



Hochschule Merseburg  
University of Applied Sciences  
Fachbereich  
Soziale Arbeit. Medien. Kultur

# **SEXUALITÄT IM KRANKENHAUS**

## **- ZWISCHEN GRUNDBEDÜRFNIS UND TABU**

### **IN DER PFLEGE**

Masterarbeit  
im  
Studiengang  
Angewandte Sexualwissenschaft

von

**Andreas Honke**

**Matrikelnummer:** 21951

**Email-Adresse:** A.honke@gmx.de

**Erstgutachter:** Herr Prof. Dr. med. Harald Stumpe (emeritiert)

**Zweitgutachterin:** Frau Dr. med. Carla Thiele

**Abgabedatum:** 09. Juni 2017

*"Die beste Arznei für den  
Menschen ist der Mensch.  
Der höchste Grad dieser  
Arznei ist die Liebe."*

Paracelsus

## Danksagung

*„Leider läßt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.“*

Johann Wolfgang von Goethe

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die zum Gelingen meiner Masterarbeit beigetragen haben.

Mein Dank gilt an erster Stelle Herrn Prof. Dr. med. Harald Stumpe, der sich trotz seines wohlverdienten Ruhestandes der Betreuung meiner Masterarbeit angenommen und sich als Erstgutachter zur Verfügung gestellt hat. Gleichen Dank möchte ich Frau Dr. med. Carla Thiele, als externe Fachkraft der Hochschule Merseburg, für die Betreuung und das Zweitgutachten übermitteln. Einen Dank verdient ebenfalls Herr Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß für die Beratung und Hilfestellung zur Vorbereitung dieser Masterarbeit.

Besonders danken möchte ich meiner Kommilitonin und mittlerweile guten Freundin Franziska Wasian für die gegenseitige Motivation, Geduld und die Hilfestellung während der Zeit des Schreibens; auch für die Begleitung durch das gesamte Studium der angewandten Sexualwissenschaft. Dieser Dank gilt auch Kathrin Ströfer.

Nicht vergessen möchte ich natürlich alle Fachkräfte und Patient\*innen, die sich für das Forschungsprojekt interessiert und sich für das Interview bereitgestellt haben – Danke für die Teilnahme und die Offenheit.

Einen großen Dank auch an meine gute Freundin Lena Neuenkamp für die Anregungen, Anmerkungen und Korrekturlesung meiner Arbeit.

Danke an all meine Freunde, die mich moralisch unterstützt und motiviert haben.

Andreas Honke

Dortmund, den 10. Mai 2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	3
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	7
<b>Einleitung</b> .....	9
<b>TEIL I ERLÄUTERUNG RELEVANTER BEGRIFFE</b> .....	12
1    Das Krankenhaus .....	12
1.1    Juristische Sichtweise .....	12
1.2    Soziologische Sichtweise.....	13
1.3    Betriebswirtschaftliche Sichtweise .....	13
2    Die Begriffe Patient*in und Langzeitpatient*in .....	14
3    Die Pflege – Aufgabe und Verständnis der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftiger Personen .....	16
4    Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung, Privat- und Intim-sphäre, Intimität .....	18
4.1    Sexualität .....	18
4.2    Sexuelle Selbstbestimmung .....	20
4.3    Privat- und Intimsphäre, Intimität.....	21
5    Zusammenfassung.....	23
<b>TEIL II SEXUALITÄT– EIN BEDÜRFNIS ODER GRUNDBEDÜRFNIS?</b> .....	24
1    Sexualität – ein menschliches Grundbedürfnis .....	24
2    Sexualität in der Pflege: Pflegemodelle .....	26
3    Zusammenfassung.....	29
<b>TEIL III AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG</b> .....	30
<b>TEIL IV METHODISCHER ZUGANG</b> .....	33
1    Forschungsinteresse und Forschungshypothese.....	33
2    Untersuchungsdesign .....	36
2.1    Qualitativen Befragung – Das leitfadengestützte Interview .....	37
2.1.1    Das problemzentrierte Interview.....	38

2.1.1.1	Vorstellung des Fragebogen – Gruppe I: Langezeitpatient*innen.....	39
2.1.1.2	Stichprobe Gruppe I: Langzeitpatient*innen .....	40
2.1.1.2.1	Auswahlkriterien der Zielgruppe I.....	40
2.1.1.2.2	Rekrutierung der Langzeitpatient*innen.....	41
2.1.1.2.3	Durchführung Gruppe I: Langzeitpatient*innen .....	42
2.1.2	Das Expert*inneninterview.....	43
2.1.2.1	Vorstellung Fragebogen – Gruppe II: Expert*innen.....	44
2.1.2.2	Stichprobe Gruppe II: Expert*innen .....	44
2.1.2.2.1	Auswahlkriterien der Zielgruppe II.....	44
2.1.2.2.2	Rekrutierung der Expert*innen .....	45
2.1.2.2.3	Durchführung Gruppe II: Expert*innen.....	45
2.2	Quantitative Befragung.....	46
3	Datenauswertung.....	46
3.1	Transkription.....	46
3.2	Auswertung in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring...	48
3.3	Auswertung der Kategorienbildung.....	48
3.3.1	Kategorienbildung der Experteninterviews der Ärzt*innen .....	49
3.3.2	Kategorienbildung der Experteninterviews des Pflegepersonals.....	56
3.3.3	Kategorienbildung des problemzentrierten Interviews der Langzeitpatient*innen.....	65
3.3.4	Kritische Anmerkung an die Interviewführung und Auswertung.....	70
3.4	Zusammenfassung .....	70
	<b>Schlussteil .....</b>	<b>72</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>80</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>84</b>
	<b>Abbildungen .....</b>	<b>84</b>
Abbildung 1	Durchschnittliche Verweildauer im internationalen Jahresvergleich .....	84
Abbildung 2	Durchschnittliche Verweildauer im nationalen Jahresvergleich.....	85
Abbildung 3	Durchschnittliche Verweildauer auf Bundeslandebene .....	86
Abbildung 4	Bedürfnispyramide nach Maslow .....	86
Abbildung 5	Pflegetheorien im Vergleich .....	87
Abbildung 6	Pflegetheorie nach Krohwinkel.....	88

<b>Anlagen</b> .....	89
Anlage 1 Übersicht Pflege-Charta .....	89
Anlage 2 Stammblatt Aufnahme.....	90
Anlage 3 Fragebogen Patient*innen .....	91
Anlage 4 Informationsblatt Teilnehmer*in.....	93
Anlage 5 Einwilligungserklärung .....	95
Anlage 6 Fragebogen Expert*innen.....	96
Anlage 7 Deckblatt eines Gesprächsinventar.....	98
Anlage 8 Gesprächsinventar .....	98
Anlage 9 Transkriptionslegende .....	99
Anlage 10 Anlagenübersicht: Gesprächsdeckblätter / -inventar.....	101
Anlage 11 Auswertung Interview ‚Ärzt*innen‘ nach Mayring .....	172
Anlage 12 Auswertung Interview ‚Pflegefachkraft‘ nach Mayring.....	183
Anlage 13 Auswertung Interview ‚Patient*innen‘ nach Mayring .....	202
Anlage 14 Auszug Curriculum Pflegeschule .....	212

## **Eidesstattliche Erklärung**

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BvR	bezeichnet: Verfahren der Verfassungsbeschwerde vor dem BVerfG
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DRG	Diagnosis Related Groups
ebd.	ebendort
ebda	ebenda
etc.	et cetera
et al.	et alii / et aliae
ff.	fortfolgend
GbR	Gesellschaft des bürgerlichen Rechts
GfK	Geschäftsführerkonferenz
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung

HNO	Hals-Nasen-Ohren
Hrsg.	Herausgeber
I.	Interview
i.d.R.	in der Regel
IPPF	International Planned Parenthood Federation
KHG	Krankenhausgesetz
KrPflG	Krankenpflegegesetz
LAG	Landesarbeitsgericht
min.	Minute(n)
Nr.	Nummer
NRW	Nordrhein-Westfalen
Rn	Randnummer
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StGB	Strafgesetzbuch
u.a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation / World Health Organisation
Z.	Zeile



## Einleitung

Das Ausleben der sexuell selbstbestimmten Handlungen ist ein wesentlicher Bestandteil im Leben eines Menschen, selbst wenn dieser sich in einem körperlichen Ausnahmezustand befindet. Das heißt: erkrankt und für die Dauer einer diagnostischen Abklärung, der medikamentösen Einstellung oder Genesung in einer somatischen, pflegerisch-medizinischen Einrichtung verweilen muss. Der Aufenthalt, zum Beispiel in einem Krankenhaus, kann Menschen dazu bewegen ritualisierte Strukturen bzw. Tagesabläufe einzuschränken. Die fremde Umgebung, der Stationsalltag und das Liegen in einem Mehr-Bett-Zimmer können dabei sehr belastende Umstände sein, die nur wenig Raum für Privatsphäre lassen.<sup>1</sup> Dies gilt vor allem für die sexuellen Bedürfnisse. Das Nicht-Ausleben von Sexualität kann besonders für Patient\*innen, die sich für einen längeren Zeitraum in einer medizinisch-pflegerischen Versorgungseinrichtung aufhalten, sogenannte Langzeitpatient\*innen, einen maßgeblichen Einschnitt in das Privatleben bedeuten. Kuschneln, Masturbation oder der Beischlaf könnten aufgrund mangelnder Privatsphäre, wenn überhaupt, nur in eingeschränkter und zeitlich reduzierter Form ausgelebt werden. Die bei den körperlichen Handlungen entstehenden bio-chemischen Prozesse im Körper mögen sich positiv auf das Wohlbefinden und den Genesungsprozess auswirken.<sup>2</sup> Gleichsam mag das Fehlen sexueller Aktivität die Patient\*innen negativ beeinflussen. Bei einer gelebten Sexualität und einem möglichen positiven Effekt auf die Gesundheit würden sich die Patient\*innen entspannter fühlen: Sie würden weniger Hilfe benötigen, was auch eine Entlastung für das Pflegepersonal vermuten ließe.<sup>3</sup> Womöglich könnte eine schnellere Entlassung erfolgen. Für ein Versorgungsunternehmen ist dies aus wirtschaftlicher Sicht ein wünschenswerter Aspekt. Die Folgen solcher positiven Verkettungen könnten zu einer Win-Win-Situation aus verschiedenen Perspektiven führen.

Jedoch erweist sich die Thematik ‚Sexualität‘ in einem öffentlichen Kontext als schwierig und schambesetzt. Dies dürfte in einem besonderen Maße auf eine medizinisch-pflegerische Einrichtung, mit u.a. dem Ziel der Akutversorgung, zutreffen.

---

<sup>1</sup> Vgl.: Veerle (et al.), Seite 41 und Heinz (et al.), Seite 426 in Juchli (2004); Kleinevers (2004).

<sup>2</sup> Vgl.: Moberg (2016).

<sup>3</sup> Vgl.: Moberg (2016), Seite 209 und 246.

Mögliche Ursachen der schambesetzten, ablehnenden Haltung lassen sich historisch und kulturell vermuten. Die ältesten Fachpflegekräfte dürften aktuell einen Geburtsjahrgang von plus-minus 1955 aufweisen, deren Erziehung und Kultur von der Generation nach dem zweiten Weltkrieg geprägt ist. Sie wurden „sexually konservativ“<sup>4</sup>, viele auch sehr christlich erzogen; mit unter dem Einfluss der Kirche, die vor- und außereheliche Sexualität, zum Beispiel Masturbation, „*prinzipiell* als böse“<sup>5</sup> wertet. Bestärkt wird diese Haltung durch eine Anzahl hier vertretener, immigrierter osteuropäischer Pflegekräfte. Ihr Charakter ist religiös geprägt. In der Praxis stoßen demnach Generationen mit unterschiedlichen Meinungen zum Thema ‚Sexualität‘ aufeinander. Dies bringt in der Pflege die Herausforderung mit sich, ein einheitliches Arbeiten zum Wohle und im Sinne des hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu repräsentieren.

Losgelöst von der Ursache einer anti-sexuellen Einstellung sind medizinisch-pflegerische Versorgungseinrichtungen von Pflegefachkräften abhängig. Sie werden nach modernen pflegetheoretischen Ansätzen ausgebildet. Sie betrachten den Menschen als ein ganzheitliches Wesen, das auch an Sexualität partizipiert. So werben viele Krankenhäuser in ihren Leitbildern mit einer ganzheitlichen, würdevollen Pflege für ihr Unternehmen. Folglich würde ein Krankenhausalltag, in dem Sexualität nicht als Teil eines wertschätzenden, ganzheitlichen Konzepts integriert und gewürdigt wird, im Widerspruch zu ihren Leitbildern stehen. Ob das der Fall ist oder Sexualität einen Platz in der Pflege gefunden hat, gilt zu untersuchen. So bleibt zum Schluss die Frage offen: Ist Sexualität ein zu integrierendes Grundbedürfnis oder ein Tabu in der Pflege?

Die bevorstehende Masterarbeit beschäftigt sich genau mit dieser Frage. Im Mittelpunkt stehen dabei die Bedürfnisse der Patient\*innen mit einem besonderen Blick auf die Ausübung(-smöglichkeiten) ihrer Sexualität. Im Rahmen des Forschungsprojekts soll ermittelt werden, ob ein Bedarf an ‚sexueller Bedürfnisbefriedigung‘ bei (Langzeit-) Patient\*innen vorliegt und wie die Strukturen im Krankenhaus gegeben sind, um diesem Bedarf nachgehen zu können. Die Ermittlung der Ergebnisse soll anhand einer Feldstudie erfolgen. Mittels leitfadengestützter Interviews sollen Langzeitpatient\*innen und krankenhausinternes Fachpersonal befragt werden. Neben der

---

<sup>4</sup> Siehe dazu: Schmidt (2014): Seite 19.

<sup>5</sup> Siehe dazu und vgl.: Schmidt (2014), Seite 9.

Bedarfsermittlung kann ein Ziel dieser Arbeit sein, nach vorliegenden Ergebnissen, eine Handlungsempfehlung oder einen Standard zu formulieren, um Sexualität in den Pflege- und Genesungsprozess in den Klinikalltag zu integrieren, so dass Sexualität als Bestandteil der Gesundheitsförderung anerkannt wird.

Die Gliederung der Arbeit erfolgt in vier Teilabschnitte: Beginnend mit dem ersten Teil, in dem relevante Begrifflichkeiten erörtert und Definitionen erarbeitet werden. Die Institution Krankenhaus, die dazugehörige Pflege, wie auch der Versuch ein Sexualitätsverständnis zu beschreiben, sollen eine Hilfestellung geben, den Inhalt des Forschungsprojekts nachzuvollziehen und besser folgen zu können. Ein wichtiger Bestandteil stellt die Erarbeitung des Begriffs ‚Langzeitpatient\*in‘ dar, der mitunter im Mittelpunkt der Untersuchungen steht.

Der zweite Teil der Arbeit beschreibt die theoretischen Grundlagen zum Thema (Grund-) Bedürfnisse. Als exemplarisches Beispiel wird das Modell der Bedürfnispyramide nach Maslow kurz aufgegriffen. Sie bereitet gleichzeitig die Überleitung der Bedürfnisbefriedigung anhand von Pflegetheorien in der Pflege mit dem Schwerpunkt Sexualität vor. Das abschließende Resümee der Theorie kann wegweisend für die praktische Anwendung sein.

Der aktuelle Forschungsstand des zu untersuchenden Projekts wird im dritten Teil präsentiert. Dieser leitet den wesentlichen Beginn des Forschungsprojekts ein, gefolgt vom vierten Teil, dem methodischen Zugang. Die Arbeitshypothese und die daraus folgenden Forschungsfragen ergeben sich einleitend aus dem Forschungsinteresse. Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, die den zentralen Forschungsansatz darstellt, erfolgt eine methodische Annäherung an die Thematik und endet mit der Auswertung.

Das Fazit der Forschungsarbeit wird schließlich zusammenfassend im Schlussteil präsentiert.

# TEIL I ERLÄUTERUNG RELEVANTER BEGRIFFE

Dieser Teil der Arbeit gibt dem Leser einen Einblick in die Erläuterung der Begrifflichkeiten, der zum besseren Verständnis des Forschungsgegenstands relevant ist. Der Ort des Geschehens ist das Krankenhaus. Das Augenmerk interner Strukturen liegt auf der Pflege, ihren Aufgaben und der Beschreibung jener Personen, die die Pflege benötigen. Ebenfalls entscheidend für diesen Forschungsansatz ist die Verweildauer in einem Krankenhaus. In diesem Zusammenhang wird der Begriff ‚Langzeitpatient\*in‘ definiert. Neben den strukturellen Gegebenheiten des Krankenhauses wird versucht ein Verständnis von Sexualität, sexueller Selbstbestimmung, Privat- und Intimsphäre, wie auch Intimität selbst, zu vermitteln.

## 1 Das Krankenhaus

Zivile Krankenhäuser werden bei Erhebungen seit 2012 in zwei wesentliche Krankenhaustypen untergliedert: Die ‚allgemeinen Krankenhäusern‘ und die ‚sonstigen Krankenhäusern‘. Die maßgebliche Unterscheidung der zwei Hausarten zeigt sich im Miteinbeziehen aller Fachrichtungen und in der ausgegliederten Form. Die ausgegliederte Form ist fokussiert auf eine rein psychosomatische Ausrichtung mit neurologischen und/oder geriatrischen Behandlungen.<sup>6</sup> Die Krankenhäuser können in öffentlicher bzw. privatrechtlicher, freigemeinnütziger oder in rein privater Form geführt werden.

### 1.1 Juristische Sichtweise

Das fünfte Sozialgesetzbuch (kurz: SGB V) beschreibt das Krankenhaus im § 107 Abs. 1 folgendermaßen:

„Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,

---

<sup>6</sup> Vgl.: Statistisches Bundesamt (2016), Seite 3.

3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“<sup>7</sup>

## 1.2 Soziologische Sichtweise

Soziologisch betrachtet kann das Krankenhaus, sowohl als Organisation, als auch als Institution bezeichnet werden. Es handelt sich um ein soziales System<sup>8</sup>, das aus verschiedenen Gruppen besteht und komplexe Aufgaben bewältigt. Die Ziele eines Krankenhauses liegen – aus Sicht der Bevölkerung – in der Durchführung diagnostischer Verfahren zwecks Krankheitserkennung und Heilung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit<sup>9,10</sup>. So kann ein Krankenhaus auch als ein Dienstleistungsunternehmen angesehen werden.

## 1.3 Betriebswirtschaftliche Sichtweise

Aus unternehmerischer Sicht verfolgt ein Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen im Rahmen der Ökonomisierung wirtschaftliche Ziele. Diese Vorgänge beinhalten sowohl betriebswirtschaftliche Prozesse, als auch Prozesse aus dem Bereich des Managements. So finanzierten sich die Krankenhäuser in der Vergangenheit über ermittelte Budgets bzw. Pflegesätze. Schrittweise vollzog sich in Deutschland die Einführung des DRG-Systems<sup>11</sup>, abweichend von den USA, Australien und in den anderen Staaten Europas. Dementsprechend erfolgt seit 2004 die Finanzierung mittels dieser verpflichtenden Abrechnungsmethode in deutschen

---

<sup>7</sup> Siehe dazu: § 107 Abs. 1 SGB V. Vgl. im kürzeren Wortlaut auch § 2 KHG. Es beinhaltet die wichtigsten Merkmale aus der im SGB V genannter Definition.

<sup>8</sup> Soziale Systeme sind komplexe Gebilde, bestehend aus vielen Elementen, die in ihrer Gesamtheit in Wechselbeziehung zueinander stehen und sich beeinflussen (vgl.: Charlier (2001), Seite 214). Der Soziologe T. Parsons ergänzt noch, dass diese aus komplementären Rollenerwartungen bestehen und sich in einem relativen Gleichgewicht befinden (vgl.: Bubholz (2000), Seite 60).

<sup>9</sup> Als Ausgangsdefinition von Gesundheit wird die der WHO von 1946 verwendet, die Gesundheit folgend definiert: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Siehe dazu: Heine & Schewior-Popp in Juchli (2004), Seite 27.

<sup>10</sup> Vgl.: Hornung und Lächler (2006), Seite 264-265.

<sup>11</sup> DRG steht in Kurzform für die diagnosebezogenen Fallgruppen. Eine pauschalisierte, verpflichtende Abrechnungsmethode u.a. der Krankenhäuser für deren Leistungen. (vgl.: AOK-Bundesverband GbR, Internetquelle).

Klinken. Unabhängig von der Verweildauer stationär liegender Patient\*innen erhält das Krankenhaus für die Behandlung ein pauschales Entgelt von den Krankenkassen. Je länger der Aufenthalt der Versicherungsnehmer\*in andauert, desto weniger kann ein Versorgungsdienstleistungsunternehmen (mit neuen Patient\*innen) finanzielle Einnahmen erwirtschaften. Daher gilt es, aus betriebswirtschaftlicher Sicht, jegliche Patientengruppen so schnell wie möglich medizinisch-pflegerisch zu behandeln und zu entlassen. Im Bereich des Sozialmanagements wird dieser Prozess ‚*Benchmarking*‘ genannt.

Im weiterführenden Kapitel wird betrachtet, welche Menschen einen Aufenthalt in einem Krankenhaus beanspruchen. In diesem Zusammenhang wird auch die Verweildauer angesprochen.

## **2 Die Begriffe Patient\*in und Langzeitpatient\*in**

Das Forschungsprojekt setzt den Schwerpunkt auf Patientengruppen mit einer längeren Verweildauer in einer Einrichtung. Im Rahmen der Forschungsarbeit wird diese Gruppe als Langzeitpatienten titulierte. Daher ist es wichtig, die Begriffe ‚Patient\*in‘ und ‚Langzeitpatient\*in‘ zu definieren.

Menschen, die sich zur Diagnostik oder Behandlung einer Krankheit im Krankenhaus aufhalten, werden als Patient\*in bezeichnet. Im moderneren Sprachgebrauch werden die Bezeichnungen Klient\*in oder Versicherungsnehmer\*in verwendet.<sup>12</sup> Die Verweildauer von Patient\*innen ist stets von dem Gesundheitszustand abhängig und variiert von Person zu Person. Sie ist unabhängig vom Behandlungsgrund. Umso schwieriger wird es, eine einheitliche Formulierung für den Begriff Langzeitpatient\*in zu definieren.

In der Literatur ist der Begriff Langzeitpatient\*in zwar aufgelistet, jedoch nicht spezifisch definiert. Vielmehr wird von Langzeit- und Kurzzeittherapie gesprochen. Die Bezeichnung ‚Langzeitpatient\*in‘ lässt sich aus den angegebenen Behandlungszeiten erschließen. Sie betreffen jedoch nur den psychosomatischen Bereich. Im somatischen Bereich taucht der Begriff Kurzzeitpflege auf. Dieser ist zwar mit einem

---

<sup>12</sup> Vgl.: Krilla und Schewior-Popp in Juchli (2004), Seite 41.

maximalen Zeitfenster von 56 Tagen beschrieben, betrifft jedoch nur den Aufenthalt in einer pflegerischen Einrichtung und nicht den Aufenthalt in einer somatischen Klinik.

Statistische Belege zur Verweildauer auf nationaler und internationaler Ebene könnten mehr Aufschluss zur Beschreibung ‚Langzeitpatient\*in‘ geben. Im internationalen Vergleich (Abb.1) liegt Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 1999 mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 9,4 Tagen (1999) auf Platz 16 von 20; vor Luxemburg (13,3 Tagen), der Schweiz (13,4 Tagen) und Japan (24,9 Tagen). Im Vergleich mit dem Spitzenreiter Finnland, mit 4,1 Tagen, ließen sich deutsche Patient\*innen, generell, als ‚Langzeitpatient\*innen‘ titulieren.<sup>13</sup> National bemessen hat sich die durchschnittliche Aufenthaltszeit im Krankenhaus in den letzten 24 Jahren von zwei Wochen auf knapp sieben Tage (2015) fast halbiert (Abb. 2).<sup>14</sup> Im aktuellen Ländervergleich (2015) zeigt sich eine durchschnittliche Verweildauer von gut einer Woche (Abb. 3).<sup>15</sup>

So betrug die durchschnittliche Verweildauer von Patient\*innen des größten Krankenhauses in Nordrhein-Westfalen, der Klinikum Dortmund gGmbH, im Jahr 2011 6,7 Tage.<sup>16</sup> Aktuell liegt die Verweildauer durchschnittlich bei 6,6 Tagen. Die vorliegenden Zahlen sollen daher für die folgende Definition für ‚Langzeitpatient\*innen‘, in dieser Arbeit, verwendet werden:

**Als Langzeitpatient\*innen werden Personen betitelt, die einen längeren stationären Aufenthalt in einer somatischen Versorgungseinrichtung aufweisen, als die Anzahl der Tage, die im nationalen Vergleich, als durchschnittliche Verweildauer ermittelt wurde. In dem aktuellen Fall beträgt die Verweildauer 6,6 Tage – aufgerundet: 7 Tage.**

Nachdem nun die Arbeitsdefinition von Langzeitpatient\*innen bekannt ist, wird das Augenmerk auf die Pflege gerichtet. Das folgende Kapitel beschreibt die Pflege an sich und geht näher auf die Aufgaben der Pflege in Zusammenhang mit den Rechten der pflege- und hilfebedürftigen Personen ein.

---

<sup>13</sup> Vgl.: Schölkopf und Stapf-Finé (2003), Seite 115.

<sup>14</sup> Vgl.: Statistisches Bundesamt (2017): Krankenhausstatistik – Internetdokument.

<sup>15</sup> Vgl.: Statistisches Bundesamt (2017): Krankenhäuser und Versorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Internetdokument.

<sup>16</sup> Vgl.: Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH: Kliniken – Internetdokument.

### **3 Die Pflege – Aufgabe und Verständnis der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftiger Personen**

Pflege bezeichnet die Versorgung des Hilfesuchenden neben der ärztlichen Hilfe. Menschen in stationärer Behandlung haben während der Zeit der Diagnostik und des Genesungsprozesses Anspruch auf eine adäquate Pflege:

„Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.“<sup>17</sup>

– ein Grundsatz, der aus dem vierten Artikel der Charter der Pflege hilfe- und pflegebedürftiger Menschen<sup>18</sup> resümiert. Die Pflege ist stets individuell und richtet sich nach der Einschränkung der Selbständigkeit zur Ausführung der Grundbedürfnisse<sup>19</sup>. So vermag Fachpersonal die Fürsorge eines Menschen im pränatalen bis hin zu einem sterbend begleitenden Zustand zu leisten.<sup>20</sup> Die Pflegedauer kann sich dabei von weniger als einem Tag bis zu einem gänzlich unbestimmten Zeitpunkt erstrecken.

Jedoch ist anzumerken, dass die Charter in erster Linie nicht für Krankenhauspatient\*innen gedacht ist, sondern für die Pflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, die die ambulante oder stationäre Versorgung chronisch pflegebedürftiger Menschen betrifft. Jene Personengruppe ist der Gruppe der Patient\*innen eines Krankenhauses aber insoweit nicht unähnlich, als in beiden Fällen eine konkrete Bedürftigkeit in gleichsam hilfloser Lage besteht, die sich in einem Fall als chronisch, im anderen Fall aber nur als zeitweise bestehend, darstellt. Dies spricht dafür, die Grundsätze auf die Pflege von Menschen generell zu übertragen.

Zusammengefasst stellt die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen einen Leitfaden für eine würdevolle Versorgung dar. Sie dient somit als Qualitätsmerkmal wie auch als Ziel der Pflege und Betreuung.<sup>21</sup> Anlage 1 zeigt die restlichen

---

<sup>17</sup> Siehe dazu: BMFSFJ (2005), Seite 14.

<sup>18</sup> Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen besteht aus 8 Artikeln und wurde vom BMFSFJ und dem damaligen BMGS 2005 veröffentlicht. 200 Experten aus Verbänden, Ländern und Kommunen, Pflegekassen, Wissenschaftlern, u.v.m. erarbeiteten die Charta. Sie schlossen sich in einer Arbeitsgruppe unter dem Namen ‚Runden Tisch Pflege‘, im Zeitraum 2003 bis 2005, zusammen. Weitere Informationen zu der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Hintergründen auf der Internetseite: [www.pflege-charta.de](http://www.pflege-charta.de).

<sup>19</sup> Mehr zu und über die Grundbedürfnisse in Teil II.

<sup>20</sup> Vgl.: Schoolmann in Juchli (2004), Seite 49.

<sup>21</sup> Vgl.: BMFSFJ (2005), Internetdokument zu den Hintergründen der Pflege-Charta.



Artikel der Charta in ihren signifikanten Aussagen. Sie können zu einem besseren Verständnis der pflegerischen Aufgaben beitragen.

Eine weitere Orientierung können die gesetzlich festgelegten Aufgaben des Pflegepersonals geben (§ 3 KrPflG). Die Aufgaben des Pflegepersonals lassen sich aus den Zielen der Pflege, die im Rahmen der Pflegeausbildung vermittelt werden, erschließen. Hier heißt es:

„(1) Die Ausbildung [...] soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen [...].

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1.

die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:

a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,

b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit, [...].

3.

interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

(3) [...] Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“<sup>22</sup>

Des Weiteren vermag die neue Berufsbezeichnung des Pflegepersonals Aufschluss über das aktuelle Verständnis von Pflege geben. So wurde am 01. Januar 2004 dem Titel (Kinder-) Krankenpfleger\*in die zusätzliche Nennung Gesundheitspfleger\*in beigelegt. Die Fokussierung liegt somit nicht auf das ‚Krank-sein‘ des Menschen, sondern stellt den Erhalt, sowie der Förderung der Gesundheit in den Vordergrund – eine präventive Sichtweise, die sich auf das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonowski richtet.<sup>23</sup>

Summa summarum gehört es zu den wichtigsten Aufgaben, die zielgerichtete patientenorientierte Pflege so zu organisieren, strukturieren und durchzuführen, dass die Selbstständigkeit und Mobilität der zu pflegenden Person erhalten bleibt, diese

---

<sup>22</sup> Siehe dazu: § 3 KrPflG

<sup>23</sup> Vgl.: Oelke (1998), Seite 9

gefördert und bestenfalls vollständig wieder hergestellt wird. Wegweisend in der Pflege ist die Ausrichtung auf die von Juchli genannten ATL<sup>24</sup>, in Verbindung mit allen dazugehörigen Erkrankungsbildern und den sich daraus ergebenden individuellen Zuständen, Umständen und Problemstellungen der Patient\*innen. Das individuelle Wohlbefinden steht bei der Pflege an oberster Stelle.<sup>25</sup> Daher ist die Reflektion der Pflege ebenso von Bedeutung wie eine aktuelle Umsetzung nach dem neusten Stand der Wissenschaft – Sexualität mitinbegriffen.

## **4 Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung, Privat- und Intimsphäre, Intimität**

Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung und Privatsphäre sind unabdingbare Gegebenheiten, die oft in Abhängigkeit zueinanderstehen. Menschen entscheiden selbst, ob und wie viel sie von ihrer Privatsphäre in der Öffentlichkeit preisgeben (wollen). Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, dem Leser ein Gespür für den Sinngehalt von Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung, Privat- und Intimsphäre zu vermitteln. Am Ende der einzelnen Inhaltsabschnitte folgen Kurzdefinitionen, die eine facettenreiche Bedeutung mit sich bringen.

### **4.1 Sexualität**

Bereits seit 1820 wird der Begriff ‚Sexualität‘ in der Literatur verwendet. Allerdings bezog sich die Nennung damals erstmalig auf die geschlechtliche Aufteilung in männlich und weiblich von Pflanzen, nach dem Botaniker August Henschel.<sup>26</sup> Medizinisch-biologische Sichtweisen auf Geschlechtlichkeit sind seither nicht unüblich im Themenfeld der Sexualität.

Laut einer medizinischen Enzyklopädie findet man folgende Definition:

„Sexualität: Geschlechtlichkeit; genetische, morphologische u. funktionelle Differenzierung einer Art (Spezies) in 2 [...] Geschlechtstypen u. deren gegenseitige funktionelle Beziehung

---

<sup>24</sup> Die ATL werden im zweiten Teil, mit Verweis auf die Fußnote 64, genannt und beziehen sich auf Juchli (2004), Seite 169-943 mit inbegriffen sind hierbei gesundheitsfördernde Aspekte, wie auch Pflege (in verschiedenen Lebensphasen), als auch die Pflege von Patienten mit speziellen Erkrankungen.

<sup>25</sup> Vgl.: BMFSFJ (2005), Internetdokument.

<sup>26</sup> Vgl.: Ortland (2008): Seite 16.

in bezug auf Fortpflanzung. – *psych* Alle mit dem Geschlechtstrieb zusammenhängenden Regungen, Erlebnisse.“<sup>27</sup>

Die Gefahr der Reduzierung auf biologisch-funktionale gesellschaftliche Normen kann zu psychischen Identitätskrisen führen. Sexualität kann daher mitunter als Reflexionsfläche der subjektiv empfundenen Geschlechtlichkeit gedeutet werden.<sup>28</sup> Über die biologisch-medizinische Sichtweise hinaus ist Sexualität aus soziologischer Perspektive ein Teil der Lebensbiographie. Sie beginnt bereits im Mutterleib und endet mit dem Tod. In der Kindheit wird sie mit der Erforschung des eigenen Körpers verbunden. Bei Erwachsenen hingegen stehen zielgerichtete, auf die Genitalien fixierte Handlungen, die der Befriedigung dienen, im Vordergrund. Im fortgeschrittenen (hohen) Alter dagegen verlegt sich der Schwerpunkt von Erregung und Befriedigung auf körperliche Zuneigung, bedingt durch überwiegend anatomisch-physiologische Hintergründe. Ansonsten sind der Sexualität im Alter keine Grenzen gesetzt.<sup>29</sup> Aufgrund dieser Tatsache, dass Sexualität bis ins hohe Alter gelebt wird, kann von einer positiv erlebten Tätigkeit ausgegangen werden. Dem gegenüber stehen sexuelle Handlungen, die gegen den Willen an jemandem vollzogen werden. Sie werden von der Gesellschaft nicht toleriert und stehen unter Strafe. Die entsprechenden Gesetzesnormen stehen im Sexualstrafgesetz.<sup>30</sup> Der Gesetzgeber bezieht ebenfalls Stellung zu den Aktivitäten, die einen Bezug zur Sexualität haben. Er spricht dabei von ‚*sexuellen Handlungen*‘.<sup>31</sup>

Als vorübergehendes Fazit kann zunächst folgendes festgehalten werden: Sexualität ist etwas, das aktiv ausgelebt und in Abhängigkeit der Lebensphase in verschiedenen Formen vollzogen werden kann. Sexualität kann alleine an sich, gemeinsam mit anderen Personen (‚Lebewesen‘) und von anderen an einem selbst erfahren werden. Sie kann sowohl positiv als auch negativ empfunden werden. Es handelt sich bei der Begriffsfassung um etwas nicht Greifbares. Sielert beschreibt 1993 diese Form als ‚allgemeine Lebensenergie‘<sup>32</sup>; behält diese Beschreibung auch 2005 bei. Der

---

<sup>27</sup> Siehe dazu: Medizinlexikon

<sup>28</sup> Vgl.: Quindeau (2014): Seite 134.

<sup>29</sup> Rund 80 Prozent der männlichen und gut 60 Prozent der weiblichen Bevölkerung, die 60 Jahre alt sind sexuell aktiv. Das Ausleben ihrer Sexualität wird als ‚regelmäßig und abwechslungsreich‘ beschrieben. Vgl. und siehe dazu: Thiele (2012), Seite 118; vgl.: Grond (2011), Seite 18.

<sup>30</sup> Vgl.: StGB, 13. Abschnitt, §§ 174 ff. bis einschließlich § 184g .

<sup>31</sup> Vgl.: § 184h StGB.

<sup>32</sup> Siehe dazu: Sielert (1993 / 2005), Seite 43; Seite 41.

amerikanische Psychoanalytiker Avuah Offit erklärt Sexualität als das, „was wir daraus machen“<sup>33</sup>.

Aufgrund der Komplexität der Bestandteile von Sexualität lässt sich bereits jetzt erahnen, welche Herausforderungen im praktischen Forschungsteil bevorstehen. Ein individuelles Verständnis von Sexualität ist zu erwarten. Zusammengefasst lässt sich für diese Arbeit Sexualität folgendermaßen definieren:

**Sexualität ist ein Bedürfnis, das sich in Form sexueller Handlungen widerspiegelt bzw. äußert.**

## 4.2 Sexuelle Selbstbestimmung

Die Begriffs(er)klärung sexueller Selbstbestimmung ist ein herausforderndes Unterfangen. Sie ist sehr vielseitig und bietet komplexe Inhalte, die den Gesamteindruck prägen und mit zu berücksichtigen sind. Trotz der Vielfältigkeit wird nun in dieser Annäherung versucht, die wesentlichen Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung darzustellen.

Die sexuelle Selbstbestimmung ist Teil der Persönlichkeitsentwicklung und ist, solange die Rechte anderer nicht verletzt werden oder gegen das Sittengesetz<sup>34</sup> verstoßen wird, im Art. 2, Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1, Abs. 1 GG verankert. Unter besonderen Schutz der Verfassung hat das Grundgesetz den Intim- und Sexualbereich des Menschen als „Teil seiner Privatsphäre“ gestellt. Mitunter ist bei der Nennung dieser Norm die freie Gestaltung seiner Sexualität zu wahren.<sup>35</sup> So zieht das Bundesverfassungsgericht gleich mit dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), der in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) sexuelle Selbstbestimmung nicht als eigene Norm niederlegt, sondern in Art. 8 als Teil des Rechts auf Privatleben miteinschließt.<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup>Siehe dazu: Zettl u. Hartlapp, 1997, zitiert in Heinz, Jung-Heintz und Straub-Westphal aus Juchli (2004), Seite 427. Offit listet eine Reihe an Beispielen auf: „[...] ein Sport, Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse, das Gute, [...]“ (ebd.).

<sup>34</sup>Das Sittengesetz entspricht nicht einer verschriftlichten Norm, sondern fasst zusammen, was von der Allgemeinheit als sozial für ein gutes, gesellschaftliches Zusammenleben ausgelegt wird. Vgl.: Schlüter: Rechtslexikon – Internetdokument, Stichwort: Sittengesetz.

<sup>35</sup>Siehe dazu, vgl.: BVerfG, Beschluss des 2. Senats vom 26. Februar 2008 – 2 BvR 392/07, Rn 32.

<sup>36</sup>Vgl.: Graupner in Busch (2010), Seite 170.

Neben der Sexualität gehört zur Persönlichkeitsentwicklung des Menschen die Gesundheit. Die WHO zieht in ihrer Gesundheitserklärung deutliche Verbindungen zur Sexualität. Sie beschreibt den Zusammenhang sexueller Gesundheit mit allgemeiner Gesundheit als „untrennbar“<sup>37</sup>. In der Definition der WHO zur sexuellen Gesundheit wird u.a. auf die Option verwiesen „lustvolle und sichere Erfahrungen“<sup>38</sup> erleben zu können. Der Schutz der sexuellen Rechte ist hierbei von erheblicher Bedeutung.

Ein bedeutsames Schriftstück zu sexuellen Rechten hat die IPPF<sup>39</sup> veröffentlicht. Der Schriftsatz ‚Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung‘ ist eine, zwar nicht bindende, jedoch wegweisende Zusammenfassung sexueller Selbstbestimmung und Rechte aus diversen internationalen Konferenzen. Der Blick richtet sich dabei auf eine freie Persönlichkeitsentwicklung ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Dies umfasst mitunter die freie Entscheidung nach der Geschlechtsidentität, als auch die nach der sexuellen Orientierung.<sup>40</sup> Zusammenfassend aus den konsekutiven Verweisen zur Begriffsklärung soll diese Arbeit auf folgendes Verständnis von sexueller Selbstbestimmung aufbauen:

**Sexuelle Selbstbestimmung betrifft eigene, bewusst gewollte, durchgeführte, sexuelle Handlungen, wie auch solche Tätigkeiten, die der Informationsbeschaffung und Bildung dienen, die zum eigenen Wohlfühl und Förderung der Gesundheit als auch zur reproduktiven Entscheidung vollzogen werden können, sofern andere durch dieses Tun keine negative Beeinträchtigung erfahren.**

### **4.3 Privat- und Intimsphäre, Intimität**

Für die Ausübung von Sexualität können die Privat- und Intimsphäre entscheidende Einflussfaktoren sein. Darauf wird bereits im vorangegangenen Abschnitt mit der Nennung des Privatlebens verwiesen. Besonders im Bereich der Pflege erhalten Privat- und Intimsphäre eine gesonderte Relevanz, die in Bezug auf Sexualität bzw.

---

<sup>37</sup> Siehe dazu: WHO-Regionalbüro für Europa: Internetdokument.

<sup>38</sup> Zitiert aus: Briken und Berner (2013), Seite 88.

<sup>39</sup> Weitere Information zur IPPF auf: [www.ippf.org](http://www.ippf.org).

<sup>40</sup> Vgl.: Tiemann in Busch (2010), Seite 136.

der Ausübungsmöglichkeiten ein erhöhter Stellenwert zugeordnet wird. Die Charta der Rechte hilfe- und Pflegebedürftigen widmet der Privatheit einen eigenen Artikel. Hier ist die Beschreibung eines persönlichen Lebensbereichs mit Rückzugsmöglichkeiten zu finden: Die Gestaltung der eigenen Interessen steht im Vordergrund, wie zum Beispiel, offen und frei Gespräche zu führen oder Besuch zu empfangen.<sup>41</sup> Rosemeier umschreibt Intimsphäre als einen gegenüber anderen „schutzwürdigen Bereich“<sup>42</sup>. Allgemein betrachtet ist die Achtung der Intimsphäre höchstes Gut der Privatsphäre. Beide Begriffe können wechselseitig als Teil voneinander benannt werden. Sie beschreiben eine örtliche Begrenzung, ein Setting, in der sich untergeordnet Intimität auszeichnet. Masters und Johnson (1990) bezeichnen Intimität als „gegenseitiges Gefühl der Akzeptanz, der fürsorglichen Verpflichtung, der behutsamen Zuwendung und des Vertrauens“.<sup>43</sup>

Intimität ist sehr vielseitig. Sie kann individuell empfunden werden; auf sich selbst bezogen sein oder andere Personen mit einschließen, die im selbigen Moment eng persönlich mit einem selbst verbunden sind. Auf den eigenen Körper bezogen werden Bereiche mit Intimität assoziiert, die eine Öffnung aufweisen, die das Eindringen in den Körper ermöglichen. Besonders trifft das auf dem Mund mit der Mundhöhle, der *Vulvina*<sup>44</sup> und den Anus zu. Interessant ist auch die Auffassung von Rosemeier, dass sich Intimität der Entstehung bedient, sofern ein Informationsbedarf im sozialen Kontext gegeben ist, der in einer Person das Bedürfnis weckt, schambesetzte Handlungen, Motive und Gefühle zu verbergen.<sup>45</sup> Gesellschaftlich geprägt zeigt sich schambesetztes Verhalten, wenn es unter- bzw. bewusst um das Aussehen und den Vergleich von Körperregionen handelt. Neben den oben genannten Körperregionen können in diesem Punkt die weibliche Brust und die Genitalien des Mannes ergänzt werden. Gegenteiliges zeigt sich an Orten, an denen die freie Körperkultur gelebt wird. Das Interesse an dem Aussehen des anderen spielt hier keine primäre Rolle.

Anders als auf der körperlichen Ebene kann Intimität ein Moment spiritueller Offenbarung und Erkenntnis sein – fernab einer Konnotation zur Sexualität. Hier handelt

---

<sup>41</sup> Vgl: BMFSFJ (2015), Seite 14-15.

<sup>42</sup> Zitiert, stilistisch angepasst, aus: Rosmeier et al. (1993), Seite 45.

<sup>43</sup> Masters und Johnson zitiert von Heinz et al., in Juchli (2004), Seite 426.

<sup>44</sup> *Vulvina* ist eine Zusammensetzung aus den Wörtern Vulva und Vagina. Sie bezeichnet im modernen Sprachgebrauch den äußeren Genitalbereich, mitunter Einbezug der Scheide, der Frau.

<sup>45</sup> Vgl.: Rosmeier et al., Seite 45.

es sich ebenfalls um ein Ereignis, das alleine oder in Gegenwart einer Person erfahren werden kann, wie es Billow und Mendelsohn 1982 beschreiben<sup>46</sup>. Ruland spricht dabei in Anlehnung an Malone (1982) und Schnarch (1991) von einem subjektiven Gefühl, im Sinne von „Selbsterfahrung und Selbstpreisgabe [...] in Gegenwart eines anderen Menschen“<sup>47</sup> – eine Erkenntnis erlangen; diese realisieren, reflektieren und authentisch zu offenbaren. Kurz gesagt:

**Privat- und Intimsphäre sind selbst gestaltete bzw. persönlich eingerichtete Bereiche, die Intimitäten ermöglichen. Intimitäten sollen im Sinne von einem freien Tun und Handeln in einem selbst definiten Zeitraum, alleine oder gemeinsam mit anderen Personen, akzeptiert werden. Sie soll nicht für und von Fremden (Öffentlichkeit) bestimmt sein und beeinflusst werden.**

## 5 Zusammenfassung

In diesem ersten Teil wurden die Grundbegriffe und Hintergründe der Arbeitsstruktur im Krankenhaus einschließlich ihrer sozialen Implikationen aufgelistet und erklärt. Besondere Aufmerksamkeit hierbei gilt der Definition ‚Langzeitpatient\*in‘. Diese Personengruppe spielt in dieser Untersuchung als Interviewpartner eine wichtige Rolle. Mit bestem Gewissen wurde versucht, dem Leser zusammenfassend ein zufriedenstellendes Verständnis von Sexualität und allen verwandten Sparten zu vermitteln. Gleichwohl erweist es sich als schwierig, alle wissenschaftlichen Aspekte in gleichem Maße zu würdigen und zu berücksichtigen.

Die hier erhaltenen, vertieften Einblicke sind Voraussetzungen für das Verständnis der Thematik dieser Arbeit. Im weiteren Verlauf folgt nun die Begriffsklärung von (Grund-) Bedürfnissen und die Herangehensweise an das Forschungsprojekt. Anschließend wird die Auswertung der Ergebnisse erstellt. Die beschriebenen Nennungen werden künftig allgemein gehalten und verwendet. Es kann daher auf die jeweiligen Abschnitte des hiesigen Teils verwiesen werden.

---

<sup>46</sup> Vgl.: Ruland (2016), Seite 107.

<sup>47</sup> Siehe dazu: Ruland (2016), Seite 108.

## TEIL II SEXUALITÄT

### – EIN BEDÜRFNIS ODER GRUNDBEDÜRFNIS?

So individuell der Mensch ist, so unterschiedlich sind seine Ansprüche und Bedürfnisse. Was benötigt jedoch der Mensch zum Leben? Was sind Grundbedürfnisse und wer bestimmt was Grundbedürfnisse sind. Bei der Literatursuche stößt man hierbei auf zwei wesentliche Stichpunkte: Entwicklungspolitik und die Bedürfnispyramide nach Maslow. Die Frage nach den Grundbedürfnissen wird zunächst allgemein gehalten beantwortet, konzentriert sich jedoch im Verlauf weiter auf die Verknüpfung der Sichtweise in der Pflege. Trotz der kritikbehafteten Bedürfnis-Befriedigungs-Theorie nach Maslow, eignet sich dieser Ansatz gut, ein Grundwissen um die Hierarchie von (Grund-) Bedürfnissen zu vermitteln. Bei der Herleitung der Theorie Maslows werden die Grundideen Freuds und Schmidts im Ansatz zum Vergleich hinzugezogen, auf die jedoch nicht näher eingegangen wird.

#### 1 Sexualität – ein menschliches Grundbedürfnis

Spricht man von Bedürfnissen ist es wichtig zu wissen, was überhaupt Bedürfnisse sind. Hornung und Lächler definieren ein Bedürfnis als:

„Zustand eines Mangels und damit verbunden Gefühl, das nach Befriedigung bzw. Behebung drängt. Bedürfnisse gelten als Motive menschlichen Verhaltens.“<sup>48</sup>

Ein Motiv ist in dieser Beschreibung einer überdauernden Handlungsbereitschaft gleichzustellen, derer Annahme basierend auf einer physiologischen und psychologischen Reaktion erfolgt.<sup>49</sup> Was bewegt demnach uns Menschen sexuell aktiv zu sein? Freud beschreibt den Menschen als ein sexuelles Wesen. Das Ausleben sexueller Handlungen findet ihre Rechtfertigung in seiner Triebtheorie. Durch hormonell gesteuerte Prozesse entstandene Spannungen können dadurch abgebaut werden – eine Art *Homöostase*<sup>50</sup>. Sexualität ist keine existentielle

---

<sup>48</sup> Zitiert aus: Hornung und Lächler (2006), Seite 87.

<sup>49</sup> Vgl.: Hornung und Lächler (2006), Seite 87.

<sup>50</sup> Unter dem Begriff Homöostase versteht man die „Konstanz des inneren Milieus eines Organismus“. Zitiert aus: Reuter (2004), Seite 936. Im Detail heißt es, dass der Körper sich einen Zustand des Gleichgewichts bemüht ist. Der Körper, zum Beispiel benötigt Energie um zu funktionieren. Ist zu



Notwendigkeit, um Leben zu können, was gegenteilig auf die Aufnahme von Nahrung und Wasser (*primäre Motive*) zutrifft, so Eppler in seiner Beschreibung von Grundbedürfnissen.<sup>51</sup> Je nach Forschungsansatz ist es „umstritten“, ob Sexualität zu den primären Motiven gehört.<sup>52</sup> Freuds Erklärung nach vermag Sexualität ein einhergehendes Bedürfnis zu sein, das Lebensqualität steigert bzw. eine Möglichkeit verschafft, Ausgeglichenheit zu erlangen. Ein Bedürfnis, welches sicherlich als Luxus bezeichnet werden kann, wenn man sich nicht täglich darum Sorgen machen muss, nicht zu verhungern oder zu verdursten. Ein Indiz dafür, dass an unterschiedlichen Orten mit verschiedenen Gütervorkommen, Grundbedürfnisse different gewertet werden.<sup>53</sup> Schmidt dagegen versteht Sexualität als einen natürlichen Drang „sexuelle Lust und Erregung zu erfahren“<sup>54</sup>.

Abraham Maslow, ein Vertreter der humanistischen Psychologie beschäftigte sich ausführlicher mit der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse. Er kategorisiert die Bedürfnisse nach einem Mangel- bzw. Wachstumsmotivationssystem, das einem hierarchischen Gefüge folgt. Im folgenden Absatz wird das Prinzip der hierarchischen Ordnung näher beschrieben:

Abbildung 4 verweist auf die Bedürfnispyramide nach Maslow, in vereinfachter Form. Die Pyramide ist in zwei Hauptgruppen von Bedürfnisse eingeteilt: die *Mangelmotive* und die *Wachstumsmotive*, in insgesamt sechs Kategorien. Die Basis der Pyramide bildet die Rubrik *physiologische Bedürfnisse* gefolgt von *Sicherheit, Zuwendung und Liebe*, als auch *Anerkennung und Wertschätzung*. Die letztgenannte Stufe bildet den Übergang zu den *Wachstumsmotiven*: der *Selbstverwirklichung* und der *Transzendenz*, mit der Spitze.

Das Prinzip der Bedürfnispyramide bzw. der Mangel- und Wachstumsmotivation nach Maslow stellt sich wie folgt dar: Erst wenn die Bedürfnisse einer Ebene befriedigt sind, tritt der Wunsch der Befriedigung einer höherliegenden Stufe in den Vordergrund. Gleichwohl können höher liegende begehrende Wünsche parallel zu den niedrigen noch nicht (ausreichend) gestillten Bedürfnissen auftreten. Diese

---

wenig Energie vorhanden, sendet der Körper Signale, um den Körper zu motivieren, in Form von Hunger, das benötigte Energieniveau wiederauszugleichen.

<sup>51</sup> Vgl.: Eppler (2000), Seite 10.

<sup>52</sup> Vgl. und zitiert aus: Hornung und Lächler (2006), Seite 88.

<sup>53</sup> Vgl.: Eppler (2000), Seite 12.

<sup>54</sup> Siehe dazu Kleinevers (2004), Seite 16; vgl.: Sigusch (2013), Seite 171 ff.. Beide beziehen sich auf den Aufsatz „Motivationale Grundlagen sexuellen Verlangens“ von Gunter Schmidt (1983), in „Psychologie der Motive“, von Hans Thomae (Hrsg.), Seite 70-109.

Tatsache an dem Modell wurde auch durch Hochgräfe kritisiert.<sup>55</sup> Da der Mensch die Bedürfnisse immer nur relativ befriedigen kann, ist ebenfalls ein Springen zwischen den jeweiligen Stufen nicht ausgeschlossen. Darüber hinaus entscheidet jedes Individuum, ortsabhängig, selbst seine Prioritätenliste der Hierarchieordnung.

Die physiologischen Bedürfnisse: Nahrung, Flüssigkeit, Sauerstoff, Bewegung, Ruhe-Schlaf und Sexualität sind bei dem Modell die mächtigsten Bedürfnisse und dienen dem Überleben.<sup>56</sup> Konkurrieren zwei Bedürfnisse einer Ebene gegeneinander, so setzt sich das für das Subjekt mächtigere Bedürfnis durch. Höher stehende Bedürfnisse besitzen nicht die Fähigkeit zu dominieren oder sich autonom zu verhalten. Hierzu schreibt Maslow:

*„Je höher das Bedürfnis, desto weniger zwingend ist es für das bloße Überleben, um so länger kann die Befriedigung aufgeschoben werden und um so leichter kann das Bedürfnis auch permanent verschwinden.“<sup>57</sup>*

Das Augenmerk dieser Arbeit ist richtet auf die Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse. Sie spielen vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn Menschen selbst nicht in der Lage sind, diese eigenständig zu befriedigen, wie es bei hilfe- und pflegebedürftiger Menschen der Fall ist. Sie bilden nicht nur die Basis der Pyramide, sondern auch den Kern der weiterführenden Kapitel, die sich auf die Pflegemodelle beziehen und einen Zusammenhang zur Sexualität verdeutlichen sollen.

## **2 Sexualität<sup>58</sup> in der Pflege: Pflegemodelle**

Pflegemodelle in Europa lassen sich in ihrem Ursprung auf Virginia Henderson zurückführen. Nancy Roper, in Zusammenarbeit mit Winifred Logan und Alison Tierney, und Liliane Juchli leiteten ihre Theorien von Henderson's Pflege-theorie ab.<sup>59</sup> Sie bauen auf das Pyramidenmodell nach Maslow auf und orientieren sich nach dem Grad der Hilfestellung bei der Bedürfnisbefriedigung, die der Mensch in seinem gewohnten Alltag vollzieht, jedoch in einem eingeschränkten Zustand nicht mehr

---

<sup>55</sup> Vgl.: Hochgräfe (1988), Seite 39.

<sup>56</sup> Vgl.: Hochgräfe (1998), Seite 37.

<sup>57</sup> Vgl. und siehe dazu: Maslow (1978), Seite 154.

<sup>58</sup> Was unter (einer aktiven) Sexualität verstanden wird im Kapitel 4 des ersten Teils erläutert.

<sup>59</sup> Pflegemodelle: V. Henderson: ‚14 Grundbedürfnisse des Menschen‘; N. Roper, W. Logan, A. Tierney: ‚12 Lebensaktivitäten (LA) und Liliane Juchli: 12 ATL.

eigenständig erfüllen kann.<sup>60</sup> Nach den Theorien lassen sich folgende Grundbedürfnisse als die wichtigsten für hilfe- und pflegebedürftige Menschen festhalten: Stärkung des Körpers durch Nahrungsaufnahme; eine funktionierende Ausscheidung; Mobilisierung; ein gepflegtes Erscheinungsbild inklusiver Körperpflege; die Regulierung der Körpertemperatur; Kommunikation; Erholung und aktiv sein; die **Förderung der Geschlechtsidentität**<sup>61</sup>; Spiritualität; soziale Beschäftigung; Freizeit (-gestaltung); Gesundheitsförderung und das würdevolle Sterben. Abbildung 5 zeigt eine Tabelle, in der die drei aufgelisteten Pflgetheorien nebeneinander gestellt sind, mit ihrer eigenen Nennung der pflegerischen Aufgaben zur Bedürfnisbefriedigung. Ein weiteres Pflegemodell ist jenes von Monika Krohwinkel. Das Pflegeziel nach ihrem Modell<sup>62</sup> strebt das Erreichen bzw. den Erhalt von Unabhängigkeit, wie das Wohlfühlen des Menschen an. Auch bei Krohwinkel stehen die wesentlichen Bedürfnisbefriedigungen im Vordergrund – in verkürzter Form: Pflege, Ausscheidung, Erholung und das **Ausleben der eigenen Sexualität**.<sup>63</sup>

Im deutschsprachigen Raum hat sich die Pflgetheorie der ATL nach L. Juchli<sup>64</sup> durchgesetzt. Die vermittelten Inhalte dieser Theorie bilden die Grundlage der Pflegeberufe in den Ausbildungsstätten. Die Förderung der Geschlechtsidentität bzw. das Ausleben der eigene Sexualität wird in den Theorien nach Henderson, Roper, Logan und Tierney als ‚*sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten*‘ und bei Juchli als ‚*Kind, Frau, Mann sein*‘ bezeichnet. Krohwinkel stellt zumindest die Möglichkeit in Aussicht, einen Bezug zur modernen soziologischen Genderdebatten herzustellen, indem sie ihre 13. Lebensaktivität im Konjunktiv verfasst: ‚*sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten „können“*‘.<sup>65</sup>

Sicherlich meinte Juchli als Ordensschwester nicht, dass eine hilfe- und pflegebedürftige Person vom Pflegepersonal zum aktiven Geschlechtsverkehr motiviert wird bzw. bei der Ausübung Unterstützung erwarten kann. Gleichwohl

---

<sup>60</sup> Vgl.: Schoolmann in Juchli (2004), Seite 46.

<sup>61</sup> Andere Wortnennung für: Sich als Frau, sich als Mann fühlen.

<sup>62</sup> Monika Krohwinkel: 13 Aktivitäten, Beziehungen und (existentiellen) Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL). Abb. 6.

<sup>63</sup> Vgl.: Grond (2011), Seite 115.

<sup>64</sup> Zu den Alltäglichen Tätigkeiten des Lebens (ATL) nach Juchli gehören: (1) atmen; (2) essen und trinken; (3) ausscheiden; (4) sich bewegen; (5) wach sein und schlafen; (6) sich waschen und kleiden; (7) Körpertemperatur regulieren; (8) sich sicher fühlen und verhalten; (9) kommunizieren; (10) Kind, Frau, Mann sein; (11) Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen; (12) Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen. Vgl.: Schoolmann in Juchli (2004), Seite 49.

<sup>65</sup> Verweis auf Abb.6.

eine Verbindung sexueller Aktivitäten an Pflegenden im historischen Kontext vermuten lässt, als Prostituierte zur Bestrafung im 18. und 19. Jahrhundert in den Dienst der Pflege beordert wurden.<sup>66</sup> Jedoch sollte angenommen werden, dass eine aktive Sexualität, in jeglichen Sinne, als (Geschlechts-)Identitätsmerkmal partizipiert ist, wie sie bereits in der psychosexuellen Entwicklung beschrieben wird. Demnach sollte auch im pflegerischen Tätigkeitsfeld als ‚*SEIN*‘ Förderungsbedarf zugeschrieben werden.

In dem Lehrbuch von Juchli wird jedenfalls nicht auf eine aktive Förderung des Sexualverhaltens hingewiesen. Im Vordergrund stehen in dem Kapitel des ATL ‚Kind, Frau, Mann sein‘ eine Wissensvermittlung zu sozialwissenschaftlicher, (heterosexueller) Aussagen von Geschlechtlichkeit, Intimitäten und deren Bestandteile, in groben Zügen die psychosexuelle Entwicklung, familienplanende relevante Zugänge, mit dem Schwerpunkt der Empfängnisverhütung. Zur Sexualität selbst, im Sinne dieser Arbeit, wird nur peripher über die Haltung und mögliche Konfrontationen im beruflichen Kontext, wie zum Beispiel Sexualität im Alter oder, minimal, über kulturelle Hintergründe informiert. Konkret heißt es: „Rückzugsmöglichkeiten schaffen“ – mit einmaliger Nennung einen geschützten Raum zu schaffen, um die Selbstbefriedigung zu ermöglichen.<sup>67</sup> Des Weiteren wird als pflegerische Tätigkeit überwiegend von Stärkung des Selbstwertgefühls bei krankheitsverursachender Veränderung der Sexualität aufgeklärt.<sup>68</sup> Stefan Zettl schreibt detailliert in seinem Buch „Krankheit, Sexualität und Pflege – Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu“ über die Auswirkungen verschiedener Krankheiten auf die gelebte Sexualität. Besonders die Aufgaben im und aus pflegerisch-psychosozialer Sicht können erschlossen und wertvoll für die Förderung von ‚Frau- und Mann sein‘ übertragen werden.

Auch die im ‚Juchli‘ erwähnte Wahrung der Intimitäten trägt nicht zur Bestärkung der zu pflegenden Person bei, Sexualität auszuleben, sondern fordert eher das Fachpersonal auf, sensibilisierend die Schamverletzung während der Pflege möglichst gering zu halten. Dies kann z. B. durch eine gleichgeschlechtliche Pflegefachkraft oder dem Verdecken der Geschlechtsmerkmale bei der Körperpflege erfolgen. Die Verbalisierung oder gar die Empfehlung, eine gegebenen Intimsphäre

---

<sup>66</sup> Vgl.: Kleinevers (2004), Seite 41.

<sup>67</sup> Vgl.: Heinz et al. in Juchli (2004), Seite 420-429, zitiert: Seite 428.

<sup>68</sup> Vgl.: Straub-Westphal in Juchli (2004), Seite 429 ff..

für sexuelle Aktivitäten zu nutzen, könnte ebenso dazugehörig ausgelegt werden, wenn von ‚Wahrung der Intimitäten‘ gesprochen wird. Genauere Beschreibungen zum besseren Verständnis der Inhalte des ATL ‚Frau, Mann, Kind sein‘ ist jedoch nicht in der Fachliteratur belegt und basieren daher nur auf Vermutungen.

### **3 Zusammenfassung**

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Thematik rund um die Grundbedürfnisse des Menschen. Von der Bedeutung der Bedürfnisse über das Modell der Bedürfnisbefriedigung wird der Übergang und den Bezug zur Pflege eingeleitet. Letztlich soll geklärt werden, ob Sexualität ein Grundbedürfnis ist, als auch zu einem fördernden Bereich pflegerischer Tätigkeit gewertet werden kann.

Zusammengefasst ist die Tendenz gegeben, Sexualität als Grundbedürfnis einzustufen. Weitaus schwieriger ist die Beurteilung im Bereich Bedürfnisförderung in der Pflege. Der Wissensstand der Pflegemodelle ist gesellschaftlich zeitgenössisch veraltet. Eine Aktualisierung nach soziokulturellen und wissenschaftlichen Erkenntnissen ist durchaus empfehlenswert. In dem Zusammenhang ist eine genaue Beantwortung der Frage, ob die Förderung der Sexualität seitens des Fachpflegepersonals in jedem Bereich und somit Bestandteil pflegerischer Tätigkeiten ist, aus jetziger Sicht nicht möglich. Die Umsetzung der Theorie liegt im Ganzen bei den einzelnen Pflegekräften. Diese ist jedoch abhängig von ihrer eigenen Haltung und ihrem persönlichen Verständnis zum Thema Pflege und Sexualität.

### TEIL III AKTUELLER STAND DER FORSCHUNG

Sexualität ist in der Öffentlichkeit, besonders in der Pflege, immer noch ein sehr umstrittenes und provokantes Thema.<sup>69</sup> Körperliche Grenzüberschreitungen und Schamgefühl sind hierbei wichtige Einflussfaktoren. In kaum einem Berufsfeld, ist der Kontakt mit grenzüberschreitenden Situationen und der Konfrontation mit dem Schamgefühl, so hoch wie in der Pflege. Literaturverweise zu den Themen ‚Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz‘<sup>70</sup>- oder ‚Sexualität in der Pflege‘ lassen sich vorrangig bezüglich Grenzüberschreitungen, Schamgefühl und Sexualität im Krankenhaus finden. Es wird sich überwiegend auf die emotionale Belastung des Fachpersonals in pflegerischen Einrichtungen und nicht die der Patient\*innen bezogen. Oft beschreibt das Pflegepersonal das emotionale ‚Ausgeliefert-sein‘, während sie die intimen Grenzen der Patient\*innen überschreiten. Ein Beispiel hierfür kann die Intimpflege eines Mannes sein, der eine Erektion bei der Ausübung dieser Tätigkeit erhält. Das Fachpflegepersonal hat in dieser Situation als asexuelles Wesen zu agieren, um professionell zu funktionieren, das heißt: zu pflegen.<sup>71</sup> Folgend lassend sich Leittragende auf beiden Seiten antreffen – das Personal und die Patient\*innen.

Das meiste Material zu dem Thema Sexualität liegt aus der Sicht der Pflege vor. Allerdings gibt es weitaus weniger Erkenntnisse aus der Perspektive der Patient\*innen. Literatur aus dem Blickwinkel der Patient\*innen zu dem Thema ‚Sexualität in der Pflege‘ lässt sich in Büchern oder spezifische Leitdiskussionen in Fachzeitschriften finden. Diese beinhalten in der Mehrheit Themen, wie zum Beispiel ‚Sexualität und körperlich und geistig beeinträchtigt Menschen‘<sup>72</sup> bzw. ‚Sexualität und Behinderung‘ oder ‚Sexualität im Alter‘<sup>73</sup>. Im Mittelpunkt steht hier die Wahrung der Privatsphäre der Bewohner in Seniorenheimen bzw. Pflegeeinrichtungen.<sup>74</sup>

Wegweisend auf dem Gebiet ‚Sexualität und Pflege‘ sind Stemmer, Kleinevers, Zettl und Neander. Sie leisten erstmalig Pionierarbeit auf diesem Gebiet, meistens

---

<sup>69</sup> Vgl.: Aner (2007), Seite 48.

<sup>70</sup> Beispiel: Burtke (2010).

<sup>71</sup> Vgl.: Wendland in pro familia Dokumentation (2013), Seite 31.

<sup>72</sup> Beispiele: Achilles (2002); Bosch (2013); Fürll-Riede (2001); Sandfort (2007).

<sup>73</sup> Beispiel: Grond (2011); van der Vight-Klußmann (2014).

<sup>74</sup> Beispiel: Wittmann (2012).

aber mit differenzierten Inhalten. Die unterschiedlichen Einblicke zeigen die Komplexität der Thematik auf:

Renate Stemmer beschäftigt sich in ihrer wissenschaftlichen Abhandlung „Grenzkonflikte in der Pflege: Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten“ sehr ausführlich mit dem Thema ‚Sexualität in der Pflege‘. Sie betrachtet den Aspekt der Sexualität aus Sicht der Patient\*innen und benennt, z. B. die Selbstbefriedigung als Mittel von Patient\*innen um Sexualität zu leben.<sup>75</sup> Ihr Schwerpunkt bleibt jedoch inhaltlich im Fokus ihres Buchtitels.

Sonja Kleinevers bestätigt ebenfalls in ihrem Buch „Sexualität und Pflege“ Bezüge von Sexualität in der Pflege, bezieht sich jedoch überwiegend auf Stemmer selbst und stellt „die Pflegenden im Mittelpunkt“<sup>76</sup>. Über die sexuellen Bedürfnisse der Patient\*innen geht Kleinevers nicht ein. Viel mehr verweist sie auf das verwandte Themenfeld der sexuellen Belästigung. Oft wird die Tat der Belästigung als ein Mangel an sexueller Bedürfnisbefriedigung von Patient\*innen interpretiert. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass es bei einer reinen (sexuellen) Belästigung vordergründig nicht um unerfüllte Bedürfnisbefriedigung geht, wie es oft vermutet wird, sondern um ein grenzverletzendes, inakzeptables Ausüben eines Machtverhältnisses.<sup>77</sup> Ausgenommen von der (sexuellen) Belästigung lassen sich sexuelles Verlangen aus den von Kleinevers geschilderten Erfahrungen und Folgen mit der Konfrontation sexual-konnotierten Handlungen bzw. Situationen im beruflichen Alltag erschließen. Dass eine mögliche sexuelle Bedürfnisbefriedigung, eine Relevanz für die Patient\*innen im pflegerischen Kontext hat, erwähnt Kleinevers allerdings nur geringfügig in Verbindung zu der Thematik ‚Sexualität und Behinderung‘. In diesem Zusammenhang erwähnt sie den vorteilhaften Einsatz externer Dienstleistungshilfen, der sogenannten Sexualassistenz bzw. Sexualbegleitung<sup>78</sup>. Bei diesem Service stehen die sexuellen Wünsche bzw. die Wünsche nach Körperlichkeiten von Patient\*innen im Vordergrund. In Holland sind bereits derartige Dienstleistungen in einigen Pflegeinstitutionen etabliert. Durch die Niederländerin Nina de Vries verbreitet sich auch dieses Konzept allmählich regional in Deutschland. In

---

<sup>75</sup> Vgl.: Stemmer (2001), Seite 44.

<sup>76</sup> Siehe dazu: Kleinevers (2014), Seite 50.

<sup>77</sup> Vgl.: Stemmer (2001), Seite 46.

<sup>78</sup> Vgl.: Kleinevers (2014), Seite 59.

Japan sorgt die Non-Profit-Organisation ‚*White Hands*‘ mit ihren Mitgliedern für die Integration der sexuellen Bedürfnisbefriedigung kranker Menschen in deren Alltag.

Durchaus mehr Bedeutung spricht Stefan Zettel im Allgemeinen die Wichtigkeit von Sexualität von Patient\*innen zu. Bereits im ersten, einleitenden Kapitel, stellt Zettel die Frage in den Mittelpunkt, ob die mangelnde Würdigung des Themenkomplexes ‚Sexualität im Krankenhaus‘ einem Tabu verschuldet ist. Die direkte Ausübung von Sexualität im Krankenhaus rückt bei Zettel nicht in den Vordergrund, gleichwohl er die Bedeutsamkeit einer Erkrankung auf die Sexualität mit einem Krankenhausaufenthalt kombiniert. Dabei gilt die Sexualität der Patient\*innen als Merkmal der Ganzheitlichkeit des Menschen zu betrachten. Sie erscheint besonders nach dem Krankenhausaufenthalt für die Patient\*innen relevant zu sein. Daher sollte nach Zettel Sexualität zumindest in Form eines Beratungsgesprächs, ein Bestandteil der Behandlung im Krankenhaus sein.<sup>79</sup>

Klaus-Dieter Neander dagegen beleuchtet das Thema der Geschlechtsidentität in der Pflege aus soziologischer Sicht. Mit dem Titel: „Sich als Mann oder Frau fühlen...“ verweist er direkt auf die gleichnamige ATL. Er kritisiert dabei, dass die grundlegenden Ausbildungsbücher der Pflegeberufe den Umgang subjektiv empfundener Geschlechtszugehörigkeit nicht zeitgemäß würdigen, was zu Defiziten im praktischen Pflegealltag führen kann. Neander belegt dies mit diversen Beispielen.<sup>80</sup>

Die aktuelle Literatur zeigt, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Sexualität in der Pflege‘ wichtig ist. Die Betrachtungsweise muss gleichermaßen aus Sicht der Betroffenen, der Patient\*innen, als auch aus der Sicht des professionellen Pflegepersonals erfolgen. Anders als in den vorhergenannten Werken steht in dieser Arbeit das Thema ‚Sexualität im Krankenhaus‘ aus der Perspektive von Langzeitpatienten\*innen unterschiedlicher Abteilungen im Vordergrund. Das daraus resultierende Interesse mit der Forschungshypothese und den abgeleiteten Forschungsfragen werden im folgenden Teil – dem methodischen Zugang – näher beschrieben.

---

<sup>79</sup> Vgl.: Zettel (2000), Seite 11 ff..

<sup>80</sup> Vgl.: Neander (2014).



## **TEIL IV METHODISCHER ZUGANG**

Dieser Teil der Arbeit bezieht sich auf den methodischen Zugang. Anhand einer kurzen Darstellung beschreibt der Verfasser wie das Interesse an dem Forschungsprojekt geweckt wurde. Aus dem speziell ausgesuchten Forschungsobjekt lassen sich die Arbeitshypothesen und Forschungsfragen ableiten. Das darauffolgende Forschungsdesign erläutert den Zugang der Untersuchungsmethoden. Auf einen historischen Exkurs zur Entstehung soziologischer Forschung, wurde hierbei bewusst verzichtet. Um ein präziseres Ergebnis, für diese wissenschaftliche Arbeit zu erhalten, wird auf die Untersuchung zweier Gruppen verwiesen. Jede Gruppe wird mit einem differenzierten Erhebungsinstrument analysiert. Die Vorstellung der Instrumente erfolgt separat und nacheinander mittels Stichprobe und Erläuterung der praktischen Durchführung. Abschließend erfolgt die Beschreibung des Auswertungsvorgangs, die dem Fazit der gesamten Forschungsarbeit vorausgeht.

### **1 Forschungsinteresse und Forschungshypothese**

Das Studium ‚Angewandte Sexualwissenschaft‘ an der Hochschule Merseburg vermittelt eine differenzierte Sichtweise zu dem Thema Sexualität. Medizinische, psychologische, soziale und viele weitere Aspekte lassen den Menschen in seiner Sexualität als ganzheitliches und polymorphes Wesen in Erscheinung treten. Die unterschiedlichen Arten der Ausübung von Sexualität prägen und formen die individuelle Identität mit all ihren Facetten. Hierzu gehört auch dem Nachgehen individueller Bedürfnisse im Streben nach einer ‚gesunden Entwicklung‘ von Körper, Geist und Seele. Instinkte und sozialisiertes Verhalten unterschützen den Menschen dabei, das Ziel einer zufriedenstellenden Gesundheit zu erreichen, wie es ähnlich in der Pflege ist.

Die Aufgabe der Pflege ist es die Gesundheit eines Menschen zu fördern, zu erhalten und wiederherstellen.<sup>81</sup> Inwiefern der Aspekt Sexualität in dem Bereich theoretisch mit einfließen sollte und welche Bedeutung Sexualität als (Grund-) Bedürfnis hat werden u.a. in den ATL nach Liliane Juchli beschrieben.<sup>82</sup> Ein wesentlicher Unterschied im pflegerischen Umfeld zum herkömmlichen Alltag ist, dass der Mensch

---

<sup>81</sup> Einzelheiten zu dem den Aufgaben der Pflege werden im Teil I, Kapitel 3 ausführlich erörtert.

<sup>82</sup> Verweis auf Teil II, Kapitel 2 dieser Arbeit.

aufgrund seines physischen und/oder seines psychischen Zustandes, dem Ziel (vollständige) Gesundheit zu erlangen nicht aus eigenen Kräften ohne Hilfe nachgehen kann.

Kommt es zu dem Fall, dass ein Krankenhausaufenthalt für das Gesundwerden notwendig ist, erfolgt während der Aufnahme eine Bestandsaufnahme der Einschränkungen und dem Grad der Hilfebedürftigkeit. Zum Beispiel zeigt Anlage 2 einen Pflegeaufnahmebogen aus dem Bereich der inneren Medizin, eines Krankenhauses in NRW. Dieses Patientenstammblatt zeigt eine Abfrage pflegerischer und medizinischer Informationen. Aus der Sparte Pflege finden sich einige Fragen bezüglich der ATL wieder: Mobilisation, Ernährung, Ausscheidung, etc.. Selbst die Rubrik religiöse Bedürfnisse in Form der Nachfrage eines Seelsorgers ist Bestandteil des Aufnahmeblattes. Obwohl der Bereich Sexualität überwiegend in den meisten Fachdisziplinen einen direkten bzw. indirekten Einflussfaktor für das menschliche Wohlergehen darstellt, wird dieser Bereich in der Bestandsaufnahme nicht abgedeckt. Ausnahmen finden Patient\*innen in wenigen Fachbereichen eines Krankenhauses. Das betrifft Fachabteilungen, in denen die medizinische Behandlung sexuelle Funktion unmittelbar beeinträchtigen kann oder das Ausleben der Sexualität erhebliche Auswirkungen auf den aktuellen Gesundheitszustand mit sich bringen. Allerdings erfolgt in diesen Fällen eine gesonderte Befragung von Seiten der behandelnden Ärzt\*innen. Ein Beispiel für ein derartiges Erhebungsmittel für den Bereich Sexualität ist der IIEF-5-Bogen<sup>83</sup>. Urolog\*innen oder therapeutische Fachkräfte – nicht jedoch die Pflege, verwenden diesen Fragebogen, um den Ausmaß einer erektilen Dysfunktion (ED)<sup>84</sup> beurteilen zu können.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses wird versucht, die Bedürfnisse der Patient\*innen zu ermitteln. Kliniken werben mit der Bedürfnisbefriedigung der Patient\*innen in ihren Leitbildern, als Qualitätsmerkmal, unabhängig von der Liegedauer. So heißt es, beispielsweise, in dem Leitbild der Klinikum Dortmund gGmbH: „Wir berücksichtigen Ihre Bedürfnisse, [...]“<sup>85</sup> Die Realität in den Kliniken ist anders. Sie lässt für sexuelle Bedürfnisse keinen Raum.

---

<sup>83</sup> IIEF-5 steht für: 5-item version of the International Index of Erectile Function und ist ein Erhebungsmittel bei einer erektilen Dysfunktion. Vgl. dazu: Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al.(1999).

<sup>84</sup> Medizinischer Fachbegriff, der sich mit Erektionsstörungen befasst.

<sup>85</sup> Siehe dazu: Klinikum Dortmund gGmbH: Internetdokument.

Andere pflegerische Versorgungseinrichtungen, unabhängig von der Liegedauer, betrachten den Menschen als ganzheitliches Wesen und versuchen allen Bedürfnissen gerecht zu werden, auch bzw. vor allem solche, die der sexuellen Bedürfnisbefriedigung dienen. In Hospizen werden Doppelbetten bereit gestellt, einige Seniorenheime bieten den Besuch von Sexualbegleiter\*innen oder Sexualassistent\*innen an, Einrichtungen für körperlich und geistig beeinträchtigte Menschen organisieren Ausflüge in Etablissements, in denen sich die Bewohner\*innen mittels ihres Privatvermögens sexuelle Wünsche erfüllen lassen können. Gleiches trifft außerhalb der Pflege zu, beispielsweise im Justizvollzugsbereich. Dort haben die inhaftierten Personen die Möglichkeit sexuellen Bedürfnissen nachgehen zu können.

Aktuell ist das Thema ‚Sexualität von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen‘ auch in der Politik präsent. So fordert seit Mitte Januar dieses Jahres die Grünen-Politikerin Elisabeth Scharfenberg „Sex auf Rezept“<sup>86</sup>. Damit möchte sie eine staatlich-finanzierte Unterstützung alter bzw. körperlich und geistig beeinträchtigter Menschen bewirken, sexuelle Bedürfnisse zu befriedigen.

Wenn eine Verbindung von Sexualität und Pflege besteht oder hergeleitet werden kann und in unterschiedlichen Pflegeversorgungseinrichtungen (Seniorenheime, Hospize usw.) die Möglichkeit besteht sexuelle Bedürfnisse auszuleben oder gar eine Förderung von Sexualität zu erfahren, stellt sich die Frage: Warum Sexualität nicht in einem Akutversorgungshaus, dem Krankenhaus, gelebt bzw. gefördert wird?

Aus dieser allgemeinen Fragestellung lässt sich folgende Forschungshypothese ableiten:

**Der Sexualität bzw. der sexuellen Selbstbestimmung wird im Pflegealltag, bezogen auf hilfe- und pflegebedürftigen Personen in somatischen, medizinischen-pflegerisch Akutversorgungseinrichtungen, zu wenig bzw. gar keine Bedeutung geschenkt.**

Um die Hypothese testen zu können, werden Gründe für den geringen Stellenwert der Sexualität in der Krankenhauspflege erörtert. Dies geschieht im Rahmen folgender Forschungsfragen:

---

<sup>86</sup> Zitiert aus: Spiegel Online GmbH (2017), *hei/dpa/AFP*: Internetdokument; Zeit Online GmbH (2017), *KNA, mfh*: Internetdokument.

**Handelt es sich bei der Ausübung von Sexualität bzw. sexuell selbstbestimmten Handlungen um ein Grundbedürfnis?**

**Besteht der Bedarf, Freiräume für Privatsphäre zu schaffen, um hilfe- und pflegebedürftigen Personen (Patient\*innen), Sexualität ausleben zu lassen bzw. ihrer sexueller Selbstbestimmung im Pflegealltag in somatisch, pflegerisch-medizinischen Einrichtungen frei nachgehen zu können?**

**Sind die gegebenen Strukturen das maßgebliche Problem, dass der Sexualität wenig bis kaum Raum gegeben werden können oder handelt es sich bei der Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘ um ein gesellschaftlich verankertes Problem - einem Tabu?**

Das Ergebnis dieser Arbeit kann Einfluss auf eine mögliche Veränderung im Pflegeprozess nehmen. Sexualität könnte als Teil des Menschen gesehen und möglicher Weise sogar in die Pflege als gesundheitsfördernde Maßnahme akzeptiert und integriert werden. Zumindest könnten die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, fehlende Strukturen in der Krankenhauspflege zu erkennen und ggf. geschaffen werden, so dass die Sexualität der Patient\*innen ungestört und selbstbestimmt gelebt werden kann.

Die Herangehensweise zur Untersuchung der Forschungshypothesen und Forschungsfragen werden im folgenden Kapitel erklärt.

## **2 Untersuchungsdesign**

Als Untersuchungsmethoden in der Wissenschaft stehen sich zwei klassischen Herangehensweisen gegenüber: Die qualitativen und quantitativen Forschung. Die Auswahl der einen Methodik schließt gleichwohl die andere, im Denkprozess, nicht aus.<sup>87</sup> Die Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘ scheint ein noch sehr unangetastetes Gebiet zu sein, so dass die qualitative Forschungsmethode ein guter Beginn ist, die ersten Informationen zu erheben und weitere Anregungen für konsekutive Studien zu finden. Hilfreich können hier die Ergebnisse der Überprüfung kleinerer

---

<sup>87</sup> Vgl.: Mayring (2002), Seite 19

Stichproben sein, die andere Aspekte aufdecken, die einen weiteren Anlass geben sich wissenschaftlich, umfangreicher mit der Thematik zu beschäftigen.

Die Untersuchungshypothese, die dazugehörigen Arbeitsfragen und das mögliche Ziel eignen sich gut, um eine Handlungsforschung durchzuführen. Es setzt an einem konkreten, sozialen Problem an. Als Pflegekraft eines kommunalen Krankenhauses in NRW, hat sich eine Feldforschung angeboten. Eine Beobachtung alltäglicher Situationen in der natürlichen Umgebung des Untersuchungsobjektes wäre hier gut gewährleistet, ohne direkt als Forscher auftreten zu müssen. Mögliche Verzerrungen könnten in Folge dessen möglichst gering gehalten werden.<sup>88</sup>

Letztlich erfolgt die praktische Hypothesenüberprüfung anhand einer quantitativen Befragung, mittels eines leitfadengestützten Interviews zweier Gruppen, die im Folgenden näher beschrieben wird.

## **2.1 Qualitativen Befragung – Das leitfadengestützte Interview**

Das leitfadengestützte Interview ist eine beliebte und gängige Methode in der qualitativen Forschung. Die Theorie des Forschungsanliegens, die sich oft auf eine Beobachtung aus der Praxis stützt, wird im Vorfeld kategorisch aufgearbeitet. Die darauf aufbauende Hypothese kann mittels qualitativer Methode in einer Stichprobe narrativ rekonstruiert werden. Das wesentliche Kennzeichen eines leitfadengestützten Interviews schließt u. a. das Eruiere des erlebten Wissenstandes des zu Befragten in Kategorien mit ein.<sup>89</sup> Die Einhaltung der Reihenfolge ist hierbei nicht ausschlaggebend. Eine standardisierter Fragestils, soll eine flexible und freie Gestaltung der Antwortgabe ermöglichen, so dass unerwartete Themeneröffnungen Raum erhalten. Zielstrebend der qualitativen Methode ist es, einen Vergleich des gesammelten Interviewmaterials durch eine standardisierte Vorgehensweise zu erhalten.<sup>90</sup> In der qualitativen Befragung lassen sich leitfadengestützte Interviews in unterschiedlichen Methoden verwenden. Für diese Forschungsarbeit sind die Erhebungsmethoden in Form eines *problemzentrierten Interviews* und eines

---

<sup>88</sup> Vgl.: Friebertshäuser et al. (2010), Seite 439.

<sup>89</sup> Vgl.: Nohl (2009), Seite 19.

<sup>90</sup> Vgl.: Mayring (2002), Seite 66.

*Experteninterviews* vorgesehen. Im kommenden Verlauf werden die beiden genannten Methodenbeispiele mit der dazugehörigen Stichprobe näher erläutert.

### 2.1.1 *Das problemzentrierte Interview*

Das problemzentrierte Interview ist eine qualitative Methode. In der Literatur wird auf Witzel verwiesen<sup>91</sup>, der das problemzentrierte Interview als geeignete Methode präsentiert und geprägt hat. Im Fokus steht bei Witzel ein gesellschaftliches Problem, das aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet bzw. sich damit auseinander-gesetzt wird – die von ihm genannte „*Problemzentrierung*“<sup>92</sup>. Methodisch kann das problemzentrierte Interview eine Kombination aus einem selbst erarbeiteten (teil-) standardisierten leitfadengestützten Fragenkatalog bestehen aber auch eine offene Befragung beinhalten. So kann der Schwerpunkt der Befragung die gewünschte Thematik umfassen, der „*Gegenstandsorientierung*“<sup>93</sup>. Zwecks der vergleichbaren Auswertung werden die Interviews mit einem Aufnahmegerät dokumentiert, im Anschluss verschriftlicht und vergleichend analysiert. Die erhobenen Daten werden einer ständigen Überprüfung unterzogen. Witzel spricht hierbei von der *Prozessorientierung*.<sup>94</sup> Nonverbale Auffälligkeiten sind ebenso für die abschließende Analyse von Bedeutung, wie der gesprochene Inhalt. Zwischenzeitlich können sich auch ‚ad hoc-Fragen‘ ergeben. Es ist wichtig ‚ad-hoc-Fragen‘ Raum zu geben, da ihre Beantwortung neue Kategorien offen legen können, die im Vorfeld nicht mitbedacht wurden.<sup>95</sup> Ein zusätzliches Merkmal dieser qualitativen Anwendung ist es, gelegentlich einen Themenblock immanent zu vertiefen. Wird zum Beispiel die Fragestellung ein wenig verändert, so wird das gleiche Problem weiterhin betrachtet, es kann allerdings weitere Aspekte hervorbringen. Witzel spricht auch hier von sogenannten „spezifischen Sondierungen“<sup>96</sup> und wird von Nohl wortgleich zitiert.

---

<sup>91</sup> Bei den Verweisen handelt es sich um die von Andreas Witzel veröffentlichte Schriftstücke: „Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen“ (1982) und „Das problemzentrierte Interview“ (1985), in: Jüttemann, G.: „Qualitative Forschung in der Psychologie“.

<sup>92</sup> Zitiert aus: Friebertshäuser, et al. (2010), Seite 442.

<sup>93</sup> Ebda..

<sup>94</sup> Vgl.: Witzel (1982), Seite 67 ff..

<sup>95</sup> Vgl.: Flick (2014), Seite 211.

<sup>96</sup> Siehe dazu: Nohl (2009), Seite 22, zitiert aus Witzel (1982), Seite 100.

### 2.1.1.1 Vorstellung des Fragebogen – Gruppe I: Langezeitpatient\*innen

Anlage 3 zeigt den entwickelten Fragebogen für die Langzeitpatient\*innen (Forschungsgruppe I). Nach einer kurzen Einleitung, die auf die wichtigsten Formalitäten verweist, beginnt die Befragung. Der Fragebogen umfasst 19 Fragen. Der Einstieg (Frage 1-4) prüft, ob sich die zur Verfügung gestellten Personen die Forschungskriterien erfüllen. Frage fünf leitet den Hauptteil des Forschungsprojekts ein, das Themenfeld der Sexualität. Die Fragen sind konsekutiv ausgelegt, um zum Schluss die Überprüfung der Forschungshypothese zu garantieren, als auch die Forschungsfragen mit auswerten zu können. Die Frage sieben soll dabei als Verbindungsstütze zwischen der Hauptkategorie und dem Forschungsgegenstand dienen. Die Bedürfnisse in Bezug auf die Sexualität der Befragten werden in Fragen sieben bis neun ermittelt. Die Auswertung dieser Fragen kann die theoretisch erarbeiteten Aspekte zu den Bedürfnissen bekräftigen oder abschwächen bzw. widerlegen. Eine Beantwortung der Fragen zehn und elf gibt eine subjektive Auffassung aus der Rubrik Pflege und pflegerische Aufgaben wieder. Ein Vergleich zum selbigen theoretischen Teil soll einen Unterschied zwischen der Theorie und Praxis wiedergeben. Die Befragung der Position 12 und 13 konfrontieren die Interviewpartner\*innen mit der forschungsinteressierten Handlung, der Auslebung von Sexualität und dem Forschungsobjekt, in diesem Fall eine somatische Versorgungseinrichtung. Die Fragen 14 bis 16 beziehen sich auf die Ermittlung des Bereichs der Strukturen. Durch kleinere Veränderung der Fragestellungen, kann die interviewte Person eine andere Sichtweise zur selbigen Kategorie einnehmen und kann dem Interviewer tiefere Einblicke in die Problematik gewähren. Hier zeigt sich das immanente Nachfragen, wie Nohl es beschrieben hatte.<sup>97</sup> Aus Frage 17 lassen sich subjektiv die Folgen der der Nicht-Auslebung von Sexualität erfragen. Je nach Ausfall der Analyse können wichtige Erkenntnisse hervorgebracht werden, die für die Zielsetzung einer möglichen Handlungsempfehlung zu entwerfen, entscheidend sein können.

Mit dem letzten Themenblock soll repräsentativ dargestellt werden, wie es um die zu ermittelnden Hauptproblematik dieser Forschungsarbeit steht. Die Beantwortung dieser Fragen ist ausschlaggebend für die Überprüfung der aufgestellten Hypothese. Die abschließende Frage dient dazu, den Interview\*innen die Möglichkeit zu geben,

---

<sup>97</sup> Vgl.: Nohl (2009), Seite 22.

sofern gewünscht, sonstige Anmerkungen zu der Gesamthematik zu äußern. Allgemein betrachtet dient der Fragebogen dazu später die zu erforschenden Kategorien aus Sicht der Betroffenen zu analysieren.

#### 2.1.1.2 Stichprobe Gruppe I: Langzeitpatient\*innen

Die Stichprobe erläutert die Umstände um die zu untersuchenden Personen – welche Kriterien ausschlaggebend für die Auswahl dieser sind und wie diese rekrutiert wurden. Die Durchführung der Stichprobe wird gesondert in einem eigenen Kapitel geschildert.

##### 2.1.1.2.1 Auswahlkriterien der Zielgruppe I

Langzeitpatient\*innen stellen die erste Zielgruppe der Untersuchung dar. Der Grund, weshalb sich die Untersuchung auf Langzeitpatient\*innen bezieht, liegt in der Bedürfnisübertragung. Liegt ein Bedürfnis bei Langzeitpatient\*innen vor, so kann davon ausgegangen werden, dass die selbigen Bedürfnisse auf Patient\*innen kürzerer Liegedauer übertragen werden können. Um ein relativ repräsentatives Ergebnis zu erzielen soll die Anzahl der befragten Personen mindestens acht sein. Jedoch 15 Personen nicht überschreiten. Das wesentliche Merkmal ist die Verweildauer von mindestens sieben Tagen in einem Krankenhaus, da die Studie auf die Erforschung der sexuellen Bedürfnisse von Langzeitpatient\*innen<sup>98</sup> hinzielt. Alle zur Verfügung stehenden Personen müssen das 18. Lebensjahr vollendet haben, so dass die Zustimmung der Sorgeberechtigten nicht einzuholen ist. Weiter können die Befragten ihre Bedürfnisse klar benennen. Der Aufenthalt bzw. die Therapie sollte möglichst, aus pietätischen Gründen, fernab in einem Zusammenhang stehen, die Funktion der Geschlechtsorgane bzw. Geschlechtsmerkmale der Patient\*innen zu betreffen, um den psychischen Zustand der Patient\*innen nicht unnötig zu belasten. Letztlich sollen die potentiellen Befragten die zu beantwortenden Fragen nicht kennen, damit eine spontane, authentische Reaktion erfolgen kann.

---

<sup>98</sup> Verweis auf die Definition ‚Langzeitpatient\*in‘ im Teil I, Kapitel 2.



### 2.1.1.2.2 Rekrutierung der Langzeitpatient\*innen

Mit einer nach außen getragenen sexualfreundlichen Führungs- und Umgangspolitik eignete sich die Klinikum Dortmund gGmbH als guter Ansprechpartner für eine Feldforschung bzw. qualitativen Befragung. In einem Zeitungsartikel der lokalen Zeitung heißt es laut der Presseabteilung des Klinikums:

„Wir können als Klinikum dem Patienten das Sexualbedürfnis nicht absprechen.“<sup>99</sup>

Gleichermaßen wird das Personal über die (sexuellen) Bedürfnisse der Patient\*innen geschult und aufgeklärt.<sup>100</sup> Trotz alledem erwies sich die Rekrutierung der Patient\*innen als sehr schwierig. Eine Anfrage über die Durchführung des Forschungsprojekts in dem genannten Haus wurde abgelehnt. Die zuständige Pflegedirektion begründete diese Entscheidung wie folgt:

„Der Bezug Ihrer Arbeit zu unseren Patienten, im Kontext der extrem kurzen Liegezeit, konnte jedoch von keinem der GFK-Teilnehmer nachvollzogen werden.“<sup>101</sup>

Zwei weitere regionale Krankenhäuser, ein privat-kirchliches und ein öffentliches Krankenhaus, als auch die Universitätskliniken in Münster, Bochum und Essen wurden angefragt. Das Universitätsklinikum in Essen antwortete und verwies auf die urologische Abteilung. Mit einem gültigen Ethikvotum wäre es möglich an die Patient\*innen der entsprechenden Fachrichtung heranzutreten. Ein entsprechender Antrag wurde postalisch an die Ethikkommission eingereicht. Eineinhalb Wochen später wurde der Antrag wieder zurückgesandt, mit der Bitte um Online-Einreichung. Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit und der möglichen Kosten der Antragsprüfung zur Bewilligung der Studie von bis zu 2.500 €, wurde schließlich dieser Versuch aufgegeben. Letztlich wurde ein großes soziales Netzwerk genutzt, um auf die Arbeit und die Suche nach Freiwilligen für dieses Projekt aufmerksam zu machen. Leider wurde der Aufruf binnen einer Stunde unkommentiert und ohne Vorwahrung gelöscht. Dennoch reichte die Zeit aus, dass acht Personen dem Aufruf folgten. Fünf dieser Personen erklärten sich bereit an der Forschung mitzuwirken. Drei weitere Freiwillige wurden über bekannte Dritte vermittelt. Zu erwähnen ist, dass es sich bei allen gemeldeten Freiwilligen Personen weiblichen Geschlechts handeln.

---

<sup>99</sup> Siehe dazu: Hilgefert (2017). Zitat des Pressesprechers des Klinikums.

<sup>100</sup> Vgl.: ebda..

<sup>101</sup> Persönliche Email vom 09. Februar 2017 an den Verfasser.

### 2.1.1.2.3 Durchführung Gruppe I: Langzeitpatient\*innen

Die acht Interviews wurden im Zeitraum vom 14. Februar bis zum 27. März 2017 geführt. Die Interviewdauer betrug zwischen 06:10 min. und 15:44 min.. Aufgrund der Rekrutierungsschwierigkeiten von Freiwilligen, blieb die Anzahl nur bei der Mindestanforderung von acht Teilnehmer\*innen<sup>102</sup>. Auch musste von der Prämisse Abstand genommen werden, Patient\*innen von der Studie auszuschließen, deren Therapie bzw. Krankenhausaufenthalt etwas mit den Geschlechtsorganen bzw. in Verbindung mit den Geschlechtsmerkmalen stehen, da sonst der Mindestanspruch nicht erreicht wäre. So lagen zwei Teilnehmerinnen auf einer gynäkologischen Station. Die anderen Personen deckten den Bereich der internistischen, (gefäß-)chirurgischen, onkologischen, und den Fachbereich der HNO ab. Weil eine direkte Befragung im Krankenhaus selbst nicht stattgefunden hatte, musste auch entsprechend der im originalen Entwicklungszustand hinterlegte Interviewfragebogen (Anlage 3) bei der praktischen Umsetzung umgewandelt werden: die formulierte Gegenwart wurde in der Vergangenheitsform ausgesprochen; die vierte Frage komplett gestrichen.

Alle Beteiligten wurden nach der ersten Kontaktaufnahme telefonisch kurz über die Thematik der Forschungsarbeit informiert. Sie konnten selbst den Ort bestimmen, an dem sie interviewt werden wollten, damit sie sich auch während des Interviews wohlfühlten. Die Befragungen wurden daher sowohl in der Wohnung des Interviewers, als auch in den Wohnungen der Interviewten und umliegenden Cafés geführt.

Alle Probandinnen haben bei dem Treffen ein Informationsblatt (Anlage 4<sup>103</sup>) mit allen wichtigen Daten erhalten, die auch mündlich noch mal vorgetragen wurden (Datenschutzrichtlinien, Freiwilligkeit etc.). Bevor das Interview geführt wurde, haben die zu interviewten Personen ebenfalls die Einwilligungserklärung, die mit einem Code versehen wurde, erhalten und unterschrieben (Anlage 5<sup>104</sup>).

---

<sup>102</sup> Die Patient\*innen waren alle biologisch und sozial weiblich. Daher wird im Falle dieser Patient\*innen künftig auf eine Genderschreibweise verzichtet.

<sup>103</sup> Anlage 4 ist eine, auf das diesige Projekt angepasste, Kopie. Das Original stammte aus dem Forschungsprojekt: „Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Traumatisierung“ der Hochschule Merseburg und wurde von dem Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur zur Verfügung gestellt.

<sup>104</sup> Anlage 5: es gilt der selbige Hinweis, wie für Anlage 4.

Das Interview wurde, mittels eines von der Hochschule Merseburg ausgeliehenes Aufnahmegerätes<sup>105</sup>, festgehalten. Der Interviewer garantierte eine Transkription des Interviews und Löschung der Tonaufnahme binnen 24 Stunden, was auch umgesetzt wurde. Die in der Erinnerung gebliebene nonverbale Kommunikation konnte in die Verschriftlichung mitaufgenommen werden. Witzel verweist besonders auf die Wichtigkeit nonverbaler Kommunikation, in Hinblick auf die Interpretation und Analyse der gesammelten Daten.<sup>106</sup> Auf Wunsch konnte jede Teilnehmerin eine Kopie des Postskripts erhalten, wenige nahmen das Angebot in an.

### **2.1.2 Das Expert\*inneninterview**

Das Expert\*inneninterview unterscheidet sich insofern von anderen Befragungsmethoden, als dass die ausgesuchten Proband\*innen stellvertretend für eine spezifische Fachgruppe stehen oder Teil einer Expert\*innengruppe sind, die sich durch eine besondere Kompetenz oder einem „Wissensvorsprung“, im Vergleich zu Außenstehenden, auszeichnen.<sup>107</sup> Auf die qualitative Befragung bezogen, beschreiben Borgner und Menz Expert\*innen folgendermaßen:

*„Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- und Handlungswissen auf[...]“*

Sie können dadurch hegemonial auftreten und u. U. die Praxis, nach ihrer Orientierung nach, mitbestimmend verändern.<sup>108</sup> Aufgrund der beschriebenen Tatsache eignen sich Expert\*inneninterviews gut zur Erforschung und Exploration gesellschaftskritischer Themen, wo der Zugang zum Forschungsfeld sich als problematisch erweist.<sup>109</sup> Die notwendigen Strukturen für die Umsetzung dieser Methode gleichen denjenigen, der problemzentrierten Interviewführung. Hierzu werden ein leitfaden-gestützter Fragebogen, eine Tonaufnahme des Interviews und ein Postskript des Interviews benötigt.

---

<sup>105</sup> Bei dem Aufnahmegerät handelt es sich das Modell: DR-40 LINEAR PCM RECORDER der Firma TASCAM.

<sup>106</sup> Vgl.: Witzel (1982), Seite 92 ff..

<sup>107</sup> Vgl. und zitiert aus: Meuser und Nagel in Friebertshäuser, et al. (2010), Seite 461.

<sup>108</sup> Vgl. und siehe dazu: Bogner, Menz, et al. (2005), Seite 46.

<sup>109</sup> Vgl.: ebd., Seite 7.

Gleichwohl das Expert\*inneninterview sich bei der Erforschung gesellschaftskritischer Aspekte bewährt, zeigt diese Methode auch einige Schwachpunkte. Trotz subjektiver Empfindung eines ‚Expert\*innenstatus‘ kann sich im Verlauf einer Befragung herausstellen, dass es sich bei dem Interviewten doch nicht um eine Fachperson auf dem zu erforschenden Gebiet handelt. Ebenfalls kann es passieren, dass aus dem Expert\*inneninterview ein rhetorisches Interview wird, indem die interviewte Person inhaltlich ausschweift und sich von dem eigentlichen Interviewthema entfernt.<sup>110</sup> Beispiele hierfür werden kurz in der Durchführung, im Kapitel der Auswertung (Kapitel 3.3.4) beschrieben.

#### 2.1.2.1 Vorstellung Fragebogen – Gruppe II: Expert\*innen

Den Fragenkatalog in der Anlage 6 zeigt den Fragebogen für die Expert\*innen. Die einleitenden Fragen eins bis sechs sollen einen Einblick gewähren, inwiefern die Expert\*innen über die Bedürfnisse ihrer Klient\*innen in ihrem Fachgebiet Bescheid wissen. Diese Antworten der Expert\*innen werden später genutzt, um einen Abgleich zwischen Theorie und Praxis dazulegen. Ab Frage Nummer sieben beziehen sich die Fragen zu dem Hauptthema ‚Sexualität‘. Der Aufbau ist dabei ähnlich, wie der, des leitfadengestützten Interviews der Gruppe I (Anlage 3) und wird aufgrund dessen nicht weiter erörtert.<sup>111</sup>

#### 2.1.2.2 Stichprobe Gruppe II: Expert\*innen

Die Stichprobe umfasst die Vorgehensweise, wie sie im Abschnitt 2.1.1.2 beschrieben wurde. Sie muss nur auf die Expert\*innen bezogen werden.

##### 2.1.2.2.1 *Auswahlkriterien der Zielgruppe II*

Wie für die Gruppe I, gilt hier das Auswahlkriterium der Volljährigkeit. Zudem mussten alle als Expert\*innen befragte Interviewpartner\*innen mindestens einen staatlich anerkannten Abschluss aus der Krankenpflege bzw. dem Gesundheitswesen

---

<sup>110</sup> Vgl.: Flick (2014), Seite 317.

<sup>111</sup> Verweis auf Kapitel 2.1.1.1: Vorstellung Fragebogen – Gruppe I: Patient\*innen.

vorweisen können, wie auch eine gewisse berufliche Erfahrung. Eine kurze Zusammenfassung welche Kriterien Expert\*innen weiter ausmachen, wurde bereits im Kapitel 2.1.2 erläutert.

#### 2.1.2.2.2 *Rekrutierung der Expert\*innen*

Die Rekrutierung der Expert\*innen war im Vergleich zu der der Patientinnen leichter. Aufgrund der eigenen Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger war der Zugang zu den Expert\*innen gut gegeben. Freunde und Bekannte, die im selbigen Berufsstand oder im medizinischen Bereich, unterschiedlicher Institutionen, tätig waren, wurden kontaktiert. Sie wurden entweder direkt angesprochen oder im Vorfeld per Email über das Vorhaben informiert und gefragt, ob Interesse besteht, an dem Projekt teilzunehmen. Insgesamt haben sich 15 Personen aus dem Bereich Krankenpflege und ärztlichen Dienst der Befragung unterzogen.

#### 2.1.2.2.3 *Durchführung Gruppe II: Expert\*innen*

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 08. Februar bis zum 21. März 2017 durchgeführt. Die Dauer der Interviews beträgt zwischen 07:30 min. und 25:06 min.. Elf examinierte Fachpflegekräften, vornehmlich aus dem Bereich der Inneren Medizin aber auch aus der Dermatologie, Chirurgie, Neurologie und Orthopädie stellten sich den Fragen. Weitere vier Interviews wurden von Expert\*innen, die im gehoberen ärztlichen Dienst<sup>112</sup> tätig sind, dokumentiert. Die Durchführung der Interviews mit den 11 Pflegefachkräften erfolgte im privaten Rahmen und wurde entweder im Pausenraum, in der Pausenzeit der Kolleg\*innen, im Wohnzimmer des Interviewers, oder auch im Wohnzimmer einer interviewten Person. Mit einer Ausnahme wurden alle Interviews von ärztlicher Seite in deren Büros gehalten. Die angesprochene Ausnahmebefragung erfolgte auf einer Tagung in Heidelberg. Die restlichen Erhebungen erfolgten im Ruhrgebiet zwischen den Städten Dortmund und Essen. Das Besondere bei der Erfassung ist, dass eine Person in der Schweiz tätig ist. Zwar stellt diese Person keine Repräsentativität für den Untersuchungsraum Ruhrgebiet dar, bietet

---

<sup>112</sup> Gemeint ist: von der oberärztlichen Funktion bis hin zu Klinikdirektor\*innen einer bestimmten Fachrichtung.

jedoch einen kleinen Einblick in die Situation in einem anderen Land. Somit ermöglicht sie in einem begrenzten Rahmen einen internationalen Vergleich der Studienergebnisse.

Wie bei der Befragung der Patient\*innen erhielten alle das Informationsblatt (Anlage 4) und unterzeichneten die freiwillige Teilnahmebescheinigung (Anlage 5). Die Dokumentation erfolgte ebenfalls über das Tonaufnahmegerät der Fachhochschule Merseburg.

## **2.2 Quantitative Befragung**

Da der Schwerpunkt dieser Studie auf eine qualitative Forschung liegt, wird hier nicht näher auf die Methode der quantitativen Befragung eingegangen.

## **3 Datenauswertung**

Dieses Kapitel beschreibt den Vorgang der Datenauswertung. In einem kurzen Unterpunkt werden die wichtigsten Informationen zur Erstellung des Postskripts wiedergegeben, worauf die inhaltliche Analyse der gesammelten Dokumente folgt.

### **3.1 Transkription**

Das Wort ‚Transkription‘ hat seinen Ursprung aus dem lateinischen Sprachgebrauch (lat.: *tran-scribere*) und bedeutet ‚überschreiben‘, ‚umschrieben‘.<sup>113</sup> Im deutschen Sprachgebrauch ist damit die schriftliche Wiedergabe etwas Gesprochenem in einem bestimmten Kontext gemeint. Kulturell betrachtet, kann sie als ein Element dauerhafte Speicherung für die Nachwelt betrachtet werden. In der heutigen Zeit dient eine Transkription überwiegend inhaltlich-analytischer Zwecke und soll daher *relativ* reale Kommunikationssituationen möglichst genau wiedergeben.<sup>114</sup> Sie ist „Voraussetzung wissenschaftlicher Untersuchung mündlicher Kommunikationsprozesse.“<sup>115</sup>

---

<sup>113</sup> Vgl.: Langenscheidt (2002), Seite 1248.

<sup>114</sup> Vgl.: Dittmar (2009), Seite 51 ff..

<sup>115</sup> Siehe dazu: ebd., Seite 31.

Die Tonaufnahme der Interviews erfolgte durch das ausgeliehene Aufnahmegerät der Hochschule Merseburg.<sup>116</sup> Die Tonaufnahme wurde im MPEG1-Audio Layer 3 - Format (kurz: mp3) gespeichert. Für diese Arbeit wurde das Audiotranskriptionsprogramm *f4 – Version 4.2* © 2004-2010 von der Firma Dr. Dresingpehl 2010 GmbH verwendet. Auditiv wurden die Interviews mit dem Programm wiedergegeben und parallel laufend verschriftlicht. Nach Beendigung eines Postskriptes wurde der Text in das Schreibprogramm *Word* von Microsoft Office 2010 kopiert und mit einzelnen Funktionen nachgebessert. Das Endprodukt wurde dann in einer docx-Datei bzw. pdf-Datei gespeichert und dieser Arbeit hinzugefügt. Das vollständige Transkript ist mit einem Deckblatt (Anlage 7), einem Gesprächsinventar (Anlage 8) und dem transkribierten Text hinterlegt.

Als Grundlage der Transkription, für dieses Projekt, dient die von 1997 entwickelte Vereinheitlichung: *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem* (kurz: GAT). Mittels GAT sollen unkompliziert einfache interaktive Konversationsformen der pragmatischen Gesprächsforschung untersucht werden. Dabei gibt es zwei unterschiedliche Transkriptionsmöglichkeiten: die Basis- und Feintranskription. Wobei die vereinfachte Verschriftlichung folgenden Anspruch an Mindestkriterien aufweisen sollte: (1) sequentielle Verlaufsstrukturen; (2) Pausenauflistungen; (3) spezifische segmentale Konventionen; (4) Strukturen des Lachens; (5) Rezeptionssignale; (6) Akzentuierungen und (7) Tonhöhenbewegungen.<sup>117</sup>

Bei der, in dieser Arbeit, verwandten GAT-Technik wurde die Basistranskription verwendet, mit Ausnahme der Tonhöhenbewegung. Eine Legende zur Deutung der Transkriptionssymboliken ist in der Anlage 9 nachlesbar.

Alle, von der Probandengruppe I und II dokumentierten Materialien sind mit der Codierung, der Zeitdauer und Verweisort in der Arbeit, in einer Übersicht in Anlage 10 aufgelistet. Die Anlage 10 beinhaltet weiter in Unterpunkten die dazu gehörigen Deckblätter und Gesprächsinventaren.

---

<sup>116</sup> Modellbezeichnung: Verweis auf Fußnote 104.

<sup>117</sup> Vgl.: Dittmar (2009), Seite 130 ff..

### **3.2 Auswertung in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring stellt nicht nur eine bewerte Methode dar, um schriftliche Dokumente kategorisch zu deskribieren, zu analysieren und standardisiert zu vergleichen, sondern auch aufgrund der analytischen Schlussfolgerungen bezogen auf eine Thematik bzw. einer zu untersuchende Problematik ein Fazit zu formulieren. Voraussetzend ist hierbei die Darbietung der Interpretationsbasis, in Form von explizit theoretisch hinterfragten bzw. belegten Vorverständnisses der zu untersuchenden Bereiche.<sup>118</sup> Insbesondere für diese Arbeit heißt es im Einzelnen: Die Forschungshypothese bestehend aus einzelnen, vorgegeben Bestandteilen (deduktive Kategorien), die es anhand einer literarischen Überprüfung zu benennen, zu belegen und zu festigen gilt.<sup>119</sup>

Für die Umsetzung der Analyse beschreibt Mayring drei Methoden, die für die Untersuchung von großen Textmengen sinnvoll sind: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Die Reihenfolge der genannten Techniken ist für die Umsetzung unerheblich. Viel mehr ist die Anwendung von dem Material und den Forschungsfragen abhängig. Bei der Zusammenfassung ist das wesentliche Element den Inhalt des Textes auf eine minimale Form zu reduzieren, dass jedoch der Kern der Aussage noch zu erkennen ist. Dagegen bedient sich die Explikation zum besseren Verständnis zusätzlichen Materialien, um das maximale Interpretationsvermögen zu gewähren. Die Strukturierung ist das führende Element der folgenden Auswertung:

„Das Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszuziehen, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material auf Grund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“<sup>120</sup>

### **3.3 Auswertung der Kategorienbildung**

Die Auswertung der Kategorien erfolgt in drei Teilabschnitte: zwei separate Auswertungen seitens der Expert\*innen und eine aus Sicht der befragten der Gruppe II. Im Anschluss folgt eine Analyse nach Schnittmengen der jeweiligen Gruppen. Das Kapitel endet mit einer kritischen Anmerkung zum Forschungsverfahren und der Auswertung.

---

<sup>118</sup> Vgl.: Mayring (2010), Seite 32.

<sup>119</sup> Vgl.: Mayring und Brunner in Friebertshäuser et al. (2010), Seite 325.

<sup>120</sup> Vgl. und siehe dazu: Mayring (2002), Seite 115 ff., (ebd.)(2010), Seite 65 ff..



### 3.3.1 *Kategorienbildung der Experteninterviews der Ärzt\*innen*

Die Ergebnisse der Auswertung erfolgt in den jeweiligen Kategorien (kurz: K). Die Auswertung fasst die Ankerbeispiele, ohne explizit gekennzeichnete Vergleiche, aus der Analyse zusammen. Besonderheiten werden mit Zitaten belegt. Die gesamten Analyseergebnisse, in denen auch die Vergleiche mit den entsprechenden Verweisen nachzuvollziehen sind, liegen dieser Arbeit in Tabellenform in Anlage 11 bei.

#### **K1: Medizinische Fachabteilung**

Die befragten Expert\*innen geben an, in den medizinischen Fachbereich der *Strahlen- bzw. Palliativmedizin, Kardiologie, Chirurgie* und *Urologie* tätig zu sein.

#### **K2: Wissen über die Bedürfnisse von Patienten**

Die Ärzt\*innen geben an, dass sie im unterschiedlichen Maße über die Bedürfnisse ihrer Patient\*innen Bescheid wissen. Das Wissen um die Bedürfnisse geht aus den Gesprächen und mit gezielten Nachfragen hervor. Vordergründig stehen krankheits-spezifische Belange als private Bedarfsinformationen. Es lassen sich aus den Beobachtungen während des Aufenthaltes festhalten, dass Patient\*innen Bedürfnisse nach sozialen Kontakten, Gesprächen, und auch nach Körperkontakt haben: „[...]“, man sieht, dass die Körperkontakt, ähm, suchen.“<sup>121</sup> und „[...] auch nach KÖRPERKONTAKT LÄCHZEND(!)“<sup>122</sup>. Besonders bei den Visiten ist es zu beobachten, dass die Patient\*innen das Fachpersonal bei der Visite anfassen. Einige Patient\*innen sind beim Kuscheln mit Angehörigen oder der Partner\*in aufzufinden.

#### **K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus:**

Auf einer kardiologischen Station kann der Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn Komplikationen auftreten, zwei bis drei Wochen betragen. Dagegen der Aufenthalt in einer palliativen Abteilung „im Schnitt vier Wochen“<sup>123</sup> dauern kann.

#### **K4: Bezeichnung ‚Langzeitpatient‘**

Bei der Angabe der Bezeichnung zur Langzeitpatient\*in beziehen sich die Fachkräfte auf ihre jeweilige Fachabteilung. In der Kardiologie, z. B. ist die Patient\*in bereits

---

<sup>121</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 27.

<sup>122</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 24.

<sup>123</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 20.

eine Langzeitpatient\*in, wenn dieser länger als fünf Tage auf der Station verweilen muss; in den anderen Abteilungen erst ab drei bis vier Wochen.

### **K5: Prävalenz**

Die Prävalenz ist in einem unterschiedlichen Maßstab angegeben worden. Eine vergleichende Betrachtungsweise erweist sich als schwierig und muss passend mit der dazugehörigen Fachabteilung im Verhältnis gesetzt werden. Zudem handelt es sich bei den Angaben stets um geschätzte Werte. So beträgt die Prävalenz in der Chirurgie, geschätzt, zwei Patient\*innen im Monat, was allerdings allgemein betrachtet „definitiv eher Ausnahme, als die Regel“<sup>124</sup> ist. In der Palliativmedizin und in der Kardiologie sind dagegen mindestens 15 % bis hin zu 40 % der dort liegenden Patient\*innen, Langzeitpatient\*innen.

### **K6: Pflegezustand:**

Der Pflegezustand der Patient\*innen ist „ganz unterschiedlich“<sup>125</sup> zu beschreiben. Dieser reicht von „schlecht“<sup>126</sup> bis hin zu einer „reduzierten Selbständigkeit“<sup>127</sup>. Je nach Station trifft es auf den größten Teil zu. Überwiegend davon betroffen sind die Langzeitpatient\*innen. Sie sind nicht mobil, kommen nicht aus dem Bett heraus und brauchen „von der körperlichen Grundpflege bis hin zu seelsorgerischen Pflege“<sup>128</sup> Unterstützung. Wenn der Zustand noch keine Entlassung zulässt, wird bei älteren Patient\*innen zur weiteren Behandlung eine Verlegung die Geriatrie angestrebt.

### **K7: Sexualitätsverständnis:**

Wie im Teil II schon vermerkt, erweist sich das Formulieren eines Sexualverständnisses als ein nicht einfaches Unterfangen. Die Expert\*innen geben unterschiedliche Assoziationen wieder. Beginnend mit der Geschlechtsidentität als Teil der Sexualität, den Geschlechtsorganen an sich, über die Nennung der Selbstbefriedigung. Auch wird die „Kommunikation“<sup>129</sup> partizipiert. Allerdings wird ebenfalls darauf verwiesen, dass Sexualität „nicht ZWINGEND Körperlichkeiten“<sup>130</sup>

---

<sup>124</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 38-39.

<sup>125</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 42.

<sup>126</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 41.

<sup>127</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 58.

<sup>128</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 51.

<sup>129</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 93.

<sup>130</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 64-65.

allein in Form von „NÄHE. Zärtlichkeit“<sup>131</sup> darstellt, sondern auch eine „INTIME EMOTIONale Bindung zweier Person“<sup>132</sup> repräsentiert.

### **K8: Sexualität als ein Grundbedürfnis**

Alle Beteiligten bestätigen, unabhängig voneinander, dass Sexualität als ein Grundbedürfnis ist. „Wahrscheinlich das wichtigste schlecht hin!“<sup>133</sup>

### **K9: Sexualität im Zusammenhang zur Gesundheit**

Wird der Mensch als ganzheitliches Wesen betrachtet, ist es wichtig, dass dieser seine Bedürfnisse kennt und auslebt. Hierzu gehört die Bedürfnisbefriedigung der Sexualität mit integriert:

„[...] wenn man rundum gesund sein will, dann muss die Sexualität integriert sein; [...] muss gelebt werden oder anderweitig kompensiert sein“<sup>134</sup>!

Erfährt man in Bezug auf Sexualität eine Ablehnung, so kann jeder es nachvollziehen, der diese Erfahrung schon durchlebt hat, dass es ihm (zeitweilig) nicht gut geht. Dieses simple Beispiel lässt einen Zusammenhang von sexueller Gesundheit und allgemeiner Gesundheit erschließen. Weiter gilt: „Sexualität funktioniert besser, wenn der Körper gesund ist und der Körper ist gesünder, wenn die Sexualität funktioniert.“<sup>135</sup>

### **K10: Verständnis Geschlechtsidentität:**

Deutlich ist, dass die Menschen sich in verschiedenen Geschlechtern unterscheiden – stereotypisch in Mann und Frau, denen gesellschaftlich, historisch bedingt auch diverse Rollen zu geschrieben sind. Geschlechtsidentitätsbezogene Bedürfnisse sollten emanzipiert beachtet werden. Wünschenswert ist eine Entwicklung in der Gesellschaft, in der man die Geschlechter nicht in Kategorisierungen einteilt. Als ein wichtiges Kriterium zur Geschlechtsidentität wurde genannt, die Spiegelung der eigenen Geschlechtsidentität von der Gesellschaft sei wünschenswert:

„Sehe ich MICH EHER ALS MASKULIN (!), wünsche ich mir natürlich von meiner Umwelt auch ein positives Feedback auf dieses Selbstwertempfinden. Gleichermaßen gilt es

---

<sup>131</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 71.

<sup>132</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 66.

<sup>133</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 79.

<sup>134</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 87-89.

<sup>135</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 83-85.

für eine Frau, die sich sehr weiblich, attraktiv fühlt oder sieht. Die möchte diese Bestätigung sicherlich auch von ihrer Umwelt haben.<sup>136</sup>

Bei der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten ist ein respektvoller Umgang zu erwarten. Es sollte selbstverständlich sein, dass die Pflegekraft ihre Handlungen erklärt und z. B. um Erlaubnis fragt, die zu versorgende Person entkleiden zu dürfen.

### **K11: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität:**

Das Ausleben von Sexualität ist nach den Befragten ein Bestandteil der Geschlechtsidentität. Drei von vier Expert\*innen stimmen dem zu. Dabei sei es immer auch eine individuelle Entscheidung, Sexualität mit in die Geschlechtsidentität mit einfließen zu lassen. Daher ist es eine „Definitionssache“<sup>137</sup>, ob und in wie fern jemand Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität betrachtet.

### **K12: Wunsch nach Sexualität und Patientengruppe:**

Der Wunsch nach Sexualität wird überwiegend jüngeren Menschen nachgesagt. Eine Altersangabe wird in dem Zusammenhang nicht geäußert. Die Beobachtung gilt den palliativen und dem chirurgischen Patient\*innen, besonders mit einer „SEHR, SEHR langer Verweildauer“<sup>138</sup>, da diese getrennt von ihrer herkömmlichen Umgebung sind. Gleichmaßen mag der Wunsch nach Sexualität, der auch hier definitionsabhängig ist, auf „jede Altersgruppe“<sup>139</sup>, „nicht unbedingt von der Liegezeit (.) abhängig“<sup>140</sup>, zutreffen. Auch der „Sektor der Krebserkrankungen“<sup>141</sup> wird hervorgehoben. Der Experte der Kardiologie bestätigt zwar, dass ein Verlangen nach Sexualität ab einen Zeitraum von drei Wochen auftreten kann, dies sei jedoch nur eine „GERINGE (!) Population“<sup>142</sup>. Dagegen bestehe in der Palliativmedizin ein 50 prozentiges Interesse.

### **K13: Gründe für Sexualität:**

Diese Kategorie ergibt sich aus dem Bereich der Strahlenmedizin. Das Wissen, dass Patient\*innen möglicherweise nach der Therapie „VERSTÜMMELT“<sup>143</sup> sein könnten, lässt vielen den Anlass geben bzw. den Wunsch zu verspüren, Sexualität

---

<sup>136</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 97-101.

<sup>137</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 109-111.

<sup>138</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 239-240.

<sup>139</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 146-147.

<sup>140</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 127-128.

<sup>141</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 143-144.

<sup>142</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 173.

<sup>143</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 206.

noch einmal ausleben zu wollen, vor allem bei Patient\*innen, die frisch in einer festen Beziehung gekommen sind. Unabhängig von dem gegebenen akuten Umständen ist es ein Bedürfnis.

#### **K14: Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen:**

Die gegebenen Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen sind sehr unterschiedlich und erstrecken sich von „Sehr wenige, bis gar keine!“<sup>144</sup>; über die Nennung der Toilette als möglichen Ort Sexualitäten zu leben bis hin zur Bereitstellung von Zweibettzimmer, die zu einem Einbettzimmer umfunktioniert werden können. So ist ein Übernachtungsangebot für nahe stehende Personen möglich, besonders bei Langzeitpatient\*innen. Unterstützend sind auch Türschilder mit der Aufschrift: „BITTE NICHT STÖREN!“<sup>145</sup>. Je nach Haltung der sich im Dienst befindende Fachkraft, kann auch ein Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden. „Das WÄRE aber die EX(!)TREME AUSnahme“<sup>146</sup>.

#### **K15: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern:**

Ein entscheidendes Merkmal ist die mangelnde bzw. das Nicht-Vorhanden sein einer Privatsphäre, oftmals verursacht durch das Liegen in einem Mehrbettzimmer. Dabei wird die strukturelle Verhinderung für eine bestehende Privatsphäre als „NORMAL-be/, äh, Zustand“<sup>147</sup> bezeichnet. Zudem kommt noch hinzu, dass das Krankenhaus „ein relativ offener Bereich“ ist. Die Bedenken, sich auch im „Graubereich der sexuellen Nötigung und Belästigung“<sup>148</sup> zu befinden beeinflusst ebenfalls das Gewähren oder Nichtgewähren von Sexualität. Genauso hindert ein niedriger Personalschlüssel das Personal daran, auf alle Bedürfnisse der Patient\*innen eingehen zu können.

#### **K16: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität:**

Um das Pflegepersonal über die Bedürfnisse der Patient\*innen, besonders in Bezug auf Sexualität, aufzuklären, bedarf es Workshops in der Pflege, das Einstellen von Fachpersonal, das Einrichten einer gesonderten Fachabteilung für Sexualität (Ambulanz) oder den Kontakt zu einem Unternehmen, das Fachpersonal zur

---

<sup>144</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 163.

<sup>145</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 182-183.

<sup>146</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 251-252.

<sup>147</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 224-225.

<sup>148</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 119.

Verfügung stellt, die sich speziell um die die sexualen Belange der Patient\*innen kümmert – z. B. durch *Sexualbegleiter\*innen* bzw. *Sexualassistent\*innen*. So können auch einfache Mittel, wie Absprachen festgelegter Zeiten im Stationsalltag helfen, in denen das Personal in die Zimmer hineingehen können – ausgenommen von Notfallsituationen, mehr Privatsphäre zu schaffen. Ein weiterer Punkt ist das Gesundheitssystem, das angepasst werden sollte, dass Ärzt\*innen beispielsweise „Sex auf Rezept“<sup>149</sup> verordnen können. Die wichtigste Struktur jedoch ist das Bereitstellen gesonderter Räumlichkeiten – ein „Zeremonienraum“<sup>150</sup>, für einzigartige Momente. Dieser könnte dann allgemein für einen „Intimen Prozess“<sup>151</sup>, nicht nur im sexuellen Sinne, sondern auch für stark präfinale Patient\*innen, zur Verabschiedung von Verstorbenen, die gleichfalls intime Momente präsentieren, verwendet werden. Wünschenswert sind auch Doppelbetten, in denen Patient\*innen zusammen mit ihren Liebenden Zeit verbringen können.

#### **K17: Auswirkungen gehemmter Sexualität:**

Die Auswirkungen gehemmter Sexualität können sehr unterschiedlich ausfallen. An erster Stelle vermag das Nichtausleben von Sexualität Primär- und Sekundäremotionen auszulösen. Oftmals reagieren die Patient\*innen „Frustriert!“<sup>152</sup> oder sogar „übergriffig“<sup>153</sup> gegenüber dem Fachpersonal, je nach Abteilung auch anderen Patient\*innen gegenüber.

#### **K18: Oxytocinausschüttung:**

Die Berührungen, die zu einer Oxytocinausschüttung führen, können hilfreich sein, um den Patient\*innen zu beruhigen. Massage, Abklopfen (des Rückens) oder die Basale Stimulation können wertvolle Instrumente hierfür sein. Generell sollte der Körperkontakt in Form von Berührungen oder Streicheleinheiten „in der Pflege und in der Medizin Platz behalten“<sup>154</sup> werden und ein „MUSS(!) der Pflege“<sup>155</sup> sein. Ausgenommen: „an unverfänglichen Hautstellen, NICHT JETZT in den Sexual-

---

<sup>149</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 322.

<sup>150</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 287.

<sup>151</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 284.

<sup>152</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 192.

<sup>153</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 294.

<sup>154</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 200-202.

<sup>155</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 281.

organen. Weder im Busen noch im Genitalbereich<sup>156</sup>. Zum Körperkontakt sollten auch Angehörige im Pflegeprozess involviert bzw. motiviert werden.

### **K19: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus:**

Bei der Wiedergabe der Haltung zeigt sich, dass es sich bei der Gesamtthematik um eine „schwierige Sache“<sup>157</sup> handelt. Die Haltungen unter den Expert\*innen sind gespalten. Sie reichen von einer offenen bis zu einer tabuisierenden, abwertenden Haltung: Wer Sexualität ausleben will, muss „das Krankenhaus auf eigene Verantwortung VERLASSEN(!)“<sup>158</sup>. Die begrenzte Aufenthaltsdauer erschwert den Blick auf den zusammenhängenden Blick einer ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit und Sexualität. Zu sehr besteht in den Köpfen anderer die Verbindung mit Sexualität zur Lust und zum Vergnügen. „DA STEHEN andere Sachen im Vordergrund“<sup>159</sup>, was nicht bedeutet, dass die Sexualität überhaupt nicht thematisiert wird. Die Ablehnende Haltung gilt der aktiven, sexuellen Ausleben, nicht der Sexualität an sich:

„KRANKENHAUS, SEXUALITÄT LEBEN, NEIN (!). ABER DARÜBER REDEN (!) und danach wieder advisieren und anstreben und hoffentlich erreichen, das JA!“<sup>160</sup>

Besonders für Langzeitpatient\*innen im palliativen Bereich, die ihre gewohnte Umgebung verlassen (müssen) und das vielleicht für einen sehr langen Zeitraum oder auch für immer, kann das Thema Sexualität von großer Bedeutung sein. Denn es kommt zu einer Verlegung der Privatsphäre in eine Versorgungseinrichtung. Hier zeigt sich, „[...] unser Krankenhausystem ist nicht dafür ausgelegt“<sup>161</sup>. Die Prioritäten werden anders gesetzt; es geht um das „HEILEN“<sup>162</sup>. Aus diesem Grund sind bislang auch die Strukturen anders gesetzt. „IM (!) KRANKENHAUS (!) IST (!) KEIN (!) RAHMEN (!)“<sup>163</sup>. Mit der Ausübung von Sexualität geht oft eine Verknüpfung mit einem geschützten Setting einher. Dieses ist aufgrund mangelnder Privatsphäre in einem Krankenhaus nicht gegeben und daher „NICHT ANGEBRACHT“<sup>164</sup>. „NICHT IN UN(!)SEREN RÄUMLICHKEITEN! Nur in

---

<sup>156</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 278-280.

<sup>157</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 148.

<sup>158</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 209.

<sup>159</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 154.

<sup>160</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 160-161.

<sup>161</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 117.

<sup>162</sup> Zitiert aus: I.014, Z. 117.

<sup>163</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 210-211.

<sup>164</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 125.

Ausnahmen!<sup>165</sup> Dies würde für Patient\*innen mit längeren Aufenthalten, je nach Leidensdruck, die Sexualität ausüben wollen, sprechen. Dennoch fordert die Hälfte der befragten Expert\*innen, im ärztlichen Dienst, klare Grenzen im Umgang mit Sexualität in der Akutversorgung.

### **K20: Tabu:**

Zwei der befragten ärztlichen Expert\*innen verbalisieren deutlich, dass es sich bei der Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘ um ein eindeutiges Tabu handelt. Hier wird, wie in der vorangegangenen Kategorie (19), auf die Strukturen Bezug genommen. Bestärkt wird die Annahme eines bestehenden Tabuthemas durch die Aussagen, wie zum Beispiel, dass das Krankenhaus „KEIN(!) ORT ist, in dem Sexualität stattzufinden“<sup>166</sup> hat und „sollte nicht thematisiert werden“<sup>167</sup>, obwohl es ein „wichtiger Bereich“<sup>168</sup> ist. Sexualität zu integrieren bedarf die Mitarbeit und Miteinbeziehen der Gesellschaft, allerdings wird darüber nur „UNGERN“<sup>169</sup> gesprochen. Wird die Wichtigkeit von Sexualität in der Praxis thematisiert, sind Gelächter die allgemeinen Reaktionen. Die Problematik wird nicht ernst genommen. Es wird ins Lächerliche bzw. „durch den Kakao“<sup>170</sup> gezogen und als etwas, was als „UNNÖTIG empfunden wird“<sup>171</sup>.

### **3.3.2 Kategorienbildung der Experteninterviews des Pflegepersonals**

Die Ergebnisse der Auswertung erfolgt in den jeweiligen Kategorien (kurz: K). Die Auswertung fasst die Ankerbeispiele, ohne explizit gekennzeichnete Vergleiche, aus der Analyse zusammen. Besonderheiten werden mit Zitaten belegt. Die gesamten Analyseergebnisse, in denen auch die Vergleiche, mit entsprechenden Verweisen, nachzuvollziehen sind, liegen der Arbeit in Tabellenform, in Anlage 12, vor.

---

<sup>165</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 254-255.

<sup>166</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 218-219.

<sup>167</sup> Zitiert aus: I.017, Z.155.

<sup>168</sup> Zitiert aus: I.017, Z. 90.

<sup>169</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 218.

<sup>170</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 410.

<sup>171</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 411.



### **K1: Medizinische Fachabteilung:**

Die befragten Pflege-Expert\*innen kommen aus dem Bereich der Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie und der Dermatologie.

### **K2: Wissen über die Bedürfnisse von Patient\*innen:**

Das Wissen über die Bedürfnisse von den Fachkräften reicht von wenig bis „Sehr vertraut“<sup>172</sup> bzw. „relativ gut“<sup>173</sup>! Dabei sind die Bedürfnisse „immer sehr individuell“<sup>174</sup> und können nur in Erfahrung gebracht werden, wenn die Patient\*in diese erzählt: „Alles, was der Patient mir erzählt.“<sup>175</sup>. Daher ist Wissen über die Bedürfnisse auch stark abhängig von dem Patientenverhältnis zur Pflegekraft. Kritik wird ebenfalls geäußert, dass zeitliche Strukturen es auch nicht erlauben, Bedürfnisse der Patient\*innen zu erfragen. Bei Nicht-Artikulation der Bedürfnisse wird der Bereich der Spekulation betreten. Eine ungefähre Einschätzung der Bedürfnisse ist demnach eher der Standard.

### **K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus:**

Der Krankenhausaufenthalt ist immer unterschiedlich. Er ist vom Alter und Verlauf abhängig und kann von ein paar Tagen „bis zu: Wochen, bis zu Monate, sogar bis zu einem Jahr bei uns liegen.“<sup>176</sup>

### **K4: Bezeichnung ‚Langzeitpatient\*in‘:**

Als Langzeitpatient\*innen gilt bei den Expert\*innen an eine Mindestverweildauer von einer Woche; im Durchschnitt jedoch „bei zwei Wochen“<sup>177</sup>.

### **K5: Prävalenz:**

Die Prävalenz ist in unterschiedlichem Maßstab angegeben worden. Eine vergleichende Betrachtungsweise erweist sich als schwierig und muss passend mit der dazugehörigen Fachabteilung im Verhältnis gesetzt werden. Zudem handelt es sich bei den Angaben stets um geschätzte Werte. Die empfundene Prävalenz in der

---

<sup>172</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 17.

<sup>173</sup> Zitiert aus: I.008, Z. 17.

<sup>174</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 22.

<sup>175</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 19.

<sup>176</sup> Zitiert aus: I.001, Z. 49-50.

<sup>177</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 25 et al. mit Verweis auf die Anlage 12 in puncto K4.

Kardiologie ist von „eher selten“<sup>178</sup> über (sehr) oft beschrieben. So ist auch die Rede von mindestens vier Patient\*innen im Monat oder im Schnitt „jeder dritte Patient, circa“<sup>179</sup>. In der Orthopädie dagegen, so wird angegeben, liegen die Zahlen, geschätzt, bei 50-60 Prozent. Wiederum machen in der Neurologie die Langlieger\*innen „das Gros der Patienten“<sup>180</sup> aus.

#### **K6: Pflegezustand:**

Auch hier ist eine Verallgemeinerung auf eine Gruppe von Patient\*innen nicht möglich. Zu unterschiedlich sind die einzelnen Faktoren, an Patient\*innen bemessen. So sind die Angaben von bettlägerig bis mobil vertreten. Auch Langzeitlieger\*innen können mobil und fit sein, wenn diese nur medikamentös eingestellt werden müssen. Nach großen Operationen, wie die in der Orthopädie durchgeführt werden, können Patient\*innen bereits nach drei Tagen mobil und generell selbständig sein. Einer Entlassung kann jedoch das Krankenhaus, wegen des Wundheilungsprozesses nicht zustimmen. In der Neurologie, zum Beispiel ist eine Entlassung „Vigilanz abhängig“<sup>181</sup>. Zusammenfassend kann allerdings festgehalten werden, dass die bettlägerige Patient\*innen meistens einen hohen Pflegebedarf in der Grundpflege und in allen Lebensbereichen, aber auch in der psychosozialen Betreuung Unterstützung aufweisen.

#### **K7: Sexualitätsverständnis:**

Gleich sechs Mal assoziierten unterschiedliche Pflegekräfte Sexualität mit Sex – „Der AKT als SOLCHES“<sup>182</sup>. Weitere Begriffe, die in direkten Bezug zur sexuellen Handlungen gesetzt werden, sind alle dazugehörigen „PRAKTIKEN“<sup>183</sup> und die Selbstbefriedigung. Schmusen, vor allem Küssen können auch zum Sexualitätsverständnis dazu gehören, sind dann aber davon abhängig, mit welchen Gefühlen diese Handlungen getätigt werden bzw. welche Absicht dahinter steckt. Mehrfache Nennungen erhielten auch die Begriffe Kommunikation (u.a. Flirten), Nähe und (jede Form von) Berührungen. In Bezug auf Berührungen, wurde die Haut, neben den

---

<sup>178</sup> Zitiert aus: I.007, Z. 48.

<sup>179</sup> Zitiert aus: I.004, Z. 27.

<sup>180</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 31-32.

<sup>181</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 51.

<sup>182</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 153.

<sup>183</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 171.

eigentlichen Geschlechtsorganen, als „Hauptträger“<sup>184</sup> von Sexualität erwähnt. Eine Pflegerin ergänzte: „Der ganze Körper gehört dazu.“<sup>185</sup> Zur Sexualität gehören ebenfalls Liebe, Vertrauen, Lust, eigentlich „ALLES“<sup>186</sup>. Als Grundvoraussetzungen gilt es eine vertraute Atmosphäre zu schaffen. Nur so, können sich Intimitäten entwickeln, Zärtlichkeiten ausgetauscht werden und innere Gefühle entstehen. In der Pflege bedeutet das, das Schamgefühl zu schützen und die Entblößung des Intimbereichs zu vermeiden. Die Geschlechtsidentität ist gleichermaßen ein wesentlicher Bestandteil der Sexualität, wie Gefühle, genauso wie jemanden attraktiv zu finden. Im spirituellen Sinne wird Sexualität auch als „Hauptantriebsfeder“<sup>187</sup> bezeichnet.

### **K8: Sexualität als ein Grundbedürfnis:**

Alle Beteiligten bestätigen, unabhängig voneinander, dass Sexualität ein Grundbedürfnis ist - „Das Grundbedürfnis schlecht hin“<sup>188</sup>! Sie kann aber auch abhängig von der gelebten Sexualität sein. Asexuell lebende Menschen haben eine andere Gewichtung wie zsexuelle Personen, bei denen eine höhere Gewichtung auf sexuelle befriedigende Handlungen vorliegt.

### **K9: Sexualität im Zusammenhang zur Gesundheit:**

Sexualität sorgt für ein Wohlfühlgefühl. Sie gehört zu „BERÜCKSICHTIGEN“<sup>189</sup>, wenn man ein Krankheitsbild heilen möchte. Es ist jedoch gut nachvollziehbar, dass, „wenn Leute richtig KRANK sind, [sie] nicht unbedingt Lust auf Sexualität haben.“<sup>190</sup> Das wiederum ist abhängig von der Krankheit. Auf der einen Seite kann, zum Beispiel bei einer nervlichen Anspannung keine Lust auf Sexualität vorhanden sein. Andererseits leidet die Gesundheit, wenn Sexualität nicht vorhanden ist. Es sollte ein ausgewogenes Verhältnis von Sexualität vorhanden sein: „zu einem gesunden Körper gehört auch eine gesunde Sexualität“<sup>191</sup>. So kann sexuelle Befriedigung zur Gesundheit beitragen.

---

<sup>184</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 69.

<sup>185</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 73.

<sup>186</sup> Zitiert aus: I.004, Z. 69.

<sup>187</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 227.

<sup>188</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 175-176.

<sup>189</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 125-127.

<sup>190</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 191-192 – grammatikalisch angepasst.

<sup>191</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 91-92.

### **K10: Verständnis Geschlechtsidentität:**

Ein wesentlicher Bestandteil der Geschlechtsidentität ist sowohl das Ausleben dieser, als auch von der Umwelt mit der Geschlechtszugehörigkeit erkannt zu werden. Gesellschaftlich betrachtet assoziieren viele mit der Geschlechtsidentität stereotypisches Verhalten: Frauen bemühen sich um ihr äußeres Erscheinungsbild; wollen attraktiv sein, „Weibliche REIZE“<sup>192</sup> haben. Männer dagegen interessieren sich für Fußball und dergleichen. Emanzipation wird in diesem Kontext auch genannt. In der Pflege, auf Juchli bezogen, ist es fraglich wie sie das ATL ‚Frau, Mann und Kind sein‘ differenziert, zeitlich aktuell ist. Sicherlich mitinbegriffen ihrer Theorie ist der Respekt gegenüber dem Geschlecht des anderen, als auch eine Möglichkeit eine gleichgeschlechtlich bezogene Pflege anzubieten; die Intimsphäre schützen und die Schamgrenze der Patient\*innen nicht zu überschreiten sei relevant.

### **K11: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität:**

Alle elf Expert\*innen sind sich einig, dass Sexualität ein Bestandteil der Geschlechtsidentität ist – „wir definieren uns über unsere Sexualität“<sup>193</sup>. Individuelle Bezüge und Kulturabhängigkeit dürfen bei dieser Betrachtungsweise nicht vernachlässigt werden.

### **K12: Wunsch nach Sexualität und Patientengruppe:**

Der Wunsch nach Sexualität kann bei „ALLEN Patientengruppen“<sup>194</sup> auftreten – überwiegend auffällig bei männlichen Patienten, aber „AUCH FRAUEN“<sup>195</sup> sind betroffen. Die Altersspanne ist hierbei unerheblich. Zwischen Pubertät und „Leuten höheren Altersgruppen“ vermag der Mensch sexuelle Bedürfnisse verspüren. „[...] also unter 60, die werden auf jeden Fall noch (.) diverse Bedürfnisse noch haben – 100 Prozent.“<sup>196</sup> Gleiches gilt auch für Leute, die über 80 Jahre alt sind.

Bezieht man sich auf den Gesundheitszustand bzw. auf die Krankheit der Betroffenen, sind „DEMENTE“<sup>197</sup> aber auch Parkinson-Patienten gleichermaßen betroffen. Hier kann eine gesteigerte Libido ihren Ursprung aus den Neben-

---

<sup>192</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 119.

<sup>193</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 225-226.

<sup>194</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 277 et al. mit Verweis auf die Anlage 12 in puncto K12.

<sup>195</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 287.

<sup>196</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 180-181.

<sup>197</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 287.

wirkungen der Dauermedikation resultieren und sich auch in unkontrollierten Übergriffen spiegeln. Geht man auf den Gesundheitszustand ein, so haben bettlägerige Patient\*innen genauso Wünsche nach Sexualität, wie solche, denen es relativ gut geht, von den Langzeitpatient\*innen ganz abgesehen. Bei urologischen, vor allem aber auch bei onkologischen Patient\*innen spielt das Thema Sexualität eine erhebliche Rolle. Allgemein gesehen ist eine „FUNDIERTE ANAMNESE“<sup>198</sup> über den Bereich Sexualität und Wünsche der Patient\*innen besonders wichtig. Der Einsatz von psychologisch geschultem Personal zur (allgemeinen) Bedürfnisermittlung erweist sich als hilfreich.

### **K13: Gründe für Sexualität:**

Ein wesentliches Argument für das Ausleben von Sexualität ist, dass es sich hierbei um ein Grundbedürfnis handelt. Es dient dem Stressabbau und „BRINGT (!) HALT (!) FREUDE (!) UND WOHLfühlen und Glück und alles“.<sup>199</sup> Der Mensch kann sich durch eine gelebte Sexualität ausgeglichen fühlen. Neben dem natürlichen Bedürfnis ist es wichtig zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Medikamente einen plausiblen Grund für eine sexuelle Bedürfnissteigerung darstellen.

### **K14: Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen:**

Aktuell gibt sich nur wenige strukturelle Möglichkeiten (Mehrfachnennung) bis „GAR KEINE“<sup>200</sup>! Die beste Möglichkeit um Sexualität ausleben zu können ist nach wie vor in einem Einzelzimmer oder in einer Tagesbeurlaubung, sofern der Gesundheitszustand es zulässt. Dieses ist jedoch Personal abhängig. Oftmals bleibt nur der Rückzug auf die Toilette. Gängig besteht die Möglichkeit, wenn ein Doppelbettzimmer frei ist, das zweite Bett für eine Begleitperson, gegeneinen Aufpreis zu sperren. Nur in „EXRTEMSTEN SITUATIONEN; NICHT DER ALLTAG“<sup>201</sup>, gewährt man den Patient\*innen das Ausleben von Sexualität. Es sind Ausnahmesituationen, wie das Patient\*innen sich *ante mortem*<sup>202</sup> befinden. Die Sexualität der Patient\*innen gehört ernst genommen. Bei Bedarf sollte es dazu gehören Zweisamkeiten zu gewähren und die Intim- und Privatsphäre zu respektieren. So ist,

---

<sup>198</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 245.

<sup>199</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 107-109.

<sup>200</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 275.

<sup>201</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 212-213.

<sup>202</sup> Lateinischer Ausdruck für: (kurz) vor dem Tode (stehend).

beispielsweise bekannt, „dass es in Holland eben die Möglichkeit gibt und Patienten eben auch ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben dürfen.“<sup>203</sup>

### **K15: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern:**

„Das sind viele Strukturen“<sup>204</sup>. Die meisten Nennungen gibt es zu den (nicht vorhandenen) Räumlichkeiten (Mehrbettzimmer), die eine Gestaltung von Intim- und Privatsphäre verhindern. Nicht nur „KONSERVATIVES (!) PErsonal“<sup>205</sup>, sondern auch keine „TOLERANZ seitens der GESCHÄFTSLEITUNG“<sup>206</sup> lassen die Thematik der Bedürfnisbefriedigung zu einem Tabu werden und in einem konservativen System, mit „STARREN VORGaben im Krankenhaus“<sup>207</sup> verhärtet. Es sind die Vorstellungen des Gesundheitssystems, die bauliche Strukturen verhindern, die den Nutzen der Sexualität für die Gesundheit verkennen. Sexualität ist im öffentlichen Kontext immer noch negativ belegt. Eine gute Aufklärung fehlt, damit Gegenteiliges bewirkt werden kann. Zu berücksichtigen ist der gesundheitliche Zustand der Patient\*innen. In der Kardiologie ist es nicht unüblich, den Patient\*innen mittels Monitoring zu überwachen. Elektrodenverbindungen am Körper erschweren zudem die Ausübung von Sexualität, als auch die moralische, ethische und juristische Bedenken, so die Expert\*innen. Vor allem über die rechtlichen Aspekte muss das Personal gut aufgeklärt werden, nicht dass es zu Vorwürfen der sexuellen Belästigung oder Verletzung der Aufsichtspflicht kommen kann. Auch müssen hygienische Richtlinien beachtet werden. All diese Faktoren könnten besser reguliert werden, wenn ebenfalls genügend Personal aufgestellt würde.

### **K16: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität:**

Allgemein erhält die Thematik ‚Sexualität‘ ein hohes Maß an Bedeutung, nicht nur seitens der Patient\*innen. Aufklärung, die meist genannte Assoziation, das Personal sensibilisieren, Enttabuisieren, so wie die eigene Haltung zu diesem Thema evaluieren, sollte im Vordergrund stehen. Ein vernünftiges Gesundheitssystem könnte helfen, die Bedarfsermittlung von Patienten zu fördern, wichtige Strukturen für künftige Planungen von Gesundheitshäusern mit zu bedenken. Wenn Strukturen,

---

<sup>203</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 185-186.

<sup>204</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 346.

<sup>205</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 373.

<sup>206</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 191.

<sup>207</sup> Zitiert aus: I.007, Z. 230.

wie mehr Einzelzimmer, Spezialräume, eine Art „Snoezel-Räume“<sup>208</sup> oder mehr Möglichkeiten für die Stationen Betten freie sperren zu dürfen, geschaffen werden, kann ein entsprechendes Angebot für die Patient\*innen zur Bedürfnisbefriedigung bereit gestellt werden – auch generell Hilfsmittel. Dieses sollte auch die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu externen Dienstleistungen und bzw. ein (Sicherheits-) Konzept für die Patient\*innen und Sexualassistent\*innen beinhalten. Mit einem „BITTE NICHT STÖREN-Schild“<sup>209</sup> kann zu erkennen gegeben werden, dass die Patient\*in unabhängig von den Gründen, derzeit Privatsphäre braucht. Neben Hygienerichtlinien braucht der Umgang mit der Sexualität im Krankenhaus klare Regeln: „man muss sich nur davor hüten [...] so ´ne Station in ein Bordel zu verwandeln“<sup>210</sup>.

### **K17: Auswirkungen gehemmter Sexualität:**

Die Auswirkungen gehemmter Sexualität können sich unterschiedlich bemerkbar machen. Eine Pflegefachkraft gibt an, dass es keine Auswirkungen hat, wenn Sexualität nicht ausgelebt wird bzw. werden kann. Viele Expert\*innen sind anderer Meinung und behaupten, Aggressionen seien mögliche Folgen. Eine andere kritisiert: „Das ist eine Art von sozialer AMPUTATION“<sup>211</sup>. „[...] dann kann das nicht gut sein, für die psychische Gesundheit.“<sup>212</sup> Weiter „kann das zu viel Stress führen“<sup>213</sup>. Patient\*innen können „FRUSTRIERT“<sup>214</sup> sein oder mit „DEPRESSIVER Verstimmung“<sup>215</sup> reagieren. Aufgrund bestimmter Medikamente können durch eine gehemmte Sexualität Übergriffigkeit begünstigt werden. Bei den Männern können vermehrt Erektionen auftreten, weil „das Bedürfnis nicht befriedigt“<sup>216</sup> wird.

### **K18: Oxytocinausschüttung:**

Der Effekt der Oxytocinausschüttung kann durch vielerlei Handlungen gefördert werden und muss nicht den Anspielungen auf sexuelle Aktivitäten entsprechen. Gegensätzlich: „Da werden Stoffe ausgesendet, die es gesünder machen“<sup>217</sup>.

---

<sup>208</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 155.

<sup>209</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 148 et al. mit Verweis auf die Anlage 12 in puncto K16.

<sup>210</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 259-260.

<sup>211</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 257.

<sup>212</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 147-148.

<sup>213</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 385.

<sup>214</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 249.

<sup>215</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 317.

<sup>216</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 146-147.

<sup>217</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 150.

Einfache standardisierte pflegerische Tätigkeiten begünstigen ebenfalls die Ausschüttung des Hormons, dem ein positiver Effekt auf die Gesundheit nachgesagt wird. Die A-S-E<sup>218</sup> oder eine basale Stimulation sind gute Beispiele hierfür - „Das ENTSPannt“<sup>219</sup>. Eine ganzheitliche basale Stimulation „bezieht den Bereich der Sexualität auch mit ein“<sup>220</sup>. Zudem gehören Körperkontakt und Streicheleinheiten bereits zum heutigen Pflegealltag. Die Oxytocinausschüttung muss mittlerweile auch nicht mehr herbeigeführt werden. Sie kann (künstlich) in Form eines Oxytocin-Sprays, nasal, substituiert werden. Trotz alledem ist das Original immer noch am besten: „[...] bei den ganzen Hormonen, die so ’n Geschlechtsverkehr oder ähnliches ausgeschüttet werden, gäbe es eine gute Grenze nach oben“.<sup>221</sup>

### **K19: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus:**

Die Haltungen zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus sind zwiegespalten. Die einen befürworten sexuelle Aktivitäten: „GENERELL (!), WARUM NICHT?“ bzw. haben nichts dagegen und finden es „VÖLLIG in ORDNUNG“; sogar eine gute Idee externe Dienstleistungen anzubieten, da „es halt nur eigentlich zum Wohle des Patienten gut ist.“ Andere sind gegen Sexualität im Krankenhaus: „Für mich gehört es nicht dazu“. Sie repräsentieren gleichermaßen die Einstellung des Unternehmens. So sind Krankenhäuser zurzeit kein Ort der Sexualität oder haben es nicht „zu SEIN“ - „da kann man sich beherrschen“. Ein Grund für die ablehnende Haltung besteht in andere Probleme, die im Vordergrund stehen. Desweilen fühlen sich auch viele Pflegekräfte nicht verantwortlich und sehen es nicht als ihre „AUFGABE“, sich um die intimen Bedürfnisse von Patient\*innen zu kümmern: „Also ich fühle MICH DAFÜR auch nicht verantwortlich“. Das Verhältnis zu den Patient\*innen ist dabei ebenso entscheidend: „Also ich persönlich würde jetzt auch nicht unbedingt jeden Patienten einmal streicheln.“<sup>222</sup>

### **K20: Tabu:**

Nach den Aussagen der examinieren Fachkräfte handelt es sich bei der Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘ eindeutig um ein Tabu: „Das IST ein Tabuthema,

---

<sup>218</sup> A-S-E steht für die Atem stimulierende Einreibung. Dabei handelt es sich u.a. um eine Pneumonienprohylaxe. Der Rücken wird synchronisiert mit der Atmung massiert.

<sup>219</sup> Zitiert aus: I.007, Z. 296.

<sup>220</sup> Zitiert aus: I.011, Z. 180-181.

<sup>221</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 154-155.

<sup>222</sup> Zitiert aus: I 013, Z. 158-158



IMMER noch!<sup>223</sup> Es macht jedoch einen Unterschied, ob das betreffende Unternehmen ein staatliches oder kirchliches Krankenhaus ist. Letzteres dürfte bei weitem eher ein Problem mit dem Thema haben: „das können die sich Publicity-mäßig nicht erlauben“<sup>224</sup>. Unabhängig vom der Trägerschaft, wird das Ausleben von Sexualität in Krankenhäusern „EIGENTLICH GAR nicht geduldet“<sup>225</sup>. Das Personal trägt seinen Beitrag dazu bei. So geht „die ABSOLUTE ABNEIGUNG gegenüber der Auslebung von Sexualität, im Krankenhaus, von sämtlichen PERSONAL“<sup>226</sup> aus. „DAS HAT HIER NICHTS ZU SUCHEN! Keiner will davon was wissen und (..). Bloß ignorieren“<sup>227</sup> „WORÜBER MAN NICHT SPRICHT, DAS IST AUCH NICHT DA!“<sup>228</sup> Sexualität gehört nicht ins Krankenhaus. Es ist so tabuisiert, dass wenn es Angebote in dem Bereich gäbe, würde „sich aber auch KAUM (!) EINER(!) TRAUE“<sup>229</sup>, dieses Angebot anzunehmen. Zudem besteht die Sorge, dass es Menschen gibt, die das ausnutzen könnten.

### **3.3.3 Kategorienbildung des problemzentrierten Interviews der Langzeitpatient\*innen**

Die Ergebnisse der Auswertung erfolgt in den jeweiligen Kategorien (kurz: K). Die Auswertung fasst die Ankerbeispiele, ohne explizit gekennzeichnete Vergleiche, aus der Analyse zusammen. Besonderheiten werden mit Zitaten belegt. Die gesamten Analyseergebnisse, in denen auch die Vergleiche mit den entsprechenden Verweisen gekennzeichnet sind, können in Tabellenform in Anlage 13 näher betrachtet werden.

#### **K1: Alter der Patient\*innen:**

Die befragten Patientinnen sind zwischen 21 und 53 Jahre alt.

#### **K2: Grund des Krankenhausaufenthalts:**

Alle Befragten Personen geben unterschiedliche Behandlungsgründe an. Bis auf eine Interviewerin hatten alle feststehenden Diagnosen. Zwei von Ihnen waren

---

<sup>223</sup> Zitiert aus: I.005, Z. 157.

<sup>224</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 306-307.

<sup>225</sup> Zitiert aus: I.008, Z. 252-253.

<sup>226</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 289-290.

<sup>227</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 299-302.

<sup>228</sup> Zitiert aus: I.013, Z. 371.

<sup>229</sup> Zitiert aus: I.009, Z. 313-314.

internistisch aufgenommen; zwei aus gynäkologischen Gründen; eine bedingt durch eine Thrombose. Eine weitere Frau war wegen einer Magenverkleinerung chirurgisch aufgenommen. Die letzte interviewte Person hatte eine Operation an ihren Mandeln.

### **K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus:**

Die Aufenthaltsspanne beträgt von einer Woche bis hin zu drei Monaten. Eine Patientin befand sich drei Wochen, mit einer Unterbrechung von eineinhalb Tagen, im Krankenhaus. So ergab sich bei ihr einen Aufenthalt von zwei Wochen am Stück.

### **K4: Sexualitätsverständnis**

Die Assoziationen der Befragten sind sehr unterschiedlich. Der Geschlechtsverkehr war mit fünf Nennungen am meisten vertreten. Die Geschlechtsorgane in Zusammenhang mit der Selbstbefriedigung, so wie „Alles Körperliche!“<sup>230</sup> stehen ebenfalls im Mittelpunkt beim „Ausleben von Bedürfnissen“<sup>231</sup>. Liebe, Leidenschaft und Erotik gehören genauso zum Sexualverständnis der Befragten dazu, als auch Zärtlichkeiten auszutauschen, in Form von Streicheln und Kuscheln mit einer vertrauten Person. Als Voraussetzung um sich auf Intimitäten einlassen zu können bedarf es viel Vertrautheit und Nähe, vor allem aber auch an „Privatsphäre“<sup>232</sup>. Das Aussehen, nackt sein, „den Körper nackt zu zeigen“<sup>233</sup>, sind ebenfalls Bestandteile von Sexualität. Identität und Fortpflanzung sind gleichermaßen mit dem Begriff ‚Sexualität‘ in Verbindung gebracht worden.

### **K5: Sexualität im Zusammenhang zur Gesundheit:**

Sex(ualität) gehört zum Wohlfühlen bzw. zur Gesundheit dazu (Mehrfachnennung): „Also ich persönlich würde das als ein Wohlempfinden bezeichnen. (5). Und vielleicht eine Form von Ausgleich“<sup>234</sup>. Sie fördert und beeinflusst die Gesundheit positiv, zum Beispiel beim Mann als krebsvorbeugende Maßnahme in Bezug auf die Prostata. Sexualität wirkt sich ebenfalls auf die Psyche aus; Sexualität kann genauso präventiv genutzt werden. Übergriffe könnten vermindert oder gering gehalten werden. Ebenso gilt, dass Sexualität „ein SEHR großer Bestandteil von Gesundheit

---

<sup>230</sup> Zitiert aus: I.019, Z. 27.

<sup>231</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 27.

<sup>232</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 28.

<sup>233</sup> Zitiert aus: I.016, Z. 56.

<sup>234</sup> Zitiert aus: I.010, Z.33-34.

ist, „ABER eben auch von Krankheit“<sup>235</sup>. Vor allem in dem Bereich sexuelle übertragbare Krankheiten. Dagegen eine Befragte zudem „keinen Zusammenhang“<sup>236</sup> zwischen Sexualität und Gesundheit sieht. Eine Frau gibt an: „Ich bin auch ohne Sexualität gesund“<sup>237</sup>.

#### **K6: Wichtigkeit von Sexualität (in Bezug auf Gesundheit):**

Die Mehrheit gibt an, dass Sexualität (sehr) „WICHTIG“<sup>238</sup> für sie sei. Dabei kann es auch abhängig sein, ob die Person derzeit in einer Beziehung ist oder nicht:

„Wenn ich in einer Beziehung bin, ist das natürlich wichtig. Aber, (.) wenn ich in keiner Beziehung bin, ist das jetzt auch nichts essentielles, was ich dann so vermisse.“<sup>239</sup>

Für die älteste Befragte ist, zum Beispiel Sexualität „seit, 'ner Zeit, ähm, (.) nicht MEin Thema!“<sup>240</sup> mehr.

#### **K7: Sexuelle Aktivität vor dem Krankenhausaufenthalt:**

Alle Beteiligten waren vor ihrem Krankenhausaufenthalt sexuell aktiv.

#### **K8: Bedürfnis nach Sexualität / Zweisamkeit während des Klinikaufenthalts:**

Das Bedürfnis nach Sexualität / Zweisamkeit während des Klinikaufenthalts ist sehr geteilt. Von überwiegend „SEHR GERING!“<sup>241</sup> bis einmalig „HOCH! [...] wenn man drei Monate NICHTS hat, ist das schon HART!“<sup>242</sup>. Allerdings „nach Zweisamkeit hatte ich SCHON das Bedürfnis“<sup>243</sup> oder einfach mal mit dem Partner alleine im Bett liegen, kuscheln, Zeit zu zweit, nach „Körperkontakt schon SEHR!“<sup>244</sup>. Zusammengefasst: Sex(ualität), ist bedingt durch den allgemeinen Gesundheitszustand (Schmerzen usw.): „nein, da hatte ich andere Sorgen“<sup>245</sup>. Kuscheln und sexuelle, jedoch nicht sexuelle Handlungen dagegen befürworten die meisten.

---

<sup>235</sup> Zitiert aus: I.023, Z. 40-41.

<sup>236</sup> Zitiert aus: I.018, Z. 36.

<sup>237</sup> Zitiert aus: I.022, Z. 39.

<sup>238</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 45 et. al. mit Verweis auf die Anlage 13 in puncto K6.

<sup>239</sup> Zitiert aus: I.022, Z. 45-46.

<sup>240</sup> Zitiert aus: I.006, Z. 84.

<sup>241</sup> Zitiert aus: I.010, Z. 53.

<sup>242</sup> Zitiert aus: I.018, Z. 46-47.

<sup>243</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 58-61.

<sup>244</sup> Zitiert aus: I.023, Z. 63-64.

<sup>245</sup> Zitiert aus: I.019, Z. 70.

### **K9: Verständnis Geschlechtsidentität:**

Das Aussehen und der Respekt vor der Geschlechtsidentität sind wesentliche Bestandteile dieser genannten Kategorie. Auf die Pflege bezogen heißt es, dass die Intimsphäre respektiert wird. Die pflegerische Versorgung von gleichgeschlechtlichen Pflegekräften ist für die Geschlechtsidentität von großer Bedeutung. Wobei auch klar geäußert wird, dass die Geschlechtsidentität „NUR BEDINGT“<sup>246</sup> etwas mit Sexualität zu tun haben muss.

### **K10: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität:**

Eine Person äußert sich zu dieser Kategorie nicht. Die anderen stimmen alle zu, dass Sexualität ein Bestandteil der Geschlechtsidentität ist. Es gibt allerdings auch Ausnahmen, Menschen, die das nicht so sehen.

### **K11: Zeitpunkt zur Ermöglichung von Sexualität:**

Der Zeitpunkt, ab wann Sexualität ermöglicht werden sollte ist individuell zu bewerten – „sobald dieser Patient DAS äußert“<sup>247</sup>. Eigentlich sollte es auch dafür „keine Richtlinien geben“<sup>248</sup>. Ist ein längerer Aufenthalt bereits im Vorfeld geplant, sollte es spätestens „ab 14 Tagen“<sup>249</sup> angeboten werden, wenn es sich um eine Regel- und nicht einer Intensivstation handelt.

### **K12: Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen:**

Ein Teil der Befragten sieht GAR KEINE MÖGLICHKEIT(!)<sup>250</sup> Sexualität im Krankenhaus auszuleben. Der Grund hierfür ist einfach: keine Privatsphäre. Gelegentlich kann man in Einzelzimmer Sexualität ausleben. Ansonsten bleibt nur die Möglichkeit Sexualität „auf der Toilette“<sup>251</sup> zu verüben.

### **K13: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern:**

Die Räumlichkeiten, wie Mehrbettzimmer mit viel Besuch anderer Patient\*innen und der Stationsalltag bieten keine Privatsphäre: „Es gibt keine INTIMITät“<sup>252</sup>, selbst auf

---

<sup>246</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 71.

<sup>247</sup> Zitiert aus: I.010, Z. 93.

<sup>248</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 112-113.

<sup>249</sup> Zitiert aus: I.018, Z. 76 et al. mit Verweis auf die Anlage 13 in puncto K11.

<sup>250</sup> Zitiert aus: I.016, Z. 199.

<sup>251</sup> Zitiert aus: I.018, Z. 70.

<sup>252</sup> Zitiert aus: I.006, Z. 165.

der Toilette nicht, da diese hellhörig sind oder auch teils geteilt werden müssen. Entscheidend ist jedoch das fehlende Bewusstsein seitens des Personals, es wird als ein „blinder Fleck“<sup>253</sup> im Krankenhaus betitelt.

#### **K14: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität:**

Es fehlen Einzelzimmer bzw. „SEPERATE Räume der PRIVATSPHÄRE“<sup>254</sup>, vielleicht eine Art Kuschelraum, in der Privatsphäre gelebt werden kann. Denn Privatsphäre „ist das A und O“<sup>255</sup>. Es sollte ein Angebot an die Patient\*innen herangetragen werden. Dies setzt jedoch ein Umdenken bzw. Bewusstmachen voraus, dass Sexualität in den Pflegealltag integriert wird.

#### **K15: Auswirkungen gehemmter Sexualität:**

Die Auswirkungen können sehr „individuell“<sup>256</sup> ausfallen. Eine gehemmte Sexualität kann, muss aber keine Auswirkung haben. Eine Tendenz geht allerdings in die Richtung von Aggressivität (Mehrfachnennung). Weitere Gefühlszustände können Unwohlsein, Unzufriedenheit und ein Gefühl von Unausgeglichen sein. Generell kann man sich unbefriedigt, „untervögelt“<sup>257</sup> oder „FRUSTRIERT“<sup>258</sup> fühlen. Der Heilungsprozess könnte auch negativ beeinflusst werden.

#### **K16: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus:**

Sexualität gehört zum Alltag hinzu. Vor allem bei einem längeren Aufenthalt sollte das Ausleben von Sexualität ermöglicht werden, mit der Einschränkung, dass keiner dadurch gestört wird. Fraglich ist auch, ob ein Krankenhaus überhaupt verpflichtet ist, Freiräume zu schaffen. Ebenso, ob ein vorhandenes Angebot genützt würde. „Ich glaube nicht, dass es viele Patienten ausleben möchten“<sup>259</sup>. Letztlich gehen Menschen ins Krankenhaus, um gesund zu werden. Trotzdem ist es „wichtig“<sup>260</sup>!

„ALSO ICH(!) PERSÖNLICH(!) WÜRDE(!) ES(!) MIR(!) WÜNSCHEN(!), dass die Möglichkeit besteht. Ja.“<sup>261</sup>

---

<sup>253</sup> Zitiert aus: I.022, Z. 128.

<sup>254</sup> Zitiert aus: I.016, Z. 218-219.

<sup>255</sup> Zitiert aus: I.016, Z. 235.

<sup>256</sup> Zitiert aus: I.010, Z. 147.

<sup>257</sup> Zitiert aus: I.018, Z. 102, 104.

<sup>258</sup> Zitiert aus: I.023, Z. 135.

<sup>259</sup> Zitiert aus: I.022, Z. 91.

<sup>260</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 95.

<sup>261</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 99-100.

### **K17: Tabu:**

„Sexualität im Krankenhaus“ ist ein Tabu. Dieses wurde mehrfach benannt und sollte enttabuisiert werden. Erste Anfänge sind in der Öffentlichkeit getan, in dem man Menschen mit Behinderungen Sexualität zugesprochen hat. Dennoch verhält sich die Gesellschaft, geschätzt, immer „PRÜDER“<sup>262</sup>. Die Befragung ergibt, dass die Thematik noch mit sehr viel Scham besetzt ist.

#### **3.3.4 Kritische Anmerkung an die Interviewführung und Auswertung**

Bei der Durchführung und anschließender Auswertung der Expert\*inneninterviews fielen zwei Interviews auf, die auf die im Kapitel 2.1.2 aufgeführte Kritik bei der Anwendung dieser Interviewmethode, zutrifft. Sie sollen kurz als Beispiele erwähnt werden und zeigen, dass bei einem Forschungsprojekt nicht immer alles sehr gut verläuft.

Bei dem Interview „005“, stellte sich heraus, dass die interviewte Person in vielen Kategorien keine Antwort hat und die Rolle als Experten nicht wirklich erfüllt. Es lag daran, dass die interviewte Person zwar eine Fachkraft ist, jedoch bereits einen längeren Zeitraum nicht mehr in den benannten Bereich tätig war.

Auch im Interview „017“, zeigten sich zweierlei von Meuser und Nagel erörterten Schwierigkeiten. Passagenweise holte der Interviewte inhaltlich sehr weit aus, dass es nicht einfach war, dem Erzähler zu folgen. Durch die immanente Fragetechnik fühlte sich der Interviewte bedrängt und in seiner Aussage zu dem Bereich der Strukturen missverstanden, dass es zu einem Abblocken und Behaaren der Meinung kam. Trotz alledem konnten besonders aus dem Material „017“ wertvolle Informationen entnommen werden.

### **3.4 Zusammenfassung**

Der methodische Zugang dieses Projekts stellt den größten und wichtigsten Teil dieser Arbeit da. Über das Forschungsinteresse werden die Forschungshypothese und

---

<sup>262</sup> Zitiert aus: I.021, Z. 154.

die entsprechenden Forschungsfragen hergeleitet. Im Mittelpunkt der Forschungsmethode steht die Inhaltsanalyse nach Mayring. Aus dem Material der leitfadengestützten Interviews wurden Kategorien erarbeitet. Die entscheidendsten Kategorien werden im folgenden Schlussteil mit den Ergebnissen der vorangegangenen Literaturrecherche in einem maßgegebenes Fazit verfasst werden.

## Schlussteil

Diese Masterarbeit setzt sich mit der Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘ auseinander. Ein besonderer Blick richtet sich auf die Frage des Vorliegens eines Bedarf seitens der Patient\*innen, Sexualität während des Krankenhausaufenthalts ausleben zu wollen, bzw. ob es sich bei dem Thema ‚Sexualität im Krankenhaus‘ um ein Tabu handelt. Ein Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in die Komplexität der Themen Krankenhaus, Pflege und Sexualität zu geben, sowie Möglichkeiten der Vereinbarkeit dieser Themen in der Praxis aufzuzeigen.

Eine der grundlegenden Fragen, um die Rolle der Sexualität im Krankenhaus zu beurteilen, ist diejenige, ob Sexualität als ein Grundbedürfnis des Menschen angesehen werden kann. Je nach Analyse der aktuellen Fach- und Forschungsliteratur zeigt sich, dass Sexualität als ein Grundbedürfnis bewertet wird. Die Befragung aller Expert\*innen ergibt den gleichen Befund.<sup>263</sup> So kann durchaus davon gesprochen werden, dass es sich bei der (Auslebung von) Sexualität um ein Grundbedürfnis handelt. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass es sich bei diesem Grundbedürfnis nicht um ein solches handelt, dessen Fehlen zum Tode führt. Die geführten Interviews zeigen jedoch, dass ein Mangel an sexueller Bedürfnisbefriedigung deutlich negative Wesensveränderungen nach sich ziehen kann – Frustrationen, Aggressionen und Depressionen<sup>264</sup>. Diese können dann Einfluss auf den Genesungsprozess nehmen. Unabhängig von der Auswirkung auf die Gesundheit besteht bei einer gehemmten Sexualität – während eines stationären Aufenthalts – vermehrt die Neigung zur Übergriffigkeit von Patient\*innen. Ein derartiges Verhalten zeigt sich besonders dem Personal gegenüber. So können Patient\*innen, die eine Krise durchlaufen oder sich in einem Krankheitszustand befinden, dazu neigen,

„auf eine frühere Entwicklungsstufe zu regredieren, das heißt, dass seine Wünsche auch im erotischen Bereich in Richtung Wärme und Zärtlichkeit gehen können und die Sehnsucht nach reifer sexueller Lustgewinnung vorübergehend in den Hintergrund tritt“,

was übergriffiges Verhalten nicht ausschließt<sup>265</sup>. Demnach ist ein Zusammenhang zwischen Sexualität und Gesundheit vorhanden, der auch medikamentös beeinflusst

---

<sup>263</sup> Verweis auf K 8 aus Sicht der Ärzt\*innen und des Pflegepersonals.

<sup>264</sup> Verweis auf K 17.

<sup>265</sup> Vgl.: Neander (2014), Seite 55, mit einem Zitat aus Hug, M., et al. (1987): Sexualität und Krankenpflege: Routinierte Berührungen, in Krankenpflege/Soins infirmes 00 (8): 84-88, die zu



werden kann<sup>266</sup>. Besonders kann dies auf Parkinsonpatient\*innen zutreffen, die Dopaminergika einnehmen oder auf solche Patient\*innen, die bestimmte Antidepressiva zu sich nehmen. Die Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe können zu einer gesteigerten Libido führen.<sup>267</sup> Die Patient\*innen unterliegen demnach einer geminderten Selbstkontrolle ihrer Sexualität. Dies wird jedoch nur selten berücksichtigt. Vor allem beruflich nicht erfahrenes Personal hinterfragt nicht das unerwünschte Verhalten von Patient\*innen. Es wird auch nicht gleich ein kausaler Zusammenhang zwischen dem unerwünschten Verhalten von Patient\*innen und der Wirkungsweise von Medikamenten erschlossen.

Wird jedoch das bewusste Bedürfnis nach Ausübung von Sexualität dem gesundheitlichen Zustand gegenübergestellt, so geben die Patientinnen in dieser Studie an, keinen direkten, aktiven Wunsch nach sexueller Aktivität im allgemeinen Verständnis (u.a. den Geschlechtsverkehr) zu verspüren. Jedoch nennen sie durchaus den Wunsch nach Intimitäten, im Sinne von Zweisamkeit, Kuschneln und körperlicher Nähe nachgehen zu wollen – eben nach sexuellen Handlungen. Der Allgemeinzustand bestimmt den Grad des Bedürfnisses nach Sexualität.<sup>268</sup> Die Strukturen im Krankenhaus bestimmen das Maß einer aktiven Sexualität mit. Allen Beteiligten des Forschungsprojekts ist es bewusst, dass es aufgrund der mangelnden Privatsphäre und des Stationsalltags kaum bis gar keine Möglichkeiten gibt, Sexualität in einem Krankenhaus auszuleben. So beschreiben Rinnab und andere, dass das sexuelle Interesse, „aufgrund mangelnder Privatsphäre sowie Einstellungen des Pflegepersonals stark eingeschränkt ist“<sup>269</sup>. Sie beziehen sich zwar auf das Leben als Bewohner in einem Seniorenheim, ihre Feststellung trifft jedoch gleichermaßen auf das Patient\*innen-Dasein in einem Krankenhaus zu. In wenigen Fällen ist die Ausübung von Sexualität überhaupt nur möglich, wenn die Patient\*innen in einem Einzelzimmer untergebracht sind oder die Toilette als Rückzugsort fungiert, wie es aus der Befragung hervorgeht. Nur in besonderen Ausnahmefällen kann es zu einer Förderung von Sexualität kommen. Dies betrifft dann Patient\*innen, bei denen eine bevorstehende Therapie gravierende gesundheitliche Auswirkungen auf die (künftige) Sexualität zur Folge hat. Hierunter fallen anatomische und physiologische

---

ähnlichen Ergebnissen gelangen.

<sup>266</sup> Vgl.: Stemmer (2001), Seite 24; Zettl (2000), Kapitel 5.1, Seite 78 ff.

<sup>267</sup> Vgl.: Trost (2009): Seite 56

<sup>268</sup> Verweis auf K 8 aus Sicht der Patientinnen.

<sup>269</sup> Siehe dazu: Rinnab et. al (2012), Seite 1402

Veränderungen der Geschlechtsmerkmale, im schlimmsten Fall: der Tod selbst. Laut den Expert\*innen ist ein solches Entgegenkommen jedoch von der Fachabteilung, eher noch von der Haltung des Fachpersonals abhängig, das gerade im Dienst ist. Allerdings würden auch nur selbständige, mobile Patienten davon profitieren. Für immobile, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die einen wesentlichen Teil der (Langzeit-) Patient\*innen ausmachen<sup>270</sup>, besteht daher die nachfolgend genannten Alternativen. Entweder diese Gruppe von immobilen Patient\*innen wird weiterhin als asexuell wahrgenommen und auch so behandelt. Das würde bedeuten, dass Sexualität nach wie vor als Bestandteil des Menschen ausgeblendet wird. Oder es erfolgt ein Umdenken im Gesundheitswesen: Sexuale Bedürfnisse werden in den Pflegeprozess mit einbezogen. So kann die Integration einer biographisch-sexuellen Anamnese bei der Aufnahme in die Stammdaten erfolgen, die das Personal berücksichtigen könnte. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Personal so zu sensibilisieren, dass es aus professioneller Sicht den Wunsch nach Intimitäten erkennt und versucht den Wunsch zu erfüllen, wenn die Patient\*innen dieses Bedürfnis nicht selbst äußern können. Prophylaktisch kann der Bedürfnisbefriedigung auch vorgebeugt werden, indem Angehörige oder das Fachpersonal motiviert werden, körperlich bezogenen Pflege zu vollziehen - zumindest diese Art von körperlichem Kontakt vollziehen, der eine hormonelle Zufrieden- und Ausgeglichenheit bewirkt. Dies kann von einfachen Berührungen, bis hin zu einer basalen Stimulation<sup>271</sup>, über womöglich eine sexuelle Befriedigung spezieller, externer Dienstleister\*innen oder einer Partner\*in erfolgen. Hierzu wären allerdings zusätzliche Strukturen notwendig - u.a. vermehrte einzelne Räumlichkeiten, wie eine Art „Snoezel“-<sup>272</sup> oder „Zeremonienraum“<sup>273</sup>, zumindest aber besonders breite Betten. Die wichtigste Voraussetzung ist jedoch gut geschultes, qualifiziertes Personal.

Neben den strukturellen Gegebenheiten in medizinisch-pflegerischen Versorgungseinrichtungen erschwert die mangelnde Aufklärung über das Thema ‚Sexualität‘ den

---

<sup>270</sup> Verweis auf K 5 der Expert\*innen.

<sup>271</sup> Das Konzept der basalen Stimulation nach Fröhlich und Bienstein bedarf einer separaten Ausführung und stellt ein eigenes breit aufgestellten Themen- und Anwendungsbereich dar. Es ist ein Konzept zur „Förderung von Menschen in krisenhaften Lebenssituationen, in denen ihre physischen, psychischen und sozialen Austausch- und Regulationskompetenzen deutlich vermindert, eingeschränkt oder dauerhaft behindert sind“. Wird jedoch hier nicht weiter ausgeführt. Zitiert aus: Nydahl und Bartoszek (2012), Seite 5.

<sup>272</sup> Zitiert aus: I.012, Z. 155

<sup>273</sup> Zitiert aus: I.020, Z. 287

Umgang mit Sexualität im Arbeitsalltag. Auch die stark konservative Haltung gegenüber der Thematik ‚Sexualität‘ seitens des Personals und der Unternehmen selbst trägt ihren Beitrag hierzu bei<sup>274</sup>. Trotz des Wissens um die Bedeutung von Sexualität zeigt sich in dieser Studie, überwiegend aus ärztlicher Sicht, eine ablehnende Haltung gegenüber der Ausübung bzw. Förderung von Sexualität in einem Krankenhaus.<sup>275</sup> Sie wird durch eine fehlende Ausrichtung des allgemeinen Gesundheitssystems zwar nicht verschuldet, jedoch verstärkt. Zu sehr ist der Blick noch auf einen krankheitsorientierten Genesungsprozess gerichtet, statt auf ein salutogenetisches Konzept hinzuarbeiten, obwohl den Expert\*innen und den Patient\*innen bekannt ist, dass der Wunsch nach Sexualität in jedem und zu jeder Zeit aufkommen kann<sup>276</sup>. Das Alter, der Aufnahmegrund und die Verweildauer sind dabei unerheblich. Jüngeren Patient\*innen und solchen, die sich in einer Beziehung befinden, wird eher ein Bedürfnis nach Sexualität nachgesagt. Auch wenn die jeweiligen Expert\*innen nur von Beobachtungen ihrer eigenen Fachabteilung ausgehen, sind ihre Aussagen, wie zum Beispiel, dass jüngere Patient\*innen ihrer Abteilung einen Wunsch nach Sexualität verspüren, sicherlich auch auf andere medizinische Versorgungsabteilungen übertragbar.

In Bezug auf die Förderung von Sexualität sind bei den Pflegekräften die Meinungen geteilt. Während ein Teil der Befragten die Förderung von Sexualität begrüßt, gibt der andere Teil eine klare ablehnende Haltung wieder. Die Vermutung liegt nahe, dass sich eigene Anteile, wie sie selbst mit dem Thema ‚Sexualität‘ umgehen, in ihrer Haltung in der Praxis spiegeln und eine professionelle Sichtweise verhindern. In Widerspruch zu ihrer Theorie der ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen in der Pflege erhalten jenes Fachpersonal und die Expert\*innen, die eine ablehnende Haltung gegenüber der Förderung von Sexualität in der Praxis einnehmen, in Juchli Lehrbuch einen Zuspruch. Dort besagt eine Rollenzuweisung bzw. Rollenbeschreibung von Patient\*innen: „Patient sein bedeutet somit auch ein Anpassen an die Abläufe und Organisationselemente der Institution.“<sup>277</sup>

---

<sup>274</sup> Verweis auf K 15 des Pflegepersonals.

<sup>275</sup> Verweis auf K 19 der Ärzt\*innen.

<sup>276</sup> Verweis auf K 12 der Expert\*innen.

<sup>277</sup> Zitiert aus: Krilla und Schwior-Popp in Juchli (2004), Seite 41.

Das Anpassungsverhalten entspricht etymologisch gesehen dem Wort ‚Patient‘ aus dem Lateinischen (lat. *patiens*), was so viel wie ‚erdulden‘<sup>278</sup> bedeutet. So stellen Patient\*innen ein Klientel dar, die ‚dulden‘ müssen, was auch mit einer Anpassungsnotwendigkeit verbunden sein kann werden.

Der ganzheitliche Blick auf die Pflege steht bei Juchli im Vordergrund. Unter Einbeziehung verschiedener Pflegemodelle richtet sich der Schwerpunkt der Ganzheitlichkeit auf die ATL. Die Beschreibung der ATL ‚sich als Frau und Mann fühlen‘ brachte theoretisch nur vage Erkenntnisse über die inhaltliche Bedeutung. Die nach außen getragene, subjektiv empfundene Geschlechtszugehörigkeit und deren wünschenswerte gesellschaftliche Akzeptanz, die beide Expert\*innengruppen und die Patientinnen ähnlich sehen, wird als Bestandteil der Geschlechtsidentität gewertet. Die Patientinnen, als ‚Objekt der Pflege‘ betrachtet, bestärken zusätzlich die Juchli zugeschriebene theoretische Vermutung, einen Bezug dieser Rubrik der ATL auf eine gleichgeschlechtlich durchgeführte Pflege, zumindest aber die bestmögliche Wahrung der Intimsphäre<sup>279</sup> zu gewährleisten. Eine deutliche Mehrheit aller befragten Personen bestätigt zudem eine Zugehörigkeit der Ausübung von Sexualität zur Geschlechtsidentität, mit der individuellen Betrachtungsweise von Sexualität.<sup>280</sup> Besonders deutlich verweisen zusätzlich die ärztlichen Expert\*innen auf die Tatsache, dass sich Sexualität nicht nur auf der körperlichen Ebene abspielt, sondern wesentlich eine emotionale Dimension ist<sup>281</sup>. Demgegenüber schließen die Pflegekräfte, nach dieser Studie, durchaus das Emotionale mit ein, richten jedoch weitaus mehr den Blick auf das Körperliche. Die Patientinnen äußern sich ähnlich zu der Betrachtungsweise von Sexualität.<sup>282</sup> Die Resultate des Sexualitätsverständnisses decken sich wiederum mit der erarbeiteten Definition von Sexualität aus Teil I.

Neben allen beschriebenen Fakten bleibt noch die Frage nach dem Tabu offen: Der Sexualität wird im Krankenhaus wenig Bedeutung zugesprochen. Eine aktive Beachtung ist nur in Zusammenhang mit einer Diagnose und Therapie zu beobachten, die eine direkte bzw. indirekte Auswirkung auf den Bereich Sexualität

---

<sup>278</sup> Siehe dazu: Langenscheidt (2002), Seite 903.

<sup>279</sup> Vgl.: K 9 der Patientinnen.

<sup>280</sup> Verweis auf K 10 der Patientinnen und K 11 der Expert\*innen.

<sup>281</sup> Verweis auf K 7 der Ärzt\*innen.

<sup>282</sup> Verweis auf K 4 der Patientinnen und K 7 der Pflegekräfte.

nach sich zieht. Dies geschieht, z. B. überwiegend im urologischen Bereich, wenn es um das Fortführen der sexuellen Aktivität nach der Behandlung geht. Ähnliches trifft in der Frauenheilkunde zu, wenn es in Folge beispielsweise einer Krebserkrankung zu einer Entfernung der Brüste oder der Gebärmutter kommt. Dann erfolgt die Thematisierung von Sexualität. Geht es jedoch um Sexualität als Bedürfnisbefriedigung während eines stationären Aufenthalts, wird einem eher nur in Ausnahmesituationen geholfen. Nach den Befragungen der ärztlichen Expert\*in der Strahlenmedizin erfolgt eine Integration sexueller Bedürfnisbefriedigung in der onkologischen und strahlenmedizinischen Station in ihrer Fachrichtung mit guter Akzeptanz. Ob es sich hierbei um einen Regelfall handelt, bleibt ungeklärt. Die anderen ärztliche Kolleg\*innen betrachten die Berücksichtigung sexueller Bedürfnisse speziell in dem Bereich der Onkologie oder Strahlenmedizin als sinnvolle Ausnahmeregelung. Ansonsten wird der (Ausübung von) Sexualität wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Zusammengefasst belegt das Ergebnis der Befragungen aller Beteiligten, dass das Thema ‚Sexualität im Krankenhaus‘ mehr tabuisierend, als begrüßend behandelt wird. Deutlich kristallisiert sich heraus, dass ein Krankenhaus „KEIN(!) ORT ist, an dem Sexualität[en] stattzufinden haben.“<sup>283</sup> Diese Aussage trifft nicht nur auf medizinische Akutversorgungshäuser zu, sondern gleichermaßen auch auf andere Pflegeeinrichtungen.<sup>284</sup> Bei Situationen, in denen das Personal nur ansatzweise mit Sexualität (anderer) konfrontiert wird, z. B. bei der Körperpflege, wenn ein Patient eine Erektion erhält, wird über die Unannehmlichkeiten geschwiegen, vornehmlich wegen einer sexual belastenden Kommunikation und Interaktion (Belästigung) zwischen dem Personal und den Patient\*innen. Statt sich dieser Problematik anzunehmen, sie anzusprechen und einen offenen Umgang zu pflegen, wird eher versucht die Tatsache zu verdrängen oder durch ‚Pseudo-Humor‘ zu verharmlosen<sup>285</sup>. Bei der Frage des Tabus spielen sicherlich die Trägerschaften der Kliniken mit ihren Werten eine entscheidende Rolle, also wie sie gegenüber der Thematik ‚Sexualität‘ stehen. Unabhängig von der Trägerschaft eines Unternehmens sollte begonnen werden dem Wunsch nach einer Enttabuisierung der Thematik ‚Sexualität im Krankenhaus‘

---

<sup>283</sup> Zitiert aus: I.015, Z. 218-219 (verändert). Vgl. zudem: Kleinevers (2004), Seite 9, bezogen auf Pflege.

<sup>284</sup> Vgl.: van der Vight-Klußmann (2014), Seite 27. Der Bezug spielt auf die Sexualität im Alter an und soll auf den Alltag in einem Altenheim verweisen.

<sup>285</sup> Verweis auf K 20 der Ärzt\*innen.

nachzugehen, die aus den Befragungen der Patient\*innen hervorgeht. So zeigt auch eine Untersuchung von Waterhouse und Metcalfe mit gesunden Menschen, dass 92 Prozent der Befragten es begrüßen würden, wenn das Pflegepersonal die Sexualität bzw. mögliche sexuelle Probleme ihrer Patient\*innen an- und letztlich auch besprechen würde.<sup>286</sup> Wohl möglich bezieht sich die Aussage auf die sexuelle Dysfunktionen und das Sexualleben der Patient\*innen im allgemeinem, fernab eines stationären Aufenthalts, lässt sich jedoch auch gut auf das Ansprechen von intimen Bedürfnissen während eines Krankenhausaufenthalts übertragen. Allerdings fühlen sich viele Fachkräfte im Rahmen ihrer (pflegerischen) Tätigkeit nicht verpflichtet, die Sexualität der Patienten anzusprechen oder ein Angebot anzubieten, dass der (sexuellen) Bedürfnisbefriedigung dient. Dies geht aus der studieninternen Befragung hervor. Stemmer verweist hier auf eine Studie von Williams, in der sich nur 40 Prozent einer befragten Gruppe, bestehend aus Fachpflegekräften, für das Thematisieren sexual-konnotierter Wünsche bzw. Bedürfnisbefriedigung verantwortlich fühlen.<sup>287</sup>

Das Thema ‚Sexualität im Krankenhaus‘ ist sehr vielseitig und weist eine hohe Komplexität auf. Nicht nur die Strukturen, wie z. B. fehlende Räumlichkeiten, um temporär ein Stück Privatsphäre zu erfahren, oder die Haltung des Pflegepersonals zu der genannten Thematik sind ausschlaggebende Faktoren dafür, dass keine sexuelle Bedürfnisbefriedigung im Krankenhaus stattfinden kann. Die Grundproblematik besteht allgemein in der Tabuisierung von Sexualität in der Gesellschaft. Ein offener und transparenter Umgang mit der Thematik ‚Sexualität‘ in der Öffentlichkeit vermag den Prozess der Enttabuisierung zu unterstützen. Speziell auf medizinisch-pflegerische Versorgungshäuser bezogen heißt es, Wissensvermittlung und Aufklärungsarbeit menschlicher Bedürfnisse in allen Lebenslagen zu leisten, den Umgang mit dieser Art von Bedürfnissen qualifiziert zu schulen – angefangen in den Ausbildungsstätten<sup>288</sup> für Fachkräfte bis hin zu Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen oder durch die Erarbeitung möglicher interne Lösungsstrategien durch Arbeitsgruppen.

---

<sup>286</sup> Vgl.: Zettl (2000), Seite 12.

<sup>287</sup> Vgl.: Stemmer (2001), Seite 23, mit Verweis auf Williams und andere (1986): „Nurses‘ attitudes toward sexuality in cancer patients“. *Oncology Nursing Forum*. 13, 1986,2,39-43.

<sup>288</sup> Anlage 14 zeigt einen Auszug aus dem Curriculum der Schule für Gesundheits- und Pflegeberufe der Klinikum Dortmund gGmbH als ein Beispiel der Einbindung der Thematik ‚Sexualität in der Pflege‘ in nach den Ausbildungsrichtlinien der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege des Bundeslandes NRW.

Zum Schluss sei kritisch angemerkt, dass eine ganzheitliche Pflege, besonders unter Einbeziehung des Aspekts der Sexualität, aufgrund des Ziels, die Patient\*innen schnellstmöglich zu entlassen und durch die gesellschafts- und gesundheitspolitische Entwicklung des Personalmangels, zusätzlich erschwert wird.<sup>289</sup> Gerade weil Sexualität ein Grundbedürfnis ist, und es auf Patient\*innen bezogen kaum Forschungsergebnisse gibt, ist es wichtig, die Forschung in diesem Bereich voranzutreiben. Womöglich vermögen die Ergebnisse durchaus auch eine Änderung, vielleicht sogar eine Verbesserung im Gesundheitswesen zu bewirken. Ein grober Überblick über die bevorstehende Herausforderung hat diese Arbeit geleistet. Letztlich bleibt jedoch die Problematik der Sexualität in der Pflege bestehen, die jede Pflegekraft mit der Überwindung des eigenen Schamgefühls angehen muss. Eine passende Lösung könnte der dänischen Sexologen Jorgen Buttenschön bieten. Dieser sagt:

„Es dreht sich nur um die Interessen der Menschen mit Behinderungen und nicht um die des Personals. Die Moral des Mitarbeiters ist zweitrangig. Das bringt man nicht in die Arbeit, da arbeitet man professionell.“<sup>290</sup>

---

<sup>289</sup> vgl.: Zettl (2000), Seite 13

<sup>290</sup> Dieses Zitat bezieht sich zwar auf Menschen mit Behinderungen. Diese können jedoch den der Menschengruppe der Patient\*innen ähnlich sein. Es handelt sich um Personengruppen, die auf Hilfe angewiesen sind. Originalquelle nicht bekannt.

## Literaturverzeichnis

- ACHILLES, Ilse (2002): Was macht Ihr Sohn denn da? Geistige Behinderung und Sexualität. München: Verlag.
- ANER, Kirsten: Sexualität in der Pflege. Durchblick: Fehler und Tabus in der Sozialen Arbeit. In: Sozial Extra, 09/10 2007, S. 48–50.
- AOK-BUNDESVERBAND GBR. Internetdokument: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/drg/>, zuletzt geprüft am 04.01.2017, 13:19 Uhr.
- BOGNER, Alexander (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- BOSCH, Erik (2013): Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ein Hand- und Arbeitsbuch. 3. Aufl. Tübingen: dgvt-Verl.
- BRIKEN, Peer; BERNER, Michael (2013): Praxisbuch Sexuelle Störungen. Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen. Stuttgart: Thieme.
- BUBOLZ, Georg (2000): Erziehungssituationen und Erziehungsprozesse. 1. Aufl., 1. Dr. Berlin: Cornelsen (Kursthemen Erziehungswissenschaft, 1).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2005): Charter der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Internetdokument: <https://www.pflege-charta.de/de/startseite.html>, zuletzt geprüft am 06.01.2017, 22:02 Uhr.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2005): Der Hintergrund der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Internetdokument: <https://www.pflege-charta.de/de/die-pflege-charta/hintergrund.html>, zuletzt geprüft am 06.01.2017, 22:07 Uhr.
- BUNDESTMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2015): Charter der Rechte hilfe- und hilfebedürftiger Menschen. 12. Aufl. Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (Hg.): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). § 2 Begriffsbestimmungen. Internetdokument: [https://www.gesetze-im-internet.de/khg/\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_2.html), zuletzt geprüft am 28.02.2017, 12:47 Uhr.
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT, Abweisung der Befassungsbeschwerde vom 26.02.2008. In: *BVerfGE 120, 224 - 273*, S. Rn 1-128.
- BURTKE, Ute (2010): Schwester, verstehen Sie keinen „Spaß“? In: *Heilberufe* 62 (11), S. 42–45.
- BUSCH, Ulrike (Hg.) (2010): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven. eine Tagungsdokumentation in Zusammenarbeit mit dem Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule.
- CHARLIER, Siegfried (2001): Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik für Pflegeberufe. 5 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme (Basiswissen Pflege).
- DITTMAR, Norbert (2009): Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung, 10).
- EPPLER, Erhard (2000): Was braucht der Mensch? Vision: Politik im Dienst der Grundbedürfnisse. Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl. (Visionen für das 21. Jahrhundert, 11).
- FLICK, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).
- FREUND, Ulli; RIEDEL-BREIDENSTEIN, Dagmar (2004): Sexuelle Übergriffe unter Kindern. Handbuch zur Prävention und Intervention. Köln.
- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara; LANGER, Antje: Das Problemzentrierte Interview. In: Friebertshäuser, et al. (2010), S. 442–443.
- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara; LANGER, Antje: Leitfaden- und erzählgenerierende Interviews. In: Friebertshäuser, et al. (2010), S. 439–441.



- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara; LANGER, Antje; Prengel, Annedore (2010): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Aufl. (Handbuch (Juventa Verlag)).
- FÜRL-RIEDE, Christiane (2001): Sexualität trotz(t) Handicap. Stuttgart: Thieme.
- GRAUPER, Helmut (2010): Der juristische Blick: Sexualität und Recht - zwischen Schutz und Bevormundung. In: Ulrike Busch (Hg.): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven. eine Tagungsdokumentation in Zusammenarbeit mit dem Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule, S. 169–182.
- GROND, Erich (2011): Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können. s.l: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- HEINZ, Claudia; JUNG-HEINTZ, Heike, STRAUB-WESTPHAL Tanja: ATL Kind, Frau, Mann sein. In: Liliane Juchli: Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Hg. v. Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Ursula Geißner, Martina Gümmer und Lothar Ullrich. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 420–433.
- HILGEFORT, Julia (2016): Der Wunsch nach Sex bleibt. Pflegetabu: Auch alte und kranke Menschen haben sinnliche Bedürfnisse. In: *Ruhrnachrichten*, 20.09.2016 (DOLO9, Nr.220, 38. Woche).
- HOCHGRÄFE, Harald (1988): Das Erziehungskonzept in der humanistischen Psychologie A. H. Maslows. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges (Reihe Psychologie, 16).
- HORNUNG, Rainer; LÄCHLER, Judith (2006): Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. [Lehrbuch und Nachschlagewerk]. 9. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF) (Hg.) (2008 (englisch), 2009 (deutsch)): Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. United Kingdom, London.
- JUCHLI, Liliane: Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Hg. v. Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Ursula Geißner, Martina Gümmer und Lothar Ullrich. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- KLIE, Thomas; STASCHEIT, Ulrich (2005): Gesetze für Pflegeberufe. 9. Aufl., Stand: 1. Sept. 2005. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges. (Nomos-Gesetze).
- KLINIKUM DORTMUND GGMBH: Unternehmen. Leitbild. Unser Leitbild. Internetdokument: <http://www.klinikumdo.de/unternehmen/leitbild/unser-leitbild.html>, zuletzt geprüft am 01.04.2017, 09:42 Uhr.
- LANGENSCHIEDT (2002): Langenscheidt grosses Schulwörterbuch Lateinisch-Deutsch. Berlin, Zürich: Langenscheidt.
- MASLOW, Abraham Harold (1978): Motivation und Persönlichkeit. 2. Aufl. Olten: Walter-Verl.
- MAYRING, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. (Beltz Studium).
- MAYRING, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz (Studium Paedagogik).
- MAYRING, Philipp; Brunner, Eva: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Friebertshäuser, et al. (2010), S. 323–333.
- MEUSER, Michael; NAGEL, Ulrike: Experteninterview - wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. 1. Die Expertin als wissenssoziologische Figur. In: Friebertshäuser, et al. (2010), S. 457–463.
- MOBERG, Kerstin Uvnäs; STREIT, Uta; JANSEN, Fritz (2016): Oxytocin, das Hormon der Nähe. Gesundheit - Wohlbefinden - Beziehung. In: *Oxytocin, das Hormon der Nähe*.
- NEANDER, Klaus-Dieter (2014): "Sich als Mann oder Frau fühlen ...". Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege. 1. Aufl. Brake: Prodos-Verl.
- NOHL, Arnd-Michael (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. (Qualitative Sozialforschung, 16).

- NOMOS (2001) : Gesetze für die soziale Arbeit. Textsammlung (2011). Ausg. 2011/2012 ; Stand: 25. August 2011. Baden-Baden: Nomos (NomosGesetze).
- NYDAHL, Peter; BARTOSZEK, Gabriele (2012): Basale Stimulation. Wege in der Pflege Schwerstkranker. 6. Aufl. s.l: Urban Fischer Verlag - Nachschlagewerke.
- OELKE, Uta: Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Unter Mitarbeit von Getrud Hundenborn und Cornelia Kühn. In: Ausbildungsrichtlinie für staatlich anerkannte Krankenpflege.
- ORTLAND, Barbara (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer (Heil- und Sonderpädagogik).
- QUINDEAU, Ilka (2014): Sexualität. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag (Analyse der Psyche und Psychotherapie, 8).
- REUTER, Peter (2004): Springer Lexikon Medizin. Berlin etc: Springer.
- RINNAB, L.; SCHRADER, A.J; SCHRADER, M.; ZENGERLING, F. (2012): Männliche Sexualität im Alter. In: *Urologe* 51 (10), S. 1399–1413.
- ROSEMEIER, Hans Peter; BEIER, Klaus M. (1993): Intimität und Sexualität. München: Quintessenz (Psychomed. Sonderband, 1).
- ROSEN, R. C.; CAPPELLERI, J. C.; SMITH, M. D.; et al. (1999, Dec.): Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. In: *International Journal of Impotence Research (Int. J. Impot. Res.)* (11 (6)), S. 319–326.
- RULAND, Tobias (2016): Die Psychologie der Intimität. Was Liebe und Sexualität miteinander zu tun haben. Dritte Auflage.
- SANDFORT, Lothar (2007): Hautnah! Neue Wege der Sexualität behinderter Menschen. 2. Aufl. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher (Materialien der AG SPAK, 152).
- SCHLÜTER, Herman (Hg.): Rechtslexikon. Sittengesetz. Internetdokument: <http://www.rechtslexikon.net/d/sittengesetz/sittengesetz.htm>, zuletzt geprüft am 13.03.2017, 13:39 Uhr.
- SCHMIDT, Gunter (2014): Das neue Der Die Das. Über die Modernisierung des Sexuellen. Überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Gießen, Lahn: Psychosozial-Verlag (Sachbuch Psychosozial).
- SCHÖLKOPF, Martin; STAPF-FINÉ, Heinz: Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung. Daten, Trends und Schlussfolgerungen für die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland. In: *Das Krankenhaus*, 02/2003, S. 111–120. Internetdokument: <https://www.kgsh.de//pub/lit/anl/kh0203.pdf>, zuletzt geprüft am 08.03.2017, 15:02 Uhr.
- SCHOOLMANN, Silke: Pflgetheorien. Bedeutung von Pflgetheorien für die Praxis. In: Liliane Juchli: Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Hg. v. Edith Kellnhauser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Ursula Geißner, Martina Gümmer und Lothar Ullrich. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 46–55.
- SIELERT, Uwe (1993): Sexualpädagogik. Konzeption und didaktische Anregungen. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz sozial).
- SIELERT, Uwe (2005): Einführung in die Sexualpädagogik. In: *Beltz-Studium*.
- SIGUSCH, Volkmar (2013): Sexualitäten. Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. In: *Sexualitäten*.
- SPIEGEL ONLINE GMBH (10.01.2017): Sex auf Rezept. Debatte über Sexualbegleitung. hei/dpa/AFP. Internetdokument: <http://www.spiegel.de/gesundheit/sex/sexualbegleitung-fuer-behinderte-umsetzung-von-grundrecht-oder-prostitution-a-1129343.html>, zuletzt geprüft am 05.05.2017, 20:15 Uhr.
- STÄDTISCHES KLINIKUM BRAUNSCHWEIG GGMBH (Hg.): Kliniken. Klinikum Dortmund. Internetdokument: <https://www.klinikum-braunschweig.de/index.php?id=929Arbeitsdirektor>, zuletzt geprüft am 09.03.2017, 14:37 Uhr.

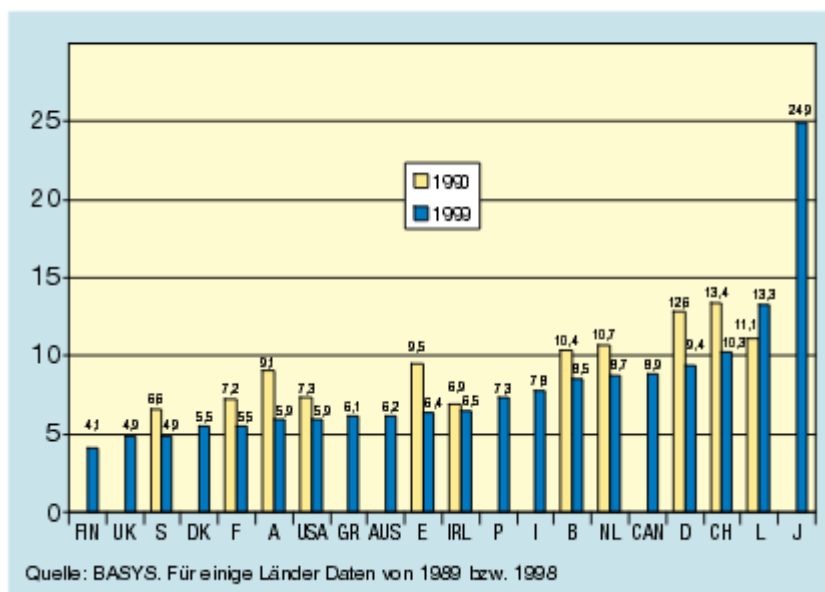
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2016): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Wiesbaden (Gesundheit, Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Internetdokument: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html>, zuletzt geprüft am 28.02.2017, 13:59 Uhr.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Destatis) (Hg.) (2017): Krankenhäuser und Versorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale. Jahr: 2015, Einrichtungmerkmale: Krankenhäuser insgesamt. Gesundheitserstattung des Bundes - gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Internetdokument: [www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC), zuletzt geprüft am 27.02.2017, 21:41 Uhr.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Destatis) (Hg.) (2017): Krankenhausstatistik. Krankenhäuser, Betten, Patienten: Deutschland, Jahre. Jahre 1991-2015. Internetdokument: [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=A29EC53B9BAE16FC173B9D9BC6A41493.tomcat\\_GO\\_2\\_1?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1489062519242&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23111-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;jsessionid=A29EC53B9BAE16FC173B9D9BC6A41493.tomcat_GO_2_1?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1489062519242&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23111-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf), zuletzt geprüft am 09.03.2017, 13:33 Uhr.
- STEMMER, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 57).
- STRAUB-WESTPHAL, Tanja: ATL Kind, Frau, Mann sein. Veränderungen, die durch Krankheiten ausgelöst werden. In: Liliane Juchli: Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Hg. v. Edith Kellnhäuser, Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Ursula Geißner, Martina Gümmer und Lothar Ullrich. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 429–431.
- THIELE, Carla (2012): Guter Sex ohne Stress. Berlin: Marion von Schröder.
- TIEMANN, Anne (2010): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Orientierung - Entwicklung im Menschenrechtsschutz. Sexuelle Selbstbestimmung im Kontext sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität. In: Ulrike Busch (Hg.): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven. eine Tagungsdokumentation in Zusammenarbeit mit dem Institut für Angewandte Sexualwissenschaft der Hochschule, S. 136–159.
- TROST, Alexander (Hg.) (2009): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und pädagogische Berufe. 4. Aufl. Dortmund: Borgmann.
- VAN DER VIGHT-KLUßMANN, Ruth: (Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe. Mit Praxisleitfaden. In: *(Kein) Sex im Altenheim?*
- WHO-REGIONALBÜRO FÜR EUROPA (Hg.): Gesundheitsthemen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit. Definition. WHO. Internetdokument: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>, zuletzt geprüft am 10.03.2017.
- WITTMANN, Marius (2013): Umgang mit der Sexualität von Bewohnern im Pflegeheim. [Place of publication not identified]: Grin Verlag.
- WITZEL, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main [u.a.]: Campus-Verl. (Campus Forschung, 322).
- ZEIT ONLINE GMBH (08.01.2017Uhr): Grüne fordern Sex auf Rezept für Pflegebedürftige. Sexualassistenten. KNA, mfh. Internetdokument: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2017-01/sexualassistenten-gruene-sex-schwerkranken>, zuletzt geprüft am 05.05.2017, 20:20 Uhr.
- ZETTL, Stefan (2000): Krankheit, Sexualität und Pflege. Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Pflege)

## Anhang

### Abbildungen

**Abbildung 1** Durchschnittliche Verweildauer im internationalen Jahresvergleich

**Abbildung 7: Durchschnittliche Verweildauer im Akutkrankenhaus 1990 bis 1999 in Tagen**



Quelle: Das Krankenhaus, Ausgabe 02/2003, Seite 115

## Abbildung 2 Durchschnittliche Verweildauer im nationalen Jahresvergleich

### Krankenhäuser, Betten, Patienten: Deutschland, Jahre

Grunddaten der Krankenhäuser\*  
Deutschland

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Patienten	Berechnungs-/ Belegungstage	Durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	1000	Tage
1991	2411	665565	14576613	204204	14
1992	2381	646995	14974845	198769	13,2
1993	2354	628658	15191174	190741	12,5
1994	2337	618176	15497702	186049	11,9
1995	2325	609123	15931168	182627	11,4
1996	2269	593743	16165019	175247	10,8
1997	2258	580425	16429031	171837	10,4
1998	2263	571629	16847477	171802	10,1
1999	2252	565268	17092707	169696	9,9
2000	2242	559651	17262929	167789	9,7
2001	2240	552680	17325083	163536	9,4
2002	2221	547284	17432272	159937	9,2
2003	2197	541901	17295910	153518	8,9
2004	2166	531333	16801649	146746	8,7
2005	2139	523824	16539398	143244	8,7
2006	2104	510767	16832883	142251	8,5
2007	2087	506954	17178573	142893	8,3
2008	2083	503360	17519579	142535	8,1
2009	2084	503341	17817180	142414	8
2010	2064	502749	18032903	141942	7,9
2011	2045	502029	18344156	141676	7,7
2012	2017	501475	18620442	142024	7,6
2013	1996	500671	18787168	141340	7,5
2014	1980	500680	19148626	141534	7,4
2015	1956	499351	19239574	141281	7,3

(C)opyright Statistisches Bundesamt (Destatis),  
2017

### Abbildung 3 Durchschnittliche Verweildauer auf Bundeslandebene

**Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale**

Diese Tabelle bezieht sich auf:

Jahr: 2015, Einrichtungsmerkmale: Krankenhäuser insgesamt

Region	Sachverhalt			
	Einrichtungen Anzahl	Fallzahl	Berechnungs-/ Belegungstage	Verweildauer (Tage)
Deutschland	1.956	19.239.574	141.281.148	7,3
Baden-Württemberg	268	2.138.825	15.794.691	7,4
Bayern	360	2.959.312	21.415.714	7,2
Berlin	81	825.288	6.124.245	7,4
Brandenburg	56	564.722	4.437.548	7,9
Bremen	14	211.268	1.453.180	6,9
Hamburg	54	502.375	3.792.500	7,5
Hessen	162	1.369.768	10.244.386	7,5
Mecklenburg-Vorpommern	39	411.767	2.880.448	7,0
Niedersachsen	191	1.694.548	12.207.861	7,2
Nordrhein-Westfalen	352	4.546.310	33.321.074	7,3
Rheinland-Pfalz	90	942.187	6.760.728	7,2
Saarland	22	279.997	2.012.172	7,2
Sachsen	78	1.006.930	7.476.295	7,4
Sachsen-Anhalt	48	603.769	4.349.967	7,2
Schleswig-Holstein	97	599.675	4.523.467	7,5
Thüringen	44	582.837	4.486.872	7,7
Stadtstaaten: Berlin, Bremen, Hamburg	149	1.538.931	11.369.925	7,4

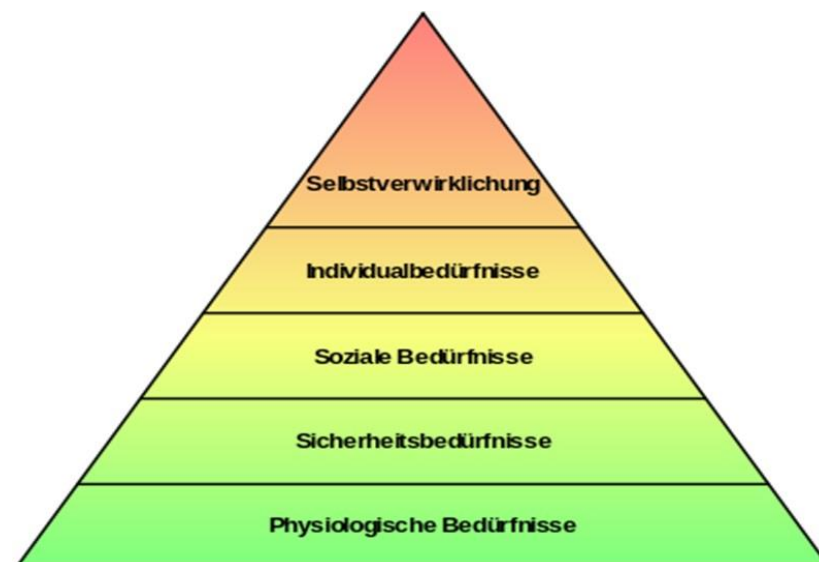
Die Tabelle wurde am 27.02.2017 21:41 Uhr unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) erstellt.

[http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_FORMPROC](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC)

Quelle: Statistisches Bundesamt

### Abbildung 4 Bedürfnispyramide nach Maslow

Vereinfachte Darstellung der Bedürfnispyramide nach Maslow



## Abbildung 5 Pflgetheorien im Vergleich

### Pflgetheorien: Modelle im Vergleich

14 Grundbedürfnisse des Menschen nach Henderson	12 Lebensaktivitäten (LA) nach Roper, Logan, Tierney (veränderte Reihenfolge)	12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Juchli (veränderte Reihenfolge)
		
1. Normal atmen	Atmen	Atmen
2. Angemessen essen und trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken
3. Körperausscheidungen beseitigen	Ausscheiden	Ausscheiden
4. Bewegung und angemessene Körperhaltung bewahren	Sich bewegen	Sich-bewegen
5. Ruhen und Schlafen	Schlafen	Wach sein und schlafen
6. Auswahl angemessener Kleidung sowie aus- und ankleiden	Sich sauber halten und kleiden	Sich waschen und kleiden
7. Körpertemperatur im Normalbereich halten	Regulieren der Körpertemperatur	Körpertemperatur regulieren
8. Körper sauber halten; Pflege und Schutz der Haut	s. oben (Sich sauber halten und kleiden)	s. oben (Sich waschen und kleiden)
9. Gefahren der Umgebung sowie Gefährdung anderer vermeiden	Für eine sichere Umgebung sorgen	Sich sicher fühlen und verhalten
10. Kommunizieren mit anderen zum Austausch von Emotionen, Meinungen und Sorgen	Kommunizieren	Kommunizieren
	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Kind, Frau, Mann sein
11. Ausübung des eigenen Glaubens		Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen
12. Einer Arbeit nachgehen, die ein Gefühl von Zufriedenheit erzeugt	Arbeiten und Spielen	Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
13. An verschiedenen Arten der Erholung teilnehmen	s.oben (Arbeiten und Spielen)	s. oben (Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen)
14. Neugierde, Entdeckung und Lernen ermöglichen, die die Gesundheit fördern	s.oben (Arbeiten und Spielen)	s. oben (Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen)
	Sterben	s. oben (Sinn finden im Werden – Sein – Vergehen)

## Abbildung 6 Pflege Theorie nach Krohwinkel

### Die 13 ABEDL nach Krohwinkel

<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>kommunizieren können</b></li><li>2. <b>sich bewegen können</b></li><li>3. <b>vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können</b></li><li>4. <b>sich pflegen können</b></li><li>5. <b>essen und trinken können</b></li><li>6. <b>ausscheiden können</b></li><li>7. <b>sich kleiden können</b></li><li>8. <b>ruhen, schlafen und sich entspannen können</b></li><li>9. <b>sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können</b></li><li>10. <b>sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können</b></li><li>11. <b>für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können</b></li><li>12. <b>soziale Bereiche des Lebens sichern und Beziehungen gestalten können</b></li><li>13. <b>mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können</b></li></ol>	<p><b>Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens (ABEDL's) nach Monika Krohwinkel</b></p>
---	--

Quelle: Neander (2014), Seite 76



## **Anlagen**

### **Anlage 1 Übersicht Pflege-Charta**

#### **Übersicht: Acht Artikel der Pflege-Charta – Kurzform**

##### **Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können.

##### **Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

##### **Artikel 3: Privatheit**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

##### **Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

##### **Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

##### **Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

##### **Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

##### **Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

# Anlage 2 Stamblatt Aufnahme

## Aufnahmestamblatt

<p><b>STAMMDATEN</b></p> <p>Aufkleber: _____</p> <p>Angehörige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung/Name: _____          Betreuungskunde vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung          liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          Verlegung aus Pflegeheim/Krankenhaus/mit Pflegedienst  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> vorhandener <b>Pflegegrad</b> _____  <b>Entlassungsmanagement</b> _____  <input type="checkbox"/> kein erwartbarer poststationärer Unterstützungsbedarf  <input type="checkbox"/> poststationärer Unterstützungsbedarf  <input type="checkbox"/> _____ Blylock (Cut off: 10 Punkte)  <input type="checkbox"/> CM/Sozialdienst informiert</p>	<p><b>Diagnosen/Nebendiagnosen</b></p> <p>Aufnahmediagnose: _____</p> <p><b>Nebendiagnosen:</b></p> <p><b>Allergien/Unverträglichkeiten:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Allergiepass vorhanden</p> <p><b>Körperpflege</b></p> <p><input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei: _____  <input type="checkbox"/> Ganzkörperpflege <input type="checkbox"/> Teilkörperpflege  <input type="checkbox"/> An-/Aus-/Umkleiden  <input type="checkbox"/> Mundpflege  <input type="checkbox"/> Zahnersatz/Prothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten</p>	<p><b>Risikoeinschätzung</b>          (bei erhöhtem Risiko siehe spezielle Dokumente)</p> <p><b>Schmerzsituation</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Schmerzproblematik  <input type="checkbox"/> Akut  <input type="checkbox"/> Chronisch: _____ individuelles Schmerzmaß  <input type="checkbox"/> tumorbedingt <input type="checkbox"/> nicht-tumorbedingt  <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil</p> <p><b>Schmerzintensität</b> NRS          Cut off: akut &gt;3/10 (Ruhe) &gt;5/10 (Belastung)          chronisch, individuelles Schmerzmaß          Lokalisation: _____  <input type="checkbox"/> Schmerzexperten informiert</p> <p><b>Dekubitusgefahr</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine Dekubitusgefahr  <input type="checkbox"/> Dekubitusgefahr          Pkt. Braden-Skala Cut off 17 Pkt.</p> <p><b>Sturzgefahr</b></p> <p><input type="checkbox"/> kein erhöhtes Sturzrisiko  <input type="checkbox"/> erhöhtes Sturzrisiko aufgrund der Risikofaktoren  <b>Chronische Wunde</b>  <input type="checkbox"/> keine chronische Wunde  <input type="checkbox"/> chronische Wunde Art: _____</p> <p><input type="checkbox"/> wund- und therapiebedingte Einschränkungen  <input type="checkbox"/> Wundexperten informiert</p> <p><b>Thrombosegefahr</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keine Thrombose in der Anamnese  <input type="checkbox"/> Thrombose in der Vorgeschichte</p> <p><b>Mangelernährung</b></p> <p><input type="checkbox"/> unbeabsichtigter Gewichtsverlust i.d. letzten drei Monaten  <input type="checkbox"/> Ernährungsexperten informiert</p> <p><b>Kontinenz</b></p> <p><input type="checkbox"/> urin- und stuhlinkontinent  <input type="checkbox"/> Kontinenzprofil: _____</p>	<p><b>MRE Risikoeinschätzung</b>          Screening, wenn einer der folgenden Punkte zutrifft:</p> <p><b>MRSA/MRGN:</b></p> <p><input type="checkbox"/> bekannte MRSA/MRGN-Anamnese  <input type="checkbox"/> Kontakt zu MRSA/MRGN-Patienten in der Klinik  <input type="checkbox"/> aus Alten-/ Pflegeheim  <input type="checkbox"/> Auslandsanamnese (insbesondere dortigem Klinikaufenthalt oder Risikoregionen)  <input type="checkbox"/> Dialysepatient  <input type="checkbox"/> beruflich tätig in Tiermast  <input type="checkbox"/> Klinikaufenthalt (&gt;3Tage) in letzten 12 Monaten  <input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten  <input type="checkbox"/> chronische Pflegebedürftigkeit  <input type="checkbox"/> liegende Katheter: (ZVK/DK/PEG-Sonde; SPF etc.)  <input type="checkbox"/> Hautulcus/ Gangrän/ chron. Wunde / tiefe Weichteilinfektion / Brandverletzungen</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Screening nicht erforderlich</b></p>	<p><b>Bewegung/Mobilität</b></p> <p>Eigene Hilfsmittel: _____</p> <p><input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei der Lage-/Positionsveränderung  <input type="checkbox"/> Hinfähigkeit</p> <p><b>Ernährung</b></p> <p>Gewohnte Flüssigkeitsmengen ca. _____ ml/Tag  <input type="checkbox"/> spezielle Diät  <input type="checkbox"/> Normalkost (leicht/voll)          Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Vorbereitung</p> <p>MSP/PEG/PEJ etc.: Art der Sondenkost: _____          Menge Tag: _____          Größe: _____ Gewicht: _____ BMI _____</p> <p><b>Ausscheidung</b></p> <p><input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> DK/SPF seit/letzter Wechsel: _____          Defäkation: _____  <input type="checkbox"/> Anus Praeter Versorgung mit: _____</p>	<p><b>Hautzustand</b></p> <p><input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> sensibel</p> <p><b>Atmung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Atemprobleme  <input type="checkbox"/> Trachealkanüle</p> <p><b>Sehen/Hören</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sehhilfen  <input type="checkbox"/> Hörhilfen  <input type="checkbox"/> Besonderheiten: _____</p> <p><b>Bewusstseinslage</b></p> <p>Fehlende Orientierung zu:  <input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Ort <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> situativ          Bewusstseinsbeeinträchtigung: _____</p> <p><b>Gewohnheiten</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen/Med.          Art: _____</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>Verständigung: _____</p> <p><b>Glaube/Religion/Psychologe</b></p> <p><input type="checkbox"/> Seelsorger/Glaubensvertreter          Psychologe gewünscht/angemeldet</p>	<p><b>Wertsachen</b></p> <p><input type="checkbox"/> zum Umgang mit Wertsachen informiert</p> <p><b>Besonderheiten</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>PKMS</b></p> <p><input type="checkbox"/> PKMS</p> <p><b>Aufnehmende Pflegenden</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alle nicht ausgefüllten Felder besagen, dass der Patient zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung keine pflegerisch zu berücksichtigenden Beeinträchtigungen aufweist.</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>
---	---	--	---	--	--	--	--

### **Anlage 3 Fragebogen Patient\*innen**

## **Interviewleitfaden – Problemzentrierter Fragebogen**

### **Patient\*innen als Interview- Partner\*innen**

Ja, wir haben heute den [Datum]. Die Interviewter\*in wird anonymisiert. Die Interview-partner\*in wird unter dem Synonym [Name] geführt. Das Informationsblatt wurde ausgehändigt und unterschrieben. Sie können jeder Zeit das Interview abbrechen oder eine Frage nicht beantworten, wenn Sie es nicht möchten. Gut, dann können wir anfangen:

#### **Allgemeine Fragen zum Einstieg:**

- 1.) Wie alt sind Sie?
- 2.) Weshalb sind Sie im Krankenhaus?
- 3.) Wie lange liegen Sie schon hier?
- 4.) Wie lange müssen Sie schätzungsweise im Krankenhaus bleiben?

#### **Fragen zum Thema Sexualität:**

- 5.) Sexualität ist ein vielseitiger Begriff. Was gehört für Sie alles zu dem Begriff „Sexualität“?
- 6.) Die Weltgesundheitsorganisation WHO zählt Sexualität als ein Bestandteil der Gesundheit. Welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen Gesundheit und Sexualität?
- 7.) Wie wichtig ist es für Sie Sexualität auszuleben (in Bezug auf Ihre Gesundheit)?
- 8.) Waren Sie unter dem von Ihnen genannten Verständnis von Sexualität vor ihrem Krankenhausaufenthalt sexuell aktiv?

- 9.) Wie würden Sie Ihr Bedürfnis nach Sexualität während ihres Aufenthaltes hier beschreiben?
- 10.) In der Pflege stehen die Unterstützung und Förderung der alltäglichen Tätigkeiten des Lebens (ATL) im Vordergrund. Einer dieser ATL beschäftigt sich mit der Aufgabe, sich als Mann, sich als Frau und sich als Kind zu fühlen, zu fördern. Was verstehen Sie darunter, sich als Mann oder sich als Frau zu fühlen?
- 11.) Gehört das Ausleben von Sexualität dazu, sich als Mann oder Frau zu fühlen?
- 12.) Wie sehen Sie es, Patientengruppen die Möglichkeit zu geben, Sexualität im Krankenhaus auszuleben bzw. bei Patienten mit längerer Liegedauer Sexualität zu fördern?
- 13.) Ab welchem Zeitraum und unter welchen Umständen ist es angebracht, Ihrer Meinung nach, das Ausleben von Sexualität dem Patienten zu ermöglichen bzw. in seiner Sexualität zu fördern?
- 14.) Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass der Patient im Krankenhaus Sexualität ausleben kann?
- 15.) Wie beurteilen Sie die gegebenen Strukturen im Krankenhaus, die die Förderung von Sexualität im Krankenhaus verhindern?
- 16.) Wie müssten die Strukturen aussehen, um Sexualität zu fördern?
- 17.) Wie denken Sie, reagieren Menschen, wenn sie eine längere Zeit Sexualität nicht ausleben können?
- 18.) Das Thema Sexualität ist in der Öffentlichkeit immer noch ein sehr brisantes Thema. Wie schätzen Sie die Thematik Sexualität, unter Ihrem Verständnis, in der Pflege bzw. im Krankenhaus ein?
- 19.) Möchten Sie sonst noch etwas zu der Thematik Sexualität im Krankenhaus sagen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und dazu bereit erklärt haben, bei dem Interview mitzumachen.

## Anlage 4 Informationsblatt Teilnehmer\*in

# **Informationen für die Teilnahme als Interview-Partner\*in am Forschungsprojekt: „Sexualität im Krankenhaus – zwischen Grundbedürfnis und Tabu in der Pflege“**

Sehr geehrte\*r Interviewteilnehmer\*in!

Ich informieren Sie über das Forschungsprojekt, für das ich Sie gern interviewen möchte, und über mein Vorgehen. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung dazu, dass ich das Interview speichere und auswerte.

Die verantwortliche Leitung des Projekts liegt bei Prof. Dr. Konrad Weller, Professor für Sexuelle Bildung und Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg, als Jahrgangsleiter, neben dem Erstgutachter Prof. Dr. Harald Stumpe (emeritiert); die verantwortungsvolle Durchführung liegt bei Andreas Honke.

In dem Forschungsprojekt möchte ich herausfinden, ob ein Bedarf an ‚sexuellen Bedürfnissen‘ bei (Langzeit-) Patient\*innen vorliegt und wie die Strukturen im Krankenhaus gegeben sind, um ‚sexuellen Bedürfnissen‘ nachgehen zu können. Um das herauszufinden möchte ich hierzu das Fach-Klinikpersonal und Patient\*innen interviewen. Ziel dieser Forschung ist es nach vorliegenden Ergebnissen ggf. eine Handlungsempfehlung und Standard zu formulieren, um Sexualität in den Pflege- und Genesungsprozess mit zu integrieren und als Teil der Gesundheit zu fördern.

Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes. Ethische Grundsätze sind bei dieser Forschung Voraussetzungen. Die Interviewenden unterliegen der Schweigepflicht und sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient wissenschaftlichen Zwecken.

Ich sichere Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Ich gehe sorgfältig mit dem Erzählten um: Ich nehme das Gespräch auf Tonträger auf. Das gesprochene Wort wird abgetippt und nach Fertigstellung der Arbeit gelöscht.
- Ich anonymisiere, d.h. auf Wunsch verändere ich alle Personen-, Orts-, Straßen- und Einrichtungsnamen. Stationen werden lediglich in Kategorien aufgeführt: Kardiologie, Orthopädie, usw.. Berufe werden ebenfalls gruppiert: Leitung oder Fachkraft.

- Die Abschrift Ihres Interviews sowie die Einwilligungserklärung werden mit demselben Code versehen. In einem Dokument, das nur der Projektdurchführer ggf. zur Kontrolle der Projektleitung zugänglich ist, wird eine Übersicht geführt, welches Interview mit welchem Code versehen wurde.
- Ihr Name wird am Ende des Projektes in meinen Unterlagen gelöscht, sodass lediglich das anonymisierte Transkript (abgetipptes Interview) existiert. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur dem Projektdurchführer zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den die Datenschutzbeauftragte\_n nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nur durch den Projektdurchführer in Verbindung gebracht werden.
- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift wird ausschließlich von den Mitarbeiter\*innen des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In die Veröffentlichungen gehen einzelne Zitate ein. Selbstverständlich wird darin nicht erkennbar sein, von welcher Person diese stammen.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass ich Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews verlangt werden. Ein Abbruch des Interviews auf Ihren Wunsch ist zu jedem Zeitpunkt möglich. Es ergeben sich daraus für Sie keinerlei negative Konsequenzen.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, mir Auskunft zu geben, und hoffe, meine wissenschaftliche Arbeit trägt dazu bei, dass die Bedürfnisse von Patient\*innen mehr Beachtung geschenkt werden und Förderung erfahren.

Datum:

07. Februar 2017

Andreas Honke

Student des Masterstudiengangs ‚Angewandte Sexualwissenschaft‘ der Hochschule Merseburg,

Sozialarbeiter / Sexualpädagoge

Sexualpädagoge (isp/gsp)

Systemischer Sexualtherapeut (igst) (i.A.)

Psychozialer Berater und Kommunikationsführung (EFH-RWL)

Gesundheits- und Krankenpfleger

## Anlage 5 Einwilligungserklärung

# **Einwilligungserklärung für die Teilnahme, als Interview-Partner\*in am Forschungsprojekt: „Sexualität im Krankenhaus – zwischen Grundbedürfnis und Tabu in der Pflege“**

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen „freien“ Interviews mit einer Handreichung informiert worden (u.a.: Abbruch des Interviews zu jederzeit möglich; die Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung bei der Abschrift, Löschung des Tonträgers, Löschung von Namen und Kontaktdaten, Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Hinweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Aussagen, die aus dem Zusammenhang genommen wurden und damit nicht mehr mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können. Einzelne Sätze dürfen, unter der Voraussetzung, dass sie nicht mit meiner Person in Zusammenhang gebracht werden können, zitiert werden.

Unter den hier genannten Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

---

Ort, Datum, Unterschrift

---

Ort, Datum, Unterschrift

Code:

## **Anlage 6 Fragebogen Expert\*innen**

### **Interviewleitfaden – Expert\*innen-Fragebogen**

Ja, wir haben heute den [Datum]. Der\_die Interviewte wird anonymisiert. Der Interviewpartner\*in wird unter dem Synonym [Name] geführt. Das Informationsblatt wurde ausgehändigt und unterschrieben. Sie können jeder Zeit das Interview abbrechen oder eine Frage nicht beantworten, wenn Sie es nicht möchten. Gut, dann können wir anfangen:

#### **Allgemeine Fragen zum Einstieg:**

- 1.) Aus welchem Fachbereich kommen Sie?
- 2.) Inwiefern sind sie mit den Bedürfnissen der Patienten vertraut?
- 3.) Die Krankenhäuser versuchen unter wirtschaftlichen Aspekt die Patienten so schnell wie möglich zu entlassen. Ab vielen Tagen würden Sie einen Patienten als Langzeitpatient bezeichnen?
- 4.) Wie oft kommt es vor, dass ein Patient länger als die durchschnittliche Liegedauer (Durchschnittsliegedauer in einem Dortmunder Krankenhaus: 6,6 Tage) im Krankenhaus liegt?
- 5.) Der Pflegebedarf ist von Patient zu Patient unterschiedlich. In welchem Zustand können sich Langzeitpatienten befinden? Wie vermag der Pflegebedarf auszusehen?
- 6.) Trifft dieser Bedarf bei jedem Langzeitpatienten vor?

#### **Fragen zum Thema Sexualität:**

- 7.) Sexualität ist ein vielseitiger Begriff. Was gehört für Sie alles zu dem Begriff Sexualität?
- 8.) Betrachten Sie Sexualität als ein Grundbedürfnis?
- 9.) Die Weltgesundheitsorganisation WHO zählt Sexualität als ein Bestandteil der Gesundheit. Welchen Zusammenhang sehen Sie zwischen Gesundheit und Sexualität?
- 10.) In den Pflegewissenschaften werden die Lehren von Juliana Juchli vermittelt. Im Vordergrund stehen dabei die alltäglichen Tätigkeiten des Lebens (ATL).



Einer dieser ATL beschäftigt sich mit der Aufgabe sich als Mann, Frau und sich als Kind zu fühlen zu fördern. Was verstehen Sie darunter, sich als Mann oder sich als Frau zu fühlen?

- 11.) Gehört das Ausleben von Sexualität dazu, sich als Mann oder Frau zu fühlen?
- 12.) Wie sehen Sie es, Patientengruppen die Möglichkeit zu geben, Sexualität im Krankenhaus auszuleben bzw. bei Patienten mit längerer Liegedauer Sexualität zu fördern?
- 13.) Denken Sie, dass Patienten, die einen längeren Zeitraum im Krankenhaus verweilen, einen Wunsch nach Sexualität verspüren, bei entsprechendem körperlichen Zustand? Was für eine Patientengruppe könnte das sein?
- 14.) Im Krankenhaus kann man sich einen Friseur oder eine Person für die Fußpflege bestellen oder religiöse Bedürfnisse befriedigen, um sich wohl zu fühlen. Wie stehen Sie dazu, Sexualität zu nutzen, damit sich eine Patientengruppe wohl fühlt?
- 15.) Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass der Patient im Krankenhaus Sexualität ausleben kann?
- 16.) Wie beurteilen Sie die gegebenen Strukturen im Krankenhaus, die die Förderung im Krankenhaus verhindern?
- 17.) Wie müssten die Strukturen aussehen, um Sexualität zu fördern?
- 18.) Wie denken Sie, reagieren Menschen, wenn sie eine längere Zeit Sexualität nicht ausleben können?
- 19.) Wenn man den Körper eines Menschen streichelt, kann dies zu einer Oxytocinausschüttung führen. Oxytocin ist auch das sogenannte Kuschel- bzw. Bindungshormon. Diese fördert das Gesundwerden. Wie denken Sie, kann diese Tatsache in Bezug auf Sexualität, in der Zukunft, in der Pflege Einfluss nehmen?
- 20.) Das Thema Sexualität ist in der Öffentlichkeit immer noch ein sehr brisantes Thema. Wie schätzen Sie die Thematik Sexualität in der Pflege bzw. im Krankenhaus ein?
- 21.) Möchten Sie noch generell etwas zu dem Thema Sexualität im Krankenhaus sagen?

Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, bei dem Interview mitzumachen.

## Anlage 7 Deckblatt eines Gesprächsinventar

### Deckblatt Gesprächsinventar

Gesprächspseudonym:	[Text]
Gesprächsnummer:	[Text]
Aufnahmedatum:	[Text]
Aufnahmezeit:	[Text]
Aufnahmeort:	[Text]
Sprecher:	[Text]
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	[Text]
als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview

## Anlage 8 Gesprächsinventar

### Gesprächsinventar

*(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)*

<u>Zeit</u>	<u>Sprecher</u>	<u>Inhalt/Handlung</u>	<u>Forschungsfrage</u>
[Sprechzeit]	[Beantworter]	[Paraphrasierung]	[Kategorie]

## Anlage 9 Transkriptionslegende

# Transkriptionslegende

Transkriptionsregeln in Anlehnung an das GAT:

### Allgemeines

Interviewer	I
Beantworter*in	B1-B23
Timecode	#00:00:00-0#

### Pausen

(.)	kurze Pause – bis zu einer Sekunde
(..)	mittlere Pause – bis zu zwei Sekunden
(...)	längere Pause – bis zu drei Sekunden
(4)	Pausen, länger als drei Sekunden; die Zahl steht für die Sekundendauer

### Akzentuierung

akZENT	Primär- oder Hauptakzent
akzEnt	Neben- bzw. Sekundärakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
AKZENT (!)	das ganze Element wurde besonders hervorhebend betont

### Rezeptionssignale

mhm, ja, nein, nee, ne, ähm, äh, joa.	einsilbige Signale
--	--------------------

### Verschleifung

´Silbe; ´Buchstabe	z.B. statt ‚eine‘ wird ´ne bzw. statt ein wird ´n gesagt
--------------------	--

### Unterbrechungen

Wor/, Wort	das Wort wurde nicht vollständig ausgesprochen
------------	--

Satz /.	Der Satz wurde nicht weitergeführt
//	Unterbrechung des Sprechers durch den anderen
// (Satz) //	Signalisiert den Anfang und Ende des Sprechers, der unterbricht

### **Wortdehnungen**

Wo:rt	Dehnung des Buchstabens im Wort um eine kurze Zeit
Wo::rt	Dehnung des Buchstabens im Wort um eine mittlere Zeit
Wo:::rt	Dehnung des Buchstabens im Wort um eine längere Zeit

### **Sonstige Konventionen**

(Beschreibung) z.B. lachen	para-/außersprachliche Handlungen/Ereignisse,
(?)	unklarer Wortlaut

## **Anlage 10 Anlagenübersicht: Gesprächsdeckblätter / -inventar**

### **Übersicht Codierung, Dauer, Seite**

#### **Experteninterview- Pflegepersonal**

<b>Anlage</b>	<b>Code</b>	<b>Dauer</b>	<b>Seite</b>
Anlage 10.1	001 – ‚Susanne‘	20:15 min.	103
Anlage 10.2	002 – ‚Betty‘	19:36 min.	106
Anlage 10.3	003 – ‚Olga‘	14:54 min.	109
Anlage 10.4	004 – ‚Kätzchen‘	11:38 min.	112
Anlage 10.5	005 – ‚Bolle‘	07:30 min.	115
Anlage 10.6	007 – ‚Schwester‘	16:11 min.	118
Anlage 10.7	008 – ‚Blume‘	12:03 min.	121
Anlage 10.8	009 – ‚Hund‘	23:55 min.	124
Anlage 10.9	011 – ‚Klavier‘	22:01 min.	127
Anlage 10.10	012 – ‚Frau Trüffelzahn‘	19:23 min.	130
Anlage 10.11	013 – ‚Leopold‘	25:06 min.	133

#### **Experteninterview – Ärzt\*innen**

<b>Anlage</b>	<b>Code</b>	<b>Dauer</b>	<b>Seite</b>
Anlage 10.12	014 – ‚Uro‘	09:52 min.	136
Anlage 10.13	015 – ‚Thomas‘	14:48 min.	139
Anlage 10.14	017 – ‚Eugen‘	19:07 min.	142
Anlage 10.15	020 – ‚Paul‘	27:07 min	145

## **Interviews – Patient\*innen**

<b>Anlage</b>	<b>Code</b>	<b>Dauer</b>	<b>Seite</b>
Anlage 10.16	006 – ‚Beate‘	09:04 min.	148
Anlage 10.17	010 – ‚Tina‘	10:54 min.	151
Anlage 10.18	016 – ‚Pauline‘	15:44 min.	154
Anlage 10.19	018 – ‚Handy‘	06:16 min.	157
Anlage 10.20	019 – ‚Hölzchen‘	06:10 min.	160
Anlage 10.21	021 – ‚Barbara‘	08:40 min.	163
Anlage 10.22	022 – ‚Lilly‘	07:44 min.	166
Anlage 10.23	023 – ‚Henrike‘	08:39 min.	169

## Anlage 10.1

### Deckblatt des Gesprächsinventars 001 - Susanne

Gesprächspseudonym:	Susanne
Gesprächsnummer:	001
Aufnahmedatum:	08. Februar 2017
Aufnahmezeit:	18:30 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnung von Susanne
Sprecher:	I: Interviewer B1: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardio-chirurgischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich
als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	20:15 min

## Anlage 10.1.1

### Gesprächsinventar 001 - Susanne

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

Zeit	Sprecher	Inhalt/Handlung	Forschungsfrage
00:00:31-6 – 00:00:33-9	B1	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:52-3 – 00:01:20-2	B1	Individualität; Beziehungs- Verhältnis zu Patient*innen; kein Wissen	Wissen um Bedürfnisse von Patient*innen
00:01:36-1 – 00:01:46-0	B1	Dauer	Langzeitpatient*in
00:02:33-6 – 00:02:51-4 + 00:02:52-0 – 00:02:59-7	B1	Gesundheitszustand Patient*innen; Liegedauer;  Mobilität	Gesundheits- zustand und Pflegebedarf
00:03:07-4 – 00:03:16-7	B1	Pflegebedarf	Pflegebedarf
00:04:04-4 – 00:04:16-5 [...] 00:04:46-6	B1	subjektive Assoziationen zu Sexualität	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:04:56-9 – 00:05:02-0	B1	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:05:14-5 – 00:05:26-3	B1	Gesundheitszustand und Sexualität	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:05:56-5 – 00:06:26-4 + 00:06:47-4 – 00:06:57-8 [...] 00:07:09-6 – 00:07:40-7  [...] 00:07:43-4 – 00:08:02-7 [...] 00:08:11-9 – 00:08:29-9	B1	subjektives Empfinden zum Geschlecht; Verständnisfrage;  Übertragung auf Patient*innen;  Selbstverständlichkeit von Geschlechtsidentität, Verhalten Geschlechterrollen (subjektiv)  soziales Verhalten (gesellschaftlich) auf die Frau bezogen;  auf Mann bezogen	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:08:36-1 – 00:08:37-1	B1	Ironie	Verweis auf J. Juchli



00:08:55-0 – 00:08:57-1	B1	Bejahung	Geschlechts- identität und Sexualität
00:09:32-3 – 00:10:40-4	B1	subjektive Meinung; Verhalten im Krankenhaus; Verweis auf andere Fachrichtung (Beispiel); Verweis auf Privatsphäre; Sexualität im Alter	Meinung:. Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:11:04-4 – 00:11:35-2	B1	Sexualität mit leichter Beeinträch- tigung; Verneinung Sexualität im Alter	Wunsch nach Sexualität; Patientengruppe
00:11:40-0 – 00:11:59-4	B1	Überlegungen zu Sexualität	Auslebensformen von Sexualität im Alter
00:12:08-6 – 00:12:45-5	B1	Berührungen als sexuelle Handlung in der Pflege, eigene Gedanken	Verweis auf Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:13:19-0 – 00:13:44-0 + 00:13:51-8 – 00:14:26-4	B1	Paraphrasieren; Verständnisfrage;  Empfindung des Patienten während Krankheitsphase; Befriedigung Mann; weibliche Sexualität im Alter	Wohlbefinden - durch Sexualität
00:14:37-5 – 00:14:40-5	B1	Verneinung	Möglichkeiten der Auslebung von Sexualität
00:14:50-1 – 00:14:55-8	B1	keine inhaltliche Antwort	gegebene Strukturen
00:15:02-3 – 00:15:16-3	B1	keine inhaltliche Antwort	Wunschstrukturen
00:15:23-8 – 00:15:43-1	B1	Beschreibung Gemütszustand; nicht verstehen;	Fehlen von Sexualität
00:15:50-4 – 00:16:08-6	B1	Verneinung	Auswirkung Fehlen von Sexualität
00:16:31-8 – 00:17:40-0 + 00:17:38-5 00:17:50-7	B1	Körperlicher Kontakt zu Patient-* *innen; Problemdarstellung: zeitliche Strukturen; Pflegetätigkeiten; Beziehung zu Patient*innen	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:17:57-4 00:18:15-4	B1	fehlende Strukturen; Qualität	Rückbezug Wunschstruktur
00:18:33-7 00:19:50-6	B1	subjektive Haltung zum Thema; eigener Wunsch; Kritik Struktur	Einschätzung Sexualität in
00:19:57-0 – 00:19:56-7	B1	Verneinung	Sonstiges

## Anlage 10.2

### Deckblatt des Gesprächsinventars 002 - Betty

Gesprächspseudonym:	Betty
Gesprächsnummer:	002
Aufnahmedatum:	10. Februar 2017
Aufnahmezeit:	14:30 Uhr
Aufnahmeort:	Mitarbeiter-Dienstzimmer
Sprecher:	I: Interviewer B2: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich, im Hintergrund sind Geräusche des Stationsalltags (Patientenschellen, usw.) zu hören, die nicht dokumentiert wurden. Zwei Male wurde das Interview unterbrochen, da Mitarbeiter*innen in das Dienstzimmer gekommen sind.
als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	19:36 min

## Anlage 10.2.1

### Gesprächsinventar 002 - Betty

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

Zeit	Sprecher	Inhalt/Handlung	Forschungsfrage
00:00:31-0 – 00:00:32-5	B2	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:40-3 – 00:00:48-4 + 00:00:50-0 – 00:01:09-8	B2	Verständnisnachfrage  Strukturabhängigkeit; Bestätigung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:25-3– 00:01:46-3	B2	Dauer	Langzeitpatient*in
00:02:08-9 – 00:02:32-2 + 00:02:40-5 – 00:03:05-5	B2	Beschreibung des Durchlaufs der Patient*innen  Anzahl der Patient*innen im Monat	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:03:30-9 – 00:04:06-0	B2	Qualität; Struktur;	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:04:25-4 – 00:04:42-5	B2	Häufigkeit mobiler Langzeit- patient*innen	mobile Langzeit- patienten*innen
00:04:53-1– 00:06:17-6 + 00:06:22-9 – 00:06:44-1	B2	Wirkung auf Frage; subjektive Assoziationen; Bedürfnisse mit- teilen; Verhältnis zum Zustand; erneute subjektive Assoziation; Faktoren	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:06:51-9– 00:06:55-9	B2	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:07:08-6 – 00:07:57-2	B2	Zusammenhang Sexualität Gesundheit; Sprichwort; Effekt	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:08:19-3 – 00:09:09-0	B2	Nachdenken; Persönlichkeitsrecht	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:09:15-9 – 00:09:17-2	B2	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:09:32-8 – 00:10:13-5	B2	subjektive Meinung; Bedarf prüfen; Verhalten im Krankenhaus; Individualität; Zustandsabhängigkeit	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität

00:10:35-8 – 00:11:48-3	B2	Darstellung Patientengruppe; Faktoren (Alter); Nennung Beispiel; Patientengruppe	Wunsch nach Sexualität
00:12:02-9 – 00:12:42-8 + 00:12:49-1 – 00:12:59-4	B2	Auseinandersetzung; Struktur; Aufklärung  Verneinung	Auslebungsformen von Sexualität im Krankenhaus
00:13:09-7 – 00:13:41-1	B2	Strukturen	Strukturen der Verhinderung
00:14:07-5 – 00:15:01-2	B2	Strukturen	Wunschstrukturen
00:15:09-2 – 00:15:25-7	B2	Beschreibung Gemütszustand; Zusammenhang zur Gesundheit	Fehlen von Sexualität
00:16:31-8 – 00:16:23-9	B2	Körperlicher Kontakt in der Pflege	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:16:41-1 – 00:17:40-0	B2	subjektive Haltung zum Thema; Kritik: fehlende Selbstverständlich- keit; Beispiel; Verschlossenheit; Struktur	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Kranken- Haus
00:17:53-7 – 00:18:36-5	B2	Problemnennung; Bezug zur subjektiven Sichtweise andere	Problemnennung
00:18:54-9 – 00:19:23-1	B2	Wunschnennung	Sonstiges

## Anlage 10.3

### Deckblatt des Gesprächsinventars 003 - Olga

Gesprächspseudonym:	Olga
Gesprächsnummer:	003
Aufnahmedatum:	11. Februar 2017
Aufnahmezeit:	00:15 Uhr
Aufnahmeort:	Mitarbeiter-Dienstzimmer
Sprecher:	I: Interviewer B3: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich, im Hintergrund sind Geräusche des Stationsalltags (Patientenschellen, usw.) zu hören, die nicht dokumentiert wurden. Phonetik und Syntax aufgrund nicht inländischer Herkunft nicht hervorragend.
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	14:54 min

## Anlage 10.3.1

### Gesprächsinventar 003 - Olga

*(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)*

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:31-3 – 00:00:34-8	B3	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:41-2 – 00:00:48-4	B3	Verständnisnachfrage Einschätzung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:17-4 – 00:01:23-6	B3	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:36-7 – 00:01:51-0	B3	Häufigkeit	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:02:03-5 – 00:02:11-6	B3	Individualität; Zustand	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:02:26-5 – 00:02:43-5	B3	Individualität; Faktoren	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:03:09-8 – 00:03:59-0	B3	Verallgemeinerung; pflegerische Unterstützung; Subjektivität	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:04:10-0 – 00:04:11-0	B3	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:04:26-1 – 00:04:38-2	B3	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:05:10-1 – 00:05:26-5	B3	Zustandsbeschreibung	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:05:44-8 – 00:05:47-3	B3	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:06:00-7 – 00:06:17-5	B3	Empathie; Eigener Umgang	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:06:36-3 – 00:07:03-5	B3	Darstellung Patientengruppe mit; Zustandsbeschreibung;	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:07:33-5– 00:07:38-3	B3	Subjektive Meinung	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:07:47-2 – [...] 00:09:07-5	B3	Möglichkeiten; Strukturen	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:09:30-8 – 00:10:52-7	B3	Soziales Verhalten der Patient*innen; Verbot im Krankenhaus	Strukturen der Verhinderung
00:11:05-1 – 00:11:24-8	B3	Möglichkeit; Strukturbeschreibung	Wunschstrukturen
00:11:38-2 – 00:11:57-2	B3	Beschreibung Gemütszustand; Individualität	Fehlen von Sexualität
00:12:21-8 – 00:12:48-4	B3	Bedürfnis / Wunsch der Patient*in; eigenes Schamgefühl	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:13:05-9 – 00:13:31-0	B3	subjektive Einschätzung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:13:42-6 – 00:14:18-0	B3	soziales Anpassen von Patient*innen	Sonstiges

## Anlage 10.4

### Deckblatt des Gesprächsinventars 004 - Kätzchen

Gesprächspseudonym:	Kätzchen
Gesprächsnummer:	004
Aufnahmedatum:	11. Februar 2017
Aufnahmezeit:	00:40 Uhr
Aufnahmeort:	Mitarbeiter-Dienstzimmer
Sprecher:	I: Interviewer B4: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich, im Hintergrund sind Geräusche des Stationsalltags (Patientenschellen, usw.) zu hören, die nicht dokumentiert wurden.
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	11:38 min



## Anlage 10.4.1

### Gesprächsinventar 004 - Kätzchen

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:29-0 – 00:00:29-2	B4	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:34-3– 00:00:37-0	B4	Bemessung der Bedürfnisse	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:51-3 – 00:00:53-3	B4	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:04-0 – 00:01:05-8	B4	Häufigkeit	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:01:18-1 – [...] 00:02:07-2	B4	Verständnisfrage; Individualität; Zustand / Beschwerden	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:02:09-8 – 00:02:20-9	B4	Verneinung; Abhängigkeitsfaktoren	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:35-8 – [...] 00:03:09-3	B4	Verallgemeinerung; subjektiv, assoziierte Aufzählung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:14-9 – 00:03:15-5	B4	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:27-6 – 00:03:54-3	B4	Allgemeine Bemessung; bio- chemische Prozesse; emotionale Zustände	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:04:18-9 – 00:04:41-0	B4	Allgemein geschlechtsbezogene Antwort; Aussehen	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:04:49-7 – 00:04:52-2	B4	Bejahung, verunsichert	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:05:19-7 – 00:05:47-1	B4	Strukturen; Zustimmung	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:06:03-9 – 00:06:20-2	B4	Prozentuale Bemessung; Altersgruppen	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:06:41-5 – 00:06:45-2	B4	Subjektive Meinung; Vorkommen	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:06:52-5 – 00:07:04-7	B4	Bemessung in Abhängigkeit von Strukturen	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:07:29-2 – 00:08:07-3	B4	Fakten; Strukturen; objektive Ein- stellung; Funktion des Krankenhauses	Strukturen der Verhinderung
00:08:14-0 – 00:08:52-5	B4	subjektive mangelnde Notwendigkeit Abhängigkeit der Fachabteilung; Struktur	Wunschstrukturen
00:09:02-6 – 00:09:19-7	B4	Beschreibung Gemütszustand; Individualität; soziales Umfeld	Fehlen von Sexualität
00:09:41-9 – 00:10:05-2	B4	Bewertung; Alltagsbeschreibung; Häufigkeit	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:10:18-2 – 00:10:43-8	B4	Befürwortung Patient*innensicht; Verdrängung aus Sicht des Personals	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:11:01-6 – 00:11:29-7	B4	institutionsbezogene Relevanz Einstufung	Sonstiges

## Anlage 10.5

### Deckblatt des Gesprächsinventars 005 - Bolle

Gesprächspseudonym:	Bolle
Gesprächsnummer:	005
Aufnahmedatum:	12. Februar 2017
Aufnahmezeit:	14:15 Uhr
Aufnahmeort:	Mitarbeiter-Dienstzimmer
Sprecher:	I: Interviewer B5: Interviewter, der als Fachpflegekraft auf einer dermatologischen Station gearbeitet hat
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist männlich, im Hintergrund sind Straßengeräusche zu hören, die nicht dokumentiert wurden. Interviewte ist nicht mehr im aktiven Dienst, daher nicht alle Fragen beantwortbar.
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	07:30 min.

## Anlage 10.5.1

### Gesprächsinventar 005 - Bolle

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:25-2 – 00:00:28-0	B5	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:33-2 – 00:00:42-2	B5	Bemessung der Bedürfnisse	Wissen um Bedürfnissen von Patient*in
00:00:55-3 – 00:01:02-8	B5	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:10-5 – 00:01:29-1	B5	Häufigkeit; Begründung	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:01:40-8 – 00:01:49-4	B5	keine Antwort; Unterschiedlichkeit	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:02:05-1 – 00:02:06-8	B5	Bejahung	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:26-3 – 00:02:47-5	B5	keine Antwort	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:02:52-9 – 00:02:56-2	B5	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:06-8 – 00:03:24-4	B5	subjektive Aufzählung; Befindlichkeit	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:03:50-7 – 00:03:54-3	B5	keine Antwort	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:04:15-3 – 00:04:19-7	B5	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:04:38-3 – 00:04:42-8	B5	keine Antwort	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:05:00-6 – 00:05:14-3	B5	Bejahung; Aufzählung	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:05:31-1 – 00:05:35-5	B5	keine Antwort	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:05:43-5 – 00:05:49-1	B5	Keine Antwort	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:05:58-7 – 00:06:04-5	B5	Keine Antwort	Strukturen der Verhinderung
00:06:09-5 – 00:06:14-4	B5	Keine Antwort	Wunschstrukturen
00:06:23-3 – 00:06:36-9	B5	Individualität; emotionaler Ausdruck	Fehlen von Sexualität
00:07:00-0 – 00:07:04-1	B5	Keine Antwort	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:07:11-4 – 00:07:17-5	B5	Tabu	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:07:23-2 – 00:07:24-8	B5	Verneinung	Sonstiges

## Anlage 10.6

### Deckblatt des Gesprächsinventars 007 - Schwester

Gesprächspseudonym:	Schwester
Gesprächsnummer:	007
Aufnahmedatum:	15. Februar 2017
Aufnahmezeit:	23:30 Uhr
Aufnahmeort:	Mitarbeiter-Dienstzimmer
Sprecher:	I: Interviewer B7: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich, im Hintergrund sind Geräusche des Stationsalltags (Patientenschellen, usw.) zu hören, die nicht dokumentiert wurden.
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	16:11 min

## Anlage 10.6.1

### Gesprächsinventar 007 - Schwester

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:29-1 – 00:00:44-1	B7	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:52-4 – 00:01:07-1	B7	keine Antwort	Wissen um Bedürfnissen von Patient*in
00:01:21-2 – 00:01:27-9	B7	Abteilung; Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:40-6 – 00:02:00-2	B7	Häufigkeit	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:02:13-1– 00:02:24-9	B7	Beschreibung Langzeitpatient*in	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:02:33-3 – 00:02:42-5	B7	Bejahung	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:03:14-4 – 00:03:38-4	B7	Auflistung subjektiver Assoziationen	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:42-4 – 00:03:44-5	B7	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:55-5 – 00:04:10-5	B7	Aufzählung subjektives Wohlbefinden	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:04:37-5 – 00:04:52-6	B7	Geschlechtsidentität; soziales Ausleben	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:05:01-0 – 00:05:19-6	B7	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:05:36-5 – [...] 00:06:42-4	B7	Situationsbeschreibung; Grenzen; Bedarf	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:06:57-9 – 00:07:15-9	B7	Vermutung; subjektives Empfinden	Wunsch nach Sexualität
00:07:25-7 – 00:07:49-2	B7	Liegedauer; Individualität	Patientengruppe
00:08:21-5 – 00:08:43-6	B7	individuelle Bedürfnisse	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:08:55-2 – [...] 00:09:48-3	B7	mögliche Strukturen; Verneinung	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:10:09-9 – [...] 00:10:53-1	B7	Allgemeine Struktur; Haltung Abweisung Zuständigkeit	Strukturen der Verhinderung
00:11:02-3 – [...] 00:12:10-4	B7	Verweis ATL; Strukturen; Haltung	Wunschstrukturen
00:12:21-5 – 00:12:52-9	B7	Beschreibung Verhalten	Fehlen von Sexualität
00:13:26-5 – 00:13:54-1	B7	Verweis auf A-S-E	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:14:08-6 – [...] 00:15:53-0	B7	Tabu; Abweisung; Umsetzung; Bedürfnisse; Strukturen; Abgrenzung Problemnennung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:16:02-6 – 00:16:03-4	B7	Verneinung	Sonstiges



## Anlage 10.7

### Deckblatt des Gesprächsinventars 008 - Blume

Gesprächspseudonym:	Blume
Gesprächsnummer:	008
Aufnahmedatum:	17. Februar 2017
Aufnahmezeit:	13:30 Uhr
Aufnahmeort:	Büro von Blume
Sprecher:	I: Interviewer B8: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer neurologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Pflegekraft ist weiblich und im Dienst höher gestellt
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	12:03 min

## Anlage 10.7.1

### Gesprächsinventar 008 - Blume

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:25-7 – 00:00:28-8	B8	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:33-0 – 00:00:35-9	B8	Bemessung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:46-5 – 00:00:58-9	B8	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:07-7 – 00:01:21-2	B8	Häufigkeit	Häufigkeit der Lieddauer im Durchschnitt
00:01:43-2 – 00:01:51-6	B8	Einstufung Pflegebedarf Zustand	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:01:55-7 – 00:02:00-6	B8	Verneinung, Einschränkung	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:14-8 – 00:02:48-1	B8	Auflistung subjektiver Assoziationen	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:01-3 – 00:03:03-6	B8	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:14-4 – 00:03:33-9	B8	Gleichgewicht	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:03:56-1 – 00:04:34-5	B8	Äußerlichkeiten; Wohlfühlung	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:04:42-4 – 00:04:42-9	B8	Bejahung	Geschlechtsidentität und Sexualität
00:04:55-8 – 00:05:38-6	B8	Patientengruppe; Meinung; Strukturen; Handlungen	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:05:55-2 – 00:06:22-4	B8	Meinung; aktueller Stand; Struktur	Sexualität als Wohlfühlfaktor
00:06:39-7 – 00:07:06-0	B8	Patientengruppe, Alter; Beispiel in Pflege	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:07:18-7 – 00:07:52-9	B8	Bemessung Möglichkeiten; Respektierung der Bedürfnisse Wunschstruktur	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus

00:08:19-6 – 00:08:27-9	B8	Fehlen von allgemeine Strukturen	Strukturen der Verhinderung
00:08:36-7 – 00:09:18-3	B8	Angebot; Enttabuisierung; Akzeptanz von Sexualität und Sexualidentität; Gegenwart und Zukunft	Wunschstrukturen
00:09:26-9 – 00:09:55-8	B8	Individualität; Emotionen	Fehlen von Sexualität
00:10:18-6 – 00:10:45-3	B8	Langzeitpatient*innen; ATL; Effekt	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:10:57-3 – 00:11:26-7	B8	Tabu; Beispiel; Reaktion	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:11:34-0 – 00:11:52-6	B8	Verneinung; Tabu; Verdrängung	Sonstiges

## Anlage 10.8

### Deckblatt des Gesprächsinventars 009 - Hund

Gesprächspseudonym:	Hund
Gesprächsnummer:	009
Aufnahmedatum:	17. Februar 2017
Aufnahmezeit:	14:45 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer Interviewer
Sprecher:	I: Interviewer B9: Interviewter, der als Fachpflegekraft auf einer orthopädischen Station gearbeitet hat
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	23:55 min

## Anlage 10.8.1

### Gesprächsinventar 009 - Hund

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:28-2 – 00:00:28-3	B9	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:40-4 – [...] 00:01:28-6	B9	Problem; Kritik; Beispiele; Bemessung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:51-4 – [...] 00:02:31-7	B9	Allgemeine Dauer; Fachspezifische Dauer; Faktorennennung; Beispiel	Langzeitpatient*in
00:02:48-8 – 00:03:44-4	B9	Häufigkeit; Detailierung; DRG; Vergleich	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:04:17-5 – 00:05:03-9	B9	Einflussfaktor; Pflegebeschreibung; Verlaufsbeschreibung; Individualität; Zustand	Pflegebedarf Langzeitpatient*in
00:05:12-9 – 00:05:53-7	B9	Zustand, Einschränkung; Pflegebedarf; Befinden	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:06:05-1 – 00:07:00-4	B9	Auflistung subjektiver Assoziationen Einzelheiten	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:07:03-9 – 00:07:46-7	B9	Bejahung; Bewertung; Folgeemotionen	Sexualität als Grundbedürfnis
00:07:59-9 – 00:08:41-2	B9	Lust in Abhängigkeit zur Krankheit; Individualität; Beispiel;	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:09:01-7 – 00:10:02-5	B9	Personen und geschlechtsbezogene Pflege; Akzeptanz der Geschlechts- Identität und Intimität	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:10:07-6 – 00:10:31-1	B9	Bejahung; Sexualität als Status	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:10:42-3 – 00:12:55-2	B9	Akzeptanz der Privatsphäre; Kritische Struktur; Komplexität; Meinung; Wunschstrukturen	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:13:11-1 – 00:14:15-4	B9	Patientengruppe; Beispiel: Praxis; Übergriffe; Alter; Vergleich; Demenz	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:14:34-9 – 00:15:49-9	B9	Image; Beispiel: Escort-Service; Zukunftsvermutung; Meinung	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:15:56-2 – 00:16:39-3	B9	Bemessung Möglichkeiten; fehlende Strukturen	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:16:49-8 – 00:17:31-9	B9	Fehlen von allgemeine Strukturen Haltung Personal; Rhetorik; Image	Strukturen der Verhinderung
00:17:39-3 – 00:18:37-1	B9	Beispiel; Meinung; Prioritätsstellung der Probleme; Metapher; Haltung	Wunschstrukturen
00:18:45-4 – 00:19:15-6	B9	Bedürfnis; Emotionen; Zustand	Fehlen von Sexualität
00:19:33-1– 00:20:16-0	B9	Anwendungsbeispiel; Abwehrhaltung	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:20:28-5 – 00:21:15-6	B9	Tabuisierung; innere Triebe	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:21:22-0 – 00:21:54-0	B9	Bedürfnisrespektierung; fehlende Strukturen	Sonstiges
00:22:01-3 – 00:23:46-6	B9	Faktor: Krankheit; Empfehlung bei OP's; Vorschrift; Beispiel: Norovirus Dienstkleidung vs. Privatkleidung	Hygiene

## Anlage 10.9

### Deckblatt des Gesprächsinventars 011 - Klavier

Gesprächspseudonym:	Klavier
Gesprächsnummer:	011
Aufnahmedatum:	20. Februar 2017
Aufnahmezeit:	10:45 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer der Interviewte
Sprecher:	I: Interviewer B11: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer neurologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	22:01 min

## Anlage 10.9.1

### Gesprächsinventar 011 - Klavier

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:24-6 – 00:00:26-5	B11	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:30-2 – 00:00:34-3	B11	Bemessung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:46-2 – 00:01:01-4	B11	Weiterbehandlung; Dauer;	Langzeitpatient*in
00:01:12-8 – 00:01:27-3	B11	Häufigkeit; Zahlen	Häufigkeit der Lieddauer im Durchschnitt
00:01:39-3 – 00:01:58-0	B11	Pflegebeschreibung Neurologie	Pflegebedarf
00:02:06-9 – 00:02:27-2	B11	Individualität; Spekulation	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:41-1 – 00:03:40-6	B11	Körper; Setting; sexuelle Identität	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:46-1 – 00:03:46-8	B11	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:59-0 – 00:04:24-1	B11	Zusammenhang;	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:04:46-2 – 00:05:15-7	B11	Abgabe von Identität im Krankenhaus	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:05:24-8 – 00:06:06-2	B11	Kultur; Rechte; Beispiel; Krankenhausnorm	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:06:19-0 – 00:07:30-8	B11	Bedürfnisabfrage; Realisierung; Beispiel: Körperpflege	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:07:44-7 – 00:10:13-1	B11	drei Beispiele; Medikamenten bezogene Übergriffe; Patient als Opfer; Bedürfnisunbefriedigung	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:10:30-3 – 00:11:32-3	B11	Fortbildung: Basale Stimulation; Holland als Beispiel; Wunsch; fehlende Strukturen; Unternehmenspolitik	Sexualität als Wohlfühlfaktor



00:11:44-6 – 00:13:17-6	B11	Bemessung; Möglichkeiten; Haltung des Personals; Positivbeispiel; Ausnahme	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:13:32-6 – 00:14:04-7	B11	Unternehmensbeschreibung	Strukturen der Verhinderung
00:14:10-4 – 00:15:53-3	B11	Ganzheitliche Ansicht; Wunsch- Strukturen, Bedürfniserfassung	Wunschstrukturen
00:16:02-5 – 00:16:07-7	B11	Bewertung	Fehlen von Sexualität
00:16:30-8 – 00:19:04-1	B11	Bedeutung von Körperkontakt; Erfahrungsbeispiel; Wirkung	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:19:15-7 – 00:20:34-6	B11	Historischer Exkurs; Erklärungsversuch für Nicht- Umsetzung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:20:42-4 – 00:21:52-0	B11	Bedürfnisorientierung; Zukunft von Versorgungseinricht- ungen; Haltung von Unternehmens- leitung	Sonstiges

## Anlage 10.10

### Deckblatt des Gesprächsinventars 012 – Frau Trüffelzahn

Gesprächspseudonym:	Frau Trüffelzahn
Gesprächsnummer:	012
Aufnahmedatum:	22. Februar 2017
Aufnahmezeit:	19:30 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer der Interviewten
Sprecher:	I: Interviewer B13: Interviewte, die als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	19:23 min

## Anlage 10.10.1

### Gesprächsinventar 012 – Frau Trüffelzahn

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:27-1 – 00:00:28-6	B12	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:37-7 – 00:00:57-9	B12	Abhängigkeit; Beziehungsverhältnis	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:11-7 – 00:01:21-1	B12	Dauer; Bewertung	Langzeitpatient*in
00:01:33-6 – 00:01:49-2	B12	Häufigkeit; Begründung	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:02:01-9 – 00:01:58-0	B12	Mobilität; Häusliche Versorgung Geriatric	Pflegebedarf
00:02:56-2 – 00:03:08-7	B12	Verneinung	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:03:18-6 – 00:03:35-0	B12	Kommunikation; subjektive Aufflistung; Körperlichkeiten	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:04:32-5 – 00:04:35-4	B12	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:04:49-5 – 00:05:27-8	B12	Zusammenhang; Gefühlszustände	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:05:50-9 – 00:06:29-5	B12	Weibliche Reize; Körper	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:06:36-9 – 00:07:15-2	B12	Geschlechtsidentität; Bejahung	Geschlechtsiden- tät und Sexualität
00:07:36-8 – 00:09:01-5 + 00:09:03-9 00:09:07-1	B12	Wunschstruktur; gedankliche Vorstellung; fehlende Strukturen;  Meinung	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:09:23-5 – 00:10:09-0	B12	Zustimmung; Patientengruppe	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:10:29-0 – 00:10:51-9	B12	subjektive Erfahrung; Meinung; Folgen	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:10:58-3 – 00:13:17-6	B12	Wunschstrukturen; Bemessung; fehlende Struktur;	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:11:38-3 – 00:12:49-8	B12	Tabuisierung; fehlende Strukturen; fehlendes Bedürfnis	Strukturen der Verhinderung
00:12:58-5 – 00:14:07-7	B12	Enttabuisierung; Asexualität; Strukturen, Sensibilisierung	Wunschstrukturen
00:14:14-3 – 00:15:15-0	B12	Emotionen; Bedürfnisse; Schamge- fühl; Wunschstruktur;	Fehlen von Sexualität
00:15:36-2 – 00:16:33-4	B12	Bedeutung von Körperkontakt; Wirkung	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:16:46-3 – 00:18:15-3	B12	Tabu; Demenz-Patienten; Meinung;	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:18:25-5 – 00:21:52-0	B12	Begeisterung; Meinung;	Sonstiges

## Anlage 10.11

### Deckblatt des Gesprächsinventars 013 – Leopold

Gesprächspseudonym:	Leopold
Gesprächsnummer:	013
Aufnahmedatum:	22. Februar 2017
Aufnahmezeit:	22:45 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer des Interviewten
Sprecher:	I: Interviewer B13: Interviewter, der als Fachpflegekraft auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	das Aufnahme musste einmal kurz wegen Hereinkommen einer Person unterbrochen werden – nicht dokumentiert.
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	25:06 min

## Anlage 10.11.1

### Gesprächsinventar 013 – Leopold

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:26-1 – 00:00:34-6	B13	Funktion; Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:38-5 – 00:01:03-1	B13	Bemessung; Kommunikation	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:16-4 – 00:01:38-0	B13	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:54-2 – 00:02:17-1	B13	Häufigkeit; Schätzung	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:02:35-7 – 00:02:47-3 + 00:02:51-6 00:03:54-0	B13	Patientenrolle;  Pflegebedarf; Psychosoziale Betreuung; Körperliche Betreuung	Pflegebedarf
00:04:01-4 – 00:04:56-8	B13	Verneinung; Pflegebedarf; Genesungsprozess	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:05:12-4 – 00:06:01-5 [...]	B13	Geschlechtsidentität;  Gefühle; Subjektivität; Geschlechts- organe	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:06:11-3 – 00:07:16-7			
00:07:20-7 – 00:07:22-0	B13	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:07:33-2 – 00:08:30-5	B13	Gesundheit; chemische Prozesse; Meinung; Bedürfnis	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:08:51-0 – 00:11:10-9	B13	Individualität; Geschlechtsidentität; Äußerlichkeiten; Hobbies; geschlechtergleiche Pflege	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:11:18-5 – 00:11:53-9	B13	objektives Empfinden; Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:12:09-1 – 00:14:06-0	B13	Bemessung; Patientenrolle; Krankheitsbilder; Meinung; Hygiene	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:14:18-6–	B13	Posieren; Nähe; Differenzierung	Wunsch nach

00:15:11-5		Mann-Frau	Sexualität / Patientengruppe
00:15:27-2 – 00:16:24-7	B13	Meinung; Sexualbegleitung / Sexualassistenz; Struktur; Sicherheit	Sexualität als Wohlfühlfaktor
00:16:30-9 – 00:17:15-6	B13	Verneinung; Tabuisierung Struktur;	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:17:27-6 – 00:12:49-8	B13	Haltung; fehlende Strukturen; Tabuisierung; Verwaltung: Hygiene	Strukturen der Verhinderung
00:18:34-7 – 00:19:07-3	B13	Enttabuisierung; Haltung; Strukturen, Kontaktdaten; Angebot; Verwaltung	Wunschstrukturen
00:19:15-0 – 00:15:15-0	B13	Emotionen; Wohlbefinden; Bedürfnisgewichtung	Fehlen von Sexualität
00:20:29-9 – 00:21:24-1	B13	Bedeutung von Körperkontakt; Wirkung; subjektive Ablehnung	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:21:32-9 – 00:22:53-7	B13	Bemessung; Tabu; Notwendigkeit von Sexualität; Tabuisierung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:23:00-6 – 00:25:11-4	B13	Bemessung; Patientengruppe; Ausbildung; Beispiel, Schamgefühl; Subjektive Erfahrung; Wunschstruktur	Sonstiges

## Anlage 10.12

### Deckblatt des Gesprächsinventars 014 – Uro

Gesprächspseudonym:	Uro
Gesprächsnummer:	014
Aufnahmedatum:	02. März 2017
Aufnahmezeit:	17:15 Uhr
Aufnahmeort:	Büro des Interviewten
Sprecher:	I: Interviewer B14: Interviewter, der als höheres medizinisches Fachpersonal auf einer urologischen Station, in einer Universitätsklinik, arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	09:52 min



## Anlage 10.12.1

### Gesprächsinventar 014 – Uro

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:24-4 – 00:00:25-6	B14	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:34-1 – 00:00:36-4	B14	Bemessung	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:47-1 – 00:00:52-2	B14	Dauer; Zahl	Langzeitpatient*in
00:01:08-7 – 00:01:18-3	B14	Häufigkeit; Schätzung	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:01:30-0 – 00:01:53-7	B14	Individualität; Grundpflege; psychosoziale Pflege	Pflegebedarf
00:02:03-5 – 00:02:07-3	B14	Bejahung; Individualität	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:36-4 – 00:02:36-4	B14	subjektive Aufzählung;	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:02:40-6 – 00:02:41-1	B14	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:02:50-9 – 00:03:06-7	B14	Zusammenhang; Qualität Sexualität; Qualität Gesundheit	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:03:28-1 – 00:03:51-1	B14	Individuum; keine Kategorie	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:04:04-3 – 00:04:04-9	B14	Bejahung	Geschlechtsiden- tät und Sexualität
00:04:20-2 – 00:04:38-2	B14	Bemessung; Strukturen; Rechtliche Gegebenheiten; Meinung	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:04:51-7 – 00:05:14-2 + 00:05:21-6 00:06:08-3	B14	Bedürfnis unabhängig von Liegedauer;  Trennung soziales Umfeld; Ursachen sexuelle Störungen; Patientengruppe	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe

00:06:23-0 – 00:06:29-7	B14	Meinung	Sexualität als Wohlfühlfaktor
-----			
00:06:39-3 – 00:06:43-6	B14	Bemessung; Struktur	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:06:58-8 – 00:07:30-2	B14	Bemessung; Fakten; Wunschstruktur; Enttabuisierung	Strukturen der Verhinderung
00:07:36-7 – 00:08:08-5	B14	Unterschiedliche Sexualität; Möglichkeiten	Wunschstrukturen
00:08:16-3 – 00:08:42-2	B14	Individualität; körperliche Zustände	Fehlen von Sexualität
00:09:00-7 – 00:09:20-6	B14	Palliativmedizin; basale Stimulation; Wirkung; subjektive Ablehnung Möglichkeiten	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:09:37-5 – 00:09:41-3	B14	Tabu;	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:09:46-7 – 00:09:48-2	B14	Verneinung;	Sonstiges

## Anlage 10.13

### Deckblatt des Gesprächsinventars 015 – Thomas

Gesprächspseudonym:	Thomas
Gesprächsnummer:	015
Aufnahmedatum:	03. März 2017
Aufnahmezeit:	16:30 Uhr
Aufnahmeort:	Büro des Interviewten
Sprecher:	I: Interviewer B15: Interviewter, der als höheres medizinisches Fachpersonal auf einer chirurgischen Station, arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	14:48 min

## Anlage 10.13.1

### Gesprächsinventar 015 – Thomas

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:21-9 – 00:00:23-0	B15	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:26-5 – 00:00:38-6	B15	Bemessung; Kommunikation	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:52-1 – 00:01:06-7	B15	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:23-5 – 00:01:47-5	B15	Ausnahme; Schätzung; Häufigkeit	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:01:57-5 – 00:02:28-8	B15	selbständige Grundpflege (ATL);	Pflegebedarf
00:02:33-3 – 00:02:37-3	B15	Bemessung	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:49-1 – 00:03:22-3	B15	Emotionen; Körperlichkeiten	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:27-8 – 00:03:31-5	B15	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:44-0 – 00:04:18-8	B15	Folgen einer Ablehnung;	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:04:39-9 – 00:05:29-6	B15	Eigenwahrnehmung; gesellschaftliche Bestätigung Auf biologische Geschlechter bezogen	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:05:34-8 – 00:04:04-9	B15	Definitionsfrage; Frage der Ablehnung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:06:20-6 – 00:07:44-2	B15	Umfang und Grenzen von; Bedürfnissen; Meinung; Fehlende Strukturen; Bemessung mit andere Institution	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:07:58-3 – 00:08:55-0	B15	Altersgruppen; Vergleich der Altersgruppen; Unterschiedliche Bedürfnisse	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe
00:09:10-0 – 00:09:49-3	B15	Moral; Grenzen; Dauer; Leidens- druck	Sexualität als Wohlfühlfaktor

00:09:58-0 – 00:10:03-8	B15	Bemessung	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:10:13-2 – 00:10:23-0	B15	fehlende Struktur; Struktur;	Strukturen der Verhinderung
00:10:28-5 – 00:11:06-8	B15	Respektierung der Privatsphäre; Stationsablauf;	Wunschstrukturen
00:11:13-6 – 00:11:16-6	B15	Emotion	Fehlen von Sexualität
00:11:38-3 – 00:12:09-8	B15	Körperkontakt; Hygiene	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:12:42-4 – 00:13:15-3	B15	Tabuisierung; Prioritätssetzung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:13:22-1 – 00:14:40-7	B15	Begeisterung; Wunschstrukturen; Wechsel von häuslicher Umgebung In Pflegeinstitutionen; Anwendungs- gebiete	Sonstiges

## Anlage 10.14

### Deckblatt des Gesprächsinventars 017 – Eugen

Gesprächspseudonym:	Eugen
Gesprächsnummer:	017
Aufnahmedatum:	16. März 2017
Aufnahmezeit:	15:15 Uhr
Aufnahmeort:	Büro des Interviewten
Sprecher:	I: Interviewer B17: Interviewter, der als höheres medizinisches Fachpersonal auf einer kardiologischen Station arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	19:07 min

## Anlage 10.14.1

### Gesprächsinventar 017 – Eugen

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:28-2 – 00:00:28-6	B17	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:35-2 – 00:00:42-6	B17	Bemessung; Organ; Ausschuss: Privates	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:00:54-2 – 00:00:59-0	B17	Dauer	Langzeitpatient*in
00:01:06-9 – 00:01:13-6	B17	Häufigkeit	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
00:01:22-9 – 00:01:54-1	B17	Zustands Bemessung; Gründe; Verlaufsprozedere	Pflegebedarf
00:02:07-2 – 00:02:38-1	B17	Bewertung; Komplikationen; Ver- längerung des Aufenthalts	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:02:49-2 – 00:03:10-6	B17	Sexualorgane; Tabu	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:03:14-3 – 00:03:23-4	B17	Bejahung; Tabu	Sexualität als Grundbedürfnis
00:03:34-5 – 00:04:18-8	B17	Integrierung von Sexualität; Spiritualität; Tabuisierung	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:04:45-4 – 00:05:29-6	B17	Individualität; Respekt; Vorteile einer Partnerschaft; Unterschätzung in der Bedeutung	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:05:53-2 – 00:04:04-9	B17	Bejahung; objektive Bewertung der Bedürfnisse; Abhängigkeitsfaktoren	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:07:21-0 – 00:08:18-4	B17	Bemessung; alternative Einrichtungs- ein; Relevanz in Bezug der Dauer; Eingeschränktes Bedürfnis; Bedeu- tung nach dem Aufenthalt; Reden: ja-tätig sein: Nein!	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:08:31-4 – 00:09:34-9	B17	Dauer; Leidensdruck; fehlende Struktur; Meinung; Gesundheits- Effekt; Erlebniserfahrung; Grenzen; Vorkommen	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe

00:09:48-9 – 00:10:32-9	B17	Bewertungsvergleich; fehlende Struktur; Meinung; alternative Einrichtung; keine Verpflichtung	Sexualität als Wohlfühlfaktor
00:10:39-7 – 00:10:32-6	B17	Tabuisierung; fehlende Strukturen; Grenzen; Verbot; Meinung; mögliche Möglichkeiten	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:11:25-3 – 00:12:21-5	B17	Normalität; Meinung, Verbot; Vergleich: Hotel; offene Intimität; Abweisende Haltung;	Strukturen der Verhinderung
00:12:27-5 – 00:13:15-4	B17	subjektive Haltung / Meinung; Ausnahme; Tabuisierung; Lösung: Tagesurlaub	Wunschstrukturen
00:13:21-1 – 00:13:47-4	B17	Emotion; Bedürfnis; Tabuisierung; Alternative Örtlichkeiten zum Ausleben von Sexualität	Fehlen von Sexualität
00:14:06-4 – 00:12:09-8	B17	Körperkontakt: muss in Pflege; Gesundheitseffekt; Ausgenommen: Sexuelle Kontakte	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:15:22-4 – 00:17:30-0	B17	Pflege und engeren Patient*inkontakt; Berufung; Bewertung der Relevanz des Themas; Patientengruppen; Sexualität im Alter; sexuelle Dysfunktionen; Fachspezifische Relevanz; Workshops	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:17:35-7 – 00:19:06-1	B17	Relevanz zur Kardiologie; Problematik nach dem Aufenthalt;	Sonstiges



## Anlage 10.15

### Deckblatt des Gesprächsinventars 020 – Paul

Gesprächspseudonym:	Paul
Gesprächsnummer:	020
Aufnahmedatum:	21. März 2017
Aufnahmezeit:	13:00 Uhr
Aufnahmeort:	Arbeitsraum des Internationale Gesellschaft für systemische Therapie, Heidelberg
Sprecher:	I: Interviewer B20: Interviewte, der als höhere medizinisches Fachpersonal auf einer palliativen Station / Strahlenabteilung arbeitet
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Interviewte ist in der Schweiz tätig
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	27:07 min

## Anlage 10.15.1

### Gesprächsinventar 020 – Paul

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

Zeit	Sprecher	Inhalt/Handlung	Forschungsfrage
00:00:26-4 – 00:00:29-5	B20	Fachabteilung	Fachabteilung
00:00:33-9 – 00:01:39-3	B20	Bemessung; Liegedauer; Bedürfnis; häufiger Körperkontakt	Wissen um Bedürfnissen von Patient*innen
00:01:51-8 – 00:01:58-6	B20	Dauer	Langzeitpatient*in
00:02:20-2– 00:02:53-2	B20	Soziale Kontakte	Pflegebedarf
00:03:12-5 – 00:03:38-9	B20	Häufigkeit; Schätzung	Häufigkeit der Liegedauer im Durchschnitt
		Frage entfallen	Verallgemeinert Langzeitpatient*in
00:04:05-2 00:04:35-2 +	B20	Geschlechtsidentität;	Begrifflichkeit
00:05:18-0 – 00:05:35-3		subjektive Auflistung; Interaktions- geschehen mit dem Partner	„Sexualität“
00:05:38-3 – 00:05:39-2	B20	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:05:48-6 – 00:06:55-6	B20	ganzheitliches Gesundheitsbild; Selbstachtung; Anerkennung Wissen um Bedürfnisse; Bedürfnisse Erfahren / teilen	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:07:17-4 – 00:10:04-8	B20	Emanzipation; Rolle des Mannes / ,männliches‘ Sozialverhalten; Ausleben von Sexualität; Privatsphäre; Aussehen;	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:10:10-2 – 00:10:34-6	B20	Bejahung;	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:10:48-9 – 00:12:14-0	B20	Struktur; Liegedauer; Angebot: Übernachtung; Respektierung der Privatsphäre; Patientenbeurlaubung;	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:12:30-5 – 00:09:34-9	B20	Patientengruppe; Zukunftsängste; stärkeres Bedürfnis bei Männern; FrISChe Beziehungen	Wunsch nach Sexualität / Patientengruppe

00:13:52-8 – 00:15:39-5	B20	Kommunikativer Zugang zum Thema Sexualität; Beziehungsarbeit; Schätzung: Bedürfnis	Sexualität als Wohlfühlfaktor
00:15:45-9 – 00:16:29-9	B20	Strukturen; Angebot: Hochzeit; Grenzen; Verbot; Meinung; mögliche Möglichkeiten	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:16:38-2 – 00:17:10-4	B20	Struktur; Bedürfnisauslebung; Leidensdruck	Strukturen der Verhinderung
00:17:18-4 – 00:17:59-5	B20	Wunschstrukturen: Zeremonien- zimmer	Wunschstrukturen
00:18:07-8 – 00:19:14-6	B20	Emotion; Übergriffe; Hilflosigkeit;	Fehlen von Sexualität
00:19:36-8 – [...] 00:25:03-1	B20	Wunschstruktur; Sex auf Rezept; Sexualität: Präventivarbeit; Sexualassistenz/Sexualbegleitung; Massagen; Förderung von Oxytocin- Ausschüttung; Tabuisierte Pflege (Beispiel); Effekt von Körperkontakt; Einbeziehung von Angehörigen	Einfluss von Oxytocin in der Pflege
00:25:15-1 – 00:26:12-8	B20	Bemessung; Tabu; Ablehnung;	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:26:18-7 – 00:26:53-6	B20	Beruflicher Bedarf in Einrichtungen; Struktur	Sonstiges

## Anlage 10.16

### Deckblatt des Gesprächsinventars 006 – Beate

Gesprächspseudonym:	Beate
Gesprächsnummer:	006
Aufnahmedatum:	14. Februar 2017
Aufnahmezeit:	13:00 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer der Interviewte
Sprecher:	I: Interviewer B6: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	09:04 min

## Anlage 10.16.1

### Gesprächsinventar 006 – Beate

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:26-6 – 00:00:28-6	B6	Alter	Alter
00:00:30-7 – 00:00:40-5	B6	Verschiedene Diagnosen	Diagnose
00:00:43-7 – 00:00:51-5	B6	längste Liegedauer	Liegedauer
00:01:05-8 [...] 00:01:57-4	B6	Streicheln; Intimbereich; Bemessung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:02:07-9 – 00:02:30-5	B6	Bejahung	Sexualität als Grundbedürfnis
00:05:48-6 – 00:02:36-9	B6	Positiver Effekt beim Ausleben; Negativer Effekt beim Wegfallen	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:02:45-5 – 00:02:55-1	B6	keine Sexualität	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:03:27-1– 00:03:47-0	B6	kein Zeitgefühl; vorsichtige Be- jahung; Beziehungsstand; kein Bedürfnis	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:04:06-2 – 00:04:13-4	B6	Kein Bedürfnis; anderer Fokus	Bedürfnis während Aufenthalt
00:04:41-7 – 00:04:50-7	B6	Respekt Geschlechtsidentität	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:04:55-5 – 00:05:01-2	B6	Ahnungslosigkeit (keine Antwort)	Geschlechtsiden- tät und Sexualität
00:05:15-9 – 00:05:24-2	B6	Bejahung; Wunschstruktur	Meinung: Ausleben bzw. Förderung von Sexualität
00:10:48-9 – 00:05:53-5	B6	Individualität; Wunsch	Zeitpunkt der Förderung
00:06:04-7 00:06:08-2	B6	kein Bedürfnis (keine Antwort)	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus

00:06:18-4 – 00:06:32-6	B6	Keine Antwort	Strukturen der Verhinderung
00:06:43-2 – 00:07:17-4	B6	Respektierung der Intimsphäre	Wunschstrukturen
00:07:27-8 – 00:07:37-0	B6	Emotion	Fehlen von Sexualität
00:07:51-9 – [...] 00:08:33-0	B6	Respektierung der Intimsphäre; Wunschstruktur; Geriatrie	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:08:46-5 – 00:08:58-0	B6	Verneinung	Sonstiges

## **Anlage 10.17**

### **Deckblatt des Gesprächsinventars 010 – Tina**

Gesprächspseudonym:	Tina
Gesprächsnummer:	010
Aufnahmedatum:	17. Februar 2017
Aufnahmezeit:	21:00 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer der Interviewte
Sprecher:	I: Interviewer B10: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	10:54 min

## Anlage 10.17.1

### Gesprächsinventar 010 – Tina

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:27-2 – 00:00:28-9	B10	Alter	Alter
00:00:30-8 – 00:00:33-0	B10	Diagnose	Diagnose
00:00:35-3 – 00:00:36-4	B10	Liegedauer	Liegedauer
00:00:49-6 00:01:00-9	B10	Subjektive Auflistung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
		Frage Entfallen	Sexualität als Grundbedürfnis
00:01:14-3 – 00:01:39-2	B10	Wohlbefinden; Ausgleich	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:01:47-8 – 00:01:53-3	B10	Bemessung	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:02:08-4– 00:02:08-6	B10	Bejahung;	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:02:23-3 – 00:02:31-3	B10	Bemessung; Gesundheit	Bedürfnis während Aufenthalt
00:02:55-0 – 00:03:33-0	B10	Intimsphäre wahren; Struktur	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:03:49-3– 00:03:50-7	B10	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:04:04-4 – 00:04:27-5	B10	Bejahung; Grenzen respektieren	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:04:42-0 – 00:04:52-2	B10	Wunschäußerung	Zeitpunkt der Förderung
00:05:25-8 00:05:53-9	B10	Bemessung; fehlende Struktur	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus



00:06:10-3 – 00:06:42-7	B10	fehlende Struktur; fragliche Pflicht der Pflegeeinrichtung	Strukturen der Verhinderung
00:06:53-4 – 00:07:24-8	B10	Wunschstruktur: Angebot / Infor- mation; Tabu; publik machen	Wunschstrukturen
00:07:33-3 – 00:08:03-9	B10	Individualität; Auswirkungen	Fehlen von Sexualität
00:08:20-2 – 00:09:19-9	B10	Bemessung; andere Fokus; Liegedauer und Bedürfnis; Schamgefühl	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:09:36-8 – 00:10:45-5	B10	fehlende Privatsphäre; Schamgefühl;	Sonstiges

## Anlage 10.18

### Deckblatt des Gesprächsinventars 016 – Pauline

Gesprächspseudonym:	Pauline
Gesprächsnummer:	016
Aufnahmedatum:	15. März 2017
Aufnahmezeit:	13:15 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer des Interviewers
Sprecher:	I: Interviewer B16: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	15:44 min

## Anlage 10.18.1

### Gesprächsinventar 016 – Pauline

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:26-1 – 00:00:28-7	B16	Alter	Alter
00:00:31-0 – 00:00:33-7	B16	Diagnose	Diagnose
00:00:36-9 – [...] 00:01:02-7	B16	Liegedauer, Urlaub	Liegedauer
00:01:17-7 00:02:32-8	B16	Subjektive Auflistung; eigener Körper; Örtlichkeiten; Art des Geschlechtsverkehr	Begrifflichkeit ‚Sexualität‘
00:02:43-4 00:03:14-6		Zustimmung; Bedürfnis; Zusammenhang	Sexualität als Grundbedürfnis
00:01:14-3 – 00:01:39-2	B16	Wohlbefinden; Ausgleich	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:03:23-9 – 00:03:43-1	B16	Bemessung; subjektiver Zustand beim Fehlen sexueller Aktivität	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:03:53-5 – 00:03:54-5	B16	Bejahung;	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:04:06-0 – 00:05:00-0	B16	Bemessung; anderer Fokus; Körperzustand; Struktur	Bedürfnis während Aufenthalt
00:05:46-9 – 00:06:04-5	B16	Eigene Körper	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:06:47-0 – 00:07:17-1	B16	Bejahung; Geschlechtsidentität;	Geschlechtsidentität und Sexualität
00:07:33-4 – 00:08:43-7	B16	Bejahung; Grund; Wunschstruktur: Privatsphäre; Meinung	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:08:55-6 – 00:09:28-5	B16	freie Zeit; Krankheitsbildabhängig	Zeitpunkt der Förderung
00:09:39-5 [...] 00:11:17-5	B16	Bemessung; keine Privatsphäre; Erfahrungsbeispiel	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus

00:11:33-5 – 00:12:01-1	B16	Struktur	Strukturen der Verhinderung
00:12:08-2 – 00:13:12-1	B16	Wunschstruktur; Tabu; freie Zeit	Wunschstrukturen
00:13:21-0 – 00:13:46-9	B16	Gemütszustand; Auswirkungen	Fehlen von Sexualität
00:14:00-8 – 00:14:51-7	B16	Unwissenheit; Ort der Genesung; Einschätzung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:14:58-4 – 00:15:38-9	B16	Interesse; Enttabuisierung; Bedürfnis; publik machen	Sonstiges

## **Anlage 10.19**

### **Deckblatt des Gesprächsinventars 018 – Handy**

Gesprächspseudonym:	Handy
Gesprächsnummer:	018
Aufnahmedatum:	17. März 2017
Aufnahmezeit:	13:15 Uhr
Aufnahmeort:	Café, Dortmund - Brackel
Sprecher:	I: Interviewer B18: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Straßengeräusche, sprechende Personen im Hintergrund, nicht im Transkript vermerkt
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	06:16 min

## Anlage 10.19.1

### Gesprächsinventar 018 – Handy

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:24-1 – 00:00:26-5	B18	Alter	Alter
00:00:28-1 – 00:00:36-4	B18	Diagnose; Komplikationen	Diagnose
00:00:39-8 – 00:00:40-8	B18	Liegedauer, Urlaub	Liegedauer
00:00:54-5 00:01:05-5	B18	Subjektive Auflistung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:01:15-5 – 00:01:18-8	B18	Verneinung	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
		Frage nicht gestellt	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:01:30-5 – 00:01:31-3	B18	Bejahung;	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:01:48-3 – 00:01:54-3	B18	Bewertung des Verlangen	Bedürfnis während Aufenthalt
00:02:15-2 – 00:02:41-4	B18	Geschlechtsidentität	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:02:50-5 – 00:02:51-1	B18	Bejahung; Geschlechtsidentität;	Geschlechtsiden- tät und Sexualität
00:03:03-2 – 00:03:08-8	B18	Möglichkeit; Örtlichkeiten	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:03:25-2 – 00:03:34-8	B18	Dauer	Zeitpunkt der Förderung
00:03:41-9 00:03:47-7	B18	Struktur	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:03:55-0 – 00:04:08-6	B18	Struktur; keine Privatsphäre	Strukturen der Verhinderung

00:04:15-3 – 00:04:38-7	B18	Wunschstruktur: Privatsphäre	Wunschstrukturen
00:04:45-8 – 00:05:09-7	B18	Gemütszustand; Auswirkungen	Fehlen von Sexualität
00:05:23-4 – 00:05:50-8	B18	Bedürfnis; Bemessung; Verständnis; Fokus	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:05:56-9 – 00:06:15-0	B18	Verneinung	Sonstiges

## Anlage 10.20

### Deckblatt des Gesprächsinventars 019 – Hölzchen

Gesprächspseudonym:	Hölzchen
Gesprächsnummer:	019
Aufnahmedatum:	19. März 2017
Aufnahmezeit:	20:00 Uhr
Aufnahmeort:	Schlafzimmer während einer Geburtstagsfeier Einer Freundin vom Interviewer, in Essen
Sprecher:	I: Interviewer B19: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	06:10 min



## Anlage 10.20.1

### Gesprächsinventar 019 – Hölzchen

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:25-7 – 00:00:27-1	B19	Alter	Alter
00:00:29-1 – 00:00:30-1	B19	Diagnose	Diagnose
00:00:33-1 – 00:00:33-7	B19	Liegedauer	Liegedauer
00:00:47-7 00:01:03-3	B19	Subjektive Auflistung; Körper per se;	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:01:22-6 – 00:01:29-0	B19	keine Antwort	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:01:37-2 – 00:01:54-3	B19	Bemessung; Auswirkungsbereiche	Wichtigkeit Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:02:07-4– 00:02:09-9	B19	Bejahung	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:02:24-0 – 00:02:38-2	B19	Bemessung; Fokus	Bedürfnis während Aufenthalt
00:02:59-1 – 00:03:05-5	B19	keine Antwort	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:03:20-9 – 00:03:43-2	B19	Wunschstruktur; Struktur;	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:03:49-0 – 00:03:51-1	B19	Bejahung	Geschlechtsiden- tät und Sexualität
00:04:02-6 – 00:04:15-6	B19	Individualität; Dauer	Zeitpunkt der Förderung
00:04:24-1 00:04:34-0	B19	Wunschstruktur	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:04:43-8 – 00:04:59-4	B19	Struktur; keine Privatsphäre	Strukturen der Verhinderung

00:05:04-6 – 00:05:10-1	B19	Wunschstruktur: Privatsphäre	Wunschstrukturen
00:05:15-8 – 00:05:28-6	B19	Gemütszustand	Fehlen von Sexualität
00:05:38-5 – 00:05:58-0	B19	Tabu; Bemessung; Image;	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:06:04-6 – 00:06:05-6	B19	Verneinung	Sonstiges

## **Anlage 10.21**

### **Deckblatt des Gesprächsinventars 021 – Barbara**

Gesprächspseudonym:	Barbara
Gesprächsnummer:	021
Aufnahmedatum:	22. März 2017
Aufnahmezeit:	18:45 Uhr
Aufnahmeort:	Wohnzimmer der Interviewte
Sprecher:	I: Interviewer B21: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	08:40 min

## Anlage 10.21.1

### Gesprächsinventar 021 – Barbara

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:28-2 – 00:00:29-8	B21	Alter	Alter
00:00:32-2 – 00:00:36-0	B21	Diagnose	Diagnose
00:00:38-4 – 00:00:40-9	B21	Liegedauer, Urlaub	Liegedauer
00:00:53-6 – 00:01:08-0	B21	Subjektive Auflistung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:01:19-4 – 00:01:57-5	B21	Zustimmung; Beispiel: Prostata- Krebs-Prophylaxe	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:02:04-2 – 00:02:11-1	B21	Bemessung; subjektives Empfinden	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:02:20-2 – 00:02:21-7	B21	Bejahung;	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:02:31-8 – 00:02:52-8	B21	Bedürfnis; Struktur; Wunschstruktur	Bedürfnis während Aufenthalt
00:03:12-3 – 00:03:44-9	B21	Bemessung; keine Antwort	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:03:54-6 – 00:04:10-1	B21	Allgemeinheit: Bejahung; Ausnahme; Bemessung; Subjektiv: Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:04:21-4 – 00:04:45-1	B21	Bemessung; Wunsch	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:05:14-6 – 00:05:30-0	B21	Wunschäußerung; Individualität	Zeitpunkt der Förderung
00:05:36-6 00:05:42-3	B21	Verneinung	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:05:52-7 – 00:06:10-4	B21	Struktur; keine Privatsphäre	Strukturen der Verhinderung

00:06:18-1 – 00:06:27-7	B21	Wunschstruktur: Privatsphäre	Wunschstrukturen
00:06:35-1 – 00:07:09-1	B21	Gemütszustand; Emotion; Effekt	Fehlen von Sexualität
00:07:21-4 – 00:08:05-7	B21	Zukunftsthema; Tabu;	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:08:11-8 – 00:08:34-0	B21	Bemessung; Bewertung; Bedürfnis; Bewertung: Enttabuisierung	Sonstiges

## **Anlage 10.22**

### **Deckblatt des Gesprächsinventars 022 – Lilly**

Gesprächspseudonym:	Lilly
Gesprächsnummer:	022
Aufnahmedatum:	24. März 2017
Aufnahmezeit:	18:30 Uhr
Aufnahmeort:	Küche der Interviewte
Sprecher:	I: Interviewer B22: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	keine
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	07:44 min

## Anlage 10.22.1

### Gesprächsinventar 022 – Lilly

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:23-1 – 00:00:23-7	B22	Alter	Alter
00:00:27-1 – 00:00:36-4	B22	unbekannte Diagnose	Diagnose
00:00:39-5 – 00:00:41-5	B22	Liegedauer, Urlaub	Liegedauer
00:00:55-2 – 00:01:14-6	B22	Subjektive Auflistung	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:01:23-9 – 00:01:32-2	B22	Verneinung; Notwendigkeit	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:01:39-7 – 00:01:49-5	B22	Notwendigkeit	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:01:58-2 – 00:02:00-4	B22	Bejahung	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:02:09-5 – 00:02:19-8	B22	Verneinung; Fokus	Bedürfnis während Aufenthalt
00:02:39-4 – 00:03:05-9	B22	Geschlechtsbezogene personelle Pflege; Respekt vor Geschlechts- identität; Bedürfnis	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:03:11-4 – 00:03:16-0	B22	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:03:28-5 – 00:03:42-8 + 00:03:54-1 – 00:04:05-3	B22	Bemessung; Meinung;  Vermutung; Wunschstruktur	Meinung: Auslebung bzw. Förderung von Sexualität
00:04:18-4 – 00:04:42-2	B22	Wunschäußerung; Subjektive Notwendigkeit; Focus; Individualität	Zeitpunkt der Förderung
00:04:48-5 00:05:23-1	B22	Wunschstruktur; Beispiel: Gefängnis;	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:05:30-0 – 00:05:55-9	B22	Tabu	Strukturen der Verhinderung

00:05:59-7 – 00:06:20-4	B22	Enttabuisieren; Wunschstruktur	Wunschstrukturen
00:06:28-4 – 00:06:50-7	B22	Emotion; Gemütszustand	Fehlen von Sexualität
00:07:02-7 – 00:07:21-5	B22	Bemessung; Tabu; Meinung	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:07:26-7 – 00:07:37-4	B22	Zukunftswunsch	Sonstiges



## Anlage 10.23

### Deckblatt des Gesprächsinventars 023 – Henrike

Gesprächspseudonym:	Henrike
Gesprächsnummer:	023
Aufnahmedatum:	27. März 2017
Aufnahmezeit:	16:30 Uhr
Aufnahmeort:	Eis-Café, Dortmund - Mitte
Sprecher:	I: Interviewer B23: Interviewte, die Patientin war
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	Extremer Geräuschpegel, nicht dokumentiert
Als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	08:39 min

## Anlage 10.23.1

### Gesprächsinventar 023 – Henrike

(unwesentliche Inhalte werden nicht mit aufgelistet)

<b>Zeit</b>	<b>Sprecher</b>	<b>Inhalt/Handlung</b>	<b>Forschungsfrage</b>
00:00:22-1 – 00:00:24-0	B23	Alter	Alter
00:00:26-2 – 00:00:35-3	B23	Diagnose; Detail	Diagnose
00:00:38-4 – 00:00:39-6	B23	Liegedauer, Urlaub	Liegedauer
00:00:51-7 – 00:01:13-5	B23	Äußerlichkeit; Körperkontakt; Verhalten	Begrifflichkeit ,Sexualität‘
00:01:23-3 – 00:01:44-3	B23	Effekt; Zweck; Bedürfnis/Notwend- igkeit; Bewertung	Zusammenhang Sexualität und Gesundheit
00:01:51-8 – 00:02:29-6	B23	Bemessung; Verbindung: Geschlechtsverkehr-Krankheit	Wichtigkeit von Sexualität in Bezug auf Gesundheit
00:02:39-8 – 00:02:42-0	B23	Bejahung	Sexuell aktiv vor Aufenthalt
00:02:53-8 – 00:03:11-3	B23	Verneinung; Bejahung; Körper- kontakt;	Bedürfnis während Aufenthalt
00:03:30-4 – 00:03:33-8	B23	keine Antwort	ATL: sich als Mann/Frau zu fühlen (nach J. Juchli)
00:03:39-7 – 00:03:40-6	B23	Bejahung	Geschlechtsiden- tität und Sexualität
00:03:53-6 – 00:04:29-9	B23	Verneinung; Meinung; Prävention; Auswirkung	Meinung: Ausübung bzw. Förderung von Sexualität
00:04:59-7 – 00:05:25-7	B23	Bemessung; Individualität; Notwendigkeit; Dauer	Zeitpunkt der Förderung
00:05:33-9 00:06:06-9	B23	Wunschstruktur; Alternative Aus- übung	Möglichkeiten von Sexualität im Krankenhaus
00:06:15-3– 00:06:36-1	B23	Privatsphäre	Strukturen der Verhinderung

00:06:42-0 – 00:07:01-8	B23	Wunschstruktur: freie Zeit	Wunschstrukturen
00:07:07-4 – 00:07:30-5	B23	Emotion; Gemütszustand; Effekt / Auswirkung	Fehlen von Sexualität
00:07:41-2 – 00:07:56-1	B23	Bemessung; Tabu; Taktgefühl	Einschätzung Sexualität in der Pflege / Krankenhaus
00:08:01-5 – 00:08:31-9	B23	Bemessung; Geschlechtsbezogene personelle Pflege	Sonstiges

## Anlage 11 Auswertung Interview ‚Ärzt\*innen‘ nach Mayring

### Auswertung Expert\*inneninterview ‚gehobener Ärztedienst‘ nach Mayring

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Fundstelle	Kodierung
K1: Medizinische Fachabteilung	Räumliche abgegrenzte Untereinheit, medizinischer Versorgungseinrichtungen, in denen auf den Körper schwerpunktbezogene Krankheiten, mittels einer besonderen Behandlung, therapiert werden / Spezialisierungsform zur Versorgung schwerpunktbezogene Erkrankungen.	1) Strahlentherapie; Palliativmedizin. 2) Herz / Kardiologie 3) Chirurgie 4) Urologie	1) I.020, Z. 13 2) I.017, Z. 13 3) I.015, Z. 14 4) I.014, Z. 13	Fachabteilung
K2: Wissen über die Bedürfnisse von Patienten*innen	Ist das Wissen über die Bedürfnisse der Patienten, während des Aufenthalts	1) „[...] man merkt, dass Menschen das BeDÜRFNISSE haben, nach körperliche NÄHE.“ 2) „[...] auch nach KÖRPERKONTAKT LÄCHZEND(!).“ 3) „[...] in dem sie dann, äh, ganz oft mal bei Visite mal [...] Pflegekräfte oder auch Ärzte mal auch anfassen.“	1) I.020, Z. 21-22 2) I.020, Z. 24 3) I.020, Z. 25-26	Bedürfniswissen

		<p>4) „[...] , man sieht, dass die Körperkontakt, ähm, suchen.“</p> <p>5) Kuscheln</p> <p>6) Bedürfnis nach Gespräch</p> <p>7) Bedürfnis nach sozialen Kontakt</p> <p>8) Krankheits- (Organ) bezogen</p> <p>9) „Privates – aber eher nicht“</p> <p>10) durch gezieltes Nachfragen</p> <p>11) „sehr vertraut“</p>	<p>4) I.020, Z. 27</p> <p>5) I.020, Z. 181</p> <p>6) I.020, Z. 48</p> <p>7) I.020, Z. 48</p> <p>8) I.017, Z. 21</p> <p>9) I.017, Z. 22</p> <p>10) I.015, Z. 19</p> <p>11) I.014, Z. 21</p>	
K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	Beschreibt die Dauer, Zeitspanne, des Krankenhausaufenthaltes von Patient*innen, im Durchschnitt	<p>1) „im Schnitt vier Wochen“</p> <p>2) Bei Problemen: „zwei, drei Wochen“</p>	<p>1) I.020, Z. 20</p> <p>2) I.017, Z. 60</p>	Verweildauer
K4: Bezeichnung ‚Langzeitpatient*in‘	Als Langzeitpatient*innen werden solche betitelt, die einen längeren stationären Aufenthalt können – aufgerundet: 7 Tage. (vgl.: Teil I, Kapitel 2). Hier gilt, ab wann die Experten einen Patienten als Langzeitpatienten titulieren.	<p>1) „Ab drei Wochen.“</p> <p>2) „[...] , ab fünf bis sieben Tage“</p> <p>3) Ab vier Wochen, an einem Stück</p>	<p>1) I.020, Z. 34; I.014, Z.28</p> <p>2) I.017, Z. 29</p> <p>3) I.015, Z.27</p>	Langzeitpatient*in
K5: Prävalenz	Subjektive geschätzte	1) „[...] , zehn bis 15 Prozent.“	1) I.020, Z. 67	Gesamtvorkommen:

	Häufigkeit der Patienten, die länger als die, in Deutschland angegebene durchschnittliche Verweildauer von ca. 7 Tagen, in einem Krankenhaus verweilen	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) „[...] , zehn, vielleicht 20 Prozent“</li> <li>3) „definitiv eher Ausnahme, als die Regel“ Verweis auf Durchschnittswert</li> <li>4) 2 Patienten im Monat</li> <li>5) „40%, geschätzt“</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) I.017, Z. 35</li> <li>3) I.015, Z. 38-39</li> <li>4) I.015, Z. 40-41</li> <li>5) I.014, Z. 35</li> </ol>	Langzeitpatient*in.
K6: Pflegezustand	Beschreibt den gesundheitlichen Ist-Zustand von Patienten*innen. Von diesem lässt sich Pflegebedarf erschließen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Schlecht</li> <li>2) Nicht mobil / nicht aus dem Bett kommend</li> <li>3) Verlegung zur weiteren Versorgung (u.a. Geriatrie)</li> <li>4) „das ist der große Teil“</li> <li>5) „reduzierte Selbständigkeit“ (alltägliche Bedürfnisse: KLEIDEN, WASCHEN, FORTbewegen).</li> <li>6) Überwiegend Langzeitpatienten</li> <li>7) „ganz unterschiedlich“</li> <li>8) „von der körperliche Grundpflege bis hin zur seelsorgerischen Pflege“</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.017, Z. 41</li> <li>2) I.017, Z. 41-42</li> <li>3) I.017, Z. 44-46</li> <li>4) I.015, Z. 49-51</li> <li>5) I.015, Z. 58</li> <li>7) I.014, Z. 42</li> <li>8) I.014, Z. 51</li> </ol>	Gesundheitszustand
K7: Sexualitätsverständnis	Sexualität ist eine Form des Bedürfnisses, dass sich in sexuelle Handlungen spiegelt bzw. äußert. (vgl.: Teil II)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Geschlechtsidentität</li> <li>2) Selbstbefriedigung</li> <li>3) Kommunikation</li> <li>4) Respekt</li> <li>5) Eigene und andere Vorlieben</li> <li>6) Sexualorgane</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z.79-80</li> <li>2) I.020, Z. 90; 267-270</li> <li>3) I.020, Z. 93</li> <li>4) I.020, Z. 93</li> <li>5) I.020, Z. 99-100</li> </ol>	Sexualität

		<p>7) nicht ZWINGEND Körperlichkeiten, emotionale Bindung</p> <p>8) „INTIME EMOTIONale Bindung zweier Person“</p> <p>9) „NÄHE. Zärtlichkeit, Bindung. [...] Körperlicher Kontakt“</p> <p>10) Körperliche und emotionale Zuwendung</p>	<p>6) I.017, Z. 70</p> <p>7) I.015, Z. 64-65</p> <p>8) I.015, Z.66</p> <p>9) I.014, Z. 71</p> <p>10) I.014, Z. 190</p>	
K8: Sexualität als ein Grundbedürfnis	Beschreibt Sexualität als ein „Zustand eines Mangels und damit verbundenen ein Gefühl, das nach Befriedigung bzw. Behebung drängt. Bedürfnisse gelten als Motive menschlichen Verhaltens.“ <sup>291</sup>	<p>1) Zustimmung</p> <p>2) „Wahrscheinlich das wichtigste schlecht hin“</p>	<p>1) I.020, Z. 105; I.015, Z. 73; I.014, Z. 77;</p> <p>2) I.017, Z. 79</p>	Grundbedürfnis: Sexualität
K9: Sexualität im Zusammenhang zur Gesundheit	Gibt an, ob und welchen Einfluss Sexualität, nach einem subjektiven Verständnis, auf die Gesundheit	<p>1) Mensch als ganzheitliches Wesen</p> <p>2) Bedürfnisse kennen und ausleben</p> <p>3) „[...] wenn man rundum gesund sein will, dann muss die Sexualität integriert sein; [...] muss gelebt</p>	<p>1) I.020, Z. 111-115</p> <p>2) I.020, Z. 116-120</p> <p>3) I.017, Z. 87-89</p>	Sexuelle Gesundheit <sup>292</sup>

<sup>291</sup> Zitiert aus: Hornung und Lächler (2006), Seite 86. Mit Verweis auf Teil II.

<sup>292</sup> Sexuelle Gesundheit: „Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen [...].“ Siehe dazu: WHO-Regionalbüro für Europa: Internetdokument.

	heit hat	<p>werden oder anderweitig kompensiert sein.“</p> <p>4) Ablehnung nicht förderlich für Gesundheit.</p> <p>5) Sexuelle Gesundheit und Gesundheit sind abhängig voneinander und stehen im Zusammenhang: Sexualität funktioniert besser, wenn der Körper gesund ist und der Körper ist gesünder, wenn die Sexualität funktioniert</p>	<p>4) I.015, Z. 81</p> <p>5) I.014, Z. 83-85</p>	
K10: Verständnis Geschlechtsidentität	Was dazu gehört, sich als Mann oder sich als Frau zu fühlen (angebunden an die ATL nach Juchli)	<p>1) Geschlechterrollenverständnis</p> <p>2) Respektvoller Umgang (z.B. um Erlaubnis fragen entkleiden zu dürfen)</p> <p>3) Emanzipation auf geschlechtsidentitätsbezogene Bedürfnisse</p> <p>4) Mann und Frau sind unterschiedlich</p> <p>5) Eigenbild von Geschlechtsidentität von der Gesellschaft gespiegelt bekommen.</p> <p>6) Keine Kategorisierung</p>	<p>1) I.020, Z. 129-131</p> <p>2) I.020, Z. 131-134; I.017, Z. 112</p> <p>3) I.020, Z. 133, 144-155</p> <p>4) I.017, Z. 105-108</p> <p>5) I.015, Z. 98-99</p> <p>6) I.014, Z. 94-96</p>	Geschlechtsidentität nach Juchli (ATL: Mann-Frau)
K11: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität	Bedürfnisse nach sexuellen Handlungen als Teil der Geschlechtsidentität	<p>1) Zustimmung</p> <p>2) Individuelle Entscheidung</p>	<p>1) I.020, Z. 160; I.017, Z. 124; I.014, Z. 110</p> <p>2) I.017, Z. 131-132</p>	Bestandteil von Geschlechtsidentität



		3) Definitionssache	3) I.015, Z. 109-111	
K12: Wunsch nach Sexualität und Patientengruppen	Patientengruppen, die einen Wunsch nach sexuellen Handlungen verspüren vermögen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) „in meiner Abteilung sind's halt einfach die junge Patienten“</li> <li>2) Junge Erwachsene (in der Chirurgie) (bei längere Liegedauer)</li> <li>3) Definitionsabhängig: jede Altersgruppe</li> <li>4) (Palliativ)Patienten mit „SEHR, SEHR langer Verweildauer“.</li> <li>5) Unabhängig von Verweildauer</li> <li>6) Getrennt von gewohnter Umgebung</li> <li>7) Sektor der Krebserkrankung</li> <li>8) Patienten mit sexuellen Dysfunktionen</li> <li>9) Zustimmung</li> <li>10) 50 % Interesse</li> <li>11) Bei Aufenthalt von 1-3 Wochen</li> <li>12) „GERINGE (!) Population“</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z. 204, 213</li> <li>2) I.017, Z. 318; I.015, Z. 148</li> <li>3) I.015, Z. 145-147</li> <li>4) I.015, Z. 239-240; I.014, Z. 137</li> <li>5) I.014, Z. 128; 130</li> <li>6) I.014, Z. 138-140</li> <li>7) I.014, Z. 144</li> <li>8) I.014, Z. 141-143</li> <li>9) I.020, Z. 245</li> <li>10) I.020, Z. 246-248</li> <li>11) I.017, Z. 171</li> <li>12) I.017, Z. 173</li> </ol>	Wunsch nach Sexualität
K13: Gründe für Sexualität	Motive, als Patient, im Krankenhaus, sexuell zu werden	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) „VERSTÜMMELT sein“, nach Behandlung</li> <li>2) Frischer Beziehungsstatus</li> <li>3) Bedürfnis (unabhängig von Struktur)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z.206</li> <li>2) I.020, Z. 216</li> <li>3) I.020, Z. 271-273</li> </ol>	Gründe
K14: Strukturen, die das	Angaben über die gegebene	1) Einzelzimmer	1) I.020, Z. 253;	Ist-Struktur

<p>Ausleben von Sexualität ermöglichen</p>	<p>nen Strukturen, die es aktuell ermöglichen den Bedürfnissen nach sexuellen Handlungen nachgehen zu können</p>	<p>(als „EX(!)T-REME AUSnahme“)  2) Zweibettzimmer, die zum Einbettzimmer umfunktioniert werden können  3) Toilette  4) „Keine!“  5) „Sehr wenige, bis gar keine!“  6) „gesellschaftliche Strukturen  7) Übernachtungsmöglichkeiten bieten für Partner / Angehörige bei Langzeitpatienten  8) Ein Schild an die Tür mit „BITTE NICHT STÖREN!“  9) Wochenendurlaub / Beurlaubung</p>	<p>I.017, Z. 250-252  2) I.020, Z. 253-254; 258-259  3) I.017, Z. 214  4) I.015, Z. 169  5) I.014, Z. 163; 177-178  6) I.014, Z. 179; 181  7) I.020, Z. 174-182  8) I.020, Z. 182-183  9) I.020, Z. 183; 193-196</p>	
<p>K15: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern</p>	<p>Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten verhindern.</p>	<p>1) Dreibettzimmer  2) Personalstellenschlüssel  3) Mehrbettzimmer  4) „Verhinderung ist der NORMALbe/, äh, Zustand.“  5) „Krankenhaus ist ein relativ offener Bereich.“  6) Keine Privatsphäre  7) „Graubereich der sexuellen Nötigung und Belästigung“</p>	<p>1) I.020, Z. 267  2) I.020, Z. 346-347; 377-378  3) I.017, Z. 180; 212; I.015, Z. 174; I.014, Z. 118  4) I.017, Z. 224-225  5) I.017, Z. 230  6) I.015, Z. 125-129; 174  7) I.014, Z. 119</p>	<p>Verhinderungsstrukturen</p>

K16: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität	Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten bereitstellen, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten ermöglichen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) „Ein Zeremonienraum“: Ein Raum „für eine Situation, die einzigartig ist (2). (Sterben, Sich verabschieden, „für einen Intimen Prozess“ (3))</li> <li>4) Rooming in</li> <li>5) Doppelbetten</li> <li>6) „Sex auf Rezept“</li> <li>7) Sexualbegleitung / Sexualassistenz</li> <li>8) Fachpersonal / Fachabteilung (Sexualtherapeuten, -berater, etc./ Ambulanz für Sexualität)</li> <li>9) Partner/Freundin</li> <li>10) Workshops‘ für die Pflege</li> <li>11) Absprachen für Privatsphäre</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z. 287</li> <li>2) I.020, Z. 285</li> <li>3) I.020, Z. 284</li> <li>4) I.020, Z. 314</li> <li>5) I.020, Z. 316</li> <li>6) I.020, Z. 322</li> <li>7) I.020, Z. 330-332</li> <li>8) I.020, Z. 423-432</li> <li>9) I.017, Z. 174/176</li> <li>10) I.017, Z. 316</li> <li>11) I.015, Z. 180 ff</li> </ol>	Wunschstrukturen
K17: Auswirkungen gehemmter Sexualität	Verhaltensweisen, Gefühlszustände, die auftreten, wenn man seine Sexualität (für eine längere Zeit) nicht ausleben kann.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Primär- und Sekundäremotionen</li> <li>2) Übergriffigkeit</li> <li>3) „Frustriert!“</li> <li>4) Unterschiedlich</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z. 294; 302-305; 344 I.017, Z. 263</li> <li>2) I.020, Z. 294-301</li> <li>3) I.015, Z. 192</li> <li>4) I.014, Z. 202</li> </ol>	Folgen
K18: Oxytocin-ausschüttung	Spezielle hormonelle Ausschüttung im menschlichen Körper, die bei einem Orgasmus oder bei Berüh-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berührungen / Körperkontakt (Streicheleinheiten/in den Arm nehmen)</li> <li>2) Massagen</li> <li>3) (Rücken) Abklopfen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.020, Z. 343; 395</li> <li>2) I.020, Z. 343-346; 392</li> <li>3) I.020, Z. 348;</li> </ol>	Hormonelle Einflussfaktoren

	rungen von ein bis zehn Zentimeter pro Minute im Gehirn ausgeschüttet wird und u.a. Wachstum und Heilungsvorgang antreibt, gleichwohl einen erheblichen Entspannungseffekt erzeugt. <sup>293</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) Angehörige involvieren / Motivieren</li> <li>5) Fördert (vielleicht) den Heilungsprozess</li> <li>6) „MUSS(!) der Pflege (Ausnahme Intimbereich)</li> <li>7) „Körperkontakt, Streicheleinheiten IST (.) ABSOLUT (.) SUpEr! JA!“</li> <li>8) „Ich glaube, dass menschliche Berührungen in der Pflege und in der Medizin Platz behalten sollte.“</li> <li>9) Basale Stimulation</li> <li>10) Kann hilfreich sein</li> </ul>	<p>365-366; 379-380</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4) I.020, Z. 388-389; 394</li> <li>5) I.017, Z. 179; 286</li> <li>6) I.017, Z. 281; 284-285</li> <li>7) I.017, Z. 290</li> <li>8) I.015, Z. 200-202</li> <li>9) I.014, Z. 216</li> <li>10) I.014, Z. 219</li> </ul>	
K19: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus	Gibt die subjektive Haltung gegenüber dem Thema Sexualität im Krankenhaus wieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) „schwierige Sache“</li> <li>2) Begrenzte Aufenthaltsdauer</li> <li>3) „DA STEHEN andere Sachen im Vordergrund</li> <li>4) „KRANKENHAUS, SEXUALITÄT LEBEN, NEIN (!). ABER DARÜBER REDEN (!) und danach wieder advisieren und anstreben und hoffentlich erreichen, das JA!“</li> <li>5) Wer Sexualität ausleben will muss das Krankenhaus verlassen:</li> <li>6) „IM (!) KRANKENHAUS (!) IST (!) KEIN (!) RAHMEN (!).“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) I.017, Z. 148</li> <li>2) I.017, Z. 152-153</li> <li>3) I.017, Z. 154</li> <li>4) I.017, Z. 160-161</li> <li>5) I.017, Z. 209</li> <li>6) I.017, Z. 210-211; 217-218; 240</li> </ul>	Ist-Zustand

<sup>293</sup> Vgl.: Moberg (2016), allgemein; Seite 48; 70. Das Hormon Oxytocin wird, z.B. auch in Form von Nasenspray bei Kindern mit Autismus angewendet, weil es eine beruhigende Wirkung hat und betroffene Personen sozial zu- und umgänglicher macht.

		<p>7) „NICHT IN UN(!)SEREN RÄUMLICHKEITEN! Nur in Ausnahmen!</p> <p>8) Klare Grenzen in der Akutversorgung</p> <p>9) Wegen mangelnder Privat-sphäre nicht angebracht</p> <p>10) „[...] für kürzere Aufenthalte sollte das nicht thematisiert werden, Da sollte man auch einfach Grenzen ziehen“.</p> <p>11) Für längere Aufenthalte, je nach Leidensdruck.</p> <p>12) Die Prioritäten werden anders gesetzt; es geht um's „HEILEN“.</p> <p>13) Wichtiges Thema für Langzeitpatienten, da Verlegung der häuslichen Privatsphäre ins Krankenhaus verlegt wird (z.B. palliativ)</p> <p>14) Offene Haltung</p> <p>15) „[...] unser Krankenhausystem ist nicht dafür ausgelegt ist“</p> <p>16) Im Grundsatz: unterstützende Wirkung</p>	<p>7) I.017, Z. 254-255</p> <p>8) I.015, Z. 121-124</p> <p>9) I.015, Z. 124-128</p> <p>10) I.015, Z. 162-163</p> <p>11) I.015, Z. 163-164</p> <p>12) I.015, Z. 219-220</p> <p>13) I.015, Z. 230-241</p> <p>14) I.014, Z. 120</p> <p>15) I.014, Z. 117</p> <p>16) I.014, Z. 153</p>	
K20: Tabu	Ein sozial nicht gern offen besprochenes und offen präsentiertes Thema / Themengebiet, das mit	<p>1) Tabu</p> <p>2) Nicht ernst genommen / Lächerlichkeit</p> <p>3) „Aber insgesamt noch etwas, was</p>	<p>1) I.020, Z. 404; I.014, Z. 229</p> <p>2) I.020, Z. 405</p> <p>3) I.020, Z. 409-411</p>	Vermeidungsprinzip

	<p>Abwehrmechanismen und Scharm gekennzeichnet ist.</p>	<p>durch den Kakao gezogen wird, äh, belächelt wird und oder als UNNÖTIG empfunden wird.“</p> <p>4) „Über die sexuellen Bedürfnisse [...] im Krankenhaus wird praktisch nicht gesprochen. Das ist kein Thema“</p> <p>5) „Aber man VERKNEIFT sich's dann und thematisiert's selten.“</p> <p>6) Verdrängung des Themas Sexualität (Erziehung), obwohl es ein „wichtiger Bereich“ ist</p> <p>7) Sollte nicht thematisiert werden.</p> <p>8) IM (!) KRANKENHAUS (!) IST (!) KEIN (!) RAHMEN (!).</p> <p>9) „NICHT IN UN(!)SEREN RÄUMLICHKEITEN! Nur in Ausnahmen!</p> <p>10) Darüber wird „UNGERN“ gesprochen</p> <p>11) „DAS KEIN(!) ORT ist, an dem Sexualität stattzufinden haben.“</p> <p>12) Sexualität zu integrieren bedarf die Mitarbeit und Miteinbeziehen der Gesellschaft</p>	<p>4) I.017, Z. 73-74</p> <p>5) I.017, Z. 80-81</p> <p>6) I.017, Z. 90-95</p> <p>7) I.017, Z.155</p> <p>8) I.017, Z. 210-211; 217-218; 240</p> <p>9) I.017, Z. 254-255</p> <p>10) I.015, Z. 218</p> <p>11) I.015, Z. 218-219</p> <p>12) I.014, Z. 180-183</p>	
--	---	--	---	--

## Anlage 12 Auswertung Interview ‚Pflegefachkraft‘ nach Mayring

### Auswertung Expert\*inneninterview ‚Pflegefachpersonal‘ nach Mayring

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Fundstelle	Kodierung
K1: Medizinische Fachabteilung	Räumliche abgegrenzte Untereinheit, medizinischer Versorgungseinrichtungen, in denen auf den Körper schwerpunktbezogene Krankheiten, mittels einer besonderen Behandlung, therapiert werden / Spezialisierungsform zur Versorgung schwerpunktbezogene Erkrankungen.	1) Orthopädie 2) Neurologie  3) Kardiologie  4) Dermatologie 5) Herzchirurgie	1) I.009, Z. 13 2) I.011, Z. 13; I.008, Z. 13 3) I.012, Z. 12; I.013, Z. 13; I.007, Z. 14; I.004, Z. 11; I.003, Z. 13; I.002, Z. 12 4) I.005, Z. 14 5) I.001, Z. 10	Fachabteilung
K2: Wissen über die Bedürfnisse von Patient*innen	Ist das Wissen über die Bedürfnisse von Patient*innen, während des Aufenthalts	1) Wenig bis grobes Wissen über Pflegebedürfnisse 2) mangelnde Zeit, um Wissen 3) „Sehr vertraut“ 4) Bei Nicht-Artikulation wird der Bereich der Spekulation betreten 5) Psychologisch geschultes Personal für die Bedürfnisermittlung, auf STREICHELN	1) I.009, Z. 23-24, 32; I.004, Z. 15 2) I.009, Z. 26; I.002, Z. 22-25 3) I.011, Z. 17 4) I.011, Z. 57-58 5) I.011, Z. 246	Bedürfniswissen

		6) Die allergrößten Anzahl der Patienten [...] reagieren SEHR DANKBAR, AUF diese Art der Berührung 7) Patientenverhältnis abhängig 8) „Alles, was der Patient mir erzählt.“ 9) „immer sehr individuell“ 10) „Relativ gut“ 11) AUSführlich eher weniger 12) Ungefähre Einschätzung 13) Nachvollziehen von Bedürfnissen	6) I.011, Z. 288-289  7) I.012, Z. 23-25 8) I.013, Z. 19; I.001, Z. 20 9) I.013, Z. 22 10) I.008, Z. 17 11) I.005, Z. 19 12) I.003, Z. 21-22 13) I.003, Z. 133-134	
K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	Beschreibt die Dauer, Zeitspanne, des Krankenhausaufenthaltes von Patienten*innen, im Durchschnitt	1) Bis zu 12 Tage ohne Komplikationen 2) Alter und Verlauf abhängig 3) Bis 6 Tage: Kurzlieger 4) „Monate lang“ 5) Ein paar Tage 6) „bis zu: Wochen, bis zu Monate, sogar bis zu einem Jahr bei uns liegen.“	1) I.009, Z. 49; 67  2) I.009, Z. 50 3) I.009, Z. 66 4) I.009, Z. 56 5) I.002, Z.48 6) I.001, Z. 49-50	Verweildauer
K4: Bezeichnung ‚Langzeitpatient*in‘	Als Langzeitpatient*innen werden solche betitelt, die einen längeren stationären	1) ab einer Woche	1) I.009, Z. 77 (in Verbindung mit B. 009, Z. 75);	Langzeitpatient*in



	Aufenthalt können – aufgerundet: 7 Tage. (vgl.: Teil I, Kapitel 2). Hier gilt, ab wann die Experten Patient*innen als Langzeitpatient*in titulieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) „bei zwei Wochen“</li> <li>3) halben Jahr</li> <li>4) ab zwei Wochen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I.008, Z. 24;</li> <li>I.005, Z. 26;</li> <li>I.003, Z. 29</li> <li>2) I.011, Z. 25;</li> <li>I.012, Z. 34;</li> <li>I.007, Z. 40;</li> <li>I.002, Z. 35</li> <li>3) I.013, Z. 32</li> <li>4) I.004, Z. 21;</li> <li>I.001, Z. 34</li> </ul>	
K5: Prävalenz	Subjektive geschätzte Häufigkeit von Patient*innen, die länger als die, in Deutschland angegebene durchschnittliche Verweildauer von ca. 7 Tagen, in einem Krankenhaus verweilen	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Zwischen 50-60 % (Schätzung)</li> <li>2) „[...] SEHR HÄUFIG! (.) Das Gros der Patienten.“</li> <li>3) HÄUFIG (wg. Organisatorischen Gründen)</li> <li>4) Zwei, bis drei Fälle von 25</li> <li>5) Über die Hälfte der Patienten.</li> <li>6) Eher selten</li> <li>7) „Jeder dritte Patient, circa“</li> <li>8) „Kommt schon oft vor“</li> <li>9) Mindestens 4 Patienten im Monat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z. 92; 95;</li> <li>I.003, Z.37</li> <li>2) I.011, Z. 31-32</li> <li>3) I.012, Z. 44</li> <li>4) I.013, Z. 43</li> <li>5) I.008, Z. 32</li> <li>6) I.007, Z. 48;</li> <li>I.002, Z. 50</li> <li>7) I.004, Z. 27</li> <li>8) I.003, Z. 36;</li> <li>I.005, Z. 33</li> <li>9) I.002, Z. 60</li> </ul>	Gesamtvorkommen: Langzeitpatient*in.
K6: Pflegezustand	Beschreibt den gesundheitlichen Ist-Zustand von	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) nach drei Tagen mobil</li> <li>2) je nach Schmerzlage Teilkör-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z. 122</li> <li>2) I.009, Z. 124-128</li> </ul>	Gesundheitszustand

	Patient*innen. Von diesem lässt sich der Pflegebedarf erschließen	<p>perpflege</p> <p>3) generell selbständig</p> <p>4) mobile Patienten, selten Pflegefälle, können trotzdem nicht entlassen werden</p> <p>5) „FAST(.) alle Lebensbereiche [...] sämtliche anderen Bedürfnisse“</p> <p>6) „Vigilanz abhängig“</p> <p>7) Mobilitätsprobleme</p> <p>8) Benötigen psychosoziale Betreuung</p> <p>9) Grundpflege</p> <p>10) Hoher Pflegebedarf</p> <p>11) Überwiegend bettlägerig</p> <p>12) Unterschiedlich / individuell</p> <p>13) Physische und psychische Beschwerden</p> <p>14) Mobil und fit, wenn nur medikamentöse Einstellung erfolgt</p> <p>15) Von bettlägerig bis mobil</p> <p>16) Langzeitlieger eher selten mobil</p> <p>17) Die meisten sind fit</p>	<p>3) I.009, Z. 129; I.001, Z. 54-55</p> <p>4) I.009, Z. 142-144</p> <p>5) I.011, Z. 43-45</p> <p>6) I.011, Z. 51</p> <p>7) I.012, Z. 55</p> <p>8) I.013, Z. 68</p> <p>9) I.013, Z. 68</p> <p>10) I.008, Z. 43</p> <p>I.007, Z. 59</p> <p>11) I.008, Z. 48</p> <p>I.007, Z. 58</p> <p>12) I.005, Z. 44; I.004, Z. 41</p> <p>13) I.004, Z. 40-41</p> <p>14) I.004, Z. 57-58</p> <p>15) I.003, Z. 44-45</p> <p>16) I.002, Z. 93, 97</p> <p>17) I.001, Z. 48</p>	
K7: Sexualitätsverständnis	Sexualität ist eine Form des Bedürfnisses, dass sich in sexuelle Handlungen spiegelt bzw. äußert.	1) „Der AKT als SOLCHES“, Sex	1) I.009, Z. 153; I.013, Z. 149; I.008, Z. 70; I.004, Z. 84;	Sexualität

	(vgl.: Teil I, Kapitel 4.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Jemanden attraktiv finden</li> <li>3) (JEDE Form von) Berührungen</li> <li>4) je nach Absicht/Gefühl: küssen</li> <li>5) wenn innerliche Gefühle entstehen</li> <li>6) „[...] zu allen möglichen, äh, PRAKTIKEN“.</li> <li>7) „Hauptantriebsfeder“</li> <li>8) Haut als „Hauptträger“</li> <li>9) Entblößung des Intimbereich</li> <li>10) „der ganze Körper gehört dazu“</li> <li>11) Vertraute Atmosphäre schaffen</li> <li>12) Kommunikation (u.a. Flirten)</li> <li>13) Nähe</li>   <li>14) Geschlechtsidentität</li> <li>15) Gefühle</li> <li>16) Schamgefühl</li> <li>17) Geschlechtsorgane</li> <li>18) Selbstbefriedigung</li>   <li>19) Zärtlichkeiten</li> <li>20) Intimität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I.002, Z. 128;</li> <li>I.001, Z. 78</li> <li>2) I.009, Z. 155</li> <li>3) I.009, Z. 160;</li> <li>I.011, Z. 70;</li> <li>I.012, Z. 90;</li> <li>I.007, Z. 85</li> <li>4) I.009, Z. 160 ff.</li> <li>5) I.009, Z. 169</li> <li>6) I.009, Z. 171</li> <li>7) I.009, Z. 227</li> <li>8) I.011, Z. 69</li> <li>9) I.011, Z. 72</li> <li>10) I.011, Z. 73</li> <li>11) I.011, Z. 75</li> <li>12) I.012, Z. 83;</li> <li>I.008, Z. 72;</li> <li>I.004, Z. 75</li> <li>13) I.012, Z. 88;</li> <li>I.007, Z. 86;</li> <li>I.001, Z. 84</li> <li>14) I.013, Z. 120-122</li> <li>15) I.013, Z. 127</li> <li>16) I.013, Z. 131</li> <li>17) I.013, Z. 133</li> <li>18) I.013, Z. 150;</li> <li>I.008, Z. 70</li> <li>19) I.008, Z. 72.</li> <li>20) I.007, Z. 85;</li> </ul>	
--	-----------------------------	---	---	--

		21) „ALLES!“ 22) „Lust“  23) Liebe 24) Vertrauen 25) Schmusen	I.003, Z. 74 21) I.004, Z. 69 22) I.004, Z. 69 I.002, Z. 134, 135 23) I.002, Z. 112 24) I.002, Z. 112 25) I.002, Z. 133	
K8: Sexualität als ein Grundbedürfnis	Beschreibt Sexualität als ein „Zustand eines Mangels und damit verbundenen ein Gefühl, das nach Befriedigung bzw. Behebung drängt. Bedürfnisse gelten als Motive menschlichen Verhaltens.“ <sup>294</sup>	1) Zustimmung: „Das Grundbedürfnis schlecht hin.“  2) „[...] aber es ist eben ein GRUNDBEDÜRFNIS [...]“ 3) Abhängig von Gewichtung von Sexualität, die einen asexuell, die anderen hohe Gewichtung	1) I.009, Z. 175-176; I.011, Z. 83; I.012, Z. 95; I.013, Z. 138; I.008, Z. 89; I.007, Z. 95; I.005, Z. 70; I.004, Z. 92; I.003, Z. 96; I.002, Z. 141; I.001, Z. 94 2) I.012, Z. 298 3) I.013, Z. 318-320	Grundbedürfnis: Sexualität
K9: Sexualität im	Gibt an, ob und welchen	1) Sexualität sorgt für Wohlgefühl	1) I.009, Z. 182	Sexuelle Gesundheit <sup>295</sup>

<sup>294</sup> Zitiert aus: Hornung und Lächler (2006), Seite 86. Mit Verweis auf Teil II.

<sup>295</sup> Sexuelle Gesundheit: „Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen [...].“ Siehe dazu: WHO-Regionalbüro für Europa: Internetdokument.

Zusammenhang zur Gesundheit	Einfluss Sexualität, nach einem subjektiven Verständnis, auf die Gesundheit hat	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) „wenn Leute richtig KRANK sind, nicht unbedingt Lust auf Sexualität haben. [...] hängt von der Krankheit ab“.</li> <li>3) Bei nervlicher Anspannung keine Lust auf Sexualität</li> <li>4) Gesundheit leidet, wenn Sexualität nicht vorhanden ist</li> <li>5) „zu einem gesunden Körper gehört auch eine gesunde Sexualität“</li> <li>6) Sexualität gehört zu „BERÜCKSICHTIGEN“, wenn man ein Krankheitsbild heilen möchte.</li> <li>7) Alles sollte ausgewogen sein</li> <li>8) Wenn man gesund ist, ist auch Sexualität vorhanden</li> <li>9) „wenn ein, ähm, Mensch, äh, sexuell befriedigt ist, dann, äh, fördert es GANZ BESTIMMT auch die Gesundheit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) I.009, Z. 191-192; I.001, Z. 101</li> <li>3) I.009, Z. 193-195</li> <li>4) I.011, Z. 90-91</li> <li>5) I.011, Z. 91-92</li> <li>6) I.011, Z. 125-127</li> <li>7) I.008, Z. 91-95; I.005, Z. 76</li> <li>8) I.003, Z.102-103; I.001, Z. 100</li> <li>9) I.002, Z.148-149, 157-159</li> </ol>	
K10: Verständnis Geschlechtsidentität	Was dazu gehört, sich als Mann oder sich als Frau zu fühlen (angebunden an die ATL nach Juchli)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) bei Möglichkeit gleichgeschlechtlich bezogene Pflege</li> <li>2) Respekt gegenüber dem Geschlecht des anderen</li> <li>3) Intimsphäre schützen / Scham-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z. 209-213; I.013, Z. 192</li> <li>2) I.009, Z. 215</li> <li>3) I.009, Z. 216/ 218;</li> </ol>	Geschlechtsidentität nach Juchli (ATL: Mann-Frau)

		<p>grenze nicht überschreiten</p> <p>4) Persönliche Identität</p> <p>5) „Weibliche REIZE zu haben“</p> <p>6) Mit der Geschlechtszugehörigkeit erkannt zu werden</p> <p>7) Fraglich näher differenziert</p> <p>8) Zeitlich aktuell?</p> <p>9) Für die Mehrheit der Gesellschaft Geschlechter typische Handlungen (bei Frauen: Aussehen; Männer: Fußball)</p> <p>10) Ausleben der Geschlechtsidentität</p> <p>11) Attraktiv sein</p> <p>12) Emanzipation</p>	<p>I.002, Z. 175</p> <p>4) I.011, Z. 101 ff; I.007, Z.114-115</p> <p>5) I.012, Z. 119; I.001, Z. 142</p> <p>6) I.012, Z. 120; I.004, Z. 113</p> <p>7) I.013, Z. 165</p> <p>8) I.013, Z. 178-179; I.008, Z. 106 ff</p> <p>9) I.013, Z 186 ff; I.004, Z. 70; I.003, Z. 117; I.001, Z. 141, 144, 162</p> <p>10) I.007, Z. 119-120</p> <p>11) I.004, Z. 112</p> <p>12) I.001, Z. 149</p>	
K11: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität	Bedürfnisse nach sexuellen Handlungen als Teil der Geschlechtsidentität	1) Zustimmung	1) I.009, Z. 224; I.012, Z. 135; I.013, Z. 198; I.008, Z. 117; I.007, Z. 127; I.005, Z. 98; I.004, Z. 127; I.003, Z. 127; I.002, Z. 181	Bestandteil von Geschlechtsidentität

		<ul style="list-style-type: none"> <li>2) „wir definieren uns über unsere Sexualität“.</li> <li>3) Kultur abhängig</li> <li>4) Individuelle Betrachtungsweise</li> <li>5) Aussehen (Frau)</li> <li>6) „Joa, auf jeden Fall!“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) I.009, Z. 225-226; 425</li> <li>3) I.011, Z. 112</li> <li>4) I.012, Z. 131</li> <li>5) ?</li> <li>6) I.001, Z. 188</li> </ul>	
K12: Wunsch nach Sexualität und Patientengruppen	Patientengruppen, die einen Wunsch nach sexuellen Handlungen verspüren vermögen	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) „Das können ALLE Patientengruppen sein“.</li> <li>2) „Leute in höheren Altersgruppen“</li> <li>3) „AUCH FRAUEN“</li> <li>4) „DEMENTE“</li> <li>5) Urologische Patienten mit Erektionsproblemen (=&gt; häufige Erektionen wegen unbefriedigter Bedürfnisse)</li> <li>6) Parkinson-Patienten (Übergriffigkeit, Medikamenten abhängig)</li> <li>7) „ERHEBLICH MEHR ZEIT“</li> <li>8) „FUNDIERTE ANAMNESE</li> <li>9) Einsatz von psychologisch geschulten Personal zur Bedürfnisermittlung</li> <li>10) [...] also unter 60, die werden auf jeden Fall noch (.) diverse Bedürfnisse noch haben – 100</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z.277; I.012, Z. 175; I.008, Z.158; I.004, Z.158</li> <li>2) I.009, Z. 287</li> <li>3) I.009, Z. 287</li> <li>4) I.009, Z. 293 I.012, Z. 291</li> <li>5) I.011, Z. 144-147</li> <li>6) I.011, Z. 160-161</li> <li>7) I.011, Z. 245</li> <li>8) I.011, Z. 245</li> <li>9) I.011, Z. 246</li> <li>10) I.012, Z. 180-181</li> </ul>	Wunsch nach Sexualität

		Prozent.“ 11) Leute, über 80 haben diverse Bedürfnisse 12) Onkologische Patienten 13) Männliche Patienten 14) Die länger im Krankenhaus liegen 15) Bettlägerige Patienten 16) Zwischen Pubertät und hohem Alter 17) Denen es relativ gut geht 18) Alter unabhängig 19) Medikamenten abhängig	11) I.012, Z. 251-252 12) I.013, Z. 225 13) I.013, Z. 245 14) I.007, Z. 167-168 15) I.005, Z. 112 16) I.004, Z. 159 17) I.003, Z. 142; I.001, Z.227 18) I.002, Z. 207-208 19) I.011, Z. 160 ff	
K13: Gründe Für Sexualität	Motive, als Patient*in, im Krankenhaus, sexuell zu werden	1) Grundbedürfnis 2) Stressabbau 3) Medikamente 4) „BRINGT (!) HALT (!) FREUDE (!) UND WOHLfühlen und Glück und alles.“ 5) „Sexualität hat was mit Wohlfühl zu tun.“ 6) Macht glücklich (Körperkontakt) 7) Wunsch nach Nähe (Frauen) 8) Ausgeglichenheit	1) I.009, Z. 175 ff 2) I.009, Z. 385; I.005, Z. 76 3) I.011, Z. 160-161; 166 4) I.012, Z. 107-109 5) I.012, Z. 268 6) I.012, Z. 274 7) I.013, Z. 250-251 8) I.005, Z. 76	Gründe



<p>K14: Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen</p>	<p>Angaben über die gegebenen Strukturen, die es aktuell ermöglichen den Bedürfnissen nach sexuellen Handlungen nachgehen zu können</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bei Bedarf: Gewähren von Zweisamkeit / Respektieren von Intim- und Privatsphäre</li> <li>2) Wenige Möglichkeiten</li> <li>3) Sexualität desjenigen ernstnehmen</li> <li>4) Verweis: Holland: „dass es in Holland eben die Möglichkeit gibt und Patienten eben auch ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben dürfen.“</li> <li>5) Ausnahme: ante mortem (vorstellbar)</li> <li>6) Zusammenschieben von Betten, das der Partner mit übernachten konnte</li> <li>7) „EXTREMSTEN SITUATIONEN; NICHT DER ALLTAG gewesen“</li> <li>8) „GAR KEINE“</li> <li>9) Einzelzimmer</li> <li>10) Zweibettzimmer für Begleitperson mit hinzubuchen</li> <li>11) Tagesbeurlaubung</li> <li>12) Personal abhängig</li> <li>13) Toilette (Selbstbefriedigung)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z. 249-252; 331-333; I.008, Z. 132</li> <li>2) I.009, Z. 331; I.011, Z. 198; I.008, Z. 168; I.008, Z. 191; I.004, Z. 173</li> <li>3) I.009, Z. 438</li> <li>4) I.011, Z. 185-186</li> <li>5) I.011, Z. 199 ff</li> <li>6) I.011, Z. 206 ff</li> <li>7) I.011, Z. 212-213</li> <li>8) I.013, Z. 275; I.007, Z. 219; I.001, Z. 295</li> <li>9) I.004, Z. 139</li> <li>10) I.004, Z. 140</li> <li>11) I.004, Z. 145</li> <li>12) I.004, Z. 174</li> <li>13) I.001, Z. 286-287</li> </ol>	<p>Ist-Struktur</p>
---	---	--	--	---------------------

<p>K15: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern</p>	<p>Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten verhindern.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) „KONSERVATIVES (!) Personal“</li> <li>2) Bettenmangel</li> <li>3) Struktur des Gesundheitssystem</li> <li>4) „Das sind viele Strukturen.“</li> <li>5) (keine) Räumlichkeiten</li> <li>6) Konservatives System</li> <li>7) Moralische, ethische, juristische Bedenken</li> <li>8) Keine „TOLERANZ seitens der GESCHÄFTSLEITUNG“</li> <li>9) Zweibettzimmer</li> <li>10) Mangelnde Intimsphäre</li> <li>11) Bauliche Strukturen</li> <li>12) Tabu</li> <li>13) Körperliche Verkabelung (Überwachung)</li> <li>14) Zustand des Patienten</li> <li>15) Rechtliche Aspekte (Verletzung der Aufsichtspflicht, sexuelle Belästigung)</li> <li>16) Hygiene</li> <li>17) Mangelnde Aufklärung</li> <li>18) Schwerpunkt „GRUNDLEGENDE Versorgung im Kopf, als Sexualität dann letztlich</li> <li>19) Keine Privatsphäre</li> <li>20) STARREN VORGaben im</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.009, Z. 255; 347; I.013, Z. 289-291</li> <li>2) I.009, Z. 334; 346</li> <li>3) I.009, Z. 338; I.004, Z. 196</li> <li>4) I.009, Z. 346</li> <li>5) I.009, Z. 357 I.013, Z. 288; I.011, Z.190; I.008, Z. 134, 148</li> <li>6) I.009, Z. 373</li> <li>7) I.009, Z. 409 ff.</li> <li>8) I.011, Z. 191</li> <li>9) I.012, Z. 151</li> <li>10) I.012, Z. 204; I.012, Z. 219 - 220</li> <li>11) I.012, Z. 211</li> <li>12) I.012, Z. 217-218</li> <li>13) I.013, Z. 215</li> <li>14) I.013, Z. 216</li> <li>15) I.013, Z. 223; I.001, Z. 252-253</li> <li>16) I.013, Z. 236; 297</li> <li>17) I.013, Z. 293-294</li> <li>18) I.013, Z. 364-365</li> <li>19) I.008, Z. 132; I.003, Z. 185-186, 190</li> </ol>	<p>Verhinderungsstrukturen</p>
--	--	---	---	--------------------------------

		<p>Krankenhaus</p> <p>21) Sexualität wird nicht als Problem gesehen</p> <p>22) Personalmangel</p>	<p>20) I.007, Z. 230</p> <p>21) I.004, Z. 198-199</p> <p>22) I.002, Z. 248; I.001, Z. 255</p>	
<p>K16: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität</p>	<p>Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten bereitstellen, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten ermöglichen.</p>	<p>1) Regel: „man muss sich nur davon hüten [...] so ´ne Station in ein Bordel zu verwandeln“.</p> <p>2) Aufklärung</p> <p>3) Betten sperren</p> <p>4) Spezialraum</p> <p>5) Sexualität desjenigen ernst nehmen</p> <p>6) Hygienerichtlinien</p> <p>7) Einzelzimmer</p> <p>8) „BITTE NICHT STÖREN-Schild“</p> <p>9) ‚Snoezel‘-Räume (mit Wasserbett und süße Beleuchtung)</p> <p>10) Ruheraum</p> <p>11) Personal sensibilisieren</p> <p>12) Sicherheitskonzept für Patienten und Sexualassistenten</p> <p>13) Räumliche Strukturen</p> <p>14) Allgemeine Akzeptanz</p> <p>15) Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu externen Dienstleistungen</p>	<p>1) I.009, Z. 259-260</p> <p>2) I.009, Z. 267, 237-240; I.013, Z. 293-294; I.003, Z. 230; I.002, Z. 230, 254, 270, 364</p> <p>3) I.009, Z. 364; I.013, Z. 378</p> <p>4) I.009, Z. 365</p> <p>5) I.009, Z. 438</p> <p>6) I.009, Z. 448 ff.</p> <p>7) I.012, Z. 145</p> <p>8) I.012, Z. 148; I.008, Z. 173</p> <p>9) I.012, Z. 155-157</p> <p>10) I.012, Z. 239</p> <p>11) I.012, Z. 230-238</p> <p>12) I.013, Z. 267-268</p> <p>13) I.013, Z. 305; I.003, Z. 231</p> <p>14) I.013, Z. 306</p> <p>15) I.013, Z. 307; 310</p>	<p>Wunschstrukturen</p>

		<p>16) Angebot für die Patienten müsste vorhanden sein</p> <p>17) Enttabuisierung</p> <p>18) Dann müsste es gewisse Personen geben</p> <p>19) Eigene Haltung zum Thema</p> <p>20) Zeit</p> <p>21) (aufgeklärtes) Personal</p> <p>22) Hilfsmittel / „Spielzeug“</p> <p>23) Thema ernst nehmen</p> <p>24) ein vernünftiges Gesundheitssystem</p> <p>25) Bedarfsermittlung</p>	<p>16) I.008, Z. 203</p> <p>17) I.008, Z. 203-204</p> <p>18) I.007, Z. 245, 266, 317-318;</p> <p>I.002, Z. 227-228</p> <p>19) I.007, Z. 264;</p> <p>I.004, Z.174</p> <p>20) I.002, Z. 254</p> <p>I.001, Z. 339-343</p> <p>21) I.002, Z. 270;</p> <p>I.001, Z. 355</p> <p>22) I.002, Z. 272</p> <p>23) I.002, Z. 363</p> <p>24) I.009, Z. 235</p> <p>25) I.009, Z. 236; 350-351;</p> <p>I.011, Z. 128-129</p>	
K17: Auswirkungen gehemmter Sexualität	Verhaltensweisen, Gefühlszustände, die bei Patient*innen auftreten, wenn dieser seine Sexualität (für eine längere Zeit) nicht ausleben kann.	<p>1) „kann das zu viel Stress führen“</p> <p>2) Aggressionen</p> <p>3) Häufige Erektionen: „weil sie STÄNDIG eine hatten und das Bedürfnis nicht befriedigt werden konnte“</p> <p>4) Übergriffigkeit (Medikamenten abhängig bei Parkinson)</p> <p>5) „Das ist eine Art von sozialer</p>	<p>1) I.009, Z. 385</p> <p>2) I.009, Z. 390;</p> <p>I.008, Z. 220;</p> <p>I.004, Z. 219;</p> <p>I.001, Z. 316</p> <p>3) I.011, Z. 146-147</p> <p>4) I.011, Z. 160-162;</p> <p>I.003, Z. 238</p> <p>5) I.011, Z. 257</p> <p>6) I.012, Z. 249;</p>	Folgen

		<p>AMPUTATION“</p> <p>6) „FRUSTRIERT“</p> <p>7) „[...] dann kann das nicht gut sein, für die psychische Gesundheit.“</p> <p>8) DEPRESSIVER Verstimmung / Depression</p> <p>9) Die werden unangenehm</p> <p>10) Unterschiedlich</p> <p>11) Keine Auswirkungen</p>	<p>I.013, Z. 316; 322</p> <p>7) I.013, Z. 147-148</p> <p>8) I.013, Z. 317; I.004, Z. 219</p> <p>9) I.007, Z. 272</p> <p>10) I.005, Z. 140; I.004, Z. 219; I.003, Z. 237, 139</p> <p>11) I.001, Z. 324</p>	
K18: Oxytocin-Ausschüttung	<p>Spezielle hormonelle Ausschüttung im menschlichen Körper, dass bei einem Orgasmus oder bei Berührungen von ein bis zehn Zentimeter pro Minute im Gehirn ausgeschüttet wird und u.a. Wachstum und Heilungsvorgang antreibt, gleichwohl einen erheblichen Entspannungseffekt erzeugt.<sup>296</sup></p>	<p>1) Oxytocin-Spray</p> <p>2) „basale Stimulation bezieht den Bereich der Sexualität auch mit ein.“</p> <p>3) „Da werden Stoffe ausgesendet, die es gesünder machen.“</p> <p>4) In Bezug auf den Satz nach Paracelsus: Die Dosis macht das Gift: „[...] bei den ganzen Hormonen, die so 'n Geschlechtsverkehr oder ähnliches ausgeschüttet werde, gäbe es eine gute Grenze nach oben“.</p> <p>5) Anspielung auf sexuelle Aktivitäten.</p>	<p>1) I.009, Z. 402</p> <p>2) I.011, Z. 180-181</p> <p>3) I.013, Z. 150</p> <p>4) I.013, Z. 154-155</p> <p>5) I.013, Z. 343</p>	Hormonelle Einflussfaktoren

<sup>296</sup> Vgl.: Moberg (2016), allgemein; Seite 48; 70. Das Hormon Oxytocin wird, z.B. auch in Form von Nasenspray bei Kindern mit Autismus angewendet, weil es eine beruhigende Wirkung hat und betroffene Personen sozial zu- und umgänglicher macht.

		6) Vermutung positiver Effekt auf Genesung. 7) A-S-E <sup>297</sup> . „Das entspannt“. 8) Körperkontakt und Streicheleinheiten gibt es heute schon	6) I.013, Z. 344 7) I.007, Z. 295-296 8) I.002, Z.296 ff I.001, Z. 332 ff	
K19: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus	Gibt die subjektive Haltung gegenüber dem Thema Sexualität im Krankenhaus wieder	1) Bei Bedarf: Gewähren von Zweisamkeit / Respektieren von Intim- und Privatsphäre 2) „GENERELL (!), WARUM NICHT?“ 3) Andere Probleme stehen im Vordergrund 4) NICHT MEINE AUFGABE / WILL ICH AUCH NICHT (in Bezug auf Streicheln) 5) ZURZEIT sind Krankenhäuser kein Ort der „NICHT-SEXUALITÄT“. Oder zu SEIN haben. 6) Geschieht momentan nur im GANZ GERINGEN Maße 7) Haltung Unternehmen: hat Sexualität ÜBERHAUPT NICHTS zu suchen 8) „Ich f:/ find das VÖLLIG in	1) I.009, Z. 249-252 2) I.009, Z. 256 3) I.009, Z. 367; I.004, Z. 245-247, 261-263 4) I.009, Z. 409 5) I.011, Z.117-118 6) I.011, Z. 131 7) I.011, Z. 224 8) I.012, Z. 164;	Ist-Zustand

<sup>297</sup> A-S-E steht für: Atem stimulierende Einreibung. Dabei handelt es sich u.a. um eine Pneumonieprohylaxe. Der Rücken wird synchronisiert mit der Atmung massiert.

		<p>Ordnung.“</p> <p>9) Gute Idee (in Bezug auf Sexualassistenz</p> <p>10) „[...] dass es halt nur eigentlich zum Wohle des Patienten gut ist.“</p> <p>11) „Also ich persönlich würde jetzt auch nicht unbedingt jeden Patienten einmal streicheln.“</p> <p>12) „Also ich fühle MICH DAFÜR auch nicht verantwortlich“</p> <p>13) „Für mich gehört es nicht dazu.“</p> <p>14) „Ich habe da nichts gegen.“</p> <p>15) Gegen Sex im Krankenhaus</p> <p>16) [...] „da kann man sich beherrschen“</p>	<p>I.003, Z.158</p> <p>9) I.012, Z.190-191</p> <p>10) I.012, Z. 311</p> <p>11) I.013, Z. 348-350; I.003, Z.257-258</p> <p>12) I.007, Z. 245</p> <p>13) I.007, Z. 309</p> <p>14) I.004, Z. 150, 167</p> <p>15) I.001, Z. 201-202, 367-368, 378-379</p> <p>16) I.001, Z.204</p>	
K20: Tabu	Ein sozial nicht gern offen besprochenes und offen präsentiertes Thema / Themengebiet, das mit Abwehrmechanismen und Scharm gekennzeichnet ist.	<p>1) Haus abhängig: z.B.: kirchliches Haus: „das können die sich Publicity-mäßig nicht erlauben</p> <p>2) „Ich glaube, es würde sich aber auch KAUM (!) EINER(!) TRAUE, das zu machen“ (bezogen auf Escort-Service / Pros-</p>	<p>1) I.009, Z. 306-307</p> <p>2) I.009, Z. 313-314</p>	Vermeidungsprinzip

		<p>titution auf REZEPT)</p> <p>3) „Also, das glaube ich nicht, dass es kommen wird!“</p> <p>4) Übergriffigkeit, Medikamenten abhängig =&gt; kein Aufklärung</p> <p>5) Thema wird nicht erwähnt</p> <p>6) Thema geht unter; „Das wird dann SOFORT ins NEGATIVE, (.) NEGATIVE geschoben. DAS HAT HIER NICHTS ZU SUCHEN! Keiner will davon was wissen und (..). Bloß ignorieren.“</p> <p>7) Ausleben von Sexualität wird immer ein „Nachspiel“ haben</p> <p>8) „[...] dass die ABSOLUTE ABNEIGUNG gegenüber der Auslebung von Sexualität, im Krankenhaus, von sämtlichen PERSONAL“.</p> <p>9) „Das ist eigentlich von KEINEM (!) erwünscht, dass das da stattfindet.“</p> <p>10) Auf Pflege bezogen: Tabuthema</p> <p>11) „WORÜBER MAN NICHT SPRICHT, DAS IST AUCH NICHT DA!“</p> <p>12) Bedürfnislage, vor allem was Sexualität angeht, ist ganz weit</p>	<p>3) I.009, Z. 325</p> <p>4) I.011, Z.166 ff</p> <p>5) I.012, Z. 217</p> <p>6) I.012, Z. 299-302</p> <p>7) I.013, Z. 276-278</p> <p>8) I.013, Z. 289-290</p> <p>9) I.013, Z. 292-293</p> <p>10) I.013, Z. 362-363</p> <p>11) I.013, Z. 371</p> <p>12) I.008, Z.143</p>	
--	--	---	---	--



		<p>nach hinten gestellt.</p> <p>13) „Es wird ja relativ extrem tabuisiert“</p> <p>14) „[...] , dass es ‘n RIEsen Tabuthema ist“.</p> <p>15) „DAS, DAS wird einfach EIGENTLICH GAR nicht geduldet, im, zurzeit.“</p> <p>16) Kritik: „es gibt bestimmt auch Leute, die das ausnutzen würden“</p> <p>17) „Das IST ein Tabuthema, IMMER noch!“</p> <p>18) „wenn ich jetzt ins Krankenhaus komme, DANN MUSS ICH MEINE (!) BEDÜRFISSE/ BEDÜRFNISSE EINSTELLEN“</p> <p>19) Trotz allgemeiner Offenheit, „in punkto um die Sexualität selber geht, dann schon DOCH SEHR, ähm, PRÜDE!“</p> <p>20) Hemmungen</p> <p>21) Sexualität gehört nicht ins Krankenhaus</p>	<p>13) I.008, Z. 169-170</p> <p>14) I.008, Z. 246, 259</p> <p>15) I.008, Z. 252-253</p> <p>16) I.007, Z. 324</p> <p>17) I.005, Z. 157</p> <p>18) I.003, Z. 212-213</p> <p>19) I.002, Z. 312-313</p> <p>20) I.002, Z. 335</p> <p>21) I.001, Z. 367-368, 378-379</p>	
--	--	---	--	--

### Anlage 13 Auswertung Interview ‚Patient\*innen‘ nach Mayring

#### Auswertung Patient\*inneninterview nach Mayring

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Fundstelle	Kodierung
K1: Alter der Patienten	Gibt das Alter der befragten Person wieder	1) 26 2) 53 3) 39 4) 27 5) 21 6) 33 7) 25	1) I.016, Z. 13 2) I.006, Z. 13 3) I.010, Z. 13 4) I.018, Z. 13; I.021, Z. 13 5) I.019, Z. 13 6) I.022, Z. 13 7) I.022, Z. 13	Alter
K2: Grund des Krankenhausaufenthalts	Gibt den Grund für den Krankenhausaufenthalt wieder	1) Brustverkleinerung 2) Lungen-OP 3) Lungenentzündung 4) Einsetzen eines Magenbands (Magenverkleinerung) mit Komplikationen 5) Thrombose 6) Geplatzten Eileiterschwangerschaft 7) Unbekannt 8) Mandelentfernung, Abszess hinter den Mandeln	1) I.016, Z.17 2) I.006, Z. 17 3) I.010, Z. 17 4) I.018, Z.17-18 5) I.019, Z. 17 6) I.021, Z. 21 7) I.022, Z. 18-19 8) I.023, Z. 17-18	Diagnose

K3: Aufenthaltsdauer im Krankenhaus	Beschreibt die Dauer, Zeitspanne, des Krankenhausaufenthaltes der Patienten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Drei Wochen mit Unterbrechung, von 1,5 Tagen; am Stück zwei Wochen</li> <li>2) 6 Wochen</li> <li>3) 10 Tage</li> <li>4) Drei Monate</li> <li>5) Drei Wochen</li> <li>6) Eine Woche</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z. 22; 26; 32-33</li> <li>2) I.006, Z. 23</li> <li>3) I.010, Z. 21; I.022, Z. 24</li> <li>4) I.018, Z. 22</li> <li>5) I.019, Z. 21</li> <li>6) I.021, Z. 21 I.023, Z. 22</li> </ol>	Verweildauer
K4: Sexualitätsverständnis	Sexualität ist eine Form des Bedürfnisses, dass sich in sexuelle Handlungen spiegelt bzw. äußert. (vgl.: Teil I, Kapitel 4.1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Vertraute Person</li> <li>2) Geschlechtsverkehr</li> <li>3) Geschlechtsmerkmale / Geschlechtsorgane</li> <li>4) Nähe</li> <li>5) Vertrautheit</li> <li>6) Den Körper nackt zeigen</li> <li>7) Selbstbefriedigung</li> <li>8) Streicheln</li> <li>9) Intimbereich</li> <li>10) Intimität</li> <li>11) Nackt sein</li> <li>12) Zärtlichkeiten</li> <li>13) Vorspiel</li> <li>14) „alles Mögliche“</li> <li>15) Alles Körperliche</li> <li>16) Menstruation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z.40; I.022, Z. 32</li> <li>2) I.016, Z. 41; 53; I.010, Z. 27; I.018, Z. 29; I.019, Z. 28; I.023, Z. 30</li> <li>3) I.016, Z. 41</li> <li>4) I.016, Z. 43</li> <li>5) I.016, Z. 43</li> <li>6) I.016, Z. 56</li> <li>7) I.016, Z. 77 I.019, Z. 29</li> <li>8) I.006, Z. 35</li> <li>9) I.006, Z. 50</li> <li>10) I.010, Z. 27</li> <li>11) I.010, Z. 27</li> </ol>	Sexualität

		17) Kuscheln 18) Identität 19) Ausleben von Bedürfnissen 20) Privatsphäre 21) Liebe 22) Leidenschaft 23) Erotik 24) Aussehen 25) Fortpflanzung	12) I.018, Z. 28 13) I.018, Z. 29 14) I.019, Z. 27 15) I.019, Z. 27 I.023, Z. 30 16) I.019, Z.28 17) I.019, Z. 29 18) I.021, Z. 27 19) I.021, Z. 27 20) I.021, Z. 28 21) I.022, Z. 31 22) I.022, Z. 31 23) I.022, Z. 31 24) I.023, Z. 28 25) I.023, Z.38	
K5: Sexualität im Zusammenhang zur Gesundheit	Gibt an, ob und welchen Einfluss Sexualität, nach einem subjektiven Verständnis, auf die Gesundheit hat	1) Zustimmung 2) Sex gehört zum Wohlfühlen / Gesundheit dazu 3) Sexualität beeinflusst Gesundheit positiv 4) Ausgleich 5) Keinen Zusammenhang 6) Wichtig für die Psyche 7) Prostata-Krebs-Prophylaxe	1) I.016, Z. 64; I.021, Z. 40 2) I.016, Z. 65-69, I.010, Z. 34 I.023, Z. 37-38 3) I.006, Z.69-72 4) I.010, Z. 34 5) I.018, Z. 36; I.022, Z. 38	Sexuelle Gesundheit <sup>298</sup>

<sup>298</sup> Sexuelle Gesundheit: „Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen [...].“ Siehe dazu: WHO-Regionalbüro für Europa: Internetdokument.

		8) Lust kann etwas Gesundheitsförderndes sein 9) „Ich bin auch ohne Sexualität gesund“ 10) „ein SEHR großer Bestandteil von Gesundheit ist. ABER eben auch von Krankheit.“ 11) Hemmt aber auch, wenn /weil es um geschlechtsübertragbare Krankheiten geht. 12) Vorbeugende Maßnahme, übergreifend zu werden 13) Fördert den Heilungsprozess	6) I.019, Z. 50-52; I.021, Z. 34-35 7) I.021, Z. 38-39 8) I.021, Z.142- 143 9) I.022, Z. 39 10) I.023, Z. 40-41 11) I.023, Z. 48-51 12) I.023, Z. 86 13) I.023, Z.137	
K6: Wichtigkeit von Sexualität (in Bezug auf Gesundheit)	Subjektive Einschätzung zur Wichtigkeit von Ausleben der eigenen Sexualität, ggf. in Bezug auf die eigene Gesundheit	1) (sehr) Wichtig finden 2) Kein Thema mehr, zur Zeit abgeschlossen 3) In einer Beziehung wichtig, 4) Außerhalb einer Beziehung ist es nichts „essentielles“	1) I.016, Z. 78; I.010, Z. 40; I.019, Z. 50, 57; I.021, Z. 45; I.023, Z. 47 2) I.006, Z. 84-85 3) I.022, Z. 45-46; I.023, Z. 47 4) I.022, Z. 45-46	Bewertung Sexualität
K7: Sexuelle Aktivität vor dem Krankenhausaufenthalt	Gibt an, ob die befragte Person vor ihrem Krankenhausaufenthalt	1) Zustimmung	1) I.016, Z. 85; I.006, Z. 98; I.010, Z. 46;	Sexuelle Aktivität

	sexuell aktiv war		I.018, Z. 41; I.019, Z.63; I.021, Z.51; I.022, Z. 52 I.023, Z. 57	
K8: Bedürfnis nach Sexualität / Zweisamkeit während des Klinikaufenthalts	Gibt an, wie das Bedürfnis nach Sexualität bzw. Zweisamkeit während des Klinikaufenthalts gewesen ist	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nicht so ein großes Thema, wegen dem allgemeinen Gesundheitszustand (Schmerzen, Blutverlust, usw.)</li> <li>2) „SEHR GERING!“</li> <li>3) „HOCH! [...] wenn man drei Monate NICHTS hat, ist das schon HART!“</li> <li>4) „DA (!) EIGENTLICH NICHT WIRKLICH AUSGEPRÄGT“, da hatte ich andere Sorgen</li> <li>5) nach Zweisamkeit hatte ich SCHON das Bedürfnis</li> <li>6) einfach mal mit dem Partner alleine im Bett liegen, Kuscheln, Zeit zu Zweit. Also: Sex nein, Körperkontakt ja</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z.91 ff; I.006, Z. 109-110; I.010, Z. 52; I.022, Z. 57-58; I.023, Z. 84, 102-103</li> <li>2) I.010, Z. 53</li> <li>3) I.018, Z. 46-47</li> <li>4) I.019, Z. 68, 70</li> <li>5) I.021, Z. 58-61</li> <li>6) I.023, Z. 62-64</li> </ol>	Bedürfnis nach Sexualität / Zweisamkeit
K9: Verständnis Geschlechtsidentität	Was dazu gehört, sich als Mann oder sich als Frau zu fühlen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Aussehen (Brüste)</li> <li>2) Den Part der Frau beim Sex an sich</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z. 119</li> <li>2) I.016, Z. 148-149</li> <li>3) I.006, Z. 119</li> </ol>	Geschlechtsidentität nach Juchli (ATL: Mann-Frau)

	(angebunden an die ATL nach Juchli)	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) Respekt vor der Geschlechtsidentität</li> <li>4) Respektierung der Intimsphäre</li> <li>5) Bedingt etwas mit Sexualität zu tun</li> <li>6) Pflege gleichgeschlechtlicher Pflege</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>I.022, Z. 68</li> <li>4) I.010, Z. 61</li> <li>I.022, Z. 67</li> <li>5) I.021, Z. 71</li> <li>6) I.022, Z. 68;</li> <li>I.023, Z. 153-154</li> </ol>	
K10: Sexualität als Bestandteil der Geschlechtsidentität	Bedürfnisse nach sexuellen Handlungen als Teil der Geschlechtsidentität	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zustimmung</li> <li>2) Keine Antwort</li> <li>3) Für viele Ja, für einige aber auch nein</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z. 145;</li> <li>I.010, Z. 78;</li> <li>I.018, Z. 63;</li> <li>I.019, Z. 97;</li> <li>I.021, Z. 89;</li> <li>I.022, Z. 76;</li> <li>I.023, Z. 78</li> <li>2) I.006, Z. 125</li> <li>3) I.021, Z. 87-89</li> </ol>	Bestandteil von Geschlechtsidentität
K11: Zeitpunkt zur Ermöglichung von Sexualität	Gibt an, ab welchem Zeitraum Sexualität im Krankenhaus ermöglicht und gefördert werden sollte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ab einen gewissen Zeitraum</li> <li>2) Station abhängig (Regelstation ja, Intensivstation schwierig)</li> <li>3) Individuell</li> <li>4) „Sobald der Patient DAS äußert“</li> <li>5) Ab 14 Tagen</li> <li>6) Wenn der Aufenthalt länger geplant ist / dauert</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z. 176-179</li> <li>2) I.016, Z. 180-182</li> <li>3) I.006, Z. 143;</li> <li>I.019, Z. 103</li> <li>I.022, Z. 103</li> <li>4) I.010, Z. 93;</li> <li>I.021, Z. 112</li> <li>I.022, Z. 99</li> <li>5) I.018, Z. 76;</li> </ol>	Zeitpunkt für Sexualität

		<p>7) Es sollte keine Richtlinien dafür geben</p> <p>8) Schwere Ein/Abschätzung</p>	<p>I.019, Z. 104</p> <p>6) I.018, Z. 78</p> <p>7) I.021, Z. 112-113</p> <p>8) I.023, Z. 106</p>	
K12: Strukturen, die das Ausleben von Sexualität ermöglichen	Angaben über die gegebenen Strukturen, die es aktuell ermöglichen den Bedürfnissen nach sexuellen Handlungen nachgehen zu können	<p>1) „GAB'S GAR KEINE MÖGLICHKEIT(!)“</p> <p>2) „Es gibt keine INTIMITät“</p> <p>3) Keine Privatsphäre</p> <p>4) Auf der Toilette</p> <p>5) Einzelzimmer</p>	<p>1) I.016, Z. 199; I.021, Z. 120</p> <p>2) I.006, Z. 165</p> <p>3) I.010, Z. 111-114</p> <p>4) I.018, Z. 70</p> <p>5) I.018, Z. 83; I.023, Z. 113, 117</p>	Ist-Struktur
K13: Strukturen, die Bedürfnisbefriedigung verhindern	Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten verhindern.	<p>1) Vierbettzimmer</p> <p>2) Wenig Privatsphäre</p> <p>3) Mehrbettzimmer</p> <p>4) Viel Besuch anderer Patienten</p> <p>5) „Es gibt keine INTIMITät“</p> <p>6) Keine Privatsphäre</p> <p>7) Räumlichkeiten</p> <p>8) Stationsalltag</p> <p>9) Hellhöriges Badezimmer, was geteilt werden muss</p> <p>10) Fehlendes Bewusstseins seitens des Personals: „blinder Fleck“</p>	<p>1) I.016, Z. 100; I.021, Z.58</p> <p>2) I.016, Z. 163, 163-166, 227-229</p> <p>3) I.016, Z. 163, 226, I.019, Z. 88, 118; I.021, Z. 126</p> <p>4) I.016, Z. 195</p> <p>5) I.006, Z. 165</p> <p>6) I.010, Z. 111-114; I.018, Z. 88-90; I.019, Z. 120-121; I.023, Z. 124</p> <p>7) I.010, Z. 122</p>	Verhinderungsstrukturen



			8) I.018, Z. 88-90 9) I.021, Z. 127-129 10) I.022, Z. 126-128	
K14: Fehlende Strukturen zur Förderung von Sexualität	Räumliche, materielle oder allgemeine Gegebenheiten bereitstellen, die sexuelle Handlungen, oder einen persönlichen Bereich darstellen, der Intimitäten ermöglichen.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Einzelzimmer bzw. SEPERATE Räume der PRIVATSPHÄRE schafft</li> <li>2) Privatsphäre („ist das A und O“)</li> <li>3) Feste Zeiten (Struktur/Tagesablauf)</li> <li>4) Kuschelraum</li> <li>5) Angebot an den Patienten herantragen</li> <li>6) Einzelzimmer – „ist am besten“</li> <li>7) Mehr Privatsphäre</li> <li>8) Umdenken / bewusstmachen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z. 218-219, 237, 241 I.006, Z. 132; I.019, Z. 86-87, 110, 127</li> <li>2) I.016, Z. 234-235</li> <li>3) I.016, Z.241-245; I.023, Z. 128</li> <li>4) I.006, Z. 193; I.021, Z. 134</li> <li>5) I.010, Z. 137-138</li> <li>6) I.018, Z. 83</li> <li>7) I.018, Z.95-96 I.019, Z. 126</li> <li>8) I.022, Z. 132-133</li> </ol>	Wunschstrukturen
K15: Auswirkungen gehemmter Sexualität	Verhaltensweisen, Gefühlszustände, die bei einem Patienten auftreten, wenn dieser seine Sexualität (für eine längere Zeit) nicht ausleben kann.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sich unbefriedigt fühlen</li> <li>2) Nervös fühlen</li> <li>3) Unausgeglichenheit</li> <li>4) Unwohlgefühl</li> <li>5) Aggressivität</li> <li>6) Unzufriedenheit</li> <li>7) Individuell</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) I.016, Z.78; I.021, Z. 140</li> <li>2) I.016, Z.78, 251; I.021, Z. 141</li> <li>3) I.016, Z. 251 I.022, Z. 145</li> <li>4) I.016, Z. 252-253</li> </ol>	Folgen

		8) Kann, muss aber keine Auswirkung haben 9) „untervögelt“ 10) „ANGESPANNTER“ 11) Negative Auswirkung 12) FRUSTRIERT 13) Negativer Einfluss auf den Heilungsprozess	5) I.006, Z. 184; I.018, Z. 102; I.021, Z. 140; I.022, Z. 143 6) I.006, Z. 184 7) I.010, Z.147 8) I.010, Z.148-150 9) I.018, Z. 102, 104 10) I.019, Z.133 11) I.023, Z. 88-89 12) I.023, Z. 135 13) I.023, Z. 137-138	
K16: Haltung zum Ausleben von Sexualität im Krankenhaus	Gibt die subjektive Haltung gegenüber dem Thema Sexualität im Krankenhaus wieder	1) Gehört dazu, vor allem bei längeren Aufenthalt, sollte ermöglicht werden 2) Zustimmung 3) Zustimmung mit Einschränkung, dass keiner dadurch gestört wird 4) Vielleicht ist ein Krankenhaus nicht verpflichtet Freiräume zu schaffen 5) Menschen gehen ins Krankenhaus, um gesund zu werden 6) Wichtig finden 7) „ALSO ICH(!) PERSÖNLICH(!) WÜRDE(!) ES(!)	1) I.016, Z. 158-160, 167 2) I.006, Z. 132 3) I.010, Z.85-86 4) I.010, Z. 123-125 5) I.010, Z. 157-161 6) I.021, Z. 95 7) I.021, Z. 99-100 8) I.016, Z. 158-160 9) I.022, Z. 91	Meinung

		<p>MIR(!) WÜNSCHEN(!), dass die Möglichkeit besteht. Ja“</p> <p>8) „Sexualität gehört dazu. Und wenn man jetzt über einen längeren Zeitraum im Krankenhaus ist, auch über mehrere Wochen, dann möchte man das vielleicht ja schon ausleben.“</p> <p>9) „Ich glaube nicht, dass es viele Patienten ausleben möchten.“</p>		
K17: Tabu	Ein sozial nicht gern offen besprochenes und offen präsentiertes Thema / Themengebiet, das mit Abwehrmechanismen und Scham gekennzeichnet ist.	<p>1) Tabu</p> <p>2) Sollte enttabuisiert werden</p> <p>3) Vermutungen über Missbrauchsfälle</p> <p>4) Das Thema kommt langsam angefangen mit Sexualität und Behinderung</p> <p>5) Gesellschaft wird immer prüder</p> <p>6) Scham besetzt</p> <p>7) „Ich glaube, dass Ärzte und KrankenPFLEGER oder Pflegerinnen gar nicht darüber nachdenken. Deswegen, das wäre der blinde Fleck, den ich sehe.“</p>	<p>1) I.016, Z. 238; I.016, Z. 238; I.019, Z. 140; I.021, Z. 156; I.022, Z. 153</p> <p>2) I.016, Z. 279</p> <p>3) I.019, Z. 142</p> <p>4) I.021, Z. 150-153</p> <p>5) I.021, Z. 154</p> <p>6) I.021, Z. 156</p> <p>7) I.022, Z. 126-128, 153</p>	Vermeidungsprinzip

## Anlage 14 Auszug Curriculum Pflegeschule

### Auszug aus dem Curriculum der Schule für Gesundheitsberufe der Klinikum Dortmund gGmbH

#### Lerneinheit II.4.22 Sexualität

##### Zielsetzung:

1. Die Lernenden setzen sich mit dem Themenkomplex „Sexualität“ auseinander. Dabei gilt es, sich nicht nur mit der eigenen Sexualität, sondern auch mit der Sexualität des „Anderen“ zu beschäftigen.
2. Die Lernenden machen sich die Bedeutung von Sexualität im Pflegealltag bewusst und überdenken ihre eigene Haltung.

##### Schwerpunkte dieser Lerneinheit

- Bedeutung der eigenen Sexualität
- Bedeutung von Sexualität im Pflegealltag

##### *01 Inhalte der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften: (HD)*

- Sexualität in der Pflege: ein Tabu?
- Sexualität im Pflegealltag: Eindringen in Privat-/Intimsphäre der Patientinnen und Patienten; Werden in der Pflege Tabus verletzt?; Wie wird Sexualität in der Pflege „erlebt“?

##### *03 Pflegerelevante Inhalte der Geistes- und Sozialwissenschaften: (HD)*

- Was ist Sexualität?
- Einflussfaktoren
- Bedeutung der eigenen Sexualität (als Individuum – als Pflegekraft)

##### *04 Pflegerelevante Inhalte aus Recht, Politik und Wirtschaft: (HD/FD)*

- Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz

## **Eidesstattliche Erklärung**

### **Erklärung**

„Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe, keine anderen, als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten, Quellen und Hilfsmitteln benutzt habe. Dieses Forschungsprojekt liegt ebenso bei keiner anderen Prüfungsbehörde vor oder einer Person im Rahmen einer Prüfung.“

Dortmund, den 10. Mai 2017

---

Andreas Honke