interview als Bewältigungsstrategie genannt. Dies wurde unterteilt in die Unterkategorien *Therapie*, *Selbsthilfegruppen* und *Soziales Umfeld*.

14.5.1 Therapie

Drei Teilnehmerinnen (B, E, G) erzählten, dass psychotherapeutische Unterstützung ihnen als Bewältigungsstrategie geholfen habe.

14.5.2 Selbsthilfegruppen

Drei weitere Frauen (A, C, D) meinten, Selbsthilfegruppen würden sie beim Coping unterstützen. „Das ist schon ein bisschen beruhigend, ist vielleicht das falsche Wort, zu sehen, aber dass ich nicht die Einzige bin“ (A, Pos. 126), erzählte Andrea.

14.5.3 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld wurde von allen Frauen als wichtige Bewältigungsstrategie genannt. Brigitte erzählte, dass sie sich durch die Unterstützung von Familie und Freunden nicht allein gelassen fühle. Und auch Christine gab an, sie hole sich Unterstützung im sozialen Umfeld: „Ich muss es dann loswerden bei Freunden, die mich ernst nehmen, oder Familienangehörigen, die mich ernst nehmen, um irgendwie auch die Rückmeldung zu kriegen, ja, das, was die gemacht haben, ist nicht normal“ (C, Pos. 136).

15 Verringern von Medical Gaslighting

Von den Frauen kamen im Laufe des Interviews mehrere unterschiedliche Ideen, was getan werden müsste, um Medical Gaslighting zu verringern. Diese Hauptkategorie wurde in die drei Unterkategorien *Veränderung im Gesundheitssystem*, *Einstellung der Ärzt*innen* und *Mehr Aufklärung* geteilt.

15.1 Veränderung im Gesundheitssystem

Zwei Frauen (D, E) forderten strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem, insbesondere mehr Zeit und finanzielle Ressourcen für Diagnostik. Eine „Anamnese sollte kassenärztlich abgerechnet werden können, weil Ärzt*innen das im Moment nicht machen können und dadurch nicht genug Zeit haben, um so eine Anamnese durchzuführen, die aber auch super zentral ist“ (E, Pos. 113), erklärte Elisa.

15.2 Einstellung der Ärzt*innen

Darüber hinaus forderten mehrere Frauen (B, C, F, G, J, K) eine Veränderung der Haltung von Ärzt*innen. Christine, Gerda und Jana betonten, dass Frauen von Ärzt*innen ernster genommen

werden müssen. Brigitte, Felicitas und Kim sahen es als wichtig an, dass Ärzt*innen empathischer im Umgang mit Patient*innen sein sollten.

15.3 Mehr Aufklärung

Sieben Frauen (A, B, C, E, G, H, K) forderten mehr Aufklärung der Ärzt*innen. Es soll mehr Schulungen und mehr Forschung geben sowie außerdem: „Aufklärung über das alles, was auch Frauen haben können“ (A, Pos. 128).

Diskussion

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, die Auswirkungen von Medical Gaslighting auf Personen mit Endometriose aus der Perspektive der Betroffenen zu untersuchen. Im Fokus standen dabei sowohl physische als auch psychische Folgen, der Einfluss des Geschlechts sowie die von den Betroffenen entwickelten Bewältigungsstrategien. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie liefern ein vertiefendes Verständnis dafür, wie Medical Gaslighting im medizinischen Versorgungskontext erlebt wird und welche langfristigen Konsequenzen sich daraus insbesondere für Gesundheit, Selbstwahrnehmung und Vertrauen in das Gesundheitssystem ergeben. Die Arbeit zeigt die Rolle des Geschlechts im Gesundheitskontext auf und weist auf mögliche Bewältigungsstrategien und Möglichkeiten zur Verringerung des Medical Gaslighting hin.

16 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse zusammengefasst und mit der Studienlage verglichen werden.

16.1 Formen des Medical Gaslightings

Alle in der Literatur genannten Formen des Medical Gaslightings, wie Ablehnung von Ärzt*innen, Normalisierung und Bagatellisierung der Symptome, externalisierte Schuldzuweisung sowie Unwissenheit, wurden auch von den interviewten Frauen berichtet, wobei Ablehnung der Ärzt*innen in dieser Studie als Desinteresse kategorisiert wurde (Ballard et al., 2006; Khan et al., 2024; Ng et al., 2024; Thompson et al., 2022). Jeweils sieben der zehn Frauen erlebten Desinteresse, externalisierte Schuldzuweisung und Unwissenheit seitens der behandelnden Ärzt*innen, während neun Frauen von Bagatellisierung ihrer Beschwerden betroffen waren. In der Literatur wird auch eine Normalisierung der Dysmenorrhoe von den Patientinnen selber beschrieben, was zu einer Verzögerung der Diagnose führen kann (Ballard et al., 2006; Hudelist et al., 2012). Die Teilnehmerinnen dieser Studie konnten dies nicht bestätigen. Zwar erleben sieben Frauen schon eine Normalisierung, diese ging jedoch überwiegend von den Ärzt*innen aus. In dieser Masterarbeit wurde von sechs Teilnehmerinnen personenbezogene Abwertung als Form des Medical Gaslightings wahrgenommen, was in der Literatur bisher explizit kaum Beachtung erhielt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Formen des Gaslightings oft nicht isoliert, sondern wiederholt und in Summe aufgetreten sind, wodurch sie weitreichende Auswirkungen auf die Teilnehmerinnen hatten.

16.2 Physische Auswirkungen

Eine verzögerte Diagnose ist eine sehr häufige Auswirkung von Medical Gaslighting, wie sowohl in der Literatur (Greene et al., 2009; Khan et al., 2024) als auch von allen Teilnehmerinnen berichtet

wurde. Die in dieser Studie gefundenen durchschnittlichen 10,1 Jahre bis zur Diagnosestellung stimmen mit den 10,4 Jahren überein, die Hudelist et al. (2012) berichteten.

Durch das Medical Gaslighting und die verzögerte Diagnose kommt es meist auch zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und zu einer Zunahme an Symptomen (Khan et al., 2024). Sechs Frauen bestätigten, dass ihre Symptome sich im Verlauf verstärkt haben.

In dieser Studie wurde von unterschiedlichen Veränderungen der Schmerzwahrnehmung infolge des Medical Gaslightings berichtet. Fünf der zehn Frauen erzählten von einer verringerten Schmerztoleranz und einer Sensibilisierung der Schmerzen, was mit bisherigen Ergebnissen aus Studien übereinstimmt (Laursen et al., 2005; Nunes et al., 2015; Vuontisjärvi et al., 2018). Sechs Teilnehmerinnen schilderten jedoch eine erhöhte Schmerztoleranz, während zwei Befragte sogar davon erzählten, beides parallel zu erleben. Diese beiden berichteten, eine erhöhte Fähigkeit zu haben, Schmerzen auszuhalten, aber gleichzeitig ein Schmerzgedächtnis und eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Reizen zu haben.

Diese heterogenen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Auswirkungen von Medical Gaslighting auf die Schmerzwahrnehmung nicht eindimensional sind. Einerseits kann es durch die chronischen Schmerzen bei Endometriose zu einer Entwicklung der zentralen Sensibilisierung kommen, wodurch geringe Reize schon als schmerzhaft wahrgenommen werden. Dieser Zusammenhang wird so auch in der Literatur beschrieben (Nunes et al., 2015; Vuontisjärvi et al., 2018, 2018). Andererseits könnte die von manchen berichtete erhöhte Schmerztoleranz eine Form der Bewältigungsstrategie darstellen. Durch die jahrelangen Schmerzen könnten manche Frauen eine gesteigerte Fähigkeit entwickelt haben, Schmerzen zu ertragen. Dies könnte zwar kurzfristig funktional sein, birgt aber langfristig das Risiko, dass Warnsignale des Körpers nicht mehr ausreichend beachtet werden. Das zeigt sich auch dahingehend, dass vier der sechs Frauen mit erhöhter Schmerztoleranz Probleme hatten, ihre Schmerzen in „normal“ und „ungewöhnlich stark“ einordnen zu können.

Es könnte außerdem sein, dass die Schmerzen durch eine Sensibilisierung stärker vorhanden sind, aber die Teilnehmerinnen sich selbst als schmerzresistenter empfinden, weil sie so viele Schmerzen aushalten müssen. Dies könnte auch erklären, weshalb erhöhte Schmerztoleranz und Sensibilisierung der Schmerzen bei zwei der Teilnehmerinnen parallel erlebt wurden.

Zusätzlich könnten die Frauen durch die wiederholte Invalidierung sowie Normalisierung und Bagatellisierung der Schmerzen internalisiert haben, dass ihr Äußern von Schmerzen nichts bringt. Sie könnten nicht als überempfindlich angesehen werden wollen. Stark zu sein und Schmerzen auszuhalten könnte für einige Frauen zur Identität und zum Selbstbild dazugehören. Denkbar ist daher auch, dass gerade Medical Gaslighting die Schmerztoleranz erhöht, da durch Coping das „Stark-Sein“ Teil der

Identität wurde. Die gegensätzlichen Studienergebnisse könnten sich dahingehend erklären lassen, dass die Teilnehmerinnen der bisherigen Studien nur wenig Medical Gaslighting erlebt haben.

Medical Gaslighting führt zu einer inadäquaten medizinischen Versorgung, durch Einschränkung des Zugangs zu angemessenen Behandlungen (Lloyd et al., 2020), durch falsche Diagnosen (Hudelist et al., 2012) und weniger adäquate Medikation (Samulowitz et al., 2018). Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wider. Alle Frauen erzählten, inadäquat medizinisch versorgt worden zu sein, während zwei fehlerhafte Diagnostik und fünf eine falsche Medikation erlebten. Weitere in der vorliegenden Masterarbeit gefundene Auswirkungen wie Verweigerung der Unterstützung (wurde von 5 Frauen genannt) und falsche operative Eingriffe (3) wurden in der herangezogenen Literatur bislang kaum explizit thematisiert. Gerade dass Betroffene auch unnötige beziehungsweise falsche Operationen erleben mussten, verdeutlicht, dass Medical Gaslighting nicht unterschätzt werden darf.

16.3 Psychische Auswirkungen

Medical Gaslighting hat eine Vielzahl an psychischen Folgen. Diese reichen von emotionalen Auswirkungen, veränderter Selbstwahrnehmung, psychischen Erkrankungen und Auswirkungen auf soziale Beziehungen bis zu einem Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem (Arya et al., 2021; Ballard et al., 2006; Bokek-Cohen & Gabay, 2025; Eder & Roomaney, 2024; Khan et al., 2024; Merone et al., 2022; Shapiro & Hayburn, 2024).

Als emotionale Auswirkungen wird in der Literatur insbesondere von Enttäuschung (Arya et al., 2021) und Angst (Soucie et al., 2021) berichtet. In der vorliegenden Studie berichteten vier Frauen von einer ausgeprägten Angst vor erneuten Schmerzen, während eine Teilnehmerin explizit Enttäuschung äußerte. Zusätzlich wurde in den Interviews von Wut (von 3 Frauen erwähnt), Traurigkeit (2), Verwirrtheit (1), Verzweiflung (2) sowie Schock (1) erzählt. Diese spezifischen emotionalen Reaktionen wurden in der herangezogenen Literatur nicht explizit erwähnt. In einer Studie von Merone et al. (2022) wird berichtet, dass Betroffene sich oft alleine gelassen fühlen. Dieses Erleben zeigte sich auch in den Interviews und war bei neun Frauen eng mit einem ausgeprägten Gefühl von Hilflosigkeit verbunden.

Eine zentrale psychische Auswirkung stellt die veränderte Selbstwahrnehmung dar, von der alle Frauen berichteten. In der Literatur wird beschrieben, dass Medical Gaslighting zu einer Invalidierung (Khan et al., 2024) und damit verbunden zu Selbstzweifeln führt (Eder & Roomaney, 2024). Diese Befunde spiegeln sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie wider. Alle Teilnehmerinnen erlebten Selbstinvalidierung und sieben Frauen äußerten, unter Selbstzweifeln zu leiden. Darüber hinaus berichtete eine Frau von einem Verlust des Selbstbewusstseins und alle Befragten schilderten ein geringes Selbstwertgefühl. Zusätzlich wurde von drei Teilnehmerinnen ein ausgeprägter Legitimierungsdruck beschrieben. Sie hatten das Gefühl, ständig beweisen zu müssen, dass sie wirklich

Schmerzen haben. Dies wurde bislang in Studien kaum berücksichtigt. Des Weiteren kann Medical Gaslighting zu Problemen beim Einordnen der Schmerzen führen, was Auswirkungen wie eine verzögerte Inanspruchnahme von Hilfe und weitere Selbstinvalidierung haben kann (Ballard et al., 2006). Sechs der Frauen gaben an, unsicher bei dem Einordnen ihrer Schmerzen zu sein.

Auch psychische Erkrankungen sind eine Auswirkung des Medical Gaslightings (Jannesari, 2024; Khan et al., 2024; Shapiro & Hayburn, 2024). Fünf der zehn Frauen berichteten von klinisch relevanten psychischen Symptomen. In der Literatur wird hervorgehoben, dass Medical Gaslighting ein Prädiktor für Trauma sein (Jannesari, 2024) und zu Depressionen (Shapiro & Hayburn, 2024) und Angstzuständen (Khan et al., 2024) führen kann. Eine Teilnehmerin berichtete von einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung, drei Frauen von Depressionen (bei einer davon unabhängig von Endometriose) und eine Person von Angstzuständen. Besonders auffällig war, dass Zwangsstörungen und Zwangsgedanken von zwei Frauen explizit im Zusammenhang mit Medical Gaslighting und Endometriose erwähnt wurden. Eine weitere Person berichtete auch von einer Zwangsstörung, meinte jedoch, dass diese nicht damit in Verbindung stehen würde. Da dieser Zusammenhang in der bisherigen Literatur kaum thematisiert wurde, erscheint dieser Befund besonders relevant und sollte in zukünftigen Studien gezielt untersucht werden.

Medical Gaslighting wirkt sich zudem auf soziale Beziehungen aus und kann zu sozialem Gaslighting sowie zu einem Rückzug führen (Ballard et al., 2006). Fünf der zehn Interviewten berichteten, sich immer mehr aus sozialen Beziehungen zurückzuziehen, teilweise aus Angst vor wiederauftretenden Schmerzen. Dies war bei einer Frau mit einem schlechten Selbstwertgefühl verknüpft. Sieben Frauen gaben an, auch in ihrem sozialen Umfeld Gaslighting erlebt zu haben. Dabei wurde betont, dass diese Dynamik häufig dadurch verstärkt wurde, dass Ärzt*innen die Beschwerden nicht ernst nahmen, wodurch auch Angehörige die Symptome als weniger ernst einschätzten.

Auch ein Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem (Bokek-Cohen & Gabay, 2025) und dadurch eine Vermeidung von Arztbesuchen (Thompson et al., 2022) wurde in den Interviews berichtet. Fünf Frauen schilderten einen Rückgang des Vertrauens in Ärzt*innen seit dem Verlauf der Endometriose. Sechs Frauen vermieden es aktiv, zu Ärzt*innen zu gehen. Eine Person gab sogar an, im Extremfall eher zu Hause zu bleiben, als medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Entwicklung ist besonders problematisch, weil dadurch die ganze Gesundheitsvorsorge vernachlässigt wird und auch bei medizinischen Notfällen teilweise zu spät reagiert wird. Zwei Frauen berichteten zudem, infolgedessen ein größeres Vertrauen in alternative medizinische Ansätze entwickelt zu haben. Dieses Phänomen wird auch in der Literatur beschrieben (Evans et al., 2023, zitiert nach Khan et al., 2024).

16.4 Einfluss des Geschlechts

Das Geschlecht spielt in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle. Einerseits als struktureller Hintergrundfaktor, insofern Frauen von Ärzt*innen und medizinischem Personal weniger ernst genommen werden (Claréus & Renström, 2019; Lloyd et al., 2020; Zhang et al., 2021). Andererseits scheint aber auch das Geschlecht der Ärzt*innen und des medizinischen Personals Medical Gaslighting zu beeinflussen (Au et al., 2022).

Sieben Frauen beschrieben explizit, aufgrund ihres weiblichen Geschlechts weniger ernst genommen worden zu sein. Diese Erfahrungen wurden teilweise mit einer generellen Abwertung weiblicher Beschwerden in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit vergangenen Studien, welche beschreiben, dass Frauen und ihre Symptome sowie die Wahrnehmung der Schmerzen weniger ernst genommen werden und Frauen häufig mit Geschlechterstereotypen konfrontiert werden (Claréus & Renström, 2019; Lloyd et al., 2020; Zhang et al., 2021). Das von einer Teilnehmerin geschilderte Beispiel einer chronischen Sinusitis, bei der die Diagnose der Frau acht Jahre und die des Mannes sechs Monate gedauert hat, illustriert dieses Muster auf Mikroebene.

In der Literatur wird berichtet, dass männliche Ärzte aufgrund von Stereotypen mehr Gaslighting betreiben (Au et al., 2022). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind dazu unschlüssig. Während drei Frauen mehr männliches Gaslighting erlebt hatten, erzählten andere drei Frauen, mehr negative Erfahrungen mit Frauen erlebt zu haben. Die Frauen, die von mehr männlichem Medical Gaslighting berichtet haben, gaben an, im Zuge dessen eine Präferenz für weibliche Ärztinnen zu haben. Diese Bevorzugung von weiblichen Ärztinnen wird auch in der Literatur bestätigt (Mattocks et al., 2020; Soucie et al., 2021). Umgekehrt hatten jedoch die Frauen, die vermehrt weibliches Gaslighting erlebten, keinerlei geschlechterspezifische Präferenz bei ihren Ärzt*innen. Dazu lässt sich in der Literatur kaum etwas finden. Man kann folglich aus den Ergebnissen dieser Masterarbeit nicht schließen, ob Medical Gaslighting eher von Männern oder von Frauen betrieben wird, sondern man könnte eher vermuten, dass es keinen geschlechterspezifischen Unterschied gibt. Auch die Studienlage konnte dazu kaum relevante Ergebnisse finden. Gründe für dieses Phänomen könnten sein, dass das von Au et al. (2022) beschriebene Gaslighting aufgrund von Stereotypen nicht nur auf Männer zutrifft, sondern auch weibliche Ärztinnen aufgrund eines internalisierten Bias gegen Frauen Medical Gaslighting durchführen. Die Stichprobe ist hierbei jedoch nicht groß genug, um eine verallgemeinernde Aussage treffen zu können. Es lässt jedoch vermuten, dass Medical Gaslighting aus Perspektive der Ärzt*innen nicht geschlechtsgebunden ist, sondern vielmehr gesellschaftliche Normen und Rollenbilder im Umgang mit Frauen und weiblicher Gesundheit widerspiegelt.

16.5 Bewältigungsstrategien

Als Bewältigungsstrategien werden in der Literatur vorwiegend Selbstvalidierung (Arya et al., 2021) sowie problemfokussiertes Coping beschrieben, insbesondere in Form von Wissensaneignung und Kontaktabbruch zu gaslightenden Ärzt*innen (Au et al., 2022; Soucie et al., 2021). Diese Strategien wurden auch von den Teilnehmerinnen eingesetzt. Für drei Frauen stellte Selbstvalidierung eine zentrale Bewältigungsstrategie dar. Vier Frauen berichteten, dass sie selbst zu Expertinnen ihrer Krankheit wurden und sich selbst informiert haben. Ein Kontaktabbruch war für zwei der Befragten eine hilfreiche Bewältigungsstrategie.

Was in der Literatur bisher wenig Beachtung fand, war im Zuge des problemfokussierten Copings die Vorbereitung auf den Arzttermin. Drei Teilnehmerinnen beschrieben diese Vorbereitung als hilfreich im Umgang mit Medical Gaslighting, während eine Frau dies als belastend und stressfördernd erlebte. Dieser ambivalente Befund könnte zeigen, dass problemfokussierte Strategien nicht für alle Betroffenen gleichermaßen entlastend wirken.

Emotionsbezogenes Coping spielte für drei Frauen eine wichtige Rolle. Genannt wurden hierbei Strategien wie Meditation, Humor sowie Verdrängung. Die bisherige Studienlage zu emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien im Kontext von Medical Gaslighting ist noch sehr begrenzt.

Als weiterer relevanter, in der Literatur bislang kaum thematisierter Aspekt zeigte sich Aktivismus: Eine Teilnehmerin beschrieb ihr Engagement in einem Endometriose-Verein als Möglichkeit, Kontrolle und Selbstwirksamkeit zurückzugewinnen.

Von allen Teilnehmerinnen wurde die soziale und therapeutische Unterstützung als Bewältigungsstrategie genannt. Insbesondere Selbsthilfegruppen (3), Therapie (3) sowie das soziale Umfeld (10) wurden von Betroffenen als Coping erlebt. Au et al. (2022) betonten in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Online-Communities als unterstützende Ressource im Umgang mit Medical Gaslighting.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die gefundenen Bewältigungsstrategien dazu beitragen könnten, Frauen gezielter bei Medical Gaslighting zu unterstützen.

16.6 Verringern von Medical Gaslighting

In der bisherigen Literatur finden sich bislang nur wenige konkrete Ansätze dazu, wie Medical Gaslighting reduziert werden könnte. Zwei Frauen forderten strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem, insbesondere mehr zeitliche und finanzielle Ressourcen für Diagnostik und Anamnese. Laut einer Studie von Irving et al. (2017) liegt die durchschnittliche Beratungsdauer bei Hausärzt*innen in Deutschland bei circa sieben, in Österreich sogar nur bei circa fünf Minuten. Eine

sorgfältige Diagnostik von Endometriose erfordert jedoch Zeit. Gerade deswegen ist oft eine privat abzurechnende Behandlung notwendig, was für viele Betroffene zu einer finanziellen Belastung wird (WHO, 2025). In diesem Zusammenhang weisen auch Greene et al. (2009) darauf hin, dass Kassenpatient*innen deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen als Privatpatient*innen. Dies zeigt deutlich, dass strukturelle Änderungen im Gesundheitssystem dringend notwendig sind, um verzögerten Diagnosen entgegenzuwirken und Medical Gaslighting zu verringern.

Außerdem wird von sechs Teilnehmerinnen gefordert, dass sich die Haltung der Ärzt*innen verändern müsse. Es sei notwendig, dass Frauen ernster genommen werden und Ärzt*innen empathischer handeln.

Ein weiterer zentraler Punkt, der von sieben der zehn Befragten angesprochen wurde, betrifft die Notwendigkeit zu einer umfassenden Aufklärung, sowohl zum Thema Endometriose als auch zu anderen Krankheiten. Mehr Wissen und Sensibilisierung im medizinischen Bereich könnten dazu beitragen, Medical Gaslighting langfristig zu reduzieren.

17 Limitationen

Die vorliegende Arbeit liefert wertvolle Einblicke in das Erleben von Medical Gaslighting bei Personen mit Endometriose. Dennoch sind bei der Interpretation der Ergebnisse mehrere Einschränkungen zu berücksichtigen. Erstens war die Stichprobengröße mit zehn Frauen vergleichsweise klein, sodass die Ergebnisse nicht ohne Weiteres generalisierbar sind. Zudem ist von einer Selbstselektion der Teilnehmerinnen auszugehen, da vermutlich insbesondere Personen teilgenommen haben, die besonders belastende Erfahrungen gemacht haben. Darüber hinaus stammten alle Teilnehmerinnen aus Österreich oder Deutschland, zwei Ländern mit einem vergleichsweise gut ausgebauten Gesundheitssystem und wachsendem Bewusstsein für Endometriose. Dies schränkt die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder und Kulturen ein. Künftige Studien sollten daher auch Betroffene aus unterschiedlichen Ländern und Gesundheitssystemen einbeziehen, um zu erforschen, wie dort Medical Gaslighting erlebt wird. Des Weiteren sind die Daten natürlich subjektiv. Qualitative Forschung ermöglicht tiefe Einblicke in individuelle Erfahrungen, ist jedoch anfällig für Erinnerungsverzerrungen und subjektive Interpretationen. Um ein umfassenderes Bild zu erhalten, wären ergänzende quantitative Studien wichtig, mit größeren und diverseren Stichproben.

18 Zukünftige Forschung und Implikationen

Die vorliegende Masterarbeit untersuchte die physischen und psychischen Auswirkungen von Medical Gaslighting bei Personen mit Endometriose sowie den Einfluss des Geschlechts und angewandte Bewältigungsstrategien. Die Ergebnisse bestätigen viele Befunde der bisherigen

Forschung und verdeutlichen zugleich, dass Betroffene externalisierte Invalidierung häufig internalisieren. Dies gefährdet die Gesundheit der Frauen auf vielen Ebenen. Insbesondere deswegen ist es notwendig, Bewältigungsstrategien gezielt zu fördern und langfristig Medical Gaslighting zu verringern.

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit betrifft die heterogenen Befunde zur Schmerzwahrnehmung. Während ein Teil der Teilnehmerinnen eine Sensibilisierung der Schmerzen beschrieb, berichteten andere von einer erhöhten Schmerztoleranz. Zukünftige Forschung sollte gezielt untersuchen, ob diese Unterschiede lediglich zufallsbedingt sind oder ob es tatsächlich Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung gibt. Dabei wäre zu prüfen, ob chronische Invalidierung die Schmerzwahrnehmung anders beeinflusst, als es bisher in der Literatur angenommen wurde. Dies könnte neue Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen, Schmerzverarbeitung und psychosozialen Faktoren eröffnen. Darüber hinaus wäre es bedeutsam, den in dieser Arbeit angedeuteten Zusammenhang zwischen Endometriose, Medical Gaslighting und Zwangssymptomatik in zukünftigen Studien gezielt zu untersuchen. Ein weiterer relevanter Forschungsbereich betrifft die Rolle des Geschlechts der gaslightenden Ärzt*innen. Die vorliegenden Ergebnisse lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu, deuten jedoch darauf hin, dass Medical Gaslighting nicht geschlechtsgebunden sein könnte. Hierbei wäre es wichtig, weitere Studien mit größeren Stichproben durchzuführen, um zu erforschen, ob und welche Rolle das Geschlecht spielt. Auch Bewältigungsstrategien und Möglichkeiten Medical Gaslighting zu verringern sollten weiter erforscht werden, um gezielter Betroffene unterstützen zu können.

Insgesamt verdeutlicht die vorliegende Arbeit, wie bedeutsam es ist, Betroffene ernst zu nehmen, da Medical Gaslighting schwerwiegende physische und psychische Folgen haben kann. Es ist notwendig, geschlechterspezifische Stereotype aus dem Weg zu räumen, damit Frauen weniger Medical Gaslighting erleben müssen. Die Ergebnisse legen nahe, dass Verbesserungen nicht nur auf individueller Ebene stattfinden müssen, sondern auch Veränderungen im gesellschaftlichen sowie medizinischen System notwendig sind.

Literaturverzeichnis

- Al-Obaidy, K. I., & Idrees, M. T. (2019). Endometriosis with cystic degeneration: A rare disease of males. *International Journal of Surgical Pathology*, 27(3), 311–314.
<https://doi.org/10.1177/1066896918797438>
- American Society for Reproductive Medicine. (1996). Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*, 67(5), 817–821.
[https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)
- Arya, S., Wilton, P., Page, D., Boma-Fischer, L., Floros, G., Winikoff, R., Teitel, J., Dainty, K., & Sholzberg, M. (2021). “They don’t really take my bleeds seriously”: Barriers to care for women with inherited bleeding disorders. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 19(6), 1506–1514.
<https://doi.org/10.1111/jth.15311>
- Au, L., Capotescu, C., Eyal, G., & Finestone, G. (2022). Long covid and medical gaslighting: Dismissal, delayed diagnosis, and deferred treatment. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100167.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100167>
- AWMF. (2025, April 1). *S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Endometriose*.
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-045>
- Ballard, K., Lowton, K., & Wright, J. (2006). What’s the delay? A qualitative study of women’s experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 86(5), 1296–1301.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.04.054>
- Bokek-Cohen, Y., & Gabay, G. (2025). Medical gaslighting as a threat to beneficence and patient autonomy: A qualitative study. *BMC Medical Ethics*. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01324-z>
- Carter, C. R. (2022). Gaslighting: ALS, anti-Blackness, and medicine. *Feminist Anthropology*, 3(2), 235–245. <https://doi.org/10.1002/fea2.12107>

- Claréus, B., & Renström, E. A. (2019). Physicians' gender bias in the diagnostic assessment of medically unexplained symptoms and its effect on patient–physician relations. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(4), 338–347. <https://doi.org/10.1111/sjop.12545>
- de Almeida Asencio, F., Ribeiro, H. A., Ayrosa Ribeiro, P., Malzoni, M., Adamyan, L., Ussia, A., Gomel, V., Martin, D. C., & Koninckx, P. R. (2019). Symptomatic endometriosis developing several years after menopause in the absence of increased circulating estrogen concentrations: A systematic review and seven case reports. *Gynecological Surgery*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s10397-019-1056-x>
- Defrère, S., Lousse, J. C., González-Ramos, R., Colette, S., Donnez, J., & Van Langendonckt, A. (2008). Potential involvement of iron in the pathogenesis of peritoneal endometriosis. *Molecular Human Reproduction*, 14(7), 377–385. <https://doi.org/10.1093/molehr/gan033>
- Eder, C., & Roomaney, R. (2024). Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to endometriosis. *International Journal of Transgender Health*, 25(4), 911–925. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2286268>
- Eskenazi, B., & Warner, M. L. (1997). Epidemiology of endometriosis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 24(2), 235–258. [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70302-8](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70302-8)
- Fryer, J., Mason-Jones, A. J., & Woodward, A. (2025). Understanding diagnostic delay for endometriosis: A scoping review using the social-ecological framework. *Health Care for Women International*, 46(3), 335–351. <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2413056>
- Greene, R., Stratton, P., Cleary, S. D., Ballweg, M. L., & Sinaii, N. (2009). Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertility and Sterility*, 91(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.11.020>
- Haas, D., Shebl, O., Shamiyeh, A., & Oppelt, P. (2013). The rASRM score and the Enzian classification for endometriosis: Their strengths and weaknesses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/aogs.12026>
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., & Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: Causes and possible

- consequences. *Human Reproduction*, 27(12), 3412–3416.
<https://doi.org/10.1093/humrep/des316>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jannesari, A. (2024). *BIPOC identity, delayed diagnosis, pain, and medical gaslighting as predictors of post-traumatic stress symptomatology in adults with endometriosis* [ProQuest Dissertations & Theses]. <https://www.proquest.com/docview/3094651637?pq-origsite=primo>
- Keckstein, J., Saridogan, E., Ulrich, U. A., Sillem, M., Oppelt, P., Schweppe, K. W., Krentel, H., Janschek, E., Exacoustos, C., Malzoni, M., Mueller, M., Roman, H., Condous, G., Forman, A., Jansen, F. W., Bokor, A., Simedrea, V., & Hudelist, G. (2021). The #Enzian classification: A comprehensive non-invasive and surgical description system for endometriosis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(7), 1165–1175. <https://doi.org/10.1111/aogs.14099>
- Khan, K., Tariq, N. ul S., & Majeed, S. (2024). Psychological impact of medical gaslighting on women: A systematic review. *Journal of Professional & Applied Psychology*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.52053/jpap.v5i1.249>
- Koninckx, P. R., Fernandes, R., Ussia, A., Schindler, L., Wattiez, A., Al-Suwaidi, S., Amro, B., Al-Maamari, B., Hakim, Z., & Tahlak, M. (2021). Pathogenesis based diagnosis and treatment of endometriosis. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 745548. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.745548>
- Koninckx, P. R., Ide, P., Vandenbroucke, W., & Brosens, I. A. (1980). New aspects of the pathophysiology of endometriosis and associated infertility. *The Journal of Reproductive Medicine*, 24(6), 257–260.
- Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., Gomel, V., & Martin, D. C. (2019). Pathogenesis of endometriosis: The genetic/epigenetic theory. *Fertility and Sterility*, 111(2), 327–340. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.10.013>

- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9>
- Laursen, B. S., Bajaj, P., Olesen, A. S., Delmar, C., & Arendt-Nielsen, L. (2005). Health related quality of life and quantitative pain measurement in females with chronic non-malignant pain. *European Journal of Pain*, 9(3), 267–267. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.07.003>
- Lloyd, E. P., Paganini, G. A., & ten Brinke, L. (2020). Gender stereotypes explain disparities in pain care and inform equitable policies. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 7(2), 198–204. <https://doi.org/10.1177/2372732220942894>
- Mattocks, K., Casares, J., Brown, A., Bean-Mayberry, B., Goldstein, K. M., Driscoll, M., Haskell, S., Bastian, L., & Brandt, C. (2020). Women veterans' experiences with perceived gender bias in U.S. Department of Veterans Affairs specialty care. *Women's Health Issues*, 30(2), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.10.003>
- Merone, L., Tsey, K., Russell, D., & Nagle, C. (2022). "I just want to feel safe going to a doctor": Experiences of female patients with chronic conditions in Australia. *Women's Health Reports*, 3(1), 1016–1028. <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0052>
- Microsoft Corporation. (2025). *Microsoft Teams* [Software]. <https://www.microsoft.com>
- Missmer, S. A., Hankinson, S. E., Spiegelman, D., Barbieri, R. L., Malspeis, S., Willett, W. C., & Hunter, D. J. (2004). Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5 Part 1), 965. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000142714.54857.f8>
- Ng, I. K., Tham, S. Z., Singh, G. D., Thong, C., & Teo, D. B. (2024). Medical gaslighting: A new colloquialism. *The American Journal of Medicine*, 137(10), 920–922. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.06.022>
- Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., & Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 96(2), 366–373.e8. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>

- Nunes, F. r., Ferreira, J. m., & Bahamondes, L. (2015). Pain threshold and sleep quality in women with endometriosis. *European Journal of Pain*, 19(1), 15–20. <https://doi.org/10.1002/ejp.514>
- Pihas, I. (2022). Wandering wombs and wandering truths: How physician dismissal impacts the self-trust of patients with endometriosis. *Senior Projects Spring 2022*. https://digitalcommons.bard.edu/senproj_s2022/282
- Sampson, J. A. (1925). Heterotopic or misplaced endometrial tissue. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 10(5), 649–664. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(25\)90629-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(25)90629-1)
- 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>
- Shapiro, D., & Hayburn, A. (2024). Medical gaslighting as a mechanism for medical trauma: Case studies and analysis. *Current Psychology*, 43(45), 34747–34760. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06935-0>
- Smolarz, B., Szyłło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19), 10554. <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>
- Soucie, K., Samardzic, T., Schramer, K., Ly, C., & Katzman, R. (2021). The diagnostic experiences of women with polycystic ovary syndrome (PCOS) in Ontario, Canada. *Qualitative Health Research*, 31(3), 523–534. <https://doi.org/10.1177/1049732320971235>
- Sourial, S., Tempest, N., & Hapangama, D. K. (2014). Theories on the pathogenesis of endometriosis. *International Journal of Reproductive Medicine*, 2014(1), 179515. <https://doi.org/10.1155/2014/179515>
- Thompson, C. M., Babu, S., & Makos, S. (2022). Women’s experiences of health-related communicative disenfranchisement. *Health Communication*, 38(14), 3135–3146. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2137772>

- Tsamantioti, E. S., & Mahdy, H. (2023). Endometriosis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567777/>
- TurboScribe. (2025). *TurboScribe* [Software]. TurboScribe. <https://turboscribe.ai/de/>
- VERBI Software. (2025). *MAXQDA* [Software]. <https://www.maxqda.com>
- Vuontisjärvi, S., Rossi, H.-R., Herrala, S., Morin-Papunen, L., Tapanainen, J. S., Karjula, S., Karppinen, J., Auvinen, J., & Piltonen, T. T. (2018). The long-term footprint of endometriosis: Population-based cohort analysis reveals increased pain symptoms and decreased pain tolerance at age 46 years. *The Journal of Pain*, 19(7), 754–763. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.005>
- WHO. (2025, Oktober 15). *Endometriosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Zhang, L., Losin, E. A. R., Ashar, Y. K., Koban, L., & Wager, T. D. (2021). Gender biases in estimation of others' pain. *The Journal of Pain*, 22(9), 1048–1059. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.03.001>
- Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Kategorien Physische Auswirkungen von Medical Gaslighting.....	24
Abbildung 2. Kategorien Psychische Auswirkungen von Medical Gaslighting.....	26
Abbildung 3. Kategorien Einfluss des Geschlechts auf Medical Gaslighting.....	30
Abbildung 4. Kategorien Coping-Strategien bei erlebtem Medical Gaslighting.....	31

Anhang

Anhang A: Zusammenfassung

Endometriose ist eine chronische gynäkologische Erkrankung, die weltweit etwa 10 % der Frauen im gebärfähigen Alter betrifft und Symptome wie starke Menstruationsschmerzen, Unfruchtbarkeit, Fatigue sowie psychische Belastungen verursachen kann. Viele Betroffene erleben dabei Medical Gaslighting, das schwerwiegende Folgen haben kann. Ziel der Arbeit war es, diese Auswirkungen zu untersuchen und den Einfluss des Geschlechts sowie Bewältigungsstrategien zu analysieren. Es wurden zehn qualitative, semistrukturierte Interviews mit biologischen Frauen aus dem deutschsprachigen Raum, die mit Endometriose diagnostiziert waren und Medical Gaslighting erlebt hatten, durchgeführt. Die Interviews wurden anhand der Fokussierter Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) unter Verwendung von MAXQDA ausgewertet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Medical Gaslighting viele negative Auswirkungen auf die physische Gesundheit haben kann, wie eine durchschnittlich 10,1 Jahre verzögerte Diagnosestellung, Symptomverschlechterung, inadäquate medizinische Versorgung sowie eine veränderte Schmerzwahrnehmung. Hierbei kam es zu heterogenen Ergebnissen. Manche Teilnehmerinnen berichteten von einer Sensibilisierung, andere von einer erhöhten Schmerztoleranz. Psychische Auswirkungen umfassten emotionale Belastungen, veränderte Selbstwahrnehmung, psychische Erkrankungen, Auswirkungen auf soziale Beziehungen und einen Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem. Viele Frauen fühlten sich aufgrund ihres Geschlechts nicht ernst genommen. Ob das Geschlecht der behandelnden Ärzt*innen einen Einfluss hatte, konnte in der Studie nicht belegt werden. Als Bewältigungsstrategien wurden problemfokussierte und emotionsbezogene Strategien genannt, aber auch Aktivismus, Selbstvalidierung und soziale Unterstützung. Die Arbeit unterstreicht die Notwendigkeit, soziale Strukturen als Rückhalt zu fördern, medizinisches Personal mehr aufzuklären, aber auch das Gesundheitssystem zu verbessern, damit sich die Situation für die betroffenen Frauen ändert.

Schlüsselbegriffe: Endometriose, Medical Gaslighting, physische Auswirkungen, psychische Auswirkungen, Bewältigungsstrategien, Einfluss des Geschlechts

Anhang B: Abstract

Endometriosis is a chronic gynaecological condition that affects approximately 10 % of women of childbearing age worldwide and causes symptoms such as severe menstrual pain, infertility, fatigue, and psychological distress. Many sufferers experience medical gaslighting, which can have serious consequences. The aim of this study was to investigate these effects and analyse the influence of gender and coping strategies. Ten qualitative, semi-structured interviews were conducted with biological women from German-speaking countries who had been diagnosed with endometriosis and had experienced medical gaslighting. The interviews were evaluated using focused interview analysis according to Kuckartz and Rädiker (2024) with MAXQDA. The results show that medical gaslighting can have many negative effects on physical health, such as an average delay of 10.1 years in diagnosis, worsening symptoms, inadequate medical care, and altered pain perception. The results were heterogeneous. Some participants reported increased sensitivity, while others reported increased pain tolerance. Psychological effects included emotional effects, altered self-perception, mental illness, effects on social relationships, and a loss of trust in the healthcare system. Many women felt that they were not taken seriously because of their gender. The study was unable to prove whether the gender of the treating physicians had an influence. Problem-focused and emotion-related strategies were mentioned as coping strategies, but also activism, self-validation, and social support. The study highlights the need to promote social structures as a source of support, to educate medical staff more effectively, and to improve the healthcare system in order to change the situation for the women affected.

Key terms: endometriosis, medical gaslighting, physical effects, psychological effects, coping strategies, gender bias

Anhang C: Interviewleitfaden

Einleitung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um an diesem Interview teilzunehmen. Im Rahmen meiner Masterarbeit möchte ich Medical Gaslighting bei Endometriose-Betroffenen untersuchen. Menschen mit Endometriose erleben häufig, dass sie von Ärzt*innen nicht ernst genommen werden und ihre Symptome in Frage gestellt werden. Dies nennt man Medical Gaslighting. Ich würde gerne im Rahmen meiner Masterarbeit Ihre persönlichen Erlebnisse und Eindrücke dazu erfahren. Mich würden außerdem auch Ihre wahrgenommenen physischen und psychischen Auswirkungen des Medical Gaslighting interessieren und wie Sie mit diesen umgehen. Dazu werde ich Ihnen im Folgenden Fragen stellen. Es gibt keine falschen Antworten, mich würden Ihre persönlichen Erfahrungen interessieren. Falls Sie etwas nicht richtig verstehen, fragen Sie gerne einfach nach. Sie können meine Fragen auch einfach nicht beantworten, wenn Sie sich damit unwohl fühlen. Sie können außerdem jederzeit das Interview abbrechen. Alle Informationen, die Sie mir geben, werden vertraulich behandelt und nur zum Zwecke dieser Masterarbeit ausgewertet und nach der Auswertung direkt gelöscht. Außerdem werden alle Daten anonymisiert, es sind also keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Das Interview wird ungefähr eine halbe Stunde bis Stunde dauern und ich werde es mit Ihrer Zustimmung aufzeichnen, damit ich das Interview später auswerten kann. Haben Sie dazu noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen?

1. Allgemeines

1.1 Könnten Sie mir etwas über Ihren bisherigen Krankheitsverlauf erzählen?

Zusatzfragen, falls sie nicht schon im Laufe des Gespräches aufkommen:

- ☐ Wann sind bei Ihnen das erste Mal Symptome aufgetreten?
- ☐ Welche Symptome sind bei Ihnen anfangs aufgetreten?
- ☐ Welche Art von Schmerzen und Symptomen erfahren Sie zurzeit?

1.2 Auf einer Skala von 1 -10: Wie stark würden Sie Ihre Schmerzen einordnen?

1.3 Werden Sie derzeit medizinisch behandelt oder hatten Sie schon medizinische Eingriffe im Zusammenhang mit Ihrer Endometriose?

Zusatzfragen:

- ☐ Wenn ja: Wie und wie helfen diese Behandlungen (Pille, Diäten, ...)?
- ☐ Spüren Sie Nebenwirkungen der Behandlung?
- ☐ Was hilft Ihnen im Alltag im Umgang mit Endometriose?

2. Diagnoseverlauf

2.1 Erzählen Sie mir gerne etwas über Ihren Diagnoseverlauf.

Zusatzfragen, falls es nicht beantwortet wurde:

- ☐ Wann wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?
- ☐ Wie viele Jahre hat es gedauert vom ersten Auftreten der Symptome bis zur Diagnose?
- ☐ Wie war für Sie der diagnostische Prozess? Welche Herausforderungen gab es?
- ☐ Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie die Diagnose erhalten haben?
- ☐ Wissen Sie noch, was der Arzt oder die Ärztin zu Ihnen gesagt hat, als Sie das erste Mal von Ihren Symptomen berichtet haben?

3. Erfahrungen mit Ärzt*innen und medizinischem Personal

3.1 Würden Sie sagen, dass sich Ihr Vertrauen in medizinisches Personal im Allgemeinen geändert hat, seit Sie mit Endometriose diagnostiziert wurden?

3.2 Können Sie mir von dem ersten Mal erzählen, in dem Sie sich nicht ernst genommen gefühlt haben von einem Arzt/einer Ärztin oder medizinischem Personal?

Zusatzfragen:

- ☐ Wenn Sie sich erinnern: Was waren Ihre ersten Reaktionen/Gefühle nach dem Arzttermin?
- ☐ Wie sehr haben Sie dem Arzt/der Ärztin erstmal geglaubt, bei dem, was er/sie gesagt hatte?
- ☐ Gab es danach noch weitere Situationen, in denen Sie sich missverstanden oder abgewertet gefühlt haben? Wenn ja: Welche Worte oder Verhaltensweisen haben dazu geführt, dass Sie sich nicht ernst genommen gefühlt haben?

Weitere Zusatzfragen, falls nicht erwähnt:

- ☐ Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, dass Ihre behandelnden Ärzt*innen unwissend waren? Wenn ja: Wie sind Sie damit umgegangen und wie haben Sie sich dabei gefühlt?
- ☐ Woher haben Sie Informationen zu Ihrer Krankheit bekommen?
- ☐ Wie sind Ihre Erfahrungen mit alternativer Medizin?
- ☐ Haben Sie Unterschiede zwischen Haus- und Frauenarzt/Frauenärztin oder anderem medizinischen Personal wahrgenommen?

4. Psychische und physische Auswirkungen

4.1 Welche Auswirkungen hatte das Medical Gaslighting auf Ihre Gesundheit und Ihren Krankheitsverlauf?

Zusatzfragen:

- ☐ Wurde Ihnen durch Medical Gaslighting Zugang zu speziellen Kliniken und Diagnosemöglichkeiten genommen?
- ☐ Ist Ihnen schon eine inadäquate Behandlung durch Ärzt*innen widerfahren?

- ☐ Haben Sie falsche Medikation erhalten?
- ☐ Haben Sie Veränderungen in Ihrer Schmerzwahrnehmung bemerkt?

4.2 Hatte das Medical Gaslighting Auswirkungen auf Ihre Psyche? Wenn ja, welche?

Zusatzfragen:

- ☐ Hatte das Medical Gaslighting Folgen für Ihr Selbstwertgefühl, wenn ja welche?
 - ☐ Wenn ja: Würden Sie sagen, dass Ihr Selbstwertgefühl auch in anderen Bereichen Ihres Lebens dadurch beeinflusst wurde, und wenn ja, inwiefern? Können Sie mir ein Beispiel nennen?
- ☐ Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie selbst verantwortlich für Ihre Symptome sind, und wenn ja, wieso? Hat Ihnen jemand die Schuld gegeben?
- ☐ Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihnen niemand helfen kann?
- ☐ Hat das Medical Gaslighting ihre Fähigkeit, Symptome und Schmerzen in normal und auffällig ungewöhnlich einteilen zu können, beeinflusst? Wenn ja, wie?
- ☐ Hat das Medical Gaslighting die Wahrnehmung Ihrer Krankheit bei den Menschen in Ihrem nahen Umfeld geändert?

5. Einfluss des Geschlechts

5.1 Würden Sie sagen, Ihr Geschlecht hat dazu beigetragen, dass Sie und Ihre Symptome und Schmerzen nicht ernstgenommen wurden?

5.2 Welche Rolle spielt für Sie das Geschlecht Ihrer Ärzt*innen?

Zusatzfragen:

- ☐ Gab es vermehrt Gaslighting von männlichem oder weiblichem medizinischen Personal?

6. Umgang mit Medical Gaslighting

6.1 Was hat Ihnen geholfen, mit Medical Gaslighting umzugehen?

Schlussfrage:

Was müsste Ihrer Meinung nach passieren, um Medical Gaslighting zu verringern?

Abschluss

Vielen Dank für Ihre Zeit und dass Sie so offen die Fragen beantwortet und mir Ihre Erfahrungen erzählt haben. Gibt es noch etwas, was Sie ansprechen möchten? Haben Sie noch Fragen an mich bzw. gibt es Aspekte, die Ihnen noch unklar sind?

Ich würde zum Schluss noch gerne ein paar soziodemographische Daten aufnehmen:

- ☐ Wie alt sind Sie?
- ☐ Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?
- ☐ Wie ist Ihr Beziehungsstatus?

Anhang D: Verwendung von KI

Erklärung zur Verwendung von Künstlicher Intelligenz (KI)

Hiermit erkläre ich, dass ich die folgenden KI-Hilfsmittel zur Erstellung meiner Masterarbeit mit dem Titel Medical Gaslighting bei Endometriose-Betroffenen verwendet habe. Ich versichere, dass die Kennzeichnung der verwendeten KI-Hilfsmittel vollständig ist, inkl. Verwendungszweck, Produktname, als auch ggfs. Prompts und Outputs des KI-Hilfsmittels. Ich verantworte die Auswahl und die Übernahme sämtlicher Ergebnisse der von mir verwendeten KI-Hilfsmittel vollumfänglich selbst.

Verwendungszweck*	Produktname des KI-Hilfsmittels	Ggfs. Prompt (Input) und Output des KI-Hilfsmittels
grammatikalische und stilistische Überarbeitung und Umformulierung (Das Resultat wurde von der Autorin überprüft und überarbeitet)	ChatGPT	Prompt: Kannst du mir den Text Korrekturlesen?
Übersetzung der Zusammenfassung (Abstract) (Die Übersetzung wurde daraufhin von der Autorin selber überarbeitet)	DeepL	
Transkription der Interviews (Überarbeitung und Einhaltung der Transkriptionsregeln erfolgte von der Autorin)	TurboScribe	

* Hilfsmittel zur Überprüfung von Grammatik und Rechtschreibung oder der automatisierten Erstellung des Literaturverzeichnisses sind von dieser Erklärung ausgenommen.