



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Grenzziehung in der Pflege-
Der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten im Pflegebereich

Verfasserin

Doreen Stöhr

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil)

Wien, 30. August 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Monika Linhart, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet, ferner wurden alle wörtlichen und sinngemäß übernommenen Stellen in der Arbeit von mir als solche gekennzeichnet.

Außerdem versichere ich, dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Diese Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde im In- bzw. Ausland vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 30.08.2012

Doreen Stöhr

Kurzfassung

Hintergrund:

Sexuell motiviertes Verhalten kann überall dort auftreten, wo Menschen miteinander agieren. Auch im Pflegealltag spielt sexuell motiviertes Verhalten von Seiten der Patienten und Patientinnen eine Rolle. In Untersuchungen aus unterschiedlichen Ländern wurden verschiedene Arten von sexueller Belästigung sowie verschiedene Bewältigungsmechanismen beschrieben. Literatur zur Thematik aus dem deutschsprachigen Raum bzw. Kulturkreis konnte nicht ausfindig gemacht werden. Zudem scheint es schwierig die bereits vorhandenen Ergebnisse auf diesen Kulturkreis umzulegen.

Ziel:

Das Ziel dieser Untersuchung war es, den Umgang des Pflegepersonals mit sexuell motiviertem Verhalten seitens der Patienten und Patientinnen sichtbar zu machen. Es sollten die Auswirkungen dieses Verhaltens auf die Pflegepersonen sowie die Patienten und Patientinnen herausgearbeitet werden.

Methode:

Die Grounded Theory wurde als Methode der Datenerhebung und -auswertung verwendet. Mit einer männlichen und 9 weiblichen Pflegepersonen aus verschiedenen Pflegebereichen wurden semi-strukturierte Interviews geführt. Wegen der begrenzten Rahmenbedingungen, konnte die theoretische Sättigung der Daten nicht erreicht werden.

Ergebnisse:

Zum Thema Grenzverschiebung in der Pflege zeichneten sich vier Kategorien ab, die den Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten im Pflegebereich näher erklären: Ursächliche Bedingung, Kontext, Handlungsstrategien und die daraus folgenden Konsequenzen. Die ursächliche Bedingung beinhaltet die Definition von sexuell und nicht-sexuell motiviertem Verhalten. Der Kontext beinhaltet die Grundhaltung der Pflegenden, die lokalen Gegebenheiten, Sexualität im Wandel und hemmende sowie begünstigende Faktoren für sexuell motiviertes Verhalten. Die Handlungsstrategien werden in unmittelbare Reaktion auf und Bewältigung von sexuell motiviertem Verhalten unter Beachtung des kollegialen Umfeldes betrachtet. Zuletzt werden die Konsequenzen für die Patienten und Patientinnen beschrieben, sowie die Folgen und Maßnahmen näher erläutert.

Schlussfolgerung:

Aus den Ergebnissen kann die Aktualität der Thematik sowie die grundlegende Bedeutung von sexuell motiviertem Verhalten für die befragten Pflegepersonen aus österreichischen Institutionen herausgelesen werden. Die Sensibilisierung der einzelnen Institutionen und deren leitenden Personen sowie der Pflegepersonen selbst, ist eine Möglichkeit, um Betroffenen einen offenen und professionellen Umgang mit solchen Erfahrungen zu ermöglichen.

Abstract

Background:

Sexually motivated behavior can appear anywhere where people interact with each other. Also in everyday care, sexually motivated behavior of patients plays a role. The effects of this behavior on the caretakers and the patients will be presented. In investigations from several countries, different forms of sexual harassment and ways of coping with them are described. Literature of this topic from the German speaking area or culture area could not be found. Therefore it seems difficult to compare the existing results for this culture area.

Aim:

The goal of this research was to show how the caretakers deal with sexually motivated behavior of the patients. The effects of this behavior on both the caretakers themselves and the patients will be shown.

Method:

The Grounded Theory was used as a method of data collection and data evaluation. Semi-structured interviews were performed with one male and 9 female caretakers from different areas of care. Because of the limited framework, the theoretical saturation of data could not be reached.

Results:

On the topic of shifting boundaries in care, four categories were found which explain the way of coping with sexually motivated behavior in care: the causal condition, the context, the action strategy and the consequences. The causal condition encompasses the definition of sexually and non-sexually motivated behavior. The context concerns the basic attitude of the caretakers, the local circumstances, the shift in sexuality and factors which soothe or aggravate sexually motivated behavior. The action strategies were observed from the work environment, through the direct reaction and response on sexually motivated behavior by the caretakers. In the end, the consequences on the patients as well as measures to be taken are described.

Conclusion:

From the results one can see the current relevance of the topic as well as the basic meaning of sexually motivated behavior for the interviewed caretakers in Austrian institutions. Raising awareness at the individual institutions and their management as well as at the level of the caretakers themselves is an opportunity to support involved people in an open and professional way with such experiences.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund und Problemstellung	1
1.2	Zielformulierung und Fragestellung	1
1.3	Gliederung der Arbeit	2
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Definitionen	4
2.1.1	Grenzverletzung und Übergriff:	4
2.1.2	Gewalt am Arbeitsplatz:	5
2.1.3	Sexuelle Belästigung	6
2.2	Arten von sexueller Belästigung	7
2.3	Häufigkeiten und Auftreten der verschiedenen Arten von sexueller Belästigung . .	10
2.4	Geschlechtsspezifische Unterschiede	12
2.5	Hervorgerufene Emotionen durch sexuelle Belästigung	13
2.6	Beeinflussende Faktoren	14
2.7	Bewältigungsstrategien (Coping)	15
2.8	Einfluss auf weitere Interaktionen mit den Patienten	18
2.9	Negative Auswirkungen auf belästigendes Verhalten	19
2.10	Maßnahmen	20
3	Methodik	23
3.1	Grounded Theory	23
3.2	Stichprobengrundlage	25
3.2.1	Einschlusskriterien	25
3.2.2	Rekrutierung	25
3.2.3	Informed Consent und Ethische Bedenken	26
3.2.4	InterviewteilnehmerInnen	26
3.3	Datenerhebung	27
3.4	Datenanalyse	28
3.5	Gütekriterien	29
4	Erkenntnisse	31
4.1	Ursächliche Bedingungen	31
4.1.1	Sexuell motiviertes Verhalten	32

4.1.1.1	Definitionen zu sexuell motiviertem Verhalten	32
4.1.1.2	Grenzüberschreitend	33
4.1.1.3	Genderaspekt	33
4.1.1.4	Erkennen von sexuell motiviertem Verhalten	34
4.1.1.5	Körperlich	35
4.1.1.6	Verbal	36
4.1.1.7	Nonverbal	38
4.1.2	Kein sexuell motiviertes Verhalten	40
4.1.2.1	Wenn es erklärbar ist	40
4.1.2.2	Körperlich	42
4.1.2.3	Verbal	43
4.1.2.4	Nonverbal	44
4.2	Kontext	45
4.2.1	Die Grundhaltung der Pflegenden	46
4.2.1.1	Persönliche Einstellung	46
4.2.1.2	Pflegerische Einstellung	48
4.2.2	Sexualität im Wandel	52
4.2.3	Lokale Gegebenheiten	55
4.2.3.1	Umgebungen in denen vermehrt sexuell motiviertes Verhalten beobachtet wird	55
4.2.3.2	Sicherheitsgefühl im Krankenhaus	59
4.2.3.3	Hohe Toleranzgrenze bei sexuell motiviertem Verhalten im Krankenhaus	60
4.2.4	Begünstigende Faktoren	61
4.2.4.1	Kleidung	61
4.2.4.2	Alter	62
4.2.4.3	Zeitfaktor	63
4.2.4.4	Bestimmte Situationen	64
4.2.4.5	Patient	64
4.2.5	Hemmende Faktoren	65
4.2.5.1	Angehörige	65
4.2.5.2	Dokumentation	66
4.2.5.3	Kleidung	67
4.2.5.4	Alter	68
4.2.5.5	Berufserfahrung/Lebenserfahrung	69
4.2.5.6	Aus- und Weiterbildung	70

4.2.5.7	Offener Umgang	74
4.3	Handlungsstrategien	75
4.3.1	Unmittelbare Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten	75
4.3.1.1	Offensiv	76
4.3.1.2	Defensiv	83
4.3.2	Bewältigung	85
4.3.2.1	Verbalisierung	86
4.3.2.2	Eigeninitiative	91
4.3.3	Kollegiales Umfeld	95
4.3.3.1	Verschiedene Charaktere	95
4.3.3.2	Unterstützende Funktion	97
4.4	Konsequenzen	98
4.4.1	Konsequenzen für die PatientInnen	99
4.4.2	Maßnahmen	101
4.4.3	Folgen	104
4.4.3.1	Angst	104
4.4.3.2	Meidung	105
4.5	Zusammenfassung der Erkenntnisse	107
5	Diskussion und Schlussfolgerung	109
5.1	Implikationen	113
5.1.1	Implikationen für die Pflegeforschung	113
5.1.2	Implikationen für die Pflege	114
5.2	Limitationen	115
	Literaturverzeichnis	117
	Literatur	117
	A Anhang	119

Tabellenverzeichnis

1	Arten von sexueller Belästigung nach Bronner, 2003	7
2	Arten von sexueller Belästigung nach Hibino et al., 2006	8
3	Hervorgerufene Emotionen nach Bronner, 2003	13
4	Bewältigungsstrategien nach Bronner, 2003	16

Abbildungsverzeichnis

1	Ursächliche Bedingung	31
2	Sexuell motiviertes Verhalten	32
3	Kein sexuell motiviertes Verhalten	40
4	Kontext	46
5	Grundhaltung der Pflegenden	46
6	Lokale Gegebenheiten	55
7	Begünstigende Faktoren	61
8	Hemmende Faktoren	65
9	Handlungsstrategien	75
10	Unmittelbare Reaktion	76
11	Bewältigung	85
12	Kollegiales Umfeld	95
13	Konsequenzen	98
14	Modell vom Umgang der Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten von PatientInnen	107

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
CHRC	Canadian Human Rights Commission
EEOC	Equal Employment Opportunities Commission
ICNP	International Classification for Nursing Practice
ILO	International Labour Organisation
NOHSC	National Occupational Health and Safety Commission
u.a.	und andere

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Die vorliegende Diplomarbeit hat die Grenzziehung im Pflegealltag zum Thema. Dabei liegt der Fokus auf Grenzüberschreitungen, die von Seiten der Patienten bzw. Patientinnen verursacht und von den Pflegepersonen als solche empfunden werden.

In der für diese Arbeit gesichteten Literatur wird von sexueller Belästigung oder gar von sexueller Nötigung (Romito, Ballard & Maton, 2004; Welsh, 2000) gesprochen. Der Begriff des sexuell motivierten Verhaltens im pflegerischen Zusammenhang, ist in der Literatur noch nicht zu finden. Dieser Begriff wurde vielmehr in Hinblick auf seine nicht so restriktive Konnotation gewählt. So kann in sehr gravierenden Fällen die Grenzziehung aufgrund von belästigendem beziehungsweise nötigendem Verhalten von Patienten oder Patientinnen angebracht sein, wobei subtilere Formen ebenso abgedeckt werden. Das Unterscheiden und Kategorisieren der einzelnen Formen ist daher auch ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit.

Es haben sich Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen aus verschiedene Länder, wie beispielsweise Italien, Israel, Japan, Türkei, und Kanada, mit dieser Thematik befasst. In den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen kam die quantitative Methode zum Einsatz, qualitative Untersuchungen hat es bisher nur sehr wenige gegeben. Bei den von mir gesichteten, handelt es sich um phänomenologische Studien von Lobell (1999) und von Madison und Minichiello (2005).

Beim alltäglichen Interagieren von PatientInnen und Pflegepersonen kann es leicht zu sexuell motiviertem Verhalten und damit zu Grenzüberschreitungen kommen. Wenn ein professioneller Umgang mit der Thematik gelebt wird, kann es zu einer höheren Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und dadurch bedingt, auch zu einer höheren Patientenzufriedenheit führen, weil die Qualität der Pflege nicht unter dem Ereignis leidet.

1.2 Zielformulierung und Fragestellung

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, die Lage im kulturellen Kontext zu erfassen und für den deutschsprachigen Raum eine Diskussionsgrundlage zum Thema sexuelle Belästigung zu schaffen. Es sollen die Zusammenhänge, unter Beachtung der individuellen Sichtweise, mit semi-strukturierten Interviews erfasst werden. Im Einzelnen sollen die verschiedenen Formen und der Bewältigungsprozess eines Erlebnisses mit sexueller Belästigung sichtbar gemacht werden, damit

das Pflegepersonal und die PatientInnen gleichermaßen geschützt werden und ein professioneller Umgang mit der Thematik gelebt werden kann. Die vorliegende Diplomarbeit soll zu eben diesem Verständnis und zur Enttabuisierung dieser Thematik unter Verwendung der unten stehenden Forschungsfragen beitragen.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lauten:

- Welche Formen von sexueller Belästigung gibt es?
- Welcher Bewältigungsmechanismen bedient sich Pflegepersonal, welches Erfahrung mit sexueller Belästigung gemacht hat?
- Welchen Einfluss hat die sexuelle Belästigung auf das Pflegepersonal?
- Welchen Einfluss hat die sexuelle Belästigung auf die Pflege der belästigenden Patienten und Patientinnen?
- Wie geht die Institution mit sexueller Belästigung um?

1.3 Gliederung der Arbeit

Diese Arbeit untergliedert sich in einen Literaturteil, indem der derzeitige wissenschaftliche Stand zur Thematik der Grenzziehung in der Pflege festgehalten ist und dem empirischen Teil, auf dem der Schwerpunkt liegt. Im zweiten Kapitel, dem Literaturteil wird der theoretische Hintergrund näher beschrieben. Es werden themenrelevante Begrifflichkeiten definiert sowie die Formen und Häufigkeiten von sexueller Belästigung bearbeitet. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die hervorgerufenen Emotionen sowie mögliche beeinflussende Faktoren werden beschrieben. Die Bewältigungsstrategien werden erläutert und es wird der Einfluss auf weitere Interaktionen mit den PatientInnen behandelt. Es werden negative Auswirkungen auf das sexuell motivierte Verhalten angeführt und abschließend mögliche Maßnahmen zur Eindämmung von sexuell motiviertem Verhalten erläutert.

Der empirische Teil setzt sich aus den drei Kapiteln Methodik, Erkenntnisse und Diskussion zusammen. Im Kapitel drei, Methodik, wird die verwendete Methode der Grounded Theory näher beschrieben. Dabei wird genauer auf die Stichprobengrundlage eingegangen. Es wird die Datenerhebung und die Datenanalyse beschrieben und schließlich werden die Gütekriterien der qualitativen Forschung erwähnt.

Im umfangreichen vierten Erkenntniskapitel, werden die aus den Interviews gewonnen Daten in vier Kategorien zusammen gefasst und näher beschrieben. Dazu zählen die ursächliche Bedingung, der Kontext, die Handlungsstrategien und die Konsequenzen. Diese vier Kategorien

sind maßgeblich, um den Umgang von Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten zu verstehen. Anschließend wird das vorläufige Modell in seiner Gesamtheit beschrieben.

Im fünften Kapitel Diskussion werden die gewonnen Daten mit der Literatur diskutiert. Anschließend folgen in Kapitel sechs die Implikationen für die Pflege und Pflegeforschung. In Kapitel sieben werden die Limitationen behandelt. Nach der Schlussfolgerung in Kapitel acht folgt der Anhang mit der Einverständniserklärung und dem Lebenslauf der Autorin.

2 Theoretischer Hintergrund

Die Amerikanische Feministin und Juristin Mackinnon beschrieb erstmals das Konzept der sexuellen Belästigung in ihrem Buch "Sexual Harassment of Working Women", welches im Jahr 1979 erschien. Sexuelle Belästigung wurde 1980 von der US-Regierung in den Richtlinien der Equal Employment Opportunities Commission (EEOC) und der Canadian Human Rights Commission (CHRC) beschrieben. Erst danach wurde diese Thematik auch in den USA, Japan bzw. Kanada aufgegriffen. In den späten 1980er Jahren durchdrang dieses Thema die Medien und es erschienen vermehrt Publikationen (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006), (Welsh, 2000). Jedoch gibt es bis heute immer noch keine aktiven Strategien in Japan, die bei sexueller Belästigung von PatientInnen im Krankenhaus am Pflegepersonal angewendet werden (Hibino et al., 2006). In Europa, so beschreiben Romito et al. (2004), wurde die erste Untersuchung zum Thema sexuelle Belästigung 1987 von Michael Rubinstein im Interesse der europäischen Kommission durchgeführt.

Nachfolgend werden Begrifflichkeiten definiert, Arten von sexueller Belästigung sowie deren Auftreten beschrieben. Es werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede herausgearbeitet sowie die durch die sexuelle Belästigung hervorgerufenen Emotionen näher betrachtet. Weiter wird auf beeinflussende Faktoren und Bewältigungsstrategien der Pflegepersonen eingegangen. Der Einfluss auf weitere Interaktionen mit den Patienten und Patientinnen sowie die negativen Auswirkungen auf das belästigende Verhalten werden bearbeitet. Abschließend werden mögliche Maßnahmen beschrieben, wie das sexuell motivierte Verhalten eingedämmt werden könnte.

2.1 Definitionen

Zum Thema Grenzverletzung und Übergriff, Gewalt am Arbeitsplatz und im Speziellen zum Thema der sexuellen Belästigung, gibt es eine Vielzahl von Definitionen, die in verschiedenen Kontexten ihre Gültigkeit besitzen. Einige von diesen sollen in weiterer Folge dargestellt werden.

2.1.1 Grenzverletzung und Übergriff:

Jeder Mensch hat eigene Grenzen, die dem gesellschaftlichen Einfluss unterliegen und die schützenswert sind. Wenn diese Grenzen nicht mehr geschützt werden können, kann es zu einer Grenzverletzung kommen. Procap (2010) unterteilt die Grenzverletzung in leicht und schwer:

Leichte Grenzverletzungen sind Überschreitungen der körperlichen oder psychischen Grenzen anderer Personen. Sie können aufgrund von unterschiedlichen Empfindungen von Nähe und Distanz oder durch Unkenntnis bzw. Nichtbeachtung von Verhaltensregeln unabsichtlich oder absichtlich entstehen. (S.12)

Wenn von schweren Grenzverletzungen gesprochen wird, sind meist Übergriffe gemeint. Procap (2010) schreibt dazu folgendes:

Bei Übergriffen wird das Selbst- bzw. Mitbestimmungsrecht der Betroffenen absichtlich missachtet und eingeschränkt, ... (S.14)

Weiter wird ausgeführt:

Die Betroffenen sind zumeist in einer schwächeren oder abhängigen Position und sind dadurch nicht in der Lage, sich gegen den Übergriff zu wehren, ... (S.14)

Der Fokus in Procap (2010) liegt primär auf Grenzverletzungen, die von Pflegepersonen ausgehen. Hofmann (2001) spricht von konstitutiver Grenzüberschreitung in der Pflege und betrachtet das Thema der Grenzverletzung in der Gesamtheit. Damit ist gemeint, dass die Grenzüberschreitung aufgrund des pflegerischen Aufgabenfeldes unvermeidbar ist. Weiter wird beschrieben, dass die Grenzverletzung in Scham resultiert, was zu Abwehrreaktionen führt. Es wird angeführt, dass die Grenze der Pflegeperson von Seiten der Patienten und Patientinnen übertreten werden, aber genauso die Pflegeperson, beispielsweise bei der Intimhygiene, eine Grenze übertritt, die zu heftigen Reaktionen bei den Patienten und Patientinnen führen kann.

2.1.2 Gewalt am Arbeitsplatz:

Gewalt am Arbeitsplatz beinhaltet nach der National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC) Mord, Körperverletzung, Drohungen, verbalen Missbrauch, angstausslösendes Verhalten, Stalking und Erniedrigung. Diese können zu schwerem Stress oder distanzierendem Verhalten beim Empfänger dieser Verhaltensweisen führen (National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC), 1999).

Von der International Labour Organisation (ILO) wurde in einem Report eine erste Definition zu Gewalt am Arbeitsplatz erarbeitet, die in der Zusammenkunft von Experten im Oktober 2003 überprüft werden sollte, um einen "Code of Practice" in Gewalt und Stress am Arbeitsplatz im Dienstleistungssektor zu erstellen:

Violence includes both physical and non-physical or psychological violence, in the form of verbal abuse, physical assault up to and including homicide, bullying, mobbing, harassment and mental stress. Workplace violence can be internal (within the enterprise, among managers, supervisors and workers); but there is also external violence (between workers and intruders, as well as between staff, clients, patients, students, suppliers, and the general public). (International Labour Organisation (ILO), 2003, S.iii)

Der Geltungsbereich dieser Definition sollte aber auf absichtliche Handlungen von körperlicher Gewalt beschränkt werden, um somit arbeitsbedingten Stress aus der Definition zu entfernen (Mayhew & Chappell, 2007). Das Resultat war die folgende Definition der ILO von 2004:

Any action, incident or behaviour that departs from reasonable conduct in which a person is assaulted, threatened, harmed, or injured in the course of, or as a direct result of, his or her work. (International Labour Organisation (ILO), 2004, S.4)

2.1.3 Sexuelle Belästigung

Um überhaupt einen Einstieg in die Thematik zu bekommen, ist es ratsam sich mit der Definition von sexueller Belästigung auseinanderzusetzen. Jede Quelle hat in ihrer Definition von sexueller Belästigung den Fokus auf einen anderen Aspekt gerichtet, sodass die Definitionen nur in einem gewissen Kontext ihre Gültigkeit besitzen.

Beispielsweise wird im Fachlexikon Pschyrembel Pflege sexuelle Belästigung als

... sexuell motivierter, ggf. machtmisbräuchlicher Übergriff auf andere Personen; häufig bezogen auf sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, d.h. jedes vorsätzliche, sexuell motivierte Verhalten, das die Würde von Beschäftigten am Arbeitsplatz verletzt; ... (Wied & Warmbrunn, 2007, S.99),

definiert.

Lobell (1999) verwendet in seiner Studie eine Definition von sexueller Belästigung, die im Zuge der Leitlinien des U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) 1997 ausgegeben wurden, die wie folgt lautet:

Unwelcome sexual advances, requests for sexual favors, and other verbal or physical conduct of a sexual nature will be considered harassment when such conduct has the purpose or effect of unreasonably interfering with an individual's work performance or creates an intimidating, hostile, or offensive work environment. (Lobell, 1999, S.14)

Sexuelle Belästigung wird von Romito et al. (2004) als Machtmissbrauch beschrieben. Dabei stellen sich die Täter als freundlich und kokett dar, was sie jedoch keinesfalls seien. In diesem Zusammenhang sei es eher unwahrscheinlich, dass die Opfer die sexuelle Belästigung provozieren oder explizit danach suchen würden.

Kienzle und Paul-Ettliger (2009) klassifizieren sexuelle Belästigung als eine Form der Gewalt:

Eine besondere Form der Gewalt ist die sexuelle Gewalt, besonders Mitarbeiterinnen werden durch Worte, Gesten und körperliche Berührung sexuell belästigt: ... (S.38)

Außerdem wird von Kienzle und Paul-Ettliger (2009) eine Definition von sexueller Belästigung vorgeschlagen, die als Arbeitsdefinition für die vorliegende Arbeit verwendet wurde:

... jede Verhaltensweise, gleichgültig, ob verbal oder als konkrete Handlung, welche die *Würde der Pflegekraft*, gleichgültig, ob Mann oder Frau, beeinträchtigt. ... (S.33)

Dabei ist es für die vorliegende Arbeit unerheblich, ob die sexuelle Belästigung von einem Patienten oder einer Patientin begangen wurde.

2.2 Arten von sexueller Belästigung

Aus der Literatur konnten verschiedene Arten von sexueller Belästigung ermittelt werden. Dabei konnte beobachtet werden, dass sich in der Literatur aus den verschiedenen Ländern einige Arten von sexueller Belästigung wiederholen. In weitere Folge werden die verschiedenen Arten länderspezifisch anhand der jeweiligen Untersuchung erläutert.

Bronner, Peretz und Ehrenfeld (2003) definieren in ihrer israelischen Studie sieben Arten von sexueller Belästigung mit Hilfe von Sexualtherapeuten, die Workshops zum Thema leiteten. Es waren innerhalb von 10 Jahren, 1000 Pflegepersonen und auszubildende Pflegepersonen beteiligt. In der folgenden Pilotstudie wurde der Grad der Schwere der sieben Arten von sexueller Belästigung ermittelt. In aufsteigender Reihenfolge sind sie übersetzt von der Autorin:

Sanft:	1. Anzügliche Witze, 2. anzügliche Bemerkungen in Bezug auf des Erscheinungsbild der Person,
Mäßig:	3. romantische Beziehungen initiieren, 4. körperliche Berührungen,
Schwer:	5. die Person wird gezwungen jemand anderen intim zu berühren, was nicht zu einer Pflegehandlung gehört, 6. intime Berührungen sowie 7. der Versuch sexuelle Beziehungen einzugehen.

Tabelle 1: Arten von sexueller Belästigung nach Bronner, 2003

Im Rahmen ihrer Untersuchung zum Thema verbaler und körperlicher Missbrauch an Pflegepersonen in der Türkei, haben Çelik, Çelik, Ağırbaş und Uğurluoğlu (2007) mit Hilfe eines Fragebogens Missbrauch an Pflegepersonen erfasst. Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus 622 Pflegepersonen, welche in 8 verschiedenen Krankenhäusern der Stadt Istanbul arbeiten, zusammen. Dabei wurde unter anderem der verbale und körperliche Missbrauch an Pflegepersonen näher beschrieben (übersetzt von der Autorin):

1. Verbales missbräuchliches Verhalten:

- verflucht werden,
- unangebrachtes, unhöfliches, offensives oder feindliches Verhalten,
- böartige Gerüchte über das Pflegepersonal verbreitend,
- angeschrien und gedemütigt werden.

2. Körperliches missbräuchliches Verhalten:

- mit körperlicher Gewalt bedroht werden sowie
- ein Erlebnis mit körperlicher Gewalt gehabt zu haben. (Çelik et al., 2007)

In der japanischen Studie von Hibino et al. (2006) wurden 600 weibliche Pflegepersonen zum Thema sexuelle Belästigung befragt. Der Fragebogen enthielt eine offene Frage, in der die Pflegepersonen gebeten wurden, ihre schlimmste Erfahrung sexueller Belästigung im Detail zu beschreiben. Aus den 201 Antworten wurden 11 Kategorien im Zuge der Auswertung gebildet. Diese sind von der Autorin gruppiert und übersetzt:

Verbal:	1. Anmerkungen und Witze mit sexuellem Inhalt, 2. Fragen über das Privatleben, 3. Fragen nach Verabredungen, 4. Drohungen, 5. Aufforderungen an die Pflegeperson den Körper des Patienten zu berühren,
Körperlich:	6. das körperliche Berühren der Pflegeperson, 7. Umarmen, 8. Der Versuch die Pflegeperson in das Bett des Patienten zu ziehen, 9. Versuchter sexueller Überfall auf die Pflegeperson sowie
Nonverbal:	10. Anstarren in lüsterner Weise,
Stalking:	11. das Aufsuchen der Pflegeperson im privaten Kontext.

Tabelle 2: Arten von sexueller Belästigung nach Hibino et al., 2006

Das körperliche Berühren der Pflegeperson findet meist während der täglichen Pflegetätigkeiten statt. Dabei werden bei der Überprüfung der Vitalzeichen am Bett der Patienten der Arm, die Hand oder andere Teile der Pflegeperson berührt (Hibino et al., 2006). Umarmen und der Versuch die Pflegeperson in das Bett des Patienten zu ziehen finden ebenfalls dann statt, wenn die Pflegeperson am Bett des Patienten direkt die Pflegehandlungen ausübt (Hibino et al., 2006). Eher beim Waschen des Patienten wird das Pflegepersonal vom Patienten dazu aufgefordert den Körper des Patienten zu berühren, was ein nicht pflegetheoretisches Berühren

des Patienten darstellt. Dabei haben einige Pflegepersonen bis zu diesem Zeitpunkt solch ein Ereignis aufgrund ihrer Unerfahrenheit nicht als sexuelle Belästigung identifiziert. Darum sahen sie keine andere Möglichkeit als dem Wunsch des Patienten zu entsprechen (Hibino et al., 2006).

In einer italienischen Studie von Romito et al. (2004) werden 3 Arten von sexueller Belästigung unterschieden (übersetzt von der Autorin):

1. Geschlechtsbezogene Belästigung:

- verbale Belästigung und Pornografie,
- offensive Bemerkungen,

2. Ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit:

- auf eine Verabredung bestehen,
- unangenehme Berührungen,

3. Sexuelle Nötigung:

- sexuelle Bestechung,
- Drohungen sowie
- sexuell motivierter tätlicher Angriff. (Romito et al., 2004)

Welsh ermittelte im Jahr 2000 aus den 296 Beschwerden über sexuelle Belästigung, die bei der Canadian Human Rights Commission innerhalb von 15 Jahren (von 1978 bis 1993) von Frauen eingereicht wurden, 15 Arten von sexueller Belästigung. Aus diesen 15 Arten wurden für die bessere Vergleichbarkeit 5 generelle Kategorien ermittelt, die wie folgt aussehen (übersetzt von der Autorin):

1. Geschlechtsbezogene Belästigung:

- geschlechtsbezogene Beleidigungen,
- geschlechtsbezogene abfällige Bemerkungen,

2. Sexuelle Herabwürdigung:

- subjektives Objektivieren,
- sexuelle Gegenstände,
- Graffitis an Wänden und anonyme Bekanntmachungen,

3. Ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit:

- persönliche Bemerkungen über bestimmte Körperteile,
- subtilen unter Druck setzen,
- sexuelle Berührungen,
- sexuelles Posieren und zur Schau stellen,

4. Beziehungsmäßige Annäherungsversuche:

- Briefe, Telefonanrufe und andere Kommunikationskanäle,
- persönliche verbale Anfrage für eine Verabredung,

5. Sexuelle Nötigung:

- sich Anbieten mit Versprechungen,
- sich Anbieten mit Drohungen sowie
- erzwungener Geschlechtsverkehr. (Welsh, 2000)

2.3 Häufigkeiten und Auftreten der verschiedenen Arten von sexueller Belästigung

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass mindestens eine von zwei Frauen aus den unterschiedlichsten Ländern während ihres beruflichen Werdegangs Erfahrung mit sexueller Belästigung machen musste (Bronner et al., 2003; Çelik et al., 2007; Hibino et al., 2006; Fitzgerald, 1993; Romito et al., 2004; Williams, 1996)

Insgesamt gaben sogar 54% der interviewten Frauen in der Untersuchung von Romito et al. (2004) an, irgendeine Art von sexueller Belästigung in den letzten 12 Monaten erfahren zu haben. Davon berichten 46% von geschlechtsbezogener Belästigung, 29% von ungewollter sexueller Aufmerksamkeit und 3% von sexueller Nötigung.

91% der untersuchten Personen in der Studie von Bronner et al. (2003) gaben an, mindestens eine Art von sexueller Belästigung erlebt zu haben. Drei Arten der sexuellen Belästigung erlebt zu haben, gaben 30% der Befragten an. Ungefähr 50% gaben an, mäßig bzw. schwer sexuell belästigt worden zu sein (Bronner et al., 2003). Die Häufigkeit der sexuellen Belästigung nimmt ab, je anstoßender das Verhalten wird (Bronner et al., 2003). Das bedeutet, dass anzügliche Bemerkungen weitaus häufiger vorkommen (78,8%) als intime Berührungen (20,8%) bzw. gezwungen werden jemand anderen intim zu berühren, was nicht Teil einer Pflegehandlung ist (10%) (Bronner et al., 2003).

SchülerInnen in der Pflegeausbildung berichteten über ein vermehrtes Auftreten von anzüglichen Bemerkungen, anzüglichen Witzen und intimen Berührungen im Vergleich zu ausgebildetem Pflegepersonal (Bronner et al., 2003; Zeller, Needham & Halfens, 2006). Ausgebildetes Pflegepersonal hingegen sprach öfter von schweren sexuellen Belästigungen (33%) als SchülerInnen in der Pflegeausbildung (23%) (Bronner et al., 2003).

Technisches Personal, Büropersonal und Hilfskräfte im Gesundheitsbereich berichteten vermehrt über ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit von Patienten. Diese Untersuchung zeigt ebenfalls, dass weibliches Pflegepersonal im Gegensatz zu anderen Mitarbeitern im Gesundheitsbereich am Häufigsten (32,6%) Erfahrung mit sexueller Belästigung von Patienten gemacht hat. Dabei spielt das Alter der im Gesundheitsbereich Arbeitenden keine Rolle (Romito et al., 2004).

Die verbale sexuelle Belästigung sowie offensive Bemerkungen sind Kategorien der geschlechtsbezogenen Belästigung nach Romito et al. (2004). Circa 16% der Befragten gaben an, diese Arten von sexueller Belästigung von Patienten erlebt zu haben (Romito et al., 2004). 4,9% der Befragten wurden von Patienten zu einer Verabredung gedrängt und 6% der Befragten berichteten über unangenehme Berührungen (Romito et al., 2004). Insgesamt haben 25,4% der Befragten Erfahrung mit geschlechtsbezogener Belästigung seitens der Patienten gemacht (Romito et al., 2004).

In der Untersuchung von Çelik et al. (2007) gaben 91.1% der Befragten an, verbales missbräuchliches Verhalten erlebt und 33% körperliches missbräuchliches Verhalten erfahren zu haben. Zu beachten ist, dass all jene, die körperliches missbräuchliches Verhalten erfahren haben auch verbal missbraucht wurden (Çelik et al., 2007).

Von PatientInnen wurden 76,9% der Befragten verbal belästigt. Bei der körperlichen Belästigung sind es 61,5% der PatientInnen und 70,2% der Angehörigen, die solches missbräuchliches Verhalten an den Tag legen (Çelik et al., 2007).

Welsh (2000) fand in ihrer Untersuchung von 296 Beschwerden heraus, dass manche Beschwerden nicht einzeln als belästigendes Verhalten beschrieben wurden, sondern gleichzeitig. Das bedeutet beispielsweise, dass der Körper berührt wird, während nach Geschlechtsverkehr verlangt wird. Es werden verschiedene Arten von sexuell belästigendem Verhalten in einem Erlebnis mit sexueller Belästigung beschrieben.

Die ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit ist in der Untersuchung von Welsh (2000), die am häufigsten, mit 74%, genannte Art von sexueller Belästigung. Dazu gehören offensive sexuelle Äußerungen, wie persönliche Bemerkungen über bestimmte Körperteile, sowie Anfragen nach Geschlechtsverkehr und sexuelles Berühren des Körpers. Das am zweithäufigsten genannte ist

mit 46% die geschlechtsbezogene Belästigung. Diese Art von sexueller Belästigung ist abwertend und entwürdigend. In 32% der Beschwerden wird von sexueller Herabwürdigung gesprochen, was visualisierte Kommentare oder Wandschmierereien beinhaltet. In 25% der Beschwerden von Frauen wird sich über beziehungsmäßige Annäherungsversuche beschwert. Beschwerden über sexuelle Nötigung können in 14% der Fälle beschrieben werden.

Wenn sich Frauen über sexuelle Nötigung beschweren, ist es sehr wahrscheinlich, dass sie ebenfalls Erfahrung mit weniger schweren Arten von sexueller Belästigung gemacht haben (Welsh, 2000).

In der Studie von Bronner et al. (2003) gaben 9% der Befragten in Israel an, noch nie Erfahrung mit sexueller Belästigung gemacht zu haben. (Dabei gaben 8% der Frauen und 15% der Männer an, noch nie sexuell belästigt worden zu sein (Bronner et al., 2003).) Ähnliche Werte ermittelten Çelik et al. (2007), dort gaben 8,8% der türkischen Befragten an, noch nie verbal oder körperlich missbräuchliches Verhalten am Arbeitsplatz erlebt zu haben. Einen deutlich höheren Wert derjenigen, die angeben noch nie sexuell belästigt worden zu sein, gaben 38,8% der Befragten in der japanischen Untersuchung von Hibino et al. (2006) an.

2.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bronner et al. (2003) beschreiben, dass weibliches Pflegepersonal und Auszubildende in Israel häufiger als männliches Pflegepersonal sexuell belästigt werden. Allerdings seien Männer (35%) von der „schweren“ sexuellen Belästigung vermehrt betroffen, verglichen mit Frauen (26%). Das ist der Grund warum auf männliches Pflegepersonal ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte, da das männliche Pflegepersonal nach Bronner et al. (2003) keine geeigneten Maßnahmen zum Schutz bzw. zur Abgrenzung der eigenen Person haben, um in angemessener und bestimmter Art und Weise zu reagieren. Israelische Männer klassifizieren anzügliche Witze und anzügliche Bemerkungen eher nicht als sexuelle Belästigung (Bronner et al., 2003).

Weibliches Pflegepersonal hat nach Bronner et al. (2003) mehr negative Gefühle in Bezug auf sanfte und mäßige Belästigung als männliches Pflegepersonal. Bei der schweren sexuellen Belästigung konnte kein signifikanter Unterschied zwischen dem Empfinden von negativen Gefühlen bei Männern und Frauen festgestellt werden (Bronner et al., 2003).

Männer sowie Frauen reagieren eher passiv auf die sanfte sexuelle Belästigung. Frauen hingegen reagieren bestimmter als Männer im Falle der mäßigen und schweren Belästigung (Bronner et al., 2003).

2.5 Hervorgerufene Emotionen durch sexuelle Belästigung

Es gibt Emotionen, die auftreten können, wenn eine Person sexuell belästigt worden ist. Diese Emotionen wurden in verschiedenen Untersuchungen benannt und aufgelistet.

Bronner et al. (2003) unterscheiden zwischen folgenden Emotionen, die durch die sexuelle Belästigung hervorgerufen werden und geben deren Ausprägung an (übersetzt von der Autorin):

Negative Gefühle:	Positive Gefühle:	Gleichgültigkeit:
Ängstlichkeit, Scham, Unbehagen, Ekel, Wut, Gefühl der Verlegenheit und Demütigung	Zufriedenheit und Freude	

Tabelle 3: Hervorgerufene Emotionen nach Bronner, 2003

Die sanfte sexuelle Belästigung (anzügliche Bemerkungen) ruft nach Bronner et al. (2003) bei 60% der Befragten ein Gefühl von Unbehagen, Demütigung und Gleichgültigkeit hervor. Bei der schweren sexuellen Belästigung (Versuch eine sexuelle Beziehung einzugehen) berichten 65% der Befragten von Gefühlen wie Angst, Scham, Ekel und ein Gefühl der Verlegenheit. (Bronner et al., 2003).

Unbehagen, Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit und das Gefühl des Verlassenseins beschreibt das betroffene Pflegepersonal in der Untersuchung von Madison und Minichiello (2005). Lobell (1999) beschreibt in der phänomenologischen Untersuchung ähnliche emotionale Reaktionen wie: Schock, Ekel, Angst, Beschämung, Kränkung und Unbehagen. In dieser Untersuchung reflektieren 11 Pflegepersonen insgesamt 15 Erlebnisse, die sie mit sexueller Belästigung seitens der Patienten gehabt haben, die sie alle als negative Erlebnisse wahrgenommen haben. Sechs von elf Pflegepersonen gaben an, die selben Gefühle in Bezug auf die sexuelle Belästigung auch heute noch zu haben. Die anderen fünf Pflegepersonen haben eine andere Einstellung zu der Situation der sexuellen Belästigung aus heutiger Sicht. Diese sind wie folgt (übersetzt von der Autorin):

- Feststellen, dass der Patient ein Problem mit seiner Sexualität hat und den gesamten Vorfall ignorieren,
- generell ein besseres Verständnis für Menschen,
- aufgrund der kontinuierlichen sexuellen Belästigung des einen Patienten eine vermehrte Ängstlichkeit am Arbeitsplatz,

- das Geschehen von einem professionellen Standpunkt sehen und die bewusste Entscheidung es nicht persönlich zu nehmen und
- ärgerlich auf den Patienten wegen der sexuellen Belästigung sein. (Lobell, 1999)

Pflegepersonen tadeln sich im Falle einer sexuellen Belästigung meist selbst, anstatt den Belästiger als „Schuldigen“ zu identifizieren. Das führt dazu, dass Pflegepersonen die verbale sexuelle Belästigung als Teil ihrer Arbeit sehen. Sie glauben, dass ihnen die nötige Kraft fehlt, solchen Ereignissen präventiv entgegenzuwirken, weil sie die nötige Ausbildung dazu nicht haben. Außerdem sehen sich viele weibliche Pflegepersonen immer noch in der traditionellen Rolle, die der des Arztes nachrangig ist (Oweis & Diabat, 2005).

2.6 Beeinflussende Faktoren

Heinrich (1987) beschreibt, dass Pflegerpersonen in der Öffentlichkeit und in den Medien als Sexualobjekt dargestellt werden. Auch Madison und Minichiello (2005) beschreiben, dass sich das Pflegepersonal zwischen den Mythen ein Handlanger des Arztes, einer Sex-Göttin und der Mutter zu sein, bewegt. Hibino et al. (2006) fügt hinzu, dass weibliches Pflegepersonal tolerant und warmherzig, schon aufgrund der zugewiesenen Rolle, zu sein hat. Romito et al. (2004) beschreiben den Umgang mit Patienten in verschiedenen Kulturen am Beispiel von Italien und den Vereinigten Staaten von Amerika. Patienten sind relativ machtlos, wenn sie krank, gebrechlich und bettlägerig sind und vom guten Willen des Pflegepersonals abhängig sind. Das trifft eher auf die Pflege in Italien als in den USA zu. Denn in Italien ist der Umgang vom Pflegepersonal mit den Patienten von mehr Autorität geprägt.

Adib, Al-Shatti, Kamal, El-Gerges und Al-Raqem (2002) geben an, dass es bestimmte Faktoren gibt, die berücksichtigt werden müssen, wenn von sexueller Beschimpfung gesprochen wird. Diese Faktoren sind: (übersetzt von der Autorin):

- Arbeitseinheiten,
- Tätigkeit als professionelle Pflegekraft in Jahren,
- Alter,
- Geschlecht,
- Arbeitsschicht und
- Schwere der Erkrankung des Patienten. (Adib et al., 2002)

Pflegepersonal, welches im stationären Bereich beschäftigt ist, hat nach Çelik et al. (2007) das höchste Risiko körperlich von Patienten und deren Angehörigen belästigt zu werden. Außerdem haben Çelik et al. (2007) festgestellt, dass die Rate der verbalen und körperlichen Belästigung unter den UniversitätsabsolventInnen höher ist als bei Nicht-AbsolventInnen. Das wird von Çelik et al. (2007) dadurch erklärt, dass diese gelernt haben die Belästigung überhaupt als solche wahrzunehmen und offener über dieses Thema zu sprechen. Sei es mit KollegInnen, Freunden oder Vorgesetzten als auch die belästigende Person darauf anzusprechen. Außerdem spielt das Wissen darüber, dass Übergriffe überhaupt geschehen können eine entscheidende Rolle. Denn jenes Pflegepersonal, das sich einer möglichen Belästigung bewusst war, hat öfter über verbale und körperliche Übergriffe berichtet als jenes, denen es nicht bewusst war (Çelik et al., 2007).

Romito et al. (2004) ziehen demografische, arbeitsbezogene und persönliche Charakteristiken der Frauen und das Erleben der sexuellen Belästigung mit ein. Die älteste Altersgruppe (50 bis 60 Jahre) berichtet in der Untersuchung von Romito et al. (2004) mit dem Höchstwert von 46,7% über die geschlechtsbezogene Belästigung. Die jüngste Altersgruppe (18-29 Jahre) hat mit 45,3% die meiste Erfahrung mit geschlechtsbezogener Belästigung von Kollegen gemacht. Geschlechtsbezogene Belästigung und ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit von Kollegen und Patienten ist in der Nachtschicht doppelt so häufig wie in der Tagschicht. Der Familienstand wird ebenso berücksichtigt, denn geschiedenes und nicht verheiratetes Pflegepersonal berichtet über mehr ungewollte sexuelle Aufmerksamkeit von Kollegen. Geschiedene Frauen sogar über mehr sexuelle Nötigung von Kollegen. Alleinerziehend, allein lebend, ernsthafte finanzielle Sorgen oder Alleinverdienerin zu sein, kann mit sexueller Nötigung seitens der Kollegen in Verbindung gebracht werden. Außerdem sollen häusliche Gewalt erlebt zu haben und sexuell von Kollegen belästigt zu werden, positiv korrelieren. Es konnte allerdings kein Zusammenhang zwischen den persönlichen Charakteristiken der Betroffenen und sexueller Belästigung von Patienten hergestellt werden. Somit kann man sagen, dass Belästigung von Patienten eher wahllos stattfindet (Romito et al., 2004).

Pflegepersonal in höheren Positionen wird nach Romito et al. (2004) doppelt so häufig belästigt als ihre KollegInnen. Dabei wird die Frage aufgeworfen, ob diese wegen ihrer Position vermehrt belästigt werden, sie besser in der Lage sind, das Verhalten als Belästigung zu identifizieren oder sich beim Berichten wohler fühlen.

2.7 Bewältigungsstrategien (Coping)

Um mit belastenden Situationen besser umgehen zu können, werden von den betroffenen Personen Strategien angewendet, die situationsabhängig eingesetzt werden. Diese Bewältigungs- oder Copingstrategien können unterschiedlich ausfallen, was in weiterer Folge dargelegt wird.

Bronner et al. (2003) teilen ihre ermittelten Coping Strategien in 3 Gruppen (übersetzt von der Autorin):

Passiv:	paralysiert oder geschockt sein, verlassen der Situation, nicht beachten oder anderweitig ignorieren.
Bestimmt:	protestieren, einer Beschwerde standhalten,
Mitteilend:	verbalisieren des Ereignisses gegenüber den KollegInnen, der Verwandten oder FreundInnen.

Tabelle 4: Bewältigungsstrategien nach Bronner, 2003

Die am häufigsten getätigte Reaktion auf die sexuelle Belästigung ist Ignorieren oder den Ort des Geschehens verlassen. Das taten ca. 30% der Befragten bei der sanften sexuellen Belästigung und ca. 40% bei der mäßigen sexuellen Belästigung. Ausdrücken von Gegenwehr oder das Geschehene den Kollegen berichten sind eher typische Reaktionen bei schweren Belästigungen (ca. 40%) (Bronner et al., 2003). Am häufigsten werden in der Untersuchung von Hibino et al. (2006) Kollegen um Hilfe gebeten, das geben 243 von 464 Pflegepersonen an.

Ausgebildetes Pflegepersonal reagiert auf intime Berührungen und dem versuchten Geschlechtsverkehr bestimmter als auszubildendes Pflegepersonal (Bronner et al., 2003).

Lobell (1999) berichtet, dass in sechs von fünfzehn Fällen einer sexuellen Belästigung nichts getan wird. In fünf von den fünfzehn Ereignissen adressierten die betroffenen Pflegepersonen eine Führungsperson. In zwei von drei Fällen hat die Führungsebene keine Maßnahmen eingeleitet. In einem Fall hat die vorgesetzte Person den Vorfall einem ärztlichen Mitarbeiter gemeldet und dieser sah das Verhalten des Patienten als Spaß an. Außerdem wurde von einer Führungsperson die sexuelle Belästigung als Ereignis gesehen, bei welchem die betroffene Pflegeperson während des Vorfalls in keiner Gefahr war. In vier der fünfzehn sexuellen Zwischenfälle konfrontierten die Pflegepersonen den belästigenden Patienten unmittelbar und setzten somit Grenzen. Eine Pflegeperson schilderte das Geschehen einer/m KollegIn (Lobell, 1999).

Im Rahmen ihrer Untersuchung ermitteln Çelik et al. (2007) folgende Bewältigungsstrategien, die von Pflegepersonen aus Istanbul berichtet wurden (übersetzt von der Autorin):

- Nichts tun,
- eine Barriere aufbauen,
- Missbrauch dem Vorgesetzten melden,

- vorgeben den Missbrauch nicht zu bemerken,
- ähnliches Verhalten zeigen,
- eine psychologische Beratung in Anspruch nehmen,
- das Verhalten bei der Einnahme von Nahrung ändern,
- Gebrauch von illegalen Drogen,
- Verstärkter Alkoholkonsum,
- Rückfällig werden (Drogen),
- Wachliegen/ Einnahme von Schlafmitteln,
- einen Arzt aufsuchen sowie
- als Witz auffassen. (Çelik et al., 2007)

Wenn es um die verbale Belästigung geht, berichten 70,5% der Befragten, dass sie „nichts tun“. 50,2% teilen im Falle einer körperlichen Belästigung das Ereignis einem Vorgesetzten mit (Çelik et al., 2007).

Hibino et al. (2006) ermitteln aus 194 Antworten auf die Frage, wie die Reaktion auf die schlimmste sexuelle Belästigung sei, 14 Kategorien. Aus den Kategorien „nichts tun“, „so tun, als ob nichts passiert wäre“, „ignorieren der Belästigung“ und „herunterspielen“ wird geschlussfolgert, dass keinerlei Reaktion auf die sexuelle Belästigung gezeigt wird und somit der Belästiger auch nicht weiß, dass sein Verhalten gegenüber der Pflegeperson nicht angemessen ist.

Wenn Pflegepersonen bestrebt sind, sexuelle Belästigung zu meiden oder zu verhindern, reagieren sie wie folgt: „Verlassen des Belästigenden“, „Versuchen den Belästigenden zu meiden“, „mit einer anderen Pflegeperson tauschen“, „Versuchen die Konversation auf ein anderes Thema zu lenken“ und „Zeigen einer impliziten Ablehnung (verbal oder körperlich)“. Auch in diesem Fall vermitteln die Pflegepersonen nicht, dass das Verhalten des Belästigers ein sexuell belästigendes war [(Hibino et al., 2006)].

Das „Zeigen von weiblichen Charakterzügen (Lächeln, fröhlich sein, Humor zeigen)“ in der Reaktion auf eine sexuelle Belästigung und das „Versuchen den Belästigenden zu verstehen und mit ihm zu sympathisieren“, soll vermeiden, die Würde des Patienten (Belästigers) zu verletzen (Hibino et al., 2006).

Wenn eine „explizite Ablehnung (verbal oder körperlich)“ und/oder das „Zeigen einer übertriebenen aggressiven Haltung“ als Reaktion auf die sexuelle Belästigung gezeigt wird, handeln Pflegepersonen aktiv und sichtbar gegen die sexuelle Belästigung (Hibino et al., 2006).

„Den Vorgesetzten oder Kollegen um Hilfe bitten und eine Diskussion Zwecks der Lösung des Problems zu initiieren“ sei die geeignetste Methode, um das Problem der sexuellen Belästigung friedlich aus dem Weg zu räumen (Hibino et al., 2006).

2.8 Einfluss auf weitere Interaktionen mit den Patienten

Wie Pflegepersonal auf sexuelle Belästigung von Patienten reagiert und wie es sich dabei fühlt, beschreibt Lobell (1999). In der phänomenologischen Untersuchung geben 80 % der befragten Pflegepersonen an, dass ihre Erfahrung des sexuell belästigt Werdens einen Einfluss auf die weitere Interaktion mit dem Patienten hat. In dieser Untersuchung waren es (übersetzt von Autorin):

- Der Kontakt zum Patienten wird gemieden,
- es wird nur minimaler Kontakt zum Patienten gehalten, aber die Pflegequalität bleibt erhalten,
- Ablehnen der Pflege des Patienten sowie
- über den Patienten wird schlecht geredet. (Lobell, 1999)

In dieser Untersuchung wird sogar davon gesprochen, dass die sexuelle Belästigung selbst die Interaktion mit anderen Patienten negativ beeinflusst. 33% der befragten Pflegepersonen geben folgende mögliche Beeinflussung an (übersetzt von der Autorin):

- Zögern die Pflege eines hilfebedürftigen männlichen Patienten zu übernehmen,
- Mißtrauen gegenüber allen männlichen Patienten und durchführen einer schnellen Untersuchung,
- der Umgang mit Situationen sexueller Belästigung erfordert Zeit, welche dann im Anschluss den anderen Patienten nicht mehr zur Verfügung steht sowie
- ein höheres Maß an Reserviertheit und weniger freundlich gegenüber den männlichen Patienten sein. (Lobell, 1999)

Andererseits wird in der zwei-jährigen Untersuchung von Yassi (1994) in kanadischen Krankenhäusern von missbrauchsbezogenen Verletzungen von Pflegepersonen an Patienten gesprochen. 80,2% der missbrauchsbezogenen Verletzungen wurden von der pflegerischen Belegschaft berichtet. Pflegepersonal in medizinischen Abteilungen machen davon 33,1% und 14,5% der Pflegepersonen auf psychiatrischen Abteilungen aus. Psychiatrisches Pflegepersonal hat die höchste Rate an Verletzungen pro 100 000 bezahlte Arbeitsstunden unter dem Pflegepersonal. Männliches Personal weist eine höhere Verletzungsrate auf, als ihre Kolleginnen in allen Berufsgruppen im Krankenhaus. Alles in allem sind 8000 Arbeitsstunden verloren gegangen aufgrund der missbrauchsbezogenen Verletzungen. Darüber hinaus wurden über 76000 \$ an Entschädigungszahlungen geleistet.

2.9 Negative Auswirkungen auf belästigendes Verhalten

Sexuelle Belästigung von Seiten der PatientInnen hat einen Einfluss auf das Pflegepersonal und die Pflegehandlungen (Lobell, 1999). Untersuchungen zu diesem Thema haben gezeigt, dass sexuelle Belästigung im Krankenhaus eine Ursache für emotionalen Stress, Angst, Ekel und Wut für das betroffene Pflegepersonal sein kann, sowie für das Burnout-Syndrom (Bronner et al., 2003; Çelik et al., 2007; Hibino et al., 2006). Das Resultat kann eine inadäquate Versorgung der PatientInnen sein (Lobell, 1999; Hibino et al., 2006). Im Folgenden werden verschiedene negative Auswirkungen dargestellt, die aufgrund einer sexuellen Belästigung auf das betroffenen Pflegepersonal zutreffen können.

1. Arbeitsleistung:

- Versetzung innerhalb einer Einrichtung oder in eine andere Krankenpflege-Einrichtung,
- das generelle Verlassen der Krankenpflege,
- Verringerung der Arbeitszeit,
- Verringerung der Produktivität,
- Steigerung der medizinischen Kosten,
- Verringerung der Arbeitsleistung,
- Verringerung der Arbeitszufriedenheit und
- Beschwerlichkeit beim Erbringen von Arbeitsveränderungen im Vergleich mit KollegInnen (Arnetz & Arnetz, 2001; Çelik et al., 2007).
- Es droht der Organisation eine höhere Fluktuationsrate,
- vermehrte juristische Auseinandersetzungen,
- eine erhöhte Fehlerrate und
- generell eine Verminderung der Pflegequalität (Arnetz & Arnetz, 2001; Çelik et al., 2007; Oweis & Diabat, 2005).

2. Physiologisches Wohlbefinden:

- Störungen des gastro-intestinal Trakts,
- Zähne knirschen,
- Ess-Sucht,
- Kopfschmerzen,
- Schlafstörungen:
 - Unfähigkeit zu schlafen,
 - mehr schlafen als gewöhnlich,
 - Müdigkeit,

- Appetitlosigkeit,
- Gewichtsverlust,
- Schwindelanfälle sowie
- Menstruationsstörungen (Çelik et al., 2007)

3. Psychologisches Wohlbefinden:

- Wut,
- Angst,
- Depression,
- Schock,
- Apathie,
- Erregtheit,
- sich schuldig fühlen,
- Verlust der Selbstachtung,
- gedemütigt fühlen sowie
- Entfremdung (Çelik et al., 2007).

2.10 Maßnahmen

Autoren, die sich mit der Thematik der sexuellen Belästigung am Arbeitsplatz beschäftigt haben, geben meistens auch Vorschläge zur Verbesserung der Situation ab. Einige von diesen sollen an dieser Stelle vorgestellt werden.

Schon in der Krankenpflegeausbildung sollte das Thema der sexuellen Belästigung behandelt werden. In weiterer Folge sollten Schulungen am individuellen Arbeitsplatz angeboten werden. Darüber hinaus sollten offene Diskussionen in und zwischen den professionellen Gruppen den Schritt des edukativen Prozesses unterstützen (Madison & Minichiello, 2005). Dem Pflegepersonal sollte eine Möglichkeit für Schulungen für die Durchsetzungsfähigkeit und die Befähigung KollegInnen und PatientInnen in angemessenem Verhalten in Krankenhäusern im Falle einer sexuellen Belästigung, zu unterrichten. Sexueller Belästigung im Krankenhaus kann somit präventiv entgegengewirkt werden (Bronner et al., 2003; Hibino et al., 2006). Dies sollte Teil einer offenen sexuellen Kommunikation sein und auch trainiert werden. Dafür benötigt es einen theoretischen Hintergrund, der auf aktuellen Supervisionen von Auszubildenden und Professionellen basiert (Bronner et al., 2003). Das Fehlen von Trainings und angemessenen Vorschriften im Umgang mit Belästigungen sowie die unbequemen Arbeitsbedingungen könnten nach Çelik et al. (2007) und Hibino et al. (2006) der Grund für das „Nichts tun“ oder das

angebliche Nichtbemerken im Falle einer Belästigung sein. Darum schlagen Çelik et al. (2007) folgende Maßnahmen, übersetzt von der Autorin, vor:

- Krankenhausweite Regelungen sollten entwickelt werden um Übergriffen entgegenzuwirken,
- Informieren und Schulen des Pflegepersonals hinsichtlich der Ursachen, Gründe und Bewältigungsstrategien bei Übergriffen,
- Das Pflegepersonal sollte befähigt werden am Decision-Making-Prozess teilzunehmen, vor allem bezüglich der Pflege und das Pflegepersonal betreffende Entscheidungen sowie
- Kontinuierliches Assessment von Risikosituationen um ein Arbeitsumfeld frei von Übergriffen zu schaffen. (Çelik et al., 2007)

Alle Pflegepersonen sollten aktiv an der Möglichkeit eines Wandels und zur Lösung des Umgangs mit sexueller Belästigung in allen pflegerelevanten Settings beteiligt sein (Lobell, 1999).

Wenn die Charakteristiken der sexuellen Belästigung näher erläutert werden und dem Pflegepersonal bekannt sind, können dadurch effektive Strategien begünstigt werden, die das Auftreten von sexueller Belästigung reduzieren (Hibino et al., 2006).

Die Vorgesetzten seien nach Hibino et al. (2006) die beste Adresse, um im Falle einer sexuellen Belästigung Gegenmaßnahmen einzuleiten. Jedoch sei die Zahl der gemeldeten Übergriffe zu gering. Darum unterschätzen die Vorgesetzten wohl eher die Problematik der sexuellen Belästigung.

Es sollte eine Kultur begünstigt werden, in der sexuelle Belästigung eindeutig als Gewalt betrachtet und den Opfern nicht die Schuld für diese Art von Gewalt gegeben wird. Dafür sollten Richtlinien formuliert werden, um solchen Ereignissen vorzubeugen und für die einzelne Person, um sich besser zu schützen. Außerdem würde ein nationales Gesetz, dass sexuelle Belästigung klar definiert, ein legales Vorgehen gegen die Täter ermöglichen (Romito et al., 2004).

Es sollte der Zusammenhang zwischen dem Erleben von sexueller Belästigung und den Beschlüssen der Human Rights Commission, die sich mit Beschwerden zu sexueller Belästigung beschäftigt, untersucht werden, um den Prozess des Einreichens von Beschwerden zu sexueller Belästigung weiter zu entmystifizieren (Welsh, 2000).

In der schweizerischen Untersuchung von Zeller et al. (2006) wurde der „Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung“ untersucht. Es wird dargestellt, dass eine einmalige Schulung in der Grundausbildung nicht die nötige Sicherheit im Umgang mit aggressiven Patienten vermitteln kann. Dazu brauche es mehr Erfahrung im Berufsalltag, um genügend persönliche Ressourcen für den Umgang mit aggressiven Patienten zur Verfügung zu haben. Allerdings kann aus den Resultaten der

Untersuchung ein größerer Effekt der Schulung auf die Kompetenzerwartung nachgewiesen werden. Die PflegeschülerInnen können somit nach eigenen Angaben durch das erworbene Wissen besser mit schwierigen Aufgaben und Problemen umgehen.

Haim, Rabinowitz, Lereya und Fennig (2002) haben untersucht wie genau PsychiaterInnen und psychiatrisches Pflegepersonal in einem israelischen Krankenhaus vorhersagen können, welche PatientInnen potentiell gewalttätig sind. In dieser Untersuchung wurde ermittelt, dass die Treffgenauigkeit der Vorhersage der Gewalttätigkeit oder eben Nicht-Gewalttätigkeit der PatientInnen unter den PsychiaterInnen bei 82% und unter dem psychiatrischen Pflegepersonal bei 84% liegt. Diese Zahlen belegen, dass nicht nur Ärzte in der Lage sind, genaue Vorhersagen über die Gewaltbereitschaft der PatientInnen zu machen. Das psychiatrische Pflegepersonal ist aufgrund ihrer Nähe zum Patienten fähig zutreffende Prognosen abzugeben. In einer anderen Untersuchung wird davon gesprochen, dass psychiatrisches Pflegepersonal aufgrund ihrer Nähe zum Patienten am häufigsten Ziele von Gewalt werden (Soliman & Reza, 2001). Andere Meinungen zu diesem Thema sind, dass aufgrund der fehlenden Handwerkszeuge, eine exakte Vorhersage von der Gewalttätigkeit eines Patienten/ einer Patientin schwierig ist. Die Vorhersage von Gewalt ist eher bedenklich für die Ermittlung dessen, was ein Patient oder eine Patientin bei einer psychiatrischen Zwangseinweisung benötige und um die Sicherheit des Pflegepersonals sowie der PatientInnen zu garantieren (Soliman & Reza, 2001).

3 Methodik

In dieser Arbeit geht es um das persönliche Empfinden von Pflegepersonen, die Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten seitens der Patienten beziehungsweise (bzw.) Patientinnen gemacht haben. In der Literatur, insbesondere im deutschsprachigen Raum, wurde diese Thematik nur unzureichend beschrieben. Außerdem ist das subjektive Empfinden der einzelnen Person und deren Sicht auf die Dinge von Interesse. Aus diesem Grund scheint ein qualitativer Forschungsansatz die geeignetste Methode, um sich der Thematik zu nähern.

In dem qualitativen Forschungsansatz steht das Individuum mit der eigenen Wahrheit im Mittelpunkt. Die Wahrheit ist immer subjektiv und kontextabhängig. Das bedeutet, dass die Erfahrungen eines Individuums in der natürlichen Umgebung näher betrachtet werden. Wobei im Mittelpunkt steht, welche Bedeutung diese für das Individuum haben (Mayer, 2002).

Der Forscher bzw. die Forscherin hat die Aufgabe die subjektive Bedeutung der Dinge zu verstehen und daraus die Wirklichkeit der qualitativen Forschung abzubilden (Mayer, 2007).

In der qualitativen Forschung werden Theorien unter Verwendung der gewonnenen Daten generiert. Daher ist die Induktion das Denkprinzip der qualitativen Forschung, denn es wird vom Besonderen auf das Allgemeine geschlossen (Mayer, 2007).

In dieser Arbeit sollen die sozialen Prozesse, wie Menschen mit gewissen Situationen umgehen, dargestellt werden. Dabei ist die Interaktion verschiedener Gruppen von Interesse. Um diese noch wenig bekannten Interaktionen und deren Bedeutungen zu ergründen, wurde als spezieller Forschungsansatz die Grounded Theory gewählt, mit der die Forschungsfragen beantwortet werden sollen.

3.1 Grounded Theory

Die Methode der Grounded Theory wurde in den 1960er Jahren von den Soziologen Anselm Strauss, mit qualitativen Wurzeln, und Barney Glaser, mit quantitativen Wurzeln, entwickelt. Der symbolische Interaktionismus bildet die theoretische Grundlage der Grounded Theory. Das bedeutet, dass Menschen den Dingen Bedeutungen zuschreiben und danach handeln. Diese Bedeutungen entstehen, wenn Menschen miteinander agieren (Mayer, 2002, 2007).

Um diese noch unerforschten Bedeutungen für die Menschen zu ergründen, benötigt die forschende Person die theoretische Sensibilität. Theoretische Sensibilität wird durch das themenrelevante Literaturstudium sowie die berufliche und persönliche Erfahrung der forschenden Person erreicht. Außerdem wird während der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den Daten im zyklischen Forschungsprozess, in dem sich Datensammlung und Datenanalyse abwechseln, ebenfalls theoretische Sensibilität erworben. (Strauss & Corbin, 1996)

Das theoretische Sampling wird in der Grounded Theory zur Entdeckung von Phänomenen oder Bedeutungen eingesetzt. Mit Hilfe des Samplings können gezielt Informationen aus Dokumenten, Personen und Orten ermittelt werden.

Während des gesamten Auswertungsprozesses werden die Ergebnisse untereinander und / oder beispielsweise mit der erfassten Situation verglichen. Dieser ständig ablaufende Prozess wird "constant comparison analysis" genannt. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet, bis sich allmählich Kategorien abzeichnen. (Strauss & Corbin, 1996) Damit sollen die externen Faktoren, die auf eine Situation einwirken, ermittelt werden, um die daraus generierte Theorie zu spezifizieren und die Möglichkeit zu haben, die Theorie auf andere Situationen mit dem gleichen Phänomen zu übertragen. (Linhart, 2009)

Die Auswertung der Daten wird in der Grounded Theory „kodieren“ genannt. Dabei wird zuerst offen, dann axial und zum Schluss selektiv kodiert.

Beim offenen Kodieren findet das offene Sampling Anwendung. Durch den analytischen Prozess werden Eigenschaften und dimensionale Ausprägungen der Konzepte herausgearbeitet. Um das zu erreichen werden Fragen zu den Daten gestellt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Phänomene miteinander verglichen. Ähnliche Phänomene werden in eine Kategorie geordnet und benannt. (Strauss & Corbin, 1996)

Beim axialen Kodieren werden die gefundenen Subkategorien und Kategorien miteinander in Beziehung gesetzt. Dabei wird ein Sampling von Beziehungen und Variationen durchgeführt, um die Beziehungen zu validieren. Es wird mit einer Idee von Beziehungen wieder ins Feld gegangen, um diese zu überprüfen. Mit dieser Überprüfung der Beziehungen können die Daten verdichtet werden. (Strauss & Corbin, 1996)

Durch das selektive Kodieren kann die Kernvariable, mit Hilfe des diskriminierenden Samplings, herausgearbeitet werden. Dabei wird auf alte Dokumente, Orte oder Personen zurückgegriffen, um die gebildeten Hauptkategorien und deren Beziehungen in Verbindung mit der Kernvariable zu verifizieren. Die Kernvariable ist dann gefunden, wenn mit ihr die verschiedenen Variationen in den Daten erklärt werden können. (Strauss & Corbin, 1996)

Das Sampling wird eingestellt, wenn die theoretische Sättigung eingetreten ist. Das bedeutet, dass keine neuen Daten mehr gewonnen werden können, die Kategorien dicht und die Beziehungen der Kategorien valide sind. Erst dann ist das Ziel, der Bildung einer konzeptionell angemessenen Theorie, im Rahmen der Grounded Theory, erreicht. (Strauss & Corbin, 1996)

3.2 Stichprobengrundlage

3.2.1 Einschlusskriterien

Ursprünglich sollte die spezielle Situation von Pflegepersonen, die sexuell motiviertes Verhalten im geriatrischen Bereich erfahren haben, untersucht werden. Jedoch mussten die Einschlusskriterien angepasst werden, weil sich kaum Pflegepersonen aus diesem Bereich zu einem Interview bereit erklärt haben. Daher wurde das Feld geöffnet und es kamen Pflegepersonen aus allen Pflegebereichen, die Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten seitens der Patienten bzw. Patientinnen hatten, für ein Interview in Frage.

Das Alter, die Berufserfahrung, die Ausbildung sowie das Geschlecht der Pflegepersonen war nicht von Bedeutung, weil diese Aspekte in der Literatur bisher wenig bearbeitet wurden.

Zusammenfassend gibt es folgende Einschlusskriterien:

- Pflegepersonen, die persönlich Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten gemacht haben,
- das sexuell motivierte Verhalten vom Patient bzw. von der Patientin ausging und
- das sexuell motivierte Verhalten im Krankenhaus-, Pflegeheimsetting bzw. im ambulanten Pflegebereich stattgefunden hat.

3.2.2 Rekrutierung

Ursprünglich sollte sich der Forschungsschwerpunkt auf den Bereich der geriatrischen Langzeitpflege konzentrieren, da in diesem Setting die Situation eine besondere ist. Das Forschungsvorhaben wurde nach vorheriger Absprache mit der Stationsleitung im Gemeinschaftsraum des Pflegepersonals angesprochen. Es sollte eine Vorstellung des Forschungsvorhabens werden und eine Bitte um Teilnahme wurde ausgesprochen. Am Ende wurde Informationsmaterial ausgeteilt, welches mit Absprache der Stationsleitung auch offen zugänglich gemacht wurde. In dieser Einrichtung, zu der im Vorhinein bereits Kontakt bestand, konnte ein Interview mit einer Pflegeperson geführt werden. Die vermehrten Präsenzzeiten über drei Monate hinweg, führten dazu, dass das Pflegepersonal genau wusste, worum es geht und wer die untersuchende Person zu diesem Themenbereich ist. Es wurde schließlich deutlich von vereinzelt Pflegepersonen zu verstehen gegeben, dass es nicht notwendig sei, noch weitere Interviews durchzuführen, weil alles gesagt worden sei. Keine der angefragten Einrichtungen für die geriatrische Langzeitpflege erklärte sich letztendlich bereit, über die Thematik des sexuell motivierten Verhaltens von Patienten und Patientinnen zu sprechen. Daraufhin wurden die Einschlusskriterien weiter gefasst und das zu untersuchende Feld geöffnet.

Aufgrund der Bekanntheit des Forschungsvorhabens unter den Kollegen und Kolleginnen im universitären Bereich, hat sich ein neues Interview ergeben. Dank dieser Interviewpartnerin kam es nach und nach zu weiteren drei Interviews. Foreneinträge führten im Endeffekt zu keinen neuen Interviews. Nach anfänglichen Zusagen wurde im letzten Moment von drei Pflegepersonen die Einwilligung zur Durchführung eines Interviews zurückgezogen.

Es wurden viele Pflegepersonen angesprochen, die wiederum angaben keine Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten seitens der Patienten und Patientinnen gemacht zu haben.

3.2.3 Informed Consent und Ethische Bedenken

Wenn von Informed Consent gesprochen wird, ist im Allgemeinen die informierte Zustimmung gemeint. Folgendermaßen definiert der Code of Federal Regulations von 1983 informierte Zustimmung:

„Die bewusste Einwilligung einer Person oder ihres von Gesetz bevollmächtigten Vertreters unter Bedingungen, die dem potentiellen Untersuchungsteilnehmer oder seinem Vertreter ausreichend Gelegenheit geben zu überlegen, ob er teilnehmen will, ohne unangemessene Beeinflussung oder den Einsatz von Gewalt, Betrug, Täuschung, Druck oder anderen Formen von Zwang oder Nötigung.“[nach: (LoBiondo-Wood & Haber, 2005, S.438)]

Die TeilnehmerInnen wurden ausführlich über den Zweck der Untersuchung, das Vorgehen und mögliche Risiken in mündlicher sowie schriftlicher Form informiert. Außerdem wurde ein vertraulicher Umgang mit den Angaben zugesichert. Außerdem wurden sie darüber informiert, dass sie ohne jeglichen Konsequenzen die Teilnahme verweigern und jederzeit aus der Untersuchung aussteigen können. Nach einer gewissen Bedenkzeit und dem Angebot auch mit der Betreuerin Dr. Monika Linhart ,im Falle von offenen Fragen, in Kontakt zu treten zu können, hatten die potentiellen TeilnehmerInnen die Möglichkeit, der Teilnahme an der Untersuchung in schriftlicher Form zuzustimmen. Die Einverständniserklärung kann im Anhang eingesehen werden.

3.2.4 InterviewteilnehmerInnen

Es erklärten sich 10 Personen aus dem Pflegebereich bereit, sich zum Thema der Grenzüberschreitung in der Pflege interviewen zu lassen. Von den InterviewteilnehmerInnen sind neun weiblich und einer männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 38,5 Jahren. Die jüngste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt des Interviews 26 Jahre alt und die älteste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alt. Zwei der TeilnehmerInnen waren zum Zeitpunkt des Interviews geschieden, zwei verheiratet, drei ledig und drei in einer Partnerschaft lebend. Fünf der befragten TeilnehmerInnen haben keine Kinder und fünf haben Kinder.

Auf die Frage, ob sie mit Freunden oder Verwandten über die Arbeit sprechen, bejahten sechs InterviewteilerInnen die Frage, drei verneinten und eine gab an nur wenig über die Arbeit im privaten Umfeld zu sprechen.

Das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege zu besitzen gaben neun InterviewteilerInnen an. Zusätzlich zum Diplom haben fünf der befragten TeilnehmerInnen ein Studium in Bereich der Pflege abgeschlossen. Eine befragte Person ist Pflegehelferin.

Vor der Einführung des neuen Ausbildungsgesetzes für Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 1997, haben fünf TeilnehmerInnen die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege und weitere fünf nach der Einführung des neue Ausbildungsgesetzes abgeschlossen.

Fünf der InterviewteilerInnen haben ihre Ausbildung in Wien abgeschlossen, drei in Niederösterreich, eine Person in Oberösterreich und eine Person in der Steiermark.

Fünf bis neun Jahre Praxiserfahrung haben zum Zeitpunkt des Interviews vier Personen. Ebenfalls vier Personen haben 10 bis 19 Jahre Praxiserfahrung und zwei Personen haben 20 bis 24 Jahre Praxiserfahrung. Im Durchschnitt liegt die Praxiserfahrung zum Zeitpunkt des Interviews bei 12,4 Jahren.

In folgenden Bereichen der Pflege arbeiteten die InterviewteilerInnen: Eine Person in der Gynäkologie, zwei Personen im Operationsbereich, drei auf der Intensivstation, zwei in Ambulanzen, zwei Personen auf neurologischen Stationen, eine Person auf der Orthopädie, eine Person auf der Urologie, drei Personen in Pflegeheimen, zwei Personen in der Hauskrankenpflege, eine Person im Behindertenbereich sowie im Rehabilitationsbereich.

Zum Zeitpunkt des Interviews arbeiteten drei Personen auf einer Internen Station, jeweils eine Person arbeitet im Palliativbereich, auf der Neurologie, im Pflegeheim, im Buhldienst, als Stationskoordinatorin. Eine Person ist karenziert und eine Person führt Computersysteme im Krankenhaus ein. Von den InterviewteilerInnen haben fünf den Arbeitsbereich seit der Ausbildung gewechselt. Davon steht eine Person nicht mehr im direkten Kontakt mit den PatientInnen. Die anderen fünf InterviewteilerInnen sind seit der Ausbildung an einem Ort tätig. Sie haben ihren Arbeitsplatz nicht gewechselt.

3.3 Datenerhebung

Die Befragung der 10 österreichischen TeilnehmerInnen wurde mittels semi-strukturiertem Interview von Angesicht zu Angesicht innerhalb von sieben Monaten durchgeführt. Es wurden fünf Interviews am Arbeitsplatz der Pflegepersonen, drei in gastronomischen Einrichtungen und zwei in den privaten Räumlichkeiten der Interviewerin durchgeführt. Die Lokalität wurde jeweils von den TeilnehmerInnen vorgeschlagen. Die Dauer der Gespräche erstreckte sich von 40 Minuten bis zu zwei Stunden. Alle InterviewteilerInnen waren prinzipiell mit der Tonbandaufnahme

des Gesprächs einverstanden. In zwei Fällen wurde auf Wunsch der Befragten die Aufnahme unterbrochen und Notizen angefertigt.

Das Interview selbst wurde mit Hilfe eines von der Interviewerin angefertigten Leitfadens strukturiert. Dieser dient als Hilfestellung und wird der Interviewsituation angepasst, um letztendlich alle themenrelevanten Punkte zu berücksichtigen.

Mit Hilfe des Interviewleitfadens sollten die subjektiven Empfindungen der intervieweten Pflegepersonen zum Thema sexuell motiviertes Verhalten von Patienten erfragt werden. Bei nahezu allen TeilnehmerInnen war eine Unsicherheit bezüglich der Thematik zu spüren. Diese äußerte sich darin, dass sie nicht wussten, was für sie selbst sexuelle Belästigung bzw. sexuell motiviertes Verhalten ist. Sie wollten eine Definition der Interviewerin und schienen überrascht, dass es um ihre individuelle Sicht auf die Dinge geht. Nachdem diese Hürde genommen war, konnten mit den offenen Fragen des Interviewleitfadens die Arten von sexuell motiviertem Verhalten und die Bewältigungsmechanismen der Pflegepersonen erfragt werden. Außerdem war von Interesse, welchen Einfluss das sexuell motivierte Verhalten der Patienten und Patientinnen generell auf weitere Interaktionen hatte. Ebenfalls wurde die Rolle der Institution, in der das sexuell motivierte Verhalten aufgetreten ist, erfragt.

Generell wurde die Interviewsituation sehr offen gehalten. Das bedeutet, dass sich die Interviewerin von den Befragten hat leiten lassen. Somit kamen neue, themenrelevante Aspekte ans Tageslicht und konnten in den folgenden Interviews vertieft werden.

3.4 Datenanalyse

Im Anschluss von jedem Interview wurde das Gespräch transkribiert und anonymisiert, bevor das nächste Interview geführt wurde. Dann fand ein erstes offenes Kodieren nach Strauss und Corbin (1996) statt, wie es nach der Methode der Grounded Theory üblich ist. Um die Daten aufzubrechen, wurde zuerst zeilenweise kodiert und in späterer Folge konnte passagenweise vorgegangen werden. Die vergebenen Codes wurden zu Kategorien zusammengefasst nachdem sich Ähnlichkeiten herauskristallisiert haben.

In weiterer Folge werden die beim offenen Kodieren gefunden Kategorien bzw. Subkategorien beim axialen Kodieren miteinander in Beziehung gesetzt. Daraus ist dann ein erstes Erklärungsmodell entstanden.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird die Analyse der Daten nach dem axialen Kodieren abgebrochen und es kommt nicht zum selektiven Kodieren. Aus den 10 Interviews konnte keine Kernkategorie ermittelt werden, weil die Datenerhebung aufgrund des begrenzten Zeitrahmens nicht bis zur Saturierung, durchgeführt wurde.

3.5 Gütekriterien

Um die Qualität der Forschungsergebnisse messen zu können, werden Gütekriterien als Maßstab genommen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung gibt es in der qualitativen Forschung keine einheitlich festgesetzten Gütekriterien. Das führt in der Praxis dazu, dass entweder die festgesetzten Gütekriterien aus der quantitativen Forschung (Validität, Reliabilität und Objektivität) übernommen werden, gar keine Gütekriterien Anwendung finden oder eigene Gütekriterien für die qualitative Forschung entwickelt werden. (Mayer, 2002)

In Mayer (2007) wird der Kern verschiedener Aussagen mit folgenden drei Kriterien benannt, die für eine Bewertung von qualitativen Forschungsarbeiten herangezogen werden können:

- Glaubwürdigkeit,
- Folgerichtigkeit und
- Angemessenheit (S. 101)

Wenn von Glaubwürdigkeit im wissenschaftlichen Kontext gesprochen wird, wird geprüft, ob die Interpretationen der forschenden Person auch mit der Wirklichkeit der befragten Personen übereinstimmt. Das Ziel ist korrekte Befunde aus der Sicht der Befragten und anderer Person aus der wissenschaftlichen Disziplin. (Mayer, 2007)

Während des Interviews wurde die Paraphrasierung angewendet, um zu ergründen, ob die Interviewteilnehmerinnen richtig verstanden wurden. Außerdem wurde nach der Methode der Grounded Theory ein Sampling von Beziehungen und Variationen durchgeführt. Dabei wurden Ideen von möglichen Zusammenhängen aus den vorangegangenen Interviews in weiteren Interviews überprüft.

Folgerichtigkeit wird mit der genauen Dokumentation des Vorgehens im gesamten wissenschaftlichen Prozess erreicht, damit die wissenschaftliche Arbeit nachvollziehbar ist. (Mayer, 2007)

Der methodische Zugang zu der vorliegenden Arbeit, die einzelnen Forschungsschritte sowie die erworbenen Erkenntnisse, werden detailliert erläutert.

Mit dem Kriterium Angemessenheit soll die Genauigkeit der Wiedergabe der Wirklichkeit der Befragten in Erfahrung gebracht werden. Erst wenn eine detaillierte Darstellung der Wirklichkeit der Befragten getätigt wurde, kann die Relevanz des Themas für die praktische Arbeit eruiert werden.

Die facettenreiche und genaue Darstellung der Wirklichkeit der Befragten wird im Erkenntnisteil mit Zitaten belegt.

Außerdem kann die Reflexivität als Kriterium zur Bewertung einer qualitativen Arbeit ebenfalls herangezogen werden. Da die forschende Person ein Teil des Forschungsprozesses

ist, sollte ihr bewusst sein, dass mit dem eigenen Verhalten die Daten bzw. die Ergebnisse verzerrt werden könnten. Die forschende Person hat die Aufgabe ihr Verhalten zu reflektieren, um möglichst unverzerrtes Datenmaterial zu bekommen. In der Interviewsituation muss die persönliche Einstellung, das nonverbale und das verbale Verhalten von der forschenden Person kontrolliert werden. (Krefting, 1991)

Durch das Anfertigen von detaillierten Aufzeichnungen und der ständigen Auseinandersetzung mit den Memos, wurde die eigene Sicht auf die Dinge ständig überdacht und angepasst.

4 Erkenntnisse

Im folgenden Kapitel werden die aus den Interviews mit Pflegepersonen gewonnenen Informationen zum Thema der Grenzüberschreitung in der Pflege gebündelt und zu einem ersten Modell zusammengefügt.

Im Zuge der Auswertung des ersten Datenmaterials wurde festgestellt, dass der Begriff der sexuellen Belästigung, wie er hauptsächlich in der Literatur verwendet wird, zu hart scheint und eher zu Verunsicherungen bei den Interviewteilnehmern und -teilnehmerinnen führt. Diese Verunsicherung wurde in der Interviewsituation thematisiert und mit der Zeit zeichnete sich ein weniger harter Begriff ab, mit dem die Interviewteilnehmer und -teilnehmerinnen besser umgehen konnten. Unter *sexuell motiviertem Verhalten* wird all jenes Verhalten verstanden, was die Pflegepersonen als solches empfinden.

Die verschiedenen Ausprägungen werden im folgenden Abschnitt behandelt. Die Thematik der Grenzziehung in der Pflege ist sehr facettenreich und jede Pflegeperson nimmt sexuell motiviertes Verhalten von Seiten der Patienten bzw. Patientinnen anders wahr und geht auch anders damit um. Wichtige Faktoren bei der Bewältigung von einem Vorfall mit sexuell motivierten Verhalten, sind die persönliche Einstellung und das Arbeitsumfeld.

4.1 Ursächliche Bedingungen

Nachstehend wird sexuell motiviertes Verhalten aus der Sicht der InterviewteilnehmerInnen definiert und benannt. Es konnte beobachtet werden, dass es sich für die einen um sexuell motiviertes Verhalten handelt und es für die anderen zum Pflegealltag gehört und dem keine besondere Aufmerksamkeit beigemessen wird. Demnach gehört zu der ursächliche Bedingung sexuell motiviertes Verhalten und kein sexuell motiviertes Verhalten.

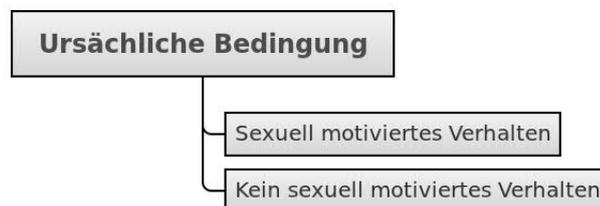


Abbildung 1: Ursächliche Bedingung

4.1.1 Sexuell motiviertes Verhalten

Es folgen verschiedene Definitionen der InterviewteilnehmerInnen zu sexuell motiviertem Verhalten. Desweiteren wird der Genderaspekt erwähnt sowie das Erkennen von sexuell motiviertem Verhalten. In weiterer Folge wird das sexuell motivierte Verhalten in drei Gruppen gegliedert: in körperlich, verbal und nonverbal.

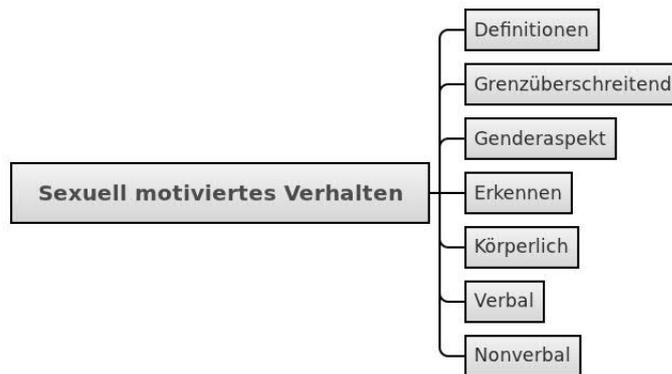


Abbildung 2: Sexuell motiviertes Verhalten

4.1.1.1 Definitionen zu sexuell motiviertem Verhalten

Einige TeilnehmerInnen haben ihre Definition von sexuell motiviertem Verhalten formuliert. Im Folgenden wird von sexueller Belästigung gesprochen, die individuell in einer Einrichtung oder Gruppe festgelegt ist.

„Sexuelle Belästigung ist ja das, was als Norm in einem Haus oder einer Gruppe ist, das hängt im Wesentlichen davon ab.“

Wenn von Belästigung gesprochen wird, zählt der körperliche Schmerz nicht dazu. Dem Körper Schmerzen zufügen, fällt eher in das Gewaltsetting.

„Belästigung ist alles das, was nicht weh tut, körperlich.“

Auf die Frage, was für die Befragte sexuelle Belästigung sei, wurde folgendermaßen geantwortet.

„Wo fängt das an? Wenn ich mich nicht mehr wohl fühle in einer Situation.“

Bei dieser Interviewteilnehmerin spielt die Frequenz eine entscheidende Rolle.

„Wie gesagt, wenn es immer wieder vorkommt, dann ist es eine Belästigung. Und vorher ist es ein Übergriff oder eine Distanzlosigkeit. Weil einmalig, ein zweites Mal ist schon zu viel.“

4.1.1.2 **Grenzüberschreitend**

Oft wird die individuelle Grenze erwähnt. Sie spielt eine entscheidende Rolle beim Empfinden von und im Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten. Die Pflegepersonen sind darauf bedacht, ihre Intimitätsgrenze zu schützen, was die nachstehenden Zitate aus den Interviews verdeutlichen.

„Sexuelle Belästigung ist es für mich dann, wenn man über die Grenze dessen geht, was ich als Intimität empfinde.“

Bis zu einem gewissen Grad wird sexuell motiviertes Verhalten toleriert. Ist das Verhalten gezielt auf die Person gerichtet und entwürdigend, so wird die Intimitätsgrenze überschritten und das Verhalten wird nicht zugelassen.

„Das Rollenspiel zwischen Mann und Frau wird es immer geben, ich nenne es immer das „Mandl-und-Frau-Spiel“, das kann ich sehr gut akzeptieren. Ich empfinde es nicht als Belästigung, wenn es in diesem Bereich bleibt. Wenn es in einer sehr niveaувollen Form ist, damit kann ich sehr gut umgehen. Wenn es auf einer verletzenden oder entwürdigende, das ist wichtig, auf eine entwertende Art geht, auf grobe, auf wirklich auf Verletzung abzielende und wirklich entwürdigende Art, da ist eine Grenze, wo ich es nicht nur verbal eindämme, sondern selber auch grob werde. Wo ich wirklich zurückweisend, bestimmend und grenzziehend bin. Also in meiner Intimität und in meiner Würde als Frau (...). Das würde ich nie tolerieren, das ist nicht zum Tolerieren.“

Die Grenze wird ebenfalls überschritten, wenn der Patient bzw. die Patientin sexuell belästigt und orientiert ist. Es demnach auszuschließen ist, dass eine krankheitsbedingte Wesensveränderung vorliegt.

„Wenn das natürlich ein Patient ist, der nicht hochbetagt ist und der willens-, handelsfähig, einsichts- und urteilsfähig ist, dann ist das natürlich eine Geste, wo ich mich selbstverständlich wehre. Das geht über die Grenze (...).“

4.1.1.3 **Genderaspekt**

Es wird kein Unterschied gemacht zwischen der Belästigung von Männern und Frauen. Beide Geschlechter belästigen gleichermaßen.

„Naja Männer sind genauso wie Frauen meiner Meinung nach. Sie haben das Bedürfnis noch jemanden anzugreifen was über die Gürtellinie geht. Was Intimbereiche sind, mag ich nicht.“

Frauen belästigen seltener das Pflegepersonal als Männer. Wenn Patientinnen belästigen, dann tun sie es eher mittelbar im Gegensatz zu den männlichen Patienten.

„(...)mit Frauen passiert es eher weniger, obwohl ich von einem männlichen Kollegen auch gehört habe, dass er belästigt worden ist, das dürfen wir nicht unterschätzen (...). Also der

hat Frauen gehabt, die das Hemdchen halb aus gehabt haben, damit er den Busen gesehen hat oder mit gespreizten Beinen da gelegen sind, damit er es gesehen hat. Das hat er als äußerst unangenehm empfunden. Und beim Waschen oder Eincremen sind die Frauen nass gewesen. Auch das hat er als unangenehm empfunden, aber das ist ja noch viel weniger direkt.“

Von Frauen wird sexuell motiviertes Verhalten eher nicht erwartet. Daher ist das Überraschungsmoment im Falle von sexuell unangebrachtem Verhalten größer.

„Da war ich dann wirklich beeindruckt. Das hat in meiner Gedankenwelt überhaupt keinen Raum gehabt. Also ich war dann wirklich überrascht, dass das auch von Frauen ausgeht.(...) Es ist einem eher bekannt, wenn Frauen etwas getrunken haben und auch anzügliche Bemerkungen Männern gegenüber machen. Nicht nur als Gruppendynamik, wo einmal der und einmal der andere. Sondern wo sich wirklich fokussiert auf einen Mann, wo man die Absicht dahinter erkennt.“

4.1.1.4 Erkennen von sexuell motiviertem Verhalten

Erwähnt wird ebenfalls, dass das sexuell motivierte Verhalten zunächst erkannt werden muss. Es bedarf einer schnellen Auffassungsgabe, um solche Situationen zu erfassen.

„Wenn man es nicht benennen kann, dann glaube ich nicht, dass man diese Übergriffe auch erkennt beim ersten Mal. Beim zweiten Mal ist es schon zu spät, denn dann hat man es womöglich schon akzeptiert.“

Eine Situation sollte rasch erfasst werden, um sexuelle Hintergedanken zu erkennen und gegebenenfalls darauf zu reagieren.

„Es gibt ja oft so nette ältere Opas, die einen Klaps auf den Hintern oder so. Da muss man wirklich unterscheiden können, macht er es, weil er einen sexuellen Hintergedanken hat oder aus Schmach irgendwie. Aber das kann man ja aus der Situation rausfiltern.“

Eine Interviewteilnehmerin, die jahrelang Pflegepersonen ausgebildet hat, beschreibt SchülerInnen in einer hilflosen Situation und dass die Unterstützung von erfahrenem Pflegepersonal unabdingbar ist.

„Das ist so(...) Nur weil er einen Ständer kriegt, weil er dich sieht? Und das siehst du nicht. Du siehst nur, dass die Bettdecke sich hebt. Das interpretieren die Schüler am Anfang einfach nicht (lacht). ‚Ja stellen Sie sich vor, ja was ist denn das? ‘Dann ich: ‚Bitte was meinst du jetzt? ‘Dann beschreiben sie es halt. Ja mir ist das auch passiert. Da sind sie im Zimmer mit diesen dünnen Decken, wenn es warm ist. Dann wären sie zum Waschen und kämen, um den Patienten zu unterstützen. Und auf einmal hebt sich irgendwie die Bettdecke und sie können es sich nicht erklären. Bei einigen habe ich schon fragen müssen, ob sie wirklich so dumm sind oder mich nur für dumm verkaufen wollen. ‚Na, was kann denn in der Mitte von einem Bett sein, wenn ein Mann drin liegt? ‘“

Auf der anderen Seite stehen solche Pflegepersonen, die sexuell motiviertes Verhalten nicht erkennen, ihnen daraus jedoch auch kein Nachteil entsteht.

„Ich gehe doch immer eher in meiner eigenen Welt. Ich muss immer sehr viel denken. Ich bin ja ein Mensch, der immer denkend geht und damit überreißt du ja die Hälfte nicht. Das hat auch einen gewissen Vorteil. Man kann mich fast nicht beleidigen, weil ich es ja einfach nicht überreiße und ich mit meiner eigenen Welt beschäftigt bin. Und wenn es notwendig ist, mich einem Gegenüber zuwende.“

4.1.1.5 Körperlich

Sexuell motiviertes Verhalten kann auf der körperlichen Ebene verschiedene Ausprägungen annehmen. Das kann von einfachen Berührungen bis hin zu gewaltartigen Zwischenfällen reichen. Das nachstehende Zitat einer Pflegeperson verdeutlicht, dass eine Grenze überschritten wird, wenn das Einverständnis zur körperlichen Nähe fehlt.

„Ja, wenn ich umarmt werde, wenn ich es nicht möchte, festgehalten werde, wenn ich es nicht möchte. Versucht zu küssen, wenn ich es nicht möchte.“

Oder:

„Ja, so antatschen wenn sich schon (lacht) ein Patient oder so herausnimmt, wenn das nicht mit gegenseitigem Einverständnis ist, dass man betatscht wird ohne dass man das selber will.“

Es gibt auch gezielte Berührungen der Intimzonen der Pflegepersonen. Wie zum Beispiel das Berühren der weiblichen Brust.

„Ja einmal habe ich einen gehabt, der hat auf die Brust gegriffen und dann habe ich gesagt: „So geht das nicht.““

Das Angreifen vom Gesäß wurde ebenfalls zur Sprache gebracht.

„Es gibt ja oft so nette ältere Opas, die einen Klaps auf den Hintern geben oder so.“

Oder:

„Wenn mich einer körperlich belästigt, das wäre auf den Hintern greifen.“

Eine grobe Verletzung des Intimberichts zeigt auch folgendes Zitat. Der Pflegeperson wurde unter den Rock gelangt.

„Er ist am Kastl gestanden und hat mir dann unter den Rock eingegriffen.“

Eine Interviewpartnerin beschreibt unangenehme Berührungen bei der Lagerung des Patienten als sexuelle Belästigung.

„Oder beim Lagern, der sehr Intimbereich bezogen greift, zur Brust oder unten, Schambereich, das kann ja auch sein, dass manche (...). Das wäre für mich sexuelle Belästigung.“

Das Niederreißen der Pflegeperson stellt einen gewaltartigen Zwischenfall dar. Die Grobheit dieser Zwischenfälle verdeutlichen die nachstehenden Zitate. Das Zerren an der Pflegeperson führte zum Sturz.

„Und da habe ich dann die Tochter angerufen, weil er hat mich niedergerissen. Dann sind wir zum Sturz gekommen, beide.“

Durch das Ziehen an der Kleidung sind die Druckknöpfe aufgesprungen.

„Ich habe auch schon gehabt, dass man mir an der Tracht gerissen hat, da war ich Schülerin, dass halt die Knöpfe aufgegangen sind. Ja, das ist halt, wenn die wollen, dass du da bleibst und dann halt angerissen und ja (...). Es waren so Druckknöpfe und die sind dann aufgegangen.“

Das Festhalten der Pflegeperson stellt eine grobe Mißachtung des Willens der Pflegeperson dar.

„Wenn er sie an der Hand hält und probiert zum Bett zu ziehen und nicht gehen lässt, dann muss man was ändern.“

Das Umarmen beim Lagern und das Spüren der Körpers wird als unangenehm empfunden. Dennoch ist die Pflegeperson nicht hilflos. Sie kann Techniken anwenden, um sich abzugrenzen.

„Wenn mir einer nahe kommt oder wenn der Patient, der mit der Hand abgerutscht ist, oder jemand, der mich gleich drücken möchte, das ist mir auch schon passiert, wenn du ihn hoch nimmst, ihn umarmst und der hält dich dann, dass er den Busen spürt, da bilde ich mir ein, kann ich ‚Stop‘ sagen. Nämlich körperlich, weil ich mehr Kraft habe oder Techniken, dass ich mich durchschlängeln kann, so auf die Tour. Wo ich die Möglichkeit habe etwas zu tun.“

4.1.1.6 Verbal

Wenn sexuell motiviertes Verhalten als verbal eingestuft wird, dann sind sämtliche Sprachäußerungen gemeint. Das kann von Fragen nach der Telefonnummer über ordinäre Witze bis zu sexuellen Aufforderungen reichen.

Das verbale Dagegenhalten fällt schwerer als das körperliche. Demnach wird die verbale Belästigung als einschneidender empfunden.

„Mit der Sprache bin ich oft sprachlos gewesen. Also ist eher das verbale schlimmer gewesen. So rückblickend.“

Sobald Schimpfwörter verwendet werden und die Dinge eindeutig mit grobem Vokabular benannt werden, wird die Intimitätsgrenze überschritten und es als Übergriff gewertet.

„Und solange die Sprache noch eher mit Wörtern gefärbt ist, die zwar andeuten, aber nicht klar aussprechen und vor allem nicht diese(...) Ich weiß nicht mal wie man die Wörter benennt, die so unter die Gürtellinie gehen. Diese Attacken und Spitzen beinhalten(...) Aber sobald ‚du Hure, du Schlampe, du Trampel, du Fotze, was glaubst du eigentlich, jetzt schleich dich endlich und greif mich nicht mehr da unten an‘und so, dann ist es aus. Und wenn aber irgendein Witz erzählt wird, wo es um eine Hure geht und es mit weicheren Wörtern gesprochen wird, dann ist es nicht so schlimm. Aber sobald es klar, eindeutig, fast schon böseartig wird, dann ist es ein Übergriff.“

Im Berufsalltag der Pflege gibt es Patienten und Patientinnen, die derbe Witze in den Raum werfen, denen es jedoch nicht gewahr ist, dass sie damit unter Umständen belästigen.

„Es fängt mit so Sachen an, wie die typischen Alt-Herrenwitze. Denen gar nicht bewusst ist, dass man das schon als sexuelle Belästigung einstufen könnte oder die das für einen lustigen Witz halten.“

Es werden anzügliche Witze als unangenehm empfunden und es wird eher mit Unverständnis reagiert.

„Ja vielleicht so Witze, die unter die Gürtellinie gehen, halt so grausliche Witze. Also alle verstehe ich nicht, über alle kann ich nicht lachen.“

Die anzüglichen Witze, die oftmals grobe Wörter enthalten, machen sprachlos.

„Also ich halte so unter die Gürtellinie gehende Witze, die teilweise sehr grobe Wörter beinhalten, wo Geschlechtsteile uneindeutig benannt werden oft für so anmaßend, dass mir die Worte fehlen, dass ich nicht weiß, was ich tun soll. Ich habe keine Sprache dafür, dass ich antworten kann.“

Wenn ein Patient bzw. eine Patientin nur nach einer bestimmten Pflegeperson verlangt und sogar in die Privatsphäre eindringen möchte, indem nach der Telefonnummer gefragt wird, ist sexuell motiviertes Verhalten.

„Und wenn halt jemand immer nach mir fragt, meine Telefonnummer haben will.“

Auch Schmähs können als sexuell motiviertes Verhalten empfunden werden. Zur Veranschaulichung wird eine Erinnerung mit jungen Patienten wiedergegeben.

„Das eine weiß ich noch, da war ich noch relativ jung, aber ich war schon verheiratet. Und es war ein Männerzimmer. Ich meine damals haben wir noch 6-Bett-Zimmer gehabt. Irgendwas haben die herumgealbert, das war eher selten, dass man auf der Internen ein paar Junge drin gehabt haben, weil meistens waren sie ja eh hochbetagt. Und irgendwie ist es dann gekommen, es ist einem kalt (lacht). Auf alle Fälle sagt einer immer so in der dritten Person: ‚Schwester könnten sich auch zu mir hineinlegen und könnten mich wärmen. ‘“

Aufforderungen sexuelle Handlungen mit dem Patienten einzugehen, wird als grobe Grenzverletzung eingestuft und stellt sexuell motiviertes Verhalten dar.

„Naja: ‚Schwester, streichelt du mich? Komm, leg dich zu mir her! ‘Also solche Sachen halt, es ist ganz unterschiedlich. Auch wenn du mit ihnen duschen gehst: ‚Na Schwester, stellst du dich auch her? ‘Also du hast Einiges.“

Detaillierte Beschreibungen des Geschlechtsaktes und der Geschlechtsorgane wird an dieser Stelle als sexuell motiviertes Verhalten geschildert.

„(...) der hat nichts Besseres zu tun gehabt, wie die Schwestern, die in den Nachtdienst gekommen sind, inklusive meiner einer, zu erklären, wie man einen Mann glücklich macht und mit einzelnen Worten versucht zu erklären welche Scheidenmuskel ich trainieren muss, damit ich meinen Partner glücklich machen kann. Na da bin ich auch rotweiß geworden.“

Ein Patient aus der extramuralen Langzeitpflege wurde ins Krankenhaus eingeliefert und sucht eine Frau für seine Betreuung. Also bittet er jede Pflegeperson um deren Hand. Dieser Heiratsantrag wird als unangenehm empfunden.

„Aber wir hatten zum Beispiel eine Zeit lang einen Patienten, das ständig auf der Suche war nach einer Frau, die ihn betreut. Der hat wirklich jede Kollegin sofort gefragt, ob sie verheiratet ist oder nicht. Jeder unverheirateten oder jede, die unglücklich genug war und zu sagen, sie ist nicht verheiratet, hat er mehr oder weniger einen Hochzeitsantrag gemacht. Wie man das werten soll, weiß ich nicht, aber es ist auch unangenehm.“

4.1.1.7 Nonverbal

Sexuell motiviertes Verhalten, das nonverbal vermittelt wird, wird mittels Gesten, Mimik und Gestik kommuniziert. Schon der Blickkontakt eines Patienten bzw. einer Patientin führt zu Unbehagen.

„Er war ein mobiler Patient, er hat herumgehen können, war selbstständig, aber war sehr eigen in seinem Verhalten. Bei uns gibt es einen langen Gang da hinten und wenn man dann zum Beispiel nach hinten gegangen ist, da hat er schon so gegafft. Also so richtig strenge Blicke, hatte dich nicht mehr aus den Augen gelassen. Das war dann schon sehr unangenehm. Und wenn er dann so gekommen ist, dann hat er so einen psychopathischen Blick drauf gehabt (...).“

Blicke ins Dekolletée können ebenfalls ein sexuell motiviertes Verhalten darstellen.

„Natürlich haben sie auf den Busen geschaut, du hattest ja einen große Ausschnitt.“

Wiederholte Gesten, wie das Bereitlegen von Geld nach einer Pflegehandlung, gepaart mit verbalen und körperlichen Anzüglichkeiten, wie das Berühren des Gesäßes und immer

wiederkehrenden Aufforderungen mit dem Patienten eine sexuelle Beziehung einzugehen, können ebenso zu Mißfallen führen.

„Und das dritte Mal war dann, wie der mir Geld hingelegt hat. Und dann hat es mir gereicht.“

Erotikzeitschriften, die in einem Patientenzimmer offen liegen, können als Affront gewertet werden.

„Ich habe wie ich in XY gearbeitet habe auf der Urologie, alle irgendwie prostataoperiert, alle irgendwie Potenzprobleme. Die haben nichts Besseres zu tun gehabt, als irgendwelche Sexzeitschriften rumliegen zu lassen.“

Eine unbehagliche Situation für die Pflegepersonen kann aufkommen, wenn der Patient entblößt und dabei orientiert ist.

„Manche haben nichts Besseres zu tun, als halb entblößt liegen zu bleiben. Das ist zum Beispiel etwas, was ich nicht mag. Weil ich denke mir,..., ich habe es als extrem unangenehm empfunden.“

Ein Bericht aus zweiter Hand beschreibt, wie sich auch Frauen bei der Körperpflege entblößen indem sie den Busen oder sich mit gespreizten Beine präsentieren.

„Wobei, ich habe einen männlichen Kollegen gehabt in der Schweiz. Von daher weiß ich, das das Frauen auch machen. Also der hat Frauen gehabt, die das Hemdchen halb aus gehabt haben, damit er den Busen gesehen hat, oder mit gespreizten Beinen da gelegen sind, damit er es gesehen hat. Das hat er als äußerst unangenehm empfunden. Und beim Waschen oder Eincremen sind die Frauen nass gewesen. Auch das hat er als unangenehm empfunden, aber das ist ja noch viel weniger direkt.“

Ein erigierter Penis bei einer medizinischen Tätigkeit wurde beim ersten Mal besonders intensiv erlebt. Im Laufe der Jahre und mit mehr Erfahrung in der Pflege, stellt der erigierte Penis nicht unbedingt ein sexuell motiviertes Verhalten dar.

„Wir haben damals, eine Frau Doktor und ich, sie hatte lange dunkle Haare und ich hatte lange blonde Haare, und er war knapp 80, den haben wir kathetern müssen. Wir haben es nicht geschafft. Der hat während wir (...) also ich habe assistiert und sie hat versucht den Katheter zu setzen und er hat einen erigierten Penis gekriegt. Da sind wir beide hochrot rausgelaufen. Ich habe nicht realisiert was passiert ist und da habe ich mir gedacht, das brauche ich kein zweites Mal. Wobei, es ist natürlich immer wieder passiert, aber ich habe es dann als weit nicht mehr so unangenehm empfunden.“

Auch bei der Intimhygiene kommt es vor, dass ein Patient einen erigierten Penis bekommt. Wenn der Patient nicht voll orientiert ist, wird der erigierte Penis ignoriert.

„Am Schwierigsten damit umzugehen ist, wenn jemand bei der Intimhygiene einen erigierten Penis bekommt. Das ist wahrscheinlich die Situation, die am schwierigsten ist, wenn der Patient voll zurechnungsfähig ist. Wenn der Patient ohnehin kaum zurechnungsfähig ist, kannst du das einfach übergehen.“

4.1.2 Kein sexuell motiviertes Verhalten

Kein sexuell motiviertes Verhalten wird in erklärbar, körperlich, verbal und nonverbal untergliedert. Die einzelnen Ausprägungen werden folgend näher erläutert.

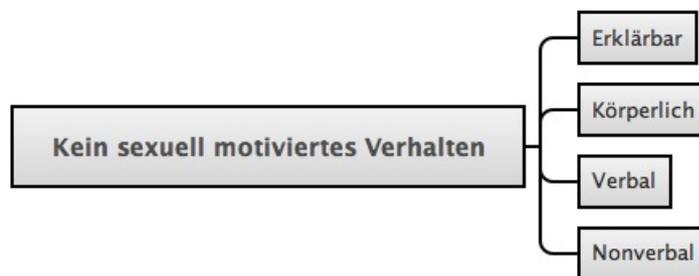


Abbildung 3: Kein sexuell motiviertes Verhalten

Der Umgang mit Menschen, gerade in der Pflege, sollte von Achtung geprägt sein. Die Pflegeperson dringt in der täglichen Arbeit in die Intimsphäre der Patienten und Patientinnen ein. Es werden persönliche Details erfragt, sowie bei der Körperhygiene die Intimitätsgrenze tangiert bzw. überschritten.

Da es zur normalen Tätigkeit gehört, persönliche Details der Patienten und Patientinnen zu erfahren oder den entblößten Körper zu betrachten und zu pflegen, heißt es nicht unbedingt, dass eine Grenze, die im privaten Leben der Pflegepersonen ganz woanders liegen mag, überschritten wird. Mit dem Blick durch die "professionelle Brille" wird der Mensch als Patient gesehen. Es findet eine Grenzverschiebung statt und es werden die Situationen in einen pflegerischen Kontext gesetzt und betrachtet.

„So eine wirkliche Belästigung im Pflegealltag(...) so Anzüglichkeiten schon, aber so eine wirkliche Belästigung nicht.“

4.1.2.1 Wenn es erklärbar ist

In diesem pflegerischen Kontext wird nach Erklärungen gesucht. Wenn eine logische Erklärung gefunden wurde, handelt es sich um kein sexuell motiviertes Verhalten. Wenn solch ein sexuell motiviertes Verhalten im Rahmen einer Pflegetätigkeit, wo eine große körperliche Nähe zwischen

Patient bzw. Patientin und Pflegeperson herrscht, stattfindet, stellt diese Situation keine Belästigung dar.

„Ich weiß, das Männer mit der Hand abgerutscht sind, wenn du sie mobilisiert und du sagst ihnen, vor allem in der Rehabilitation oder einen Schlaganfallpatienten, sie solle die Arme im Nacken verschränkt und dann stehst du auf. Ja, dann musst Du dich größer machen und dann lässt die Kraft nach und die Hand rutscht ab, die rutscht natürlich am Busen vorbei. Ist das sexuelle Belästigung?“

Sie beantwortet ihre Frage selbst:

„Ja, dann kann jede Wald- und Wieseninformation oder Berührung eine sexuelle Belästigung sein oder jeder Ausdruck, der mit ein bisschen Schmääh gebracht wird, als sexuelle Belästigung empfunden werden. Also ich habe es nicht als sexuelle Belästigung empfunden.“

Pragmatisch betrachtet ist es bei der Lagerung sogar produktiv, wenn sich der Patient an der Pflegeperson festhält und mitarbeitet.

„Ansonsten halt so diese Handgreiflichkeiten bei den Lagerungen. Wobei, das hört sich vielleicht auch komisch an, solange sie mir nur an den Hintern greifen, halten sie sich wenigstens gut an und halten sich nicht irgendwo an, wo es kontraproduktiv wäre und halten quasi nicht dagegen.“

Eine schlüssige Erklärung für das Abrutschen des Arms und des damit verbundenen Streifens des Busens der Pflegeperson bei der Mobilisierung, führt zur Erkenntnis im pflegerischen Kontext, dass es ohne Absicht geschehen ist. Wenn keine Absicht dahinter steht, handelt es sich auch nicht um sexuell motiviertes Verhalten.

„Ob es erklärbar ist oder nicht. Also es klingt plausibel, das war die Situation in der Reha, wenn ein Arm, das war ein hoher Querschnitt, das die Kraft nach einer gewissen Zeit nachlässt, weil es so anstrengend ist zum Aufstehen. Dass er deswegen abgerutscht ist und keine Absicht dahinter steht.“

Im Rahmen einer Pflegetätigkeit, bei der eine große körperliche Nähe herrscht, werden Berührungen, wenn sie die Intimzonen tangieren, als unabsichtlich eingestuft und somit nicht als belästigend empfunden.

„Nein, ich glaube wenn, dann war es eher unbeabsichtigt. Und wenn ich dann einen Patienten in die Seite gelagert habe, dass er mir dann am Hintern sich angehalten hat. Ich glaube das war eher unabsichtlich. Also das würde ich jetzt nicht als sexuelle Belästigung definieren.“

Die professionelle Sicht auf die Dinge ermöglicht den Pflegepersonen sich von der grenzverletzenden Situation zu distanzieren. Wenn eine Desorientiertheit oder geistige

Beeinträchtigung der Patienten und Patientinnen vorliegt, stellt es lediglich ein unabsichtliches Verhaltensmuster dar, weil der Patient bzw. die Patientin nicht in der Lage ist das Verhalten zu korrigieren und der Situation anzupassen.

„Das, was unter geistiger Beeinträchtigung steht, fällt aus dem Kontext der Belästigung, weil dort keine Kontrolle mehr besteht und auch keine Absicht. Dort erkenne ich die Absicht nicht. Dort ist er in einem Verhaltensmuster drinnen.“

Es gibt verschiedene Gründe für die Desorientiertheit bzw. Wesensveränderung eines Patienten bzw. einer Patientin. Sei es der Einfluss von Medikamenten oder ein Krankheitsbild. In solch einem Kontext betrachtet, fällt das Anfassen der weiblichen Brust nicht unter sexuell motiviertes Verhalten.

„Das hätte ich nie als Belästigung empfunden. Auch nicht, wenn die Männer nicht orientiert waren. Das ist ein Krankheitsbild. Das habe ich erlebt, wo ich bei einem hochbetagten, wechselnd orientierten Mann war, der war wirklich schwerst desorientiert. Und ich beuge mich übers Bett und er fährt mir mit der Hand hinein und packt mich an der Brust.“

Sie fasst es weiter gut zusammen:

„Nein, da ist ja keine willentliche Absicht dahinter. Ein Mensch, der nicht willenshandlungseinsichtig und urteilsfähig ist (...). Das hat eine andere Dimension, das muss ich schon sagen.“

4.1.2.2 Körperlich

Unter körperlich sind an dieser Stelle jegliche Arten von Berührungen des Körpers gemeint. Eine leitende Pflegeperson beschreibt ihre Sichtweise auf ein Geschehnis bei der Unterstützung beim Geschlechtsverkehr im Altenheim. Wenn eine gewisse professionelle Distanz gewahrt wird und Regeln eingehalten werden, wird aus einer potentiellen sexuellen Belästigung eine Form von Unterstützung.

„Wir haben eine sehr junge Patientin gehabt, die war so um die 48, hat an die 7-8 Kinder gehabt, war aber eher geistig etwas unterbelichtet. Hat aber geglaubt sie ist die Größte und die Beste. Sie hat dann mit einem Siebzigjährigen ein Verhältnis angefangen. Sie hatten dann massive Probleme eben nicht miteinander zu schnackserln sondern damit, dass sie wieder runtergekommen ist von ihm. Sie hat geläutet (lacht), ist nicht mir passiert sondern meiner Kollegin. Ich war nur die Leitende und in der Früh hatten wir das einfach zum Thema gehabt. Die Patientin wollte, dass sie ihr hilft dort wieder runterzukommen. Und sie ist her gegangen und hat gesagt: ‚Wenn du schnackserln kannst, dann schau, dass du auch wieder runterkommst.‘ Sie hat es als Affront empfunden. Ich hab nur gesagt: ‚Warum hast du ihn nicht die Hand gegeben? ‘Geduscht und angezogen hätte ich sie nicht, aber von dem her

(...) Und sie hat das als Belästigung empfunden. Sie sind nicht direkt auf die Pflegepersonen losgegangen sondern eher indirekt, denn du hättest ja bei etwas unterstützen sollen. (...) Für mich war das einfach, ja okay, da musst du einfach Regeln schaffen und dann ist es nicht mehr Belästigung sondern eine gewisse Form von Unterstützung.“

Wenn eine ausgelassene Stimmung im PatientInnenzimmer herrscht, kann es zu vertrauten Gesten oder Berührungen kommen. Die Geste des Berührens des Rückens der Pflegeperson wird eher als Vertrautheit denn als sexuell motiviertes Verhalten gewertet.

„Die Normalstation ist eigentlich mit 10 Herren einfach nur und es ist halt schon manchmal so, wenn sie lustig sind, einen antatschen, so ein bisschen am Rücken oder irgendwo. Aber ich meine, dass ist für mich keine sexuelle Belästigung.“

Eine Pflegeperson aus der geriatrischen Langzeitpflege empfindet Berührungen im Gesicht bei einer Pflegetätigkeit oder das Streicheln nicht als sexuell motiviertes Verhalten, weil das Verhalten ein menschliches ist.

„Aber andere Sachen, wie wenn Sie mich aber angreifen im Gesicht oder streicheln oder zulassen das ist kein Problem. Das ist für mich nicht sexuelle Belästigung und das ist, dass sie Nähe wollen. Das ist wirklich das Bedürfnis dass sie das Gefühl haben, dass sie noch da sind.“

Zwischen Patienten bzw. Patientin und Pflegepersonen gibt es, vor allem auch in der Langzeitpflege große körperliche Nähe und intime Situationen bei der täglichen Körperpflege. Hier wird es aber mehr als enge Vertrautheit geschildert.

„Nein, ich habe kein Problem damit, wenn ich einen Mann wasche. Wir haben da einen 99-jährigen Mann, und der ist so nett, wirklich mehr als nett, gelegentlich auch beim Gesicht, der streichelt dich, der freut sich, weil du ihn wäschst. Oder er küsste die Hand, oder egal was, der wird dir nie etwas tun, was du nicht willst.“

4.1.2.3 Verbal

In der täglichen pflegerischen Praxis ist das Kommunizieren unabdingbar. Um Informationen zügig auszutauschen, wird die Sprache als Kommunikationsmittel eingesetzt. Die verbalen Anzüglichkeiten zwischen Mann und Frau, die beim Informationsaustausch häufig mitschwingen, werden als typisches Rollenspiel zwischen Mann und Frau bezeichnet. Wenn es auf einer niveauvollen Ebene bleibt, wird es nicht als belästigend empfunden.

„Das Rollenspiel zwischen Mann und Frau wird es immer geben (ich nenne es immer das Mandl und Frau Spiel), das kann ich sehr gut akzeptieren. Ich empfinde es nicht als Belästigung, wenn es in diesem Bereich bleibt. Wenn es in einer sehr niveauvollen Form ist; damit kann ich sehr gut umgehen.“

Eine lockere Kommunikation im Patientenzimmer ist für diese Pflegeperson keine sexuelle Belästigung. Dieser Schmah ist häufig bei der Kommunikation zwischen Mann und Frau zu finden.

„Wir haben schon auch einige junge Patienten. Die sind dann auch gleich immer so, dass sie ‚Du‘ sagen, aber das stört mich nicht wirklich. Sie fragen dann: ‚Bist du verheiratet?‘ oder was weiß ich was. Dann haben sich zwei so junge zusammen geschlossen und haben dann halt gesagt: ‚Schau, die wäre noch zum haben.‘ Oder so irgendwie. Sie werden sich dann schon abgesprochen haben oder so (lacht). Aber mein Gott, das sehe ich jetzt nicht als sexuelle Belästigung.“

Als Pflegeperson kann es auch passieren, dass man vom Patienten einen Heiratsantrag bekommt. Dieser Heiratsantrag wird als unangenehm empfunden. Die Situation reflektierend, sieht sie diesen Heiratsantrag als kulturelles Missverständnis und kann dann damit besser umgehen.

„Aber wir hatten zum Beispiel eine Zeit lang einen Patienten, das ständig auf der Suche war nach einer Frau, die ihn betreut. Der hat wirklich jede Kollegin sofort gefragt, ob sie verheiratet ist oder nicht. Jeder unverheirateten oder jede, die unglücklich genug war und zu sagen, sie ist nicht verheiratet, hat er mehr oder weniger einen Hochzeitsantrag gemacht. Wie man das werten soll, weiß ich nicht, aber es ist auch unangenehm.“

Auf die Frage wie sie die Situation eingestuft hat, antwortet die Interviewte folgendermaßen:

„Also sexuelle Belästigung ist glaube ich zu viel. In diesem Fall war es glaube ich, ein kulturelles Missverständnis.“

4.1.2.4 Nonverbal

In erster Linie wird als nonverbales Verhalten an dieser Stelle der erigierte Penis bzw. das Onanieren verstanden. Den Pflegepersonen sind die intimsten menschlichen Umstände nicht fremd. Aus einem erigierten Penis unter der Decke wird eine Bagatelle gemacht.

„Ja nur, weil sich die Bettdecke aufstellt, ist es kein Übergriff, denn was kann der Arme dafür?“

Onanieren unter der Decke ist für diese Pflegeperson kein sexuell motiviertes Verhalten, denn der Mensch habe Grundbedürfnisse, die es zu befriedigen gälte.

„Pflegepersonen sind entsprechend schockiert, wenn ein Patient die Hand unter der Decke hat und dort onaniert. Sie sind dann völlig erschüttert. Mich erschüttert das nicht so. Das ist meine persönliche Meinung. Ich habe vorhin gerade gesagt, jeder Mensch hat sexuelle Bedürfnisse und wenn er gerade das Bedürfnis hat, dann bitte soll es tun. Ich fühle mich nicht dadurch belästigt.“

Bei der Intimhygiene kommt es immer wieder vor, dass der Patient einen erigierten Penis bekommt. In solch einem Fall wird die Intimhygiene unterbrochen und der Raum wird für einen kurzen Moment verlassen, sodass der private Bereich des Patienten geschützt wird.

„Ja, was eben noch passiert ist, wenn du Intimpflege machst und du merkst er kriegt jetzt einen erigierten Penis. Da ist es dann schon meistens so, dass ich die Intimpflege kurz unterbreche, vielleicht gar nicht anspreche, weil das kann derjenige vielleicht nicht bewusst steuern. Dann geh ich halt raus und hole irgendwas und bis dahin hat es sich eh meist und das ist dann eher abhängig davon, wie der Patient verbal darauf eingeht. Wenn du eh schon merkst, es ist ihm unangenehm oder ich eben sage: ‚Ich geh ´ kurz raus.‘ Das habe ich auch schon ein bis zwei Mal gemacht. Und ich glaube das hat für beide Seiten gut gepasst. Aber das war jetzt nicht im Sinne von sexueller Belästigung. “

Wenn ein Patient Blumen schenkt und ein Bussi zum Abschied haben möchte, wird das von manchen Pflegepersonen als sexuelle Belästigung empfunden. Das folgende Zitat stammt von einer Pflegeperson, der das nichts ausmacht und der das Verhalten der Kollegen und Kolleginnen weitaus unangenehmer ist.

„Oder ich weiß nicht, bekommst einem Blumenstrauß geschenkt. Da war eher das Verhalten meiner Kollegen wesentlich unangenehmer, wie das, dass er mich so heiß geliebt hat. Natürlich ist er zu mir gekommen und wollte ein Bussi haben (lacht), das hat er auch gekriegt. Die Blumen sind dann auf der Station gestanden, war wunderbar. ‚Wie kannst du nur? ‘Na, was soll ich denn machen? Die Blumen zurück schmeißen oder was? ‚Ja, aber dann ein Bussi geben! ‘Er ist ja dann eh nach Hause gegangen. “

In diesem Abschnitt wurde gezeigt, dass eine Situation als absichtlich und damit als sexuell motiviertes Verhalten bewertet oder als unabsichtlich bzw. als Schmääh verharmlost werden kann. Welche Faktoren bei der Bewertung einer solchen Situation tragend sind, soll im nächsten Abschnitt näher erläutert werden.

4.2 Kontext

Es gibt verschiedene Einflussfaktoren, die Pflegepersonen dazu veranlassen, Situationen als grenzüberschreitend oder im Rahmen des Normalen zu bewerten. Zum einen spielt die persönliche Einstellung der Pflegeperson zum Thema Sexualität eine entscheidende Rolle und zum anderen hat sich das Verhältnis zur Sexualität im Laufe der Zeit auch durch gesellschaftliche Einflüsse geändert. Ebenso müssen die lokalen Gegebenheiten, in denen Interaktionen mit den Patienten und Patientinnen stattfinden, berücksichtigt werden. Auf all diese Aspekte wird in diesem Abschnitt eingegangen. Ergänzend werden hemmende sowie begünstigende Faktoren, für das Bewerten einer potentiellen Grenzüberschreitung mit sexuellem Hintergrund, angeführt.

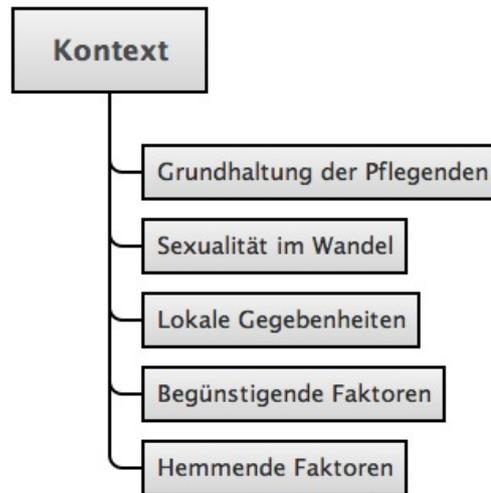


Abbildung 4: Kontext

4.2.1 Die Grundhaltung der Pflegenden

Die Grundhaltung der Pflegenden unterscheidet zwischen der persönlichen und pflegerischen Einstellung.



Abbildung 5: Grundhaltung der Pflegenden

Die pflegerische Einstellung ist dicht gepaart mit der persönlichen Einstellung der Pflegenden. Wenn man diese kennt, kann man verstehen, warum Pflegepersonen in speziellen Situation so und nicht anders reagieren. Dennoch ist es eine ganz individuelle Empfindung, die nicht für alle Pflegepersonen gelten kann.

4.2.1.1 Persönliche Einstellung

Das Bewerten einer Situation ist immer abhängig von der persönlichen Einstellung sowie vom gesellschaftlichen Einfluss.

„Aber wie es dann der Einzelne auffasst, darauf kommt es an. Das hat mit seinem Umfeld und der Einstellung des Einzelnen zu tun.“

Generell gesprochen, kommt es, wenn beide Geschlechter aufeinander treffen, zu Spannungen. An dieser Stelle kommt es auf die persönliche Einstellung zum Gegenüber und den individuellen Umgang mit dieser Situation an. Allgemein kann man sagen, dass sexuell motiviertes Verhalten oder gar sexuelle Belästigung als negativ angesehen und unerwünscht ist.

„Ich meine es arbeiten Mann und Frau zusammen. Wo Mann und Frau zusammenarbeiten, da knistert ´s, manchmal mehr, manchmal ein bisschen weniger. Manche können sich riechen und manche nicht. Manche können damit umgehen, manche nicht. Meine Form von Umgang ist eher der negative. Sexuelle Belästigung, egal in welcher Form sie vorkommt, ist negativ, das muss nicht sein.“

Die Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten ist tagesformabhängig. Das kann von Gleichgültigkeit über Erwiderung bis zum Verlassen der Situation reichen.

„Wenn manche Stielaugen kriegen, kann das schon unangenehm werden. Oder wenn der immer auf den Busen schaut, aber ob das schon ein Übergriff ist? Wenn ich gut drauf bin und leicht und flockig durchs Leben gehe, ist mir das scheiß egal, ob der mir auf den Busen starrt. Dann mache ich noch einen Witz oder so. Wenn ich nicht so gut drauf bin und der stiert, dann wird es unangenehm und ich verlasse die Situation. Wenn ich ganz böse drauf bin, dann fauche ich ihn wahrscheinlich an, was der sich eigentlich einbildet.“

Wie die Gesellschaft den Pflegeberuf sieht, spiegelt sich im Image der Pflege wieder. Nachdem sich das Image der Pflege über viele Jahre verbessert hat, hat die Gesellschaft heute immer noch antiquierte Vorstellungen von ihr. Dessen müsse man sich bewusst sein, wenn man den Beruf der Pflege wählt.

„Das weiß man, wenn man in den Beruf einsteigt, aber vielleicht weiß man es auch nicht. Wir kennen ja schon vorher diese Facette, wo Pflegende als Freiwild auch beschrieben sind, wir kennen die Witze und die Schwesternzeichnungen, wo sie als Betthaserl vom Herrn Doktor dargestellt wird. Also man ist ja schon vorgewarnt.“

Es gibt Pflegepersonen, die durch Erlebnisse mit sexuell motiviertem Verhalten eine genaue Vorstellung von sich, im Umgang mit solch einer Situation, haben. Erst diese genaue Vorstellung macht es möglich, solche Situationen überhaupt zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.

„Ich kann alles bagatellisieren, das ist auch ein Weg. Also ich bin jemand, der hinterfragt, der gerne weiß woran er ist. Wenn ich derjenige bin, der führt. Weil ich derjenige bin, der nicht Opfer sein will. Obwohl ich natürlich auch Opfer gewesen bin in gewissen Situationen. Aber ich glaube, wenn man erkennt, dann kann man eine gewisse Ebene einhalten ohne Mäuschen werden zu müssen. Oder eben das andere Extrem, dass du ausrastest, das ist ja auch denkbar. Dann schmierst du ihm halt eine.“

4.2.1.2 Pflegerische Einstellung

Bei der pflegerischen Einstellung schwingen auch immer die persönlichen Ansichten mit. Wie stehen die Pflegepersonen zu den Patienten und zur Pflege allgemein? Diese Frage gilt es zu beantworten, weil dadurch verstanden werden kann, warum Pflegepersonen so und nicht anders auf sexuell motiviertes Verhalten von Seiten der Patienten bzw. Patientinnen reagieren. Durch das Verhalten der Pflegepersonen sind die Patienten und Patientinnen in ihrem Verhalten beeinflussbar.

„Ich glaube, man provozierte sich selber auf, nicht immer. Es kommt schon darauf an, wie du mit dem Patienten umgehst. Wenn er merkt, du kommst mit Herz in der Arbeit und im Beruf, das merken sie sehr wohl, den Unterschied.(...) Sogar diese Leute wissen sich zu benehmen, wenn du dich auch zu benehmen weißt. Weil ein mancher macht es auch aus Schutzmaßnahmen, das darfst du nicht vergessen. Wenn jetzt irgendwer nicht so ist, der damit umgehen kann, der hat ja einen anderen Ton und oft zum Schutz macht er das, dass er mir nicht kommt, das ist möglich.“

Im Beruf der Pflege ist man dem Menschen sehr nahe und tangiert unweigerlich dessen Intimsphäre. In diesen speziellen Situationen gilt es behutsam mit den Patienten und Patientinnen umzugehen.

„Ich meine sexuell belästigen tun wir die Patienten nicht, aber wir pflegen sie ja und sind der Intimsphäre sehr nahe. Das ist halt sehr eigen.“

Außerdem ist es selbstverständlich in der Pflege körperliche Nähe gegenüber den Patienten und Patientinnen zuzulassen.

„Aber ich denke mir, wie gesagt, da ist der Pflegebereich ein spezieller, den ich gern herausnehmen würde. Weil wir eben so eng miteinander (...) eben wegen unseres Berufsbildes es einfach gewohnt sind, körperliche Nähe zu spüren und auch zu teilen.“

Der Patient bzw. die Patientin soll unter keinen Umständen kompromittiert werden. Die Aufgabe der Pflegepersonen ist das Schützen der Würde der PatientInnen.

„Wir sind natürlich in weit intimeren Bereichen als wie Frauen anderer Berufsgruppen, aber da habe ich oft eher die Männer in ihrer Intimität und ihren Schemen, wenn sie die Natur bloßgelegt hat. Wir haben alle als Pflegende erlebt, dass Männer eine Erektion gehabt haben, wenn wir sie gewaschen haben. Und mit dem dann behutsam umgehen, das ist wichtig.“

Sexuell motiviertes Verhalten ist meist dort, wo man viel mit Menschen zu tun hat, wie im Pflegebereich. Die Patienten und Patientinnen sind fremd und man muss sich jedes Mal wieder neu auf sie einstellen.

„Es gehört nicht zur Pflege, sondern zu den negativen Seiten des sozialen Umgangs. Ich meine ich habe einen Beruf, wo ich sehr viel mit Menschen zu tun habe. Das ist halt eine Schlagseite davon auch. Ich denke mir, im Privaten kannst du dir aussuchen mit wem du es zu tun hast. Die Menschen, die du als Patienten bekommst, das ist halt bunt gemischt.“

Die Pflege wird an den Patienten und Patientinnen angepasst. Offenheit der Pflegeperson, gegenüber der Patienten und Patientinnen, ist von Vorteil. Es wird lösungsorientiert gearbeitet, um Probleme aus dem Weg zu räumen. Im speziellen Fall handelt es sich um eine Patientin, die einen längeren Aufenthalt auf einer Reha-Station hatte und Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner haben wollte.

„(...) wir haben eine siebzehnjährige Patienten gehabt und die hat mit ihrem Freund schnackserln wollen. Und das haben meine Kollegen als Belästigung empfunden. Es war eine Reha-Station, also mindestens ein halbes Jahr Aufenthalt. Man soll sich ja ans normale Leben wieder gewöhnen usw. . Dann ist hinzugekommen, dass sie teilentmündigt gewesen ist. Also wer übernimmt dann Verantwortung? Was macht man, wenn man hinein kommt und sieht sie gemeinsam schmuse? Ja, im Normalfall müsste man dann mit der Mutter und mit ihr reden. Ich meine, es ist ja nicht, dass man nicht mit ihr reden kann. Dann muss man schauen, dass man ein Schild hinaus hängt ‚bitte nicht stören‘ und fertig. Man muss sich dann eine Zeit ausmachen, weil etwas passieren kann. Aber sie hätten es als Affront empfunden, wenn sie beide beim Geschlechtsakt vollziehen ins Bett gesehen worden wären. Das heißt, ich war immer lösungsorientiert (...).“

Die Situation wird im Kontext der Grunderkrankung betrachtet.

„Von einem Patienten, wo ich geglaubt habe, der ist klar, ist mir noch nie passiert. Die Erkrankung des Patienten spielt immer mit rein. Man kann ja nicht alles in einen Topf hauen. Wenn mich jetzt einer so streichelt, das kann ich nicht so ernst nehmen wie bei einem Gesunden. Da muss man schon ein bisschen abwägen, denke ich mir.“

Bei desorientierten Patienten und Patientinnen wird das vermeintlich sexuell motivierte Verhalten sogar entschuldigt und die Pflege fortgeführt.

„Aber was willst Du machen, du kannst ja einen Alzheimerpatienten oder einen sonst verwirrten Menschen nicht einfach vor die Tür setzen, na der kann da nichts dazu(...)“

Bei Patienten und Patientinnen mit mentaler Retardierung, wird das sexuell motivierte Verhalten gebilligt.

„Also es kann gut sein, dass man dem mehr nachsieht. (...) Junge und Alte, weil Behinderte waren ja auch dort und da hat man es sehr wohl thematisiert, weil dieses zur Schau stellen, diese Hemmschwelle ist ja wesentlich niedriger, wesentlich öfter passiert. Und dann ist man in dem Sinne damit umgegangen, dass man es einfach toleriert hat.“

Wenn es in einem gewissen Rahmen geblieben ist, wird das unangemessene Verhalten zugelassen. Wenn mit dem Verhalten jedoch eine Grenze überschritten wird, sollten Maßnahmen gesetzt werden, um das Pflegepersonal zu schützen.

„Dass man gesagt hat, in dem und dem Rahmen nur wenn das und das passiert. Wenn er sie an der Hand hält und probiert zum Bett zu ziehen und nicht gehen lässt, dann muss man was ändern. Aber wenn er die Decke wegtut und man nur sein Geschlechtsteil sieht, dann lassen wir es. Oder wenn er einen Witz erzählt, dann lassen wir es.“

Obwohl das Thema mit dem sexuell motiviertem Verhalten konfliktbeladen ist, gehört es zum Leben und im Speziellen auch zum Pflegealltag.

„Es hat ja oft dieses Übergreifen, diese Belästigung(...) das ist auch so ein heikles Thema (...), aber es gehört zum Leben, das ist richtig. Aber ich denke auch, es gehört zur Arbeit, aber es ist nicht in Ordnung.“

Auch wenn das sexuell motivierte Verhalten immer wieder im Pflegealltag zu finden ist, stellt es dennoch keinen Grund dar, der Arbeit fern zu bleiben.

„In der Situation habe ich schon Angst gehabt. Aber ist jetzt nicht gewesen, dass ich am nächsten Tag nicht mehr hineingegangen war oder schweißgebadet. Ich kann mich nicht erinnern, dass ich wegen eines Grenzübergreifens nicht mehr arbeiten gegangen wäre. Ich habe vor dem Fliegen Angst, aber vor so etwas(...)(lacht).“

Es besteht auch die Möglichkeit, dass nach einem grenzverletzendem Vorfall der Arbeit fern geblieben wird.

„Weil dann klopft dir einer noch auf den Popo oder rutscht mit der Hand ab und Conclusio sagte man dann: ‚Lieber doch nicht!‘. Aber gehört habe ich es nie, dass jemand deswegen aufgehört hätte.“

Grundsätzlich ist Sexualität im Krankenhaus möglich. Vor allem in der Langzeitpflege ist diese Thematik bedeutend und bedarf einer individuellen Lösung für den/ die Einzelne(n). Eine Interviewteilnehmerin schildert folgendes Beispiel aus der geriatrischen Langzeitpflege in der ein Patient das weibliche Pflegepersonal für sexuelle Dienste einspannen wollte. Damit das Pflegepersonal dem nicht mehr länger ausgesetzt ist, wird nach Lösungen für das Problem gesucht.

„Ich bin noch damals dafür gewesen, im Altenheim(...) wir haben natürlich Männer gehabt, sie hätten die Schwester ins Bett gezerrt, damit sie eben noch eine Gespielin hätten. Da habe ich gesagt: ‚Bitte gib ihm eine Nummer von der Sexhotline oder hol ihm eine Prostituierte.‘, ‚Ja um Gottes willen, das ist nicht unsere Aufgabe.‘ Aber blöd anquatschen lassen tun sie sich. Der hat zwar geglaubt er kann telefonieren, aber so einfach ist es nicht gewesen. Natürlich hatte

er dieses Empfinden, das immer wieder kommt und er ist verbal die Kolleginnen angegangen. Aber ich empfinde heute noch manches anders. Wo ich dann gesagt habe: ‚Okay, wenn er mit der Telefonnummer nicht zurechtkommt, dann kann man dort anrufen.‘ Wir haben da nicht dort angerufen, das hat dann eine Freundin übernommen. Und dann soll diese Damen halt kommen, dann haben wir kein Problem mehr. Hundertprozentig nicht. “

Prinzipiell hat jeder Mensch egal welchen Alters, ein Recht auf Sexualität, auch im Krankenhaus.

„Weil ja grundsätzlich jedes Alter ein Anrecht auf Sexualität hat. Es gibt ja nicht die Gruppe, die nicht mehr haben darf oder nicht mehr haben soll. Das sind ja Definitionen der Gesellschaft. “

Wenn man als Pflegeperson im Zimmer des Patienten bzw. der Patientin ist und den Patienten bzw. die Patientin bereits kennengelernt hat und bereits auffällig geworden ist, rechnet man im PatientInnenzimmer mit verbalen Übergriffen.

„Im Prinzip habe ich gewusst, dass von ihm solche Aussagen kommen können. Er war ja doch einige Wochen bei uns.“

Andererseits gibt es auch Situationen in denen das Pflegepersonal von einem verbalen Angriff überrascht wird. Es kann dann geschehen, wenn die Pflegeperson gedanklich nicht bei dem Patienten bzw. der Patientin ist. Das kann Gedankenlosigkeit sein oder ein plötzlicher Angriff von dem Patienten bzw. der Patientin, wenn beispielsweise auf dem Gang die Dokumentation erstellt wird.

„Ich nehme irgendwie an, weil es so unvermittelt war und ich eigentlich ja gar nicht bei ihm war und mich in dem Moment ja gar nicht mit ihm beschäftigt habe, sondern neben ihm was gemacht habe und plötzlich kam dann von der Seite diese Aussage. Es kam halt überraschend und erwischt dich dann.“

Für manche Pflegepersonen ist das sexuell motivierte Verhalten kein akutes Problem. Da stellt der Themenbereich der Gewalt und Aggressivität einen bedeutungsvolleren Aspekt im Pflegealltag dar. Das ist maßgeblich davon abhängig, auf welchen Stationen gearbeitet wird.

„Also das ist jetzt für mich nicht so ein dringendes Problem. Also da stellen sich für mich andere Probleme, die für mich dringender wären. Im konkreten Fall wären das aggressive Patienten. Das wäre für mich viel wichtiger.“

Auch wenn es einen Vorfall mit sexuell motiviertem Verhalten gab, muss der Patient bzw. die Patientin in einem Akutkrankenhaus weiter versorgt werden.

„Also wirklich Sanktionen in dem Sinn (...) in einem Akutspital (...) ich meine du kannst sie ja nicht einfach nach Hause schicken oder du kannst sie deshalb nicht schlechter versorgen oder so.“

Außerdem sollte nach einem Vorkommnis mit sexuell motiviertem Verhalten eine gewissen Höflichkeit und Wertschätzung dem Patienten bzw. der Patientin gegenüber gewahrt werden.

„Aber das gehört irgendwie zum professionellen Umgang, dass ich zu denen genauso höflich bin. Wenn sie mir diese Höflichkeit oder Achtung nicht entgegen bringen, will ich nicht damit reagieren, dass ich mich in dem Sinne darauf einlasse. Dann muss ich das in dem Sinne klar stellen, wie ich das gerne haben möchte oder wenigstens gewisse Grundregeln.“

4.2.2 Sexualität im Wandel

Es wurden auch Pflegepersonen befragt, die bereits 20 Jahre und mehr in der Pflege tätig sind. Diese haben von einem Wandel gesprochen. Der Wandel hat sich in verschiedenen Bereichen vollzogen. Es wird beschrieben, dass man nur in wirklich gravierenden Fällen etwas von der sexuellen Grenzüberschreitung erfahren hat. Heute hingegen wird im pflegerischen Bereich offener über das Thema Sexualität und eventuellen Grenzüberschreitungen gesprochen.

„Schau, es ist nicht immer so offen darüber gesprochen worden. Du hast immer erst etwas gehört, wenn die Sache schon eskaliert ist.“

Heute wird generell offener über die Sexualität und deren Facetten im pflegerischen Setting gesprochen. Außerdem sind die Aufgabenbereiche der Pflegepersonen klar definiert und die Durchführung dieser dokumentiert. Das Bewusstsein, dass man als Pflegeperson in die Intimsphäre der Patienten und Patientinnen eintritt, trägt zu einem besseren gegenseitigen Verständnis bei.

„Ich kann mich nicht erinnern, dass es irgendwo nicht Thema war. Aber es hat sicher viel mehr damit zu tun, dass man nicht weiß, wie man mit Sexualität per se umgeht, nämlich du bist Mann und ich bin Frau und ich habe dich irgendwo anzugreifen und das nicht aus Liebe und Freude sondern weil ich eine Therapie machen muss, dich pflegen muss, wie auch immer.“

Die voranschreitende Emanzipation (in) der Pflege wird dabei helfen, einen offeneren Umgang in Bezug auf das regelmäßige Eintreten in den Intimbereich der Patienten und Patientinnen zu leben.

„Und wie soll das dann besprochen werden in einem Beruf, wo Männer und Frauen arbeiten, wenn eine Frau pflegt, das, was sie sowieso kann. Denn man glaubte immer noch, die Pflege sei einem in die Wiege gelegt. Dass man da Fachwissen für braucht, den therapeutic touch dafür braucht etc., das negieren wir alles. Dann werden wir das auch nicht entsprechend veröffentlichen oder zum Thema machen. Man redet drüber, wie wasche ich, welche Lagerung ist die richtige. Aber Waschen wohlgermerkt und da geht es um den Kopf und die Hände und nicht um den Intimbereich.“

Noch vor wenigen Jahren hatte man keinen Begriff für sexuell motiviertes Verhalten. Selbst wenn es sexuell motiviertes Verhalten gegeben hat, konnte man es nicht benennen. Wenn es solch einen Vorfall gegeben hat, war es die Stationsleitung, die die Situation mittels Zurechtweisung der Patienten bzw. Patientinnen geklärt hat.

„Das waren eher das mittlere Management, würde man heute sagen, die Stationschwester, die dann wieder für Ordnung gesorgt haben. Und dann wieder gedroht haben oder was immer, aber bis zur Leitung ist das nicht gekommen. Ich meine das war 1976 bis 1980, da war ich in der Krankenpflegeschule, da hat es den Begriff ja noch nicht gegeben. Also bei uns sicher noch nicht in den kleinen Häusern, glaube ich nicht, dass das in dem Sinn bewertet worden ist wie heute.“

Da sich die Pflege seit einiger Zeit im Wandel befindet und viele alteingesessene Normen überdacht werden, gibt es die Chance das Tabuthema sexuell motiviertes Verhalten zu behandeln und neue Wege zu gehen. Erst durch diese Emanzipation ist es möglich, offen über das Thema Sexualität und eventuellen, damit verbundenen, Übergriffen zu reden.

„Weil ein leichtes Thema ist es auch nicht. Das ist die Hemmschwelle. Wir wissen es, aber trauen uns nicht drüber zu reden. Es ist ein Tabuthema. Weil früher musste die Schwester dienen. Dass unser Berufsbild selber hinten anhängt mit unserer Einstellung. Das haben wir uns selbst auferlegt. Denn wenn wir mehr Selbstbewußtsein haben und uns mehr auf die Füße stellen, würden viele Sachen sicher nicht sein. Also glaube ich ein Großteil liegt halt an uns selber. Aber bei den jungen (Menschen) findet eh schon ein Denkprozess statt.“

Eine bedeutende Rolle bei der Emanzipation (in) der Pflege hat die Gesellschaft eingenommen. Damit ist die Emanzipation der Frau im Allgemeinen gemeint. Das Rollenbild der Frau hat sich stark verändert, sie kann selbstbestimmter agieren und ist unabhängiger. Erst durch das gesellschaftliche Umdenken ist ein Umdenken in der Pflege überhaupt möglich. Im nachstehenden Zitat wird sexuell motiviertes Verhalten mit Gewalt in einer Ehe verglichen. Aus heutiger Sicht gibt es die Möglichkeit der Unterstützung im Falle von sexuell motiviertem Verhalten im privaten sowie professionellen Setting.

„Ich denke sicher der Zeitgeist. Wahrscheinlich auch die Einflüsse der Frauenbewegung, Aufklärung der Frauen, höhere Bildung in diesem Bereich der Frau. Im Allgemeinen die Veränderung des Rollenbildes der Frau, dass sie selbstständiger geworden sind, wirtschaftlicher und sich besser wehren können. Weil es waren ja viele Dinge noch zulässig. Denken wir mal wie lang Gewalt in der Ehe die Frauen hinnehmen mussten, weil sie jetzt verheiratet waren. Und auch erst seitdem ein Rollenwandel und ein Umdenken stattgefunden hat. Wo heute zumindest die Frau weiß, dass sie es nicht hinnehmen muss. Ob sie es dann hinnimmt wird eh von ihrer Persönlichkeit und ihrer wirtschaftlichen Situation abhängen aber zumindest weiß, dass sie Unterstützung und Hilfe bekommt.“

Auch im folgenden Zitat wird von einem Wandel gesprochen. In den einzelnen Einrichtungen hat ein Umdenken stattgefunden. Das führt dazu, dass ein Augenmerk auf geschlechtsbezogene Geschehnisse gelegt wird und somit auch ein Umdenken bei den Pflegepersonen stattfindet.

„Ich denke zum einen weil die Holding sehr starkes Genderschema fährt. Man hat gemerkt, dass es sehr stark in der Philosophie drinnen ist und zum anderen glaube ich auch, dass das Imagesache ist und auch Bewusstseinsveränderung, im Laufe der Jahre auf die ich jetzt zurückblicke. Auf 30 Jahre kann man jetzt bald sagen, beruflicher Vergangenheit. Dass da schon ein Wandel stattgefunden hat. Selbst Dinge, die wir ja noch ganz locker abgetan haben. (...) Für uns ist es so ein Graubereich zwischen saloppem Umgang, das wäre heute undenkbar. Das geht sicher nicht.“

Ein Problem stellt auch die mangelnde Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal dar. Heute wird nicht mehr wie früher an einem Strang gezogen, was den Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten erschwert.

„Also jetzt ist das umgekehrte Phänomen eingetreten. Wo wir noch mit den Ärzten mehr im Umgang gestanden haben, das ist weg. Wir sind mit den Ärzten jausen gegangen. Und das war der Vorteil, weil du hast von den Ärzten was erfahren. Du hast von den Patienten geredet, natürlich hast du privat auch was geredet. Man hat auch immer gewusst, wie geht es dem anderen. Wir waren eher noch ein Team, aber heute (...).“

Wenn die einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere das ärztliche und das pflegerische Personal, nicht miteinander kommunizieren, ist einerseits kein offener interdisziplinärer Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten möglich und andererseits ist das einheitliche Vorgehen im Falle von sexuell motiviertem Verhalten beschränkt.

„Vielleicht war es zu meiner Zeit in den großen Häusern anders, das kann ich nicht sagen. Ich war ja immer im Klinikum mit 300 Betten. Also das war ja nie üppig groß, aber den Wandel habe ich gemerkt. Sie stehen weit auseinander, völlig verständnislos stehen sie sich gegenüber. Die Schwestern, die schimpfen, weil die Ärzte das und das nicht tun und die Ärzte schimpfen, weil die Schwestern das und das nicht tun. Und das ist eine Verständnislosigkeit oder Sprachlosigkeit, das ist schlimm. Also gut ist das nicht.“

Dem Thema sexuell motiviertes Verhalten wird heute Raum gegeben und der Patient/ die Patientin hat die Konsequenzen zu tragen. Heute hat man ein Mittel an der Hand, wie man sich helfen kann.

„Also da hat es schon Typen gegeben, die bekannt waren, dass sie wirklich sexuelle Belästigung, wirklich handgreiflich. Aber die Zeit war damals nicht danach. Die sind nicht zur Rechenschaft gezogen worden. Heute schmeißen sie sie raus, wenn so etwas vorkommt. Und das ist auch gut so. Die uns wirklich begrapscht haben und du hast dir kaum helfen können.“

Noch vor wenigen Jahren wurde die Ausbildung in der Pflege größtenteils von Geistlichen, sogenannten Lehrschwestern, übernommen. Da die Lehrschwestern eine Tracht tragen, haben sie wenig bis keine Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten, weil die Tracht eher respekt einflößend auf die Patienten und Patientinnen wirkt. Das ist ein möglicher Grund warum das Thema sexuell motiviertes Verhalten womöglich kein Thema in der Ausbildung war. Heute wird die Ausbildung von den Lehrern für Gesundheitsberufe durchgeführt, die sexuell motiviertes Verhalten im Unterricht thematisieren. Auch dies trägt zu mehr Selbstbewusstsein unter den Pflegepersonen bei.

„Wir haben ja auch ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, so ist es ja auch nicht. Wir sind ja dann schon mal von weltlichen Lehrschwestern, heute heißen sie Lehrer für Gesundheitsberufe, unterrichtet worden und nicht mehr von der demütigen Geistlichkeit. Gut, die hat ja da auch kein Problem gehabt, die hat ja die Tracht gehabt. Wir haben schon ein bisschen mehr Selbstbewusstsein gehabt und haben mal angefangen dem Doktor keinen Kaffee mehr zu kochen. Das war mal das erste. Aber in der Zwischenzeit haben sich die Berufsgruppen so weit auseinander entwickelt, dass das auch schon nicht mehr gut ist.“

4.2.3 Lokale Gegebenheiten

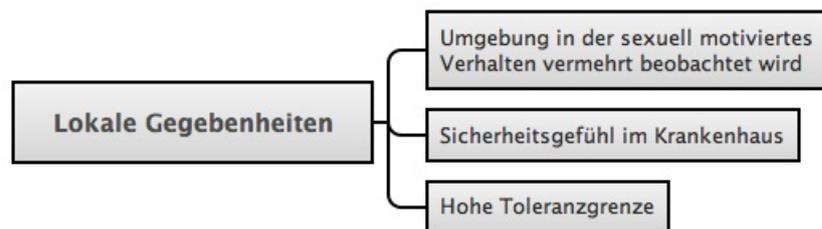


Abbildung 6: Lokale Gegebenheiten

An dieser Stelle werden jene Orte, an denen sexuell motiviertes Verhalten laut der Interviewteilnehmer und Interviewteilnehmerinnen auftritt, beschrieben und die Besonderheit dieser Orte, wie das Krankenhaus herausgearbeitet. Im Krankenhaus besteht im Allgemeinen ein erhöhtes Sicherheitsgefühl durch die Anwesenheit von Kollegen und Kolleginnen. Außerdem ist die Toleranzgrenze im Krankenhaussetting höher, was sexuell motiviertes Verhalten betrifft, als in privaten Settings.

4.2.3.1 Umgebungen in denen vermehrt sexuell motiviertes Verhalten beobachtet wird

Anhand der Interviews konnten Umgebungen ermittelt werden, in denen sexuell motiviertes

Verhalten im pflegerischen Bereich stattfinden. Das sexuell motivierte Verhalten finden im extra- und intramuralem Bereich statt.

„Aber du hast immer wieder, sowohl im Spital als auch in Heimen solche Patienten, und bei Behinderten hast du's auch. Weil ich habe es im Spital genauso erlebt und habe es halt im Altersheim auch (...), das kannst du nicht so sagen. Also ich kann das nicht sagen, ich habe beides erlebt.“

In folgenden Bereichen, die auch den extra- sowie intramuralen Bereich umfassen, wird sexuell motiviertes Verhalten immer wieder beobachtet.

„In der Reha, Urologie, Altenheim, Psychiatrie und Innere kommt es am Öfteren vor.“

Im extramuralen Bereich beispielsweise in Pflegeheimen sowie in der Hauskrankenpflege. Im Pflegeheim wird verbales sexuell motiviertes Verhalten von Patienten und Patientinnen beobachtet.

„Altenheim. Die Männer, ich weiß nicht wo die diese Witze her haben. (...) ich will das nicht, ich höre das nicht gern. Das ist nichts gegenüber einer Frau.“

Auch das körperliche sexuell motivierte Verhalten ist im Pflegeheim zu finden. Dabei gibt es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

„Ich weiß erstens in Altersheimen erlebst du es. Da geht es auch, also da ist es nicht nur, dass die Männer, es kann auch bei Frauen sein, dich angreifen. Dass sie dir an den Po greifen oder an den Busen greifen. Auch dieses Berühren, ins Gesicht, sie ziehen sich zu dir damit sie ein Busserl kriegen.“

Auch in Behindertenzentren ist das sexuell motivierte Verhalten, in Form von verbalen und körperlichen Verhalten, ein Thema gewesen.

„Weil in XY wie ich gearbeitet habe, da war ich in einem Alten- und Behindertenzentrum. Da gab es natürlich welche, die sich zugeschmuddelt haben oder mal einen Witz losgelassen haben oder so. Junge und Alte, weil Behinderte waren ja auch dort und da hat man es sehr wohl thematisiert, weil dieses zur Schau stellen, diese Hemmschwelle ist ja wesentlich niedriger, wesentlich öfter passiert.“

Wenn man als Pflegende bzw. Pfleger in der Hauskrankenpflege arbeitet, tritt man immer ins private Umfeld der Klientin bzw. des Klienten ein. Darum agieren und reagieren die Klienten und Klientinnen im häuslichen Umfeld resolut. Daher werden verbale Attacken seitens der Klienten und Klientinnen gezielt eingesetzt.

„Ich meine, ich war mal in der Hauskrankenpflege. Ich find es da eigentlich schlimmer, weil man da ins persönliche Reich des Patienten kommt. Die wissen dann schon genau was sie wollen und genau so wollen sie es. Und wenn dann mal wer neuer dazu kommt, sind sie in ihrem Verhalten schon sehr auffällig: ‚Nein, ich möchte das nicht so haben, ich habe das immer so bekommen.‘ Oder wenn man sagt: ‚Helfen Sie ein bißchen mit?‘ ‚wie man das im Spital halt macht, dann sagen sie: ‚Nein, das kann ich nicht, das will ich nicht.‘ Und da hat mich damals einer richtig beschimpft und ich bin eine ‚richtig dumme junge Kuh‘ oder sowas (lacht). Also da habe ich mich schon so richtig belästigt gefühlt. Da hat es mich schon so ein bißchen gedrückt und mir sind dann fast auch die Tränen rausgekommen.“

Zu bemerken ist auch, dass sich die Klienten und Klientinnen eher bedroht fühlen können, wenn eine (fremde) Pflegeperson in das private, häusliche Umfeld eindringt. Ein natürliches Verhalten ist dann die Abwehr, die mittels verbalen Äußerungen auch in den sexuellen Bereich abrutschen kann, um somit die Pflegeperson zu verletzen.

„Da habe ich mir ebenso gedacht, na ja Hauskrankenpflege, weil ja der Patient daheim war. Da verhalten sich wirklich die Patienten anders, ja. Also da könnte es schon viel eher passieren, da sind sie auch viel stärker irgendwie. Im Krankenhaus sind sie doch (...) Da kommt der Arzt, da haben sie mehr Angst oder was weiß ich was, und da trauen sie sich dann auch nicht viel sagen. Das sind ein bisschen mehr eingeschränkter in ihrem Verhalten.“

Im intramuralen Bereich wird sexuell motiviertes Verhalten auf den verschiedenen Stationen im Krankenhaus beobachtet. Im Speziellen wären das die Unfallstation, die Interne Station, die Urologische Station, die Neurologische Station und die Psychiatrische Station.

Schon aufgrund des Aufgabenfeldes wird auf der Unfallstation sexuell motiviertem Verhalten beobachtet. Dabei liegt ein Augenmerk auf dem Alkoholpegel der Patienten und Patientinnen. Durch die enthemmende Wirkung des Alkohols werden die Grenzen der Pflegepersonen derb überschritten.

„Weil Notfallaufnahme kommen ja alle hin, denn Discobesucher fallen ja nicht mit 0,0 Promille um oder hauen sich gegenseitig die Köpfe ein. Also ich glaube, dass Alkohol sicher enthemmt. Und wenn das Personal gefällt, wird es sicher zum Thema werden. Da werden Grenzen überschritten, vor denen man sich gut schützen zu wissen muss.“

Auf Unfallstationen herrscht allgemein ein lockerer Ton, wobei es dort rasch zu verbalen sexuell motiviertem Verhalten kommen kann.

„Also auf der Unfallstation anno dazumal, (...), habe ich das erst auch gehabt, aber auf eine bisschen lockere Art. Das war eher verbal: ‚Schwester gehen wir halt?‘ ‚Gehen wir heim?‘ ‚So auf diese Art.“

Das Alter der Patienten ist ebenso ein Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt. Auf einer Unfallstation ist das Klientel altersmäßig durchmischt. Dennoch hat man auf einer Unfallstation auch mit eher jüngeren Patienten und Patientinnen zu tun. Die Sexualität wird von jüngeren Patienten und Patientinnen intensiver ausgelebt, was die Pflegepersonen auch zu spüren bekommen.

„Ich meine, auf einer Unfallstelle liegen meist junge Männer. Und wenn der von einer jungen Schwester gewaschen wird, reagiert er wahrscheinlich anders, hundertprozentig.“

Auf einer Unfallstation kann es aufgrund der besonderen PatientInnengruppe zu einer erhöhten Frequenz an sexuell motiviertem Verhalten kommen, als auf einer Internen Station.

„Eine Unfallstation schaut natürlich wieder anders aus. Patienten mit Schädelhirntrauma sind natürlich wieder besonders, die natürlich sexuell ganz anders veranlagt sind, wie interne Patienten, das ist völlig klar.“

Auf internen Stationen hat man oftmals betagte und zum Teil desorientierte Menschen zu pflegen. Aufgrund dieser Desorientiertheit kann sich das körperliche sexuell motivierte Verhalten häufen.

„Aber auf der Internen, auf der Med, war es eher mehr (...) na ja, weil es halt zum Teil mehr Verwirrte waren, und da schon mit greifen und so.“

Bei Patienten und Patientinnen auf einer psychiatrischen Station kann es gewöhnlich zu massiven Grenzverschiebungen bei den Patienten und Patientinnen aufgrund ihres Krankheitsbildes kommen. Daher werden die Grenzen der Pflegepersonen nicht beachtet und es kann zu sexuell motiviertem Verhalten bis zu sexuellen Übergriffen kommen.

„In der Psychiatrie war das generell ein Thema, weil die gehen damit anders um, weil die keine Grenzen kennen (Patienten).“

Das nachstehende Zitat beschreibt beispielhaft eine Situation auf einer psychiatrischen Station, in der es zu verbalem sexuell motiviertem Verhalten gekommen ist.

„Auf der Psychiatrie war ein ehemaliger Gastwirt, der war im Sauerstoffzelt. Du bist hinein gekommen, aber es war wurscht ob du Mann oder Frau warst, ob du jung warst, ob du alt warst. Der hat bei jedem, der reingekommen ist, die geistlichen Schwestern sowieso, da ist er noch ausfallender geworden, der hat sofort angefangen nur Blödhheiten von sich zu geben im Sinne von unfletigen Bemerkungen, zotigen Sprüchen, irgendwelche: ‚Will ich nicht, kann ich nicht, willst du nicht dort greifen?‘ und solche Sachen. Aber das ist permanent so gegangen.“

Aufgrund der körperbetonten Arbeit mit den Patienten und Patientinnen auf einer Neurologischen Station, kann es zu körperlich sexuell motiviertem Verhalten kommen. Das verbale sexuell motivierte Verhalten wird ebenfalls erwähnt.

„Also ich arbeite eben auf der Neurologie, wir arbeiten sehr viel mit Körperkontakt, sehr viel mit Lagerungen, Transfers und halt, dass dann Männer versuchen auf den Hintern zu greifen und ja, verbale Belästigungen.“

Auch auf der urologischen Station ist es zu sexuell motiviertem Verhalten gekommen. Es wird beschrieben, dass die verbalen Anzüglichkeiten eher auf der Urologie zu finden sind, als beispielsweise bei Herzpatienten und -patientinnen.

„Ich habe das jetzt nicht gesehen bei Herzpatienten, also es war schon eher auf die Uro bezogen in meinen Erinnerungen.“

Das Entblößen auf der urologischen Station ist auch krankheitsbedingt was von der Pflegeperson als unangebracht eingestuft wird.

„Das eine war in XY das andere in XY auf der Urologie. Erkrankungen der Prostata oder vom Hoden verursachen manchmal extreme Schwellungen. Und wenn du versucht irgendetwas zum tun in der Pflege oder sonst irgendetwas, haben die extreme Schmerzen. Manche haben nichts besseres zu tun als halb entblößt liegen zu bleiben. Das ist zum Beispiel etwas, was ich nicht mag.“

Es hängt vom Tätigkeitsfeld auf den einzelnen Stationen ab, ob es vermehrt zu sexuell motiviertem Verhalten kommt. Auf Normalstation und im OP-Bereich hat das Pflegepersonal eher weniger mit sexuell motiviertem Verhalten zu tun.

„Ich glaube, dass auf einer Intensiv, wo Patienten zur Ausnüchterung hinkommen oder Schockraum oder Notfallaufnahme, dass da sicher mehr passiert. Dass das Personal sicher mehr dem Thema ausgesetzt ist als auf einer Normalstation oder jetzt im OP.“

Außerdem ist man dem sexuell motiviertem Verhalten in bestimmten Bereichen im Krankenhaus wenig bis gar nicht ausgesetzt, in denen man nur kurz oder gar nicht mit den Patienten und Patientinnen zu tun hat, wie beispielsweise die Ambulanz.

„Es gibt tatsächlich Bereiche, wo man vor sexueller Belästigung durch Patienten weiter entfernt steht. Das sind Bereiche, wo ich einen Patienten nicht treffe, weil ich im Hintergrund arbeite. Oder im Ambulanzbereich oder eben in Funktionsbereichen, wo man die Patienten nur sehr kurz für gezielte Tätigkeiten sieht.“

4.2.3.2 Sicherheitsgefühl im Krankenhaus

Im Krankenhaus ist ein gewisses Sicherheitsgefühl vorhanden, schon aufgrund der Tatsache, dass im Tagdienst immer ein Kollege /eine Kollegin erreichbar ist und zu Hilfe kommen kann.

„Aber, wenn ich in der Klinik drinnen war, war das nie so angstbesetzt, als wenn mir das draußen passiert wäre. In meinem Haus sowieso, das ist ja überhaupt die intimste Barriere. Oder dort, wo man sich allein fühlt. Weil in der Klinik ist einfach immer wer da. Du kannst dir Hilfe holen, du bist geschützt.“

Auch dieser Aspekt, des nicht allein seins auf der Station wird im nächsten Zitat verdeutlicht. Es gibt jedoch einen Unterschied zwischen dem Tag- und dem Nachtdienst. Auch wenn heute meist zwei Pflegepersonen nachts auf der Station arbeiten, kann eine gewisse Unsicherheit aufkommen, die jedoch nicht so gravierend, wie allein auf der Station zu arbeiten, zu sein scheint.

„Ich rede jetzt nicht von einer Nachtdienstsituation, wo wir früher allein waren. Ich rede jetzt von einer Tagdienstsituation, wo ich mich eigentlich nie mehr mit Männern allein aufhalte, weil eigentlich immer wer mit im Zimmer ist. Weil ich glaube, dass die Nacht dann noch eine andere Empfindung macht. Sie sind zwar jetzt nicht mehr allein die Pflegenden, sie sind zu zweit. Aber da hat man schon größere Unsicherheiten gehabt, wie wir allein waren.“

In der Tagschicht können im Bedarfsfall jederzeit Kollegen und Kolleginnen mittels Betätigung der Glocke oder mittels Schreien alarmiert werden.

„Ich denke mir, was soll passieren. Ich meine passieren kann immer was, aber dann kann man eh schnell läuten oder schreien, wenn irgendetwas wäre.“

Im psychiatrischen Bereich gibt es für die Pflegepersonen eine zusätzliche Möglichkeit sich im Falle einer Gefahrensituation bemerkbar zu machen. Auf vielen psychiatrischen Stationen hat das Pflegepersonal ein Gerät am Körper, dass nach Betätigung ein Signal aussendet, wodurch die Kollegen und Kolleginnen alarmiert werden und helfen können. In der Psychiatrie wird es hauptsächlich bei gewalttätigen Übergriffen angewendet.

„Interessant wäre auch die Psychiatrie. Weil die mehr Erfahrung haben. Also die haben auch sogar eigene Piepserl einstecken. Wenn irgendetwas sein würde, wenn sie in dem Zimmer sind von den Patienten, denn können sie damit einen Alarm auslösen. Das ist schon mal sehr gut. Da muss man nicht so aufpassen wegen der sexuellen Belästigung, glaube ich, sondern eher wegen der Gewalt, die können nämlich eine irrsinnige Kraft entwickeln.“

4.2.3.3 Hohe Toleranzgrenze bei sexuell motiviertem Verhalten im Krankenhaus

Ein klarer Unterschied für das Empfinden von sexuell motiviertem Verhalten konnte zwischen dem Krankenhaussetting und dem öffentlichen bzw. dem privaten Bereich herausgearbeitet werden. Im Krankenhaussetting wird weitaus mehr toleriert als im öffentlichen Bereich. Im Krankenhaus besteht eine größere Toleranzgrenze.

„Von mir her gesehen, dass man einfach offen damit umgeht, es nicht runter schluckt. Und bei manchen Situationen es nicht so ernst nimmt. Gerade im Krankenhaus, auf der Straße schaut es sicher anders aus.“

Das mag auch damit zusammenhängen, dass Pflegepersonen im beruflichen Umfeld die Welt mit anderen Augen sehen. Zuerst wird die Sachlage nach einem eventuellen Krankheitswert untersucht.

„Auf der Straße im Privatbereich hat das einen anderen Stellenwert. In der Kliniksituation ist dir immer der Filter vorgeschaltet, rennt da irgendetwas, was einen Krankheitswert hat?“

Die Vertrautheit mit einer Person ist ebenso bedeutend beim Erleben von sexuell motiviertem Verhalten. Im öffentlichen Bereich kann man die Personen aufgrund mangelnder Information über diese weniger gut einschätzen als im Krankenhaus. Somit kann man sich im öffentlichen Bereich eher belästigt fühlen.

„Vielleicht eher. Es kommt aber darauf an, kenne ich den Menschen, kenne ich ihn nicht. Also wenn das in der U-Bahn passiert, wäre es schon eine Belästigung. Ich meine, ich würde dann gehen. Da würde ich mich mehr belästigt fühlen.“

4.2.4 Begünstigende Faktoren

Es gibt Faktoren, die sexuell motiviertes Verhalten bei Patienten und Patientinnen begünstigen können. Dabei hat die Kleidung und das Alter bzw. die Berufserfahrung der Pflegepersonen einen Einfluss auf das Verhalten des Patienten bzw. der Patientin. Weiters wird näher auf den Zeitfaktor eingegangen, der einen gewichtigen Einfluss bei sexuell motiviertem Verhalten hat. Ebenso wurde beobachtet, dass sexuell motiviertes Verhalten in gewissen Situationen auftritt, die unten näher erläutert werden.

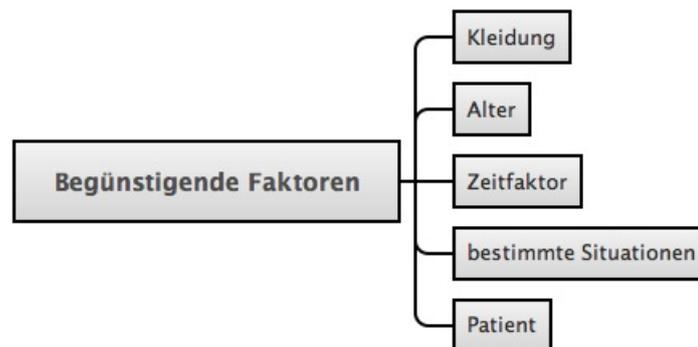


Abbildung 7: Begünstigende Faktoren

4.2.4.1 Kleidung

Aufeizende Arbeitskleidung des Pflegepersonals kann ein Aufhänger für verbales sexuell

motiviertes Verhalten darstellen. Vor allem die Kleider des weiblichen Pflegepersonals, die einen tiefen Ausschnitt hatten und für die körperbetonte Arbeit am Patienten eher ungeeignet waren, da sie wenig Bewegungsfreiheit zugelassen haben. Heute gibt es diese Arbeitskleidung nicht mehr.

„Man darf ja auch nicht unterschätzen, es gab ja wunderbare Schwesternkleider. Ein V-Ausschnitt, wo du reingesehen hast, einen Dragoner, das hat dann gezeigt, du bist eine Schwester. Ohne Dragoner wärest du eine Schülerin. Das waren immer diese taillierten Kleider und was noch dazu gekommen ist, du hast dich nicht wirklich bewegen können. Du hast ja nicht Hosen und Sakko gehabt, wie du es heute hast. Du hast also, wenn du irgendwelche Lagerungen durchgeführt hast, immer den Kittel hochheben müssen. Und manche waren eben leider so, dass sie schon gepunktete Unterwäsche angehabt haben. Und dann ist es schon eher zu verbalen Übergriffen gekommen oder irgendwelche Anzüglichkeiten oder so.“

4.2.4.2 Alter

Oft wurde berichtet, dass Pflegeschüler und -schülerinnen ein beliebtes Ziel von Patienten und Patientinnen sind, die sich sexuell motiviert verhalten. Weil man scheinbar an dem Fakt, dass das Pflegepersonal noch jung ist und dem daraus resultierenden sexuell motivierten Verhalten der Patienten und Patientinnen nichts ändern kann, wird nicht darüber gesprochen.

„Und es wird auch oft bei den Schülerinnen gemacht und das ist irgendwie ein totgeschwiegenes (...). Man weiß es und es wird gemacht, aber man redet halt nicht so oft darüber. (...) Naja, ich weiß nicht, vielleicht (Pause) weil man das eh nicht ändern kann. (Pause)“

Bei Pflegeschülern und -schülerinnen fehle aufgrund des Alters und der scheinbar damit einhergehenden fehlenden Erfahrung der Respekt der Patienten und Patientinnen, was sich in sexuell motiviertem Verhalten äußern kann.

„Ja, dass sie, wenn man jünger ist, den Respekt nicht so haben.“

Mit zunehmender Erfahrung im Pflegeberuf, lernt man die Patienten und Patientinnen besser einzuschätzen und weiß im Falle von sexuell motiviertem Verhalten besser damit umzugehen.

„Es ist natürlich, wenn du eine junge Schwester bist, bist du schon sehr (...), zumindest ist es mir anno dazumal so gegangen. Ich war schon sehr überrascht beziehungsweise hätte damit nicht gerechnet. Jetzt, wo ich doch schon ein bisschen älter bin, geht man sicher anders damit um.“

Das selbe Phänomen der Berufseinsteiger in die Pflege beschreibt das nächste Zitat, dass man mit zunehmendem Alter die mehr Erfahrung im beruflichen Bereich erlangt.

„Da war es nicht (...) da habe ich nicht gewusst, was ich jetzt mit 37 weiß. Also du brauchst irgendwo die Erfahrung.“

Es scheinen viele Pflegepersonen, die eine gewisse Zeit am Bett der Patienten und Patientinnen gearbeitet haben, Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten machen müssen. Auch hier werden die Berufseinsteiger hervorgehoben, die sich mit der Thematik besonders auseinanderzusetzen haben.

„Es wird jede Frau oder jede Krankenschwester solche oder ähnliche Erfahrungen machen. Und das mit dem Begrapschen auf jeden Fall. Ich denke mir, eine Krankenschwester, die sagt, ihr sei das nie passiert, hat nicht lange am Bett gearbeitet. Ohne jetzt zynisch sein zu wollen, aber das kann ich mir nicht anders vorstellen. Das passiert einfach. Und ich denke mir es gibt vielleicht auch viele und vor allem die, die gerade in den Beruf einsteigen, die schon Probleme haben damit.“

Das Alter der Patienten und Patientinnen hat auch einen Einfluss auf das sexuell motivierte Verhalten. Bei jüngeren Patienten wird das sexuell motivierte Verhalten teilweise beobachtet, jedoch wird es eher als jugentliche Verfehlung gewertet und eher ohne böswillige Absicht. Wenn der Patient mit zunehmendem Alter sicherer wird, kann es eher zu sexuell motiviertem Verhalten in einer ungewohnten Umgebung, dem Krankenhaus, kommen.

„Nein, die Absicht. Vielleicht, dass man es jugendlichen Burschen (...). Dass man sie manches Mal fragt: ‚Ja weißt du überhaupt, was du für ein Blödsinn redest? ‘Aber mit der Gruppe wurde ich nie konfrontiert. Ich glaube, dass die auch gar nicht den Mut hätten in der Kliniksituation. Dass sie sich so positionieren. Der junge Mensch ist unsicher und verletzlich. Ich glaube doch eher, dass das eher mit zunehmendem Alter kommt.“

4.2.4.3 Zeitfaktor

Die Aufenthaltsdauer der Patienten und Patientinnen ist entscheidend. Bei längeren Aufenthalten, wenn eine Beziehung aufgebaut werden konnte, ist es eher zu sexuell motiviertem Verhalten gekommen. Wobei auch immer wieder die Ausnahmen berücksichtigt werden sollten.

„In der Reha, Urologie, Altenheim, Psychiatrie und Innere kommt es am Öfteren vor. Offenbar wo man länger Kontakt miteinander. Diese kurzen Zeitaufenthalte, Einzelfälle natürlich ausgenommen, da ist es nicht so oft Thema gewesen, wie etwas wo längere Beziehungen hergestellt werden müssen.“

Ein längerer Beziehungsaufbau zwischen den PatientInnen und Pflegepersonen hat einerseits Einfluss auf das Auftreten von sexuell motiviertem Verhalten. Andererseits macht es ein längerer Beziehungsaufbau, was voraussetzt, dass man als Pflegeperson über einen längeren Zeitraum auf einer Station verweilt, erst möglich das sexuell motivierte Verhalten zu thematisieren.

„Rückblendend betrachtet, alles was längerfristige Beziehungen sind, da kommt eher sexuelle Belästigung vor und wird dann, wenn dann, eher thematisiert. Wenn ich in der Chirurgie bin und der drei oder fünf Tagen da ist, dann ist er weg und aus dem Sinn.“

Gerade bei längeren Aufenthalten der Patienten und Patientinnen bedarf es mit dem Thema Sexualität im Krankenhaus einen behutsamen und respektvollen Umgang. Im folgenden Zitat wurde ein Vergleich mit einer Justizvollzugsanstalt angestellt in der die Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse der Inhaftierten im alltäglichen Umgang thematisiert wird.

„Ja bitte, wenn der Mensch wochenlang im Spital liegt (...) Weil ich weiß es selbst von einem Bekannten, der einmal in einem Gefängnis gewesen ist, jahrelang, und der hat auch gesagt: ‚Was glaubst du, was in einem Gefängnis los ist? ‘Du hast genauso sexuelle Bedürfnisse. In einem Gefängnis dürfen sie es machen und in einem Spital nicht? Also warum wird es von vielen oder einigen, ich weiß es nicht, als schlimm, schmutzig bewertet? ‘“

Ein Grund warum gerade das Pflegepersonal häufiger mit sexuell motiviertem Verhalten im Gegensatz zum ärztlichen Personal zu tun hat, ist die höhere Präsenz auf den Stationen. Dadurch ist der Kontakt zwischen Pflegepersonen und PatientInnen rege.

„Denn ein Arzt ist auf der Station sicher nur 10- 15 min. Eine Schwester ist 12 h dort oder 8 h, wie eben die Dienste sind. Und du siehst den Patienten dann ja auch öfter. Das Pflegepersonal, die Pflegehelfer, die Diplomierten, die Schüler sind an der Basis.“

4.2.4.4 Bestimmte Situationen

Es gibt gewisse Situationen, in denen es vermehrt zu sexuell motiviertem Verhalten kommen kann. Bei der Körperpflege der Patienten und Patientinnen, insbesondere bei der Intimhygiene und beim Duschen. Überwiegend handelt es sich dann um verbale Anzüglichkeiten seitens der Patienten und Patientinnen.

„Auch wenn du mit ihnen duschen gehst: ‚Na Schwester, stellst du dich auch her? ‘Also du hast einiges.“

4.2.4.5 Patient

Maßgeblich beim sexuell motiviertem Verhalten scheinen sie Patienten und Patientinnen zu sein. Es werden die Pflegepersonen gezielt ausgesucht. Das setzt zumindest ein rudimentäres vorangegangenes Kennenlernen voraus.

„Weil ich denke auch, dass sexuelle Belästigung Raum braucht. Und wahrscheinlich auch ein Umfeld. (...), aber ich denke mir, dass sich doch die Personen, die belästigen, die Personen, die sie belästigen, aussuchen. Das die jetzt nicht im Gießkannenprinzip, flächendeckend über die ganze Mannschaft verteilen.“

Es ist auch möglich, dass der Patient die Pflegeperson durch gesellschaftliche Einflüsse als Lustobjekt betrachtet und es dadurch zu sexuell motiviertem Verhalten kommt.

„Man sieht ja oft in so Erotikshops in den Auslagen diese Verkleidung von der Krankenschwester. Oder dass die Krankenschwester das Rockerl oder das T-Shirt oben haben und den prallen Busen gepackt haben in die kürzesten Blusen und so weiter und so fort. (lacht).“

4.2.5 Hemmende Faktoren

Die Interviewteilnehmer und -teilnehmerinnen gaben verschiedene Faktoren an, die sexuell motiviertes Verhalten mildern bzw. verhindern können. Ein stärkeres Einbringen der Angehörigen, das Dokumentieren sowie eine angemessene Arbeitskleidung können mildernd auf sexuell motiviertes Verhalten wirken. Auch das Alter der Pflegepersonen sollte berücksichtigt werden, denn meist kommt mit zunehmendem Alter auch mehr Berufserfahrung. Regelmäßige und gezielte Aus- und Weiterbildungen für Pflegepersonen und ein gelebter offener Umgang mit der Thematik, können helfen, sexuell motiviertes Verhalten einzudämmen.



Abbildung 8: Hemmende Faktoren

4.2.5.1 Angehörige

Das Einbeziehen der Angehörigen in der Langzeitpflege, insbesondere der Geriatrie, könnte das sexuell motivierte Verhalten mäßigen, da Patienten und Patientinnen Körperkontakt benötigen, wäre es hilfreich, wenn die Angehörigen das übernehmen könnten. Somit müssen sich die Patienten und Patientinnen die körperliche Nähe, die in erster Linie noch nicht auf der sexualisierten Ebene zu finden ist, nicht vom Pflegepersonal einfordern, indem sie die Pflegepersonen angefragt körperlich berühren.

„Es wäre halt auch oft nicht schlecht, wenn sich manche Angehörige vielleicht ein bisschen mehr kümmern würden. Die sind eben einsam und ein Altersheim ist natürlich für Menschen

(...) das will keiner.“

4.2.5.2 Dokumentation

Das Dokumentieren hat verschiedene Funktionen, vorausgesetzt es wird dokumentiert. Wenn die Pflegepersonen der Meinung sind, dass keine böswillige Absicht hinter dem sexuell motiviertem Verhalten steckt, wird es nicht dokumentiert, obwohl ihnen bewusst ist, dass sie es eigentlich tun müssten.

„Eigentlich sollte man alles dokumentieren. Man tut es schon aber manchmal denke ich mir: ‚Ja, soll ich das jetzt auch noch reinschreiben? ‘Oder er ist verwirrt oder so. Aber an und für sich gehört es sich, dass man das in die Kurven einschreibt. Also dass man das vermerkt.“

Sobald die betroffenen Pflegepersonen der Meinung sind, dass das sexuell motivierte Verhalten wiederholen kann, wird es dokumentiert, auch um die anderen Kollegen und Kolleginnen darauf hinzuweisen.

„Oh ja, ich dokumentiere. Wenn es ist, dass es ein Versehen war, dann o.k., dann war es das. Und wenn ich merke, dass das ernst war und das wieder vorkommen könnte, dann schreibe ich es ein. Der nächste Kollege muss auch wissen, was da passiert, wenn er zu dem geht. Dann muss ich sehr wohl sagen, wenn es wäre.“

Durch den Hinweis, dass sich der Patient bzw. die Patientin sexuell motiviert verhält, können sich die Kollegen und Kolleginnen besser auf den Patienten bzw. die Patientin einstellen.

„Naja, man hätte vielleicht, wenn es schon früher dokumentiert gewesen wäre, hätte man vielleicht schon ein bisschen das mit einer anderen Einstellung oder vielleicht mit einer anderen Vorsicht dem Patienten zusehend genähert.“

Das Dokumentieren eines Vorfalles mit sexuell motiviertem Verhalten im Zimmer der Patienten bzw. der Patientinnen kann für die Kollegen und Kolleginnen eine Hilfestellung sein, wie sie dem Patienten bzw. der Patientin gegenüber treten. Es kann durch die erhöhte Vorsicht womöglich sexuell motiviertes Verhalten verhindert werden bzw. die eigene Person besser geschützt werden.

„(...) wenn es schon früher dokumentiert gewesen wäre, hätte man vielleicht schon ein bisschen das mit einer anderen Einstellung oder vielleicht mit einer anderen Vorsicht dem Patienten zusehend genähert. (...) Vielleicht hätte man das ein wenig abschwächen können. Wenn jemand was tun will, wird er es sowieso machen. Aber ich kann so zu dir hingehen und mit dem Rücken dann von dir weggehen. Dann geh ich halt ein bisschen anders oder so, oder bin halt etwas wachsamer, wenn ich den Rücken zudrehe.“

Es wird dokumentiert, damit die Stationsleitung auch an den Tagen, wo diese nicht zugegen ist und man es nicht persönlich berichten kann, informiert ist.

„Und wenn die Chefin, ich meine die ist eh jeden Tag da außer Samstag und Sonntag, das ist schon ganz gut, wenn die das weiß. Und darum wird dann sicher auch dokumentiert im Pflegebericht drin.“

Einerseits wird dokumentiert, um sich vor dem Patienten bzw. der Patientin abzusichern. Im Falle einer Gegendarstellung vom Patienten bzw. Patientin, hat die Pflegeperson ein Dokument zur Beweisführung.

„Ja, man muss dokumentieren, Du musst dich absichern, wenn irgend etwas einmal ist. Es geht hier nur um das, dass der nicht umgekehrt angreifen kann und sagen kann, ich habe ihm was gemacht. Du musst ja daran auch denken, wenn du merkst dass der nicht blöd ist oder es absichtlich macht.“

Andererseits wird dokumentiert, um sich rechtlich abzusichern, denn es gilt auch die Dokumentationspflicht.

„Nützen in dem Sinn, wenn einmal was passieren sollte, was steht, das steht. Also da bist du abgesichert. Sowohl von pflegerischen Handlungen her, denn was nicht dokumentiert ist, wurde nicht gemacht. So wird das deklariert. Und du weißt nie wann etwas ist, drum. Also ja, laut Gesetz sollst du alles dokumentieren.“

4.2.5.3 Kleidung

Durch die passende Kleidung kann den Patienten und Patientinnen weniger Angriffsfläche für sexuell motiviertes Verhalten gegeben werden. Beispielsweise wird eher mit Hosen statt mit Röcken in der Pflege gearbeitet. Denn durch die Hose habe der Patient bzw. die Patientin mehr Respekt vor der Pflegeperson und die Attraktivität dieser steht nicht im Vordergrund.

„Also ich bin schon nicht gegangen mit einem Rock. Ich gehe nie aufreizend arbeiten, weil irgendwann müssen sie ein Respekt haben uns das geht nicht. Und ich bin sowieso nur eine Hosenträgerin.“

Noch vor ein paar Jahren war es üblich, dass die Dienstkleidung des weiblichen Pflegepersonals Kleider bzw. Kittel waren. Erst im Laufe der Zeit haben sich auch beim weiblichen Pflegepersonal Hosen durchgesetzt. Meist besteht die Dienstkleidung heute aus Stoffhosen und Kasacks, die als angenehmer bei der täglichen Arbeit mit den Patienten und Patientinnen empfunden wird und womöglich dadurch mehr Souveränität ausstrahlt wird.

„Die Kleidung hat sich ja dahin gehend verändert, dass es Hosen und Kasacks sind. Es ist schon praktischer geworden, denn mit den Kleider zu arbeiten, habe ich nicht als angenehm empfunden. Es hat früher auch noch Kleider im OP gegeben, das habe ich auch nicht angenehm empfunden. Wenn man so arbeiten muss, da finde ich die Hosen schon praktischer. Das hat sich eben auch auf der Station durchgesetzt. Ich glaube man strahlt etwas ganz anderes aus, wenn man mit

einem Kleidchen durch die Gegend zischt. Früher war die Mode ja eben, dass sie kürzer waren, die Kleider und die Schenkel dicker waren.“

In erster Linie werden keine Kleider getragen, weil die Hosen im Pflegealltag praktischer sind. Mit ihnen könne man sich besser bewegen. Wenn man den Blicken ins Dekolletee entgegenwirken möchte, könnte man sich Kasacks anziehen, die hoch geschlossen werden können, aber für mehr Bewegungsfreiheit die unteren Knöpfe offen lassen, wenn man zusätzlich eine Hose trägt.

„Blicke (Pause), ich weiß von Kolleginnen wo Patienten sehr tief ins Dekolletee geblickt haben. Also wenn du halt die Uniform nicht ganz zu knöpfst. Das ist bei mir nicht, weil ich sie eben bis zum letzten Knopf zu mache (lacht). Eben weil ich das auch nicht mag und das eben von vornherein auszuschließen. Ich habe dafür unten 2 Knöpfe offen für mehr Bewegungsfreiheit. Denn wir haben wirklich bis oben so einen Stehkragen und du kannst sie bis zum Hals halt zu machen und dann eben Hosen. Ich trage nur Hosen, weil ich mich eben auch oft ins Bett hinein knie und da wären die Kleider nicht praktisch.“

Durch das Tragen einer Uniform im Pflegebereich, kann man sich leichter als beispielsweise im Gastgewerbe abgrenzen, und sich so besser vor sexuell motiviertem Verhalten schützen.

„Aber ich glaube, da sind wir nicht allein in der Pflege. Da ist ja noch das Personal in der Gastronomie, die dem ausgesetzt ist. Ich glaube, dass wir uns leichter tun in der Pflege. Zum Einen auch eine Uniform tragen, die uns abgrenzt. Das glaube ich schon.“

4.2.5.4 Alter

Das Alter der Pflegepersonen, wann sie die Ausbildung beginnen hat ebenso einen Einfluss auf das Erleben und den Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten. Je älter die Pflegepersonen desto versierter der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten auch aufgrund der Lebenserfahrung.

„Ist vielleicht auch, weil ich während der Ausbildung schon älter war. Ich habe ja mit 25 angefangen. Da ist vielleicht auch ein ganz anderer Umgang als wenn wer mit 17 die Ausbildung beginnt. Da tust du dich vielleicht viel schwerer damit umzugehen.“

Mit zunehmendem Alter und mehr Berufserfahrung werden andere Tätigkeitsbereiche in der Pflege als Betätigungsfeld in Erwägung gezogen. Als Beispiel könnte an dieser Stelle der Bereich der Hauskrankenpflege genannt werden.

„Und weil ich dann auch gesagt habe, mit meinen 26 Jahren (...). Ich brauche dann halt auch mehr Erfahrung. Und vielleicht wäre es auch nicht so gut,

wenn da eine Junge daherkommt. Deswegen war das für mich jetzt nicht so interessant. In späteren Jahren könnte ich mir das dann vielleicht vorstellen in die Hauskrankenpflege zu gehen. Mit 40 Jahren oder so (lacht).“

4.2.5.5 Berufserfahrung/Lebenserfahrung

Mit zunehmender Berufserfahrung, hat man die Routinen in der Pflege verinnerlicht. Erst dann hat man die Möglichkeit besondere Ereignisse zu sehen und darauf zu reagieren.

„Ich bin immer dafür gewesen, dass die Routine funktioniert, die muss man intus haben. Nur dann hat man Zeit sich mit dem Besonderen zu befassen. Im Sinne von besonderen Situationen, dann kann man agieren, weil dann hat man das normale im Blick. Dann geht es auch wenn man in schwierigen oder scheinbar ausgeweglosen Situationen ist.“

Erfahrungswissen ist von Nöten, wenn die Grenzen des Gegenüber ausgelotet werden, aber auch um die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten und Patientinnen zu erfahren. Dieser dynamische Prozess kann erst nach mehreren Jahren Berufserfahrung verinnerlicht werden und wird dann mit dem nötigen Feingefühl zur Intuition.

„Feinfühlig musst du schon sein. Ich glaube nicht, dass man das als frisch Diplomierte hat, denn man fällt viel zu viel rein. Aber man sieht manches vielleicht auch zu eng. Denn mit ein bisschen Schmä, kommst du schon drüber. Wenn du das ganze nur exakt siehst, ein Mensch ist nicht ganz exakt, immer nur Schritt 1-2-3 , das kommt nicht immer gut. Da kommst du schnell an Grenzen, die überschritten werden und manchmal ist es notwendig ein Stück vor aber dann wieder zurück zu gehen. Dieses Ausloten, das muss man erst lernen. Das glaube ich nicht, dass einem das in die Wiege gelegt wird. Wie gesagt, bei manchen Situationen würde ich heute noch genauso umgehen, bei manchen möglicherweise anders. Vielleicht würde ich auch sagen: ‚Das höre ich mir nicht mehr an.‘ Aber das kann ich heute sagen, wo ich das Wissen habe. Dieses Erfahrungswissen, dieses Erkennen, was der andere wirklich braucht oder wozu er fähig ist(...).“

Heute unterstützt das erfahrene Pflegepersonal die jüngeren Pflegeschüler und -schülerinnen indem sie die Pflegeschüler und Pflegeschülerinnen mehr anleiten. Die Pflegeschülerinnen werden nicht allein ins Zimmer der Patienten und Patientinnen geschickt, sondern es wird versucht, dass sie mit einer erfahrenen Pflegeperson zu den Patienten und Patientinnen geht.

„Ich werde die Arbeit machen, ich werde schauen als Diplomierte, dass ich nicht die Schülerinnen hineinschicke, denn die sind ja noch hilfloser. Oder dass ich mit der Schülerin immer zu zweit hineingehe und nicht allein und halt nicht, dass ich die Schülerin ausliefere. Denn zu meiner Zeit war es schon so. Du bist eine Schülerin, gewisse Sachen haben die Diplomierten nicht gemacht. Und das versuche ich halt,

dass man miteinander, also zu zweit hinein geht und gewisse Situationen eben vermeidet im Vorhinein.“

Was geschehen kann, wenn eine Pflegeschülerin allein zum Patienten geht, zeigt das nachstehende Beispiel. Dass aus guter Absicht mit dem Patienten in Kontakt getreten wird, es dann aber ohne böswillige Absicht von Seiten des Patienten, zur Überforderung der Pflegeschülerin kommt, da ihr lediglich noch Erfahrung im Umgang mit solchen Situationen fehlt.

„Da war einmal eine sehr peinliche Situation in der Ausbildung. Da habe ich in der Ambulanz eben Praktikum gemacht. Da hat ein Patient an der Peniswurzel ein Abszess gehabt. Ich bin mit dem alleine in der Ambulanz und frage halt was er für Beschwerden hat, dass man halt schon etwas vorbereitet und der lässt die Hose runter, Uups. Da stehst du alleine als 17-jähriges Mädchen da und fragst mit dem Zopf und den Maschen ganz brav und dann lässt ein erwachsener Mann die Hosen runter. Es ist ja nicht so, dass man noch kein Geschlechtsteil gesehen hat, aber das (...) Da muss man schon irgendwie versuchen die Temperatur in sich runter zu bringen. Ich glaube mit 18 hat man noch nicht die Reife, dass man cool damit umgehen kann.“

Weiter wird ausgeführt, dass aufgrund des mangelnden fachlichen Wissens, keine Pflegeschüler und -schülerinnen allein zu den Patienten und Patientinnen geschickt werden sollen und sie nicht in der Position sein sollten eine erste Anamnese zu erheben.

„Also ich würde auf keinen Fall eine Schülerin alleine lassen bei einem Patienten. Auch nicht, dass die Schülerin in der Situation ist, Fragen zu stellen welche Beschwerden dieser Patient hat. Also damals war das so die Unerfahrenheit und die Unreife wahrscheinlich auch keinen fachlichen Hintergrund oder Erfahrung. Das sind schon unbehagliche Situationen sind.“

Mit zunehmender Erfahrung strahlt die Pflegeperson mehr Kühnheit aus und ist nahezu nicht mehr dem sexuell motivierten Verhalten ausgesetzt, weil gelernt wurde, wo die persönlichen Grenzen sind und diese zu schützen.

„Ich glaube, ich strahle irgendeine Kühnheit aus, dass mir das nicht mehr passiert. Da lernt man dann irgendwie so dieses Abblitzen oder diese emotionale Grenze irgendwie aufzuziehen, gerade bei Männern. Also ich habe dann keine Probleme mehr gehabt.“

4.2.5.6 Aus- und Weiterbildung

Die Sexualität im Krankenhaus und die Möglichkeit sexuell motiviertes Verhalten zu erleben, sollte besprochen werden. In erster Linie, um den zukünftigen und jungen Pflegepersonen ein Mittel an die Hand zu geben in solchen Situationen adäquat zu reagieren.

„Dass man auch da vielleicht entsprechende Gesprächstechniken verwenden soll. Auch dass man das persönliche Empfinden, wie gehe ich damit um und nicht immer nur waschen und kleiden. Ich glaube das ist aber eh schon besser geworden, im Verhältnis zu 25 Jahren. Aber wichtig ist auch, dass es thematisiert wird und strukturiert thematisiert wird und nicht immer nur Geschichten, die erzählt werden, um abzuschrecken oder um sich wichtig zu machen. Und damit möglicherweise zukünftigen Generationen einfach was in die Hand gibt, dass sie damit umgehen lernen. Es sind ja nicht nur alte und erfahrene Schwester, es gibt ja viele junge Schwestern.“

Sexuell motiviertes Verhalten wurde in der Ausbildung nicht thematisiert, womöglich weil die Scham zu groß war.

„Ich kann mich nicht erinnern, dass das Thema war oder dass das angesprochen worden ist. Warum nicht? Weil es einem wahrscheinlich selber peinlich ist. Also in der Schule war das sicher kein Thema. Vielleicht habe ich mit Kolleginnen drüber gesprochen. Also dass das Unterrichtsgegenstand gewesen wäre, nein.“

Noch vor dem neuen Pflegegesetz aus dem Jahr 1997 wurde diese Thematik eher im vertrautem Rahmen besprochen ohne große Ankündigung.

„Ich glaube es wird schon getan. Allerdings erst seit 1997, seitdem es das neue Pflegegesetz gibt. Und dann abhängig von den Personen, die unterrichten, also welche Persönlichkeiten das sind. Wobei es das auch früher gab. Ich habe früher Lehrer gehabt, die heute leitende Positionen haben. Manche haben es überhaupt nicht angesprochen und manche haben es angesprochen. Aber sie sind nicht so, dass die ein Projekt daraus gemacht hätten. Das hast du dann auf der Terrasse gemacht, wenn du eine Rauchen gegangen bist. Diesen fixen Raum, das man sich Zeit nimmt und darüber spricht, so wie man das in der Palliativpflege macht, sicher nur vereinzelt.“

Erfahrene Pflegepersonen, die ihre Ausbildung vor 1997 absolvierten, wünschen sich für die nächsten Generationen in der Pflege eine Thematisierung in der Ausbildung.

„Ich wünsche mir nur für die jungen, vor allem für die jungen, dass die halt wirklich in den Schulen schon so aufgebaut werden, praxisnah hingeleitet werden, was bei uns nicht war. Also wir sind schon ein bisschen realitätsfern aufgezogen worden in der Ausbildung. Also wenn du dann das wirkliche Leben dann hast, sprich die Station oder Altersheim und dann stehst du (...) konfrontiert wirst mit solchen Situationen. Beim ersten Mal schaust du denn blöd, wenn du dann mit dem nicht gerechnet hast, weil du halt nicht ausgebildet bist auf diesem Gebiet.“

In dem neuen Ausbildungsgesetz von 1997 ist das Thema sexuell motiviertes Verhalten im Lehrplan vorgesehen. Es wird in den Unterricht mit eingebaut, wenn es Probleme gibt.

„In der Schule wurde es schon auch durch genommen. Aber das ist schon so lange her. Wenn es halt Probleme gibt, dass man sich an wen wendet und das nicht alles runter schluckt oder sich dafür schämt, dass der Patient da was macht. Also dass man offen damit umgeht. Das wurde dann einfach mit eingebaut.“

Junge Kollegen und Kolleginnen sollten auf Situationen, die einen sexuell motivierten Hintergrund haben, vorbereitet werden. Dieser Thematik sollte auch in der Ausbildung mehr Raum gegeben werden, damit Begriffe eindeutig benutzt werden und Techniken erlernt werden, einen adäquaten Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten zu leben.

„Aber es würde mehr Raum brauchen, ich will jetzt nicht die Wertigkeit um tragen, aber ich muss eine Tätigkeit ausführen, ich muss eine Technik ausführen zum Waschen, ich muss eine Technik ausführen zum Lagern. Aber die Techniken wie ich damit umgehen, die Sexualität zu benennen, die sexuellen Übergriffe erkenne, die haben wir nicht.“

Heute ist schon aufgrund der gesellschaftlichen Veränderung eine offene Ansprache und Thematisierung in der der Schule sowie in der Praxis möglich. Einerseits ist die Thematisierung in der Schule wichtig und andererseits der offene Umgang der Pflegepersonen mit der Sexualität der Patienten und Patientinnen, denn von den erfahrenen Pflegepersonen lernen die Schüler und Schülerinnen in der Praxis.

„Wie wir jung waren, war der Umgang der Schwestern ja ganz salopp mit dem. Wenn du Glück gehabt hast, dann hat dir eine von deinen älteren Kollegen was gesagt, und wenn du Pech gehabt hast, hat dir keiner was gesagt. Mir hat damals eine Kollegin gesagt: ‚Ich sag dir was: Wenn einer drin liegt und der hat einen Ständer, dann tauch´ ihn einmal unter und dann wasch´ ihn weiter.‘ Ich war auf das nicht vorbereitet. Und Kolleginnen im Jahrgang die haben das sehr (...): ‚Ja mei, der hat da drinnen gelegen und einen Steifen gehabt und ich habe nicht gewusst, was ich mit dem machen soll.‘ Also wir sind ja überhaupt im Unterricht auf das nicht vorbereitet worden. In keinsten Weise. Damals ist ja Grundpflege unterrichtet worden, das hat damals noch ‚Technik der Krankenpflege‘ geheißen. Und unsere Oberin, war eine unverheiratete Frau und knapp vor der Pensionierung. Also das war da kein Thema. Du bist völlig unvorbereitet dort hin gegangen. Ich hoffe, dass das heute besser ist, dass man die besser vorbereitet. “

Das Erlernen von verschiedenen Kommunikationstechniken, die die Gesprächsführung und den Gesprächsinhalt betreffen, sollten in der Ausbildung bzw. in Seminaren ermöglicht werden.

„Dass es sowohl Gegenstand in der Schule, dass es ein Thema ist, dass man nicht tabuisieren sollte, oder so. Sowie jegliche Kommunikationsform, dass man eben

gestärkt ist. Durch Gesprächsführung, Gesprächsinhalt, dass man das besser, besser, besser lernt. In der Ausbildung. Dadurch kann ich mich schützen. Da könnte man sicher auch Seminare anbieten.“

Kommunikations- und Rhetorikseminare sind hilfreich bei der Bewältigung von sexuell motiviertem Verhalten.

„Früher bin ich wahrscheinlich rot geworden. Ordinäre Witze, um Gottes Willen! Schlimm! Wie reagiere ich darauf? Heute kriegt er eine entsprechende Antwort drauf. (...) Ich meine, ich habe in der Zwischenzeit sehr viele Ausbildungen gemacht und Rhetorik- und Kommunikationskurse. Ich bin heute anders rhetorisch geschult als vor 20 Jahren.“

Wenn man geschult wurde, lernt man auch Vorboten von sexuell motiviertem Verhalten wahrzunehmen und in weiterer Folge adäquat darauf zu reagieren, um sexuell motiviertes Verhalten womöglich erst gar nicht aufkommen zu lassen.

„(...) ja, vielleicht hätte man auch einiges vermeiden können, wenn man das von Anfang an viel bewusster wahrgenommen hätte oder vielleicht mehr dokumentiert hätte. (...) Ich glaube wenn man erkennt, dann hat man Asse im Ärmeln, da hat man Möglichkeiten.“

Es werden Schulungen benötigt, damit man immer wieder trainieren kann, sich bei sexuell motiviertem Verhalten zu wehren. Es geht in erster Linie und die rasche Analyse in der Situation und dann auf das adäquate Reagieren.

„Ja du bist einfach nicht Opfer. Du bist nicht hilflos, du hast irgendeine Möglichkeit. Schlagfertigkeit kannst Du trainieren, da fällt dir aber 3 h später ein, was man hätte sagen können. Dasselbe ist auch beim sexuellen Übergriff. Im Nachhinein weiß du, wie du dir hättest helfen können, was du hättest tun können, wenn du das nämlich ruhig betrachtetest, vielleicht ein bisschen aus der Distanz. In der Situation geht es nicht.“

Es müssen Gesprächstechniken erlernt werden, um gut auf solche Situationen vorbereitet zu sein. Das schützt die Pflegepersonen und auch die Patienten und Patientinnen vor möglichen Schäden im Affekt, denn als Pflegeperson trägt man die Verantwortung für die Patienten und Patientinnen.

„Wenn du erkennst, dann hast du möglicherweise eine Chance die Technik, die du benötigst, zu tun, um zu verändern. Wenn du es nicht erkennst, dann bist du gefangen in der Situation und kannst ihn nicht mehr ‚aushalten‘. Weil um Gottes Willen du lässt ihn fallen und es passiert was und du stehst vorm Kadi. Dass er angefangen hat, wirst du nicht mal nachweisen können. (Pause) Ich glaube das ist schon ein vermaledeites Zeug. Dass die Situation, in der das passiert, in der die

Pflege tätig ist am Menschen, oft so unausweichlich sind und du, wenn Übergriffe passieren, nicht raus kannst, weil du dem Menschen, der die Übergriffe macht, etwas tust, dem passiert etwas, möglicherweise.“

Die klare Benennung der Begrifflichkeiten gibt Sicherheit beim adäquaten Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten.

„Wenn man das immer so verschämt, nicht im Sinne von Erotik, sondern so halb falsch und auch so halb bössartig oder als Schimpfwörter(...). Man weiß, es tut einem nicht gut, das heißt man probiert es anders irgendwie raus zu lassen. Man lernt dann nicht wirklich richtig damit umzugehen. Man lernt dann auch nicht das richtig zu benennen, es als das hinzustellen, was es ist, nämlich Sex auf der einen Seite und Gefühle auf der anderen. Beides kann, muss aber nicht notwendiger Weise, miteinander zusammenhängen.“

Erst mit zunehmender Erfahrung im Beruf lernt man die Situationen zu benennen und hat so die Möglichkeit darüber zu sprechen.

„Ich benenne es auch. Heute 20 Jahre später benenne ich die Arbeitssituationen immer noch, doch heute habe ich genauere Bezeichnungen dafür. Damals hast du eher so mit diesem Jugendslang und den Wörtern, die du in der Ausbildung gehabt hast, drüber gesprochen. In der Ausbildung war es kein Thema, heute ja.“

4.2.5.7 Offener Umgang

Besprechung in inter- und multiprofessionellen Teams hilf beim Überwinden von dieser unangenehmen Situationen. Ein höheres Maß an Interesse und Teilnahme könnte förderlich auf das Arbeitsumfeld wirken und somit auf die Zufriedenheit, und es kommt damit zu einer breiteren Palette an Möglichkeiten zur Bewältigung von sexuell motiviertem Verhalten.

„Außer die Bereiche, ich glaube in der Psychiatrie, Neurologie fängt es an mit diesen multiprofessionellen Teams, wo doch die Ärzte und die Schwestern beieinander sitzen. Das sind die Einzigen, die es verpflichtend machen und wo es ja Teil des Konzepts ist, ist die Palliative Care. Also die gehören zusammengesetzt die guten Menschen. Die sollen fein miteinander Jause essen, das ist ja kein Fehler, und sollen ihre Dienstbesprechungen und den Informationsaustausch über den Patienten in einem interprofessionellen Team machen.“

Das Thema von sexuell motiviertem Verhalten in der Pflege sollte thematisiert werden damit eine Bewusstseinschärfe eintritt und eine Enttabuisierung stattfinden kann.

„Insofern ist es ganz gut, dass dieses Thema bearbeitet wird. Dass das Bewusstsein der Leute geschärft wird. Einfach bewusst machen, dass das Thema da ist und dass das thematisiert gehört und eben nicht tabuisiert.“

4.3 Handlungsstrategien

Wenn von Handlungsstrategien gesprochen wird, sind an dieser Stelle sämtliche Reaktionen der Pflegepersonen auf sexuell motiviertes Verhalten gemeint. Darunter fallen auch sämtliche Mechanismen, die dienlich bei der Bewältigung von belastenden Situation mit sexuell motiviertem Verhalten sind. Nachstehend wird näher auf die unmittelbare Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten, auf die verschiedenen Strategien zur Bewältigung sowie auf das kollegiale Umfeld und deren Rolle im Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten, eingegangen.



Abbildung 9: Handlungsstrategien

4.3.1 Unmittelbare Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten

Die unmittelbare Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten ist abhängig von mehreren Faktoren. Beispielsweise von der Tagesverfassung der Pflegeperson.

„Das hängt ab von der Tagessituation, das hängt ab vom Patienten, das hängt von mir selber ab, wie ich drauf bin. Das kann ich Ihnen gar nicht so sagen. Das kommt darauf an, ob der hübsch ist oder nicht. Ein entweder spiele ich mit bis zu einem gewissen Grad oder wenn ich schlecht drauf bin. Dass ich überhaupt sagen: „Stopp, bis hierhin und nicht weiter.““

Zum anderen hängt es auch vom Orientierungszustand des Patienten bzw. der Patientin und von der pflegerischen Tätigkeit, die in diesem Moment ausgeführt wird, ab.

„Na ja, das kommt dann eben auf den Orientierungszustand des Patienten an. Je nach dem ob ich Pflegehandlungen mache, die ich unterbrechen kann oder welche, die ich nicht so einfach unterbrechen kann (...).“

In weiterer Folge wird die unmittelbare Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten, insofern sie möglich ist, in offensive und defensive Reaktionen gegliedert.

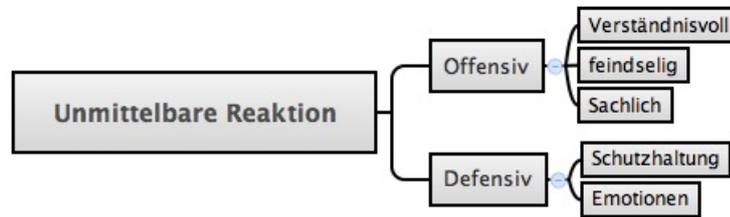


Abbildung 10: Unmittelbare Reaktion

4.3.1.1 Offensiv

Die offensive Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten reicht von verständnisvoll über sachlich bis feindselig. In erster Linie scheint es von Bedeutung, die Grundhaltung einzunehmen, sich unangenehmen Situationen zu stellen.

„Da reagiere ich eher spontan. Wenn was passiert, muss man es hinnehmen wie es ist, aber dass ich jetzt erschrocken weg renne, nein.“

Verständnisvoll

Humor ist ein wichtiges Mittel eine unangenehme Situation unter Kontrolle zu halten und den Patienten bzw. die Patientin auf eine annehmbare Art des Umgangs miteinander zu bringen.

„Aber Humor ist eine Art mit was umzugehen, mit einem Thema umzugehen auf ein bisschen ein neutraleren Weg.“

Wenn mit Schmähen auf sexuell motiviertes Verhalten reagiert wird, kann auf sanfte, aber bestimmte Weise eine Grenze gezogen werden, die der Patient bzw. die Patientin verstehen kann, ohne offen über die Grenzverletzung sprechen zu müssen.

„Ich habe versucht es ein bisschen (...) na lustig kann ich auch nicht sagen (...) es mit ein bisschen Schmähen zu nehmen, den Patienten: ‚Ja wie stellen Sie sich das denn jetzt vor? Ja ich kann ja nicht, ich habe ja noch 10 andere. Ich kann mich ja nicht zu ihnen darunter stellen, weil ich das und das noch machen muss.‘“

Die Taktik des Hinhaltens bzw. das Vertrösten des Patienten oder der Patientin mit dem Wissen, dass das Ereignis nicht eintreten wird, kann ebenso hilfreich sein wie das Ablenken. Beim Ablenken wird der Fokus des Patienten bzw. der Patientin gezielt auf etwas anderes gerichtet, um der Situation zu entkommen.

„Also dass ich halt auf diese Art ihn halt ein bisschen (...) dann sag: ‚Na vielleicht kann ich ja, wenn ich Zeit habe.‘ Oder sowas. Dass ich ihn dann halt ein bisschen ablenke: ‚Ja schauen Sie, der Nächste wartet schon. Dann müssen wir uns tummeln.‘ Oder: ‚Schauen Sie, die Glocken läuten. Ich muss jetzt wirklich raus hier.‘“

Als Reaktion auf das sexuell motivierte Verhalten wird der Patient bzw. die Patientin auf das unangebrachte Verhalten angesprochen, um zu verstehen, warum der Patient bzw. die Patientin so agiert hat.

„Sicherlich, dem ist Raum zu geben, das kann durchaus einmal passieren. Ich würde vermutlich die Warum-Fragen stellen und würde ihn fragen: ‚Was tun wir jetzt damit?‘. Würde, (...), auch thematisieren, was es mit mir macht. Die Menschen spüren ja auch, was ihr Leiden und ihr Schicksal mit uns macht. Ja, das würde ich dann genauso. Ich denke mir dann wahrscheinlich: ‚Warum braucht er das jetzt noch?‘“

Sachlich

Es gibt Pflegepersonen, die versuchen die Geschehnisse aus professioneller Sicht zu betrachten und die eigenen Emotionen zurückzustellen. Sachlich betrachtet, finden täglich in der Pflege Grenzverletzungen statt. Schon allein, weil die Pflegepersonen bei der Intimhygiene die Grenze der Patienten und Patientinnen überschreiten. Andere Patienten und Patientinnen wollen die Intimhygiene durchführen lassen, obwohl sie dazu selbst in der Lage wären. Diesen Aspekt könnte man ebenfalls als Grenzverletzung betrachten. Man sollte sich dessen bewusst sein, dass in der Pflege gegenseitige Grenzverletzungen zwischen PatientInnen und Pflegepersonen stattfinden können.

„Ja, wenn ich die Intimpflege durchführe, dann muss ich es tun. Dann überschreite ich eine Grenze, die ich normalerweise nicht tue. Ich sag ja nicht: ‚Komm ich wasch dich oder ich greif dich schnell mal an, weil ich muss da nachschauen.‘ Das muss ich aber um den Hautzustand zu erkennen oder weil er sich nicht so entsprechend bewegen kann, dass er gereinigt wird und sich wohl fühlt. Wenn es jetzt wäre, das gibt es natürlich, dass ein Patient sagt: ‚Ich kann nicht!‘, und es sich dann von der Schwester machen lässt, könnte man das ja auch als Grenzüberschreitung oder als Belästigung, wobei es ja eine subtile Belästigung(...). Das habe ich natürlich auch erlebt, dass da Männer drinnen (im Zimmer) gelegen sind und gesagt haben: Ach sie sind so schwach, sie können nicht. Allerdings wenn ich es dann mitbekommen habe, habe ich es sie schon selber machen lassen.“

Die Pflegeperson hat die Aufgabe, die eigene Grenze klar zu kommunizieren, damit der Patient bzw. die Patientin den oder die Gegenüber besser einschätzen kann und die Möglichkeit besitzt danach zu handeln.

„Aber ich denke auch es gehört zur Arbeit, aber es ist nicht in Ordnung. Aber wenn keine Schranken aufgestellt werden, warum sollen sie sich dann an Schranken halten, die es nicht gibt?“

Das Grenzsetzen ist ebenso bei sehr fordernden Patienten und Patientinnen nötig, damit die Pflegeperson sich selbst schützt.

„Man kann es nicht allen recht machen. Man muss auch auf sich etwas schauen. Denn oft sind die Patienten so fordernd. Also müssen die Grenzen gesetzt werden und aufpassen, dass es nicht so weit geht.“

Es wird auch geschildert, wie den Patienten und Patientinnen mit Humor Grenzen aufgezeigt werden können.

„Na wahrscheinlich, weil ich das im Vorfeld sowieso gleich (...). Ich habe einen so bodenständigen Humor. Das haben sie so schnell zurück, dass die gar nicht weiter kommen. Die haben das irrsinnig schnell wieder retour.“

Eine Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten ist die energische Konfrontation des Patienten mit dem Verhalten bzw. gemeinsam mit einem Kollegen oder einer Kollegin ins jeweilige Zimmer der Patienten bzw. Patientinnen gehen.

„Also wenn da ein junger Mann drin ist und glaubt, er kann da große Sprüche reißen. Entweder man stellt es ab indem man ihn schärfer anredet oder man versucht dann zu zweit ins Zimmer zu gehen.“

Nach sexuell motiviertem Verhalten hat die Pflegeperson bestimmt reagiert. Daraufhin legte der Patient Beschwerde bei der Vorgesetzten der Pflegeperson ein. Denn der Patient glaube, sich die gleichen Rechte herausnehmen zu können wie die Pflegeperson, die ihn aufgrund pflegerischer Tätigkeiten berührte. Die anschließend klar aufgezeigte Grenze der Pflegeperson wurde vom Patienten akzeptiert.

„Ja einmal habe ich einen gehabt, der hat auf die Brust gegriffen und dann habe ich gesagt: ‚So geht das nicht.‘ Dann ist er zur Chefin gegangen und hat sich beschwert: ‚Ich darf ihn überall angreifen und waschen und er darf mich nicht angreifen.‘ Dann habe ich gesagt er kann mich da angreifen und da angreifen, die Hände angreifen und das war’s. Aber er hat das akzeptiert.“

Die Pflegepersonen geben dem Patient bzw. die Patientin ein Feedback über das unangebrachte Verhalten und bekommt so die Möglichkeit, das Verhalten zu korrigieren, was meist angenommen wird.

„Ich kann mich jetzt auch nicht an eine Situation erinnern, wo ein Patient gemein hat: ‚Ich soll mich nicht so aufregen.‘ Sondern sich irgendwie entschuldigt haben.“

Um die führende Rolle nicht abgeben zu müssen, wird auf verbale Anzüglichkeiten von Patienten mit einem Standardspruch geantwortet, der entwaffnend wirkt.

„Wenn diesen leichten Anzüglichkeiten, die ja all enthalten kommen, wenn Männer: ‚Na mit dir täte ich auch mitgehen.‘oder ‚Du gefällt mir auch.‘oder ‚Naja, dann müssten wir mal ein Rendezvous versuchen.‘Da sage ich immer eine Standardantwort: ‚Schau, das ist so, wenn die Männer eine Frau sehen, die ihnen gefällt, dann müssen sie irgendwelche Anstalten machen, um diese zu kriegen. Weil das ist so wie bei den Frauen, wenn die beim Konditor vorbeigehen und eine Torte sehe, wollen sie die Torte haben. Bei den Männern ist es meistens so, wenn sie die Frauen sehen.‘(lacht) Das können sie meistens sehr gut realisieren. Dann grinsen sie und gehen.“

Es gibt auch Situationen, in denen sich die Pflegeperson auf das Niveau der Patienten und Patientinnen begibt, um eine Grenze einzuziehen. Dabei wird jedoch darauf geachtet den Patienten bzw. die Patientin nicht bloßzustellen. Das zeigt anschaulich die nachstehend beschriebene Situation.

„Und irgendwie ist es dann gekommen, es ist einem kalt (lacht). Auf alle Fälle sagt einer immer so in der dritten Person: ‚Schwester könnten sich auch zu mir hineinlegen und könnten mich wärmen? ‘Und ich sage darauf: ‚Na gehen ´s, glauben Sie wir nehmen jetzt eine Schwester? ‘Also ich habe das sofort auf die allgemeine Ebene, nicht einmal mehr auf mich bezogen. Da habe ich gesagt: ‚Da kriegen Sie ein Thermofofor (*Wärmflasche*), die ist einfach billiger.‘ ‚Na gehen ´s, hat er gesagt, ‚das wär ´ aber nicht viel.‘Dann habe ich gesagt: ‚Dann kriegen Sie zwei! ‘(lacht) Damit war das abgefangen. Ich habe immer geschaut, dass ich sie nicht bloßstelle. Denn wenn man Männer bloßstellt, das provoziert dann eine Reaktion, die ungut ist.“

Mit Hilfe der Milieusprache wird versucht die Patienten nicht bloßzustellen, aber dennoch die eigene Grenze aufzuzeigen.

„Ich habe mich immer geschaut, dass man in der Milieusprache eher lässig, das damit abgewehrt habe. Denn das war mir schon aus dem privaten Umfeld klar, dass wenn man jemandem brüskiert, ältere Männer und einfachere Männer nicht umgehen. Das wollte ich nicht (...).“

In einer Situation, in der der Patient oder die Patientin die Grenze der Pflegeperson übertritt, folgt eine rasche und klare Konsequenz. Im nachstehenden Beispiel wird die Situation aus professioneller Sicht analysiert und die Hand des Patienten behutsam zurückgelegt. Weiter wurden die Kollegen und Kolleginnen darauf hingewiesen, dass der Patient solch ein Verhalten an den Tag legt.

„Und ich beuge mich übers Bett und er fährt mir mit der Hand hinein und packt mich an der Brust. Ich bin zuerst gekommen und habe zu mir gedacht: ‚Also das funktioniert scheinbar mit 90 Jahren auch noch.‘ (lacht). Ich habe ihm dann die Hand nach oben gelegt und die Kolleginnen gewarnt, dass er dieses Muster in ihm hat. Aber das muss man einordnen können.“

Nachdem ein Patient bei der versehentlichen Intimhygiene ein steifes Glied bekommen hat, hat die Pflegeperson kurz die Fassung verloren und dann klar kommuniziert, dass der Patient in Zukunft die Intimhygiene wieder selbst zu übernehmen hat.

„Ich meine, da war erst einmal ein Mann und der hat gesagt: ‚Mensch Schwester, so gut hat mich noch niemand gewaschen.‘ Dabei habe ich nicht gewusst, dass er nicht gewaschen wird. Und ich habe ihn gewaschen, das war ein schöner(...) Ausbruch (*Anmerkung: Patient hatte ein steifes Glied*). Dann ist mit der Waschlappen aus der Hand gefallen: ‚So, und jetzt waschen sie sich wieder selber.‘ Aber ich habe das auch nicht gewusst, dass er nicht gewaschen wird. Das ist irgendwie untergegangen.“

Auf einer urologischen Station kann es vorkommen, dass die Männer auch aufgrund von Schmerzen mit entblößten Genitalien in ihren Betten liegen. Weil dieses Verhalten von der Pflegeperson nicht toleriert wird, werden sie auf direkte Art darum gebeten ihre Genitalien zu bedecken.

„Manche haben nichts Besseres zu tun als halb entblößt liegen zu bleiben. (...) Weil ich habe gesagt: ‚Dann tut wenigstens das Hemd darüber.‘“

Um aus unangenehmen, körperbetonten Situationen herauszukommen, bedarf es körperlicher Techniken, die dem Einhalt gebieten.

„Wenn mir einer nahe kommt oder wenn der Patient, der mit der Hand abgerutscht ist, oder jemand, der mich gleich drücken möchte, das ist mir auch schon passiert, wenn du ihn hoch nimmst ihn umarmst und der hält dich dann, dass er den Busen spürt, da bilde ich mir ein, kann ich ‚stop‘ sagen. Nämlich körperlich, weil ich mehr Kraft habe oder Techniken, dass ich mich durch schlängeln kann, so auf die Tour. Wo ich die Möglichkeit habe etwas zu tun.“

Es kann hilfreich sein, den Patienten bzw. die Patientin mit dem unangemessenen Verhalten zu konfrontieren. Diese Konfrontation ist jedoch nur bei orientierten Patienten und Patientinnen möglich.

„Also grundsätzlich, wenn der Patient wirklich orientiert ist, neige ich dazu das wirklich anzusprechen. (Pause) Ich versuche das dann wirklich sachlich zu klären, vielleicht klingt das für den Patienten schon leicht aggressiv, das tue ich mir schwer zu beurteilen. Also ich versuche ihn jetzt nicht unhöflich anzufliegen oder dass ich

ihn jetzt beschimpfe. Ich versuche dann einfach klar zu stellen, dass das so nicht in Ordnung ist und ich eigentlich nicht möchte, dass er mit mir so umgeht und ich nicht will, dass das nochmal passiert. “

Der Patient bzw. die Patientin wird mit direkten, meist auch zynischen, Fragen auf das sexuell motivierte Verhalten angesprochen.

„Jetzt sage ich: ‚Was soll denn der Scheiß?‘. Und früher (...) Von blöden Bemerkungen: ‚Was schaust du denn so? Ist es so schön, dass du die ganze Zeit drauf schauen musst?‘. Da hat man dann nur Pech gehabt, wenn der gesagt hat: ‚Ja.‘(lacht) Eher diese zynischen Bemerkungen. Ich habe die Patienten eigentlich immer angeredet. “

Nach der offenen und direkten Ansprache kann die Pflegehandlung fortgesetzt werden, denn die Grenzen sind gezogen worden.

„Also ich denke, wenn es eine verbale Attacke war, dann denke ich mir, kann ich die Pflegehandlung weiter machen. Wenn es quasi geklärt ist für den Moment. “

Wenn mit eindeutigen, klaren Worten das als unangenehm empfundene Verhalten besprochen wird und eine Grenze aufgestellt wird, wird das sexuell motivierte Verhalten von dem Patient bzw. der Patientin unterlassen.

„,... das will ich nicht, dass die Hand abrutscht und die mir am Busen vorbei rutscht. Ich weiß nicht warum du keine Kraft mehr hattest, dann ist es Absicht. Wenn du keine Kraft mehr hast, dann sagst du es mir bitte. ‚Ich habe kein zweites Mal die Hand auf meinem Busen gehabt. “

Manchmal ist eine unmittelbare Ansprache nicht möglich. Mit dem Gefühl für weitere Begegnungen mit dem Patienten oder der Patientin etwas ändern zu können, werden Vorfälle auch im Nachhinein angesprochen.

„Ja. Wobei ich denke mir man muss jetzt nicht alles ansprechen, man muss es nicht nieder reden. Meistens ist es leicht im Nachhinein damit umzugehen, wenn ich es verbalisiert habe. (...) Also wenn ich das Gefühl habe, dass wenn ich das jetzt anspreche, ich kann was verändern oder fürs nächste Mal was verändern, dann spreche ich das schon an. Oder wenn es im Moment nicht passt, dann denke ich mir im Nachhinein, wenn es eben zeitlich noch passt im Nachhinein noch anzusprechen. “

Damit man trotzdem mit einem guten Gefühl aus einer unangenehmen Situation rausgehen kann, ist eine Ansprache von Vorteil.

„Und ich muss das auch für mich ansprechen, denn wenn ich es nicht anspreche, dann ärgere ich mich draußen: ‚Hättest du was gesagt! ‘“

Feindselig

Wenn die Patienten und Patientinnen die Grenze der Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten überschreiten, werden sich manche Pflegepersonen schon aufgrund ihrer besonderen Position zu wehren wissen. Diese Machtposition der Pflegenden wird auch genutzt.

„Ich kann mir nicht vorstellen, dass manches nicht auch vom Pflegepersonal absichtlich gemacht worden ist. Zu kalt gewaschen. Zu schnell abgedeckt. Zu wenig geschützt, oder so. Das kann auch anders herum funktionieren, diese Machtposition ausspielen.“

Weil sich die Pflegeperson nicht anders zu helfen wusste, wurde mittels eines kalten Waschlappens versucht den Patienten auf sein unangemessenes Verhalten hinzuweisen.

„Du hast nichts machen können. Egal was du gemacht hast, es hat nichts geholfen. Es hat nicht geholfen, dass du ihm einen kalten Waschlappen ins Gesicht gelegt hast, dass er nach Luft schnauft und dann vielleicht anders zum denken anfängt.“

Wenn sexuell motiviertes Verhalten bei der Körperpflege auftritt, hat die Pflegeperson die Möglichkeit den Patienten dafür zu bestrafen indem die Temperatur des Wassers herabgesetzt wird.

„Und dann wollte einer duschen und hatte dumme Bemerkungen gemacht. Da habe ich die Dusche etwas kälter gemacht und ihn dann gefragt: ‚Na, wollen ´s mehr? ‘Nein, ich hatte nie ein Problem. Manche Sachen bauscht man zu groß auf.“

Nach anzüglichen Bemerkungen kurz vor Beginn der Intimhygiene, die vom Patienten ausgegangen sind, hat die Pflegeperson den Raum verlassen nachdem dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt wurde die Körperpflege selbst zu vollziehen.

„Ich meine das, was schon arg gewesen ist, man hat den Patienten selber machen lassen. Dann hast du ihn halt die Waschschüssel und den Waschlappen hingelegt und er sollte sich selber waschen und bist nach 20 Minuten wieder rein.“

Wenn sich der Patient nach sexuell motiviertem Verhalten trotz Aufforderung nicht selbst gewaschen hat, dann wurde die Körperpflege gar nicht vollzogen oder sehr rasch ohne Wechseln des Waschwassers.

„Manche haben es partout nicht gemacht. Wenn du gesehen hast, es passiert eh nichts, dann haben sie halt gestunken. Bei manchen hast du das als Vorwand genommen, um das schnell schnell zu machen. Das hat nicht unbedingt geheißt, das du das Wasser gewechselt hast, sprich wieder warmes nachgefüllt hast.“

Nach sexuell motiviertem Verhalten kann es auch vorkommen, dass Pflegepersonen verbal in einer sehr groben und verachtenden Art antworten.

„Der hat dann gemeint, der will mit mir ins Bett gehen. Da sagte ich: ‚Was wollen Sie? Sie können sich nicht einmal gerade halten und stinken tun sie auch, na wer will mit so was ins Bett gehen?‘ Und dann meinte ich danach: ‚Haben wir gerade Ostern? Da werden die Eier gekocht.‘ Und aus war’s. So habe ich das immer gemacht.“

Die verbale Zurückweisung kann auf eine derbe Art angebracht werden. Dabei ist ein Ziel, dem Patienten bzw. den Patientinnen einen Spiegel vorzuhalten.

„Ich hatte schon einen Mann gehabt, der ist wirklich arg gewesen. Aber dem habe ich wirklich gesagt mit beinharten Aussagen: ‚Was willst? Geht eh nichts mehr.‘ (Pause) (...) Man sagt schon was, man muss die Leute schon ein bisschen zurecht weisen auch wie sie sind.“

4.3.1.2 Defensiv

Durch bedachtes Handeln kann unangenehmen Situationen aus dem Weg gegangen werden. Dabei sind die Ziele, sich selbst zu schützen und den Patienten bzw. die Patientin nicht vorzuführen. Dies kann mit der eingenommenen Schutzhaltung geschehen, die sich sowohl in der äußeren sowie inneren Haltung zeigt.

Schutzhaltung

Aus Angst vor der nächsten Handlung des Patienten, kann man als Pflegeperson eine steife Körperhaltung einnehmen, die dem Schutz der eigenen Person gilt. In besonders schwierigen Fällen wird sich dem Patienten nur von hinten genähert, wenn es die zu tätigen Pflegehandlungen zulassen.

„Da passt du beim Pflegen auf, na klar. Du bekommst eine steife Haltung, du stehst komplett anders, weil du Angst hast, wo greift er dich als nächstes an, also das schon. Also du kriegst eine komplett andere Haltung, als Schutzhaltung irgendwie. Ich kann das nicht erklären wie. Ich bin irgendwie steif gewesen und habe so viel Abstand gehabt und ihm dann den Rücken gewaschen. Und die Windelhose, das war eine Katastrophe. Da bin ich nur noch von hinten zugegangen.“

Verbale Anzüglichkeiten, um die Pflegeperson aus der Reserve zu locken, werden ignoriert, um nicht angreifbar zu sein.

„Natürlich haben sie das bei mir auch probiert. Das ist zum einen Ohr rein und zum anderen wieder raus.“

Ebenso werden Patienten und Patientinnen geflissentlich ignoriert, die die Intimhygiene nicht selbst machen wollen, obwohl sie noch dazu in der Lage wären.

„Ich bin eher so eine Schwester, die so ältere Menschen bei der Intimpflege, die es gern haben, wenn es die Schwester macht, dann tue ich das eher Ignorieren und lasse sie das selber machen.“

Damit die Pflegeperson nicht länger als unbedingt nötig beim antipathischen Patienten bzw. Patientin sein muss, wird die Gesprächszeit verkürzt. Dabei wird darauf geachtet, eine gewisse Grundform der Höflichkeit zu wahren.

„Ja, es kommt ganz darauf an, man entwickelt dann oft auch Antipathie halt und dann kann es vielleicht schon sein. Aber nicht barsch, dass ich ihn überhaupt keine Antwort gebe oder ihn total ignoriere. Sondern, dass ich nicht 5 Minuten mit ihm rede, sondern vielleicht nur 3 Minuten.“

Emotionen

Es gibt Situationen, die gewisse Gefühle hervorrufen. Manchmal wird das Handeln der Pflegepersonen von diesen Emotionen geleitet.

„Es gibt schon Situationen, da fühlst du dich einfach hilflos. Es gibt Situationen da denkst du, dass sie dir den Buckel runterrutschen sollen. Und es gibt Situationen, die machen dich auch irgendwie traurig.“

Unvermittelte Aussagen von Patienten und Patientinnen, die Pflegeperson betreffend, können verletzend wirken.

„Die Aussage an sich hat mich irgendwie ziemlich getroffen. Vielleicht, weil sie für mich aus dem Nichts heraus kam.“

Unerwartetes sexuell motiviertes Verhalten kann die Pflegeperson so überraschen, dass die Pflegehandlung unterbrochen werden muss, um die Fassung wieder zu erlangen.

„Aber überrascht war ich so stark, dass mir gleich der Waschlappen aus der Hand gefallen ist.“

Sexuell motiviertes Verhalten kann unangenehme Gefühle wie Angst und Erschrecken hervorrufen, wodurch sich die Pflegeperson bedroht fühlen kann. Dies kann dann geschehen, wenn das Verhalten unerwartet und unvermittelt auftritt.

„Ich glaube im ersten Moment hätte ich ein entsetzliches Erschrecken und Angst. Ich würde erst an zweiter Stelle realisieren, dass das eine Belästigung ist. Ich würde mich richtig erschrecken, weil das für mich mit Angst verbunden ist. Das empfinde ich als Bedrohung.“

Andere Pflegepersonen empfinden im Krankenhaussetting keine Angst, weil sie sich dort sicher fühlen.

„In der Kliniksituation ist es nicht mit Angst verbunden, sondern es ist in einem Bereich, wo ich mich sicher fühle.“

Stress kann bei Pflegepersonen entstehen, wenn Patienten bzw. Patientinnen sexuell motiviertes Verhalten an den Tag legen. Dabei kann Lachen mit einem Kollegen, noch in der Situation, eine Möglichkeit sein, den Stress abzubauen.

„Da war dann später noch was bei einem Patienten, da war ich mit einem Kollegen am Abend und ich weiß nicht mehr genau, was er da gesagt hat, aber so auf die Art, wie ich vorher schon gesagt habe: ‚Ja leg´ dich doch zu mir ins Bett rein.‘ oder so. Und ich war halt mit einem Kollegen im Zimmer und im Prinzip könnte man ja sagen, es ist mir vor einem männlichen Kollegen unangenehm, aber das war dann einfach irgendwie nur lustig und wir haben beide zum Lachen angefangen. Nicht über den Patienten, sondern weil wir die Situation ganz komisch gefunden haben.“

4.3.2 Bewältigung

Es gibt verschiedene Maßnahmen, die eingesetzt werden, wenn Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten konfrontiert werden. Diese Maßnahmen können bei der Bewältigung von unangenehmen Situationen helfen und die Situation erträglicher machen. Maßnahmen können das Verbalisieren und das Hinterfragen von sexuell motiviertem Verhalten im privaten bzw. beruflichen Bereich oder in der Interviewsituation selbst sein. Die Eigeninitiative der Pflegepersonen kann verschiedene Ausprägungen, nämlich das Suchen nach Erklärungen und dem persönlichen internen Prozess, annehmen und bei der Bewältigung von Nutzen sein.

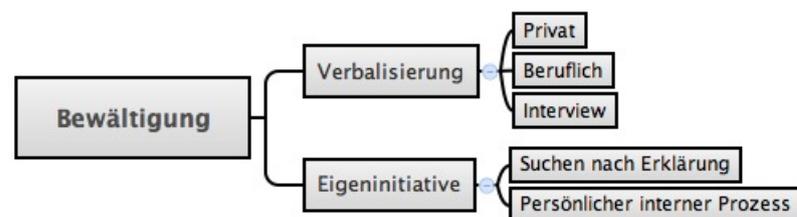


Abbildung 11: Bewältigung

4.3.2.1 Verbalisierung

Es gibt Pflegepersonen, die das Geschehene erst mit sich allein ausmachen, bevor sie mit jemandem darüber sprechen können.

„Ich glaube auch, das man das erst mit sich selbst bearbeiten muss und dann kann man vielleicht drüber reden, mit mehreren Personen.“

Manchen Pflegepersonen hilft es, das Erlebte zu Verbalisieren. Dabei wird je nach Ereignis differenziert, ob es im privaten oder im beruflichen Umfeld besprochen wird. Der Zeitpunkt, wann es verbalisiert wird, ist personen- und situationsabhängig.

„Das im Altenheim habe ich mit meinem Mann und den Arbeitskollegen besprochen. Ich rede eigentlich immer mit Leuten drüber. Aber nicht immer gleich. Es konnte schon mal sein, dass ich erstmal eine Nacht drüber geschlafen habe. Es gab Situationen, die ich sofort angesprochen habe und Situationen, die ich vorab mit Einzelpersonen besprochen habe.“

Privat

Manchmal werden der Familie bzw. den Freunden die Besonderheiten vom Arbeitstag berichtet und die erste Auseinandersetzung mit dem Geschehenen findet im privaten Rahmen statt.

„Ich erzähle auch meinem Freund immer wieder was von der Arbeit. Wenn es was Spezielles gegeben hat oder irgendein Patient ein spezielles Schicksal hat, das erzähle ich doch immer wieder.“

Beruflich

Es kann auch eine grundsätzliche Entscheidung sein, nur im beruflichen Rahmen über gewisse Vorkommnisse zu sprechen. Als Grund wird die Schweigepflicht genannt, die es nicht erlaubt mit der Familie oder Freunden über Geschehnisse im beruflichen Umfeld zu reden, wenn sie nicht dem Krankenhauspersonal angehören.

„Mit den Arbeitskolleginnen. Also über die Arbeit schon mit den Arbeitskolleginnen. Mit den Freundinnen, mit dem Freundeskreis, der nicht im Krankenhaus-Setting ist, nicht, wegen der Schweigepflicht. (...) Also das sind nur Menschen, die in der Klinik auch arbeiten und die wissen auch, dass das alles Sub sigillo (*unter dem Beichtsigel*) ist, was wir reden. Sonst nicht, nein. Nicht einmal mit der Familie.“

Häufig sind also die Kollegen und Kolleginnen ein erster Ansprechpartner nach einem Vorfall mit sexuell motiviertem Verhalten. Doch kann es schwierig sein, einen geeigneten Moment für das Gespräch zu finden, bevor es im Tagesablauf untergeht.

„Meistens erzählst du es schon dann. Insofern die anderen dann beschäftigt sind und meistens ist es ja so, dass die Glocken andauernd rennen und du halt die Arbeit und die Arbeit und die Arbeit machen musst, und dann vergisst du es halt auch irgendwo.“

Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens auf der Station, wird den Kollegen und Kolleginnen nur von gravierenden Vorkommnissen berichtet. Außerdem bleibt wegen der strikten zeitlichen Abläufe den Kollegen und Kolleginnen kaum Zeit adäquat darauf zu reagieren.

„Ich muss sagen, es ist einfach zu viel Arbeit. Und dass die anderen dann irgendwie Zeit hätten, dass die dann irgendwie (...). Ja wenn es wirklich was ganz Extremes ist, dann erzählst du es halt weiter. Da kommt dann halt schon was von denen, aber meistens ist es schon so, dass du das allein ausmachst.“

Es wird versucht noch in der selben Schicht über das Ereignis mit den Kollegen und Kolleginnen zu sprechen.

„Also ich rede jetzt schon drüber, aber ist jetzt nicht so, dass ich die Nächste aufsuche. Je nach dem wie es sich dann ergibt, denke ich mir. Aber es wird schon im selben Dienst sein, dass ich das irgendjemandem erzähle.“

Als erster Schritt wird eher mit einer einzelnen Person gesprochen und erst in weiterer Folge die Geschehnisse in der Gruppe besprochen.

Die Stationsleitung stellt auf manchen Stationen eine erste Anlaufstelle dar, wenn es um die Belange der Pflegepersonen und die der Patienten und Patientinnen geht. Dazu zählt auch grenzüberschreitendes Verhalten von Patienten und Patientinnen. Die Stationsleitung ist im Idealfall präsent und sollte so wissen, was es für Vorkommnisse auf der Station gibt.

„Aber was ich schon mache, dass ich es meiner Stationsschwester erzähle, weil die ist halt am Meisten da. Unabhängig davon, was es ist, aber wenn jetzt irgendetwas gibt, was die Patienten betrifft oder den Umgang mit Patienten, dann erzähle ich ihr das schon, damit sie eben Bescheid weiß, wenn es anderen KollegInnen auch so geht.“

Die Stationsleitung, wenn mit dieser in gutem Verhältnis gestanden wird, ist die erste Anlaufstelle im Falle von sexuell motiviertem Verhalten. Da diese Thematik mit Scham behaftet ist, wird es eher nicht in den Teambesprechungen angesprochen.

„Es gibt Teambesprechungen, da kann man die Sache ja auch ansprechen. Aber ob es dann wirklich angesprochen wird? Ich glaube eher, das es eher intern passiert so zwischen Schwester und Stationsleitung, ja. Sie haben eigentlich alle ein gutes Verhältnis zur Stationsleitung. Aber ob es dann im Team so angesprochen wird, glaube ich nicht. Aber wenn es so in die sexuelle Richtung geht, dann würde ich

es auch eher der Stationsleitung erzählen als im Team. Weil ich denke mir, das braucht nicht jeder wissen. Weil es ist einfach eine unangenehme Sache, wenn einem so was widerfährt. Ich denke mir eher dass man dann mit jemanden alleine sprechen möchte. “

Wenn die Pflegeperson vom Patienten oder von der Patientin zu sehr eingeschüchtert wurde, ist die Stationsleitung eine Anlaufstelle. Die Stationsleitung tritt mit dem Patienten bzw. der Patientin, die sich sexuell motiviert verhalten haben, in Kontakt und weist diese zurecht.

„Ich glaube, dann geht man zur Stationsschwester und bespricht es mit ihr. Mit allen Problemen kommen sie zu Stationsschwester. Dann wird der Patient glaube ich angeredet, dass das eben nicht so geht. Wenn ich zu sehr eingeschüchtert wäre und mich selbst nicht traue den Patienten darauf anzureden, dass ich dann in Begleitung mit der Stationsschwester zu dem Patienten gehen würde.“

Das ärztliche Personal wird hinzugezogen, um bei dem Patienten bzw. der Patientin die Ernsthaftigkeit der Lage zu verdeutlichen.

„Und wenn es dann massiver ist, das ist jetzt vielleicht traurig, aber dann wird von ärztlicher Seite nochmal mit dem Patienten gesprochen, weil das hat dann meistens mehr Nachdruck als wenn nur die Pflege kommt. “

Weil sich Pflegepersonen und das ärztliche Personal nicht auf einer Ebene begegnen, wird das ärztliche Personal nur in extremen Situationen informiert.

„Es ist von den Ärzten her, wenn du's ihnen erzählt, da wird es auch so ein bisschen von oben, wenn es nicht ein extremer Vorfall ist. Aber schlussendlich sollte man das viel ernster nehmen. “

In der Gruppe:

Bei der Dienstübergabe werden für die Pflegeperson erwähnenswerte Ereignisse mitgeteilt.

„Beziehungsweise die Dienstübergabe, wenn halt was extrem gravierendes war. Aber wenn er dir nur aufs Knie greift, das tust du halt meistens nicht, solltest du aber halt auch (*in die Patientenakte hineinschreiben*). Das sind oft Sachen, die man dann schon vergisst. Wenn er dir jetzt aber ins Leiberl oder in die Tracht fährt, dann sage ich jetzt mal, dann schaut es vielleicht ein bißchen anders aus, als wenn er dir auf den Hintern einen Klaps gibt.“

Andere Pflegepersonen erwähnen sexuell motiviertes Verhalten von Patienten bzw. Patientinne nicht bei der Dienstübergabe, sondern es wird noch am selben Tag mit den Kollegen und Kolleginnen besprochen und am nächsten Tag in der Teamsitzung.

„Ich glaube nicht, dass das jetzt Thema bei der Übergabe war, aber ich glaube ich habe es dann mit den KollegInnen, die an diesem Tag im Dienst waren, besprochen. Und ich glaube auch, dass ich es in den darauf folgenden Teamsitzungen auch erzählt habe.“

Der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten ist stark von der Gruppennorm auf der jeweiligen Station geprägt. Es gibt Stationen auf denen ein derber Umgang mit dieser Thematik auch in den Teambesprechungen gelebt wird.

„In der Zeit, wie ich noch auf der Station gearbeitet habe, war es oft sehr derb. Das war in keiner feinfühligem Art. Da war die Sexualität schutzlos. Also da haben wir schon Schwestern gehabt, die schon sehr derb drüber gesprochen haben, auch wenn ihnen etwas widerfahren ist. Das ist schon breitgetreten und ausgeschlachtet worden.“

An dieser Stelle sollte unbedingt der Zeitfaktor berücksichtigt werden. Das oben stehende Zitat zeigt die Situation vor ungefähr 20 Jahren. Im Laufe der Jahre hat sich das Bewusstsein und der Umgang mit dieser Thematik verändert.

Wie unterschiedlich der Umgang auf den einzelnen Stationen mit sexuell motiviertem Verhalten ist, zeigt das nachstehende Zitat. Der kollegiale Rückhalt auf der Station trägt zu mehr Zufriedenheit und mehr Wohlbefinden unter den Pflegepersonen bei.

„Weil es genauso alltäglich vorkommen kann. Also ich glaube, dass auf unserer Station sehr offen damit umgegangen wird. Es ist kein Problem, weil man weiß wohin man gehen kann, man weiß, es steht wer hinter einen. Auf anderen Stationen hat man vielleicht den Rückhalt nicht so. Wenn man dann vielleicht auch eingeschüchtert ist, fällt es einem sicher schwerer drüber zu sprechen oder man weiß, dass man mit der ärztlichen Seite nicht drüber reden kann. Das hier ist eine sehr familiäre Station und da wird gleich drüber geredet, wenn so etwas passiert. Und das hilft dann auch. Das würde man sich auch wünschen auf den anderen Stationen, denn es gibt bestimmt auch Stationen, wo das nicht so passiert.“

Auf manchen Stationen gibt es die Möglichkeit Geschehnisse im Aufenthaltsraum der Pflegepersonen zu besprechen. Denn dort gibt es die räumlichen Möglichkeiten, die Zeit und den kollegialen Zusammenhalt. Wenn es ein Problem ist, was in der Gruppe kurzfristig nicht gelöst werden kann, gibt es noch die Stationsleitung, die bei der Lösung des Problems behilflich sein kann.

„Aber es kommt auch auf das Team drauf an. Alles was passiert (...) dann kommt man im Sozialraum zusammen: ‚Ist dir schon was aufgefallen bei dem? Der redet immer so blöd.‘ Dann wird das eben besprochen. Wenn es ein größeres Problem ist, geht man eben zur Stationsleitung. Aber es kommt auch drauf an wie stark

der mich belästigt hat. Vielleicht geht man auch gleich zur Stationsleitung. Und dann werden alle weiteren Maßnahmen besprochen. Ich fühle mich wohl, ich weiß zu wem ich gehen kann.“

Wenn eine Pflegeperson ein Erlebnis mit sexuell motiviertem Verhalten in die Gruppe einbringt, trifft die Sichtweise der Gruppe auf die einzelne Pflegeperson. Die Reflexion innerhalb der Gruppe kann eine neue Sicht auf das Erlebte bewirken.

„Das kommt darauf an, was die Menschen als sexuelle Belästigung empfinden. Das hat mit der Werthaltung des Einzelnen zu tun. Weil sexuelle Belästigung empfindet ja ein Einzelner primär. Eine Einzelperson findet das Geschehen als belästigend und dann meist reflektiert sie es in der Gruppe. Dann kann natürlich noch eine Trendumkehr kommen. Wenn die Einzelperson es nicht als belästigend empfunden hat, aber durch die Sichtweise der Gruppe, selber eine andere Sichtweise kriegt. Das mag durchaus möglich sein, dass eine Einzelperson das Tun anders bewertet. Oder auch im Sinne von Revision. Dass sie es empfunden hat als Belästigung und die Gruppe sagt: ‚Der ist ja eh nicht mehr ganz da.‘ Dass sie es dann abwehrt für sich, es einen anderen Stellenwert kriegt für sie. Ich glaube schon, dass es da um Gruppennorm geht, oh doch.“

Allgemein kann man sagen, dass Pflegepersonen einen leichteren Umgang mit dem Geschehenen hatten, wenn es verbalisiert worden ist.

„Mir ist es ja nur dann gut gegangen, wenn ich es gesagt habe. Also dieses unangenehm empfinden, war immer nur dann da, wenn ich es nicht gesagt habe.“

Interview

Für manche Pflegepersonen war das Interview Teil der Bewältigung. In der Interviewsituation hatten die Pflegepersonen die Möglichkeit sich intensiv mit dem Erlebten auseinanderzusetzen und die Aufgabe, das Erlebte in Worte zu fassen.

„Sehen Sie das ist jetzt das erste Mal, dass ich das das erste Mal für mich selber konkretisiere.“

In der Interviewsituation kamen die Interviewteilnehmer und -teilnehmerinnen auf Aspekte, die sie sich vorher noch nicht überlegt hatten.

„Das erstaunt mich jetzt selber, weil ich lerne da jetzt Sachen, die mir nie passiert sind, über die ich mir auch keine Gedanken gemacht habe.“

Durch das Interview ist einer Pflegeperson aufgefallen, dass manche Vorfälle, die schon Jahre zurück liegen, noch nicht vollständig verarbeitet worden sind.

„Aber so wie ich merke, ist noch manches verborgen, wo ich geglaubt habe, das gibt es gar nicht mehr. Also dann eher weggeblendet.“

Das Fazit zum Interview:

„Na ich habe mir ja jetzt eh mehr Gedanken gemacht als je vorher (lacht).“

4.3.2.2 Eigeninitiative

Es können die Kollegen und Kolleginnen um Hilfe gebeten werden. Insofern es die Personalsituation zulässt, werden Kollegen bzw. Kolleginnen hinzugezogen, um nicht allein ins Zimmer des Patienten bzw. der Patientin gehen zu müssen.

„Und das versuche ich halt, dass man miteinander, also zu zweit hinein geht und gewisse Situationen eben vermeidet im Vorhinein. Denn wenn ich allein gehe, wird er leichter zu mir was sagen als wie wenn ich zu zweit oder zu dritt hinein gehe. Weil dann kommen 3 Aussagen zu ihm und treffen ihn.“

Ebenso werden andere Patienten und Patientinnen um Hilfe gebeten, um unangenehmen Situationen im Zimmer der Patienten bzw. Patientinnen zu entkommen.

„Das habe ich als äußerst unangenehm empfunden. Das habe ich nicht in den Griff gekriegt, dass ich mit ihm das geregelt hätte. Ich hab mir draußen nachdem ich es wusste, er war ja länger da, habe ich mir einen Patienten genommen und gesagt: ‚Du, spätestens nach 10 min, wenn ich in dem Zimmer bin, dann muss ich raus hier.‘ Und dann später auch nach 5 min. Das war das einzige, was er akzeptiert hat, wo ich weggehen konnte. Ich habe das Gespräch nicht beenden können, er hat mich nicht gehen lassen.“

Suchen nach Erklärungen

Das Hinterfragen des Erlebten ist ein bedeutender Mechanismus, um das Erlebte zur Gänze zu erfassen und um daraus zu lernen. Das erworbene Wissen kann in weiterer Folge im weiteren Umgang mit Patienten und Patientinnen von Nutzen sein. Von Bedeutung kann auch das Überdenken der eigenen Position sein, um einen persönlichen Weg durch außergewöhnliche Situation zu finden. Eine Pflegeperson, die von einem Patienten massiv verbal attackiert wurde, beschreibt folgende Gedanken zu diesem Ereignis.

„Die Aussage an sich hat mich irgendwie ziemlich getroffen. Vielleicht, weil sie für mich aus dem Nichts heraus kam. Wir haben eben viele Patienten, die nicht zurechnungsfähig sind oder die aufgrund ihrer Erkrankung sehr stark enthemmt sind. Im Prinzip weißt du, dass du das nicht persönlich nehmen darfst und normalerweise gelingt mir das ganz gut. Drum hat es mich auch so überrascht, dass mich diese Aussage so getroffen hat.“

Die Antipathie des Patienten bzw. der Patientin auf eine Pflegeperson kann auch Ursache für sexuell motiviertes Verhalten sein. Das würde bedeuten das der Patient bzw. die Patientin sexuell motiviertes Verhalten gezielt einsetzt, um diese bestimmte Pflegeperson von sich fernzuhalten.

„Einen stehst du zum Gesicht und einen stehst du nicht. Und ich glaube denen, denen du nicht ins Gesicht stehst, die machen das auch. Das ist einfach so, dann treibe ich so lang, bis er nicht mehr kommt. Es kann alles möglich sein. Zum Teil gibt es sicher solche Sachen, weil alle kannst du nicht hinein in einen Topf schmeißen. Da gibt es verschiedene Ursachen.“

Häufiger suchen Pflegepersonen nach Antworten bei den Patienten und Patientinnen und weniger bei sich selbst. Dabei werden verschiedenen Aspekte in Erwägung gezogen, warum der Patient bzw. die Patientin sexuell motiviertes Verhalten an den Tag legt. Ein Aspekt wäre die Biografie des Patienten bzw. der Patientin. Insbesondere bei älteren Patienten und Patientinnen ist dieser Punkt zu berücksichtigen.

„In den Köpfen geht bei den alten Leuten viel. Man weiß nicht einmal, was so mancher mitgemacht hat.“

Das Suchen nach Aufmerksamkeit könnte eine weitere Erklärung für sexuell motiviertes Verhalten sein.

„Dass sie halt irgendwo noch Aufmerksamkeit suchen oder Aufmerksamkeit erregen wollen irgendwo.“

Ein Problem, vor allem im geriatrischen Bereich, kann der Mangel an sozialen Kontakten für die Patienten und Patientinnen sein. Das hat zur Folge, dass sich das Suchen nach Zuwendung in sexuell motiviertem Verhalten gegenüber den Pflegepersonen äußert, weil diese häufig zugegen sind.

„Naja, wenn ich jetzt in ein Altersheim (...). Du musst dir denken, die haben oft keine oder wenig Besucher, der Partner ist vielleicht gestorben, sie sind allein. Einsamkeit, irgendwo den Zuspruch.“

Gerade ältere Menschen haben auch aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft ein Bedürfnis nach Körperkontakt. Da dieses Bedürfnis eher weniger befriedigt werden kann, stehen die Pflegepersonen nah genug am Patienten bzw. der Patientin, um deren Emotionen mit viel Verständnis zu begegnen.

„Du wirst das überall haben. Nur weil Du alt bist, heißt es nicht, dass die Sexualität (...). Das ist doch eigentlich ein Zeichen, dass die Leute einsam sind und sich wünschen würde mehr Aufmerksamkeit oder mehr Trost oder mehr Streicheleinheiten hätten. Das habe ich gespürt. Ich kann vielleicht auch total falsch liegen damit, aber ich glaube schon. Und unsere

Zeit wird immer schneller und hektischer und so (...). Ich meine ein Kind zu berühren oder einen Kinderpopo auszuwischen ist etwas anderes als einen Erwachsenenpopo auszuwischen. Ja, alte Leute sind meistens auch nicht mehr so attraktiv, aber die Gefühle sind trotzdem da. Wenn er den ganzen Tag allein sitzt in der Küche oder im Wohnzimmer. Sie, halt die alten Leute, und kein Telefon und kein Fernseher. Weil den Fernseher siehst du nicht mehr, weil die Augen zu schlecht sind. Und dann freust du dich, dass wer kommt.“

Eine entscheidende Erkenntnis ist, dass die Sexualität der Patienten und Patientinnen zu den Aufgaben des täglichen Lebens zählt und der Umgang mit der Thematik natürlich und auf professioneller Ebene stattfindet.

„Na ich denke schon, dass es ein Thema ist. Natürlich, es zählt auch zu den Aktivitäten des täglichen Lebens. Das ist ja auch ein Bedürfnis die Sexualität.“

Mit dem Verständnis der Pflegepersonen, dass die Sexualität der Patienten und Patientinnen eine Rolle spielt, wird dem mehr Raum gegeben. So kann dem Patienten bzw. der Patientin, der/ die sexuell motiviertes Verhalten ausübt, mit Nachsicht begegnet werden.

„Aber auch ein alter Mensch hat gewisse Sexualität und lebt sie auch irgendwo aus. Eben durch das greifen. Aber es kommt auch auf den Typus des Patienten beziehungsweise des alten Menschen darauf an, aber ganz weg ist sie auch nicht. Auch bei Behinderten hast du das, dass sie halt greifen.“

Mit dem Wissen, dass mental retardierte Personen ihre Sexualität sehr expressiv ausleben, kann das Pflegepersonal, diesen natürlichen Vorgang akzeptieren.

„Einmal war ein behinderter Junge da, der war wirklich stark geistig behindert und körperlich auch. Das onanieren ist bei denen ja wirklich sehr ausgeprägt. Der wollte sich auch immer auf meinen Schoß setzen und so, aber der war ja behindert, das hat man anders ausstellen müssen. Der hat nichts dafür gekonnt, dass er die Gefühle genauso hat. Man hat halt die Pflege gemeinsam gemacht. Man hat ihm immer wieder die Windelhose angezogen, die er sich immer ausgezogen hat (lacht). Aber es war jetzt nicht, dass ich gesagt hätte: ‚Ich kann mit dem Patienten nichts machen.‘ Nur weil er sich befriedigt? Das war halt aufgrund der Behinderung.“

Ein Weiterer Aspekt, der bei der Betrachtung der Situation nicht fehlen darf, ist die Grunderkrankung der Patienten und Patientinnen. Wenn das Krankheitsbild für die Wesensveränderung und dem daraus resultierenden sexuell motivierten Verhalten verantwortlich gezeichnet werden kann, wird dem Verhalten nachgesehen.

„Ich meine, das ist auch das Krankheitsbild. Man kann es ihnen nicht wirklich so übel nehmen, weil es auch das Krankheitsbild macht, dass sie irgendwie so werden.“

Die Reaktion auf sexuell motiviertes Verhalten von nicht orientierten Patienten oder Patientinnen fällt milder aus. Dennoch wird in Zukunft dem Patienten oder der Patientin mit mehr Achtsamkeit begegnet, manchmal auch mit der Unterstützung der Kollegen und Kolleginnen.

„Das prallt ab. Diese Berührung hat nicht stattgefunden. Es ist nichts anderes, als ob ich gegen die Tür renne. Das nehme ich mir nicht. Das ist nicht meins. Die wird zurückgelegt die Hand. Du kannst ja nicht einen wechselnd orientierten Menschen grob die Hand weghauen. Ich meine, der weiß das ja gar nicht. Legst sie einfach zurück und dann schützt du dich einfach. Ich habe dann geschaut, dass wenn ich zu ihm gegangen bin: Wo hat er seine Hände? Und habe dann einfach schon seine Hände genommen, dass ich gar nicht mehr dem ausgesetzt war. Wir sind dann auch schon zu zweit gegangen und dann hat man gewusst, der Mann kann den Trieb nicht mehr kontrollieren.“

Persönlicher interner Prozess

An dieser Stelle sollen jene Pflegepersonen Beachtung finden, die Situationen mit sexuell motiviertem Verhalten in ihrem Inneren bearbeiten. Die Einen geben von jenen Erlebnissen nichts preis und andere haben erst nach einer gewissen Zeit die Möglichkeit in eher bruchstückhafter Weise darüber zu reden. Es wurde davon gesprochen, dass das Ereignis in der Pflegeperson ruht und es vermeintlich keine Bedrohung darstellt.

„Naja, wie ich damit umgegangen bin. Ich habe es dann in diesem Fall einfach ruhen lassen.“

Aus Mangel einer Alternative, wird das Erlebnis mit sexuell motiviertem Verhalten mit sich selbst ausgemacht.

„Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn du dir selber nicht hilfst und dich selber nicht aufbaust zum Teil, werden die anderen dich auch nicht aufbauen. Eher liegt das bei dir selber, dass du selbst irgendwie an was schönes denkst oder nur kurz innehältst und tief durchatmest und denkst: ‚Vergiss es!‘.“

Erst wenn die Geschehnisse mit sich allein ausgemacht wurden, ist die Kraft vorhanden mit anderen Personen darüber zu reflektieren.

„Ich glaube auch, das man das erst mit sich selbst bearbeiten muss und dann kann man vielleicht drüber reden, mit mehreren Personen.“

Die individuellen Erlebnisse im privaten sowie beruflichen Bereich haben einen enormen Einfluss beim Umgang und der Bewältigung von Erlebnissen mit sexuell motiviertem Verhalten. Zu einem unbestimmten Zeitpunkt kann es einen Auslöser geben, der einen ersten Anstoß geben kann, Erlebnisse mit sexuell motiviertem Verhalten zu bearbeiten.

„Also wie gesagt, bei mir ist das Thema in letzter Zeit wieder aktuell geworden, eben die Aufarbeitung. Es gibt so Phasen im Leben wo man konfrontiert wird mit unerledigten Dingen. Also Zeiten oder Themen, die zu bestimmten Zeiten auftreten und bearbeitet werden müssen. Und wenn das passiert, dann tauchen sie halt noch einmal auf. Das war bei mir bedingt durch den Stress im letzten Jahr. Da war das eben wieder präsent. (Pause) Ich hätte wahrscheinlich vor einem Jahr nicht darüber gesprochen.“

Ein Grund warum nicht über das sexuell motivierte Verhalten gesprochen wird, ist, dass es nicht als solches Verhalten erkannt wird. Die Ursache könne im Eigenschutz liegen oder in der Abhärtung bzw. Abstumpfung im Laufe der Berufsjahre in der Pflege.

„Im Krankenhaus werden viele intime Sachen offen gezeigt. Wie zum Beispiel die Harnflaschen, wenn der Patient aufgedeckt da liegt, das Klo usw. Diese Sachen sind halt offen zu sehen und das hat dann halt auch damit zu tun, dass man irgendwie vielleicht abhärtet. Auch im Begriff mit der Belästigung jetzt. Dass man das dann halt nicht mehr so sieht, wenn man einmal arbeitet. Eigenschutz, Abhärtung, Abstumpfung!“

Das Unvermögen sexuell motiviertes Verhalten zu erkennen, weil es in das Weltbild nicht hineinpasst, ist eine Grundhaltung

„Ich gehe doch immer eher in meiner eigenen Welt. Ich muss immer sehr viel denken. Ich bin ja ein Mensch, der immer denkend geht und damit überreißt du ja die Hälfte nicht. Das hat auch einen gewissen Vorteil. Man kann mich fast nicht beleidigen, weil ich es ja einfach nicht überreiße und ich mit meiner eigenen Welt beschäftigt bin. Und wenn es notwendig ist, mich einem Gegenüber zuwende.“

4.3.3 Kollegiales Umfeld

Wenn vom kollegialen Umfeld gesprochen wird, sollten die unterschiedlichen Charaktere unter den Kollegen und Kolleginnen berücksichtigt werden, sowie die unterstützende Funktion, die sie inne haben.

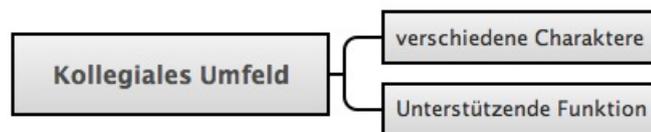


Abbildung 12: Kollegiales Umfeld

4.3.3.1 Verschiedene Charaktere

Im kollegialen Umfeld gibt es ebenfalls unterschiedliche Charakterstrukturen in den

verschiedensten Ausprägungen. Das beeinflusst maßgeblich das Arbeiten und die Interaktion im Team. In einem Team, in dem man respektvoll und unvoreingenommen miteinander umgeht, fällt der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten leichter.

Irgendwann glaubt man seine Kollegen und Kolleginnen zu kennen und zu wissen wie gewisse Ereignisse aufgefasst werden. Dann kann es passieren, dass die Pflegeperson nicht für voll genommen wird, nachdem über sexuell motiviertes Verhalten berichtet wurde.

„Sowohl als auch. Man hat gewusst welche hysterisch reagiert und bei welcher du das als wahr annehmen kannst. Allgemeinen, wenn etwas passiert, dann hat man sich aufmerksam gemacht: ‚Pass auf, der ist soundso gewesen.‘ ‚Geh, Blödsinn, bei mir nicht.‘ ‚Oh ja, das ist mir auch passiert.‘“

Ebenso kann es vorkommen, dass nach dem Bericht eines Vorfalls mit sexuell motiviertem Verhalten, die Kollegen und Kolleginnen mit Gelächter reagieren.

„Aber das habe ich dann irgendwie schon erzählt und dann haben sie alle gelacht.“

Das Verhalten der Betroffenen ändert sich auch langfristig den Kollegen und Kolleginnen gegenüber, wenn diese mehrfach nicht adäquat, im Sinne der betroffenen Pflegeperson reagieren. Aus Eigenschutz, wird gegenüber den Kollegen und Kolleginnen das Thema sexuell motiviertes Verhalten nicht mehr erwähnt.

„Entweder kommst du in den Verruf, du hältst nichts aus, du verträgst ja eh nichts oder du machst aus der Mücke einen Elefanten und man glaubt dir nicht. Und dann sagt man nichts mehr. Also sowohl als auch.“

Auch wenn empathische Kollegen und Kolleginnen spüren, dass etwas nicht stimmt, können diese nicht wissen, ob sich etwas Privates oder Berufliches hinter dem veränderten Verhalten verbirgt. Dazu ist es notwendig, dass miteinander gesprochen wird.

„Es waren aber nicht alle vom Typus her gleichkomme, dass sie sofort darüber reden konnten. Du hast nur bemerkt es war was, weil sie das Verhalten geändert haben. (...) Was man nicht weiß, macht einen nicht heiß. Wenn er noch irgendwelche Eheprobleme oder Schulprobleme der Kinder hinzugekommen sind, ist es schwierig. Ansprechen möglicherweise, aber du bist dann womöglich nicht auf das Thema bekommen. Das siehst du nicht, wenn da etwas nicht sauber abgelaufen ist.“

Damit das kollegiale Umfeld in unterstützender Weise reagieren kann, ist es von Nöten, dass das Geschehene kommuniziert wird uns somit nicht bis zur nächsten Schicht wieder vergessen ist.

„Ich glaube nicht, dass alle Kolleginnen so offen damit umgehen wie ich. Ich habe jetzt nicht das Gefühl, dass es mehr wird oder öfter passiert, aber es passiert halt immer wieder. Ich

weiß nicht, ob es alle so erzählen wie ich und wahrscheinlich wird auch viel passieren, was ich nicht weiß. Wir sind ein großes Team, man sieht nicht alle so regelmäßig. Wenn etwas passiert, dann ist es vielleicht in dem Dienst noch aktuell und bis zum nächsten hast du das eh schon wieder vergessen.“

4.3.3.2 Unterstützende Funktion

Die Unterstützung von Kollegen und Kolleginnen reicht vom bloßen Zuhören, über das Geben von Ratschlägen bis zum Tauschen des Dienstes.

Wenn noch unerfahrenen Pflegepersonen mit erfahrenen Pflegepersonen über das sexuell motivierte Verhalten von Patienten bzw. Patientinnen sprechen, wird das Verhalten der Patienten und Patientinnen aus professioneller Sicht versucht zu erklären. Somit wird das Geschehene für die noch unerfahrene Pflegeperson greifbar gemacht und es führt zu mehr Verständnis für die Patienten und Patientinnen.

„Ich habe das halt dort auch gleich besprochen und die haben gemeint, dass das schonmal vorkommen kann. Dass halt viele ältere Menschen auch glauben, dass wenn sie eine Person immer gewohnt sind, die dann halt kommt und sie pflegt und wenn dann irgendwann mal was anders ist, dass sie dann sehr eigen reagieren können.“

Die Kollegen bzw. die Kolleginnen hören zu und berichten über ähnliche Vorfälle mit dem Patienten bzw. der Patientin.

„Ja teilweise haben sie ähnlicher Erfahrungen mit ihm erzählt oder eben zugehört.“

Es kann immer wieder vorkommen, dass eine Pflegeperson mit dem einen oder anderen Patienten nicht gut zurecht kommt. In einem stabilen Team scheint es problemlos möglich zu sein, die Versorgung des Patienten bzw. der Patientin einem Kollegen oder einer Kollegin zu überlassen.

„Mit jedem Menschen kann man sowieso nicht. Es gibt Patienten, mit denen kannst Du nicht, wenn es wirklich ein Mann ist, was nicht geht, dann sag ich wirklich zum Kollegen: ‚Bitte machst du den das brauche ich nicht jeden Tag! ‘Und der Kollege macht das dann sicher, der dann kein Problem mit dem Patienten hat.“

Es gibt Teams, in denen keine Pflegepersonen länger zu unangenehmen Patienten und Patientinnen gehen muss. Die Verweildauer im Zimmer wird verkürzt und es wird unter den Kollegen und Kolleginnen rotiert.

„Schlussendlich, sie haben halt geschaut, dass halt immer wer anders hineingeht. Und eben auch kürzer drin bleibt, wie ich ja vorhin schon gesagt habe.“

Da unangenehme Patienten und Patientinnen weiter versorgt werden müssen, wird entweder unter den Kollegen und Kolleginnen getauscht oder zu zweit ins Zimmer des Patienten bzw. der Patientin gegangen.

„Dass wenn man einen wirklich extremen Patienten hat, dass man sich dann mit den Kollegen abtauscht. Das man mal mit der geht oder mit der geht.“

Trotz des hohen Arbeitsaufkommens, gibt es Stationen, auf den es immer wieder möglich ist, zu zweit ins Zimmer des Patienten bzw. der Patientin zu gehen, wenn eingangs sexuell motiviertes Verhalten aufgetreten ist.

„Wenn wirklich was vorkommt, dann schaut man, dass man nicht allein hingeh, sondern die Pflege zu zweit durchführt.“

Wenn keine andere Maßnahme, wie das Tauschen unter den Kollegen und Kolleginnen, geholfen hat, wurde im Team beschlossen, im Falle von bereits aufgetretenen sexuell motiviertem Verhalten, zu zweit zu gehen.

„Wir sind dann auch schon zu zweit gegangen und dann hat man gewusst, der Mann kann den Trieb nicht mehr kontrollieren. Das hat aber im Team den Stellenwert gehabt und aus.“

4.4 Konsequenzen

Folgend sollen mögliche Konsequenzen aufgezeigt werden. Es werden die Konsequenzen für die Patienten und Patientinnen, die sexuell motiviertes Verhalten an den Tag gelegt haben, dargestellt. Außerdem werden Maßnahmen vorgestellt, die im Falle von sexuell motiviertem Verhalten eingesetzt werden können, um solch ein Verhalten einzudämmen. Des Weiteren werden mögliche Folgen, nämlich Angst und Meidung, auf sexuell motiviertes Verhalten genannt.

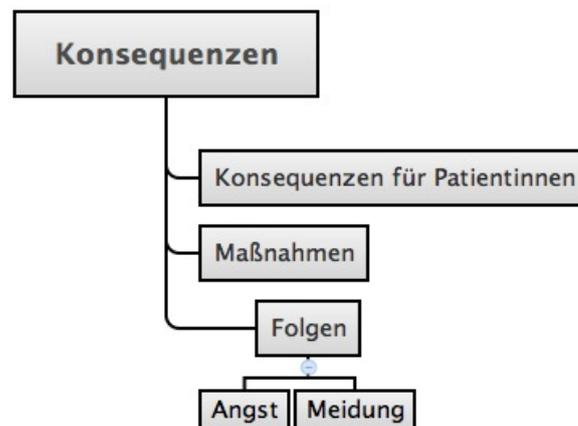


Abbildung 13: Konsequenzen

4.4.1 Konsequenzen für die PatientInnen

Es gibt Stationen auf denen, sobald sexuell motiviertes Verhalten aufgetreten ist, ein Meeting einberufen wird. Es wird in diesem Meeting eine einheitliche Vorgehensweise besprochen und somit kann dem Patienten bzw. der Patientin mögliche Konsequenzen aufgezeigt werden.

„Dann hat man ein extra Meeting einberufen: was macht man, wie geht man vor und da ist unter anderem auch mit Konsequenzen gedroht worden, dann wirst du womöglich aus dem Heim verwiesen, du musst in ein anderes Zimmer verlegt werden oder es kommt nur noch dieser Pfleger.“

Ein immer wiederkehrender Fakt ist, dass nur die nötigsten Pflegeleistungen verrichtet werden, wenn dieser Patient bzw. diese Patientin Pflegepersonen sexuell motiviertes Verhalten entgegenbringt. Das Ziel dabei ist, die unangenehme Situation auf ein Mindestmaß zu verkürzen, die anstehende Arbeit jedoch durchzuführen.

„Man ist ja bestrebt unangenehme Situationen zu verhindern, die sucht man sich ja nicht aus. Dann geht man ja doch eher daher und macht nur das Notwendigste, dann ist man fertig und man ist auf der sicheren Seite und hat sich nichts vorzuwerfen.“

Auch diese Pflegeperson beschreibt das schnellere Verrichten der Pflegeleistungen bei Patienten und Patientinnen, bei denen sich unwohl gefühlt wird, um so schnell wie möglich aus der Situation wieder zu entfliehen.

„Sicher, man wird, sag ich mal, mit der Grundpflege ein bisschen, wenn ich mich bei einem Patienten nicht wohl gefühlt habe, dann habe ich versucht ein bisschen schneller zu waschen, Körperpflege durchzuführen. Das ist sicher mit der Zeit dann ein bisschen knapper dann geworden, wenn es mir zu unangenehm war.“

Es wird die unangenehme Tätigkeit verkürzt, aber nicht der generelle Aufenthalt beim Patienten bzw. der Patientin. Unangenehme Handlungen können beispielsweise die Intimhygiene oder das Anlegen eines Urinkondoms sein.

„Ich meine natürlich versuchst du die Handlung an sich natürlich schnell zu machen, einfach um die Situation zu verkürzen. Einfach nur diese eine Handlung, das Anlegen des Urinkondoms. Ansonsten habe ich mir genauso viel Zeit für den Patienten genommen wie bisher und nicht irgendwie versucht schnell von ihm weg zu kommen.“

Die Pflege wurde zügiger und dadurch bedingt eher achtlos vollzogen. Das führt zu mehr Grobheit im Kontakt mit den betreffenden Patienten und Patientinnen. Bemerkenswert an dieser Stelle, ist die Ehrlichkeit und das Vermögen des Reflektierens der Pflegeperson.

„Ich muss mal überlegen ob ich das auch gemacht habe. (Pause) Dieses eindeutige klare Berühren ist möglicherweise wesentlich härter geworden. Normalerweise geht man vorsichtig im Sinne von: man nimmt den Arm und führt ihn unterstützend. Aber man kann auch hinpacken oder hingreifen. Dieses eher schnell schnell und ein bisschen härter oder schneller abklatschen, was man früher gemacht hat oder das schnelle Einreiben, wo dann doch die Spannung der Haut nicht berücksichtigt worden ist oder vielleicht nicht die richtige Stellung und damit das entsprechend gemacht wird, nur um das durchzuführen, also ich würde schon sagen, ja.“

Um das sexuell motivierte Verhalten beim Patienten einzudämmen, wurde das erkaltete Wasser für die Körperpflege nicht durch warmes Wasser ersetzt. Aber auch diese Maßnahme hatte auf manche Patienten und Patienten keinen Eindruck hinterlassen.

„Bei manchen hast du das als Vorwand genommen, um das schnell schnell zu machen. Das hat nicht unbedingt geheißen, das du das Wasser gewechselt hast, sprich wieder warmes nachgefüllt hast. (Pause). Conclusio: es hat schon Auswirkungen gehabt auf den Patienten. Aber das hat manche nicht gehindert trotzdem mit zotigen Witzen zu schmücken oder manchen Schwestern auf den Arsch zu klopfen. Für die ist es ja nicht so schlimm. Die machen sich einen Spaß daraus, die sehen das nicht als Belästigung oder als Übergriff.“

Das sexuell motivierte Verhalten tritt vermehrt bei der Körperpflege des Patienten bzw. der Patientin auf. Daher scheint es naheliegend, dass der Patient bzw. die Patientin nach einem Vorfall mit sexuell motiviertem Verhalten die Körperpflege selbst durchzuführen hat.

„Ich meine das, was schon arg gewesen ist, man hat den Patienten selber machen lassen. Dann hast du ihn halt die Waschschüssel und den Waschlappen hingelegt und er sollte sich selber waschen und bist nach 20 Minuten wieder rein.“

Wenn es der Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin zulässt, wird eine schnelle Entlassung angestrebt, um sich der unangenehmen Person zu entledigen, wenn diese massiv die Grenze überschritten hat.

„Aber ich glaube, dass man heute schon den Patienten entlässt, wenn es geht. Entsprechend der Verfehlung.“

Wenn eine unverzügliche Entlassung nicht möglich ist, ist es zur heutigen Zeit möglich, nur noch männliches Pflegepersonal zu dem Patienten zu schicken, da es zunehmend auch männliches Pflegepersonal gibt.

„Wie ich die Haltung im Haus kenne, würden sie es so regeln, dass sie gleichgeschlechtliche Pflegepersonen hin schicken. Das wäre heute möglich. Wenn man den Patienten aus irgendeinem Grund nicht entlassen kann.“

Zur damaligen Zeit hat man, wenn der Patient nicht unverzüglich entlassen worden ist, sich weitere Maßnahmen zur Eindämmung einfallen lassen. Sexuell motiviertes Verhalten wurde gerade in geistlichen Krankenhäusern streng geahndet.

„Also da hat es nichts gegeben. Sobald es sein gesundheitlicher Zustand irgendwie erlaubt hat, ist der entlassen worden. Ich weiß nicht, was wir gemacht hätten, wenn man ihn nicht hätte entlassen können. Wahrscheinlich hätten sie dann die OP-Gehilfen hin geschickt zur Körperpflege. Also da ist ihnen schon etwas eingefallen.“

Wenn bekannt geworden ist, dass ein bestimmter Patient bzw. eine bestimmte Patientin die Grenze der Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten überschreitet, ist man achtsamer im Umgang mit dem Patienten bzw. der Patientin, um sich als Pflegeperson zu schützen.

„Ich habe dann geschaut, dass wenn ich zu ihm gegangen bin: Wo hat er seine Hände? Und habe dann einfach schon seine Hände genommen, dass ich gar nicht mehr dem ausgesetzt war.“

Es hat keine rechtlichen Konsequenzen für desorientierte Patienten und Patientinnen, weil diese aus professioneller Sicht wahrgenommen werden und die persönlichen Empfindungen in den Hintergrund gestellt werden.

„Ich meine, willst Du einen alten Menschen anzeigen nur weil er dich sexuell belästigt hat? Nicht wirklich (lacht), was soll das bringen? Man kann sicher mit den Kollegen ausmachen: ‚Du, mir ist das passiert, das ist mir jetzt unangenehm, können wir vielleicht in Zukunft schauen, dass ich dann nicht mehr hinein muss? ‘Aber was willst Du machen, du kannst ja einen Alzheimerpatienten oder einen sonst verwirrten Menschen nicht einfach vor die Tür setzen, na der kann da nichts dazu.“

4.4.2 Maßnahmen

Es folgt eine Kette von Maßnahmen, die in der Praxis bei sexuell motiviertem Verhalten eingesetzt werden: Unmittelbar in der Situation mit dem Patienten bzw. der Patientin wird in entsprechender Art und Weise geantwortet.

„Naja, ich habe das erste Mal schon gesagt: ‚Das geht so nicht, wenn es nochmal vorkommt, dann hat es Konsequenzen.“

Daraufhin wird der Vorfall zuerst mit ein bis zwei Kollegen und Kolleginnen besprochen.

„Also man hat schon thematisiert, aber nicht groß Wetter gemacht. Man hat das eher im Zweier- beziehungsweise Dreiergespräch besprochen (...).“

Das kann ein Kollege bzw. eine Kollegin gewesen sein. Die Stationsleitung ist oftmals ein erster Ansprechpartner im Falle eines Erlebnisses mit sexuell motiviertem Verhalten.

„Dann geht man zur Stationsschwester und bespricht es mit ihr.“

Die Dokumentation des Vorfalles in der Patientenakte gilt einerseits der Absicherung und als Information bzw. Warnung für die Kollegen und Kolleginnen.

„Man sollte schon Dokumentieren, damit die anderen das auch wissen und man mir nichts kann.“

Wenn das grenzverletzende Verhalten wiederholt auftritt, wird ein Meeting einberufen.

„(...) und wenn es dann noch einmal passiert ist, dann hat man ein Meeting einberufen.“ „Man hat sich die Kollegin angehört. Wenn es einem zweiten Kollegen auch passiert ist, (...) dann hat man ein extra Meeting einberufen.“

In dem Meeting werden weitere Maßnahmen und mögliche Konsequenzen für den Patienten bzw. die Patientin besprochen. Dazu zählen der Verweis aus der Einrichtung, das Verlegen in ein anderes Zimmer sowie das Drohen mit einer männlichen Pflegeperson.

„(...) was macht man, wie geht man vor und da ist unter anderem auch mit Konsequenzen gedroht worden: ‚Dann wirst du womöglich aus dem Heim verwiesen, du musst in ein anderes Zimmer verlegt werden oder es kommt nur noch dieser Pfleger.‘.“

Da es in einem Akutspital nicht immer möglich ist, Patienten und Patientinnen unverzüglich nach deren Fehlritten zu entlassen oder zu versorgen, hat man heute eher die Möglichkeit eine männliche Pflegeperson zum Patienten bzw. zur Patientin zu schicken.

„Also wirklich Sanktionen in dem Sinn(...) in einem Akutspital (...) ich meine du kannst sie ja nicht einfach nach Hause schicken oder du kannst sie deshalb nicht schlechter versorgen oder so. Wir haben im Team relativ viele Männer. Und wenn es sich dann einrichten lässt, haben wir versucht, dass wir einen der Kollegen dann hinein schicken.“

Dann ist man zu zweit zu den Patienten bzw. der Patientin gegangen, um pflegerische Maßnahmen durchzuführen.

„Und dann sind wir zu zweit schon hingegangen, aber das war auch nicht besser.“

Wenn die Maßnahmen zu keiner Verhaltensänderung beigetragen haben, haben sich Pflegepersonen geweigert den Patienten bzw. die Patientin weiter zu betreuen.

„Und da habe ich mich halt geweigert zum Hingehen, das sag ich sehr wohl.“

Die Stationsleitung hat die Möglichkeit mit dem Patienten bzw. der Patientin ein klärendes Gespräch, auch im Beisein der betroffenen Pflegeperson, zu führen.

„Dann wird der Patient (...) angeredet, dass das eben nicht so geht. Wenn ich zu sehr eingeschüchtert wäre und mich selbst nicht traue den Patienten darauf anzureden, dass ich dann in Begleitung mit der Stationschwester zu dem Patienten gehen würde.“

In Fällen, bei denen die Pflege nichts ausrichten konnten, wird das ärztliche Personal hinzugezogen, welches eine Verwarnung aussprechen kann.

„Und wenn es dann massiver ist, das ist jetzt vielleicht traurig, aber dann wird von ärztlicher Seite nochmal mit dem Patienten gesprochen, weil das hat dann meistens mehr Nachdruck als wenn nur die Pflege kommt.“

Wenn der Primar hinzugezogen wird, hat dieser die Möglichkeit, eine unverzügliche Entlassung anzuordnen, vorausgesetzt der Gesundheitszustand des Patienten bzw. der Patientin erlaubt diese Maßnahme.

„Also ich weiß, da hat es zwei, drei Geschichten gegeben. Da ist eben der Primar gekommen und hat ihn so bald es geht entlassen. Aus, das war´s.“

Die Möglichkeit des Hinzuziehens eines Psychologen bzw. einer Psychologin hat den Vorteil, dass sich dann nicht weiter mit dem Patienten bzw. der Patientin auseinandergesetzt werden muss.

„Na der geht bei uns zur Psychologie (lacht). Da können Sie sicher sein. Ob er will oder nicht. Da gehört 100%ig eine Begutachtung. Ich weiß nicht, ob ich mich mit dem weiter auseinandersetzen täte. Das ist eine Frage der Ressourcen.“

Prinzipiell gibt es die Möglichkeit der Supervision auf den Stationen, nur scheint es eher schwierig, dass ein Psychologe bzw. eine Psychologin an der Supervision teilnehmen kann.

„Also ich habe die Erfahrung gemacht, es gibt die Möglichkeit zur Supervision. Wenn es auf der Station einen Psychologen gibt, ist der meist mit anderen Sachen beschäftigt.“

Die oben beschriebenen Maßnahmen werden nur im Idealfall durchgeführt. Zuerst muss darüber gesprochen werden, sodass weitere mögliche Schritte in Betracht gezogen werden können. Selbst wenn das der Fall ist, braucht es die nötigen Ressourcen, um solch einen Weg bis zum Ende zu gehen.

„Na es kann dann vermerkt werden oder wenn es halt ärger ist, dass der Arzt informiert wird. Und wenn es ganz extrem ist, kann er halt auch eine Verwarnung kriegen. Aber wenn er Hilfe braucht, bist du ja verpflichtet, dass du ihm Hilfe gibst. Also so einen Fall habe ich noch nicht gehabt. Aber eine Verwarnung vom Primar kann es schon geben und dass es halt schriftlich dokumentiert wird. Stellt sich mir die Frage: Hat es zu wenig Übergriffe gegeben oder hat man es zu locker genommen? Aber den Aufwand muss man sich dann auch immer antun, was kaum wer macht.“

Vielleicht ist der gefühlte Aufwand zu groß, weshalb leitende Pflegepersonen Vorfälle mit sexuell motiviertem Verhalten versuchen klein zu halten.

„Ich kenne auch leitende Personen, die das lieber unter den Teppich kehren (...).“

4.4.3 Folgen

Zu den Folgen auf sexuell motiviertes Verhalten in der Pflege zählen die Ängste, die aufgrund solcher Erlebnisse entwickelt werden können und die Meidung von Situationen und Personen aufgrund der Angst.

4.4.3.1 Angst

Das Thema Angst kehrt in den verschiedensten Facetten immer wieder. Nach einem Erlebnis mit sexuell motiviertem Verhalten in der Pflege können betroffene Pflegepersonen verschiedene Ängste in unterschiedlichen Ausprägungen entwickeln, die ihren Arbeitsalltag mehr oder weniger beeinflussen.

Nach einem Erlebnis mit sexuell motiviertem Verhalten können Pflegepersonen lähmende Angst vor einem wiederkehrenden Ereignis in einem beliebigen Zimmer eines Patienten bzw. einer Patientin entwickeln. Diese Angst macht sie angreifbarer, weil sie von der Angst so überwältigt werden, dass sie sich im Falle einer erneuten Grenzverletzung nicht wehren können.

„Da habe ich ein Problem, da ziehe ich mich zurück, da werde ich ganz klein. Da kann ich mich nämlich nicht wehren, weil die Angst habe ich dann, dass es wiederkommt.“

Die Berührungsangst besonders bei der Intimhygiene macht es den betroffenen Pflegepersonen schwierig den Pflegealltag zu bewältigen, denn es ist nicht immer möglich unangenehme Situationen auszuweichen.

„Also in meiner Zeit kann ich mich nicht daran erinnern, dass jemand deswegen aufgehört hätte. Aber die haben oft Berührungsangst dem Menschen gegenüber, sie haben schon Mühe dass sie jemanden waschen, sie haben schon Mühe dass sie jemand eine Einlage geben oder intim pflegen. Bei einer Frau den Busen hochheben und darunter waschen, auch das macht einigen Probleme.“

Auch lehrende Pflegepersonen haben Angst vor der Auseinandersetzung mit der Thematik des sexuell motiviertem Verhaltens. Es werden die Augen verschlossen, damit man sich nicht damit auseinandersetzen muss. Das hat jedoch weitreichende Folgen, vor allem für das auszubildende Pflegepersonal.

„Es gibt immer Einzelpersonen, die es thematisieren, aber dass es wirklich Inhalt bekommt in Form von Stunden oder vielleicht ein Projekt oder irgendeiner Aufarbeitung. Ich habe

halt früher zeichnen lassen, oder Gedichte machen lassen. Und die Erfahrung, die sie alle gehabt haben, verarbeiten lassen. Ich habe versucht zu öffnen und dann ist es gesprudelt. Ich glaube, dass es genügend meiner KollegInnen gibt, die davor Angst haben, was da alles kommt. Dann muss ich mich nicht nur mit dem auseinandersetzen sondern auch mit mir. Also beschränkt man sich auf das Notwendigste, auf die Struktur und den Rahmen und das reicht dann, denn bisher hat es ja auch gereicht.“

Es kann natürlich ebenso zutreffen, dass in der Situation mit sexuell motiviertem Verhalten Angst verspürt wurde, was jedoch nicht in einer generellen Angst vor solchen Situationen geendet ist.

„In der Situation habe ich schon Angst gehabt. Aber ist jetzt nicht gewesen, dass ich am nächsten Tag nicht mehr hineingegangen wär oder schweißgebadet. Ich kann mich nicht erinnern, dass ich wegen eines Grenzübergreifens nicht mehr arbeiten gegangen wäre. Ich habe vor dem Fliegen angst, aber vor so etwas? (lacht).“

4.4.3.2 Meidung

Generell ist man bestrebt unangenehmen Situationen zu entkommen. Daher ist die Meidung eine naheliegende Methode, die in der Pflege jedoch nicht immer leicht zu bewerkstelligen ist. Im ambulanten Pflegebereich besteht die Möglichkeit den Patienten bzw. die Patientin zu meiden.

„Ich habe mir damals wirklich, bin da wirklich rückwärtsgeflogen und habe das Glück gehabt, dass ich mir nichts gebrochen habe und auch, dass er sich nichts gebrochen hat. Und da habe ich mich halt geweigert zum Hingehen, das sag ich sehr wohl. Ich meine, in der Hauskrankenpflege geht das schon.“

Nach einem Vorfall mit sexuell motiviertem Verhalten im ambulanten Bereich, wurde die Familie und der behandelnde Arzt des Patienten unmittelbar über das zukünftige Fernbleiben von der Pflegeperson persönlich informiert. Im stationären Bereich wäre eine völlige Meidung des Patienten bzw. der Patientin nicht möglich. Überdies fand die Pflegeperson auch Rückhalt von der Vorgesetzten.

„Dann habe ich die Tochter und den Arzt angerufen, dass ich nicht mehr komme, weil das habe ich einfach nicht notwendig.(...) Das ist mir allerdings in der Hauskrankenpflege passiert und ich habe es damals meiner Chefin gleich gemeldet und sie hat gesagt, dass es mein Recht ist, dass ich dann sag: ‚Ich mag nicht mehr hingehen.‘“

Mit mehr Erfahrung im Beruf kann sich eine weitere Pflegeperson vorstellen, in den Bereich der ambulanten Pflege zurückzukehren. Die Meidung im ambulanten Pflegebereich ist nur für einen begrenzten Zeitraum geplant.

„Und weil ich dann auch gesagt habe, mit meinen 26 Jahren (...). Ich brauche dann halt auch mehr Erfahrung. Und vielleicht wäre es auch nicht so gut, wenn da eine Junge daherkommt.“

Deswegen war das für mich jetzt nicht so interessant. In späteren Jahren könnte ich mir das dann vielleicht vorstellen in die Hauskrankenpflege zu gehen. Mit 40 Jahren oder so (lacht).“

Die Betreuung und Pflege eines Patienten wird als gefährlich eingestuft. Zum Schutz der eigenen Person wird dieser Patient gemieden.

„Der hat mich auch geschafft, das war mir einfach zu viel. Da habe ich mich geweigert, und gesagt: ‚Nein so nicht, unter dieser Gefahr arbeite ich nicht.‘“

Als letzter Schritt kann das Meiden des Berufsfelds Pflege angesehen werden. Wenn die Arbeit im Pflegebereich nicht mehr bewältigt werden kann und ein Burnout im Raum steht, scheint es die einzige bleibende Möglichkeit zu sein, um dem zu entfliehen.

„Manchmal ist es sehr schwer. Die Arbeit an sich ist nicht so (*schwer*], aber das Rundherum macht es in diesem Pflegeberuf so schwer. Und wenn du dann auch solche Patienten noch mehr hast, die deine Energie saugen, dann ist vermehrt, dass die Leute sagen: ‚Ich kann nicht mehr, ich will nicht mehr.‘ Und dann eben auch ihren Job wechseln und ein Burnout kriegen.“

4.5 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Das Erklärungsmodell soll veranschaulichen, welche Faktoren einen Einfluss auf den Umgang des Pflegepersonals mit sexuell motiviertem Verhalten haben und welche Zusammenhänge, zum derzeitigen Forschungsstand, vermutet werden.

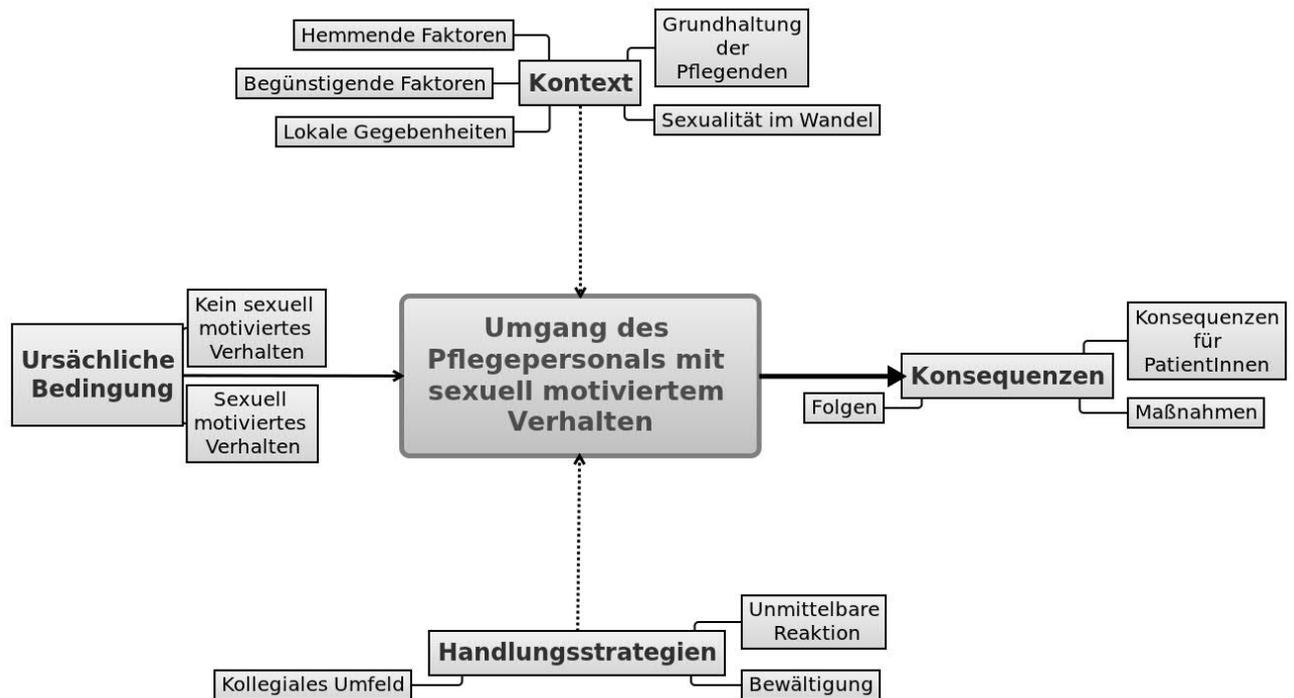


Abbildung 14: Modell vom Umgang der Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten von PatientInnen

Die einzelnen Faktoren gruppieren sich um das zentrale Phänomen, nämlich den Umgang der Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten ausgehend von den Patienten bzw. Patientinnen. Dabei wirkt die *Ursächliche Bedingung* direkt auf das zentrale Phänomen ein und führt unter Beeinflussung des *Kontexts* und der *Handlungsstrategien* direkt zu den *Konsequenzen*.

Die *Ursächliche Bedingung* wird in sexuell motiviertes Verhalten und kein sexuell motiviertes Verhalten unterteilt. Es gibt Pflegepersonen, die beispielsweise einen erigierten Penis grundsätzlich als sexuell motiviertes Verhalten empfinden und andere wieder nicht. An dieser Stelle wurde versucht, alle in den Interviews erwähnten Formen von sexuell motiviertem Verhalten abzubilden. Dabei ist *kein sexuell motiviertes Verhalten* stark kontextabhängig und bezieht sich allgemein auf die *lokalen Gegebenheiten* und die *Grundhaltung der Pflegenden*.

Der *Kontext* beinhaltet jene Aspekte, die auf den *Umgang* einen Einfluss haben können.

Dazu gehören die *lokalen Gegebenheiten*, denn beispielsweise im Krankenhaussetting wird das sexuell motivierte Verhalten anders als in der Hauskrankenpflege aufgefasst, wodurch sich die *Handlungsstrategien* anpassen und sich die *Konsequenzen* danach richten. Ebenso ist die *Grundhaltung der Pflegenden* maßgeblich für den *Umgang*. Die persönliche Einstellung zum Menschen und zum Pflegeberuf, genauso wie jegliche individuelle Erfahrungen der einzelnen Pflegepersonen, beeinflussen die *Handlungsstrategien* und daraus resultierend den *Umgang*. Aufgrund der unterschiedlichen Berufserfahrung und des Alters der Pflegepersonen sollte die *Sexualität im Wandel* betrachtet werden. Zur heutigen Zeit geht man mit der Sexualität in anderer Form um, was sich seit 1997 mit dem neuen Ausbildungsgesetz auch in der Pflegeausbildung bemerkbar machen sollte. Außerdem wurden Faktoren herausgearbeitet, die hemmend bzw. begünstigend auf sexuell motiviertes Verhalten wirken können.

Die *Handlungsstrategien* werden in die *unmittelbare Reaktion* auf die jeweilige Situation und die *Bewältigung* im Allgemeinen unterschieden. Diese beiden Faktoren sind stark *kontextabhängig* und es spielt die Persönlichkeit der jeweiligen Pflegeperson eine entscheidende Rolle. Das *kollegiale Umfeld* nimmt einen großen Platz in der Bewältigung von sexuell motiviertem Verhalten ein, indem es meist eine unterstützende Funktion hat.

Die aus den vorangegangenen erläuterten Faktoren resultierenden *Konsequenzen* werden allgemein in *Folgen* und *Konsequenzen für die PatientInnen* unterteilt. Eine Folge für die Pflegepersonen kann Angst resultierend aus sexuell motiviertem Verhalten seitens der Patienten bzw. Patientinnen sein. Das kann eine unzureichende Versorgung der Patienten und Patientinnen zur Folge haben und daraus resultierend kann es Folgen für die Institution haben. Unter Einbeziehung des *kollegialen Umfelds* werden mögliche *Maßnahmen* zum Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten auf institutioneller Ebene dargestellt, was jedoch die Kommunikation solcher Vorfälle voraussetzt.

5 Diskussion und Schlussfolgerung

In diesem Kapitel werden die bedeutendsten Erkenntnisse aufgrund des begrenzten Rahmens herausgegriffen und mit den Erkenntnissen aus der Literatur diskutiert.

Die Definitionen zu sexuell belästigendem Verhalten, die verwendeten Untersuchungsmethoden und der soziokulturelle Kontext differieren in den einzelnen Studien, die in Kapitel 2 beschrieben sind. Somit können keine eindeutigen Vergleiche angestellt werden.

Zudem stellte sich heraus, dass die Begriffe aus der Literatur, wie beispielsweise sexuelle Belästigung, sexuelle Nötigung oder missbräuchliches Verhalten, für die befragten InterviewteilnehmerInnen nicht zutreffend war. Es konnte mit Hilfe der InterviewteilnehmerInnen der Begriff sexuell motiviertes Verhalten herausgearbeitet werden, der weniger negativ konnotiert ist und die österreichische Kultur besser widerspiegelt.

Mit der Arbeitsdefinition in Kapitel 2.1.3 auf Seite 7 konnte über weite Strecken gut gearbeitet werden. Im Zuge der Auseinandersetzung mit den InterviewteilnehmerInnen und den gesammelten Daten, konnte festgestellt werden, dass es nicht nur um die Würde geht, sondern vielmehr um das persönliche Empfinden. Somit wurde all jenes Verhalten als sexuell motiviert klassifiziert, das die Pflegepersonen als solches in einer Situation empfunden haben.

Die Arten von sexuell motiviertem Verhalten, wie sie in der Literatur beschrieben sind, decken sich ungefähr mit den Aussagen der InterviewteilnehmerInnen. Die Einteilung von nonverbaler, verbaler und körperlicher sexueller Belästigung wie es Hibino et al. (2006) getan haben, deckt sich mit den Erkenntnissen dieser Arbeit. Lediglich das Stalking wurde in den Interviews nicht in diesem Zusammenhang erwähnt. Wenn von Stalking gesprochen wurde, fand eher eine Assoziation mit Gewalt statt.

Es gibt Pflegepersonen, denen die Erlebnisse mit sexuell motiviertem Verhalten gar nicht bewusst sind. Es haben sich Personen für ein Interview bereiterklärt, weil sie das Thema interessant finden und mit dem Wissen, dass sie womöglich nichts zur Thematik beitragen können. Einigen wurde erst in der Interviewsituation bewusst, dass sie bereits Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten von Patienten bzw. Patientinnen gemacht haben. Den einen war im Vorhinein nicht klar was sexuelle Belästigung bzw. sexuell motiviertes Verhalten beinhaltet und andere haben es schlichtweg nach eigener Aussage vergessen. Erst im Laufe des Interviews ist ihnen peu à peu immer mehr eingefallen, was sie selbst überrascht hat.

Somit ist es schwierig eine Aussage über die Häufigkeiten des Auftretens von sexuell motiviertem Verhalten zu treffen, weil viel bewusst und unbewusst im Verborgenen liegt. Davon

abgesehen, ist es schon aufgrund der qualitativen Methode und der zehn geführten Interviews nicht möglich, eine Aussage über die Häufigkeiten zu treffen.

Dass Bronner et al. (2003) und Çelik et al. (2007) einen Wert von rund 91% derer ermittelten, die Erfahrung mit (verbalen) sexuell motiviertem Verhalten gemacht haben, sollte aufmerksam machen. Mit einer angepassten Begriffsdefinition, scheint es durchaus möglich in diesem kulturellen Kontext ebenfalls ähnlich hohe Werte zu ermitteln. Wobei das individuelle Empfinden unbedingt Beachtung finden muss, weil eine Situation von zwei Pflegepersonen einmal als sexuell motiviert und einmal als nicht sexuell motiviert aufgefasst werden kann.

Die hervorgerufenen Emotionen, die von Bronner et al. (2003) in Tabelle 3 aufgelistet sind, decken sich zum Teil mit den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit. Die negativen Gefühle, wie Wut, Angst, ein Gefühl der Verlegenheit und Unbehagen, wurden auch von den InterviewteilnehmerInnen beschrieben. Von positiven Gefühlen im Zusammenhang mit sexuell motiviertem Verhalten hat niemand gesprochen. Die „Gleichgültigkeit“ lässt sich ebenfalls in den Aussagen der InterviewteilnehmerInnen finden. Eine Strategie der befragten Pflegepersonen ist es, das sexuell motivierte Verhalten zu ignorieren und eine gewisse Gleichgültigkeit an den Tag zu legen. Aus den Aufzeichnungen von Bronner et al. (2003) ist keine genauere Erläuterung zur „Gleichgültigkeit“ zu entnehmen, daher ist es nicht eindeutig, ob sich die Ergebnisse decken.

Einen wirklich interessanten Ansatz verfolgen Oweis und Diabat (2005), die beschreiben, dass Pflegepersonal eher die Schuld bei sich selbst suchen würde und somit das sexuell motivierte Verhalten als Teil der Arbeit betrachtet. Aufgrund der fehlenden Ausbildung seien sie der Meinung, dass ihnen die nötige Kraft fehle, sich dem sexuell motivierten Verhalten entgegenzustellen. Diese Aspekte decken sich mit einem Teil der Erkenntnissen dieser Arbeit. Abhilfe könnte auch an dieser Stelle eine adäquate Aus- bzw. Weiterbildung schaffen. Damit kann das Pflegepersonal lernen zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Außerdem wird nebenbei vermittelt, dass man über dieses Thema sprechen und wie professionell und offen damit umgegangen werden kann.

Adib et al. (2002) benennen Faktoren, die berücksichtigt werden sollten, wenn von sexueller Beschimpfung gesprochen wird. Folgende beeinflussende Faktoren decken sich mit den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit: das Alter und die Berufserfahrung der Pflegeperson sowie die schwere der Erkrankung des Patienten bzw. der Patientin. Das Alter und die Berufserfahrung der Pflegeperson gehen oft miteinander einher. Es gibt zwar auch Pflegepersonen, die im Erwachsenenalter eine Ausbildung zum bzw. zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn beginnen. Das fortgeschrittene Alter zu Berufsbeginn kann aufgrund der Lebenserfahrung und der damit verbundenen, womöglich differenzierteren, Sichtweise auf die

Dinge, ein Vorteil sein. Diesen Personen fällt womöglich das Erkennen von sexuell motiviertem Verhalten leichter bzw. sie haben bereits gelernt mit solchen Situationen umzugehen. Damit jugendliches Pflegepersonal in Situationen mit sexuell motiviertem Verhalten bestehen kann, bedarf es einer fundierten Ausbildung. In den letzten Jahren wird, laut Lehrplan, diese Thematik auch in den Schulen thematisiert. Dieser Ansatz lehrt die Pflegeschüler und -schülerinnen überhaupt zu erkennen. Einige InterviewteilnehmerInnen haben beschrieben, wie sie zum Schutz der jungen Kollegen und Kolleginnen als Mentoren gewirkt haben, indem sie die Pflege bei Patienten bzw. Patientinnen, die sich sexuell motiviert verhalten (könnten), gemeinsam durchführen. Nach den InterviewteilnehmerInnen sollte der Dialog zwischen dem erfahrenen und jungen KollegInnen weiter ausgebaut werden.

Der gesundheitliche Zustand des Patienten bzw. der Patientin, die sich vermeintlich sexuell motiviert verhält, spielt eine entscheidende Rolle. Wenn eine krankheits- oder medikamentenbedingte Wesensveränderung des Patienten bzw. der Patientin vorliegt, wird das Verhalten meist nicht als sexuell motiviert klassifiziert und wird professionell behandelt, es wird nicht persönlich genommen. Das könnte eine Erklärung dafür sein, dass Pflegepersonen behaupten, keine Erfahrung mit sexuell motiviertem Verhalten gemacht zu haben.

Ein weiterer Punkt, der in der Literatur bisher nicht erwähnt wurde, ist, dass das sexuell motivierte Verhalten in bestimmten pflegerischen Situationen gehäuft auftreten kann. Bei körperbetonten pflegerischen Tätigkeiten, wie der Lagerung, kann es leicht zum Berühren der Intimzonen der Pflegeperson kommen. Die Intimhygiene ist ebenfalls eine typische Situation, in der eine gegenseitige Grenzverletzung stattfinden kann. Dieses Wissen kann helfen, die Pflegepersonen besser auf solche Situationen, mittels geeigneter Strategien, vorzubereiten.

Eine häufige Strategie, wenn das sexuell motivierte Verhalten erkannt wurde, ist in Passivität zu fallen. Dazu zählen die Bewältigungsstrategien Ignorieren, nichts tun oder herunter spielen, die auch von Bronner et al. (2003), Çelik et al. (2007), Lobell (1999) und Hibino et al. (2006) beschrieben wurden. Es gibt jedoch auch Pflegepersonen, die bestimmt reagieren und den Patienten bzw. die Patientin mit dem sexuell motivierten Verhalten konfrontieren (Bronner et al., 2003; Lobell, 1999). In diesem Fall, wird der Patient bzw. die Patientin davon in Kenntnis gesetzt, dass es sich um ein Fehlverhalten handelt. Dieses Feedback an den Patienten bzw. die Patientin könnte zu einer Verhaltensänderung auf PatientInnenseite führen (Hibino et al., 2006). Eine weitere Möglichkeit auf sexuell motiviertes Verhalten zu reagieren ist die Meidung. Auch Hibino et al. (2006) sprechen vom Verlassen der Situation, den Patienten bzw. die Patientin ablenken, indem die Konversation auf ein anderes Thema gelenkt wird, sowie den Patienten bzw. die Patientin in Zukunft zu meiden. Dafür wird mit den Kollegen und Kolleginnen getauscht. Die Kollegen und Kolleginnen spielen bei der Bewältigung eine tragende Rolle. Diese sind oft

durch ihre Präsenz eine erste Anlaufstelle im Falle von sexuell motiviertem Verhalten (Bronner et al., 2003; Hibino et al., 2006; Lobell, 1999). Meist hören sie sich das Geschehene an und stehen beratend zur Seite. Oftmals wird auch getauscht und der Dienst eines Kollegen oder einer Kollegin übernommen. Wenn das Verhältnis zur Stationsleitung gut ist, wird auch diese als Anlaufstelle gewählt. Das ermittelten auch Çelik et al. (2007), Hibino et al. (2006) und Lobell (1999), letztgenannter ermittelte außerdem, dass in zwei von drei Fällen die Führungsebene keine Maßnahmen eingeleitet hat. Im Zuge dieser Arbeit kamen auch Führungspersonen zu Wort. Den einen war nicht bewusst, dass sexuell motiviertes Verhalten auf deren Station überhaupt vorkommt, weil ihnen nichts dergleichen kommuniziert wurde. Demnach gibt es auch keine Strategien, wie im Ereignisfall vorzugehen ist. Auf anderen Stationen vertritt die Führungsperson die Meinung, dass, wenn solch ein Ereignis an sie herangetragen wird, es vertraulich zu behandeln ist, um die Privatsphäre der betroffenen Pflegeperson nicht zu wahren. Das bedeutet, dass auf vielen Stationen kein offener Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten gepflegt wird.

Die negativen Auswirkungen von sexuell motiviertem Verhalten auf die Pflegeperson, wurde in den Interviews nicht weiter ausgeführt. Alle InterviewteilnehmerInnen sind sehr patientenorientiert und haben bisher keine Veränderung an sich selbst festgestellt. Am ehesten wurde auf die Arbeitsleistung eingegangen, wobei dort betont wurde, dass es zu keinem Abfall der Arbeitsleistung aufgrund des sexuell motiviertem Verhalten gekommen sei. Dieser Punkt spiegelt einen Aspekt der leistungsorientierten Gesellschaft wieder.

Aus den Interviews konnte allerdings entnommen werden, dass das sexuell motivierte Verhalten sehr wohl einen Einfluss auf die Pflege hat. Es wurde beschrieben, wie PatientInnen zu kalt geduscht, zu fest berührt, die Körperpflege erst gar nicht vollzogen wurde oder die Pflege mit minimalem Zeitaufwand verrichtet wurde. Somit kann der Aspekt einer Verminderten Pflegequalität, wie in Arnetz und Arnetz (2001), Çelik et al. (2007) und Oweis und Diabat (2005) beschrieben, bestätigt werden.

Ein wichtiger Aspekt zeichnete sich bereits nach dem ersten Interview ab, der in der Literatur meines Wissens nicht behandelt wurde. Die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient bzw. Patientin vor dem Ereignis mit sexuell motiviertem Verhalten ist von Bedeutung. Denn wenn dem sexuell motiviertem Verhalten ein gutes Verhältnis vorausgegangen ist, wird das sexuell motivierte Verhalten in der Situation nicht als solches wahrgenommen, sondern unter Umständen erst viel später. Wenn das Verhältnis eher schlecht war, wird die Pflegeperson schneller darauf anspringen. Dieser Aspekt könnte auch eine Erklärung dafür sein, dass die einen Pflegepersonen das Verhalten des Patienten bzw. der Patientin als sexuell motiviert empfinden und andere wieder

nicht. Somit wäre klar, warum es zu Diskrepanzen unter den Kollegen und Kolleginnen führt. Denn es gibt Stationen bzw. Einrichtungen, in denen sich die Pflegepersonen wohl und verstanden fühlen. Genauso gibt es Einrichtungen in denen das nicht der Fall ist, wo das Arbeitsklima weniger kollegial ist und sich Pflegepersonen weniger ernst genommen oder verstanden fühlen. Das wiederum kann ein Grund sein, warum nicht (mehr) auf den Stationen bzw. Einrichtungen über dieses Thema gesprochen wird und somit keine Enttabuisierung stattfinden kann.

In der Pflege, insbesondere im geriatrischen Bereich, sind auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund beschäftigt. In der vorliegenden Arbeit wurde dieses Thema nicht direkt behandelt. Doch über Hörensagen wurde dieses Thema in 50 Prozent der Interviews angesprochen. Von den InterviewteilnehmerInnen wurde erwähnt, dass das sexuell motivierte Verhalten von den Pflegepersonen mit Migrationshintergrund aufgrund der unzureichenden Deutschkenntnisse nicht erkannt wurde. Es liegt nahe, dass die Pflegeperson mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer kulturellen Zugehörigkeit in ungewohnter Weise für das hiesige Pflegepersonal auf sexuell motiviertes Verhalten reagiert. Die InterviewteilnehmerInnen aus drei Interviews haben beschrieben, dass sie jene Pflegepersonen mit Migrationshintergrund vor den Patienten bzw. Patientinnen, die sich sexuell motiviert Verhalten, verteidigen und sich vor dem Patienten bzw. der Patientin für sie einsetzen.

In der Pflege ist das Miteinander ein zentrales Thema. Ein erster wichtiger Schritt ist es, dass sich die Pflegepersonen untereinander wertschätzen. Dann kann auch in weiterer Folge ein professioneller Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten von Patienten bzw. Patientinnen gelebt werden, sodass die Qualität der Pflege konstant gewährleistet werden kann.

5.1 Implikationen

5.1.1 Implikationen für die Pflegeforschung

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik des Umgangs von Pflegepersonen mit sexuell motiviertem Verhalten seitens der PatientInnen sind neue Fragen aufgetaucht, die es zu beantworten gilt, wenn man die Thematik zur Gänze erfassen möchte.

Da in dieser Arbeit hauptsächlich die Sichtweise der weiblichen Pflegepersonen beschrieben wurde, wäre es sehr interessant die männliche Perspektive einzufangen. Auch aufgrund der Tatsache, dass das männliche Pflegepersonal eine besondere Rolle einzunehmen hat. Denn sie werden meist als erste Maßnahme zu dem Patienten beordert, der durch sexuell motiviertes Verhalten aufgefallen ist.

Ausschließlich österreichische Pflegepersonen wurde in der vorliegenden Arbeit interviewt. Es zeichnet sich bereits eine besondere Position der nicht-österreichischen Pflegepersonen ab. Da der kulturelle Aspekt eine entscheidende Rolle im Umgang der Pflegepersonen mit sexuell

motiviertem Verhalten spielt, gilt es die Pflegepersonen mit Migrationshintergrund gerade in einer multikulturellen Gesellschaft zu berücksichtigen.

Auch Pflegepersonen mit Migrationshintergrund sollten zu dieser Thematik befragt werden. In dieser Arbeit wurde dieser Personenkreis zwar nur am Rande erwähnt, aber es besteht schon aufgrund der multikulturellen Pflgeteams Forschungsbedarf. Dabei ist das Erleben von sexuell motiviertem Verhalten von Interesse. Wobei zu vermuten ist, dass der Kontext erweitert werden muss, die Handlungsstrategien und die daraus folgenden Konsequenzen werden in anderer Form auftreten.

Es zeichnet sich das Bild ab, dass sexuell motiviertes Verhalten seitens der PatientInnen in der Pflege sehr wohl vorkommt, aber es kein großes Problem darstellt, da es zur Normalität in der Pflege gehört. Im Zuge dieser Arbeit konnten nur ein paar leise Stimmen eingefangen werden, die das nicht so sehen. Was ist mit jenen Pflegepersonen, die nicht über dieses Thema sprechen? Es gibt einige Beispiele, die in letzter Minute die Einwilligung zum Interview zurückgezogen haben. Interessant wäre, was diejenigen zu sagen haben. Warum möchten diese Personen nicht darüber sprechen? Ist es einfach persönlichkeitsabhängig oder durchlaufen sie bestimmte Phasen in der Bewältigung und sind erst in der Lage in einer gewissen Phase darüber zu sprechen? Der Aspekt des Schweigens von Pflegepersonen im Zusammenhang mit sexuell motivierten Verhalten seitens der PatientInnen sollte näher untersucht werden, damit die Thematik zur Gänze erfasst werden kann.

Die Thematik von Seiten der Patienten und Patientinnen aufzuarbeiten könnte ebenfalls von Interesse sein, um die Zusammenhänge besser verstehen zu können. Was sind die Gründe warum Patienten und Patientinnen sich sexuell motiviert gegenüber einer Pflegeperson verhalten? Schon mit diesem Wissen können präventive Maßnahmen entwickelt werden, die bei sexuell motiviertem Verhalten eingesetzt werden können.

Um ein vollständiges Bild über die Thematik zu bekommen wäre es nötig, bis zur Saturierung weiteres Datenmaterial zu erheben und auszuwerten; um so die angedeutete Zusammenhänge verifizieren bzw. neue entdecken zu können.

5.1.2 Implikationen für die Pflege

Um den Pflegealltag für die Pflegepersonen angenehmer und sicherer zu gestalten, bedarf es eines offenen und professionellen Umgangs mit der Thematik auf stationärer sowie institutioneller Ebene. Um das zu erreichen, bedarf es der Aufklärung aller an der Pflege beteiligten Personen. Diese Aufklärung sollte bereits in der Ausbildung stattfinden und in regelmäßigen Abständen aufgefrischt werden, damit in schwierigen Situationen adäquat reagiert werden kann. Zeller et al. (2006)

Es sollten Schulungen (verpflichtend) für Pflegepersonen angeboten werden, die befähigen, sexuell motiviertes Verhalten überhaupt zu erkennen. Um dann in weiterer Folge ein Werkzeug an die Hand zu bekommen, professionell darauf zu reagieren. Es hat sich gezeigt, dass Pflegepersonen, die im Laufe ihres beruflichen Werdegangs an Rhetorik- und Kommunikationsseminaren teilgenommen haben, der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten leichter gefallen ist.

Außerdem sind (interdisziplinäre) Supervisionen eine weitere Möglichkeit mit sexuell motiviertem Verhalten professionell umzugehen.

Wenn es Richtlinien in den einzelnen Institutionen zum Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten geben würde, fiel es den Stationen leichter mit dieser Thematik umzugehen.

Um all jene Vorschläge zur Verbesserung in den jeweiligen Institutionen zu ermöglichen, bedarf es einer genauen Untersuchung der Auslöser und der generellen Charakteristik von sexuell motiviertem Verhalten von Patienten und Patientinnen.

5.2 Limitationen

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um den ersten durchgeführten Forschungsprozess handelt, kann die theoretische Sensibilität nicht sehr ausgeprägt sein. Daher besteht die Möglichkeit, dass Zusammenhänge falsch interpretiert, Bedeutungen nicht erkannt bzw. Dingen Bedeutungen zugemessen wurde, wo keine sind. Mit mehr Erfahrung im wissenschaftlichen Bereich, könnte auf diese Daten zurückgegriffen und diese in neuem Licht betrachtet werden, um so neuen Zusammenhänge zu entdecken.

Aufgrund des begrenzten Umfangs der Diplomarbeit, konnte die Saturierung der Daten nach der Methode der Grounded Theory nicht erreicht werden. Mit der Auswertung der 10 geführten Interviews, konnte keine Kernvariable ermittelt werden. Demnach können nur Vermutungen über mögliche Zusammenhänge angestellt werden, die im Modell veranschaulicht wurden. Für die Entwicklung einer Theorie bedarf es weiterer Daten.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde lediglich eine männliche Pflegeperson befragt. Demnach spiegelt diese Arbeit eher die Sichtweise der weiblichen Pflegepersonen wieder.

Generell kann man sagen, dass der Rahmen sehr weit gefasst war. Es könnte von hohem Interesse sein, den Rahmen hinsichtlich des Arbeitsbereichs einzuschränken, wie es ursprünglich für diese Arbeit auch angedacht war. Dies könnte ein tieferes Eindringen in die Materie ermöglichen und somit weitere interessante Aspekte ans Tageslicht bringen.

Die Erkenntnisse aus den Gesprächen bilden nur die halbe Wahrheit ab. Es fehlt die Sichtweise jener Pflegepersonen, die sich letztendlich gegen ein Gespräch entschieden haben oder es gar nicht erst in Erwägung gezogen haben, über diese Thematik zu sprechen.

Schlussfolgernd soll gesagt werden, dass mit dieser Arbeit kein allgemeingültiger Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten dargelegt werden kann. Vielmehr konnte gezeigt werden, dass das Empfinden und der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten individuell ist und von verschiedenen Faktoren abhängig sein kann. Es wurden die einzelnen Faktoren bestmöglich beschrieben und das Phänomen des sexuell motivierten Verhaltens versucht in seiner Gesamtheit zu betrachten.

Die Arbeit soll mit einem Zitat einer Interviewteilnehmerin abgeschlossen werden:

„Die Grenze verschiebt sich nicht, nein. Man lernt für sich selbst Grenzen zu ziehen.“

Literatur

- Adib, S., Al-Shatti, A., Kamal, S., El-Gerges, N. & Al-Raqem, M. (2002). Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International journal of nursing studies*, 39 (4), 469–478.
- Arnetz, J. & Arnetz, B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, 52 (3), 417–427.
- Bronner, G., Peretz, C. & Ehrenfeld, M. (2003). Sexual harassment of nurses and nursing students. *Journal of advanced nursing*, 42 (6), 637–644.
- Çelik, S., Çelik, Y., Ağırbaş, İ. & Uğurluoğlu, O. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54 (4), 359–366.
- Fitzgerald, L. (1993). Sexual harassment: Violence against women in the workplace. *American Psychologist*, 48 (10), 1070.
- Haim, R., Rabinowitz, J., Lereya, J. & Fennig, S. (2002). Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients. *Psychiatric Services*, 53 (5), 622.
- Heinrich, K. (1987). Effective responses to sexual harassment. *Nursing outlook*, 35 (2), 70.
- Hibino, Y., Ogino, K. & Inagaki, M. (2006). Sexual harassment of female nurses by patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4), 400–405.
- Hofmann, I. (2001). Konstitutive Grenzüberschreitung im Pflegealltag. Eine Reflexion über den Zusammenhang zwischen unvermeidbarer Grenzüberschreitung einerseits und Autonomieverletzung bis zur Gewalt andererseits. *intensiv* (9), 251–253.
- International Labour Organisation (ILO). (2003). Draft code of practice on violence and stress at work in services: A threat to productivity and decent work. (Report for discussion at the Meeting of Experts (8-15 October 2003))
- International Labour Organisation (ILO). (2004). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon.
- Kienzle, T. & Paul-Ettliger, B. (2009). *Aggression in der Pflege* (4. aktualisierte Auflage Aufl.). Kohlhammer.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American journal of occupational therapy*, 45 (3), 214–222.
- Linhart, M. (2009). GT Einführung Tag 2. *unveröffentlichtes Manuskript*.
- Lobell, S. (1999). Registered nurses' responses to sexual harassment. *Pelican News*, 55 (2), 14–16.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung* (2.Auflage Aufl.). Urban & Fischer.
- Madison, J. & Minichiello, V. (2005). The contextual issues associated with sexual harassment

- experiences reported by registered nurses. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 22 (2), 8.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die pflegforschung*. Facultas-Univ.-Verl.
- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung anwenden. *Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*, 2.
- Mayhew, C. (2003). Preventing Violence against Health Workers.
(Paper presented at WorkSafe Victoria Seminar (13.6.2003))
- Mayhew, C. & Chappell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30 (4-5), 327-339.
- National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC). (1999). Work-related traumatic fatalities in the Australian capital territory, 1989 to 1992.
(Information from the second work-related fatalities study, 1989 to 1992)
- Oweis, A. & Diabat, K. M. (2005). Jordanian nurses perception of physicians' verbal abuse: findings from a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 42 (8), 881-888.
- Procap. (2010). *Beziehungen- Grenzen und Übergriffe, Der Leitfaden zum Schutz vor Grenzverletzungen bei Procap-Aktivitäten* (1.Auflage Aufl.). Dietschi AG, Olten.
- Romito, P., Ballard, T. & Maton, N. (2004). Sexual harassment among female personnel in an Italian hospital. *Violence against women*, 10 (4), 386.
- Soliman, A. & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 52 (1), 75.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (1.Auflage Aufl.). Beltz.
- Welsh, S. (2000). The Multidimensional Nature of Sexual Harassment. *Violence Against Women*, 6 (2), 118.
- Wied, S. & Warmbrunn, A. (2007). *Psyhyrembel Pflege* (2.Auflage Aufl.). Walter de Gruyter.
- Williams, M. (1996). Violence and sexual harassment: impact on registered nurses in the workplace. *AAOHN journal: official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 44 (2), 73.
- Yassi, A. (1994). Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 151 (9), 1273.
- Zeller, A., Needham, I. & Halfens, R. (2006). Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei Schülerinnen und Schülern in der Pflegeausbildung. *Pflege*, 19, 251-258.

A Anhang

Es folgt das Dokument zur Aufklärung der potenziellen Interviewteilnehmer und Interviewteilnehmerinnen inklusive der Einverständniserklärung. Anschließend ist der Lebenslauf der Autorin angehängt.



UNIVERSITÄT WIEN**INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN****EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

Sexuelle Belästigung am Pflegepersonal**Untersucherin:**

Studentin der Pflegewissenschaft:
Doreen Stöhr
0507013

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Doreen Stöhr führt unter der Betreuung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zum Umgang des Pflegepersonals mit sexueller Belästigung durch. Sie sind gefragt worden an dieser Studie teilzunehmen, da Sie eine Pflegekraft sind oder waren, und Erfahrung mit sexueller Belästigung gemacht haben.

Vorgehen

Sollten Sie sich entschließen an der Studie teilzunehmen, werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort, wie zum Beispiel Ihrer Wohnung oder einem anderen Ort Ihrer Wahl, mit Frau Doreen Stöhr treffen und über die Studie betreffende Themenbereiche unterhalten. Frau Stöhr wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen mit sexueller Belästigung von Seiten der Patienten stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Es kann jedoch sein, dass Sie einige Fragen langweilen werden oder Unbehagen bei Ihnen auslösen könnten. Sie können sich zu jeder Zeit weigern eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entschließen, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Doreen Stöhr jederzeit darum bitten das Tonband, für die Zeit der Beantwortung dieser Frage, auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich behandelt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Betreuerin und Frau Stöhr werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Stöhr wird das Interview transkribieren, das heißt sie wird alles was Sie ihr erzählt haben in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren kann, aus dem Manuskript entfernen. Das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht. Ihr Name wird an keiner Stelle im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung der Studienergebnisse. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an der Studie haben Sie keine direkten Vorteile. Jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die ebenfalls Erfahrung mit sexueller Belästigung von Seiten des Patienten machen mussten, sehen dass Sie mit dieser Erfahrung nicht allein sind.

Kosten / Kostenerstattung:

Die Teilnahme an dieser Studie ist mit keinen Kosten für Sie verbunden. Weiters können etwaige Ihnen entstandene Kosten nicht erstattet werden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zu teil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Frau Doreen Stöhr erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Stöhr oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Doreen Stöhr
Tel.: 0650 6346944
stoehrchen@msn.com

Dr. Monika Linhart
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien
01 - 4277- 498 01



Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen. Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teil zunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Datum

Unterschrift des Untersuchers

Curriculum Vitae

Zu meiner Person

Name	Doreen Stöhr
Anschrift	Hietzinger Hauptstraße 152/3/9 1130 Wien
Geburtsdaten	10.07.1985, Berlin
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	ledig, zwei Kinder (2008, 2011)

Ausbildung

seit 10/2005	Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien Diplomstudium <u>Wahlfach</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pädagogik <u>Diplomarbeit</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Grenzziehung in der Pflege- Der Umgang mit sexuell motiviertem Verhalten im Pflegebereich
08/1998- 06/2005	Rosa-Luxemburg-Gymnasium, Berlin

Berufserfahrung

seit 07/2010	Mag. Eva Schöbl (Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin), Pöggstall / Wien <u>Assistentin</u> <u>Aufgaben:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Anwendung psychologischer Inventarien, ◆ organisatorische Tätigkeiten.
seit 02/2007	Haus Trazerberg (Häuser zum Leben), Wien <u>Ehrenamtliche Mitarbeiterin</u> <u>Aufgaben:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Individuelle Betreuung einzelner BewohnerInnen, ◆ Organisation der wöchentlichen Backgruppe, ◆ Begleitung bei Ausflügen, ◆ regelmäßige Teilnahme an Sitzungen.
07/2007 - 08/2007	Dr. Mann Pharma, Berlin <u>Werkstudentin, Abteilung Zulassung</u> <u>Aufgaben:</u> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Restrukturierung Medizinprodukte- Datenbank, ◆ Erstellung MS Access-Datenbank (Zertifizierungsanforderungen), ◆ Migration MS Excel- Tabellen in Access-Datenbank.

07/2005 – 08/2005

Berliner Rotes Kreuz e.V., Berlin
Helferin („Freiwilliges Soziales Jahr“)

- ◆ Wiederherstellung und Erhaltung von Fähigkeiten nach einer Erkrankung im gewohnten Umfeld,
- ◆ Unterstützung bei der Haushaltsführung,
- ◆ Dokumentation

Sprachkenntnisse

Englisch	sehr gut
Französisch	gute Kenntnisse

EDV-Kenntnisse

Betriebssysteme	Microsoft Windows- Familie, Linux, Mac OS
Microsoft Office	Access, Excel, Power-Point, Word
Statistische Software	SPSS 16
Sonstige	LaTeX, XMind (mind mapping)

Sonstiges

3. Kongress für Allgemein Medizin und Gesundheitsforschung
 31.05. - 02.06.2007

Seminar „Validation“, Häuser zum Leben
 04.06.2007

Seminar „Kommunikation mit älteren Menschen“, Häuser zum Leben
 16.09.2010

Interessen

Fotografie, Literatur, mit meinen Kindern die Welt entdecken

Wien, 05.08.2012

Doreen Stöhr