

# Let's talk about... Sex?!

Eine qualitative Studie über die Rollen und Aufgaben von Ergotherapeuten in der Thematisierung von Sexualität.



*„We always think that the doctors are talking about it - No!  
The psychologists are talking about it - No.  
The nurses are talking about it - No.  
Who is going to talk about it?  
And frankly with our education we're enormously qualified to talk about it. “*

(TN7, Absatz 46)

Manon Fiekens (1736108), Julia Kretschmar (1732323) und Johanna Schmidt (1763369)

September 2018

# Let's talk about... Sex?!

Eine qualitative Studie über die Rollen und Aufgaben der Ergotherapeuten bei der Thematisierung von Sexualität.

Eine Arbeit von:

Manon Fiekens (1736108)  
Julia Kretschmar (1732323)  
Johanna Schmidt (1763369)

Begleitung: Nicole Kaldewei

Eingereicht: September 2018

Bachelorarbeit des Fachbereichs „Gezondheidszorg“  
Bachelorstudiengang Ergotherapie der Zuyd Hogeschool  
Heerlen, Niederlande

Das lizenzfreie Titelbild wurde abgerufen von Pixabay.com (2018).

© ZUYD Hogeschool Heerlen (NL) 2018

„Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.“

## Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erklären die Forscherinnen der vorliegenden Arbeit ehrenwörtlich, dass diese ohne fremde Hilfe sowie ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt wurde. Die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen der benutzten Quellen wurden zudem als solche mit Verweisen auf die Urheber kenntlich gemacht. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde bisher nicht veröffentlicht.

Heerlen, den 06. September, 2018

---

Manon Fiekens

---

Julia Kretschmar

---

Johanna Schmidt



Johanna Schmidt, Julia Kretschmar und Manon Fiekens

Kontakt:  
ot-study-zuyd@gmx.de

## Vorwort

Unsere Studie richtet sich an alle Ergotherapeuten, die das Thema Sexualität in ihrer praktischen Arbeit aufgreifen wollen und diesbezüglich nach ersten Anregungen suchen; aber auch an jene Kollegen, die Interesse daran haben, zu erfahren, was die Sexualität eines Klienten mit der Ergotherapie zu tun hat oder welche Rollen der Ergotherapeut in Bezug auf entsprechende Anliegen einnehmen kann.

Unser Interesse für diese Thematik entstammt dem Ursprung, dass wir in unserer Ausbildung kaum Informationen dazu erhalten haben, was die Ergotherapie hinsichtlich der Betätigungsanliegen ihrer Klienten aus dem Bereich der Sexualität leisten kann, welche Rollen sie diesbezüglich einnimmt, aber auch welche Aufgaben damit einhergehen. Außer der reinen Aussage, dass Sexualität eine bedeutungsvolle Betätigung sein kann, hätten wir uns diesbezüglich vor allem Informationen gewünscht, wie man aus ergotherapeutischer Sicht mit entsprechenden Betätigungsanliegen umgehen und diese in der Therapie aufgreifen, aber auch thematisieren kann.

In unserem beruflichen Alltag sind wir teilweise an Grenzen gestoßen, als Sexualität unerwartet zum Thema wurde. Dabei handelte es sich bisher noch nicht um konkrete Betätigungsanliegen seitens unserer Klienten. Wir fühlten uns als Berufsanfänger jedoch nicht ausreichend darauf vorbereitet, sollten diese im Rahmen der Therapie einmal als Ziel angestrebt werden. Aus diesem Gefühl der Unsicherheit heraus entstand für uns das Bedürfnis, diesbezüglich Informationen zu sammeln, Antworten auf unsere Fragen zu finden und damit erste Anregungen für die ergotherapeutische Praxis zu erhalten.

Auf Basis dieses Wunsches entschieden wir uns dafür, die Fragen im Rahmen unserer Bachelorarbeit zu erforschen, um damit uns und auch anderen Ergotherapeuten mögliche Ideen für die Praxis aufzeigen zu können.

## Danksagung

*„Es ist ein lobenswerter Brauch: Wer was Gutes bekommt, der bedankt sich auch“  
(Busch, W. o.D.)*

An dieser Stelle möchten wir all jenen danken, die uns während der Anfertigung unserer Bachelorarbeit auf unterschiedlichste Weise unterstützt und motiviert haben.

Zuerst möchten wir uns bei Nicole Kaldewei bedanken, welche uns während des gesamten Forschungsprozesses eine zuverlässige, kompetente, aber vor allem auch humorvolle und auf Augenhöhe begegnende Begleitung war. Mit ihren schnellen Antworten und bereichernden Beratungsgesprächen stand sie uns stets unterstützend zur Seite, ermöglichte uns jedoch auch eigenständig Entscheidungen zu treffen, uns selbst zu reflektieren und in unsere Kompetenzen zu vertrauen.

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmern unserer Studie, welche die Durchführung der vorliegenden Forschungsarbeit erst möglich gemacht haben. Auf Grund ihrer Offenheit und ihres Engagements während der Interviewgespräche, teilten sie ihre Ansichten, aber auch Erfahrungen im Umgang mit einem tabuisierten Thema und lieferten dadurch hilfreiche Beispiele für die Praxis, sowie Antworten auf unsere Forschungsfrage. Auch unseren Pilotteilnehmerinnen möchten wir in diesem Zuge einen herzlichen Dank aussprechen, die es uns mit ihren Rückmeldungen ermöglichten, die Durchführung der Interviews reibungslos zu gestalten.

Ein weiterer Dank gilt unseren Korrekturleserinnen Maria, Imke und Janine deren Feedback es uns ermöglichte, der inhaltlichen und formellen Lesbarkeit unserer Arbeit einen letzten Schliff zu verleihen. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei Ellen für die Unterstützung bei der Übersetzung der Zusammenfassung unserer Ergebnisse ins Englische und Niederländische.

Besonders wollen wir zudem unseren Kommilitonen, Familien, Partnern und Freunden danken, die uns stets mit viel Motivation zur Seite standen, uns in den besonders stressigen Momenten sowohl ausgehalten als auch aufgefangen haben, aber auch Anregungen lieferten, mit uns in Diskussion gingen und viel Zuversicht hatten, dass am Ende alles gut wird.

**Dankeschön!**

## Lesehinweise

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen und die Verständlichkeit der Bachelorarbeit zu erhöhen, werden im Vorfeld Lesehinweise aufgestellt:

### Personen

1. Die Herausgeber der Studie bezeichnen sich selber als Forscherinnen oder Autorinnen.
2. In der Regel wird bei dieser Arbeit die männliche Personenbezeichnung benutzt. Diese Form bezieht selbstverständlich Menschen mit jedem Geschlecht und Menschen aus dem Trans\*-Spektrum mit ein.
3. Die Studienteilnehmer werden teilweise mit TN abgekürzt und ebenfalls vermännlicht, um die Anonymität der einzelnen Personen zu schützen. Weiterhin sind sie Nummern von 1-8 zugeordnet.
4. Im Folgenden wird im Sinne des neuen Paradigmas der Begriff des „Patienten“ ersetzt durch den Begriff des „Klienten“.
5. Verfasser von Artikeln oder Büchern werden mit Namen benannt und als „Autoren“ oder „Verfasser“ oder „Forscher“ beschrieben.

### Text

6. Direkte Zitate von anderen Autoren werden in Anführungsstriche gesetzt und mit Autor, Jahr und Seite versehen. Bei Zitaten von mehr als 40 Wörtern, wird dieses als freistehender, eingerückter Block angegeben sowie ebenfalls mit Autor, Jahr und Seite versehen.
7. Direkte Zitate der Studienteilnehmer werden kursiv geschrieben und mit dem Absatz versehen.
8. Erstnennungen werden im Text ausgeschrieben und als Abkürzung in Klammern dahinter gesetzt. Im Anschluss wird dann das Kürzel verwendet, z.B. Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)
9. Wörter, die im Glossar erläutert werden, werden bei ihrer Erstnennung mit \* gekennzeichnet.

### Englische Literatur

10. Englische Inhalte werden zum Teil ins Deutsche übersetzt und werden somit paraphrasiert sowie mit der Ursprungsquelle versehen.
11. Fachtermini, welche die Prägnanz bei einer Übersetzung verlieren würden, werden in Originalsprache, kursiv geschrieben.

**Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis**

12. Die Literatur wird nach APA 6 zitiert und paraphrasiert sowie dementsprechend im Literaturverzeichnis vollständig alphabetisch aufgelistet. Eine Ausnahme stellen die Teilnehmerzitate dar, welche sich nach den aufgestellten Transkriptionsregeln richten. Beispiel: Wortauslassungen nach APA 6 werden durch . . . dargestellt und in den Teilnehmerziten durch [...].
13. Abbildungen und Tabellen, die aus einer Quelle entnommen sind, werden mit dem Originaltitel versehen und im Abbildungsverzeichnis aufgeführt.
14. Abbildungen die selbstständig erstellt wurden, werden mit eigenen Titeln versehen und ebenfalls im Abbildungsverzeichnis aufgelistet.

Die Forscherinnen zeigen in der vorliegenden Arbeit auf, wie divers Sexualität, Intimität und sexuelle Gesundheit sind und ausgelebt werden können. Für ein besseres Leseverständnis wird weiterführend meistens nur noch von Sexualität im Sinne von diesem breiten Spektrum gesprochen.

## Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung         | Bedeutung                                                                                                                                                                  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Abb.</b>       | Abbildung                                                                                                                                                                  |
| <b>AOTA</b>       | American Occupational Therapy Association, Inc., Amerikanischer Berufsverband der Ergotherapeuten                                                                          |
| <b>APA 6</b>      | (Publication Manual of the) American Psychological Association- Zitationsleitfaden für wissenschaftliche Arbeiten                                                          |
| <b>BIDOG</b>      | Der Bildgestützte Dokumentations- und Gesprächsleitfaden zur Erfassung von Aktivitäten                                                                                     |
| <b>bspw.</b>      | beispielsweise                                                                                                                                                             |
| <b>bzw.</b>       | beziehungsweise                                                                                                                                                            |
| <b>CAOT</b>       | Canadian Association of Occupational Therapists, Kanadischer Berufsverband der Ergotherapeuten                                                                             |
| <b>CMCE</b>       | Canadian Model of Client-Centred Enablement                                                                                                                                |
| <b>CMOP-E</b>     | Canadian Model of Occupational Performance and Engagement                                                                                                                  |
| <b>COPM</b>       | Canadian Occupational Performance Measure                                                                                                                                  |
| <b>CPPF</b>       | Canadian Practice Process Framework                                                                                                                                        |
| <b>DVE</b>        | Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.                                                                                                                                 |
| <b>et al.</b>     | Und andere                                                                                                                                                                 |
| <b>etc.</b>       | et cetera; und so weiter                                                                                                                                                   |
| <b>Ex-PLISSIT</b> | Extended PLISSIT model                                                                                                                                                     |
| <b>inkl.</b>      | inklusive                                                                                                                                                                  |
| <b>LGBTQ+</b>     | Die Abkürzung für Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer; also für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender sowie Menschen mit weiteren Orientierungen und Auslebungen |
| <b>OTPF</b>       | Occupational Therapy Practice Framework                                                                                                                                    |
| <b>PLISSIT</b>    | Permission-Limited Information-Specific Suggestions-Intensive Therapy model                                                                                                |
| <b>S.</b>         | Seite                                                                                                                                                                      |
| <b>Tab.</b>       | Tabelle                                                                                                                                                                    |
| <b>TN</b>         | Teilnehmer                                                                                                                                                                 |
| <b>unv.</b>       | unverständlich                                                                                                                                                             |
| <b>via</b>        | Über                                                                                                                                                                       |
| <b>WFOT</b>       | World Federation of Occupational Therapists, Weltverband der Ergotherapeuten                                                                                               |
| <b>WHO</b>        | World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation                                                                                                                     |
| <b>z.B.</b>       | Zum Beispiel                                                                                                                                                               |
| <b>z.T.</b>       | Zum Teil                                                                                                                                                                   |
| <b>→</b>          | Verweis zu                                                                                                                                                                 |
| <b>*</b>          | Glossareintrag                                                                                                                                                             |
| <b>&amp;</b>      | Und                                                                                                                                                                        |

## Kurzzusammenfassung

Sexualität und Intimität - Ein immer noch schambesetztes Thema. Doch mit wem sprechen, wenn man ein Anliegen in dem Bereich hat? Diese Studie untersucht, was Ergotherapeuten machen können, damit der Klient offen über Sexualität sprechen kann.

Es wurden vier nationale und vier internationale leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) ausgewertet, um unterstützende Faktoren herauszuarbeiten.

Förderliche Rahmenbedingungen und eine offene, wertschätzende Haltung sind elementar, damit sich Therapeut und Klient wohl fühlen, über Sexualität zu sprechen. Andere Berufsgruppen können mit in die Verantwortung genommen werden, gemeinsam die sexuellen Anliegen aufzuarbeiten.

Ergotherapeuten sind aufgrund ihrer Berufskompetenz enorm qualifiziert, sich Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung anzunehmen und sollten diese wie Duschen oder Toilettengang beim Klienten erfragen und dadurch als Türöffner fungieren.

## Abstract

Sexuality and intimacy – a topic still surrounded by shame. But who to talk to about concerns in this field? The current study investigates how occupational therapists can assist the client in speaking freely about sexuality.

Four national and four international semi-structured interviews were conducted and analyzed with qualitative content analysis according to Mayring (2016), to discover supporting factors.

Beneficial conditions and an open, appreciative attitude are crucial for the therapist and client to feel comfortable in speaking about sexuality. Other occupational groups can be brought in to work on underlying concerns.

Based on their job competence, occupational therapists are greatly qualified to take on the topic of sexuality as a meaningful occupation and should inquire it just like showering and thereby use it as an door opener.

## Samenvatting

Seksualiteit en intimiteit – nog steeds een taboe thema. Maar met wie kun je praten, als je wel een vraag op dat vlak hebt? Deze studie onderzoekt wat ergotherapeuten kunnen doen, opdat de cliënten open over seksualiteit kunnen praten.

Er hebben gestructureerde interviews plaats gehad met vier nationale experts en met vier internationale experts. Deze interviews zijn met behulp van de kwalitatieve inhoudsanalyse van Mayring (2016) geëvalueerd, om aldus de ondersteunende factoren te kunnen destilleren.

Bevorderlijke randvoorwaarden en een open, waarderende houding zijn elementair voor zowel therapeut als cliënt om zich voldoende op hun gemak te voelen, om het met elkaar over seksualiteit te hebben. Ook andere beroepsgroepen kunnen de verantwoordelijkheid op zich nemen seksuele problemen aan te kaarten.

Ergotherapeuten zijn, vanwege hun beroepsbekwaamheid, meer dan voldoende gekwalificeerd om seksualiteit als betekenisvolle activiteit bespreekbaar te maken; zij dienen dit, net als douchen of naar toilet gaan, met cliënten te bespreken en zodoende de toegang tot dit gespreksthema te bevorderen.

## Informative Zusammenfassung

Die vorliegende qualitative Studie befasst sich mit Ressourcen der ergotherapeutischen Praxis, die in der Therapie dazu beitragen, dass der Klient offen über Sexualität sprechen kann und geht der Frage weiter nach, welche Rollen der Ergotherapeut dabei einnimmt. Sexualität und die damit einhergehenden Betätigungen können als breites Spektrum verstanden werden: Lippenstift auflegen und sich als Frau fühlen, sich auf ein Date vorbereiten, Händchen halten, einen Partner kennen lernen, sich outen, Sex haben, sich selbst befriedigen, Sexspielzeug ausprobieren, eine Vorliebe ausleben etc. Egal ob bei Menschen mit oder ohne Behinderung, Sexualität betrifft jeden in unterschiedlichsten Ausführungen und kann somit als Grundrecht verstanden werden. Trotzdem, dass jeder Mensch Sexualität erfährt (erfahren sollte), scheint es immer noch ein schambesetztes, tabuisiertes Thema zu sein.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde deutlich, dass die Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung in kaum einem ergotherapeutischen Modell oder Assessment explizit benannt wird, keine deutschsprachigen Merkblätter existieren und die Thematik in der Ausbildung nicht aufgegriffen wird. Der dadurch gegebene Mangel an Ideen und Anregungen für deutsche Ergotherapeuten führte bei den Forscherinnen zu dem Bedürfnis, diesem wichtigen Thema Raum zu geben und dieses evidenzbasiert in der vorliegenden Studie aufzuarbeiten. Es wurden insgesamt 8 halbstrukturierte Experteninterviews mit Teilnehmern aus Deutschland, der Schweiz, Großbritannien und Amerika geführt. Sie berichteten darin von ihren Klienten und deren sexuellen Betätigungsanliegen, persönlichen Kompetenzen, eingenommenen Rollen, Schwierigkeiten im Therapieprozess, förderlichen Rahmenbedingungen, der Aufgabe der Ergotherapie sowie der Abgrenzung zu anderen Professionen. Aus den Studienergebnissen wird deutlich, dass Einzeltherapie, eine gute Therapeut- Klient Beziehung sowie das therapeutische Wohlfühlen mit der Thematik und dieses nach außen hin darzustellen (Kongruenz), Einfluss darauf nehmen, dass die Klienten Sexualität in der Ergotherapie besprechen können. Die Rolle des Ergotherapeuten ist es dann, den Klienten zu begleiten und als Türöffner zu fungieren, um das Thema initiativ aufzugreifen. Beispielgebend kann im COPM Sexualität Raum gegeben werden, indem es beiläufig neben Duschen und Toilettengang erfragt wird. Wichtig ist dabei, dem Klienten selbst die Entscheidung zu lassen, ob und wann dieser der Thematik nachfolgend Raum geben möchte. Durch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie dem Erkennen von persönlichen Grenzen, wird zum einen das Berufsbild nach außen gestärkt und zum anderen die Profilierung der Ergotherapie unterstützt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Professionsangehörige Sexualität als Betätigungsbereich anerkennen und diesem Normalität zuschreiben müssen. Die Thematisierung, beruhend auf Offenheit, Mut und Humor des Therapeuten, unterstützt sowohl die Enttabuisierung aber auch den ergotherapeutischen Prozess mit holistischem Blick auf die Gesundheit des Klienten.

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Einleitung.....</b>                                             | <b>13</b> |
| 1.1 Einführung in die Thematik.....                                   | 13        |
| 1.2 Relevanz und Bedeutung des Themas .....                           | 15        |
| 1.3 Aufbau der Bachelorarbeit.....                                    | 16        |
| <b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>                             | <b>17</b> |
| 2.1 Sexualität & Intimität.....                                       | 17        |
| 2.1.1 Definitionen.....                                               | 17        |
| 2.1.2 Bedeutung von Sexualität & Intimität.....                       | 19        |
| 2.1.3 Einflussnehmende Faktoren hinsichtlich Sexualität.....          | 19        |
| 2.1.4 Recht auf Sexualität .....                                      | 22        |
| 2.2 Philosophie der Ergotherapie.....                                 | 24        |
| 2.2.1 Grundannahmen & vorherrschendes Paradigma.....                  | 24        |
| 2.2.2 Sicht auf den Klienten .....                                    | 25        |
| 2.2.3 Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung.....                  | 25        |
| 2.3 Ressourcen der Ergotherapie .....                                 | 26        |
| 2.3.1 Professional Reasoning.....                                     | 26        |
| 2.3.2 Zuständigkeitsrollen & Berufskompetenzen der Ergotherapie ..... | 28        |
| 2.3.3 Theoriegeleitetes Handeln .....                                 | 32        |
| 2.4 Zu beachtende Faktoren.....                                       | 42        |
| 2.4.1 Ethik.....                                                      | 42        |
| 2.4.2 Interne & externe Einflüsse .....                               | 43        |
| 2.4.3 Wahrung der Professionalität .....                              | 45        |
| <b>3. Methode .....</b>                                               | <b>46</b> |
| 3.1 Forschungsdesign .....                                            | 46        |
| 3.2 Forschungsmethode.....                                            | 49        |
| 3.3 Ablauf der Studie .....                                           | 51        |
| 3.3.1 Zeitlich .....                                                  | 51        |
| 3.3.2 Literaturrecherche (Vorverständnis) .....                       | 52        |

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3.3 Leitfadenerstellung .....                              | 53        |
| 3.3.4 Pretest .....                                          | 53        |
| 3.4 Teilnehmerrekrutierung.....                              | 54        |
| 3.5 Datenerhebung.....                                       | 56        |
| 3.5.1 Vorgehen .....                                         | 56        |
| 3.5.2 Transkription.....                                     | 57        |
| 3.6 Datenauswertung .....                                    | 58        |
| 3.6.1 Strukturierende Inhaltsanalyse .....                   | 58        |
| 3.6.2 Vorgehensweise .....                                   | 59        |
| 3.6.3 Gütekriterien .....                                    | 64        |
| 3.7 Ethische Aspekte & Datenschutz .....                     | 66        |
| <b>4. Resultate .....</b>                                    | <b>67</b> |
| 4.1 Sexualität - Definition und Wichtigkeit .....            | 68        |
| 4.2. Therapeutische Rollen .....                             | 70        |
| 4.2.1 Expert in Enabling Occupation .....                    | 70        |
| 4.2.2 Professional .....                                     | 73        |
| 4.2.3 Communicator .....                                     | 76        |
| 4.2.4 Collaborator .....                                     | 81        |
| 4.2.5 Practice Manager.....                                  | 83        |
| 4.2.6 Scholarly Practitioner .....                           | 84        |
| 4.3 Einflussnehmende Faktoren .....                          | 86        |
| 4.3.1 Societal Context.....                                  | 86        |
| 4.3.2 Practice Context.....                                  | 88        |
| 4.4 Modelle, Assessments .....                               | 91        |
| 4.4.1 Vorteile und Nutzen von Modellen und Assessments ..... | 91        |
| 4.4.2 Sexualität befunden.....                               | 92        |
| <b>5. Diskussion .....</b>                                   | <b>94</b> |
| 5.1 Diskussion der 1. Leitfrage:.....                        | 94        |
| 5.2 Diskussion der 2. Leitfrage:.....                        | 98        |
| 5.3 Diskussion der 3. Leitfrage:.....                        | 101       |

|                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.4 Grenzen und Stärken .....                                      | 105        |
| 5.4.1 Grenzen der Arbeit .....                                     | 105        |
| 5.4.2 Stärken der Arbeit.....                                      | 106        |
| <b>6. Beantwortung der Forschungsfrage / Schlussfolgerung ....</b> | <b>108</b> |
| 6.1 Schlussfolgerung .....                                         | 109        |
| 6. 2 Ausblick .....                                                | 113        |
| <b>Literaturverzeichnis .....</b>                                  | <b>117</b> |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....                           | 132        |

## 1. Einleitung

Die vorliegende Forschungsarbeit ist im Rahmen des BSG-Studiengangs Ergotherapie\* an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL) von Dezember 2017 bis September 2018 entstanden. Sie befasst sich mit dem Thema Sexualität und erforscht welche Rollen\* Ergotherapeuten zur Thematisierung in der Therapie einnehmen können.

### 1.1 Einführung in die Thematik

*„... occupational therapists have asserted that all people have both a need and a right to engage in meaningful occupations throughout their lives“  
(Hammell, 2016, S. 51)*

Sexualität ist fortbestehend ein absolutes Tabuthema in der heutigen Gesellschaft. So ergab die Erhebung zur Gesprächskultur in Deutschland, dass *„[k]napp zwei von drei Deutschen . . . selbst mit guten Freunden kaum über Sex [sprechen], da ihnen das Thema zu privat ist“* (zitiert nach Deutsche Depeschendienst, 2010).

Diese Tabuisierung wirkt sich auch auf alle Professionen im Gesundheitswesen aus. So greift Weigel (2009) jenes Tabu in ihrem Artikel über die Sexualität im Alter auf und strebt damit mehr Verständnis für Sexualität als ein menschliches Grundbedürfnis an. Damit weist sie bereits auf die Stigmatisierung von Menschen mit Einschränkungen, mit Behinderungen oder im fortgeschrittenen Alter hin, welchen das Recht auf Sexualität häufig vollständig abgeschrieben wird (Tepper, 2000). Da eine solche Stigmatisierung schlimme Auswirkungen haben und zur Ruhigstellung des Sexualtriebs führen kann (Landschek, 2011), lässt dies an die Unterdrückung der Menschenrechte erinnern.

Diesbezüglich lässt sich auf die Verankerung der „Respektierung von Sexualität, geschlechtlicher Orientierung und Lebensweise“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S.13) im 3. Artikel der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* hinweisen. Womit darauf verwiesen wird, dass der Artikel besagt, dass jeder Mensch „unabhängig vom Alter und unabhängig vom Ausmaß des Pflege- und Hilfebedarfs - das Recht auf Sexualität, auf Respektierung seiner geschlechtlichen Identität und seiner Lebensweise“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014, S.13) hat.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und der Tabuisierung des Themas, auch im Gesundheitswesen, sehen die Forscherinnen mehrere Defizite: Zum einen zu wenig Forschung auf diesem Gebiet und zum anderen zu wenig konkrete Therapieansätze in der Ergotherapie.

Daraus ergibt sich schließlich die Frage, wie der Schritt der Enttabuisierung in der Ergotherapie gelingen kann. Um dies näher zu beleuchten und Möglichkeiten der Ergotherapie im Rahmen der Thematik aufzeigen zu können, entschieden sich die Autorinnen dieser Arbeit für eine qualitative Forschung und entwickelten folgende Forschungsfrage:

*Wie können Ergotherapeuten ihre Klienten dabei unterstützen, Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung zu thematisieren und welche Rolle nehmen die Ergotherapeuten dabei ein?*

## 1.2 Relevanz und Bedeutung des Themas

Aus der Motivation heraus, diese Wissenslücke zu schließen und vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen, die sich sowohl aus einem respektvollen aber auch vermeidenden Umgang mit dem Thema Sexualität innerhalb der ergotherapeutischen Praxis und ähnlichen Arbeitskontexten zusammensetzen, ist es den Autorinnen ein Anliegen, diese Thematik näher zu beleuchten. Bedeutend sind dabei vor allem die holistische Sichtweise der Ergotherapeuten auf den Klienten\*, sowie das aktuell vorherrschende Paradigma\* der Profession. Darüber hinaus besteht bisher keine eindeutige Zuschreibung der Aufgaben und Zuständigkeiten der Ergotherapie innerhalb dieses Themengebietes.

Eine Ursache für diese Forschungslücke sehen die Forscherinnen in der fehlenden Bearbeitung des Themas im Rahmen der Berufsausbildung, wodurch das Zuständigkeitsgefühl nicht hinreichend entwickelt werden kann. Darauf beruhend werden die entsprechenden Kompetenzen der eigenen Profession nicht ausreichend wahrgenommen und verinnerlicht, um sich selbst als ausreichend qualifiziert zu erleben, diese Thematik in der Therapie aufgreifen zu können. Daraus resultiert wiederum eine gewisse Unsicherheit gegenüber der Thematik, da nicht bekannt ist, ob und inwieweit diese Einzug in die Therapie halten kann. Darüber hinaus gibt die deutsche (Fach-)Literatur ebenso wenig Aufschluss darüber, wie Sicherheit im Umgang mit der Thematik in Bezug auf das therapeutische Setting. Dies kann darin begründet liegen, dass bislang wenig Forschung betrieben wurde und kaum Publikationen im deutschsprachigen Raum erschienen sind. Auch einer der deutschen Berufsverbände der Ergotherapeuten (DVE) bietet bisher keinerlei Informationen oder Fortbildungen an, um die Professionsangehörigen in ihrer Arbeit diesbezüglich zu unterstützen.

Um diese Wissens-/Forschungslücke zu schließen haben die Autorinnen eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt und Fachliteratur aus Zeitschriften, Online-Veröffentlichungen sowie Büchern genutzt. Nachdem ein Wissenstand der deutschen Literatur erhoben werden konnte, wurde internationale Literatur hinzugezogen, die z.T. bereits in Literaturverzeichnissen deutscher Artikel zu finden war und dort als Grundlage diente. Dieses Vorgehen erwies sich als hilfreich und unterstützte die tiefergehende Einarbeitung in die Thematik. Zudem konnten Forschungen aus angrenzenden Berufsfeldern, innerhalb des gesundheitspolitischen Settings zur Hilfe genommen werden um herauszufinden, wie andere Professionen mit der Thematik umgehen und wie eine Zusammenarbeit gestaltet werden kann. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird diese Kollaboration, aber auch die Abgrenzung zu anderen Professionen thematisiert.

Unterstützt wurde das Vorgehen der Forscherinnen durch die aktuellen Entwicklungen in der deutschen Fachliteratur. So erschienen im Laufe des Forschungsprozesses vermehrt einige Artikel und Publikationen in Fachzeitschriften, aber auch im Rahmen anderer Studien, welche die Ergotherapie mit der Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung\* in Verbindung bringen.

### 1.3 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit wird in sechs Kapitel unterteilt. Nach der Einleitung, welche zum Überblick der Thematik dient, folgt mit dem Kapitel 2 der theoretische Hintergrund, der ein breites Verständnis für den Forschungsgegenstand schaffen soll. Dieser ist in mehrere Unterkapitel unterteilt, um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Dort werden Themen wie Sexualität und Intimität im Allgemeinen, Grundlagen der Ergotherapie, sowie Ressourcen und Grenzen dieser aufgegriffen und thematisiert. An diesen Teil schließt sich die Methodik an, welche den gesamten Forschungsprozess von der Teilnehmerrekrutierung bis hin zur Datenauswertung und somit das Vorgehen der Forscherinnen beschreibt. In Kapitel 4 werden schließlich die ausgewerteten Resultate dargestellt, welche im Rahmen der Studie erhoben wurden. Diese Ergebnisse werden im darauffolgenden 5. Kapitel vor dem theoretischen Hintergrund und weiterer Literatur diskutiert. Im Anschluss daran folgen in Kapitel 6 die Beantwortung der Forschungsfrage und die daraus resultierende Schlussfolgerung der Forscherinnen. Außerdem wird dort sowohl auf die Stärken und Schwächen der Studie eingegangen, als auch ein Ausblick auf weiterführende Forschungsmöglichkeiten gegeben.

Im Anschluss an den schriftlichen Teil befinden sich außerdem: Literaturverzeichnis, Glossar, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis sowie verschiedene Anlagen.

## 2. Theoretischer Hintergrund

In dem theoretischen Hintergrund werden für die Fragestellung relevante Bereiche beleuchtet und anhand der recherchierten Literatur dargestellt. Nachdem zuerst auf Sexualität und Intimität im Allgemeinen, sowie im gesundheitlichen Kontext eingegangen wird, folgen sowohl die Grundgedanken, als auch die Ressourcen der Ergotherapie. Sie werden in Verbindung mit dem Thema Sexualität betrachtet, bevor schließlich auf die zu beachtenden Faktoren eingegangen wird.

### 2.1 Sexualität & Intimität

*“Sexuality is a central aspect of being human and closely related to quality of life and well-being.”  
(Higson, 2017, S.443)*

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Definition der Begrifflichkeiten „Sexualität“ und „Intimität“, gibt Aufschluss über dessen Bedeutung für das menschliche Leben, aber auch über die weitere Nutzung der Begriffe im Verlaufe dieser Arbeit. Neben der Erläuterung der einflussnehmenden Faktoren, wird dabei auch auf das Recht auf Sexualität und die Folgen der Vernachlässigung eingegangen.

#### 2.1.1 Definitionen

##### 2.1.1.1 Definition Intimität

Unter dem Begriff *Intimität* werden auf Vertrauen basierende Beziehungen oder Handlungen zweier oder mehrerer Individuen verstanden. Diese Vertrautheit kann sich dabei auch in sexuellen oder erotischen Handlungen, Berührungen oder Äußerungen darstellen und eine gemütliche oder behagliche Atmosphäre schaffen (Bibliographisches Institut GmbH, 2018a). Dabei wird mit Intimität das Empfinden von Harmonie, Verbundenheit und Zuneigung verknüpft, welche in einer (engen) Beziehung, einer Freundschaft, Gemeinschaft oder Familiarität verspürt oder ausgedrückt werden können (Bibliographisches Institut GmbH, 2018a). Demnach stellt Intimität einen prägenden Aspekt für eine innige Beziehung dar und kann Ausdruck einer tiefen Vertrautheit zwischen Individuen sein, welche zudem über eine bloße Freundschaft hinausgehen kann. Daher lässt sich bereits auf eine enge Verknüpfung von Sexualität und Intimität schließen, auf welche auch in der nachfolgenden Definition von Sexualität eingegangen wird.

### 2.1.1.2 Definition Sexualität

Sexualität wird als ein fester und wichtiger Bestandteil der menschlichen Existenz definiert, welcher sich nicht auf bestimmte Lebensphasen oder Altersstufen eingrenzen lässt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011). Sie schafft Voraussetzungen für die Fortpflanzung und die damit einhergehende Arterhaltung (Steinberg, Rittner, Dormann & Spengler-Katerndahl, 2012), umfasst zudem jedoch auch Handlungen, die über den Geschlechtsakt als solches hinausgehen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011; World Health Organization, 2006). So werden darunter auch Intimitäten wie Streicheln, Küssen, Schmusen, Flirten oder Händchen halten (Mac Rae, 2013; Schmidtke, Dinkel, Gschwend & Herkommer, 2015), aber auch Dating, das Führen einer Beziehung/Partnerschaft/Ehe und das Erleben von Nähe gefasst (Fritz, Dillaway & Lysack, 2015; Sengupta, Davis & Stubbs, 2008). Ebenfalls werden mit dem Begriff *Sexualität* auch die sexuelle Begierde und die Libido, sowie sexuelle Gedanken oder Masturbation in Zusammenhang gebracht (Bauer, Haesler und Fetherstonhaugh, 2016).

Die World Health Organization (WHO\*) spiegelt diese Vielzahl an Facetten und relevanter Aspekte ebenfalls in ihrer Definition von Sexualität aus dem Jahr 2006 wieder und verdeutlicht laut Tierney (nach Blagbrough, 2010) die umfassende Bedeutung für Körper, Geist und Seele:

*Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors. (WHO, 2006)*

Anhand dieser Definition stellt die WHO bereits einige Zusammenhänge, aber auch Einflüsse dar und erweitert den Blick auf Sexualität durch den Einbezug verschiedener Ebenen. So beleuchtet sie einerseits die biologische und arterhaltende Ebene, andererseits aber auch die Ebene der Rollen und Identität, sowie der damit verbundenen Emotionen und Werte. Des Weiteren spricht sie die Ebene der einflussnehmenden Faktoren (→ Punkt 2.1.3) an und macht dadurch die Abhängigkeit der Sexualität eines Individuums von dessen Umwelt deutlich. Wie die Definitionen verdeutlichen, existieren in der Literatur verschiedene Auffassungen von den Begriffen Intimität und Sexualität. Die vorliegende Arbeit bezieht sich daher auf die aufgeführten Definitionen (→ Punkt 2.1.1) in ihrer Gesamtheit und fasst sie im Folgenden unter *Sexualität* zusammen.

### 2.1.2 Bedeutung von Sexualität & Intimität

Laut Steinberg et al. (2012), liegt in Sexualität weiterführend ein Ursprung von Lebensenergie, welche „in allen Phasen des menschlichen Lebens körperlich, geistig-seelisch [,] sozial wirksam“ und eng mit dem Erleben von Gefühlen wie Freude oder Liebe, aber auch „Glück, Erfüllung, Zufriedenheit, . . . Schmerz, Zweifel, Trauer und Hilflosigkeit“ (S.380) verknüpft ist. Des Weiteren wird sie mit Wohlbefinden (Juergens, Miller Smedema & Berven, 2009; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011) und dem Abbau von Stress verbunden (Mac Rae, 2013; Fritz et al., 2015) und beeinflusst das Selbstwertgefühl, das Selbst-verständnis und die menschliche Erfahrung (Tipton-Burton & Burton nach Lohmann & Kobrin, 2017). Zudem wirkt sie sich auch auf das Körperbild (Taleporos & McCabe nach Juergens et al., 2009), Selbstbild (Juergens et al., 2009) sowie das Erleben der eigenen geschlechtlichen Identität aus (Bauer et al., 2016; Blagbrough, 2010).

Daraus wird bereits deutlich, dass Sexualität einen wichtigen Aspekt in dem Empfinden von Lebensqualität darstellt. Diese Verknüpfung stellen auch Ratner, Richter, Minkin & Forantuller (2012) her, welche Anliegen aus dem Bereich der Sexualität und Intimität als wesentliche Bestandteile des Erlebens von Lebensqualität, am Beispiel von Frauen mit einer Krebserkrankung, beschreiben. Auch Bauer et al. (2016) treffen die Aussage, dass Sexualität von Bedeutung für die Lebensqualität, aber auch das Wohlbefinden eines Individuums ist und stützen dies mit einem Beispiel aus einer Studie nach Bauer et al., wonach Bewohner einer Seniorenresidenz sexuelle Intimitäten als bedeutsam beschreiben.

### 2.1.3 Einflussnehmende Faktoren hinsichtlich Sexualität

Wie bereits in der Definition der WHO (2006) in Punkt 2.1.1.2 deutlich wurde, kann die Sexualität eines Menschen von vielen Faktoren positiv oder auch negativ beeinflusst werden. Dabei spielen sowohl personenbezogene Faktoren (wie Erkrankungen, körperliche oder geistige Behinderungen, sowie das Alter des Individuums), als auch umweltbezogene Faktoren (wie die institutionellen, kulturellen, physischen und sozialen Umwelten des Individuums und mit ihnen verbundenen Rahmenbedingungen) eine entscheidende Rolle (Higson, 2017).

### 2.1.3.1 Personenbezogene Faktoren

Kommt es bei einem Individuum zu physiologischen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen, in Form von Erkrankungen oder Behinderungen, kann dies Einfluss auf den Alltag und damit verbundene bedeutungsvolle Betätigungen des Betroffenen nehmen. Aufgrund der Einschränkungen und damit einhergehenden Erlebnissen, können das Selbstwertgefühl und -bewusstsein, das Körperbild, sowie die Selbstwahrnehmung gemindert werden (Higson, 2017). So kann dies auch die Sexualität des Individuums beeinflussen, wenn jenes sich selbst nicht als attraktiven oder würdigen Sexualpartner erlebt und dadurch sein Wohlbefinden, aber auch seine sexuelle Wertigkeit als gemindert wahrnimmt. Dem entgegengesetzt kann es nach Higson (2017) jedoch auch zu einer Zunahme der sexuellen Selbstakzeptanz, des Selbstbewusstseins und einer gesteigerten sowie verbesserten intimen Beziehung führen. Der Einfluss der personenbezogenen Faktoren ist demnach nicht zu verallgemeinern, sondern stets von dem Individuum abhängig. Bei Menschen mit einer Querschnittslähmung oder Tetraplegie durch Rückenmarksverletzung kann es beispielsweise zu Einschränkungen der Sexualität ausgehend von den personenbezogenen Faktoren kommen. Diesbezüglich liefern Fritz et al. (2015) mit ihrer Studie über die sexuelle Intimität bei Frauen mit einer Rückenmarksverletzung einige Beispiele. Neben umweltbezogenen Einschränkungen (wie die Stigmatisierungen als asexuell oder die mangelnden Informationen über Sexualität nach einer Rückenmarksverletzung) benannten die Teilnehmerinnen auch physische Barrieren einhergehend mit ihrer körperlichen Behinderung. So beeinflussten Schmerzen, Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Dekubitus, Sensibilitätsverlust und eine mangelnde Kontrolle hinsichtlich der Entleerung von Darm und Blase die Sexualität der Teilnehmerinnen (Fritz et al., 2015). Diese Faktoren galten dabei zwar als hinderlich und sorgten teilweise für unangenehme Situationen, dennoch betonten die Frauen ihre Sexualität als relevanten Aspekt des Lebens, beispielsweise zum Stressabbau oder zum Erleben von intimen Beziehungen.

Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann es trotz dem Wunsch und dem Bedürfnis nach verschiedenen Facetten der Sexualität zu Schwierigkeiten kommen (Bates, Terry & Popple, 2016). Häufig benötigen sie Unterstützung dabei, einen geeigneten Partner zu finden, ein Date zu organisieren oder einen angemessenen Umgang mit einem Partner zu pflegen. Durch die kognitiven Einschränkungen können das Abschätzen von Risiken (wie bspw. drohender oder bestehender Missbrauch), Fähigkeiten zur Organisation und Planung, aber auch die angemessene Gestaltung eines sozialen Kontaktes beeinträchtigt sein und Betätigungsprobleme im Bereich der Sexualität entstehen (Bates et al., 2016).

Mit dem Alter kann es zu entsprechenden altersbedingten Faktoren kommen, welche die Sexualität eines Individuums beeinflussen. Bauer et al. (2016) beschreiben diesbezüglich Gegebenheiten wie eine herabgesetzte Mobilität oder Fitness, hormonale Veränderungen sowie spezifische Erkrankungen (bspw. eine Arthritis oder demenzielle Erkrankung). Ebenfalls beeinflussend können Nebenwirkungen von Medikamenten, Einbußen in den

kognitiven Funktionen oder psychologische Faktoren, wie ein gemindertes Selbstwertgefühl und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sein (Bauer et al., 2016). Neben den beeinflussenden Faktoren bleibt die Relevanz von Sexualität im Leben eines Individuums jedoch meist erhalten (Nusbaum et al. nach Bauer et al., 2016).

### 2.1.3.2 Umweltbezogene Faktoren

Neben den personenbezogenen wirken auch umweltbezogene Faktoren einflussnehmend auf die bedeutungsvollen Betätigungen eines Individuums, wie beispielsweise jene aus dem Bereich der Sexualität. Nach Higson (2017) kann die Umwelt dabei sowohl als befähigend und unterstützend, als auch hinderlich und hemmend empfunden werden. Wie Bauer et al. (2016) beschreiben, erfahren Menschen mit Behinderung, mit einer Erkrankung oder im hohen Alter häufig eine Stigmatisierung als sexuell inaktiv und werden dadurch daran gehindert, ihre Sexualität auszuleben. Beispielsweise erhalten sie weniger Informationsmaterial oder Aufklärung hinsichtlich des Themengebietes und werden mit ihren entsprechenden Bedürfnissen von behandelnden Gesundheitsberufen oder in Wohneinrichtungen häufig ignoriert (Bauer et al., 2016; Blagbrough, 2010; Fritz et al., 2015).

Doch es kann auch zu Einschränkungen durch die Umwelt kommen, wenn die Sexualität eines Individuums nicht mit den Normen und Erwartungen der Gesellschaft einhergeht. Ein Beispiel dafür benennen Beagan et al. (2013), welche sich mit möglichen Ansatzpunkten ergotherapeutischer Arbeit bei Menschen aus dem Trans\*-Spektrum\* befasst haben. So sehen sich Menschen aus dem Trans\*-Spektrum häufig mit negativen Reaktionen seitens der Gesellschaft oder ihres nahen Umfeldes konfrontiert und erfahren durch das stereotype Rollenverständnis und daran geknüpfte Erwartungen eine Einschränkung ihrer Sexualität (Beagan et al., 2013). Um die Konfrontation mit negativen Reaktionen weitgehend zu vermeiden, kommen einige ihrem biologischen Geschlecht entsprechenden Aktivitäten nach und erleben ihre bedeutungsvollen Betätigungen unter Ausschluss der diskriminierenden oder intoleranten Gesellschaft. So begegnen Menschen aus dem Trans\*-Spektrum alltäglich sozialer Ausgrenzung, Ungerechtigkeit und einem Mangel an bedeutungsvollen Betätigungen (Beagan et al., 2012).

Bezugnehmend auf die beispielhaft aufgeführten Eindrücke hinsichtlich personen- und umweltbezogener einflussnehmender Faktoren, lässt sich auf weitere, unterschiedlich geprägte Situationen schließen, denen sich Individuen in ihrem Alltag konfrontiert sehen. Diese Barrieren sollten auch in Bezug auf die im Folgenden angesprochenen Rechte auf Sexualität und Folgen mangelnder sexueller Betätigungen im Hinterkopf behalten werden.

### 2.1.4 Recht auf Sexualität

Higgins et. al (nach Fouché, 2014) beschreiben, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, seine sexuellen Möglichkeiten zum Ausdruck zu bringen. Des Weiteren plädieren sie auf das Recht der sexuellen Selbstbestimmung, Privatsphäre und des Erlebens sexueller Freude. Eigenverantwortliche Entscheidungen bezüglich der Fortpflanzung zu treffen, umfangreiche sexuelle Aufklärung und sexuelle Gesundheit\* zu erhalten, benennen sie dabei ebenfalls. Das Recht auf Sexualität bildet sich aus den Menschenrechten, wonach im Allgemeinen Schutz der Autonomie und Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Freiheit, Privatsphäre, Würde, Gleichstellung und Integrität für alle Menschen gültig gemacht werden (Georgantzi, 2013; Nideröst & Kunz, 2016). So sind die sogenannten „sexuellen Rechte“ (Nideröst & Kunz, 2016, S.34) implizit in bestehenden Menschenrechten der europäischen Union, jedoch auch im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland verankert, ohne direkt begrifflich benannt zu werden (Georgantzi, 2013; Steinberg et al., 2012).

Ebenfalls ist zu erwähnen, dass diese Rechte für alle Menschen und so auch für alte oder kranke sowie Menschen mit Behinderung gelten (Hartmann, 2013; Steinberg et al., 2012). Diesbezüglich gilt es demnach für die Gesellschaft sowie das direkte Umfeld, Menschen mit einer Erkrankung oder Behinderung, aber auch Menschen im hohen Alter das Recht auf Sexualität im Alltag zuzugestehen und sie nicht aufgrund ihrer vermeintlichen Einschränkungen als asexuell oder weniger begehrenswert zu diskreditieren. Auch die WHO (2018) unterstreicht dieses Recht auf Sexualität für alle Menschen in ihrer Definition von sexueller Gesundheit und macht in Verbindung damit zugleich die Relevanz von Sexualität für die menschliche Gesundheit deutlich. Schlussfolgernd wird durch eine stigmatisierende, intolerante Gesellschaft, welche die sexuellen Bedürfnisse von Menschen mit Erkrankungen, Behinderungen oder anderen Einschränkungen missachtet, die Bedeutung von Sexualität für die Gesundheit eines Menschen nicht erkannt. Dabei können die Folgen einer solchen Missachtung und Vernachlässigung prägend für das Individuum und dessen (sexuelle) Gesundheit sein.

### 2.1.5 Folgen der Vernachlässigung

Die Stellung und Bedeutung von Sexualität für den Menschen, wie in Punkt 2.1.2 bereits erläutert, spiegelt sich auch in der Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow (→Abb. 1) wieder. In jener führt Maslow Sexualität auf der Ebene der physiologischen Bedürfnisse, somit den lebens- und arterhaltenden (wie bspw. die Fortpflanzung, Essen und Trinken), aber auch auf der Ebene der sozialen Bedürfnisse, etwa denen nach tieferen Beziehungen, Intimität und Liebe auf (Lackenbauer, 2012). Auf Basis dieser Einordnung wird davon ausgegangen, dass Sexualität von hoher Wichtigkeit für die Selbstverwirklichung eines Individuums ist: Menschen, denen Sexualität vorenthalten oder dessen Ausübung beeinträchtigt wird, ist die Erfüllung eines Basisbedürfnisses und zugleich die Entwicklung einer stabilen Grundlage zur Selbstverwirklichung nicht möglich. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, ob die Ursache dieser Beeinträchtigung auf personen- oder umweltbezogene Faktoren zurückzuführen ist – relevant sind die Thematisierung der Bedürfnisse und eine entsprechende Fokussierung auf die Problemlösung (Lackenbauer, 2012).



Abb. 1: Bedürfnispyramide nach Maslow  
(Georg Thieme Verlag, 2015)

Als Umkehrschluss zu der bereits beschriebenen Bedeutung von Sexualität für die menschliche Existenz, kann es bei Menschen mit entsprechenden Betätigungsproblemen nach Moita und Teixeira de Sousa (2012) zu Frustration, Depression, Stress und Unzufriedenheit kommen, sollte das Betätigungsbedürfnis fortwährend ignoriert werden. Weiterführend können resultierende Misserfolgserfahrungen das Selbstwirksamkeitserleben einschränken und Inaktivität zur Folge haben (Lackenbauer, 2012). Zudem nehmen sich betroffene Menschen häufig als ineffektive, wenig lebenswürdige Sexualpartner wahr und erleben den Verlust ihrer Motivation auch nach Zielen in anderen Lebensbereichen zu streben (Burton nach Juergens et al., 2009). Aus der Betrachtung des gesamten Punktes 2.1 ergibt sich, dass dieses Thema umfassend von großer Bedeutung für das menschliche Sein und dessen Gesundheit ist. Durch diese bestehende Verknüpfung des Themas mit Gesundheit, verdeutlicht die WHO (2006; 2018) bereits die Relevanz von Sexualität für alle Gesundheitsberufe, einschließlich der Ergotherapie. Anhand der Beispiele aus den Punkten 2.1.3.1 und 2.1.3.2 lassen sich zudem erste Verknüpfungen mit dem Geltungsbereich der Ergotherapie herstellen, welcher weiterführend in dem nachfolgenden Kapitel erläutert wird. Bezugnehmend auf die Punkte 2.1.4 und 2.1.5 ist der Einzug des Themas Sexualität in den therapeutischen Kontext unabdingbar, um die Anforderungen an die Förderung von Gesundheit auf Basis bestehender Rechte für jedes Individuum zu ermöglichen und die grundlegenden Bedürfnisse eines Menschen anzusprechen.

## 2.2 Philosophie der Ergotherapie

*„You're almost like the secret weapon that kind of advocate with the client and make changes, but you don't really fit into the medical model“  
(TN8, Absatz 71)*

Um die Verknüpfung des Themas Sexualität mit der Ergotherapie und dessen Geltungsbereich zu vertiefen, wird sich dieses Kapitel mit den Grundannahmen der Profession hinsichtlich ihrer Sicht auf den Klienten, aber auch die bedeutungsvolle Betätigung und Folgen entsprechend auftretender Probleme beschäftigen.

### 2.2.1 Grundannahmen & vorherrschendes Paradigma

Mit dem vorherrschenden Paradigma der Ergotherapie steht nunmehr die Befähigung zur Ausführung oder dem Eingebunden sein in alltägliche, für den Klienten (→Punkt 2.2.2) bedeutungsvolle Betätigungen (Götsch, 2015b) im Fokus der therapeutischen Behandlung. Mit der sogenannten „contemporary occupational therapy practice“ (Schell, Scaffa, Gillen & Cohn, 2014, S.53) wird Betätigung fortan als sinngebend sowie bedeutend für den Menschen betrachtet und zum Fokus der Ergotherapie (Götsch, 2015b; Schell et al., 2014). Zusätzlich lässt sich festhalten, dass der Mensch in der Ergotherapie holistisch betrachtet wird, aber auch die Wechselwirkung zwischen ihm, seiner Umwelt und Betätigung beachtet, sowie deren Gleichgewicht angestrebt wird (Hooper & Wood, 2014; Schell et al., 2014).

So entstanden schließlich folgende Prinzipien, welche die aktuelle ergotherapeutische Arbeit leiten sollen: die klientenzentrierte, die betätigungszentrierte, evidenzbasierte und die kulturell relevante Praxis (Yerxa, nach Schell et al., 2014), sowie die technologiebasierte und bevölkerungsbasierte Praxis (Cup, van Hartingsveldt, de Vries-Uiterweerd & Saenger, 2017). Die nähere Beschreibung der genauen Inhalte der Säulen, würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten und wird daher nicht näher ausgeführt. Es lässt sich jedoch schlussfolgern, dass sich diese Säulen der Ergotherapie nach Cup et al. (2017) ebenfalls als Ausgangsbasis für die ergotherapeutische Arbeit mit Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität betrachten lassen, wie es die folgenden Kapitel weiter verdeutlichen.

### 2.2.2 Sicht auf den Klienten

Mit dem vorherrschenden Paradigma wandelte sich zudem das Verständnis eines passiven, für unmündig erklärten *Patienten* zu einem aktiv und eigenverantwortlich handelnden, selbstbestimmten *Klienten* (Möller, 2017). Mit dem Begriff des Klienten, wird einem Individuum die Aufgabe zuteil, die eigenen „Interessen wahrzunehmen“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2018b). Im ergotherapeutischen Prozess äußert sich dies durch eine aktive und partnerschaftlich geprägte Rollenerwartung, welche seitens der Therapeuten gegenüber dem Klienten gestellt wird (Möller, 2017; Romein, 2010). Eine genauere Darstellung der Rollenverteilung während der ergotherapeutischen Behandlung, wird in Punkt 2.3.3.4 anhand des Canadian Practice Process Frameworks (Craik, Davis & Polatajko, 2013) vorgenommen und daher nicht weiter ausgeführt.

Neben dem Klienten, kann zugleich das erweiterte Klientensystem eine wichtige Rolle in der Ergotherapie spielen, welches sich beispielsweise aus Angehörigen oder dem Lebenspartner, sowie engen Freunden eines Individuums bilden kann (Shotwell, 2014; Townsend et al., 2013). Bezieht man diese Definitionen bei der Betrachtung eines Klienten mit Betätigungsproblemen aus dem Bereich der Sexualität mit ein, lässt sich festhalten, dass auch hier das erweiterte Klientensystem eine große Rolle spielen kann. So sind von einer Einschränkung der sexuellen Betätigungen eines Klienten häufig auch die Sexual- oder Lebenspartner betroffen, die den Einfluss einer Erkrankung auf die Sexualität des Klienten miterleben (Krebs, 2008).

### 2.2.3 Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung

Wie der Punkt 2.1 bereits deuten lässt, kann Sexualität eine wichtige Rolle im Leben eines Individuums spielen. Da sie sowohl in den Bereich der Betätigung, aber auch jenen der Person, genauer unter die Identität, fällt (Sakellariou & Algado, 2006b), stellt sie einen wichtigen Aspekt in der klientenzentrierten Ergotherapie dar. Wie Pollard und Sakellariou (2006b) konstatieren, widerspricht der Ausschluss von Sexualität in der ergotherapeutischen Behandlung den ganzheitlichen und klientenzentrierten Argumenten des derzeit vorherrschenden Paradigmas. Weiter benennen Lohmann und Kobrin (2017), dass die Vernachlässigung der sexuellen Aktivität als Bedürfnis, die ergotherapeutischen Interventionen beeinträchtigen und zu schlechten therapeutischen Ergebnissen führen kann. Diese Verknüpfungen verdeutlichen, dass Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung in der Ergotherapie einen Platz finden sollte, um den Klienten eine ganzheitliche, klientenzentrierte und betätigungsorientierte Behandlung entsprechend dem vorherrschenden Paradigma zu ermöglichen, sowie die (sexuelle) Gesundheit gemäß der WHO (2018) zu unterstützen.

## 2.3 Ressourcen der Ergotherapie

*„ . . . it is essential to have good tools,  
but it is also essential that the tools should be used in the right way.”  
(Wattles, 1910, S. 113)*

Bezugnehmend auf die Philosophie und Grundannahmen der Ergotherapie sowie dem daraus resultierenden Geltungsbereich, lassen sich in diesem Kapitel bestehende Ressourcen der Profession aufzeigen, auf die in der Arbeit mit Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität zurückgegriffen werden kann.

### 2.3.1 Professional Reasoning

Auf Basis der Philosophie sowie den Grundannahmen der Profession, finden fortwährend ergotherapeutische Denkprozesse statt, welche als „Professional Reasoning“ (Schell, 2014, S.384), „Therapeutic Reasoning“ (Forsyth, 2017, S.159) oder auch „Clinical Reasoning“ (Rogers & Masagatani nach Feiler, 2015, S.138; Mattingly & Fleming nach Wikert, 2015, S.77) bezeichnet werden. Da der Begriff des Clinical Reasonings medizinisch geprägt ist und eher auf ein klinisches Setting schließen lässt, wählten Schell (2014) und Forsyth (2017) Bezeichnungen, welche die Vielfalt der Kontexte der Ergotherapie berücksichtigen. Im Folgenden wird von den Denkprozessen, gemäß Schell (2014), vom Professional Reasoning gesprochen. Atkins und Ersser (nach Wikert, 2015) stellen diesbezüglich die Annahme auf, dass das Professional Reasoning des Ergotherapeuten eng mit der Zufriedenheit der Klienten und der Erreichung ihrer Ziele zusammenhängt. Um eine holistische Sicht auf den Klienten nach dem vorherrschenden Paradigma zu gewährleisten und die bestehenden Rahmenbedingungen zu unterstützen, bildet es sich aus mehreren Aspekten (Schell, 2014): Dem *Scientific Reasoning* mit seinen Unterformen des *Diagnostic* und *Procedural Reasonings*, dem *Narrative Reasoning*, *Pragmatic Reasoning*, *Ethical Reasoning*, *Interactive Reasoning* und dem *Conditional Reasoning*.

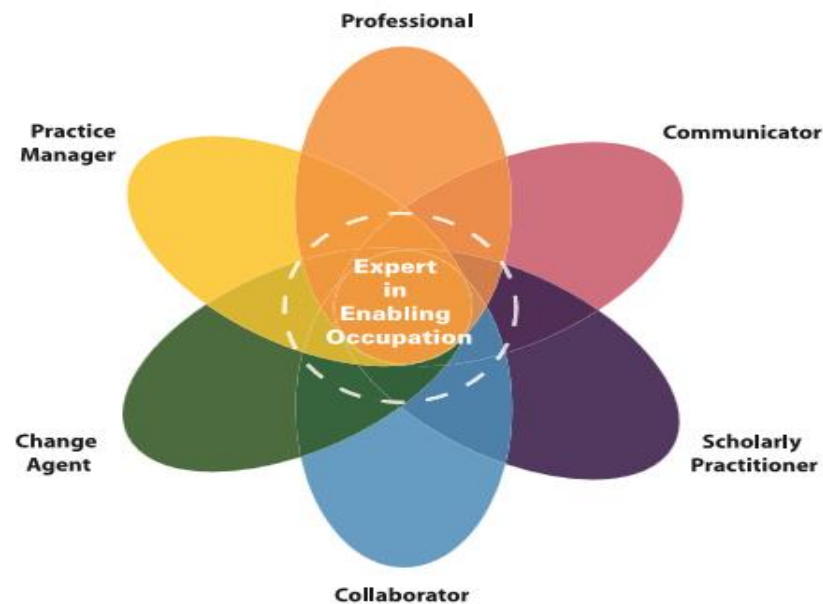
Bezugnehmend auf die einzelnen Aspekte, lässt sich festhalten, dass Ergotherapeuten von vielen Denk- und Entscheidungsprozessen geleitet werden, welche Einfluss auf die Ausgestaltung des ergotherapeutischen Prozesses haben. Diesbezüglich stellen sie auch für die Arbeit mit Klienten, dessen Betätigungsanliegen dem Bereich der Sexualität zuzuordnen sind, eine wichtige Ressource dar. Darüber hinaus lassen sich daher beispielhafte Verknüpfungen herstellen: Auf Basis des *Interactive Reasonings* sollte demnach eine respektvolle und empathische, aber vor allem eine auf Vertrauen basierende Therapeut-Klient-Beziehung gestaltet werden, die es dem Klienten ermöglicht diese sensiblen Anliegen bei Bedarf zu thematisieren. Das *Scientific Reasoning* mit seinen Unterformen sollte sich dabei auch auf Grundlagenwissen hinsichtlich möglicher Probleme aus dem Bereich der Sexualität beziehen, welchem sich der Therapeut durch Recherche, wissenschaftlichen Artikeln oder entsprechenden Fortbildungen bedienen kann.

In der Arbeit mit diesem Thema sollte sich der Therapeut den Rahmenbedingungen nach dem *Pragmatic Reasoning* stets bewusst sein und nach dem *Ethical Reasoning* auch die ethischen Aspekte (→Punkt 2.4.1) beachten, welche diesbezüglich unabdingbar sind, um Missverständnisse oder Konflikte zu vermeiden.

## 2.3.2 Zuständigkeitsrollen & Berufskompetenzen der Ergotherapie

### 2.3.2.1 Zuständigkeitsrollen

In Kanada wurden Ergotherapeuten durch die Canadian Association of Occupational Therapists, kurz CAOT (nach Townsend et al., 2013) sieben Zuständigkeitsrollen, sogenannte „competency roles“ (S.113) zugeschrieben: *Expert in Enabling Occupation*, *Communicator*, *Collaborator*, *Practice Manager*, *Change Agent*, *Scholarly Practitioner* und *Professional* (→Abb. 2). Während *Expert in Enabling Occupation* die zentrale Rolle eines Ergotherapeuten darstellt, gelten die anderen sechs als unterstützende Rollen (CAOT, 2012).



**Abb. 2: Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada (CAOT, 2012, S.2)**

Alle sieben bilden das Kompetenzprofil der Ergotherapie ab und beschreiben somit zugleich die damit verbundenen Kompetenzen eines Ergotherapeuten entsprechend des vorherrschenden Paradigmas (CAOT, 2012). Im Folgenden werden die einzelnen Rollen auf Basis der Erläuterungen der CAOT (2012) kurz erläutert:

Unter *Expert in Enabling Occupation* wird der Gebrauch und die Anwendung eines umfassenden Wissens hinsichtlich Betätigung, aber auch evidenzbasierter Prozesse sowie Interventionen verstanden, welche die Betätigungen der Klienten aus den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit als Medium für das Handeln sowie Ergebnis der ergotherapeutischen Arbeit fokussieren.

Mit dem *Communicator* wird die erste der sechs unterstützenden Rollen genannt, welche sich auf jegliche Art der Kommunikation (mündlich, geschrieben, non-verbal, aber auch elektronisch) bezieht und die Verständigung sowie effektive dynamische Interaktion mit Klienten oder anderen Kommunikationspartnern über Betätigung, Eingebunden sein in tägliche Betätigungen, aber auch ergotherapeutische Dienstleistungen meint.

Als *Collaborator* arbeiten Ergotherapeuten effektiv mit wesentlichen Interessenvertretern/ Stakeholdern sowie inter- und intraprofessionellen Kollegen zusammen, um die Teilhabe an Betätigungen durch den Gebrauch, aber auch die Förderung partizipativer Entscheidungsfindungen zu ermöglichen.

Als *Practice Manager* verwalten Ergotherapeuten ihre Zeit, setzen Prioritäten und unterstützen die Steuerung/ Handhabung einer nachhaltigen, effektiven sowie effizienten Praxis, verteilen Ressourcen, aber zeigen auch die Verantwortlichkeiten der Öffentlichkeit sowie Geldgeber auf, um den Klienten effektive Dienstleistungen zu ermöglichen.

In der Rolle des *Change Agent* nutzt der Ergotherapeut sein Fachwissen und seine Einflussnahme verantwortungsvoll um Betätigung, Betätigungsperformanz sowie das Eingebunden Sein in Betätigung zu fördern. Dazu setzt er sich mit seinen Klienten oder in deren Interesse für eine positive Veränderung im Rahmen von Gesundheit ein, um entsprechende Anwendungen, Dienstleistungen sowie die Gesellschaft diesbezüglich zu verbessern.

Die Rolle des *Scholarly Practitioner* meint den Einbezug von Evidenz, Kritik, Reflexion und Qualitätssteigerung des Ergotherapeuten in die tägliche Praxis durch lebenslanges Lernen. Als Lehrender unterstützen sie das Lernen mit Klienten, Teammitgliedern und anderen Lernenden.

Als *Professional* ist der Ergotherapeut dazu verpflichtet, sich an ethische Grundlagen zu halten aber auch seine persönlichen sowie professionellen Grenzen wahrzunehmen und mit diesen umzugehen.

### 2.3.2.2 Berufskompetenzen

Auch Townsend et al. (2013) sehen die Kernkompetenz der Ergotherapie in der Befähigung der Klienten und spiegeln dadurch die Ansicht der CAOT (2012) wieder und beschreiben diesbezüglich entsprechende Grundlagen (*enablement foundations*), aber auch Schlüsselfertigkeiten (*enablement skills*). Diese Korrespondenz zeigt auf, wie Betätigung als Medium für das Eingebunden sein, aber auch als Ergebnis der ergotherapeutischen Interventionen genutzt und erreicht werden kann (CAOT, 2012; Townsend et al., 2013). Somit ergibt sich durch die Verknüpfung der Rollen mit den *enablement skills* (→Abb.3) eine schlüssige Arbeits- und Orientierungsgrundlage, auch für die ergotherapeutische Praxis in Deutschland.

| Enablement Spectrum:<br>10 Key Enablement Skills | CAOT Competency Profile:<br>Seven Competency Roles* |                                                                              |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Adapt                                            | Change Agent                                        | Practice Scholar and Professional roles<br>underlie full Enablement Spectrum |
| Advocate                                         | Change Agent                                        |                                                                              |
| Coach                                            | Communicator                                        |                                                                              |
| Collaborate                                      | Collaborator                                        |                                                                              |
| Consult                                          | Expert in Enabling Occupation                       |                                                                              |
| Coordinate                                       | Practice Manager                                    |                                                                              |
| Design/Build                                     | Change Agent                                        |                                                                              |
| Educate                                          | Change Agent                                        |                                                                              |
| Engage                                           | Expert in Enabling Occupation                       |                                                                              |
| Specialize                                       | Expert in Enabling Occupation                       |                                                                              |

**Abb. 3: Enablement skills and competency roles (Townsend et al., 2013, S. 116)**

Die zu schaffenden Grundlagen der Befähigung basieren auf den Interessen, Werten, Glaubensansätzen, Ideen, Konzepten, Perspektiven sowie Bedenken der Ergotherapie und wirken sich auf die entwickelten Prioritäten, aber auch die entsprechenden Denkprozesse aus (Townsend et al., 2013). Als die sechs Grundlagen der Befähigung, werden von Townsend et al. im Jahr 2013 „choice, risk, responsibility; client participation; change; justice; visions of possibility; and power sharing“ (S.100) genannt. Zusammenfassend stehen diese für die Befähigung des Klienten, Verantwortung für sich selbst, aber auch eigene Entscheidungen zu übernehmen, die Möglichkeit Teilhabe in jeglichen Bereichen zu erfahren (am Therapieprozess, bedeutungsvollen Betätigungen oder der Gesellschaft) und dabei den Blick auch auf die Einschränkungen seitens der Gesellschaft zu lenken. Das gemeinsame Entwickeln möglicher Zukunftsvisionen, die Einleitung oder Gestaltung angestrebter Veränderungsprozesse und das Stärken der Ressourcen des Klienten auf Basis einer guten Zusammenarbeit (Townsend et al., 2013) gehören auch zur Befähigung.

Die zehn Schlüsselfertigkeiten nach Townsend et al. (2013) stellen eine orientierende Ressource der Ergotherapeuten dar und bilden sich aus folgenden Fertigkeiten:

Anpassen, Fürsprechen, Coachen, Zusammenarbeiten, Beraten, Koordinieren, Entwerfen/Konstruieren, Ausbilden/Lehren, Beteiligen und Spezialisieren (George, Flotho, Dehnhardt, Harth & Romain, 2009). Sie sind Inhalt des, in Abb.4 dargestellten „Canadian Model of Client-Centred Enablement“ (CMCE) (Townsend et al., 2013).

Je nach Bedarf können einige oder alle Fertigkeiten ausgewählt und angewendet werden. Weitergehend werden allgemeingültige Fertigkeiten benannt, die die Befähigung seitens des Therapeuten unterstützen (George et al., 2009): Process Skills (wie bspw. analysieren, evaluieren, hinterfragen, planen oder reflektieren), Professional Skills (wie bspw. die Dokumentation, aber auch das Einhalten des vorherrschenden Ethikkodex) und Scholarship Skills (wie bspw. der Gebrauch von Evidenz, das Erzeugen, Verbreiten oder Übertragen von Wissen, sowie das Beurteilen von Dienstleistungen) (Townsend et al., 2013).

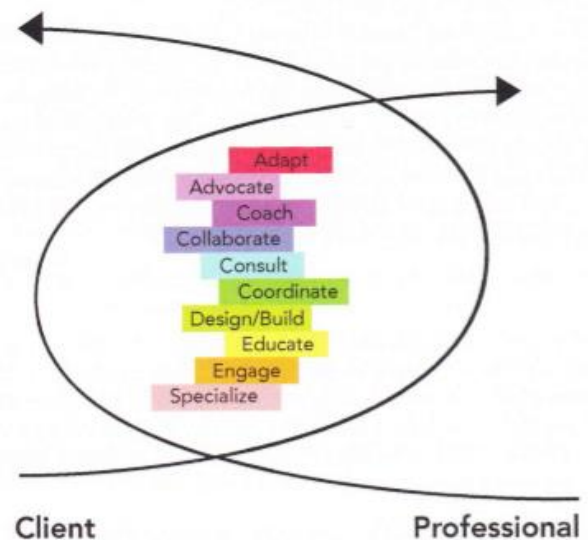


Abb. 4: Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE) (Townsend et al., 2013, S.110)

Im Zusammenhang betrachtet, lässt sich darauf schließen, dass die verknüpfte Betrachtung der Zuständigkeitsrollen und der Schlüsselfertigkeiten die berufseigenen Ressourcen der Ergotherapie verdeutlichen. Da diese zudem den Grundgedanken der Profession (→ Punkt 2.2) entsprechen, können sie ebenfalls als Ressource für den Einbezug der sexuell geprägten Betätigungsanliegen der Klienten betrachtet werden.

### 2.3.3 Theoriegeleitetes Handeln

Um die Wechselwirkungen, Beziehungen und Verknüpfungen zwischen Therapeut, Klient, Umwelt sowie Betätigung für die Ergotherapie zu veranschaulichen, zu erläutern aber auch zu vereinfachen, wurden diverse Inhaltsmodelle und Rahmenwerke entwickelt (American Occupational Therapy Association, 2014; Marotzki, 2015). Sie vereinen und organisieren Theorien aus Bezugswissenschaften, mit den Kernannahmen, Wertvorstellungen wie auch Überzeugungen der Ergotherapie, sind jedoch nicht miteinander gleichzusetzen. Während die Rahmenwerke ein strukturierendes Gerüst für die Profession sowie deren Verständnis des eigenen Zuständigkeitsbereiches bieten, liefern Inhaltsmodelle Praktikern vor allem eine Orientierungshilfe, sowie Werkzeuge für den Transfer der Theorie in die Praxis (Reed & Sanderson nach Forsyth, Summerfield Mann & Kielhofner, 2005; Hagedorn, 2009; Marotzki, 2015). Dabei verbinden sie die theoretischen Erklärungen bezüglich eines Phänomens, wie der Betätigung mit praktischen Handlungsmöglichkeiten (Forsyth et al., 2005) und leiten die Denk- und Entscheidungsprozesse des Therapeuten (Boniface et al., 2008). Darüber hinaus verdeutlichen sie ebenfalls den Gegenstandsbereich der ergotherapeutischen Arbeit, konkretisieren das Alleinstellungsmerkmal und unterstützen die Abgrenzung der Profession gegenüber anderen. Darauf Bezug nehmend lässt sich also anmerken, dass die theoriegeleitete Praxis Ergotherapeuten darin unterstützt, die Betätigungsanliegen ihrer Klienten in der Therapie, auf Basis der vorherrschenden Annahmen und Philosophie der Profession, aufzugreifen und so auch Anliegen aus dem Bereich der Sexualität in die Therapie zu integrieren.

Um Möglichkeiten einer theoriegeleiteten Ergotherapie aufzuzeigen, welche die Betätigungsanliegen der Klienten aus dem Bereich der Sexualität aufgreift und damit eine gute Ausgangsbasis für das Vorgehen in der Praxis liefert, werden im Nachfolgenden das *Occupational Therapy Practice Framework* (American Occupational Therapy Association, 2014), sowie das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (Polatajko et al., 2013) kurz erläutert, um einen allgemeinen Eindruck von deren Sichtweisen zu vermitteln. Im Anschluss daran wird schließlich eine begründete Verknüpfung des Rahmenwerkes mit dem Inhaltsmodell seitens der Autorinnen vorgenommen, um der deutsch-sprachigen Ergotherapie eine mögliche Ressource aufzuzeigen.

### 2.3.3.1 Occupational Therapy Practice Framework

Das *Occupational Therapy Practice Framework-3<sup>rd</sup> Edition* (kurz OTPF) aus dem Jahr 2014, stellt die aktuellste Version des ergotherapeutischen Rahmen-werkes der American Occupational Therapy Association (AOTA) dar. Da es fortwährend gegen-wärtige Diskussionen und Themen innerhalb der Profession erfasst, liefert es stets brandneue Ansichten (AOTA, 2014). Bezugnehmend auf diese Aktualität lässt sich auf eine Konformität mit dem vorherrschenden Paradigma (→Punkt 2.2.1) schließen, welche im Folgenden bestätigt wird:

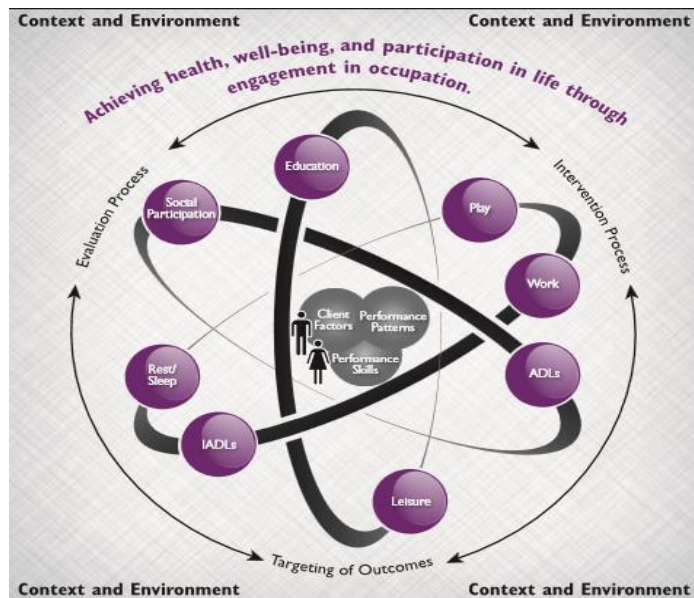


Abb. 5: *Occupational Therapy domain and process* (AOTA, 2014, S.18)

Um die Zusammenhänge zwischen der Person, ihr Eingebunden sein in für sie bedeutungsvolle Betätigungen und ihre Umwelt visuell zu verdeutlichen, aber auch den Übertrag in die Praxis zu vereinfachen, ist das OTPF (→Abb.5) in zwei wesentlichen Teilen dargestellt (AOTA, 2014). So umschreibt die *Domain* den Geltungsbereich der Ergotherapie und zeigt auf, in welchen Bereichen sie über Kompetenzen sowie Wissen verfügt, indem sie in fünf große Kategorien (die Betätigungen, Klientenfaktoren, Performanz-Fähigkeiten, Performanz-Muster sowie die Kategorie Kontext und Umwelt) geteilt wird. Der *Process* hingegen erläutert das praktische, klientenzentrierte Vorgehen eines Ergotherapeuten, welches das Eingebunden sein in Betätigung fokussiert und beinhaltet die Schritte „evaluation process“, „intervention process“ und „targeting of outcomes“ (AOTA, 2014, S.10). Obwohl beide Teile separat beschrieben werden, muss jedoch festgehalten werden, dass sie eng miteinander verknüpft sind und in wechselseitiger Beziehung zueinanderstehen (AOTA, 2014). Das OTPF stellt somit eine theoriegeleitete Ressource für die Ergotherapie dar und kann als Grundlage für eine professionelle Arbeit verstanden werden.

### 2.3.3.2 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E), welches 2007 von Polatajko, Townsend und Craik (nach Polatajko et al., 2013) etabliert wurde (→Abb.6), stellt ein ergotherapeutisches Inhaltsmodell dar. Es erfasst die Hauptbereiche, welche für die Profession bedeutend sind und entwickelt sich mit ihr weiter. Ergänzt wird es durch das dazugehörige Prozessmodell (→Punkt 2.3.3.4), dem *Canadian Practice Process Framework* (Craik et al., 2013) und dem *Canadian Model of Client-Centred Enablement* (→Punkt 2.3.2.2), welches die Therapeut-Klient Interaktion während des Prozesses unterstützt (Townsend et al., 2013). Gemeinsam bilden sie die kanadische Modell-Triplette. Da sich dieses Inhaltsmodell eines hohen Bekanntheitsgrades in der deutsch-sprachigen Ergotherapie erfreut, sich prägend auf jene auswirkte und dort, neben einem weiteren Modell, „als aktuell am häufigsten genutzt“ (Knagge, 2016, S.64) gilt, wird folgend davon ausgegangen, dass eine knappe Erläuterung ausreicht, bevor im Anschluss auf die Verknüpfung mit dem OTPF eingegangen werden kann.

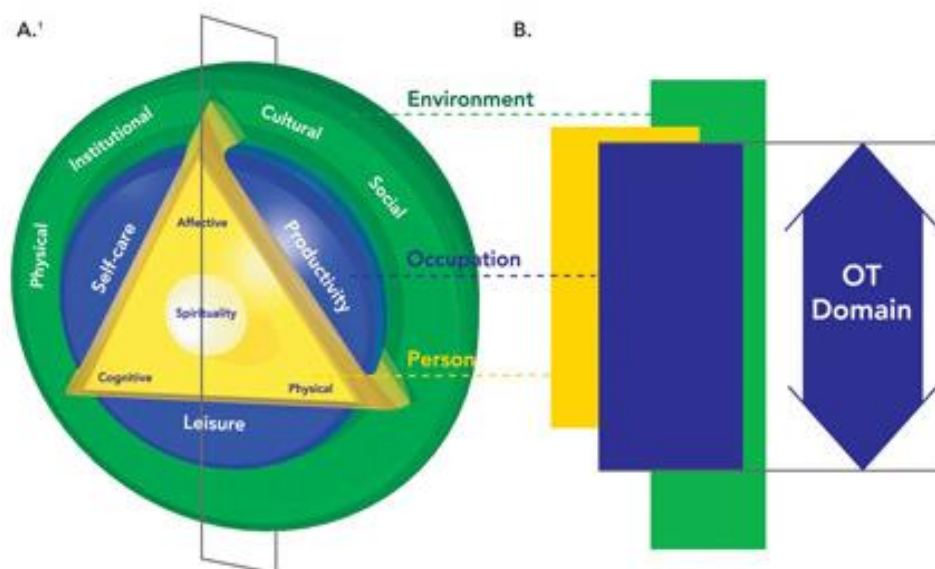


Abb. 6 : *The CMOP-E- Specifying our domain of concern* (Polatajko et al., 2013, S.23)

Das CMOP-E bildet sich aus den drei Komponenten Person, Betätigung und Umwelt, welche wechselseitig aufeinander einwirken. Dabei baut es auf den Annahmen und grundlegenden Überzeugungen der Ergotherapie (→Punkt 2.2.1) auf und entspricht somit der Klientenzentrierung, Betätigungsorientierung und Evidenzbasierung (Polatajko et al., 2013). Die *Person* ist mit ihrer Spiritualität und ihren Performanzkomponenten (affektive, kognitive und physische Komponenten) im Zentrum des Modells verhaftet (Polatajko et al., 2013). Sie wird in die *Umwelt* (kulturelle, institutionelle, physische und soziale) eingebettet, welche die Möglichkeiten für die Betätigungen eines Individuums mitbestimmen (Polatajko et al., 2013). Die *Betätigung* wird als Brücke zwischen der Person und ihrer Umwelt betrachtet.

Im Rahmen dieser Interaktion beeinflusst und bestimmt die Umwelt die Betätigung des Individuums. Betätigungen werden nach dem CMOP-E in ihre jeweiligen Bestimmungszwecke Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit unterteilt (Polatajko et al., 2013). Durch die dreidimensionale Darstellung des CMOP-Es erschließt sich der Gegenstandsbereich der Ergotherapie, welcher in dem Bereich der Betätigung und sich damit überschneidenden Aspekten der Person sowie der Umwelt liegt. Das Modell zielt demnach darauf ab, eine klientenzentrierte Praxis, aber auch das zentrale Interesse der Profession bezüglich Betätigung zu unterstützen. Denn durch Betätigung kann Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit erreicht werden (Polatajko et al., 2013).

### 2.3.3.3 Zusammenschluss beider Modell

Da ein einziges Modell häufig nicht den Ansprüchen an die Komplexität der holistischen Sicht auf Gesundheit entspricht, kann sich eine Ergänzung kompatibler Theorien oder Modelle als sinnvoll erweisen (Green zitiert nach Ikiugu, Sames & Lauckner, 2012). So bietet das OTPF (→Punkt 2.3.3.1) zwar eine gute ergotherapeutische Ressource, um das Thema Sexualität in der ergotherapeutischen Praxis präsent zu machen, sowie entsprechende Betätigungsanliegen anzugehen, jedoch weist es für den deutschen Kontext noch einige Barrieren auf: Das komplexe Modell wurde im Englischen veröffentlicht und erschien, nach einigen deutschen Umschreibungen, im Jahr 2018 erstmalig in deutschsprachiger Ausgabe. Somit bestand bis zu diesem Jahr eine Sprachbarriere, welche die Anwendung und den Übertrag in die deutsch-sprachige Ergotherapie erschwerte und auch die Bekanntheit des OTPF im deutschsprachigen Raum einschränkte.

Das etwas übersichtlichere CMOP-E hingegen scheint auf Basis der Aussage nach Knagge (2016), welche in Punkt 2.3.3.2 zitiert wurde, zugänglicher für die deutsch-sprachige Ergotherapie zu sein und bietet mit seiner Triplette sowie dem dazugehörigen Assessment ein stimmiges Gesamtpaket für eine klientenzentrierte und betätigungsorientierte, ergotherapeutische Praxis.

Bezugnehmend auf die Vor- und Nachteile beider Modelle, kann an dieser Stelle die Entscheidung getroffen werden, die jeweiligen Vorteile zusammenzuführen, um der komplexen Sicht auf Gesundheit zu entsprechen und die Ergotherapie gemäß dem vorherrschenden Paradigma ganzheitlich, klienten- und betätigungszentriert auszurichten. Aufgrund der bereits herausgestellten Vorteile des CMOP-Es für den deutsch-sprachigen Kontext, wird jenes hierzu als Ausgangsbasis für die Beschreibung der theoretischen Sichtweise auf den Klienten und Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung genutzt. Auf Basis der aufeinander aufbauenden Teile der Triplette, wurde von den Autoren weiterführend das kanadische Prozessmodell verwendet, um das praktische Vorgehen zu erläutern. Im Gegensatz zum CMOP-E führt das OTPF Facetten von Sexualität im Rahmen von Betätigung auf. Daraus resultiert, dass das bereits beschriebene Verständnis von Betätigung des CMOP-Es, durch jene des OTPF ergänzt werden kann, welche Sexualität explizit aufgreifen. Diese Ergänzung lässt sich wie folgt darstellen:

Das OTPF führt Sexualität in seiner *Domain* unter den *ADLs*, also den Aktivitäten des täglichen Lebens, als *sexual activity* auf und fasst darunter das Ausführen von Betätigungen die in sexueller Befriedigung/Zufriedenheit resultieren und/oder reproduktive Bedürfnisse erfüllen (AOTA, 2014). Da die *ADLs* nach der AOTA (2014) das Überleben und Wohlbefinden sichern, aber auch mit der Versorgung des eigenen Körpers einhergehen, lassen sich diese mit dem Betätigungsbereich *Selbstversorgung* des CMOP-Es vereinen und dort unter dem Punkt *Eigene körperliche Versorgung* fassen. Zusätzlich erfasst das OTPF Sexualität in dem Betätigungsbereich *Social Participation*, worunter Betätigungen zu verstehen sind, welche die Teilhabe wie auch das Eingebunden sein in gesellschaftliche oder familiäre Aktivitäten, sowie den Kontakt zu Freunden und Gleichaltrigen ermöglichen. Als *Peer, Friend* werden darunter schließlich jene Aktivitäten spezifiziert, welche auf verschiedenen Ebenen der Interaktion und Intimität einzuordnen sind, aber auch das sich Beteiligen an erwünschten sexuellen Aktivitäten. Angesichts der Betätigungen, welche dem Betätigungsbereich *Social Participation* in dem OTPF zu Teil werden, lassen sich jene Betätigungen des *Peer, Friend* im CMOP-E dem Betätigungsbereich *Freizeit* und genauer der Unterkategorie *Soziales Leben* zuweisen.

Ergänzend lassen sich den *Client factors* aus dem OTPF auch die *Genitourinary and reproductive functions* auf das CMOP-E übertragen (AOTA, 2014). Die darunter gefassten genitalen und reproduktiven Funktionen können, nach den jeweiligen Definitionen, der physischen Komponente der Person im CMOP-E ergänzend zugeordnet werden. Da sie teilweise von Relevanz für die Sexualität eines Individuums sind, werden auch sie auf das CMOP-E übertragen. Mit der *Spiritualität* bietet das CMOP-E zudem die Möglichkeit, die Motivation des Individuums gegenüber seinen bedeutungsvollen Betätigungen zu erfassen und dadurch ein Verständnis für die individuelle Definition, aber auch die Bedeutungszuschreibung betreffs Sexualität zu erhalten (Polatajko et al., 2013). Ein solches Verständnis kann dafür sorgen, dass der Therapeut Wechselwirkungen, aber auch gewisse Erwartungen oder Haltungen des Klienten nachvollziehen und die benötigte Unterstützung wirksamer gestalten kann. Darauf beziehend wird auch die Einbettung der Thematik Sexualität in die ergotherapeutische Behandlung unterstützt.

Durch den Zusammenschluss sollen demnach mögliche Sprachbarrieren sowie Hindernisse in der Anwendung gemindert und zusätzliche Hemmschwellen in der Enttabuisierung des Themas Sexualität in der ergotherapeutischen Arbeit vermieden werden. So wird der Blick der praktizierenden Ergotherapeuten dadurch ebenso auf Betätigungen fokussiert, welche mit dem Ausleben und Erfahren von Sexualität einhergehen. Es lässt sich also festhalten, dass das CMOP-E in ergänzter Variante eine gewinnbringende Grundlage dafür bieten kann, das methodische Handeln eines Ergotherapeuten fortlaufend zu leiten und dabei auch die Sexualität ihrer Klienten bei Bedarf einzubeziehen.

### 2.3.3.4 Canadian Practice Process Framework

Neben den zuvor bereits beschriebenen Inhaltsmodellen, unterstützen sogenannte Prozessmodelle das methodische Handeln in der ergotherapeutischen Praxis. Sie leiten den Prozess, geben ihm Struktur und unterstützen den Therapeuten den Behandlungsprozess zu gestalten. Das *Canadian Practice Process Framework* (CPPF) stellt ein solches Prozessmodell dar, ist Teil der kanadischen Modell-Triplette (Craik et al., 2013) und beruht auf den Gesichtspunkten Beurteilung/ Befunderhebung, Intervention sowie der Evaluation der Resultate, welche im Gesundheitswesen geläufig sind (George et al., 2009).

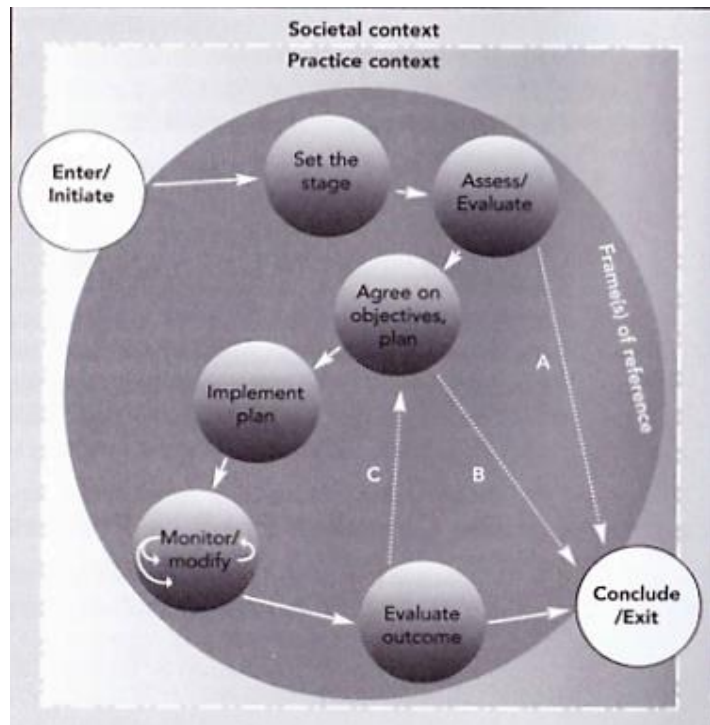


Abb. 7: *Canadian Practice Process Framework (CPPF)* (Craik et al., 2013, S. 233)

Da das CMOP-E, wie bereits in Punkt 2.3.3.2 erwähnt, zu den bekanntesten Inhaltsmodellen Deutschlands gezählt wird, lässt sich daraus schließen, dass auch das CPPF weitläufig bekannt ist und im Folgenden nicht in die Tiefe gehend beschrieben werden muss. Um dennoch einen Überblick des Prozessmodelles zu gewährleisten, wird dieses innerhalb des Kapitels kurz dargestellt. Das CPPF bildet die dynamische Interaktion zwischen Klient und Therapeut im Laufe der gegebenen Prozessstruktur von acht Aktionspunkten ab und stellt alternative Pfade für die Praxis bereit (Craik et al., 2013). Es zielt darauf ab, Veränderungen in der Betätigungsperformanz aber auch dem Eingebunden sein in Betätigung zu ermöglichen und dadurch die Betätigungsziele des Klienten zu erreichen. Welches durch die Anwendung des CMOP-Es (→ Punkt 2.3.3.2) und die bereits beschriebenen *enablement skills* unterstützt wird (Craik et al, 2013). Die wesentlich Handelnden in dem Prozess sind der Klient und der Ergotherapeut, welche jeweils bestimmte Zuständigkeiten aber auch Verantwortlichkeiten als aktive, eingebundene Beteiligte übernehmen.

Wie der Abb.7 zu entnehmen ist, bildet sich das CPPF aus vier Elementen: dem *Societal context*, dem *Practice context*, den *Frame(s) of reference* und den acht Aktionspunkten. Während der *Societal context* für den umfassenden gesellschaftlichen Kontext steht, stellt der *Practice context* den konkreten Rahmen für die Therapeut-Klient-Interaktion dar. Beide Kontexte stehen miteinander in steter Wechselwirkung und nehmen Einfluss auf den Behandlungsprozess, sowie die Therapeut-Klient-Beziehung (Craik et al., 2013).

Die *Frames of reference* hingegen stehen für Theorien, Modelle, Methoden, Sichtweisen und Konzepte, auf welche der Therapeut in der Praxis zurückgreift (Craik et al., 2013). Die Basis des Prozesses stellen die Aktionspunkte *Enter/initiate*, *Set the stage*, *Assess/evaluate* und *Conclude/exit* dar. In seiner weiteren Gestaltung ist dieser jedoch flexibel und kann mit den vier weiteren Aktionspunkten (*Agree on objectives and plan*, *Implement plan*, *Monitor/modify* und *Evaluate outcome*) auf die individuellen Bedarfe des Klienten angepasst werden. In den Aktionspunkten *Set the stage* und *Assess/evaluate* kommen Assessments, wie beispielsweise das betätigungsorientierte *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) zum Einsatz, um die Betätigungsanliegen der Klienten zu erheben (Davis, Craik & Polatajko, 2013).

Auf Basis dessen, aber auch den in Punkt 2.2 aufgeführten Gründen, lässt sich festhalten, dass bei der Nutzung von Assessments die Sexualität und damit verbundene Betätigungsanliegen nicht außer Acht gelassen werden sollten. Sie könnten den Therapeuten dabei unterstützen, die sexuell geprägten Betätigungsanliegen der Klienten in dem Prozess aufzugreifen und jenen die erste Hürde zur Thematisierung nehmen. Hilfreich können weiterführend, je nach Bedarf und Anliegen der Klienten, Assessments zur Erhebung der Rollen, Interessen oder Schmerzen sein, aber auch jene, die sich konkret auf die Sexualität und deren Erleben beziehen.

### 2.3.3.5 Bezugsrahmen

Als Bezugsrahmen bezeichnet Götsch (2015a) jene Theorien aus Bezugswissenschaften, welche teilweise in die ergotherapeutische Praxis integriert werden und eine leitende Funktion für die Handlungen des Therapeuten zu Eigen haben. Diese Teiltheorien können der Medizin, den Sozialwissenschaften, Naturwissenschaften, der Philosophie oder der Occupational Science entstammen (Götsch, 2015a). Sie wirken rahmengebend und unterstützen Praktiker in der klientenzentrierten Gestaltung ergotherapeutischer Behandlungen (Nash & Mitchell, 2017). Auch in der ergotherapeutischen Arbeit mit Klienten deren Betätigungsanliegen der Sexualität zuzuordnen sind, können demnach Bezugsrahmen unterstützend für den Therapeuten sein. Im Folgenden wird daher auf mögliche Bezugsrahmen eingegangen.

Als grundlegende Bezugsrahmen sollten der klientenzentrierte (Hagedorn, 2000; Rogers, 2014) und der betätigungsorientierte Bezugsrahmen (Polatajko et al., 2013) die ergotherapeutische Praxis leiten (Dangl, Feiler & Jenni, 2011; Merklein de Freitas, 2016), um dem vorherrschenden Paradigma in der Ergotherapie (→Punkt 2.2.1) gerecht zu werden. Hinzufügend stellen der analytische und der entwicklungsorientierte Bezugsrahmen von Mosey (nach Schneider & Le Granse, 2018; Le Granse, 2009) zwei mögliche Bezugsrahmen dar. Beide betrachten Sexualität als eine Dimension des menschlichen Handelns. Während sich der analytische Bezugsrahmen auf Theorien wie jene von Erikson, Freud sowie Maslow stützt und auf psychoanalytischer Ebene thematisiert wie Intimität, Sexualität aber auch Vertrauen und Bedürfniserfüllung entstehen, beruht der entwicklungsorientierte

Bezugsrahmen auf Theorien wie dergleichen von Piaget, Ayres, Hartmann oder Bruner, die einen Ansatz auf entwicklungs- und persönlichkeits-theoretischer Ebene liefern (Le Granse, 2009). Im Rahmen des letzteren Bezugsrahmens, legt Mosey besonderen Wert auf die *anpassenden Fertigkeiten (adaptive skills)*, die ein Individuum darin unterstützen, ins Gleichgewicht zu gelangen, aber auch erfolgreich Betätigungen nachzugehen oder Aufgaben zu erfüllen. Kommt es zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu einem Ungleichgewicht, stellt das Streben nach Gleichgewicht die Quelle der Motivation eines Individuums dar, um letzteres durch neue Fertigkeiten wiederherzustellen (Le Granse, 2009). Aufgrund ihrer Inhalte lässt sich also schlussfolgern, dass beide Bezugsrahmen eine hilfreiche Wissensbasis zur Einschätzung und dem Verständnis von Sexualität oder damit einhergehenden Problemen bieten können.

Darüber hinaus können ausgehend von den Ursachen für aufkommende Betätigungsprobleme bezüglich der Sexualität, weitere Bezugsrahmen unterstützend wirken und hinzugezogen werden. Bringt man die von Mac Rae (2013) benannten Möglichkeiten der Ergotherapeuten zur Unterstützung ihrer Klienten in diesem Themenfeld mit den folgenden Bezugsrahmen nach Merklein de Freitas (2016) zusammen, können daraus hilfreiche Lösungsansätze entstehen: Erfordern Betätigungsprobleme beispielsweise die Anpassung von Abläufen oder Strukturen innerhalb der Umwelt, kann der Bezugsrahmen der Umwelthanpassung Anwendung finden (Merklein de Freitas, 2016). Bieten Hilfsmittel einen Lösungsansatz für bestehende Betätigungsanliegen, wie beispielsweise der Einsatz von (medizinischen) Vibratoren bei herabgesetzter Sensibilität, kann beispielgebend der Bezugsrahmen der assistiven Technologie hinzugezogen werden. Aktivitäten zur Stressreduktion, wie beispielsweise Entspannungstechniken zur Tonusregulation, können mit dem wahrnehmungsbasierten Bezugsrahmen angesprochen werden. Dies könnte beispielsweise einen Lösungsansatz für Klienten darstellen, welche auf Stress mit einer erhöhten Spastik reagieren und Entspannungstechniken als eine hilfreiche, Tonus senkende Vorbereitung auf sexuelle Aktivitäten mit ihrem Partner wahrnehmen. Der biomechanische Bezugsrahmen kann von Bedeutung sein, wenn die Adaption einer Betätigung oder Strategien zur Kompensation Lösungsansätze für die Betätigungsprobleme eines Klienten bieten können (Merklein de Freitas, 2016). Darauf beziehend könnten beispielsweise bestimmte Positionen entwickelt werden, durch welche der Geschlechtsverkehr oder auch das Kuscheln mit der Partnerin angenehm gestaltet werden kann. Ebenfalls könnte es hierbei unterstützend zum Einsatz von Keilkissen oder anderen Lagerungsmaterialien kommen, die die Betätigungsanliegen des Klienten unterstützen. Liegt das Betätigungsanliegen in der Aufnahme oder Gestaltung eines sozialen Kontaktes auf Ebene der kommunikativen Fähigkeiten, kann nach Götsch (2015a) auf den interaktionellen Bezugsrahmen zurückgegriffen werden, welcher sich auf Theorien zur zwischenmenschlichen Beziehung stützt und das bewusste Erleben des Individuums sowie die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns einbezieht.

Anhand der Beispielverknüpfungen lässt sich abschließend festhalten, dass die Bezugsrahmen der Ergotherapie eine Vielzahl an Möglichkeiten aber auch Ressourcen liefern, um Praktiker in der ergotherapeutischen Behandlung, mit Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität im Fokus, zu unterstützen.

### 2.3.3.6 Ex-PLISSIT

Das *Permission - Limited Information - Specific Suggestions - Intensive Therapy model* (kurz PLISSIT) wurde 1974 von Annon beschrieben und stellt eine Ressource zum Umgang mit Problemen im Bereich der Sexualität dar (Ayaz, 2009; Khakbazan et al., 2016). Es entstammt der Psychologie als Bezugswissenschaft (Luchterhand, 2018), bietet eine klientenzentrierte Methode zur Thematisierung von Problemen bei sexuellen Aktivitäten im Gesundheitswesen und ermöglicht dadurch die Planung sowie Evaluation der umfassenden Behandlung von Individuen mit entsprechenden Anliegen. Nach Khakbazan et al. (2016) liefert es mit seinem vier Schritte Plan eine nützliche Orientierungshilfe für alle Professionen des Gesundheitswesens, um die auf Sexualität bezogenen Anliegen ihrer Klienten zu erkennen und zu verstehen. Da das PLISSIT Modell mit seiner linearen Darstellung keine Reflektions- und Bewertungsprozesse berücksichtigt (Mercer, 2008), entwickelten Taylor und Davis (2006) das *Extended PLISSIT model* (Ex-PLISSIT). Durch die Erweiterung des PLISSIT Modells wurde es zu einer Bedingung, die gemeinsame Reflektion von Therapeut und Klient in den Prozess einzugliedern. Weiterhin wurde durch das Ex-PLISSIT das *permission-giving*, also die Genehmigung oder Erklärung einer Erlaubnis, als zentraler Gegenstand (→Abb.8) für die ergotherapeutische Arbeit sowie für andere Professionen angesehen (Taylor & Davis, 2007).

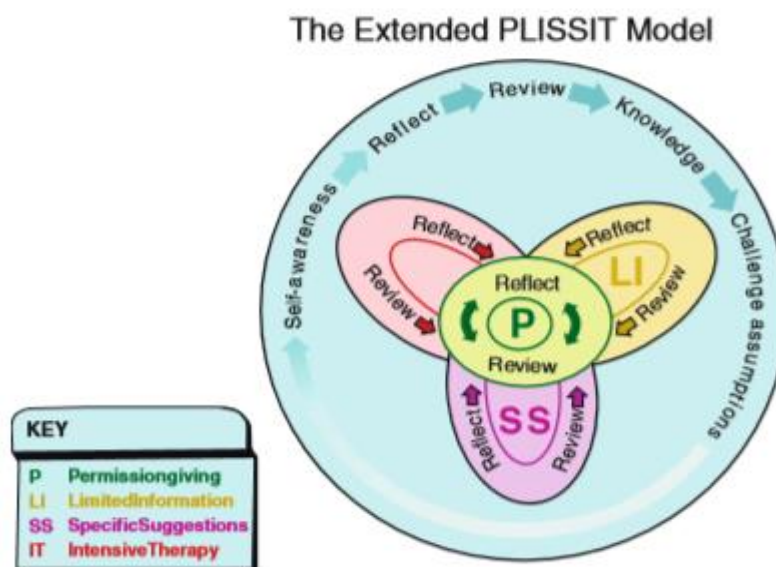


Abb. 8: The Ex-PLISSIT model (Taylor & Davis, 2007, S.137)

**Permission:** Der Einschätzungs-/ Beurteilungsprozess zu Beginn einer Behandlung bietet die erste Möglichkeit, die Bedürfnisse der sexuellen Gesundheit eines Klienten anzusprechen und ihm explizit den Raum zu öffnen, dementsprechend Fragen zu stellen oder auch seine Anliegen zu äußern. Dabei ist es notwendig die Entscheidung darüber dem Klienten zu überlassen, ob er seine Sexualität in der ergotherapeutischen Behandlung thematisieren möchte. Dazu ist es unabdingbar vor jeder Intervention das entsprechende Einverständnis des Klienten einzuholen.

**Limited Information:** Mit Einverständnis des Klienten können entsprechend seiner individuellen Bedürfnisse, Informationen durch den Therapeuten an den Klienten vermittelt werden. Dabei steht die Beschränkung der vermittelten Informationen, auf ausschließlich jene, die für den Klienten und seine Anliegen von Bedeutung sind.

**Specific Suggestions:** Auf Erlaubnis und Wunsch des Klienten, bietet der Ergotherapeut spezifische Anregungen zur lösungsorientierten Vorgehensweise hinsichtlich des Betätigungsproblems seines Klienten an.

**Intensive Therapy:** Die intensive Therapie kann weiterführend vom Ergotherapeuten empfohlen werden, wenn die Betätigungsprobleme außerhalb seines Kompetenzbereiches liegen und damit an andere Professionen, wie beispielsweise einen Sexualtherapeuten oder Paar-/ Beziehungsberater verweisen. Unabdingbar ist es hier, die Grenzen der Ergotherapie zu erkennen, dem Klienten durch Transparenz und Beratung den Weg zu entsprechenden Spezialisten zu weisen und ihm dadurch eine bestmögliche Behandlung zu ermöglichen. Die Weiterleitung an andere Professionen ist zudem unerlässlich, wenn Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch sowie psychosexuelle Probleme angesprochen werden. Dabei sollte dem Ergotherapeuten bewusst sein, dass diese Phase außerhalb des ergotherapeutischen Kompetenzprofils liegt und die Betätigungsprobleme des Klienten spezialisierter Professionen bedürfen.

Nach den aufgeführten Schritten des Ex-PLISSITs zu urteilen, kann das Modell den behandelnden Ergotherapeuten eine Orientierung bieten, ab wann die Kompetenzen der Ergotherapie diesbezüglich erschöpft sind. Für die praktische Umsetzung der einzelnen Phasen, zeigen Taylor und Davis (2006) verschiedene Möglichkeiten für die Arbeit von Gesundheits- und Krankenpflegern in Bezug zu entsprechenden Problematiken auf und ermöglichen dadurch einen Übertrag auf die Ergotherapie. Dieser bildet sich in den kurzen Beschreibungen der einzelnen Phasen durch die Forscherinnen, in Anlehnung an Schneider und Le Grasse (2018), aber auch Taylor und Davis (2006), ab.

## 2.4 Zu beachtende Faktoren

*“Occupational therapists found [it] . . . difficult to handle as it was hard to strike a balance between acting professionally and being a private person. “*  
(Kassberg & Skär, 2008, S.208)

Im Folgenden werden die Schwierigkeiten und Grauzonen, die das Ansprechen von Sexualität bei und mit dem Klienten erschweren können, bzw. denen der behandelnde Therapeut im Umgang mit der Thematik, aber auch seinem Klienten begegnet, beleuchtet.

### 2.4.1 Ethik

Die Ethik leitet sich aus der Philosophie ab, welche der Ergotherapie als Bezugswissenschaft dient. Laut Hübner (2010) versucht die Ethik, Moralvorstellungen zu begründen oder zu falsifizieren. Demnach ist es ihr Ziel, ein erstes Moralgerüst zu erstellen. Für Ergotherapeuten kann sie als Grundlage gesehen werden, auf dem das therapeutische Handeln begründet und Entscheidungen reflektiert werden. Kassberg und Skär (2008) beschreiben, dass Ethik in vielen Bereichen des ergotherapeutischen Handelns zum Tragen kommt und auch zu ethischen Dilemmata in der Therapeut- Klient- Beziehung führen kann. Um Ergotherapeuten bei ethischen Konflikten zu begleiten und um die Professionalität in schwierigen Situationen zu gewährleisten, wurde von der *World Federation of Occupational Therapists*, kurz WFOT (2016), der Ethikkodex der Ergotherapeuten festgeschrieben. In ihm weist der Weltverband darauf hin, dass jeder Professionsangehörige die Aufgabe hat, vorurteilsfrei zu sein, wahrhaftig zu handeln und loyal gegenüber allen Aspekten der professionellen Rolle zu sein, um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Klienten durch Betätigung zu unterstützen (WFOT, 2016). Daraus lässt sich im Umkehrschluss folgern, dass es den ethischen Grundsätzen der Ergotherapie widerstrebt, wenn nicht auf die bedeutungsvolle Betätigung von Klienten z.B. im sexuellen Bereich eingegangen wird (Sakellariou & Algado, 2006a). Ergänzend sprechen Townsend und Wilcock (2004) von der „occupational injustice“(S.80), wenn es einem Individuum aufgrund von Barrieren oder Hindernissen jeglicher Art nicht möglich ist, seinen bedeutungsvollen Betätigungen nachzugehen und thematisieren damit die Wiederherstellung der „occupational justice“ (S.75) als Ziel der Ergotherapie.

Basierend auf dem Ethikkodex sollte es der Ergotherapie demnach ein Anliegen sein, den Klienten mit seinen Bedürfnissen wahrzunehmen und zu befähigen, sodass jener (wieder) in seine bedeutungsvollen Betätigungen, auch im Bereich der Sexualität, eingebunden ist.

### 2.4.2 Interne & externe Einflüsse

Wie zuvor bereits genauer erläutert, werden in der Ergotherapie die Wünsche und Betätigungsanliegen des Klienten herausgearbeitet, um die Therapie auf das Individuum mit seinen Bedürfnissen zu fokussieren. Demnach sind Ergotherapeuten dafür prädestiniert, nicht nur die Betätigung zu analysieren, sondern auch fördernde sowie hemmende Umweltfaktoren zu evaluieren, die die Betätigung und somit die Partizipation beeinflussen. Obwohl der sexuelle Bereich zu dem ergotherapeutischen Tätigkeitsfeld gehört, gibt es immer noch Ergotherapeuten, die diese Thematik nicht aufgreifen oder außer Acht lassen (Rose & Hughes, 2018). Im Folgenden wird daher auf die intrinsischen und extrinsischen Faktoren eingegangen, die diesbezüglich beeinflussend wirken. Sie sollen einen Eindruck davon vermitteln, welche Faktoren zu bedenken sind, wenn das Thema in der Therapie aufkommt und wurden nach Higson (2017) in einer Abbildung aufgeführt („Barriers that professionals may experience that will affect addressing sexuality issues of the people with whom they work“ [Abbildung 32.1], S.447):

#### **Therapeut bezogene Faktoren:**

- Mangelndes Wissen eines möglichen Umgangs mit dem Thema Sexualität in der ergotherapeutischen Praxis, aufgrund von fehlenden Ausbildungsrichtlinien und Handlungs-/Leitlinien
- Auslassen der Thematik Sexualität aufgrund der eigenen Werte, Erziehung oder Religion
- Befürchtung der Gefährdung einer guten Therapeuten-Klient-Beziehung
- Empfundene Scham gegenüber dem Thema Sexualität auf Basis der gesellschaftlichen Haltung und der persönlichen Erziehung
- Fehlendes Zuständigkeitsgefühl für Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität
- Erwartungshaltung, dass die Thematisierung seitens des Klienten eröffnet wird, sollten sich Betätigungsbedürfnisse in dem Bereich der Sexualität für jenen ergeben

**Klienten bezogene Faktoren:**

- Kulturelle oder Religiöse Hintergründe
- Unwissenheit über die Möglichkeit Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität innerhalb der Ergotherapie ansprechen zu können
- Angst vor Verurteilung und Ablehnung
- Je nach Alter des therapeutischen Gegenübers, kann dies die Thematisierung von Sexualität erschweren (viel älter oder jünger als der Klient)
- Kognitive Einschränkungen oder Schwierigkeiten in der Gestaltung eines sozialen Kontaktes, welche die Thematisierung erschweren
- Angst vor einer zu intimen Ausgestaltung der Therapie und den folgenden Interventionen, nach der Äußerung von Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität
- Schamgefühl aufgrund unangenehmer Einschränkungen und damit einhergehender Betätigungsprobleme (bspw. Inkontinenz)
- Mangelnde Privatsphäre innerhalb der Einrichtung oder unangenehme Rahmenbedingungen ( z.B. Altenheim)

**Umweltbezogene Faktoren:**

- Die soziale, kulturelle und/oder physische Umwelt können Hemmfaktoren darstellen
- Seitens des/der Partners/Partnerin ist keine Thematisierung bestehender Betätigungsprobleme im Bereich der Sexualität gewünscht
- Kulturelle oder religiöse Werte in der Einrichtung, welche das Vorhaben nicht unterstützten (kirchlicher Träger, der Gespräche über Verhütung und Aufklärung unterbindet/ untersagt)
- Ein begrenzt/ gar nicht vorhandener zeitlicher oder räumlicher Rahmen
- Tabuisierung des Themas Sexualität seitens der Gesellschaft oder auch Angehörigen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Ergotherapeut in einem Gespräch mit dem Klienten über Sexualität nicht alle einflussnehmenden Faktoren gleichermaßen berücksichtigen kann, dennoch sollte dieser sein Professional Reasoning (→ Punkt 2.3.1) dahin gehend ausrichten, um sich über die oben genannten möglichen Grenzen, Barrieren aber auch Ressourcen in der Therapie bewusst zu werden.

### 2.4.3 Wahrung der Professionalität

Wie schon in Punkt 2.4.1 angesprochen, stehen Ergotherapeuten immer wieder vor neuen ethischen Herausforderungen, die zu Spannungsfeldern oder Dilemmata führen können. So sind jene, die das tabuisierte Betätigungsanliegen ihrer Klienten im sexuellen Bereich aufgreifen, nicht von diesen ethischen Spannungszuständen ausgenommen. Dabei liegt es nahe, die Abgrenzung der ergotherapeutischen Arbeit in diesem Betätigungsbereich von sexueller Belästigung zu hinterfragen. So wird sexueller Missbrauch („professional sexual misconduct“, kurz PSM) in einem Merkblatt vom DVE wie folgt definiert: „Unter PSM werden alle Formen sexueller Übergriffe in der fachlichen Rolle verstanden: ... Sexualisierte Verhaltensweisen und Sprache, Anmache und Datingversuche“ (Tschaan zitiert nach Keller, 2017, S.1). Basierend auf dieser Definition werden Verhaltensweisen oder Äußerungen auf individueller Ebene als belästigend und grenzüberschreitend erlebt. Damit die Therapie keine sexuelle Färbung bekommt und sich Therapeut, wie auch Klient nicht sexuell belästigt fühlen, weist Oetker in Stamm (2017) darauf hin, dass der Therapeut eine „klare Haltung“ (S.8) einnehmen muss, um der Therapie keine sexuelle Färbung zu verleihen. Trotz mangelnder Beispiele lässt sich ableiten, dass zu der klaren Haltung ein stetiger Reflexionsprozess gehört, wie ihn das Professional Reasoning (→Punkt 2.3.1) darstellt, um eine klare Kommunikation mit dazugehöriger Transparenz zu unterstützen.

Diese Kommunikationsfähigkeiten werden auch von Berding et al. (2018), im Zuge der DVE Projektgruppe *Kompetenzprofil und Modularisierung*, explizit erwähnt. Ihrer Ansicht nach wird die Domäne Kommunikation genutzt, um eine „vertrauensvolle und professionelle Beziehung zu[m] . . . Klient\*innen aufzubauen und zu halten“ (Berding et al., 2018, S.9). Auch Hinojosa (2012) ist der Auffassung, dass Kommunikation der Schlüssel zu dem Berufsbild der Ergotherapeuten ist. Er fasst zusammen, dass sich Praktiker die Zeit nehmen müssen, mit allen beteiligten Akteuren (Klienten, dem erweiterten Klientensystem, wie auch Teammitgliedern) zu interagieren und zu kommunizieren, sodass die berufliche Identität verinnerlicht und nach außen sichtbar gemacht wird (Hinojosa, 2012). Um auch sensiblen Themen, wie bspw. der Sexualität, einen Raum zu geben und diese ansprechen zu können, bedarf es in der Therapiegestaltung eines geschützten Rahmens und einer vertrauten Atmosphäre, die es dem Klienten ermöglicht sich aufgehoben und mit seinen Betätigungsanliegen ernstgenommen zu fühlen (Seibold, 2017). Darüber hinaus bedarf es einer gefestigten Beziehung zwischen Klient und Therapeut um eine Basis für die Thematisierung von Tabuthemen der Gesellschaft zu schaffen. Eine große Hürde diesbezüglich entsteht laut Richards et al. (nach Seibold, 2017) durch die kurzen Therapiezeiten sowie auftretende Therapeutenwechsel, wodurch sich eine gute Therapeut-Klient-Beziehung nur schwer aufbauen lässt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine „klare Haltung“ (Oetker nach Stamm, 2017 S.8) im direkten Kontakt mit dem Klienten wichtig ist, um der Therapie keine sexuelle Färbung zu verleihen. Diese klare Haltung bezieht sich nicht nur auf die eigenen inneren Werte, Grenzen oder das Professional Reasoning, sondern auch auf die äußere Haltung und die damit verbundene Sichtbarkeit, aber auch die Profilierung des Berufsbildes.

### 3. Methode

Das folgende Kapitel gibt Aufschluss über den gesamten Forschungsprozess der vorliegenden Studie. Dazu werden sowohl das Forschungsdesign, die Forschungsmethode, die Datenerhebung und deren Auswertung beschrieben, als auch die Forschungsethik, sowie der Datenschutz beleuchtet.

#### 3.1 Forschungsdesign

*„Im Zentrum der qualitativen Forschung steht die Untersuchung des menschlichen Erlebens. Ihr Anspruch ist es, lebensweltliche Erfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen zu verstehen, um daraus auf allgemeine Abläufe, Struktur- und Deutungsmuster zu schließen“*

*(Flick nach Perkhofer, Gebhart & Tucek, 2016, S.68)*

Wie Flick (nach Perkhofer et al., 2016) im obigen Zitat treffend beschreibt, sollen in der qualitativen Forschung subjektive Erfahrungen und Denkmuster wissenschaftlich untersucht werden. Da es den Forscherinnen ebenfalls um die persönlichen Erfahrungen von nationalen und internationalen Ergotherapeuten geht, die über ihre ganz individuellen Vorgehensweisen, Strategien und Schwierigkeiten sprechen, wird die vorliegende Studie dem qualitativen Forschungsdesign zugeordnet. Da die befragten Ergotherapeuten mit ihren persönlichen, praktischen Erfahrungen sowie Meinungen zum Thema Sexualität des Klienten in der Ergotherapie im Vordergrund standen, kann dadurch die Subjektbezogenheit, aber auch die Alltagsorientierung gerechtfertigt werden, welche wichtige Elemente der qualitativen Forschung darstellen (Perkhofer et al., 2016). So ist auch Mayring (2016) in seinem ersten Postulat von fünf der Auffassung, dass Menschen in der humanwissenschaftlichen Forschung, Ausgangspunkt und Ziel sein sollten.

Als Postulate werden Forderungen bezeichnet, die ein bestimmtes Handeln verlangen (Bibliographisches Institut GmbH, 2018c). Mayring (2016) sieht fünf Postulate als grundlegend in der qualitativen Forschung an, auf die im Folgenden weiter eingegangen wird. Das zweite Postulat stellt nach Mayring (2016) die „umfassende Beschreibung (Deskription) des Gegenstandsbereiches“ (S.21) dar, welche sich im theoretischen Hintergrund (→ Punkt 2) finden lässt. Dort wird die Bedeutung von Sexualität als Betätigung für die Ergotherapie beleuchtet und der diesbezügliche Kompetenzbereich der Profession, sowie ihre Ressourcen unter Einbezug einflussnehmender Faktoren und Folgen der Vernachlässigung beschrieben. Mit dem 3. Postulat legt Mayring (2016) fest, dass der „Untersuchungsgegenstand der Humanwissenschaft . . . immer auch durch Interpretation erschlossen werden“ (S.22) muss. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass die Aussagen aus den Experteninterviews, vor dem theoretischen Hintergrund auszuwerten sind, um den Nutzen, aber auch die Übertragbarkeit in die Praxis herauszuarbeiten.

Auch das 4. Postulat (Mayring, 2016, S.22) fordert, den Studienteilnehmer in seinem natürlichen und alltäglichen Umfeld zu befragen, um mögliche Störungen (z.B. durch die Erwartungshaltung seitens der Teilnehmer an die Forschungssituation) zu vermeiden. So wurde den Interviewteilnehmern der vorliegenden Studie offengelassen, an welchem Ort sie das Interview durchführen möchten. Da die meisten Interviews per Skype oder Telefon geführt wurden, befanden sich die Probanden währenddessen meist in ihrem häuslichen Umfeld. Ursächlich dafür war es, dass ein Teil der Befragten aus dem internationalen Kontext kamen und bspw. in Amerika, Großbritannien, sowie der Schweiz leben, wodurch ein persönliches Interview im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht realisierbar gewesen wäre. Das 5. und letzte Postulat nach Mayring (2016) befasst sich mit der allgemeinen Gültigkeit der Forschungsergebnisse, welche durch die Untermauerung eben dieser, mit Argumenten erreicht werden kann. Die Forscherinnen haben das 5. Postulat beachtet, indem die Ergebnisse der Datenerhebung vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert und mit neuen Quellen, sowie praktischen Beispielen untermauert wurden. Auf Basis dessen kann schließlich die Übertragbarkeit der Ergebnisse in die Praxis gewährleistet werden. Da die Forscherinnen sich nicht auf ein bestimmtes Arbeitsfeld der Ergotherapie beschränken, ist somit die Allgemeingültigkeit gewährleistet.

In der vorliegenden Forschung orientieren sich die Autorinnen an der Vorgehensweise der „Einzelfallanalyse“ nach Mayring (2016, S. 41). Ziel dabei ist es „die Komplexität des ganzen Falles, die Zusammenhänge der Funktions- und Lebensbereiche in der Ganzheit der Person und de[n] historische[n], lebensgeschichtliche[n] Hintergrund“ zu beleuchten (Mayring, 2016, S.42). Eine solche Fallanalyse gliedert sich nach Mayring (2016) in 5 zentrale Punkte, die Fragestellung, die Falldefinition, die Methode, die Aufarbeitung des Materials und den Zusammenhang, welche im Folgenden dargestellt werden:

#### Fragestellung

Um eine möglichst konkrete Fragestellung zu entwickeln, wurde das *Population-Intervention- Comparison- Outcome* (PICO) Schema als Formulierungshilfe verwendet (Becker, 2016). Da die vorliegende Studie keinen Vergleich erheben sollte, wurde von den Forscherinnen eine PIO Fragestellung entwickelt, welche den Aspekt der *Comparison* auslässt. Die zu Beginn der Forschung, nach PIO formulierte, zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit, lautet wie folgt:

**„Wie können Ergotherapeuten ihre Klienten dabei unterstützen, Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung zu thematisieren und welche Rolle nehmen die Ergotherapeuten dabei ein?“**

Die daraus entstandenen, detaillierteren drei Leitfragen werden folgend dargestellt:

1. **Welche Aufgaben zählen zu der Rolle der Ergotherapeuten, als Experten der Betätigung, im Bereich Sexualität?**
2. **Welche nationalen und internationalen Ressourcen (z.B. Modelle, Assessments, Leitlinien) stehen Ergotherapeuten in Deutschland zur Thematisierung zur Verfügung?**
3. **Worin liegen sowohl Überschneidungen als auch Abgrenzungen zu anderen Professionen (z.B. Sexualtherapeuten, Sexualassistenten, etc.)?**

#### Falldefinition

Dieser Punkt bezieht sich auf die konkrete Beschreibung der Teilnehmergruppe inklusive der im Voraus festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Diese werden detaillierter in der Teilnehmerrekrutierung (→ Punkt 3.4) benannt.

#### Methoden

Hiermit sind die unter Punkt 3.2 zu findende Beschreibung der Forschungsmethode sowie die Sammlung des Materials gemeint, welche durch Interviews (→Punkt 3.5.1), aber auch die anschließende Transkription (→Punkt 3.5.2) erfolgt ist.

#### Aufarbeitung des Materials

Das Material wurde in Form von Interviews erhoben und mit Hilfe des computergestützten Transkriptionsprogramms *f4transkript* sowie den zuvor festgelegten Transkriptionsregeln (→Punkt 3.5.2) verschriftlicht. Im Anschluss daran wurde ein Kodierleitfaden erstellt, welcher mit Hilfe des Analyseprogramms *f4analyse* die Einordnung der Resultate in die gebildeten Kategorien, nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse (→Punkt 3.6), unterstützt hat. Im Anschluss daran wurden die Forschungsergebnisse auf Basis des theoretischen Hintergrundes und unter Einbezug weiterführender Literatur diskutiert (→Kapitel 5).

#### Zusammenhang

Zuletzt muss „der einzelne Fall in einen größeren Zusammenhang eingeordnet werden“, um die „Gültigkeit der Ergebnisse abschätzen zu können“ (Mayring, 2016, S.44). Dies wird ebenfalls in Form der *Diskussion der Ergebnisse* (→Kapitel 5) erreicht, da dort die Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur abgeglichen werden. Um das Design der qualitativen Studie genauer zu erläutern, lässt sich festhalten, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine phänomenologische Forschung handelt, welche nach Wertz (2016) als eine wissenschaftliche Methode zur Erforschung des menschlichen Erlebens verstanden wird.

### 3.2 Forschungsmethode

*„ . . . man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen;  
sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte.“  
(Mayring, 2016, S. 66)*

Bei der Wahl der Erhebungsmethode einer qualitativen Forschung unterscheidet Mayring (2016) zwischen sprachlichen und beobachtenden Methoden. Das von den Autorinnen gewählte Verfahren zählt zu den sprachlich basierenden Methoden und wird in Form von Experteninterviews angewendet. Die Form des Experteninterviews, welches laut Kruse (2015) als eine „Variante von Leitfadeninterviews“ (S.166) gilt, bietet den Vorteil, dass sich die Forscherin und der Befragte gegenüber treten, wobei erstere, anders als bei einer „teilnehmenden Beobachtung“ (Mayring, 2016, S.66), aktiv an der Forschungssituation beteiligt ist. Da ein sensibles, tabubesetztes Thema in einem, für den Studienteilnehmer angenehmen Rahmen stattfinden sollte, spricht dies gegen eine Fokusgruppe. Diese ermöglicht nur wenig Privatsphäre und kann eine Beeinflussung des Studienteilnehmers, durch die Präsenz anderer, hervorbringen (Ritschl, Ritschl, Höhsl, Prinz-Buchberger und Stamm, 2016, Tab. 6.9 „Unterschiede zwischen Einzelinterview und Fokusgruppe“ [Tabelle], S.123). „Das Spezifische dieses Interviewtypus ist weniger die methodische Form seiner Durchführung als vielmehr die Zielgruppe: nämlich Expert/inn/en“ (Kruse, 2015, S.166). Für die vorliegende Studie wurden Ergotherapeuten im nationalen sowie internationalen Kontext nach ihren Erfahrungen gefragt, wie sexuelle Anliegen des Klienten Einzug in die ergotherapeutische Intervention fanden. Die Ergotherapeuten waren in diesem Fall die Experten für Betätigung und standen mit ihren Erfahrungen im Vordergrund bei den Experteninterviews und in der Studie.

Als Orientierung bietende Hilfestellung für die Durchführung haben die Autorinnen zu Beginn einen semistrukturierten Interviewleitfaden vor dem Hintergrund des *CMOP-Es* (→ Punkt 2.3.3.2) und der Forschungsfrage aufgestellt. Wie dem Punkt 3.6.2 zu entnehmen ist, gliedert sich jener in 4 Oberkategorien: „Klient, Therapeut, Betätigung und Organisatorisches“, welche mit Detailfragen ausgefüllt wurden. Um einem Interviewleitfaden eine Grundstruktur zu verleihen, bietet sich die Möglichkeit, die Punkte nach Ritschl et al. (2016) als Orientierung zu nehmen:

Zu Beginn des Interviews steht ein Einstieg, der mit dem Bedanken für die freiwillige Teilnahme an der Studie beginnt und kurz das Thema des Gesprächs benennt. Anschließend werden nochmal die Rahmenbedingungen zwischen Interviewer und Befragten festgelegt, bspw. dass das Gespräch aufgezeichnet wird und später einer Datenanalyse unterzogen wird. Auch wird kurz angesprochen, dass die Teilnahme weiterhin freiwillig ist, wie lang das Gespräch in etwa dauern wird und dass die Meinungsäußerung ehrlich sein sollte, um das Ergebnis nicht zu verfälschen.

Als „Opening“ (Ritschl et al., 2016, S.124) werden zunächst persönliche Daten abgefragt, die der Befragte sicher beantworten kann. Darauf folgen einführende Fragen, die das Thema in den Fokus rücken sollen und die „Transition“ (Ritschl et al., 2016, S.124) – also den Übergang zu den Hauptfragen bilden, bevor dann das zentrale Thema der Studie zur Sprache gebracht wird. Dieser Teil des Interviews kann wiederum in einzelne Aspekte unterteilt sein. In der Ergotherapie bietet sich z.B. eine Einteilung nach Personen-/Alltags- und Umweltbezogenen Faktoren (Ritschl et al., 2016) an. Um das Interview stimmig zu beenden, bieten sich abschließende Fragen an, in denen das Gespräch reflektiert und mit der persönlichen Meinung des Befragten abgeglichen wird, bevor dann die „Final Question“ (Ritschl et al., 2016, S.125) im Sinne von Rückfragen an den Interviewer und abschließenden Anmerkungen gestellt wird. Im Anschluss folgt die Verabschiedung mit Dank.

Gemäß Ritschl et al. (2016) wurden vor der eigentlichen Durchführung zwei Pretest/Pilot-Interviews durchgeführt um zu überprüfen, ob Verständnisschwierigkeiten innerhalb des Leitfadens entstehen oder einzelne Fragestellungen angepasst werden müssen, um den gewünschten Forschungsgegenstand zu erheben. Die Durchführung von zwei Pilotinterviews begründet sich darin, dass sowohl der deutschsprachige als auch der englischsprachige Leitfaden in einem Testdurchlauf überprüft werden sollten. Von Relevanz dabei war auch die Übertragbarkeit der Fragen ins Englische.

### 3.3 Ablauf der Studie

*„In allen Dingen hängt der Erfolg von den Vorbereitungen ab.“  
(Konfuzius, 551 - 479 v. Chr.)*

Der Ablauf der Studie ist in verschiedene Aspekte gegliedert. Zuerst wird der zeitliche Ablauf dargestellt, der verdeutlichen soll über welchen Zeitraum die Forscherinnen an der Studie gearbeitet haben. Daran schließt sich die Vorgehensweise an, welche das gesamte methodische Vorgehen vor der Teilnehmerrekrutierung/Datenerhebung beschreibt.

#### 3.3.1 Zeitlich

Der zeitliche Ablauf der Studie gliedert sich in verschiedene Arbeitsschritte (Abb. 9), welche farblich thematisch voneinander getrennt sind. Sowohl die Gruppenbildung, als auch die Themenfindung innerhalb der Gruppe wurden Anfang November 2017 abgeschlossen. Im Anschluss wurde in regelmäßigen Abständen ein Proposal der begleitenden Dozentin eingereicht, welches im Januar 2018 schließlich abgeschlossen wurde und einen ersten Entwurf der Arbeit, sowie ihres Forschungsgegenstandes darstellte. Parallel zu dem Proposal wurde bereits mit der Literaturrecherche (Anlage 1) begonnen, welche die grundlegende Strukturierung des theoretischen Hintergrundes beeinflusste, welcher im Juli abgeschlossen wurde. Wiederum parallel dazu wurden im März und April die Studienteilnehmer akquiriert und auch der Interviewleitfaden erstellt. Im Mai und Juni fanden die Interviews statt, die anschließend transkribiert und ausgewertet wurden. Im Juli wurde die Methodik schließlich schriftlich verfasst, die Studienergebnisse unter Einbezug der Forschungsfrage sowie der Leitfragen diskutiert und eine abschließende Schlussfolgerung mit Ausblick geschrieben. Im August wurden formale Kriterien geprüft, die Arbeit formatiert und Korrektur gelesen, bevor sie schlussendlich in den Druck gegeben wurde.

Die Abgabe der fertigen Arbeit erfolgte schließlich am 06. September 2018.



Abb.9: Zeitlicher Ablaufplan des Forschungsprozesses

### 3.3.2 Literaturrecherche (Vorverständnis)

Um den erforschten Gegenstand einer humanwissenschaftlichen Forschung auswerten zu können, muss dieser auf Basis eines gewissen theoretischen Vorverständnisses interpretiert werden (Mayring, 2016). Um dieses Vorverständnis zu generieren und gleichzeitig eine aktuelle Bestandsaufnahme der Forschung in diesem Themenbereich vorzunehmen, wurde in unterschiedlichen wissenschaftlichen Datenbanken Recherche betrieben.

Dazu wurde eine Vielzahl an Suchbegriffen verwendet und kombiniert, welche nachfolgend aufgelistet sind:

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| ➤ Sexuality/ Sexualität         | ➤ Occupational Therapy /           |
| ➤ Sexual needs                  | Ergotherapie                       |
| ➤ Sexual Health/ sexuelle       | ➤ Roles of occupational therapists |
| Gesundheit                      | ➤ Quality of Life                  |
| ➤ Sexual well-being / sexuelles | ➤ Well-being                       |
| Wohlbefinden                    | ➤ Identity                         |
| ➤ Occupation                    | ➤ Meaning/ Bedeutung               |
| ➤ Occupational Science          |                                    |

Eine beispielhafte Auflistung der genutzten Begriffskombinationen und daraus resultierenden Suchergebnissen befindet sich im Anhang (Anlage 1). Für die Literaturrecherche wurden diese Begriffe in verschiedenen Kombinationen bspw. in die Datenbanken *Pubmed*, *DIZ der Uni Bibliothek Heerlen* und *Google Scholar* eingegeben. Zusätzlich zu der Onlinesuche haben die Autoren auch eine Handsuche in der *Bibliothek der Zuyd Hogeschool in Heerlen*, sowie der *Schulbibliothek der Schule für Ergotherapie Eckardtsheim* durchgeführt. Für die Recherche wurden zudem verschiedene, sowohl nationale als auch internationale Fachzeitschriften der Ergotherapie (wie beispielsweise die *ergoscience*, *ergopraxis*, *Ergotherapie und Rehabilitation*, *ergotherapie: Fachzeitschrift von Ergotherapie Austria* oder das *American Journal of Occupational Therapy*) berücksichtigt.

Nach einer ersten Sichtung des gefundenen Materials, welches neben Fachbüchern, Zeitschriftenartikeln und Onlinejournalen auch aus Studienarbeiten bestand, wurde die Suche ausgehend von den Literaturverzeichnissen hilfreicher Artikel, ausgeweitet. Vermehrt wurde dabei internationale Literatur erfasst, welche sich dem Thema Sexualität in der Ergotherapie explizit gewidmet hat. Nachdem die gefundene Literatur auf ihre Relevanz für die Forschungsfrage überprüft wurde und auf Basis dessen eine erste Auswahl der Literatur getroffen wurde, überprüften die Forscherinnen diese auf ihre Evidenz. Diese Bewertung nahmen sie anhand der Evidenzpyramide nach Tomlin und Borgetto (2011) vor. Eine beispielhafte Bewertung des Evidenzlevels eines Artikels wird im Anhang (Anlage 2) aufgeführt.

### 3.3.3 Leitfadenerstellung

Die Erstellung des semistrukturierten Interviewleitfadens wurde vor dem theoretischen Hintergrund (→Punkt 2) und der zentralen Forschungsfrage (→Punkt 3.1) vorgenommen. Dieser ist in die vier Hauptbereiche *Therapeut*, *Klient*, *Betätigung*, *Umwelt* gegliedert, welche in Anlehnung an das CMOP-E entstanden sind. Den Hauptbereichen wurden darüber hinaus Fragen zugeordnet, die zur Beantwortung der Forschungsfrage hinführen könnten.

### 3.3.4 Pretest

Die Forscherinnen haben sich nach intensiver Recherche und Erstellung des Interviewleitfadens für zwei Pretests entschieden um mögliche Verständnis- oder Übersetzungsfehler im Vorfeld aufzudecken und anzupassen. Der Pretest wird mithilfe außenstehender Personen, die nicht am Forschungsprozess beteiligt sind oder teilnehmen werden, durchgeführt. Er soll Aufschluss darüber geben, ob die formulierten Fragen verständlich sind und dem Forschungsgegenstand, aber auch den angestrebten Ergebnissen entsprechen (Weigl, 2016b). Da es zur Durchführung der vorliegenden Studie auf nationaler und internationaler Ebene zwei verschiedene Interviewleitfäden (deutsch- und englischsprachig) bedurfte, wurde je ein Pretest pro Sprache durchgeführt, um mögliche Barrieren sowie Kommunikationsprobleme auszuschließen. Um Übersetzungsfehler (bei den englischsprachigen Interviews) erkennen und ggfs. Unklarheiten in der Fachterminologie aufklären sowie vereinheitlichen zu können, entschieden sich die Forscherinnen bewusst für Ergotherapeuten als Pretest-Kandidaten. Im Anschluss an die durchgeführten Pretests wurden die Interviews grob ausgewertet und die Fragen nach Bedarf an den Forschungsgegenstand angepasst.

Die Durchführung der Pilotinterviews erfolgte durch jene Forscherin, welche später die Hauptinterviews leitete, um eine Kontinuität zu wahren und ihr die Sicherheit mit den Interviewfragen zu ermöglichen. Die Interviews waren gemittelt 45 Minuten lang und boten im Anschluss an die Interviewfragen Zeit für Rückmeldungen seitens der Befragten an die Forscherinnen.

### 3.4 Teilnehmerrekrutierung

*“Um mögliche Interviewpartner/innen für eine Studie zu gewinnen, müssen diese – so banal es klingt – erstens ausfindig gemacht, zweitens kontaktiert und drittens für das Interview gewonnen werden.”  
(Kruse, 2015, S.250)*

Um geeignete Teilnehmer für die Studie zu finden, erstellten die Autorinnen zunächst ein Anschreiben (Anlage 3 und 4), welches neben der Forschungsfrage auch einzelne themenorientierende Faktoren benennt und somit Ein- sowie Ausschlusskriterien beschreibt, nach denen die Eignung der Teilnehmer überprüft und entschieden werden kann. Die Beschreibung der Zielgruppe liest sich dort wie folgt:

*Wir suchen bundesweit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in allen Fachbereichen, die*  
*- das Thema Sexualität in der Gruppen- oder Einzeltherapie aufgreifen*  
*- min. 3 Jahre Berufserfahrung haben*

Die oben genannten Limitationen sind auf Grund von Überlegungen zum Thema Erfahrung und (Selbst-) Sicherheit im Beruf an sich (außerhalb der speziellen Thematik) entstanden; aber auch um eine höhere Wahrscheinlichkeit zu erreichen, Teilnehmer zu finden, die bereits mit der Thematik in Berührung gekommen sind und aus ihren Erfahrungen berichten können. Dieses Anschreiben wurde im privaten Umfeld und an die ehemaligen Berufsfachschulen der Autorinnen verbreitet, mit der Bitte diese durch verschiedene Email-Verteiler (Ehemalige und Praxisstellen) weiterzuleiten. Zudem wurde das Anschreiben mit einem kurzen, einleitenden Satz in verschiedene Gruppen im sozialen Netzwerk *Facebook* hochgeladen. Da die Autoren sowohl nationale, als auch internationale Möglichkeiten erheben wollten, wurde der Beitrag nicht nur in den deutsch-sprachigen Gruppen wie *Ergotherapeuten und angehende Ergotherapeuten*, + *Ergotherapie* +, *ERGO VISION - Moderne evidenzorientierte Ergotherapie der Zukunft* geteilt, sondern zusätzlich in Form eines englisch-sprachigen Anschreibens auch in den internationalen Facebook-Gruppen *Intimacy4OT* und *OT4OT*.

Durch eine gute internationale Vernetzung war es den Autorinnen möglich, ihre Studienteilnehmer ähnlich wie beim „Schneeballverfahren“ (Ritschl & Stamm, 2016, S.63) zu rekrutieren. So verbreiteten die bereits an der Studie Interessierten, aber auch jene, welche sich mit der Beschreibung nicht angesprochen fühlten, diese Anfrage an Kolleg/innen weiter und ermöglichten dadurch das vermehrte Erreichen möglicher Teilnehmer.

Die Interessierten konnten schließlich über eine eigens dafür eingerichtete E-Mail Adresse mit den Forscherinnen Kontakt aufnehmen. In dem Schritt der Rekrutierung konnten so bereits Teilnehmer ausgewählt oder abgelehnt werden, wenn die Interpretation der Forschungsfrage seitens des Interessenten nicht mit dem angestrebten Forschungsgegenstand übereinstimmte.

Dies war beispielsweise gegeben, wenn sexueller Missbrauch den Interessenschwerpunkt desjenigen prägte. In diesem Fall konnte dieser nicht in die Forschung eingeschlossen werden.

| Teilnehmer<br>Innen | Berufserfahrung | Arbeitsort/-feld                         | (Akad.)<br>Abschluss                             | National/<br>International |
|---------------------|-----------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>TN1</b>          | 6 Jahre         | psycho- sozial<br>arbeitstherapeutisch   | Examen<br>Bachelor of<br>Science                 | D                          |
| <b>TN2</b>          | 12 Jahre        | psycho- sozial                           | Examen,<br>Bachelor of<br>Arts                   | CH                         |
| <b>TN3</b>          | 7 Jahre         | geriatriisch                             | Examen,<br>Bachelor of<br>Science                | D                          |
| <b>TN4</b>          | 3 Jahre         | pädiatrisch                              | Examen<br>Bachelor of<br>Science                 | D                          |
| <b>TN5</b>          | 3 Jahre         | psycho- sozial<br>pädiatrisch            | Examen                                           | D                          |
| <b>TN6</b>          | 10 Jahre        | psycho- sozial<br>neurologisch<br>Dozent | Master of<br>Science                             | UK                         |
| <b>TN7</b>          | 33 Jahre        | Professor<br>Universität                 | Doctor of<br>Philosophy                          | USA                        |
| <b>TN8</b>          | 14 Jahre        | Dozent                                   | Master of<br>Science,<br>Doctor of<br>Philosophy | USA                        |

Tab 1: Studienteilnehmer

### 3.5 Datenerhebung

*“Das Leitfadeninterview orientiert sich an der Forderung nach Offenheit der qualitativen Forschung.” (Meyer, 2013, S. 37)*

Im Folgenden wird der genaue Ablauf der Datenerhebung während des Forschungsprozesses beschrieben. Diese beinhaltet die Durchführung der Erhebung sowie die Transkription der Interviews.

#### 3.5.1 Vorgehen

Für die Datenerhebung wurden per Email-Kontakt Termine für die folgenden Skype/Telefongespräche abgesprochen, da die Teilnehmer sich während der Befragung in einem für sie angenehmen Setting (meist das häusliche Umfeld) befinden sollten. Um die Interviews mit den internationalen Teilnehmern durchführen zu können, benötigten die Autoren besondere, klar kommunizierte Absprachen in Bezug auf die Zeitverschiebung. Es wurde weiterhin darauf geachtet, den Teilnehmern so wenig Unannehmlichkeiten wie möglich zu bereiten, somit konnten die Teilnehmer Wunschtermine äußern und die Forscherinnen richteten sich danach. Da die Termine früh im Forschungsprozess vereinbart wurden, erhielten alle Teilnehmer in der Woche des Interviews eine Terminerinnerung. Dadurch wurde gewährleistet, dass jeder zuvor rekrutierte Teilnehmer auch zum vereinbarten Termin via Telefon/ Skype oder auch persönlich, erreichbar war.

Zur Audioaufnahme nutzten die Autorinnen ein Aufnahmegerät der Zuyd Hogeschool sowie ein Smartphone als zweite Datenabsicherung. Im Vorhinein entschieden sich die Autorinnen dazu, das Interview untereinander im Englischen, wie auch im Deutschen in einem Rollenspiel durchzuführen. Dadurch konnte die Technik der Aufnahmegeräte auf ihre Funktion überprüft werden und die Forscherin bekam direkte Rückmeldung, wie in das Interview eingestiegen werden kann und wie mögliche Fragen gestellt werden können, damit eine angenehme Gesprächssituation generiert wird.

Zu Beginn eines jeden Interviews wurden die Teilnehmer nochmals ausführlich über den Datenschutz und die Speicherung, sowie Verschriftlichung (inkl. Anonymisierung) der erhobenen Daten aufgeklärt (Anlage 5) und gaben anschließend freiwillig ihre Zustimmung. Die Audioaufnahmegeräte wurden erst nach der Einwilligung gestartet. Die erhobenen und verschriftlichten Daten stehen den Teilnehmern jederzeit zur Verfügung, wenn diese es wünschen. Im Verlauf des Experteninterviews wurde darauf geachtet, eine natürliche, angenehme Gesprächssituation zu erreichen, sodass der Fokus des Teilnehmers nicht auf dem Aufnahmegerät lag und beide Gesprächspartner in einen Dialog treten konnten. Das wurde erreicht, indem die Forscherin offene Einleitungsfragen stellte, ihr Verständnis der Aussagen durch Rückfragen absicherte, Gesprächspausen aushielt und losgelöst vom Leitfaden Nachfragen stellte, die zu der Gesprächsthematik passten.

Eine respektvolle, offene Gesprächshaltung seitens der Forscherin gegenüber den Teilnehmern, war bei jedem Interview Grundvoraussetzung. Der vorher konzipierte Leitfaden diente als Orientierung, damit das Gespräch nicht zu weit von dem zu erforschenden Gegenstand abweicht. Gleichzeitig wurde das Prinzip der Offenheit gewahrt, da sich neue Gesprächsinhalte außerhalb des Leitfadens entwickeln durften, wodurch innovative Daten generiert werden konnten.

Am Ende eines jeden Interviews wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, frei Ergänzungen zu den Interviewfragen hinzuzufügen oder Gegenfragen zu stellen. Die Durchführung der Befragung durch denselben Interviewer kann förderlich sein, da dieser seinen Fragestil beibehält, ähnliche Fragen stellt und dadurch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet ist. Demgegenüber hätten diverse Interviewer neue Impulse und Perspektivwechsel mit sich bringen können.

### 3.5.2 Transkription

Der erste Schritt der Datenanalyse erfolgte in Form einer computergestützten Transkription mit Hilfe des Programms *f4transkript*. Mit Hilfe dieses Programms ist es möglich, die aufgezeichnete Audiodatei gleichzeitig abzuspielen und in einem Textfeld mitzuschreiben. Das Programm verfügt zudem über einige hilfreiche Funktionen wie bspw. das Anpassen der Geschwindigkeit der Sprachausgabe, sowie eine automatische Markierung mit Zeitmarken, aber auch einen Sprecherwechsel, welcher farblich unterstützt wird.

Die Transkription erfolgte auf Basis zuvor festgelegter Transkriptionsregeln. Sie wurden unter den zwei durchführenden Autorinnen, angelehnt an die Regeln der „Inhaltlich-semanticischen Transkription“ von Kuckartz et al. (zitiert nach Dresing & Pehl, 2018, S.20) festgelegt. Diese Transkriptionsregeln waren notwendig, um eine einheitliche Ergebnisdarstellung zu gewährleisten, obwohl mehrere Personen an dem Transkriptionsprozess beteiligt waren.

Im Anhang (Anlage 9 und 10) kann jeweils eine beispielhafte Seite eines Transkriptes eingesehen werden (deutsch und englisch).

## 3.6 Datenauswertung

*“Der Sinn steht zwischen den Zeilen” (Volksmund)*

Die Auswertung der erhobenen Daten aus den Interviews wird im weiteren Verlauf detailliert in Form der strukturierenden Inhaltsanalyse dargestellt. Dabei wird auf die Vorgehensweise der Forscherinnen sowie die Gütekriterien eingegangen.

### 3.6.1 Strukturierende Inhaltsanalyse

Nachdem die Datenerhebung in Form von Experteninterviews (→ Punkt 3.5.1) stattgefunden hat wurden die Audiodateien, wie in Punkt 3.5.2 näher erläutert, transkribiert. Diese Transkripte wurden nach dem „Ablaufmodell [der] strukturierende[n] Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2010, S.93) ausgewertet. Die Autorinnen nahmen zudem das computergestützte Programm *f4 Analyse* zur Hilfe.

Das primäre Ziel der Analyse liegt darin, die Datenmengen zu reduzieren und überschaubar, aber auch logisch zu strukturieren (Mayring, 2010). Darüber hinaus ist es das übergeordnete Ziel der Forscherinnen, in Hinblick auf die Studienarbeit herauszufinden, welche Rollen und Aufgaben Ergotherapeuten übernehmen, um ihre Klienten zu befähigen, das Thema Sexualität zu besprechen und welche Einflussfaktoren auf dieses Handeln einwirken. Somit gliedert sich die Datenauswertung in ein deduktiv- induktives Vorgehen. Es wurden Kodierungen gebildet, die sich an den Interviewleitfäden orientieren, welche aus dem theoretischen Hintergrund entstanden ist. Das meint, dass die im Vorfeld bestimmten Kategorien *Top-Down* auf das Material angewendet werden. Um das Prinzip der Offenheit zu berücksichtigen und innovative Aussagen der Teilnehmer sammeln zu können, haben die Forscherinnen teilweise induktiv, neue Kodierungen mithilfe der Aussagen der Teilnehmer gebildet. Wenn die deduktiv gebildeten Kodierungen vorgenommen wurden, stehen laut Kuckartz (2010) die Beziehungen der Kodierungen und ihre wechselseitige Einflussnahme im Vordergrund, um übergeordnete Zusammenhänge herzustellen. Das Material wurde im Vorfeld vollständig gelesen, sodass die Forscherinnen mit dem Inhalt vertraut waren.

### 3.6.2 Vorgehensweise

Das strukturelle Vorgehen gliedert Mayring (2010) in einen acht schrittigen Ablaufplan, der im Folgenden graphisch dargestellt und danach weiter schriftlich beschrieben wird.

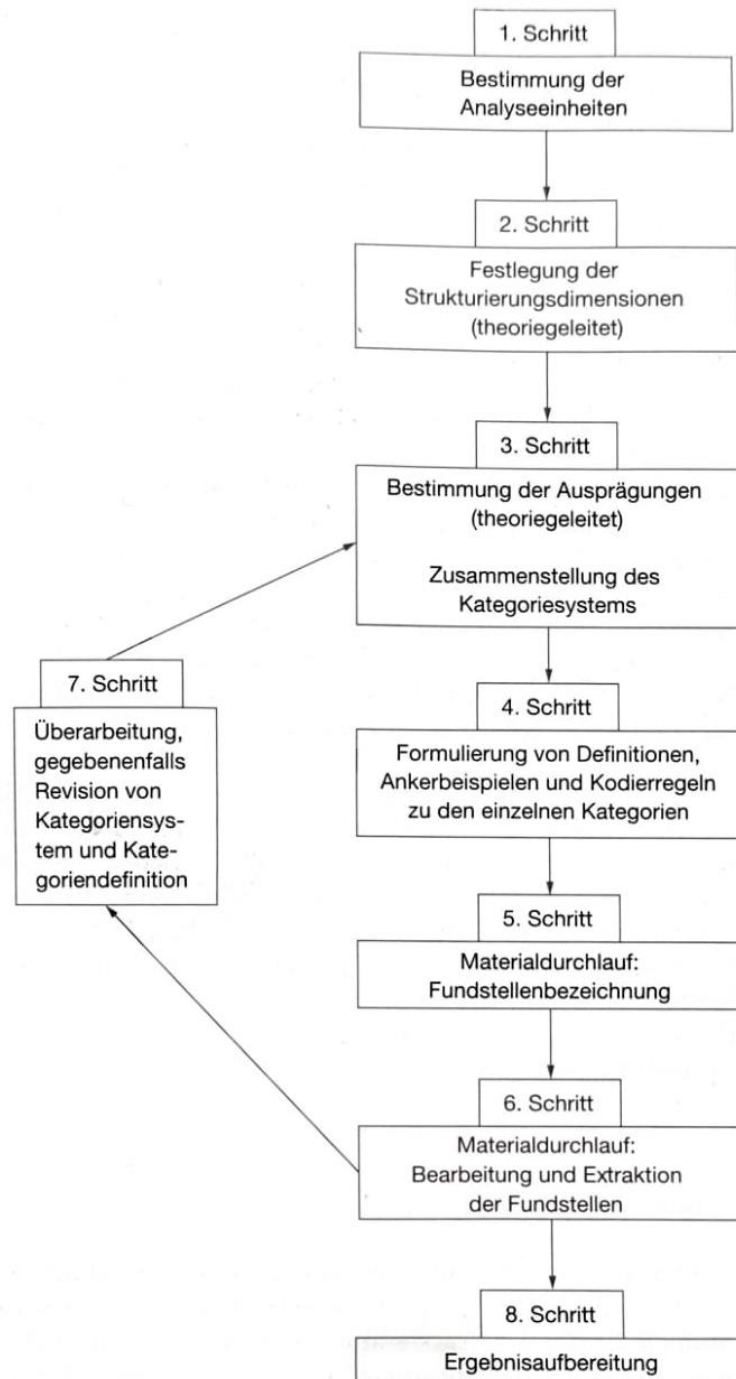


Abb. 10: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein) (Mayring, 2010, S.93)

1. „Bestimmung der Analyseeinheit“ (Mayring, 2010, S.93)

Das Material wurde von dem Computerprogramm *f4 transkript* in das Computerprogramm *f4 analyse* übertragen. Die Interviews wurden den Teilnehmern zugeordnet und bestanden aus verschiedenen Abschnitten. Die Analyseeinheit beläuft sich auf jeden einzelnen Satz. Die kleinste Analyseeinheit sind Zweiwortsätze, die größte Einheit hingegen umfasst einen Abschnitt. Ein Abschnitt wird als das verstanden, was der Befragte sagt, bis dieser von dem Interviewer als Sprecher abgelöst wird.

2. „Festlegung der Strukturierungsdimensionen (theoriegeleitet)“ (Mayring, 2010, S.93). Bei den Strukturdimensionen wurde die Forschungsfrage auf ihre elementaren Bestandteile untersucht, welche beantwortet werden müssen. Diese Bestandteile (Therapeut, Klient, Einflussnehmende Faktoren, Ergotherapie, Organisatorisches) wurden dann in dem theoretischen Hintergrund begründet als Gerüst für den Leitfaden verwendet und dazugehörige Fragen formuliert. Diese Bestandteile waren daraufhin theoriegeleitet und wurden zum Teil als Oberkategorie für die Kodierung von den



| Codes                     |   | + |
|---------------------------|---|---|
| Therapeut                 | 0 |   |
| Klient                    | 0 |   |
| Einflussnehmende Faktoren | 0 |   |
| Ergotherapie              | 0 |   |
| Organisatorisches         | 0 |   |

Abb. 11: Oberkategorien

Interviews genutzt. Die Oberkategorie *Organisatorisches* wurde festgelegt, damit die transkribierten Einverständnis- und Datenschutzerklärungen von allen Teilnehmern gebündelt zu finden waren.

3. „Bestimmung der Ausprägung (theoriegeleitet) u. Zusammenstellung des Categoriesystems“ (Mayring, 2010, S.93) Die Kategorien waren sehr grob und wurden daraufhin weiter differenziert in mögliche Unterkategorien, woraus sich eine Zusammenstellung des Kategoriensystems ergab.

So wurde der Oberkategorie *Therapeut* die Unterkategorie *Arbeitsfeld* und *therapeutische Rollen* mit der Auflistung der *competency roles* (→ Punkt 2.3.2.1) zugeordnet. Weitergehend wurden *Wünsche und Bedürfnisse* und *Sexualität Definition* als Unterkategorien erstellt.

Die Oberkategorie *Klient* wurde unterteilt in *Krankheitsbild*, *Betätigungsanliegen*, *Kompetenzen*.

Die Oberkategorie *Einflussnehmende Faktoren* wurde unterteilt in *institutionelle Rahmenbedingungen* und *andere einfluss-nehmenden Faktoren*.

Die Oberkategorie *Ergotherapie* wurde unterteilt in ihre *Grenzen*, *Aufgaben*, *Evaluation*, *Intervention* und *Outcome* (→ Punkt 2.3.3.2).

| Codes                             |   |
|-----------------------------------|---|
| Therapeut                         | 0 |
| Wünsche und Bedürfnisse           | 0 |
| Arbeitsfeld                       | 0 |
| therapeutische Rollen             | 0 |
| Klient                            | 0 |
| Kompetenzen Klient                | 0 |
| Krankheitsbild                    | 0 |
| Betätigungsanliegen               | 0 |
| Einflussnehmende Faktoren         | 0 |
| persönliche Faktoren              | 0 |
| Institutionelle Rahmenbedingungen | 0 |
| andere Faktoren                   | 0 |
| Ergotherapie                      | 0 |
| Aufgaben                          | 0 |
| Grenzen                           | 0 |
| Evaluation                        | 0 |
| Intervention                      | 0 |
| Outcome                           | 0 |
| Organisatorisches                 | 0 |

Abb. 12: Oberkategorien mit Unterkategorien

4. „Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kapiteln“ (Mayring, 2010, S.93)

Es wurde ein Kodierleitfaden entwickelt, der jede Oberkategorie und jede Unterkategorie benennt, definiert und ein Ankerbeispiel aufzeigt. Zusätzlich wurde eine dazugehörige Kodierregel aufgestellt, die eine Kodierung von anderen abgrenzt und genau definiert, welche Aussagen dieser zuzuordnen sind. Daraus ergibt sich eine Trennschärfe, die von Relevanz ist, um eine ähnliche Kategorisierung der Zitate, durch unabhängig damit arbeitende Forscherinnen, zu gewährleisten.

5. „Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung“ (Mayring, 2010, S.93)

Die Interviews wurden im ersten Durchlauf Satz für Satz durchgegangen und den Oberkategorien *Therapeut*, *Klient*, *einflussnehmende Faktoren*, *Ergotherapie*, *Organisatorisches* zugeordnet. Dabei wurden Sätze, die keine Relevanz für eine der

gegebenen Hauptkategorien darstellte sowie private Äußerungen mit dem Wunsch nach Nichtveröffentlichung, nicht in die Kategorien einsortiert.

Daraus resultierend konnte eine systematische Reduzierung des Materials stattfinden. Eine unveränderte Originalausgabe der Interviewtranskripte wurde als eigenständige Datei mit ihren Audiodateien abgespeichert, damit die Forscherinnen jederzeit die Aussagen im Kontext betrachten konnten. So wurde die Aussagekraft der Äußerungen nicht aufgrund von fehlenden Zusammenhängen verfälscht. Das Material wurde dann den Oberkategorien semantisch, das meint den Sinn betreffend, zugeordnet.

#### 6. „Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen“ (Mayring, 2010, S.93)

Im zweiten Durchlauf wurde anhand der Oberkategorien geschaut, welche Aussagen den Unterkategorien zugeordnet werden können. Dabei wurde darauf geachtet, dass eine Analyseeinheit nur einer Kategorie zugeordnet wird. Das Kodiersystem wurde vorerst an zwei Interviews erprobt, um Schwierigkeiten und eventuelle Abgrenzungsproblematiken aufzudecken und gegebenenfalls neue Kategorien zu bilden, wenn die Aussagen den vorherrschenden Codes nicht zugeordnet werden konnten. Durch die Neubildung von Kategorien wurde sichergestellt, dass keine relevanten Informationen verloren gehen, nur weil sie nicht einer der ursprünglichen Kategorien zugeordnet werden konnten.

#### 7. „Überarbeitung, gegebenenfalls Revision von Kategoriensystem und Kategoriendefinition“ (Mayring, 2010, S.93)

Aufgrund eines bestehenden Überarbeitungsbedarfes der ursprünglichen Kategorien, musste das Kodiersystem modifiziert werden. Die Oberkategorie *einflussnehmende Faktoren* wurde damit zu einer Unterkategorie und benannt in *societal und practical context*. Die neue Oberkategorie bildete der *therapeutische Prozess*. Ihr konnten neben *einflussnehmenden Faktoren* auch *Assessments*, *Theorien* sowie *Modelle*, in Verbindung mit den Bezugsrahmen im CPPF (→ Punkt 2.3.3.4), untergeordnet werden. Der Oberbegriff *Ergotherapie* wurde mit den Unterpunkten *Grenzen der Ergotherapie* und *Aufgabe der Ergotherapie* aufgelöst und in die Unterkategorie *therapeutische Rollen*, speziell *Expert in enabling occupation* und *Professional*, eingeordnet.

Die Unterkategorien *Evaluation*, *Intervention*, *Outcome* wurden ebenfalls aufgelöst, weil sich diese mit dem Inhalt besser bei beispielsweise *Modelle* einordnen ließ.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Therapeut                      | 0 |
| Definition Sexualität          | 0 |
| Wünsche und Bedürfnisse        | 0 |
| Arbeitsfeld                    | 0 |
| therapeutische Rollen          | 0 |
| Klient                         | 0 |
| Kompetenzen Klient             | 0 |
| Krankheitsbild                 | 0 |
| Betätigungsanliegen            | 0 |
| ergoth. Prozess                | 0 |
| Einflussnehmende Faktoren      | 0 |
| Societal Context               | 0 |
| Practice Context               | 0 |
| Assessments/ Modelle/ Theorien | 0 |
| Organisatorisches              | 0 |

Abb. 13: Ober- und Unterkategorien überarbeitet

8. „Ergebnisaufbereitung“ (Mayring, 2010, S.93)

Die Ergebnisse wurden zusammengetragen und in der Forschungsgruppe diskutiert. Diskussionsgrundlage boten dabei die Leitfragen, die zu der Beantwortung der Forschungsfrage beitrugen. Es wurde geschaut, welche Inhalte aus den generierten Daten elementarer Bestandteil sind, um die Leitfragen zu beantworten.

### 3.6.3 Gütekriterien

Die Gütekriterien beschreiben nach Höhsl (2016) „die Güte, d.h. die wissenschaftliche Exaktheit von Studien“ (S.127). Sie sind von Nutzen für die Forscherinnen, da diese sich an den Kriterien wie an einer Art Richtlinie orientieren und sie „zur kritischen Beurteilung von Studien“ (Höhsl, 2016, S.127) heranziehen können.

Sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Forschung stellt sich die Frage, wie Qualität sichergestellt werden kann. In der quantitativen Forschung stellen Objektivität, Reliabilität und Validität klassische Gütekriterien der quantitativen Forschung dar. Es ist nicht möglich, diese Kriterien unverändert auf die qualitative Forschung zu übertragen (Mayring, 2016).

Laut Perkhofer (2016) kann in der quantitativen Forschung durch Standardisierung der Erhebungsinstrumente eine Objektivität gewährleistet werden. Das meint, dass die Forschungsergebnisse nicht durch unterschiedliche Forschende beeinflusst werden. Bei der qualitativen Forschung zeigt schon der Begriff des *semistrukturierten Interviews* auf, dass die Gütekriterien nicht übertragbar sind. Durch den Interviewleitfaden wird eine Grundstruktur vorgegeben, jedoch wird nach Kuckartz (2010) das Prinzip der qualitativen Offenheit in qualitativen Interviews verfolgt. Das meint, dass der Interviewer situativ auf das Gesagte reagieren kann und Nachfragen stellen darf. Eine solche offene Gesprächssituation verfolgt das Ziel neue Erkenntnisse zu gewinnen und erlaubt eine flexible Gesprächsführung innerhalb der gewünschten Thematik.

Mayring (2016) ist der Auffassung, dass das Gütekriterium Reliabilität, also verlässlich zu messen, nicht direkt in die qualitative Forschung übertragen werden kann, da zwei gleiche Interviews, auch wenn sie identisch geführt werden, keine identischen Daten generieren können. Es bedarf also einer Anpassung der quantitativen Gütekriterien auf die qualitative Forschung. So kann die Reliabilität durch wörtliche Zitate und vorher festgelegte Transkriptionsregeln verfolgt werden. Die Validität kann durch kommunikative Validierung oder einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) bestätigt werden.

Um den Ansprüchen an eine qualitative Forschung zu entsprechen und die Qualität ihrer Forschung zu unterstützen, richteten sich die Forscherinnen an den „6 allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung“ nach Mayring (2016, S.144):

1. **Verfahrensdokumentation:** Verfahrensdokumentation meint den genauen Bericht über das Vorgehen während der Studie. Inhalt sollte eine Beschreibung der „verwendeten Techniken und Messinstrumente“ (S.145) sein, sodass der Forschungsprozess für Außenstehende nachvollziehbar erscheint. In der vorliegenden Studie wurde darauf geachtet, indem zunächst das Vorverständnis (→ Punkt 3.3.2) sowie die Erläuterung des Analyseinstruments (→ Punkt 3.6.2) beschrieben wurden. Außerdem werden in den Punkten 3.5 und 3.6 die „Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (S.145) beschrieben.

2. **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Um eine Interpretation nachvollziehen zu können muss sie mit entsprechenden Argumenten belegt werden. Dabei wurden von den Autoren verschiedene Kriterien beachtet: Das Vorverständnis (→ Punkt 3.3.2) ist adäquat mit Literatur belegt und die Deutung/Interpretation des erhobenen Materials erfolgt theoriegeleitet sowie in sich schlüssig.
3. **Regelgeleitetheit:** Obwohl in der qualitativen Forschung Wert daraufgelegt wird, offen gegenüber dem Forschungsgegenstand zu sein, ist es unvermeidlich eine durch Regeln geleitete Analyse durchzuführen und die Analyseschritte vorher festzulegen, um das systematische Vorgehen zu sichern. In der vorliegenden Arbeit wurde dies durch das „Ablaufmodell [der] strukturierende[n] Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2010, S.93) gesichert welches ausführlich unter Punkt 3.6.2 zu finden ist. Anknüpfend an die strukturierende Inhaltsanalyse kann das semantische Einordnen in die Kategorien mithilfe des Kodierleitfadens als eine Form von Inhaltsvalidität verstanden werden.
4. **Nähe zum Gegenstand:** Die Nähe zum Gegenstand der Forschung ist ein „Leitgedanke qualitativ-interpretativer Forschung“ (Flick nach Mayring, 2016, S.146). Erreicht wird dies in der qualitativen Forschung dadurch, dass jene in der alltäglichen Umgebung des erforschten Objektes stattfindet. Ebenso wichtig ist hierbei die „Interessenannäherung“ zwischen den Forscherinnen und dem Studienteilnehmer: Diese größtmögliche Nähe zum Gegenstand konnten die Autorinnen durch das Führen der Interviews im alltäglichen/häuslichen Umfeld der Befragten erreichen. Dies gelang dadurch, dass die Interviews (mit einer Ausnahme) per Skype oder Telefon geführt wurden.
5. **Kommunikative Validierung:** Kommunikative Validierung meint eine Überprüfung der erhobenen Ergebnisse, indem man diese den Befragten vorlegt und diskutiert. „Wenn sich die Beforschten in den Analyseergebnissen und Interpretationen auch wiederfinden, kann das ein wichtiges Argument zur Absicherung der Ergebnisse sein“ (Scheele/Groebe nach Mayring, 2016, S.147). Die Forscherinnen haben sich bewusst gegen diese Form der wiederholten Überprüfung entschieden, da es durch ein erneutes Überdenken der Aussagen seitens der Teilnehmer zu Verfälschungen der spontanen Äußerungen kommen kann und so die aktuelle Situation in der momentanen Ergotherapie nicht mehr original dargestellt werden könnte.
6. **Triangulation:** Eine Triangulation meint die „Verbindung mehrerer Analysegänge“ (Denzin, Jick, Fielding/Fielding nach Mayring, 2016, S.147) und die damit steigende Qualität der Forschung. Dabei wird die Lösung der bestehenden Fragestellung auf vielseitige Weise angestrebt, um die erhaltenen Ergebnisse vergleichen zu können (Mayring, 2016). Dazu gilt es, die Stärken und Schwächen des jeweiligen Vorgehens zu beleuchten, nicht aber „eine völlige Übereinstimmung zu erreichen“ (Mayring, 2016, S.147). Auf die eingesetzten Methoden zur Triangulation, wird näher in den Grenzen und Stärken (→ Punkt 5.4) der Arbeit eingegangen.

### 3.7 Ethische Aspekte & Datenschutz

*“Ethisches Forschen im Gesundheitsbereich ist ohne Datenschutz nicht vorstellbar.”  
(Weigl, 2016a, S.33)*

Grundsätzlich gilt für Menschen, die an wissenschaftlicher Forschung teilnehmen und dafür „beispielsweise ihre Zeit, ihre Daten oder ihre Erzählungen zur Verfügung stellen“ (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD), 2017, S.18), dass diese keinerlei Schädigung erfahren dürfen/sollten. Weiterhin haben die Probanden „das Recht auf Schutz vor Fragen, Situationen oder Interventionen, die ihnen physischen oder psychischen Schaden zufügen oder übermäßig aufdringlich sein könnten“ (RatSWD), 2017, S.18).

Da der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit oftmals tabubehaftet sein kann, wurden die Befragten im Vorhinein darauf hingewiesen, dass sie ihnen unangenehme Fragen nicht beantworten müssen. Der Ethikkodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) beschreibt etwas detaillierter die vertrauliche Behandlung der erhobenen Daten durch „alle Mitglieder der Forschungsgruppe (auch Interviewerinnen und Interviewer, Codiererinnen und Codierer, Schreibkräfte etc.), die über einen Datenzugriff verfügen“ (DGS & BDS, 2017, §2 Abs.7). Weiterführend beschreibt Weigl (2016a) die zwei „Grundpfeiler des Datenschutzes“ (S.33) wie folgt:

Zum einen beinhalten diese die Anonymität, also „die Veränderung der personenbezogenen Daten“ sowie die Verschwiegenheit, also „das Versprechen der Forschenden . . . nichts darüber der Öffentlichkeit mitzuteilen“ (S.35). Die Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass ihre Aussagen in Ausschnitten in der Bachelorarbeit veröffentlicht werden und der entstehende Gesamtzusammenhang nicht zu einer Identifikation der Person führen kann. Diesem haben die Teilnehmer explizit zugestimmt.

Die von den Forscherinnen beschriebene Datenschutzerklärung wurde im Voraus an alle Teilnehmer via E-Mail verschickt. Die Teilnehmer konnten daraufhin selber entscheiden, ob sie die Einwilligung ausdrucken, unterschreiben, einscannen und via Mail an die Forscherinnen zurückschicken oder ob sie im Interview ihre mündliche Einwilligung geben und diese dann aufgenommen wird, sodass die Einwilligung mit im Transkript verschriftlicht wird. So konnte gewährleistet werden, dass jeder Teilnehmer die Datenschutzerklärung in Ruhe gelesen sowie verstanden hat und dieser nicht unter Zeitdruck zugestimmt wurde. Die Autorinnen starteten das Aufnahmegerät für das Interview erst, nachdem die mündliche Einwilligung eingeholt wurde und die Teilnehmer dem Aufnehmen zustimmten. Schließlich wurde die mündliche Einwilligung für die Aufnahme wiederholt.

## 4. Resultate

*“Analyseergebnisse. . . müssen streng auf das vorhandene Textmaterial bezogen, also aus dem vorhandenen Textmaterial entwickelt werden und sich konsistent in diesem wiederfinden.” (Kruse, 2015, S. 633)*

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt. Indem der Datenumfang durch vorher festgelegte Kategorien reduziert wurde, konnten daraus ergebend erneut Kategorien gebildet werden und mehrere Aussagen zusammengefasst werden. In Anlehnung an die Leitfragen wurden vier Hauptbereiche gebildet: **Sexualität, die therapeutischen Rollen, einflussnehmende Faktoren und Modelle/ Assessments**. Im Anschluss wurden die Hauptbereiche weiter untergliedert. Die Grafik (Abb. 14) soll einen Überblick geben und veranschaulichen, welche Haupt- und Teilbereiche im nachfolgenden Text genauer beleuchtet werden. Bei der Darstellung der Aussagen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, da es den Forscherinnen wichtiger war, durch das Zusammenfügen von Kategorien ein breites Meinungsbild darzustellen.

Zu beachten ist, dass aufgrund der Flexibilität in der Gesprächsführung, die ein semistrukturiertes Interview bietet, nicht immer jede Person zu jeder Haupt- bzw. Unterkategorie befragt wurde. Aus Datenschutzgründen wird bei den Belegaussagen darauf verzichtet, die genauen persönlichen Angaben der Teilnehmer preiszugeben, die zu einer Identifizierung führen könnten.

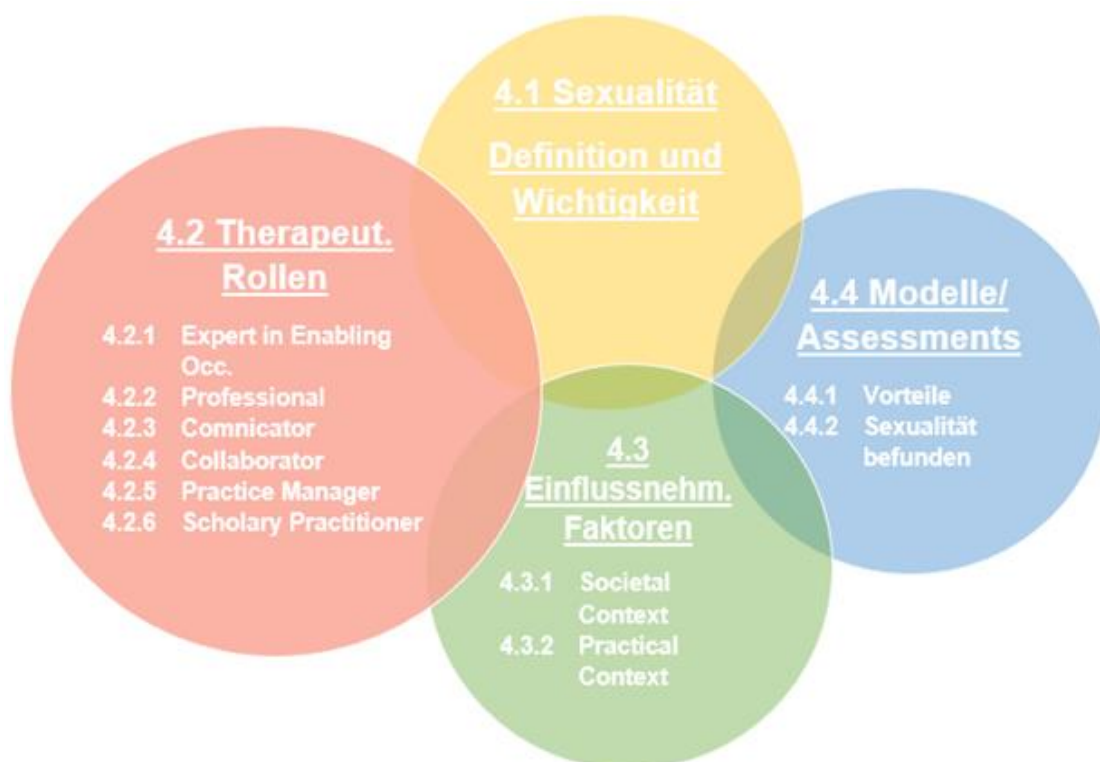


Abb. 14 Übersicht der Ergebnisse

## 4.1 Sexualität - Definition und Wichtigkeit

Im Folgenden gehen die Forscherinnen auf die subjektiven Definitionen von Sexualität der einzelnen Teilnehmer ein. Gekoppelt an die Definition wird die Wichtigkeit herausgearbeitet, welche die Teilnehmer der Thematik in Bezug auf ihre Klienten und die Ergotherapie zuschreiben.

Alle Teilnehmer sind der Auffassung, dass Sexualität über den rein physischen Akt hinausgeht sowie sehr breit und vielfältig definiert werden könne. Das Spektrum gehe von der Penetration, über den Kontakt mit dem Partner bis hin zu einer intimen Beziehung mit diesem oder mit sich selber.

*„Aber ich finde, wenn man an Sexualität denkt, denkt man ja oft an diesen reinen Akt. Und davor gibt es aber noch ganz ganz viel anderes“ (TN6, Absatz 20)*  
*„And sexuality comprises everything we are as a person.“ (TN7, Absatz 28)*

Die Teilnehmer sehen dabei Sexualität als wichtigen Bestandteil von jedem Einzelnen an. Es wird verglichen, mit einem Grundbedürfnis.

*„Denn es ist denke ich echt ein Grundbedürfnis wie schlafen oder essen. Und ich denke da darf auch jeder sein Recht aussprechen.“ (TN4, Absatz 28)*

*„[...] und da auch weiß, dass es nun auch ein menschliches Grundbedürfnis ist und man das nicht ganz weg schiebt.“ (TN3, Absatz 60)*

*„Ich hätte damals nicht gedacht, dass auch Sex [...] ein Grundbedürfnis ist wie essen, was auch als fundamentaler Bestandteil des täglichen Lebens sein kann und für viele Personen eben auch eine Wichtigkeit darstellt.“ (TN4, Absatz 58)*

Dabei wird der Thematik dieselbe Wichtigkeit zugeordnet wie essen, schlafen oder arbeiten. Die Teilnehmer sind sich einig, dass das Spektrum der Sexualität eine bedeutungsvolle Betätigung darstellt, den Alltag des Klienten betrifft und somit dem Kompetenzbereich der Ergotherapie zugeordnet werden kann.

*„Also dadurch das ich finde, dass das so betätigungsorientiert ist, glaube ich einfach, dass das ein Kernbereich der Ergotherapie sein kann. Ich glaube einfach das wir den Vorteil haben, praktisch Dinge anzuleiten, wie man Sexualität ausleben kann.“ (TN6, Absatz 38)*

*„It IS ADL but it is about sexuality.“ (TN8, Absatz 30)*

*„Aber ich meine Betätigung ist es ja irgendwie/ Ich mein der Akt ist ja auch irgendwo eine Betätigung.“ (TN3, Absatz 66)*

*„Allgemein sind wir auch im arbeitstherapeutischen Kontext und meine Kollegen sagen: „Was hat [Sexualität] damit zu tun? Das hat jetzt nichts mit der Arbeitswelt zu tun!“ Ich sehe das dann ein bisschen größer. Weil das betrifft auch den Menschen und wenn es ihm nicht gut geht, dann kann er auch nicht arbeiten.“ (TN1, Absatz 36)*

*„Because I wouldn't say it's more or less important than [...] work.“ (TN8, Absatz 30)*

Nach der Frage, wie ihre Klienten Sexualität definieren würden, waren 4 Teilnehmer der Auffassung, dass es für Menschen mit Behinderung um mehr gehen könnte, als den Geschlechtsverkehr. Sie waren der Meinung, dass der soziale Kontakt, die Beziehung zueinander und oder die Zärtlichkeit miteinander elementar sind. Ein Teilnehmer war der Meinung, dass bei Menschen mit Behinderung der reine Sexualakt im Vordergrund stehe.

*„Und auch wenn die psychisch erkrankt sind heißt es jetzt nicht, dass die Sexualität bei denen auf der Strecke bleibt.“ (TN1, Absatz 6)*

*„Also ich habe die Erfahrung gemacht, dass eine Partnerschaft für Menschen mit einer Behinderung auch nochmal essenzieller ist. [...] Also dass der Akt an sich, also der Geschlechtsverkehr, das noch nicht mal unbedingt der höchste Wunsch ist oder die höchste Priorität hat für einen Menschen mit Behinderung. Sondern wirklich eher ja in einer Partnerschaft zu sein. Oder eine Beziehung zu spüren.“ (TN4, Absatz 10)*

*„Ich glaube die würden Sexualität nur definieren als Sex. Also als Geschlechtsverkehr. Ich glaube irgendwie, weiß ich nicht (...), das ist so das was im Vordergrund glaub ich dabei stehen würde.“ (TN3, Absatz 56)*

## 4.2. Therapeutische Rollen

Alle Teilnehmer sind der Auffassung, dass sie als Ergotherapeuten verschiedene Rollen einnehmen, um ihre Klienten zu unterstützen, ihre bedeutungsvolle Betätigung im sexuellen Bereich (wieder) auszuführen. Der, in rot dargestellte, Hauptbereich **Therapeutische Rollen** wird nachfolgend in sechs Unterbereiche aufgeteilt. Die Forscherinnen orientierten sich bei der Unterteilung an den *competency roles* und den zugehörigen Aufgaben.

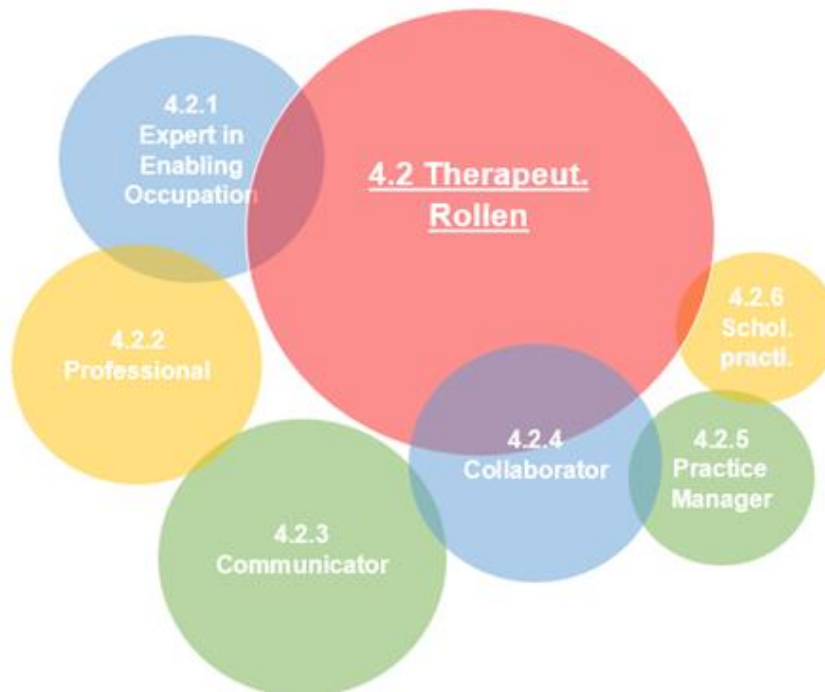


Abb. 15: Übersicht der therapeutischen Rollen

### 4.2.1 Expert in Enabling Occupation

Die Teilnehmer sehen sich als Experte der Betätigungsermöglichung an. Sie sind der Meinung, dass Sexualität, wenn es beim Klienten um die reine Betätigung geht, ein Teil der Ergotherapie darstellt und die Ergotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert seien, sich dem Bereich Sexualität auf der Betätigungsebene anzunehmen.

*„If it's an occupation I don't see why you are passing it along; Include them of course! We wouldn't pass it off if they said they wanted to cook again you know. And I've never said: 'I don't cook and I'm not into cooking but I've heard of cooking groups.'“ (TN8, Absatz 61)*

*„And frankly with our education we're enormer qualified to talk about it.“ (TN7, Absatz 46)*

### Hilfsmittelberatung

Der Bereich der Hilfsmittel und die Kompetenzen Beraten, Anleiten, Schulen werden häufig von den Teilnehmern aufgegriffen. Es wird als Ressource angesehen, dass die Ergotherapeuten mit Hilfsmitteln vertraut seien.

*„Ich glaube einfach, dass wir den Vorteil haben, praktisch Dinge anzuleiten, wie man Sexualität ausleben kann. Auch im Sinne von Hilfsmittelberatung. Weil ich finde Hilfsmittel ist nicht nur Rollstuhl oder ein Kommunikator, sondern es geht darüber auch weit hinaus, auch wenn sie teilweise nicht als Hilfsmittel betitelt werden.“ (TN6, Absatz 38)*

Eine Form der Hilfsmittelberatung im sexuellen Bereich stellt die Aufklärung dar, was es für Hilfsmittel, Sexualpraktiken oder Stellungen gibt, und welche möglich sind, mit der momentanen Einschränkung des Klienten.

*„Dann haben wir auch wieder Hilfsmittel dazu genommen. Wir haben aufgeschrieben, was gibt es alles für Sexualpraktiken, weil da wusste sie auch überhaupt nicht, was es alles gibt. Dann haben wir mal alles drauf geschrieben, was alles sein könnte. Wie sie sich selber mal besser spürt, was es für Stellungen und Spielzeuge gibt und so weiter.“ (TN5, Absatz 92)*

Einige Teilnehmer fordern, dass sich dem Bereich der Hilfsmittel im sexuellen Bereich offener angenommen wird und die Ergotherapeuten in Alternativen denken müssen, wann welche Hilfsmittel zweckentfremdet werden können. Hilfsmittel aus dem Sexshop können z.B. kostengünstiger und ästhetischer sein als die Hilfsmittel aus dem medizinischen Bereich.

*„z.B. auch so einen Massagekäfer, den haben wir auch irgendwann mal im Orion gekauft, weil es den da halt am günstigsten gab.“ (TN3, Absatz 46)*

*„Ich habe mir da auch mal verschiedene [Hilfsmittel] angeschaut aus dem medizinischen Bereich, die sind so abstoßend! (lacht). Also spätestens da hat keiner mehr Lust, irgendwas Sexuelles zu machen.“ (TN6, Absatz 46)*

Darüber hinaus sieht TN6 ein potentiell neues Arbeitsfeld für Ergotherapeuten in dem Entwickeln von sexuellen Hilfsmitteln, welche ästhetisch aber auch funktional und therapeutisch wertvoll sind.

*„Auch da denke ich, Ergotherapeuten wären so geeignet Hilfsmittel zu entwickeln, auch in diesem Bereich und zwar so zu entwickeln, dass die in irgendeiner Form ansehnlich sind. Und dass es nicht so aussieht, wie irgendwas, was man in der Werkstatt gebrauchen kann.“ (TN6, Absatz 48)*

Teilnehmer 7 appelliert an andere Ergotherapeuten, im sexuellen Bereich um die Ecke zu denken. „Thinking out of the box!“ (TN7, Absatz 72). So müsse Sex nicht immer nachts stattfinden, sondern kann auch am Tag oder nach einer heißen Dusche stattfinden, beispielsweise im Zusammenhang mit Multipler Sklerose und Fatigue- Management.

*„Everybody thinks the only time you can have sex is at night. Not really! Kind of getting people to think a little bit more liberally.“ (TN7, Absatz 70)*

Als unterstützende, vorbereitende Maßnahme und im weitesten Sinne Hilfsmittel, werden von TN4 und TN7 auch aufklärende YouTube Videos, stark gepolsterte Kissen oder auch ein heißes Bad als hilfreich angesehen, um das Eingebunden sein in Betätigung zu ermöglichen. TN5 sieht die Möglichkeit, Massagen und Entspannungstechniken vor dem Geschlechtsverkehr einzusetzen, um dem Klienten zu ermöglichen, Sex als seine bedeutungsvolle Betätigung auszuführen. TN7 stellt fest, dass unkonventionelle Hilfsmittel auch im Alltag des Klienten zu finden sind.

*„[...] what are some things that the person can do to enable them, to engage in intimate activities? A lot of videos, taking a warm shower or bath before sex, getting boosted pillows, things like that. Things that are not out of the ordinary. To make it possible, to make it comfortable.“ (TN7, Absatz 70)*

So sei es die Aufgabe der Ergotherapie, beratend tätig zu sein, „a lot of coaching“ (TN8, Absatz 16), „[...] begleitend zu sein“ (TN1, Absatz 22) und in Alternativen zu denken (TN7), wie die bedeutungsvolle Betätigung adaptiert und (wieder) ausgeführt werden kann. Teilnehmer 7 berichtet, dass sein Klient die Betätigung „einen Orgasmus bekommen“ nach einer Rückenmarksverletzung wieder ausführen wollte, das Gefühl in seinem Genitalbereich aber aufgrund der Läsion nicht vorhanden war. Die Adaption der Betätigung lag darin, an Sex teilzuhaben und Berührungen im Oberkörper stattfinden zu lassen, dadurch einen erhöhten Herzschlag mit aufsteigender Lust zu empfinden, um dem Gefühl von einem Orgasmus nahe zu kommen.

*„But if a man is insensitive, can't feel. They can be involved in the act of sex and may experience an orgasm as more of a rising heat, or an increased heartrate.“ (TN7, Absatz 28)*

### (Selbst-) Anwaltschaft

Einige Teilnehmer sprechen davon, dass sie ihre Klienten ermutigt und bestärkt haben, für ihre Bedürfnisse im sexuellen Bereich vor Anderen einzustehen.

*„Sie hat eine Medikamentenumstellung gemacht, weil ich sie dann ermutigt habe: ‚Sagen Sie es dem Arzt.‘ “ (TN5, Absatz 20)*

Zwei Teilnehmer sehen neben der oben beschriebenen Selbstanwaltschaft der Klienten vor z.B. Ärzten, die Aufgabe der Ergotherapeuten darin, für diese Klienten „für[zu]sprechen“ (TN 4, Absatz 26) um gemeinsam eine Veränderung zu erzielen. Ein Teilnehmer spricht in diesem Zusammenhang von dem „encouraging mode“ (TN8, Absatz 87) also einer Verfahrensweise, bei der Klienten in ihrem Vorhaben stetig bestärkt und begleitet wird.

„And then you're almost like the secret weapon that kind of advocate with the client and make changes but you don't really fit into the medical model.“ (TN8, Absatz 71)

#### 4.2.2 Professional

Die Teilnehmer sprechen verschiedene Grenzen an, die die therapeutische Zusammenarbeit mit den Klienten beeinflussen können. Dabei wird deutlich, dass die Grenzen individuell und situationsabhängig sind und von jedem einzelnen persönlich gesetzt werden müssen. Wichtig sei dabei, sich im Vorfeld die Grenzen bewusst zu machen, damit diese persönlich, beruflich, und ethisch nicht überschritten werden.

„Ich finde, dass man sich Gedanken machen muss: Wo sind die Grenzen?“ (TN6, Absatz 38)

„Aber auch [...] seine eigenen Grenzen zu kennen.“ (TN3, Absatz 34)

Es wird geäußert, dass Ergotherapeuten zum Teil unreflektiert Aufgaben aufgreifen, für die sie nicht qualifiziert seien. Wichtig sei in diesem Zusammenhang, sich kritisch zu hinterfragen, was in den therapeutischen Kompetenzbereich gehöre, um professionelle Arbeit zu gewährleisten.

„Das finde ich ist aber auch immer so ein Ergotherapie-Ding, das man immer so meint man könnte alles machen ohne mal zu denken: ‚Hm, ist das überhaupt noch meins?‘ “ (TN3, Absatz 62)

#### Persönliche Grenzen

Einige Teilnehmer sprechen die direkte Betätigung des sexuellen Aktes als persönliche Grenze an, die sie in der Therapie nicht aufnehmen würden.

„Ich glaube, bei dem Sexualakt würde ich mich tatsächlich abgrenzen. Also das ist ja jetzt nicht eine Betätigung wo ich mal eben so eine Betätigungsanalyse machen kann und möchte (lacht).“ (TN4, Absatz 52)

„Naja und wenn es um die aktive Betätigung in der Therapie geht, das würde ich ungerne aufgreifen wollen (lacht).“ (TN5, Absatz 48)

In der Thematik der Grenzen verweisen einige Teilnehmer auf andere Berufsgruppen, an die sie den Klienten verweisen (würden), wenn die berufliche Grenze in der Therapie erreicht ist. Die potentielle Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird in dem Punkt *Collaborator* (→ Punkt 4.2.2.5) näher beschrieben.

### Professionelle und ethische Grenze

Die Teilnehmer sind sich einig, dass bei sexuellem Missbrauch, den der Klient erlebt hat, die professionelle Grenze der Ergotherapie erreicht ist. Dies würde ihren Kompetenzbereich überschreiten, da die Ergotherapeuten keine Sexualtherapeuten seien.

*„Where I see our work ending is if you're working with a client who is having the previous or current trauma related to sex“ (TN7, Absatz 48)*

*„[...] you know to take care around trauma and past history.“ (TN8, Absatz 53)*

*„When it get's to the point where people are needing more intensive therapy, that's really were you refer them out. Because we're not sextherapists.“ (TN7, Absatz 46)*

Einige Teilnehmer sprechen davon, dass es schwierig und herausfordernd für die therapeutische Rolle sei, den Klienten in seiner bedeutungsvollen Betätigung zum Beispiel bei seinen sexuellen Vorlieben zu unterstützen, wenn diese innerhalb der Gesellschaft nicht sozial erwünscht sind, diese Jemandem Schmerzen zufügen oder den eigenen Wertvorstellungen widerstreben. In diesem Zusammenhang wird von Sexsucht (TN7), BDSM (TN5) und offener Ehe (TN8) gesprochen.

*„It is challenging [...] he was married for 25 years but he is in an open marriage. [...] So there is a kind of ethical issue. Am I helping this guy to cheat on his wife? Or do I have unconditional positive regards on my client and say 'Ok this is what he will work on'?“ (TN8, Absatz 32)*

Speziell in dem BDSM- Bereich sei es für den Ergotherapeuten wichtig zu wissen, dass die Betätigung einvernehmlich passiere und der Klient nicht in eine Betätigung partizipiere, die er nicht möchte. Es sei ein schmaler Grat zwischen sexueller Präferenz und in Gefahr sein.

*„It's a fine line to know if that is their preferred sexual activity or will be there in danger. [...] So I think consensual is important. Make sure, that your client isn't engaging activities that wouldn't be consensual.“ (TN8, Absatz 50)*

Teilnehmer 1 beschreibt „[seine] Rolle als Ergotherapeut in Konflikt mit dem Gesetz“ (TN1, Absatz 62), wenn der Klient illegale Betätigungen ausführen will und der Therapeut unter Schweigepflicht stehe. Es wird in dem Zusammenhang von Pädophilie gesprochen.

*„Was ich schwierig finde ist, Sexualität, die in unserer Gesellschaft als abnormal angesehen wird oder die vielleicht auch nicht legal ist. Und da hätte ich glaube ich auch meine Schwierigkeiten mit klar zu kommen. Und auch, wie handhabe ich das dann mit meiner Schweigepflicht?“ (TN1, Absatz 60)*

### Berufserfahrung

Die Hälfte der Teilnehmer spricht die Berufserfahrung als Kompetenz an, welche ihrer Meinung nach Einfluss nimmt, auf das professionelle Handeln des Therapeuten in Bezug auf die sexuellen Anliegen des Klienten.

So benennt Teilnehmer 4 die Situation als Berufsanfänger als überfordernd und herausfordernd, da persönliches Schamgefühl dazu geführt habe, die Sexualität des Klienten nicht mit in der Therapie aufzunehmen.

*„Ich glaube das sind so persönliche Sachen. Ich bin auch noch nicht so lange im Beruf das sind jetzt 3 Jahre und ganz am Anfang hatte ich auch ein bisschen Hemmungen, persönliche Hemmungen darüber zu sprechen.“ (TN4, Absatz 44)*

TN2 ist der Auffassung, dass die Berufserfahrung und die damit einhergehende Unsicherheit aber auch Unwissenheit hinsichtlich Sexualität im therapeutischen Setting, gegenüber dem Klienten offen gemacht werden kann, um gemeinsam eine Lösung zu finden.

*„Auch mal zu sagen: ‚Ich bin Berufsanfänger, ich kann Ihnen noch nicht alles verraten aber [...] wir probieren aus‘.“ (TN2, Absatz 46)*

Auf die Frage hin, welche beruflichen Kompetenzen dem Teilnehmer geholfen haben Sexualität in der Therapie aufzugreifen antwortet TN7 unter anderem, dass ihm die Berufserfahrung geholfen habe. Er sieht die Berufserfahrung als hilfreichen Faktor an, um Unsicherheiten in der professionellen Rolle abzubauen. Für ihn wäre es schwierig gewesen, Sexualität im jungen Alter mit dem Klienten anzusprechen.

*„I think if I was 20 years old that would be difficult. And I think gaining some professional experience has helped a lot.“ (TN7, Absatz 52)*

*„Und bei den sehr jungen Klienten, gerade als Anfänger im Suchtbereich z.B. fand ich es total mühsam weil ich dort irgendwie vor einem riesen Berg stand und mich gefragt habe: ‚Wo fängst du denn jetzt an?‘“ (TN2, Absatz 44)*

### 4.2.3 Communicator

Über die Hälfte der Teilnehmer meint, dass „[g]ute Kommunikationsfähigkeit“ (TN6, Absatz 36) eine wichtige Kompetenz in Bezug auf die therapeutische Arbeit und Sexualität darstellt. Was zu einer gelungenen **Kommunikation** gehört und wie diese die Therapeut- Klient Beziehung beeinflussen kann, wird im Folgenden genauer aufgespalten und untersucht.

*„Da ist eben auch die Kommunikation sehr wichtig“ (TN3, Absatz 68)*

Unter der Rolle des *Communicators* wird hauptsächlich die **Therapeut- Klient Beziehung** beschrieben. Zu dieser Rollenzuschreibung konnten die meisten Textstellen zugeordnet werden, sodass sich quantitativ eine Wichtigkeit von Therapeut- Klient- Beziehung und Sexualität erschließen lässt. Die Teilnehmer sind sich einig, dass gute kommunikative Kompetenzen z.B. in der Gesprächsführung, den Therapeuten helfen, Sexualität mit dem Klienten anzusprechen.

Für eine funktionierende Therapeut- Klient- Beziehung wird vermehrt das „**Vertrauen** untereinander“ (TN1, Absatz 28) betont, welches hilft, über Sexualität in der Therapie zu sprechen.

*„What do you have to do to develop a good relationship with the client and if you can develop trust and you and the client can talk, that sets a really good stage for talking about something that can be a little challenging like sexuality.“ (TN7, Absatz 42)*

Um Vertrauen mit dem Klienten aufzubauen, erzählt Teilnehmer 1, dass sie Informationen über die eigene Person mit dem Klienten teilt.

*„Die wissen halt auch ein bisschen was über mich. Manche wissen vielleicht, dass ich geschieden bin und solche Sachen. [...] und so gebe ich denen auch ein bisschen was preis von mir. [...] so haben die mehr Vertrauen als wenn sie nur meinen Namen wissen.“ (TN1, Absatz 52)*

Das Teilen von persönlichen Informationen kann ihrer Meinung nach besonders im psychiatrischen Bereich ein „Risiko“ (TN1, Absatz 54) darstellen, da der Therapeut mehr „Angriffsfläche“ (TN1, Absatz 54) biete. Aber sie ist sich sicher, dass es sich lohne, weil „man kriegt auf jeden Fall mehr zurück“ (TN 1, Absatz 54).

#### Stimmigkeit (Kongruenz)

Einige Teilnehmer sprechen davon, dass es wichtig ist, in der Situation echt zu sein und sich mit dem Thema Sexualität wohlfühlen, sodass das Thema nicht schambehaftet für den Klienten wird. Authentizität wird als Schlüssel verstanden, um Sexualität anzusprechen.

*„Ich glaube das ist auch ganz wichtig, dass ich auch echt bin in der Situation.“ (TN3, Absatz 60)*

*„like the more authentic you are as a human being the more people will feel like this is someone I can talk to.“ (TN8, Absatz 69)*

*„Also man muss sich da selber wohlfühlen, um das auch transportieren zu können, dass der Klient sich öffnen kann. Weil wenn ich da völlig schamig rüberkomme, dann will da auch kein Klient darüber reden wollen.“ (TN6, Absatz 44)*

Ein Teilnehmer fasst das innere Wohlbefinden und „transparent zu sein“ (TN2, Absatz 38) mit dem Wort „**Kongruenz**“ (TN3, Absatz 60) zusammen.

*„I'm not going to tell him my whole sexual history but like, if I'm not going to pretend that I have no sexual feelings or no sex life or I've never dated or I've never been heart broken.“ (TN8, Absatz 67)*

#### Offenheit:

Die Teilnehmer erachten „so eine Offenheit [für] wichtig“ (TN3, Absatz 46), weil diese offene Grundhaltung gegenüber dem Klienten und dem Thema dazu führe, dass die Klienten mit ihren Betätigungsanliegen auf die Therapeuten zukommen können.

*„Und die wissen dann auch, dass ich offener bin und kommen dann zu mir“ (TN1, Absatz 28)*

*„Ja auch generell eine Offenheit gegenüber dem Thema“ (TN3, Absatz 44)*

*„[Die Ergotherapeuten] müssen offener werden. Also allgemein es als natürliche Sache ansehen, dass es das gibt und es nicht abwerten.“ (TN5, Absatz 102)*

*„Und ich denke, was man beachten sollte ist, in der Ergotherapie offen zu sein, für unterschiedliche sexuelle Orientierung oder auch Formen, wie man es auslebt.“ (TN6, Absatz 28)*

*„Es gibt Leute die stehen auf SM. Es gibt Leute die stehen auf Sachen, die glaubt man manchmal kaum (lacht). Weil Sexualität so vielfältig ist, sowohl in der Orientierung als auch im Ausleben. Und ich finde, dass man da viel offener sein muss.“ (TN6, Absatz 28)*

Einher mit der Offenheit für diverse sexuelle Orientierungen und Auslebensformen greifen die Teilnehmer die **Wertfreiheit** auf.

*„Well I actually think you have to have an open, like an open non judgemental attitude.“ (TN8, Absatz 30)*

Diese wertfreie und vorurteilsfreie Haltung wie auch Kommunikation gegenüber dem Klienten und der Thematik, kann eine Therapeut- Klient- Beziehung stärken.

### Abgrenzung der eigenen Meinung/ Werte und Gefühle

Ein Großteil der Teilnehmer ist sich einig, dass die Gefühle und Werte des Klienten nicht mit denen des Therapeuten übereinstimmen müssen und es wird versucht „[...] möglichst nicht [die] eigene Meinung zu sehr mit einfließen zu lassen“ (TN1, Absatz 14).

*„Es geht dabei nicht um meine persönlichen Gefühle, sondern nur um meine Beobachtungen, was wäre mein Bedürfnis und was ist Ihr Bedürfnis.“ (TN2, Absatz 58)*

*„What are the clients wants? And then what are their values? And their values don't have to match my own.“ (TN8, Absatz 34)*

Die Abgrenzung zwischen dem Empfinden des Klienten und dem eigenen Empfinden wird von einem Therapeuten gezielt als therapeutisches Medium eingesetzt.

*„Das war ja mein Empfinden, nicht seins. Aber ich war da sein Spiegel.“ (TN2, Absatz 72)*

### Humor

Einige Teilnehmer verstehen **Humor** als Motivationsfaktor für Therapeut und Klient.

*„Da kann man sicherlich auch viel Humor einfließen lassen, sollte man immer, wenn es möglich ist. Weil ein Mensch, der lacht ist ja eher motivierter da vielleicht mal ran zu gehen.“ (TN2, Absatz 72)*

Laut dem Befragten Nummer 8, gehe Humor mit Sexualität einher. Humor kann als Medium genutzt werden, um das Eis zu brechen und eine Konversation zu öffnen. Humor erleichtert, das vermeintlich ernste und tabuisierte Thema mit einer gewissen Leichtigkeit zu sehen. Teilnehmer 8 gefällt das Thema mit seinen Klienten beiläufig zu erwähnen und versucht dabei humorvoll und locker zu bleiben.

*„I think humor goes along with sexuality and I think it opens a conversation about it.“ (TN8, Absatz 30)*

*„Because I like to throw it up casual [...] so I try to keep it kind of fun and loose“ (TN8, Absatz 18)*

### Kompetenzen Klient

Der Klient ist elementarer Bestandteil in der Therapeut - Klient Beziehung. Die Teilnehmer gehen davon aus, dass auch der Klient gewisse Kompetenzen mitbringen sollte um innerhalb der therapeutischen Beziehung über Sexualität sprechen zu können. Neben „Reflexionsfähigkeit“ (TN6, Absatz 36), „ein bisschen Eigeninitiative“ (TN4, Absatz 16), und Motivation (TN7) sprechen alle Teilnehmer von Offenheit und Mutig sein als wichtige Kompetenz für den Klienten, um über Sexualität in der Ergotherapie zu sprechen.

*„Und natürlich auch deren Offenheit ist wichtig. Ich kann dann zwar etwas erfragen, aber sie müssen dann ja auch was sagen.“ (TN1, Absatz 28)*

*„Ich denke Offenheit. Also ja oder auch eine gewisse Portion Mut.“ (TN4, Absatz 28)*

Teilnehmer 8 ist besonders wichtig, dass der Klient als Experte wahrgenommen wird mit der Autonomie und den Kompetenzen, die mit dieser Rolle einhergehen.

*„Because the client is the expert.“ (TN8, Absatz 63)*

### Sexualität ansprechen

Unter der Rolle des Kommunikators beschreiben 4 Ergotherapeuten, dass sie ihre Klienten nach Sexualität gefragt haben, damit diese im Verlauf der Therapie selber entscheiden können, ob die Patienten das Thema aufgreifen wollen.

*„If people don't answer then, at least they know I've asked about it, and that is something they could bring up later. So I like to make sure they know they can talk about it.“ (TN8, Absatz 18)*

*„Das ist so ein Punkt, dass die Patienten merken das es uns nicht egal ist, sondern dass sie, wenn sie das Bedürfnis haben, sie es auch verbalisieren/ausdrücken können. Nicht unbedingt jetzt, aber auch vielleicht später“ (TN2, Absatz 30)*

*„Einfach zu sagen: Auch für Sexualität habe ich ein offenes Ohr.“ (TN4, Absatz 75)*

Teilnehmer 7 appelliert an die Ergotherapeuten, Sexualität in jedem Fall anzusprechen. Indem es angesprochen würde, wäre das Thema geöffnet und eine metaphorische Tür gehe auf. Der Klient könne dann selber entscheiden ob er durchgehe und sein sexuelles Anliegen äußere oder ob er das nicht wolle.

*„But my goodness ADDRESS IT! Because it opens up that door.“ (TN7, Absatz 46)*

Teilnehmerin 1 schließt sich dem an und fordert, Sexualität als festen Bestandteil im Aufnahmegespräch anzusprechen.

*„[...] dass man sagt: Ok wir reden über die Beine, wir reden über den Kopf, wir reden über die Arme und wir reden über die Sexualität, so. Dass man es vielleicht abhaken kann, wenn nichts ist aber, dass trotzdem die Möglichkeit gegeben wird, wenn da was ist.“ (TN 1, Absatz 58)*

#### 4.2.4 Collaborator

Alle Teilnehmer sehen die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen als wichtig an, um die bestmögliche Behandlung für den Klienten zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit erstreckt sich von dem intradisziplinären Team über das institutionelle, interdisziplinäre Team bis hin zu Berufsgruppen die von außerhalb herangezogen werden. Die Zusammenarbeit stellt eine Ressource für den Ergotherapeuten dar, da bei Schwierigkeiten und persönlichen/ professionellen Grenzen andere Beteiligte neue Impulse für die Behandlung im sexuellen Bereich geben können, von denen der Ergotherapeut und somit auch der Klient profitieren. Damit der Nutzen zustande kommt, geht es um Zusammenarbeit und nicht um das blinde Weiterverweisen an eine andere Berufsgruppe, nur weil es um Sexualität gehe (TN8).

*„Auch da einfach nochmal so eine Zusammenarbeit herzustellen. Das ist ja auch so eine der Skills, dass man sich auch an andere Berufsgruppen wendet. Das fand ich total wertvoll!“ (TN4, Absatz 46)*

##### Interdisziplinäres Team (institutionsnah)

Fünf Teilnehmer sprechen gezielt das interdisziplinäre Team in der Institution an und den gemeinsamen, regelmäßigen Austausch.

*„Dass man sich die unterschiedlichen Wahrnehmungen aus dem Team abholen kann und das man auch mit Vorgesetzten, auch mit Ärzten plant ‚Was sind denn hier die konkreten Ziele? Müssen wir hier der Ergotherapie oder der Physiotherapie mehr Raum geben, weil das übergeordnete Ziel des Patienten im Vordergrund steht‘.“ (TN2, Absatz 28)*

Trotz, dass Ergotherapeuten „[...] gewohnt sind, uns weitere Hilfen zu organisieren“ (TN6, Absatz 38), spielt ein Teilnehmer auf eine Erweiterung von professionellen Disziplinen im sexuellen Bereich an und betont die Offenheit für neue Berufsgruppen.

*„Dadurch, dass wir immer im interdisziplinären Team arbeiten; ich mein wir haben Erfahrungen mit Physio, Logo, Erzieher, Lehrer und so weiter, da können wir uns sicherlich auch mal einen Sexualtherapeuten zulegen.“ (TN6, Absatz 38)*

##### Interdisziplinäres Team (institutionsfern)

Drei Teilnehmer berichten, dass sie sich an andere Berufsgruppen gewendet haben, weil sie nicht wussten, wie sie weiter mit dem Thema Sexualität beim Klienten umgehen sollten.

*„Ich hab damals in dem Gespräch mit meinem Klienten gemerkt, da geht es irgendwie nicht weiter. Ich hab viel zum Thema Interessenausweitung erarbeitet aber dann war das Thema Sex wirklich sehr präsent und dann dachte ich mir: ‚Mhm wie kann ich das jetzt auffangen?‘ und dann habe ich den Kontakt zu [der*

*Sexualberaterin] hergestellt, die eben Sexualberaterin ist für Menschen mit Behinderung.“ (TN4, Absatz 46)*

*„Also das war ganz ganz kompliziert. Da habe ich tatsächlich mit dem Psychotherapeuten abgesprochen, weil ich mir nicht mehr zu helfen wusste, dann habe ich ihn angerufen.“ (TN5, Absatz 88)*

*„ [...]und dann ist es vielleicht auch wichtig zu wissen wer kann mich da denn noch unterstützen.“ (TN3, Absatz 62)*

Daraus ergibt sich der persönliche und fachliche Nutzen für die Teilnehmer, welcher durch einen interdisziplinären Austausch zustande kommt.

*„[...] die [Sexualbegleiterin] hat dann einfach nochmal so ein paar Techniken ausgepackt wo ich dann einfach auch stehen geblieben bin. Also sie hat dann einfach nochmal ganz klar gesagt: ‚Möchtest du eine Freundin mit einer Behinderung oder kannst du dir vorstellen eine Freundin ohne Behinderung zu haben, soll die große Brüste haben oder willst du viel mit ihr lachen können?‘ Also die hat dann nochmal ganz ganz ganz ganz viel gefragt [...] das fand ich total beeindruckend“ (TN4, Absatz 46)*

*„I think it would have been interesting to collaborate with the sex therapist. That would have been interesting to learn more about psychologically and physically why that might be for somebody.“ (TN8, Absatz 48)*

### Zuständigkeit

Eine Schwierigkeit in der Interdisziplinären Zusammenarbeit sehen die Teilnehmer bei der **Zuständigkeit für das Thema Sexualität**. Keine der Professionen aus dem klinischen Setting sehe Sexualität in ihrem Bereich der Verantwortung.

*„[...] ich hatte dann im Team die Frage in den Raum gestellt, wer sich dann in dem Team für das Thema Sexualität verantwortlich fühlt. Eigentlich niemand. Wenn man das mal kurz zusammenfassen will: Niemand!“ (TN6, Absatz 8)*

*„And you know we always think that the doctors are talking about it - No! The psychologists are talking about it - No. The nurses are talking about it - No. Who is going to talk about it? And frankly with our education we're enormer qualified to talk about it.“ (TN7, Absatz 46)*

Obwohl Ergotherapeuten nach der Aussage des TN7 enorm qualifiziert seien, darüber zu sprechen, sieht TN1 „[...] dass jetzt nicht als alleinige Aufgabe“ (Absatz 22) für sich bzw. für die Ergotherapie an. TN8 bestärkt die Aussage und ist der Auffassung; „so I think we should do that but also keep another expert in the field.“ (Absatz 48)

Der Teilnehmer 8 berichtet, dass ihrer Meinung nach das Thema zu schnell an andere Professionen weitergegeben würde. Sie würde sich mehr Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen wünschen, als nur das reine Weiterverweisen an einen anderen Beruf.

*„So I think there is a point where you might refer more to an expert but I think it would be great to stay in that relationship instead of just saying refer out“ (TN8, Absatz 48)*

#### Unterstützendes Angebot

Zwei Teilnehmer berichten, dass es wenig Sexualtherapeuten gebe und die Wartezeiten für Psychotherapeuten in den Umgebungen lang wären. Sie meinen, dass Ergotherapie ein **niederschwelliges Angebot** darstellen könne, damit die Wartezeiten überbrückt werden und andere Berufsgruppen durch das Angebot entlastet werden können.

*„Ja, Sexualtherapeuten sind rar. Deswegen finde ich es auch irgendwie wichtig, wenn die Ergotherapie das noch weiter aufgreifen kann, dann kann man da schon mal die psychotherapeutische Belastung etwas runternehmen. Man kann ja erstmal anfangen zu helfen, bis dann der Therapieplatz frei ist.“ (TN5, Absatz 74)*

#### 4.2.5 Practice Manager

Ein Ergotherapeut ist der Auffassung, dass Marketing wichtig sei, um Klienten mit einem Betätigungsanliegen aus dem sexuellen Bereich erreichen zu können, sodass diese wissen, dass die Ergotherapie auch für Sexualität zuständig ist. Darüber hinaus spricht er die Berufsprofilierung mit dem neuen Paradigma an.

*„Well I think marketing is really important. Because somebody thinks Occupational Therapists only make baskets then you not gonna reach clients who wants to work on their sexuality.“ (TN8, Absatz 57)*

*„So a lot of what I have to do is marketing. And you have to get comfortable telling people about what it is in a way that is attractive to them. Because you are selling a product.“ (TN8, Absatz 59)*

Ein weiterer Teilnehmer ist ebenfalls der Meinung, dass **Öffentlichkeitsarbeit und die Darstellung nach Außen** wichtig wären, um an Klienten mit sexuellen Anliegen heranzutreten.

*„Ich glaube, wenn man das auch mal googlen würde und da etwas veröffentlichen würde, dann würden da nochmal viel mehr Leute auf das Angebot zurückgreifen. Gerade wenn man sich das auch unter den Namen schreiben darf oder so “ (TN5, Absatz 84)*

Im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit wird die Profilierung und die Sichtbarkeit der Ergotherapie nach Außen angesprochen, die dazu beitragen kann, dass die Gesellschaft weiß, was Ergotherapeuten machen und auch weiß, dass Sexualität ein Teilbereich der Ergotherapie darstellt.

*„Ja, einfach auch dieses gesellschaftliche Bild stärken. Was machen Ergotherapeuten überhaupt da? Da müssen wir einfach noch ganz viel ändern.“ (TN4, Absatz 77)*

Hieraus ergibt sich eine mögliche potentielle und innovative Rolle für die Ergotherapeuten, um Sexualität in der Gesellschaft zu enttabuisieren und neue Klienten für sich zu gewinnen.

#### 4.2.6 Scholarly Practitioner

Drei internationale Ergotherapeuten nehmen aufgrund ihrer akademischen Laufbahn eine Rolle als Lehrende und lebenslange Lernende ein. Sie befassen sich in der Forschung mit dem Thema Sexualität in jeglichen Variationen und veröffentlichen dazu Artikel, Bücher und Abschlussarbeiten.

Ein Teilnehmer erzählt, dass er ein Programm für seine Studenten entwickelte, indem er ein offenes Gesprächsangebot erstellte, um über Sexualität zu sprechen.

*„And then I started working with college students so I created a program called [...] for colleges, coaching students at university [...]. And a lot of college students came up to me meeting someone, or sexuality in general“ (TN8, Absatz 13)*

Ein Weiterer berichtet, dass das anfängliche Thema Sexualität von ihm in einem Artikel veröffentlicht wurde und es von da an Kreise gezogen habe, sodass er weiter forschte und veröffentlichte.

*„And that's how the book has happened. And frankly since then I write more articles, done presentations and now I'm getting calls from students in Europe so it's like the gift that keeps on living. Pretty cool.“ (TN7, Absatz 18)*

Teilnehmer 3 gab eine „Schulung für Betreuungskräfte“ (Absatz 6) über das Thema Sexualität. Er hat sich darauf wie folgt vorbereitet:

*„Ich habe geguckt, da gabs auch irgendwo in der Ergotherapie und Rehabilitation einen Artikel über Sexualität bei Demenz. Habe dann auch weiter im Internet recherchiert. Habe auch geguckt ‚Was habe ich für Erfahrungen gemacht? Was gibt es da? Was könnten vielleicht auch Teilnehmer- Fragen sein?‘ “ (TN3, Absatz 8)*

Einige Teilnehmer äußern den Wunsch, sich durch Fort- und Weiterbildungen neues Wissen anzueignen. Es zeigt sich, dass Unwissenheit herrscht, ob, wo und von wem solche Fortbildungen angeboten werden.

*„Ach man, am liebsten hätte ich dafür auch eine Fortbildung, aber das gibt es ja auch noch nicht, also ich habe zumindest noch nichts gefunden in die Richtung. Das wäre noch mal perfekt.“ (TN5, Absatz 78)*

Weiterhin beschreibt TN5, dass er gerne mithelfen würde, das Thema Sexualität und Therapie in eine Fortbildung zu implementieren.

*„Da würde ich auch keine Ahnung, mithelfen und mitentwickeln oder so.“ (TN5, Absatz 78)*

## 4.3 Einflussnehmende Faktoren

Die Ergotherapeuten beschreiben verschiedene **einflussnehmende Faktoren**, die das sexuelle Verständnis von Klient und Therapeut positiv wie auch negativ beeinflussen können. Die grün dargestellte Hauptbereich wurde ergänzt durch die Unterbereiche Societal und Practice Context. Der Practice Context wird im Verlauf unterteilt in institutionelle und persönliche Faktoren.



Abb. 16: Übersicht der einflussnehmenden Faktoren

### 4.3.1 Societal Context

Im Folgenden werden von den Teilnehmern gesellschaftliche, geschlechtsspezifische, sowie religiöse und historische Aspekte auf der Makroebene benannt, die den Umgang mit Sexualität in der Therapie auf Mikroebene beeinflussen können. Sie werden unter dem Begriff des Societal Context zusammengefasst werden.

#### Gesellschaftlicher Faktor

Eine Teilnehmerin spricht den in der Gesellschaft kontrovers diskutierten Inklusionsgedanken an. Sie spricht von fehlender Aufgeschlossenheit gegenüber Inklusion und sexuellen Themen.

*„Und ich mein, Behinderung ist schon mal ein Thema was mit gespaltener Zunge diskutiert wird. Also so inklusiv wie wir immer tun, sind wir noch längst nicht. Und als Gesellschaft sagen wir immer wir sind offen für jegliche Themen, aber ich glaube das noch nicht.“ (TN4, Absatz 30)*

Die Ergotherapie stelle dabei eine **Ressource** dar, indem sie dem Klienten Raum gebe, darüber zu sprechen.

*„Da find ich immer ganz gut, wenn man die Menschen bestärkt, dass die Ergotherapie einfach einen Rahmen oder einen Kontext bietet, wo man sich eben auch den Themen annimmt.“ (TN4, Absatz 30)*

Weiterführend zum gesellschaftlichen Faktor wird die Darstellung von Sexualität, Liebe und Romantik in den Medien beschrieben, welche die Vorstellungen vom Klienten beeinflussen können.

*„Das Thema ist total stark durch unsere Medien geprägt. Der Klient den ich hatte, der wollte am Valentinstag direkt alles mit roten Rosen auslegen. Ich denke das man manchmal auch von der Gesellschaft, von Filmen falsche Bilder vermittelt bekommt.“ (TN4, Absatz 70)*

#### Geschlechtsspezifische Faktoren

TN6 spricht von Rollenerwartungen an das Geschlecht, die von der Gesellschaft auferlegt sind und das Verhalten als Mann, Frau, Trans\* in der Therapie beeinflussen. So können Schwierigkeiten entstehenden beim Ansprechen der Thematik, da der Klient sich nicht mehr als männlich empfinde, weil er beispielsweise Erektionsprobleme habe. Die Offenlegung der sexuellen Schwierigkeiten als Mann vor allem in einer Gruppensituation kann hemmend wirken und nimmt Einfluss, auf die weitere Therapie.

*„Gerade auch zuzugeben, dass es in dem Bereich Probleme gibt. Weil ja, ich sag‘ jetzt mal, eine Sexualität oder eine Befriedigung des Partners auch was mit Männlichkeit zu tun hat. Dann gibt es so Sätze wie: ‚Ich muss meinen Mann stehen‘ etc. Und dann zuzugeben, dass es da Probleme gibt in einer Gruppe, sozusagen noch einmal herab gestuft wird in Bezug der Männlichkeit.“ (TN6, Absatz 14)*

#### Religiöse Faktoren

Teilnehmer 8 spricht die religiöse Umwelt an, in der sich der Klient aber auch der Therapeut befinden. Innerhalb dieser wurde der Klient gehindert, sich zu outen bzw. seine Homosexualität auszuleben, weil dies mit den christlichen Wertvorstellungen innerhalb der Gemeinde nicht überein ging.

*„This was like all the guilt and culture and like ‚How do I express myself and actually come out?‘ Because I was persecuted and wrecked for being catholic.“ (TN8, Absatz 14)*

### Historische Faktoren

Ein weiterer einflussnehmender Faktor sind die geschichtlichen Ereignisse, die das Individuum prägen, je nachdem, wie alt der Klient ist und wie Sexualität tabuisiert oder anerzogen wird.

*„Dann ist auch so die 68er Generation (...) Ich habe noch nie Bewohner kennengelernt der offensichtlich schwul oder lesbisch war. Das war ja früher nicht, das durfte ja nicht, wie auch immer (...) Aber ich glaube das sich das auch noch so ein bisschen ändert. Weil die Menschen durch die 68er Generation auch viel offener mit ihrer Sexualität umgehen.“ (TN3, Absatz 96)*

### 4.3.2 Practice Context

Unter dem Practice Context werden von den Teilnehmern einflussnehmende Faktoren auf Meso- und Mikroebene beschrieben, die das Ansprechen von Sexualität in der Therapie begünstigen aber auch hemmen könnten. Der Practice Context wird unterteilt in institutionelle und personenbezogene Faktoren.

#### 4.3.2.1 Institutionelle Faktoren:

##### Räumlichkeiten

Alle Teilnehmer berichten, dass ein Raum, der ungestört, ruhig und frei von äußeren Ablenkungen förderlich ist, um mit dem Klienten über Sexualität zu sprechen. Andernfalls könnten die Gespräche nicht so privat werden und der Klient würde dadurch immer wieder in seinem Redefluss gestört werden.

*„Ich erlebe sehr positiv einen ruhigen Raum, wo nicht allzu viel Ablenkung stattfindet“ (TN2, Absatz 26)*

*„Aber das ist was, wo ich manchmal denke, da ist es auf jeden Fall gut, einen guten Gesprächsrahmen zu haben. Einen ungestörten Raum, wo man nicht damit rechnen muss, dass jetzt jemand reinkommt.“ (TN4, Absatz 40)*

*„[...] dass man da wirklich einen ruhigen Raum für hat. Und wirklich auch, dass das keiner mitkriegt.“ (TN5, Absatz 56)*

Im Gegensatz zu den angesprochenen ruhigen, geschlossenen Räumen in der Institution trifft sich ein Teilnehmer gerne an öffentlichen Plätzen wo die bedeutungsvolle Betätigung Dating stattfinden soll und geht damit in das natürliche Lebensumfeld des Klienten rein.

*„I like to meet people in spaces where dating takes place, I like to meet in the coffeeshop or bar where ever they think they will gonna meet a date“ (TN8, Absatz 53)*

TN6 spricht ebenfalls das natürliche Lebens- und Wohnumfeld des Klienten an, in dem ein Gespräch über Sexualität geführt werden kann. Er „würde das bei einem Klienten Zuhause nicht im Schlafzimmer machen wollen, weil [er] das seltsam fände.“ (TN6, Absatz 36)

Nicht nur die Räumlichkeiten, in denen über Sexualität gesprochen wird, sondern auch institutionelle Räumlichkeiten, in denen Sexualität und Intimität für die Klienten stattfinden könnte, können als Einflussnehmender Faktor gesehen werden, wie in der Institution mit dem Thema Sexualität umgegangen wird. Die Ergotherapie sollte dafür sensibel sein, um gegebenenfalls Modifikationen anstoßen zu können.

*„Dann muss man noch dazu sagen, dass auf der geschützten Station, einmal auf dem Flur Kameras sind und zum Teil in den Einzelzimmern auch Kameras sind. Die meisten Kliniken sind dann so ausgestattet, dass dann 1-2 Leute auf dem Zimmer liegen. Von daher gibt es da auch keine Möglichkeiten, in irgendeiner Form Intimität geschweige denn Sexualität auszuleben.“ (TN6, Absatz 8)*

### Organisatorisches

Als förderlicher Einflussfaktor, der von der Institution vorgegeben ist, stellt ein Teilnehmer die Schweigepflicht dar. Dadurch könne sich der Klient sicher sein, dass sein Gesagtes nicht ohne sein Einverständnis an Dritte weitergegeben wird.

*„Und natürlich Schweigepflicht, ganz wichtig. Wenn die das ihren Freunden erzählen, wissen die nicht, erzählen die das sofort weiter. Und bei mir wissen die, dass ich einer Schweigepflicht unterliege und ich das gar nicht weitererzählen darf.“ (TN1, Absatz 28)*

### Zeit

Zwei Teilnehmer erzählen, dass die zeitlichen Rahmenbedingungen der Institution Einfluss nehmen, und sowohl als förderlicher aber auch hemmender Einfluss verstanden werden. Es mache einen Unterschied, wie lange der Therapeut innerhalb der Therapie Zeit habe, aber auch wie lange der Therapeut im Prozess Zeit habe. Es brauche Zeit ehe sich eine Vertrauensbasis entwickelt habe, sodass das Thema angesprochen werden könne.

*„Die Therapieeinheiten waren sehr lang, sodass ich die Möglichkeit hatte den Menschen sehr nah zu erleben. Viel von ihnen kennenzulernen [...] denn es ist ja nochmal ein Riesenunterschied, ob ich jemanden 3x die Woche sehe mit einer 45/60/90minütigen Einheit“ (TN2, Absatz 42)*

*„Das ist jetzt nichts, was ich in der ersten Verordnung so raushauen würde.“ (TN4, Absatz 28)*

Team

Das Team in denen die Ergotherapeuten arbeiten kann als förderlicher und hemmender Faktor beschrieben werden.

*„I think the professional staff I worked with, makes the difference“ (TN7, Absatz 60)*

*„Ich glaube halt auch, wenn man da auch als Einrichtung oder als Team nicht so die Augen davor verschließt, kann das helfen.“ (TN3, Absatz 44)*

## 4.3.2.2 Persönliche Faktoren:

Alter und Geschlecht

Drei Teilnehmer betrachten es als wichtig, welches Alter und Geschlecht der Klient aber auch der Therapeut haben, denn daraus resultiere eine andere Rollenerwartung. Es scheint schwieriger zu sein, mit einem Therapeuten über Sexualität zu sprechen, „[der vom] Alter mindestens ihr Enkel sein könnte.“ (TN2, Absatz 38).

*„Und vielleicht auch nochmal unterschiedlich von Mann und Frau.“ (TN3, Absatz 34)*

*„Ich sah halt die Problematik darin/ Ich war halt Ergotherapeut mit 2,5 Jahren Berufserfahrung, Anfang 20 und ein Mann. Sollte ich das mit einer Klientengruppe von Frauen Mitte 50 besprechen? Und das finde ich eigentlich einen wichtigen Punkt.“ (TN6, Absatz 8)*

Es sollte hinterfragt werden, ob der Therapeut vom Geschlecht und vom Alter her eine geeignete Ansprechperson für den Klienten darstellt. TN6 empfindet es als wichtig, nicht nur sich selber zu hinterfragen, sondern auch den Klienten zu fragen, welche Ansprechperson sich dieser wünschen würde.

*„[...] bin ich die passende Person, um das mit dem Klienten besprechen zu können? Denn es gibt Klienten, da will lieber von Mann zu Mann oder von Frau zu Frau gesprochen werden [...] und habe die Gruppe selber gefragt: ‚Ist das für Sie okay, wenn ich da mit Ihnen drüber spreche oder würden Sie sich da lieber jemand anderes wünschen?‘“ (TN6, Absatz 8)*

Indem die Therapeuten die einflussnehmenden Faktoren aus dem *Societal* und *Practical Context* berücksichtigen könnte das Bewusstsein geschärft werden, wie holistisch Sexualität zu verstehen ist und wie stark das Ausleben und auch Ansprechen von Sexualität von außen beeinflusst werden kann.

## 4.4 Modelle, Assessments

Alle Therapeuten nutzten unterschiedliche ergotherapeutische Modelle oder Assessments in ihrer alltäglichen, praktischen Arbeit. Diese wurden in der Grafik dem Hauptbereich **Modelle/ Assessments** zugeordnet. Erweitert wird die Aufteilung durch die Unterkategorien Vorteile von Assessments und wie Sexualität national sowie international befunden wird.

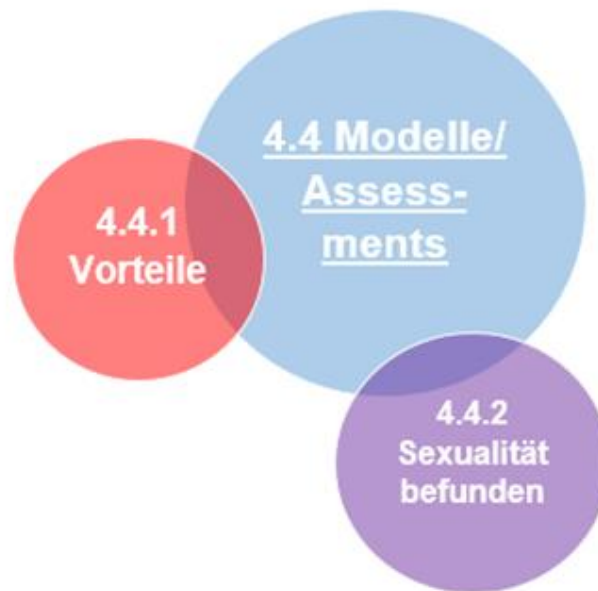


Abb. 17: Übersicht Modelle und Assessments

### 4.4.1 Vorteile und Nutzen von Modellen und Assessments

Die Teilnehmer berichten verschiedene Modelle wie z.B. das MOHO (TN3), KAWA (TN3, TN6) oder OTPF (TN6) zu benutzen. Besonders häufig wird im nationalen und internationalen Raum von dem Assessment COPM (TN2, 4, 5, 7, 8) gesprochen und dieses wird teilweise genutzt, um im Erstgespräch Betätigungswünsche zu priorisieren und zu strukturieren.

*„Ich kann aber auch das COPM zu Hilfe ziehen, zu fragen/ um zu priorisieren“ (TN2, Absatz 38)*

*„Dann versuche ich das damit schonmal so ein bisschen zu strukturieren und auch zu gucken was hilft denn jetzt?“ (TN3, Absatz 24)*

*„COPM mache ich grundsätzlich immer am Anfang. Also immer beim Erstgespräch.“ (TN5, Absatz 100)*

Das COPM sei wichtig, um mit dem Klienten Ergebnisse zu messen und zu sichern. Somit würde dieser in den ergotherapeutischen Prozess mit einbezogen werden und gemäß dem neuen Paradigma ins Zentrum der Therapie gerückt werden.

*Auch Patienten sind sehr wissbegierig, ‚Wie funktioniert denn das? Woran messen Sie das?‘ “ (TN2, Absatz 38)*

*„if we're dealing with that client centered model, certainly [...] what's important to you as my client? One of those areas. And that's why the COPM fits in nicely.“ (TN7, Absatz 66)*

Die flexible Struktur von verschiedenen Fragebögen oder auch dem COPM sieht TN7 als förderlich an, da diese auch mit nach Hause gegeben werden können. So habe der Klient eine Gedankenstütze. TN7 ist der Auffassung, dass das Mitgeben von einem Fragebogen, der sexuelle Bereiche abfragt, einen nonverbalen Türöffner für die Thematik darstellt.

*„It can be something that's a take home thing. t can be something that/ I asked you the questions or maybe you take it home, think about it, answer the questions and bring it back again.“ (TN7, Absatz 46)*

#### 4.4.2 Sexualität befunden

Das COPM wurde jedoch im deutschsprachigen Raum nicht als Gesprächsgrundlage benutzt, um Sexualität anzusprechen bzw. kein deutschsprachiger Teilnehmer erfasste ein sexuelles Betätigungsanliegen seines Klienten durch das COPM. Ein Teilnehmer verwendet BIDOG-Karten, um das Betätigungsanliegen seiner Klienten mit geistiger Einschränkung zu identifizieren. Die Karten seien nicht primär auf Sexualität ausgelegt. Sie greifen aber das Thema 'eine Partnerschaft führen' auf und es wurde dadurch deutlich, dass sein Klient in diesem Bereich ein Anliegen habe (TN4).

*„[...] ich hatte für die Befundung die BIDOG- Karten benutzt. Also das ist da quasi das Erwachsene abgebildet sind, wie sie die Aktivitäten des täglichen Lebens verrichten und da sind die Codierungen der ICF drauf und dann zum Beispiel auch die ganzen Aktivitäten und dann auch wie eine Kommunikation aufrechterhalten oder eine Partnerschaft führen.“ (TN4, Absatz 18)*

Bis auf TN4 benutzten keine deutschen Ergotherapeuten spezifische Assessments oder Modelle mit ihren Klienten, um Sexualität mit diesem anzusprechen. Ein Teilnehmer versucht „mit Verständnis und Bauchgefühl da ran zu gehen“ (TN1, Absatz 32). TN3 äußert seine Unsicherheit, wo sich der sexuelle Bereich in dem kanadischen Modell einordnen lasse.

*„Hm, wenn die Teilnehmer jetzt aber fragen wo Sexualität da einzuordnen ist, wo setzt du das dann ein?“ [...] wüsste ich jetzt nicht, wo das reinkommt.“ (TN3, Absatz 24)*

Teilnehmer 6 ergänzt die Aussage und fordert, dass Sexualität einen Platz in den modernen ergotherapeutischen Modellen finden soll und das Thema explizit benannt wird.

*„also in Modellen und Assessments sollte mehr der Bereich der Sexualität beleuchtet werden und integriert werden.“ (TN6, Absatz 58)*

### International Sexualität befunden

Zwei internationale Ergotherapeuten (TN7, TN8) nutzen das COPM, den “holistic lifestyle questionnaire” (TN8, Absatz 18) aber auch den “sexuality questionnaire” (TN7, Absatz 46) um einen Gesprächsleitfaden zu haben, die sexuellen Anliegen der Klienten in der Therapie aufzugreifen. Dabei sprechen beide gezielt die Sexualität des Klienten an.

*„ I actually usually bring it up in the first session if we are doing a holistic lifestyle questionnaire. I will ask about work, exercise, sleep and then I usually ask my question [...] ‘How is your love life?’“ (TN8, Absatz 18)*

Darüber hinaus arbeite TN7 mit dem PLISSIT- Model an den sexuellen Anliegen seiner Klienten. Dabei achtet er besonders darauf, den Klienten um Erlaubnis zu fragen, das Thema mit ihm besprechen zu dürfen. Wenn der Klient nicht seine Erlaubnis gebe, müsse das respektiert werden und die Sexualität würde nicht weiter erfragt werden.

*„ [...] if you have a client who really is not interested in addressing the topic and you don't have permission, [...] let it go. “ (TN7, Absatz 44)*

In Kombination mit dem PLISSIT Modell wird der intentionale Beziehungsansatz von TN8 benutzt, um das therapeutische Handeln zu leiten.

*„Using the PLISSIT model and the ‘intentional relationship approach’ to working with clients dealing with sexuality. “ (TN7, Absatz 40)*

TN8 hält den „intentional relationship approach“ (TN8, Absatz 40) für die ergotherapeutische Arbeit für gut geeignet, Beziehung aufzubauen, um Sexualität anzusprechen. Dieser Ansatz kann verglichen werden, mit dem Einbringen von dem „therapeutic use of self“ (TN7, Absatz 42).

## 5. Diskussion

Auf der Grundlage der in Punkt 4 dargestellten Resultate, werden in den folgenden Kapiteln unter Einbezug des theoretischen Hintergrundes und weiterführender Literatur, die drei Leitfragen diskutiert.

### 5.1 Diskussion der 1. Leitfrage:

*Welche Aufgaben zählen zu der Rolle der Ergotherapeuten, als Experten der Betätigung, im Bereich Sexualität?*

Die Studienergebnisse (→Punkt 4), aber auch die bestehende Literatur sind sich einig, dass die Kompetenzen der Ergotherapie und deren Geltungsbereich für die Thematisierung der Anliegen von Klienten aus dem Bereich der Sexualität prädestiniert sind. So unterstützen alle Teilnehmer der Studie die Ansicht von Sakellariou & Algardo (2006b), welche die Sexualität explizit als einen Betätigungsbereich beschreiben und die Relevanz für die Ergotherapeuten als Experten für Betätigung herausstellen (→Punkt 2.2.3). Dabei stellt TN8 fest, dass das Thema trotz dieser vorhandenen Kompetenzen nur wenig in der Therapie aufgegriffen wird. Diese Ansicht wird auch durch Lohman und Kobrin (2017), aber auch Hattjar, Parker und Lappa (2008) geteilt. Eine mögliche Ursache sahen alle TN in den Unsicherheiten bezüglich der Zuständigkeitsfrage seitens der Therapeuten, welche auch durch die Literatur bestätigt wird (Hyland & Mc Grath, 2013; Mc Grath & Lynch, 2014). Lohman und Kobrin (2017) erfassen darüber hinaus, dass viele Ergotherapeuten diese Thematik als eine Angelegenheit betrachten, die Klienten mit sich selbst ausmachen. Als wichtig merkt TN7 an, dass die (therapeutischen) Unsicherheiten bezüglich des Zuständigkeitsbereiches nicht ausschlaggebend dafür sein sollten, dass Klienten direkt an andere Professionen weitergeleitet werden, ohne den ergotherapeutischen Behandlungsbedarf zu erfassen. Stattdessen sollten Ergotherapeuten sich die eigenen Kompetenzen bewusst machen und versuchen, vom Klienten ausgehend, eine betätigungsorientierte Behandlung zu ermöglichen. Demnach stellen die Abgrenzung zu anderen Professionen (→Punkt 5.3), aber auch die Reflexion der eigenen Kompetenzen einen wichtigen Aspekt dar. Wie die Resultate in Verknüpfung mit dem theoretischen Hintergrund ergeben, weisen Ergotherapeuten eine Vielzahl an Kompetenzen auf, welche in den *Competency roles* (→Punkt 2.3.2.1) aufgeführt sind und sich in den *CMCE-skills* (→Punkt 2.3.2.2) widerspiegeln (TN4). Bezugnehmend auf die Resultate, werden die Kompetenzen bezüglich der Thematik Sexualität, vor allem in den Rollen *Expert in enabling Occupation, Communicator* und *Change Agent*, wahrgenommen, indem konkrete Fähigkeiten aufgezählt werden, welche den entsprechenden *CMCE skills* zuzuordnen sind. So benennen die TN die Fertigkeiten wie coachen und beraten (TN5), anpassen (TN8), aber auch lehren und zusammenarbeiten (TN6).

Diese vielfältigen Antworten geben Aufschluss darüber, dass Therapeuten häufig mehrere Rollen parallel ausführen und damit einhergehend auch verschiedene Fertigkeiten einsetzen, um den Klienten in seinen Betätigungsanliegen zu unterstützen (CAOT, 2012; Townsend et al., 2013). Da sich die Rollen und Fertigkeiten demnach nicht immer klar trennen lassen, können nur exemplarische Beispiele gegeben werden, die es aufgrund der Individualität der Klienten nicht zu verallgemeinern gilt:

Trotz der einflussnehmenden Faktoren (→Punkt 2.1.3) bleibt die Relevanz von Sexualität im Leben eines Individuums meist erhalten, weshalb alternative Möglichkeiten oder Handlungsabläufe, sowie der Einsatz von Hilfsmitteln die Anpassung an vorliegende Bedingungen und damit die sexuellen Betätigungen des Individuums unterstützen könnten. Diese Ansicht spiegelt sich auch in den Resultaten wieder, welche die Hilfsmittelberatung und -anpassung als Möglichkeiten der Ergotherapie in diesem Bereich erfassen (TN3, TN5, TN6, TN7 & TN8). Beispielsweise werden hier die Beratung hinsichtlich des Einsatzes von medizinischen Vibratoren (TN6) oder auch Hilfsmitteln zur Positionierung während sexueller Betätigungen (wie bspw. spezielle Polster) aufgeführt (TN7 & TN8). Neben unterstützenden Hilfsmitteln zur Positionierung, können Ergotherapeuten auch bezüglich möglicher Stellungen informieren und beraten, oder diese auch mit ihren Klienten gemeinsam erarbeiten (TN5). Zudem wird eine Perspektive der Ergotherapie in der (Mit-) Entwicklung von entsprechenden Hilfsmitteln gesehen (TN 6), welche Morales et al. (2017) stützen. Sie beziehen unter anderem Ergotherapeuten in die Gestaltung und den Entwurf von Sexspielzeug für Menschen mit motorischen Einschränkungen ein, um die Bedürfnisse der Zielgruppe, aber auch die Alltagstauglichkeit der entwickelten Geräte zu fokussieren.

Darüber hinaus erfassen die Resultate ebenfalls Optionen hinsichtlich des Aufbaus, aber auch der Ausgestaltung eines sozialen Kontaktes oder einer sexuellen Beziehung auf angemessene Art und Weise (TN4 & TN2). Diese Möglichkeiten sieht auch die Literatur in den ergotherapeutischen Kompetenzen verankert und weist die Entwicklung entsprechender Schulungsprogramme für betroffene Menschen hinsichtlich möglicher Strategien für die Ausübung ihrer Sexualität, sowie den Einbezug von Strategien zur Steigerung des sexuellen Selbstbewusstseins und Fähigkeiten im Bereich des Beziehungsaufbaus, als Perspektiven auf (Fritz et al. (2015).

Ein weiterer Ansatzpunkt, welcher sich aus den Resultaten ergibt, sind der Einsatz von Entspannungstechniken und die Aufklärung über Fatigue-Management, zur Vorbereitung auf Zweisamkeit mit dem (Sexual-)Partner oder als Teil der Sexualität selbst (TN7 & TN2). Beispielhaft können hier die Integration eines warmen Bades zur Tonus regulierenden Vorbereitung oder die Anpassung des Betätigungs- oder Tagesablaufes zur effizienteren Ressourcennutzung für Klienten unterstützend sein (TN7). Auch der Einsatz von (Selbst-/Partner-)Massagen kann der Entspannung des Klienten dienen, aber auch möglichen Missempfindungen oder Sensibilitätsstörungen entgegenwirken (TN5 & TN3).

Dieser Ansatzpunkt wird auch durch den theoretischen Hintergrund (→ Punkt 2.3.3.5) sowie die Literatur gestützt, welche Entspannungstechniken und das Fatigue-Management als Möglichkeiten in der Arbeit mit chronischen Erkrankungen, in Bezug auf die alltäglichen (sexuellen) Betätigungen eines Klienten, sieht (Dizon, 2009; Newcombe & Weaver, 2016).

Die gebildeten Verknüpfungen zwischen den Bezugsrahmen (→ Punkt 2.3.3.5) sowie den darin aufgezeigten Möglichkeiten lassen sich durch diese exemplarischen Beispiele, aber auch die damit verknüpfte Literatur stützen und zeigen konkrete Ideen für die ergotherapeutische Praxis auf.

Die sich ebenfalls abbildende Vielfältigkeit in den ausgeführten Rollen und eingesetzten Fertigkeiten können mit den unterschiedlichen Aufgaben begründet werden, denen sich Therapeuten im Allgemeinen gegenübergestellt sehen, wenn sie mit Klienten an deren individuellen Bedürfnissen arbeiten. So stellen TN4 und TN7 heraus, dass die Anforderungen und angewendeten Fertigkeiten des Therapeuten, je nach Diagnose sowie den Betätigungsanliegen der Klienten, aber auch deren Zuschreibung von Bedeutung variieren und individuell geprägt sind. Redelman (2008) stützt die Relevanz der Individualität auch in diesem Betätigungsbereich und ist der Ansicht, dass dies einer gemeinsamen Herausstellung der Anliegen des Klienten, sowie möglicher Lösungen, bedarf. Es gibt demnach kein Exempel, um Betätigungsanliegen in diesem Bereich zu begegnen, sondern auch hier spielt das vorherrschende Paradigma mit dem Aspekt der Klientenzentrierung (→ Punkt 2.2) eine entscheidende Rolle.

Dazu gilt es, sich als Therapeut stets zu reflektieren und auf das professional Reasoning zurückzugreifen (→ Punkt 2.3.1), um abzuschätzen, wann anlässlich der Betätigungsanliegen des jeweiligen Klienten, welche Rollen und Kompetenzen gefordert sind. Als grundlegende Kompetenzen seitens des Therapeuten, wird in den Resultaten eine benötigte therapeutische Grundhaltung angesprochen, welche auf einer wert- und vorurteilsfreien Haltung gegenüber dem Klienten und seinen Anliegen sowie Werten beruht (TN2 & TN5). Darüber hinaus spielt eine klientenzentrierte Gesprächsführung eine große Rolle, welche durch die Offenheit des Therapeuten gegenüber dem Thema Sexualität und seine Kongruenz unterstützt wird (TN2 & TN5). Über diese Kompetenzen hinaus, welche in die Rolle des *Communicators* fallen, heben die Resultate die Relevanz einer stabilen, auf Vertrauen und Respekt basierenden Therapeut-Klient-Beziehung (→ Punkt 2.4.3) hervor, um ein tabubesetztes Thema in der Therapie aufzugreifen (TN5, TN6).

Parallel dazu wurde in den Resultaten transparent, dass das Thema Sexualität auch im Erstkontakt mit dem Klienten aufgegriffen werden kann, um bereits aufzuzeigen, dass die Ergotherapie diesbezüglich einen Ansprechpartner darstellen kann, wenn der Bedarf besteht (TN8). Mc Grath und Sakellariou (2016) stützen dies und sehen es in der Aufgabe des Ergotherapeuten, den Klienten zu ermutigen, entsprechende Betätigungsanliegen zu thematisieren.

Darüber hinaus pflichten sie den Resultaten bei, welche eine Gleichstellung der sexuell geprägten Betätigungen mit anderen bedeutungsvollen Betätigungen des Klienten fordern (TN7). Demnach ist die Ergotherapie mit ihren Kompetenzen gefragt, sobald Klienten eine Störung ihrer Betätigungen empfinden, unabhängig davon, ob jene aus dem Bereich der Sexualität stammen (Mc Grath & Sakellariou, 2016).

Es lässt sich festhalten, dass es im individuellen Ermessen seitens des Therapeuten und des Klienten liegt, wann diese den Zeitpunkt als angemessen empfinden, um dem Thema Sexualität im therapeutischen Prozess Raum zu geben. Von Relevanz ist es allerdings, diesen Raum überhaupt in der Ergotherapie zu schaffen. Möglichkeiten zur Vorbereitung und Unterstützung des Sicherheitsgefühls, aber auch zum konkreten Start in dieses Themenfeld, bieten die im Nachfolgenden beschriebenen Ressourcen.

## 5.2 Diskussion der 2. Leitfrage:

*Welche nationalen und internationalen Ressourcen (z.B. Modelle, Assessments, Leitlinien) stehen Ergotherapeuten in Deutschland zur Thematisierung zur Verfügung?*

Die Studienergebnisse unterstützen die Vorannahme der Autorinnen, dass den Ergotherapeuten durchaus hilfreiche Ressourcen zur Verfügung stehen, um das Thema Sexualität in der Therapie aufzugreifen. Dies bestätigte sich in den Ergebnissen dadurch, dass die TN konkrete Ressourcen nannten, die sie in der therapeutischen Praxis nutzen, um Sexualität zu thematisieren. Zu den besagten Ressourcen zählen zum einen Modelle, aber auch ein Assessment, welche die Autorinnen in der Arbeit bereits aufgeführt und beschrieben haben (→Punkt 2.3).

Zur Erhebung der sexuell geprägten Betätigungen, deren aktuelle Ausführung und Zufriedenheit mit dieser aktuellen Situation, führen viele TN das *COPM* als hilfreich auf (TN2, TN5, TN7 & TN8). Sie sehen in der Anwendung eines bereits bekannten Assessments eine nützliche Ressource, welche Sicherheit in der Praxis bietet.

Die Anwendung des *COPMs* in diesem Kontext unterstützt auch Hattjar (2012): „This assessment enables the client to identify questions and concerns relating to his or her status, ability or disability, fears, needs, issues concerning any areas of concern or interest, and sexual activity and sexuality” (S.19). Um einen möglichen Ablauf zur Thematisierung des Themas Sexualität und den therapeutischen Prozess diesbezüglich zu unterstützen, wird von den TN das *PLISSIT Modell* benannt (TN7). Wie bereits im theoretischen Hintergrund aufgeführt (→Punkt 2.3.3.6), unterstützt dieses auch die Abgrenzung und Zusammenarbeit mit anderen Professionen, worauf in der Diskussion der 3. Leitfrage näher eingegangen wird (→Punkt 5.3). Der Aspekt des „asking for permission“ (TN7, Absatz 44), welcher im *PLISSIT* am Beginn der Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient steht, wird von dem zitierten TN besonders hervorgehoben, sowie als essentiell für eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung beschrieben. Wallace (2000) benennt in ihrem Gesprächsleitfaden zur Thematisierung der Sexualität im Bereich der Geriatrie, neben ergotherapeutischen Modellen auch mögliche Fragestellungen, welche den Einstieg in die Thematik unterstützen können und orientiert sich dabei ebenfalls an dem *PLISSIT*. Sie beschreibt es als das Mittel der Wahl in der Erhebung von Betätigungsproblemen im Bereich der Sexualität und stützt damit die Resultate, sowie die Annahme der Autorinnen, dass das *PLISSIT* eine Chance zur Thematisierung in der Ergotherapie darstellt. Hattjar (2012) bestätigt diese Ansicht ebenfalls, indem sie den konkreten Nutzen des Modells für die Ergotherapie und den therapeutischen Prozess wie folgt beschreibt: „The PLISSIT Model provides occupational therapists with an organizing context by which they can address sexual activity with their clients” (S.6).

Des Weiteren benennen einige Teilnehmer zusätzliche Assessments, wie den „holistic lifestyle questionnaire“ (TN8, Absatz 18), welcher verschiedenste Aspekte des täglichen Lebens abfragt, sowie den „sexuality questionnaire“ (TN7, Absatz 46), welcher genauer auf die Sexualität des Klienten eingeht. Darüber hinaus werden die „BIDOG Karten“ (TN4, Absatz 18) benannt, welche als „bildgestützte[r] Dokumentations- und Gesprächsleitfaden zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation nach [der] ICF“ (Reiser, 2012, S.14) genutzt werden und die Möglichkeit darstellen, das Thema Partnerschaft anzusprechen. TN6 beschreibt abschließend, dass Sexualität in einigen Modellen, wie dem *OTPF*, *Moseys Modell* und dem *KAWA*, zwar eine gewisse Daseinsberechtigung erfährt, dies jedoch noch nicht ausreichend ist.

Mit ihrer Forschungsfrage machen die Autorinnen bereits deutlich, dass dem Thema im ergotherapeutischen Alltag mehr Beachtung geschenkt werden sollte. Die Annahme stützt TN6 in Absatz 56 wie folgt: „Also ich finde das ist ein Bereich, der ein bisschen mehr beleuchtet werden sollte“. Auch Schneider und Le Grasse (2018) beschreiben einige der oben genannten Modelle und ergänzen diese mit dem „Recovery Model“ (S.22) und den „Enablement Foundations“ (S.22) (→Punkt 2.3.2.2), welche beide das Ziel verfolgen, eine maximale Partizipation des Klienten und die Steigerung der Lebensqualität zu ermöglichen.

Alle Teilnehmer sprechen verschiedene förderliche Faktoren für die Thematisierung in der Therapie an. Als zentraler Aspekt wird die Zeit genannt, welche der Therapeut mit dem Klienten zur Verfügung hat. Bezugnehmend auf den theoretischen Hintergrund (→Punkt 2.4.3), wo der Mangel an Zeit als Hürde für die Thematisierung beschrieben wird, lässt sich im Umkehrschluss daraus schließen, dass für diese Thematik mehr Zeit und Raum während der Therapie geschaffen werden muss.

Auch die in Punkt 2.4.3 beschriebene Therapeut-Klient-Beziehung gilt als förderlich, um möglicherweise schambehaftete Themen anzusprechen. Um eine respektvolle und vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können, bedarf es neben Empathie sowie Vertrauen auch ausreichend Zeit, in welcher es dem Klienten möglich ist, sich zu öffnen (TN1). Darüber hinaus beeinflusst dies die Wahrnehmung der Atmosphäre seitens des Klienten, wenn der Therapeut selbst Ruhe ausstrahlt und sich Zeit für jenen nimmt (TN2). Weitere Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung werden in Punkt 5.1 beleuchtet.

Neben den förderlichen Faktoren auf der Ebene der Person, können auch auf der Ebene der institutionellen Rahmenbedingungen Faktoren bestehen, welche die Thematisierung sexuell geprägter Betätigungen positiv beeinflussen. Diesbezüglich wird von den Teilnehmern weitestgehend die Atmosphäre während der Therapie angesprochen. Als besonders wichtig erachten diese, ein Vier-Augen-Gespräch in einer für beide Beteiligten angenehmen, ungestörten Atmosphäre, welche in einem ruhigen, aber auch gemütlichen Raum entstehen kann.

Auch wird das Team als unterstützend wahrgenommen, wenn jenes den Raum sowie die Atmosphäre bietet, um in den Austausch zu gehen und mit den Schwierigkeiten der Thematik nicht alleine gelassen zu werden. Die Aspekte Schweigepflicht und Privatsphäre, welche bereits in Punkt 2.1.4 benannt werden, spielen ebenfalls eine entscheidende Rolle für den ergotherapeutischen Prozess, da diese dem Klienten Sicherheit vermitteln und jenem das Versprechen geben, dass keine vertraulichen Informationen nach Außen gelangen.

In der letzten Kategorie zur zweiten Forschungsfrage werden Wünsche der befragten Therapeuten aufgeführt, die verdeutlichen sollen, welche Ressourcen (noch) fehlen, um das Thema in der Therapie (leichter) anzusprechen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Teilnehmer die Wünsche äußern, Sexualität der Klienten in die Ergotherapieausbildung mit aufzunehmen. Auch die allgemeine Präsenz der Thematik in den fachspezifischen Medien beschreiben die Teilnehmer als kaum vorhanden und sehen darin eine Teilursache für die Tabuisierung von Sexualität in der Ergotherapie sowie weiterführend in der Gesellschaft. Wünschenswert wären diesbezüglich „eine Art Leitfaden“ (TN1, Absatz 56) oder eine Fortbildung zu dem Thema, um auch die eigene „Angst [vor] dem Thema [zu] reduzieren“ (TN1, Absatz 58) und einen respektvollen, wertfreien aber auch selbstsicheren Umgang mit dem Klienten, sowie dem Thema Sexualität im ergotherapeutischen Setting zu erlangen.

### 5.3 Diskussion der 3. Leitfrage:

*Worin liegen sowohl Überschneidungen als auch Abgrenzungen zu anderen Professionen (z.B. Sexualtherapeuten, Sexualassistenten, etc.)?*

In der Diskussion der 2. Leitfrage werden bereits die Wünsche für die Zukunft von Ergotherapeuten aufgezeigt. Von jenen ausgehend lässt sich eine Brücke zu den Limitationen der Ergotherapie schlagen. Sowohl das Erkennen der persönlichen Grenzen, als auch die Grenzen der Profession werden von der CAOT der *Professional role* (→Punkt 2.3.2.1) zugeschrieben.

Unter dem Aspekt der persönlichen Grenzen beschreiben die Teilnehmer, dass es von hoher Relevanz ist, sich diese bewusst zu machen, zu (er-)kennen und transparent gegenüber dem Klienten zu machen (TN6, TN3, TN5). Bezugnehmend auf Seibold (2017) ist es notwendig, die eigenen Grenzen ganz individuell zu setzen. Dazu zählt es ebenfalls sich als Therapeut zu hinterfragen, wie viel von dem eigenen Privatleben gegenüber dem Klienten offen gelegt werden soll (→ Punkt 5.1) und bis zu welchem Punkt das Thema Sexualität im Bereich des Wohlbefindens liegt. Die TN4 & 5 ziehen ihre persönliche Grenze, sollte es um die aktive Betätigungsanalyse beim Sexualakt gehen und zeigen damit ein Beispiel für die Abgrenzung auf. Eine solche Situation würde für sie außerhalb des persönlichen Wohlbefindens liegen, weshalb sie den reinen Geschlechtsakt nicht in der Therapie aufgreifen würden.

Die professionellen Grenzen hingegen gehen einher mit der Wahrnehmung der Zuständigkeit. So sind Ergotherapeuten prädestiniert, über Betätigung zu sprechen und ihre Klienten in dieser zu befähigen, wieder handlungsfähig zu werden (→Punkt 5.1). Dennoch sehen einige Ergotherapeuten das Behandeln der Thematik nicht als alleinige Aufgabe der Ergotherapie an (TN1, TN5, TN6, TN7).

Sie wünschen sich bzw. fordern einen interdisziplinären Austausch mit Ärzten, Psychotherapeuten, Sexualberatern, Sexualtherapeuten und Sexualbegleitern für Menschen mit Behinderung ein, um neue Impulse für die Therapie mit dem Klienten zu bekommen. So können Ärzte eine Veränderung der Medikamente vornehmen, die zum Verlust der Libido oder Vaginaltrockenheit führen (TN6, TN7) oder jenen entgegenwirken. Ein Psychotherapeut hingegen kann tiefgreifende Identitätsstörungen aufarbeiten, die zu Vaginismus und Handlungsunfähigkeit im sexuellen Bereich führen können (TN5). Und einem professionellen Sexualbegleiter ist es möglich, Menschen mit Behinderung in dem tatsächlichen Akt zu unterstützen, einen Orgasmus zu erreichen oder intime Berührungen zu erfahren (TN3).

Die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen im sexuellen Bereich wurde durch die Teilnehmer als förderlich gesehen und kann so zu neuen Impulsen, aber auch Therapieerfolgen in der Ergotherapie führen. So spricht TN4 an, dass er für seine Arbeit eine Sexualberaterin für Menschen mit Behinderung hinzugezogen hat, weil seine Kompetenzen nicht ausreichten, um den Betätigungsanliegen und den damit verbundenen Zielen seines Klienten zu entsprechen. Durch gezielte Fragen an den Klienten, ermittelte die Sexualberaterin, wie sich der Klient seine zukünftige Freundin vorstellt und lieferte dem Teilnehmer neue Handlungsideen für die ergotherapeutische Behandlung des Klienten. Der Teilnehmer empfand diese Zusammenarbeit mit den daraus entstandenen neuen Impulsen, sowie Behandlungsideen für den weiteren Prozess als Bereicherung und spricht eine Empfehlung für den interdisziplinären Austausch aus. Higgins et al. (2012) untermauern diese Aussage und sind der Auffassung, dass „sexuality . . . may be an ideal topic for bringing practitioners together within an interdisciplinary . . . context“ (Higgins et al., 2012, S. 2559).

Relevant dabei ist es, dass der Ergotherapeut oder auch der empowerte\* Klient, initiativ den Austausch über das Thema mit anderen Berufsgruppen einfordern. Daraus resultiert, dass die angesprochene Berufsgruppe in Kenntnis darüber ist, dass der Klient Anliegen in dem Bereich der Sexualität hat und diese von Bedeutung für die menschliche Existenz sind. Die Teilnehmer sehen eine Möglichkeit darin, eine Zusammenarbeit mit anderen Professionen herzustellen ohne den Klienten unmittelbar an jene abzugeben. Stattdessen kann die Behandlung des Klienten in der Ergotherapie fortgeführt werden, um sein Betätigungsproblem weiterhin auch aus ergotherapeutischer Perspektive aufzugreifen. Diesbezüglich wäre ein regelmäßiger Austausch der behandelnden Berufsgruppen anzustreben und unterstützt eine ressourcenorientierte, aber auch zielorientierte Behandlung des Klienten. Beispielsweise könnte die Ergotherapie „ein niederschwelliges Angebot darstellen, bis der Klient in psychotherapeutischer oder sexualtherapeutischer Behandlung ist“ (TN5, Absatz 74).

Auch Stamm (2018) ist der Auffassung, dass eine ambulante, klientenzentrierte Ergotherapie diese Versorgungslücke vorübergehend schließen könnte. Diese Form der Zusammenarbeit kann nach den Teilnehmern nur funktionieren, wenn der Kompetenzbereich der Ergotherapie für Ergotherapeuten, Klienten und andere Professionen klar definiert ist und transparent gemacht wird. Benötigt werden dafür eine schärfere Profilierung des Berufsbildes, die vermehrte Öffentlichkeitsarbeit um die Aufgaben der Ergotherapie zu verdeutlichen und Forschung bzw. Handlungsanleitungen in diesem Bereich, um das evidenzbasierte Arbeiten hinsichtlich des Themas Sexualität voranzubringen. Das *Professional Reasoning* (→Punkt 2.3.1) kann den Therapeuten dabei unterstützen, sich seiner ergotherapeutischen und professionellen Rolle bewusst zu werden und stellt damit eine Ressource in dem Umgang mit Sexualität dar.

Klare Grenzen der Ergotherapie werden seitens der Teilnehmer in dem Bereich von sexuellem Missbrauch und Traumata gesehen. So äußert TN8, dass die ergotherapeutischen Kompetenzen ihre Grenzen erreichen, sobald aktuelle sexuelle Traumata thematisiert werden. Das *Ex-PLISSIT Modell* (→Punkt 2.3.3.6), speziell der Punkt *Intensive Therapy*, beschreibt übertragen auf die Ergotherapie, dass Vergewaltigung und sexueller Missbrauch nicht in dessen Zuständigkeitsbereich fallen und dies die Kompetenzen anderer Professionen bedarf.

Schwierigkeiten treten zudem auf, sobald „[die] Rolle als Ergotherapeut in Konflikt mit dem Gesetz“ (TN1, Absatz 62) steht. So sehen die Teilnehmer (TN1, TN4, TN6, TN8) es als konkrete Herausforderung, wenn Klienten in Betätigungen partizipieren (möchten), welche strafrechtlich verfolgt werden können oder nicht im Einvernehmen mit anderen Menschen geschehen und jenen Schaden zufügen. Damit beschreiben sie die Dissonanz zwischen dem Gesetz und der Schweigepflicht, welcher sie als Therapeut unterstehen. Diese Spannungszustände, die beispielsweise durch Straftaten oder Pädophilie entstehen, können zu Konflikten in der professionellen Rolle führen (→Punkt 2.4.1).

Als Graustufe wird die Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen gesehen, bei denen sexuelle Vorlieben ausgelebt werden, die gesellschaftlich nicht ausreichend akzeptiert werden, wie z.B. Vorlieben aus dem Bondage Sadomaso (BDSM)- Bereich, offene Ehen und Sexsucht (TN5, TN8). TN 8 äußert die Relevanz der Einvernehmlichkeit, sodass kein Individuum zu Schaden kommt, wenn jenes es selber nicht will und die bedeutungsvolle Betätigung einen erweiterten Klienten miteinschließt. Hierbei kann es hilfreich sein, die Verantwortung an den Klienten abzugeben und ihn als mündigen Klienten wahrzunehmen, welcher für sich selbst Entscheidungen treffen kann, wie er seine sexuellen Vorlieben auslebt.

Dazu ergänzend können die ausgewählten Grundlagen der Befähigung, *choice, risk, responsibility* (→Punkt 2.3.2.2) richtungsweisend sein und aufzeigen, dass die Verantwortung für sein Tun und Handeln seitens des Klienten übernommen werden können, wenn jener über mögliche Risiken aufgeklärt wurde. Die Grundlagen können den Therapeuten in seiner professionellen Rolle leiten und ihn in seiner Arbeit unterstützen. Daran anknüpfend fordern die TN eine offene, unkonventionelle und wertfreie Grundhaltung seitens des Therapeuten, um die sexuellen Vorlieben des Klienten nicht zu bewerten und die eigenen moralischen Vorstellungen nicht über die, des Klienten zu stellen. Tellier (2017) beschreibt die Wichtigkeit, dass die persönliche Bewertung seitens der Therapeuten zum Thema BDSM keine extra Barriere hinsichtlich der gesellschaftlichen Entstigmatisierung darstellt. Die bedingungslose Wertschätzung und Offenheit gegenüber jeder Person beschreiben alle TN als elementar, um eine funktionierende Zusammenarbeit (→Punkt 5.1) auch in Bezug auf die sexuell geprägten Betätigungsanliegen des Klienten zu ermöglichen.

Wenn an Grenzen der Ergotherapie im sexuellen Bereich gedacht wird, können die Faktoren aus dem *societal context* und *practical context* (→Punkt 2.3.3.2) wie z.B. Alter, Geschlecht, geschichtliche Hintergründe, Religion oder kulturelle Hintergründe seitens des Therapeuten und Klienten die Thematisierung in der Therapie maßgeblich beeinflussen und weitergehend begrenzen (TN1, TN5, TN6, TN8). Darüber hinaus sind nach den Resultaten hemmende institutionelle Rahmenbedingungen zu beachten, wie z.B. geschlossene psychiatrische Stationen mit Mehrbettzimmern und Kameras auf den Fluren, welche keinen Raum zum Austausch für Intimitäten bieten (TN6). Der Therapeut sollte sensibel für diese Einflussfaktoren sein und darauf reagieren können, indem er sein *Professional Reasoning* (→Punkt 2.3.1) im Vorfeld einsetzt. So beschreibt TN3, dass er im geriatrischen Bereich bislang keine homosexuellen Paare kennen gelernt hat. Das zu dem Zeitpunkt, wo diese angesprochene Generation jung war, Krieg herrschte, der streng christliche Glauben viele Individuen prägte und die Sexualität gegebenenfalls deswegen nicht ausgelebt werden durfte, muss durch das *Professional Reasoning* herausgearbeitet und mitberücksichtigt werden, wenn Betätigungsanliegen im sexuellen Bereich zur Ansprache kommen.

So beschreibt TN3 im geriatrischen Setting bislang keinen älteren, homosexuellen Bewohner begegnet zu sein, jedoch eine Veränderung diesbezüglich zu vermuten, wenn die „68er Generation“ (TN3, Absatz 96) in den Seniorenheimen vertreten sein wird. Misoch (2016) unterstützt diese Behauptung und stellt dar, dass in Zukunft, aufgrund des demographischen Wandels, mehr homosexuelle Paare in Altenheimen leben werden. Für die Ergotherapie bedeutet dies, eine gesteigerte Sensibilität für das diverse Spektrum der LGBTQ+\* Gemeinde.

Die gesellschaftlichen Glaubenssätze wie „Du musst deinen Mann stehen“ (TN6, Absatz 14) erschweren es, sexuelle Probleme im männlich geprägten gruppentherapeutischen Setting, frei anzusprechen. Diesbezüglich kann es die Aufgabe der Ergotherapie sein, förderliche Rahmenbedingungen (→Punkt 5.2) zu schaffen, um den Klienten darin zu bestärken, Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität zu thematisieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es ein schmaler und individueller Grad ist, zwischen der Ermöglichung von bedeutungsvoller Betätigung, bedingungsloser Annahme des Klienten mit seinen sexuellen Anliegen, dem persönlichen Wohlbehagen mit dem Thema und dem Verweis an andere Berufsgruppen. Dabei gibt es keine konkreten Handlungsempfehlungen, wie sich der Therapeut in konkreten Situationen zu verhalten hat, da in der Ergotherapie mit Individuen gearbeitet wird und dementsprechend jede Therapiesituation individuell ist.

## 5.4 Grenzen und Stärken

### 5.4.1 Grenzen der Arbeit

#### **Studienteilnehmer**

Da in der vorliegenden Studie überwiegend Frauen aus westlich geprägten Ländern, mit größtenteils akademischen Abschlüssen befragt wurden, ergibt sich eine Grenze der Studie in der Diversität der Studienteilnehmer. Dies war seitens der Forscherinnen nicht beabsichtigt. Zwar hat eine qualitative Forschung nicht die Ambitionen, repräsentativ zu sein, für die angestrebten Ergebnisse, wäre es im Nachhinein jedoch wünschenswert gewesen, diverse, vielfältige Impulse von Studienteilnehmern mit anderen kulturellen Rahmenbedingungen zu bekommen. Außerdem konnte mit der Erhebung der Daten im Rahmen von 8 Studienteilnehmern keine Datensättigung in vollem Umfang erreicht werden, wodurch sich keine Allgemeingültigkeit der Ergebnisse ableiten lässt.

#### **Interviewsetting**

Eine weitere Einschränkung der Studie kann durch die Räumlichkeiten und Settings der geführten Interviews entstehen. Da diese aufgrund der Entfernungen (wie bspw. Amerika oder Schweiz) zum größten Teil nicht in einem persönlichen Treffen durchgeführt werden konnten. Diese wurden dann via Skype geführt wodurch es möglich ist, dass auf Mimik und Gestik beruhende Informationen nicht immer wahrgenommen werden konnten. Jedoch kann dies auch als Stärke gesehen werden, da ein vertrautes Umfeld in privater Atmosphäre einen angenehmen Rahmen bieten kann, um über ein tabubesetztes Thema zu sprechen. Eine scharfe Trennung in die *Grenzen* und *Stärken* ist demnach subjektiv vorzunehmen.

#### **Methodentriangulation**

Die vorliegende Studie weist eine Schwäche in der methodischen Triangulation auf, da die Ergebnisse ausschließlich auf der Erhebungsmethode des Experteninterviews beruhen. Dies führt dazu, dass ein allumfassender Blick auf die Thematik nicht gegeben werden kann.

### 5.4.2 Stärken der Arbeit

#### **Gütekriterien**

Die Studie erfüllt alle qualitativen Gütekriterien nach Mayring (2016). Bei der vorliegenden Studie wurde bewusst auf das 5. Gütekriterium nach Mayring (2016) verzichtet, welches für Kommunikative Validierung (Member- Check) steht. Diese wurde nicht durchgeführt, um die spontanen Äußerungen und das damit verbundene aktuelle Bild der Ergotherapie auf die Thematik Sexualität nicht zu verfälschen. Dennoch kann es kritisch gesehen werden, dass damit nicht alle Gütekriterien nach Mayring (2016) erfüllt wurden.

#### **Forschertriangulation**

Durch die gemeinsame Kodierung und Analyse der Studienergebnisse durch alle drei Forscherinnen, konnte eine Forschertriangulation erreicht werden. Durch diese kollegiale Validierung im Rahmen der Analyse wurden die Zuordnung und das damit einhergehende Verständnis der erhaltenen Ergebnisse unterstützt. Eine inhaltliche Übereinstimmung wurde dadurch gegeben. Darüber hinaus diskutierten alle Mitglieder des Forschungsteams sowohl die Datenanalyse als auch die Ergebnisse gemeinsam und erreichten insgesamt eine Forschertriangulation.

#### **Theorientriangulation**

Durch den Vergleich der erhobenen Studienergebnisse mit der bestehenden Literatur aus dem theoretischen Hintergrund und neu hinzugezogener Literatur im Rahmen der Diskussion (→ Punkt 5), bildet sich eine Stärke der Arbeit im Bereich der Theorientriangulation.

#### **Austausch**

Die beteiligten Forscherinnen standen untereinander, aber auch mit ihrer begleitenden Dozentin, in stetem Austausch (digital, wie auch persönlich), wodurch ein ständiger Abgleichungs- und Reflektionsprozess stattfand, um den Forschungsprozess effizient und qualitativ zu gestalten.

#### **Ethik**

Zu jedem Zeitpunkt der Studie haben die Forscherinnen die ethischen Grundprinzipien einer qualitativen Studie bewahrt. Alle Studienteilnehmer haben freiwillig an der Studie teilgenommen. Außerdem wurde eine Erlaubnis zur Aufnahme der Interviews eingeholt und betont, dass jeder Teilnehmer zu jeder Zeit, ohne persönliche Konsequenzen die Studie verlassen darf (→ Punkt 3.7).

#### **Pretest**

Die Durchführung von zwei Pilotinterviews, je eines in englischer und eines in deutscher Sprache, führten zu einer Probe des erstellten Interviewleitfadens und der Herausarbeitung seiner Schwächen, sowie einer darauffolgenden Anpassung. Hierdurch ergab sich eine Qualitätsverbesserung in der Interviewdurchführung.

**Studienteilnehmer**

Eine Stärke der Studie, stellt die Befragung internationaler Studienteilnehmer dar, wodurch sich ein breiteres Spektrum an Ressourcen, Ansichten, aber auch innovativen Gedanken erschließt, welche sich die Ergotherapie (in Deutschland) ebenfalls zu Nutzen machen könnte.

**Forschungsgegenstand**

Der Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie stellt ein zeitgemäßes Thema innerhalb der Ergotherapie dar. Die gewählte Thematik spiegelt das vorherrschende Paradigma der Profession wieder und unterstützt diese auf dem Weg zur Professionalisierung, aber auch den Progress der Umsetzung des aktuellen Paradigmas.

**Aktualität**

Das Thema der vorliegenden Studie ist von hoher Aktualität, da vor allem in den letzten 3 Jahren vermehrt Publikationen dazu veröffentlicht wurden. Diese Publikationen, in Bezug auf die Ergotherapie, erschienen zum Teil als Bachelorarbeiten, aber auch als Artikel in Fachzeitschriften oder Büchern. Demnach trägt die Studie einen weiteren Teil zur Enttabuisierung und Thematisierung von Sexualität in der Ergotherapie bei und unterstützt die weitere Forschung in diesem Bereich. Darüber hinaus konnten die Forscherinnen auf größtenteils aktuelle Literatur zurückgreifen, welche nicht älter als 10 Jahre ist, sodass sich die vorliegende Arbeit ebenfalls auf neueste und aktuelle Evidenzen stützt. Dies trägt somit zur Aussagekraft und Qualität der Arbeit bei.

## 6. Beantwortung der Forschungsfrage / Schlussfolgerung

*Wie können Ergotherapeuten ihre Klienten dabei unterstützen Sex als bedeutungsvolle Betätigung zu thematisieren und welche Rolle nehmen die Ergotherapeuten dabei ein?*

Die Studienergebnisse zeigen, dass Ergotherapeuten mit ihren Berufskompetenzen als Experten der Betätigung qualifiziert sind, um Sexualität in der Therapie aufzugreifen sowie dadurch das vorherrschende Paradigma zu verfolgen. Dabei betrachten sie Betätigungen aus dem Bereich der Sexualität als ebenso natürlich und selbstverständlich, wie sämtliche andere Betätigungen und untermauern damit den theoretischen Hintergrund (→Punkt 2) mit der dort hergeleiteten Relevanz für die Verknüpfung der Thematik mit der Ergotherapie.

Für die Einbettung der Thematik in den praktischen Alltag, benennen die Teilnehmer verschiedene Aspekte, welche diesbezüglich von Relevanz sind, aber auch Ressourcen, die zur Unterstützung hinzugezogen werden können. Hierzu beschreiben sie die Haltung des Therapeuten dem Thema, aber auch dem Klienten gegenüber als ausschlaggebend. Jener sollte offen, wertschätzend, vorurteilsfrei, authentisch und ehrlich sein, um dem Klienten kongruent gegenüber zu treten. Auch sollte er seinen Zuständigkeitsbereich, seine therapeutischen Rollen, aber auch Kompetenzen kennen sowie transparent machen, um dem Klienten Sicherheit zu vermitteln und nach außen eine klare Position der eigenen Profession zu verdeutlichen. Ein wertschätzender, offener Umgang mit dem Klienten und ein humorvoller und lockerer Umgang mit Sexualität, führen dazu, dass sexuelle Anliegen in der Therapie besprochen werden können. Unterstützt wird das durch einen störungsfreien Therapieraum.

In der Behandlung kann der Ergotherapeut jede Rolle einnehmen, die er auch in anderen Betätigungsbereichen einnehmen kann. Eine Orientierungshilfe diesbezüglich, sowie den Kompetenzen, auf welche man zurückgreifen kann, bieten die *competency roles* und die *CMCE skills*. Sie können den Therapeuten dabei unterstützen, Ideen zu entwickeln und Optionen in Bezug auf die Betätigungsanliegen wahrzunehmen, wenn jenem zunächst die Erfahrungen oder Möglichkeiten fehlen. Zusätzlich kann er Modelle und Assessments hinzuziehen, die ihn in der Arbeit unterstützen. Dabei kann er auf gewohnte Ressourcen zurückgreifen, diese bei Bedarf entsprechend adaptieren, oder neue hinzuziehen, welche ihm die benötigte Hilfestellung geben und Sexualität explizit aufgreifen. Als angemessene Ressourcen führten die Teilnehmer das *COPM*, das *PLISSIT*, *OTPF*, *Intentional Relationship Model*, den *Holistic Lifestyle Questionnaire*, sowie den *Sexual Questionnaire* auf.

Auch das *KAWA* und das *Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills* wurden von den Teilnehmern als Ressourcen benannt, um die Therapeuten in ihrer Praxis zu unterstützen und das Thema Sexualität aufzugreifen.

Darüber hinaus beschrieben sie die Notwendigkeit, die eigenen Kompetenzen zu erkennen, anzuwenden und bei Bedarf an andere Professionen weiterzuleiten, aber auch die Grenzen der eigenen Profession wahrzunehmen. Um dem eigenen Berufsprofil und Kodex der Profession entsprechend zu handeln, halten die Teilnehmer die Thematisierung von Sexualität für unabdingbar.

## 6.1 Schlussfolgerung

*„So you don't have to know everything about sex to talk about it, you just have to be like open and curious. You don't need to be a sex expert“  
(TN8, Absatz 61)*

Das Thema Sexualität nimmt immer mehr Einzug in die Ergotherapie und bekommt dadurch vermehrt eine hohe Relevanz für die Profession. So gilt es in Bezug darauf, die berufliche Identität der Profession, als Experte für Betätigung, zu stärken, eine klare Haltung einzunehmen und sich dadurch nach außen zu profilieren. Die Festigung der beruflichen Identität der Ergotherapeuten sowie deren Verständnis für den Zuständigkeitsbereich der Profession, können deren Wohlbefinden und Kongruenz während der Arbeit unterstützen, aber zugleich auch ihren Geltungsbereich gegenüber der Gesellschaft, aber auch anderen Professionen transparent machen.

Auf Basis der gesamten Arbeit lässt sich festhalten, dass Ergotherapeuten keine Experten der Sexualität sein müssen, um diese mit dem Klienten aufgreifen zu können. Lediglich sollten sie sich ihrer Rolle als Experten der Betätigung bewusst sein und sich innerhalb dieses Rahmens den sexuell geprägten Betätigungsanliegen ihrer Klienten widmen. Dabei ist es unabdingbar, die Sexualität mit allen anderen alltäglichen Betätigungen, als gleichwertig anzusehen. Der Ergotherapeut sollte mögliche Sexualitätsanliegen beim Klienten ansprechen und ihm somit vermitteln, dass auch aufkommende Betätigungsanliegen aus dem Bereich der Sexualität in der Behandlung einen Platz haben können, wenn dies seitens des Klienten gewünscht ist. Dies kann beispielsweise zustande kommen, indem der Therapeut Sexualität beiläufig im COPM aufgreift, ebenso wie er alltägliche Betätigungen wie das Duschen oder den Toilettengang thematisiert.

Grundlegend ist es dafür nicht notwendig, sich als Therapeut in der Rolle des Sex-Experten zu sehen. Ergotherapeuten bringen eine Reihe an Kompetenzen dafür mit, die sexuell geprägten Betätigungen ihrer Klienten so in der Therapie aufzugreifen, wie auch jene aus anderen Betätigungsbereichen. Vergleichend lässt sich dies mit dem Stand eines Berufsanfängers, welcher sich zu Beginn seiner Karriere stets mit neuen Betätigungsanliegen und Einschränkungen seiner Klienten konfrontiert sieht, sich diesbezüglich informiert, austauscht, aber auch gemeinsam mit dem Klienten neue Erfahrungen sammelt. Eine ähnliche Situation kann entstehen, wenn ein Therapeut mit einem Betätigungsanliegen konfrontiert wird, welches ihm unbekannt ist oder worin er selbst nur über wenig Wissen verfügt.

In diesen Situationen wird der Therapeut jene Betätigungsanliegen nicht ignorieren, sondern soweit wie möglich in der Behandlung aufgreifen und den Klienten nach den eigenen Kompetenzen unterstützen, sein Betätigungsziel zu erreichen. Relevant dabei ist, dass der Therapeut eine offene Haltung in Bezug auf das Betätigungsanliegen einnimmt, sich nicht davor scheut, Informationen einzuholen und auch ohne viele Vorerfahrungen in diesem Kontext, auf sein Wissen sowie seine Kompetenzen zurückzugreift, neue Wege ausprobiert, aber auch durch die gemachten Erfahrungen dazu lernt.

Die Transparenz gegenüber dem Klienten, dass diese Situation neu für den Therapeuten ist, jener sich selbst jedoch als Experte der Betätigung sieht und sich die Kompetenzen zuschreibt, gemeinsam mit dem Klienten nach Möglichkeiten zu schauen, kann die Kongruenz des Therapeuten in dieser neuen Situation stützen. Dadurch wird eine enge Zusammenarbeit von Klient und Therapeut gestärkt, welche auf einer partnerschaftlich geteilten Verantwortung während des ergotherapeutischen Prozesses basiert und sowohl klientenzentriert als auch betätigungsorientiert ist.

Der Einbezug der sexuell geprägten, bedeutungsvollen Betätigungen des Klienten in die ergotherapeutische Praxis, stellt neben Betätigungen wie Klettern, Fahrrad fahren, Gärtnern, Essen oder Wäsche waschen demnach nur eine weitere Betätigung dar, die dem Klienten ein Anliegen sein kann. Die Grundkompetenzen des Ergotherapeuten sind dabei stets die gleichen und werden durch die Erfahrungen des Therapeuten, den Austausch mit Kollegen oder anderen Professionen und die Weiterbildung ergänzt, die im Gesamten das Handlungsrepertoire des Therapeuten bilden.

Sollte die Adaption der (Grund-)Kompetenzen auf den Bereich der sexuell geprägten Betätigungen nicht ausreichen, um die Betätigungsanliegen des Klienten und die damit verknüpften Anforderungen und Erwartungen seinerseits zu erfüllen, kann es hilfreich sein, andere Professionen hinzuzuziehen, um gemeinsam zu schauen, wo die einzelnen Berufsgruppen für und mit dem Klienten tätig werden können. Dabei kann es ausreichen, in den Austausch zu gehen und Informationen einzuholen, aber auch notwendig sein, den Klienten an eine andere Profession zu verweisen. Aufgabe der Ergotherapie ist dann, Interessensvertreter für den Klienten vor den anderen Berufsgruppen zu sein bzw. den Klienten in der Ergotherapie soweit zu stärken, dass dieser Selbst seine Interessen vertreten kann. Benötigt der Klient über die Beratung oder Anpassung der Betätigung hinaus Unterstützung in der Umsetzung und praktischen Durchführung, welches über den Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie hinaus geht, kann es notwendig sein, jenen an eine Sexualassistenz zu verweisen. In Bezug auf traumatische Ereignisse im Bereich der Sexualität kann es unabdingbar sein, den Klienten an einen Psychotherapeuten zu verweisen. Auch Sexualtherapeuten und Frauenärzte, Urologen oder andere Fachärzte können mögliche Ansprechpartner sein, aber auch Adressen, an welche weitergewiesen werden kann.

Es gilt also sowohl die Möglichkeiten der Ergotherapie zu sehen und wahrzunehmen, als auch die Grenzen zu erkennen und diese zu respektieren. Im Fokus sollten dabei stets die Gesundheit sowie das Wohlbefinden des Klienten stehen, dem eine bestmögliche, holistische, klientenzentrierte, aber auch betätigungsorientierte Behandlung zusteht. Die Anliegen des Klienten in Bezug auf seine Sexualität, sind ebenso individuell, wie deren Definition und Bedeutung für diesen. Demnach gibt es keine „Musterlösung“ für die Thematisierung und Behandlung entsprechender Betätigungsanliegen. Auch die Grenzen der Ergotherapeuten selbst sind individuell und wirken sich auf den Einbezug der Thematik in die Therapie aus.

Schließlich lässt sich schlussfolgern, dass auch im Bereich der Sexualität und der Verknüpfung mit der Ergotherapie die Individualität einen zentralen Aspekt darstellt, den es zu beachten gilt. Wichtig ist es dem Thema einen Raum in der Behandlung zu geben und so die *occupational justice*, die (sexuelle) Gesundheit des Klienten aber auch sein Wohlbefinden sowie seine Lebensqualität zu unterstützen. Sexualität ist „normal“ für das Sein eines Menschen, ist in jedem auf unterschiedliche Art als Grundbedürfnis verankert und sollte auch so behandelt werden.

## 6. 2 Ausblick

*„Aber ich glaube bestimmte Themen, die kann man sich nicht nur durch Lesen aneignen. Sondern darüber muss man diskutieren und reflektieren und sich eigene Wege erarbeiten, wie man damit vorgeht.“ (TN6, Absatz 42)*

Mit den Ergebnissen der Arbeit ergeben sich einige Ideen für die ergotherapeutische Praxis, welche Therapeuten dabei unterstützen können, das Thema Sexualität und damit einhergehende Betätigungsanliegen der Klienten in dem Prozess aufzugreifen:

- Sexualität im Eingangsgespräch (wie bspw. im COPM – eigene körperliche Versorgung und soziales Leben) beiläufig erwähnen und somit sicherstellen, dass die Thematik aufgegriffen wird und Raum finden kann.
- Neue Assessments implementieren, die Sexualität explizit aufgreifen (wie bspw. den *sexual questionnaire*)
- Als ergänzendes Modell das Ex-PLISSIT für den ergotherapeutische Prozess nutzen, sollten sexuell geprägte Betätigungsanliegen aufkommen
- Bewusstsein für verschiedene Krankheitsbilder und deren Bedarf in Bezug zur Sexualität entwickeln (bspw. beim Klienten mit Autismus geht Sexualität vielleicht in die Richtung Beziehungsgestaltung, beim Klienten mit Multipler Sklerose geht Sexualität mehr in die Richtung Fatigue Management)
- Weiterführend: Auf gewohnte Ressourcen und Fähigkeiten, sowie Vorgehensweisen als Experte für Betätigung vertrauen und zurückgreifen (wie bspw. Hilfsmittelberatung, Adaption der Betätigung)
- Sexualität im intra- und interdisziplinären Team thematisieren, aber auch in den (Erfahrungs-)Austausch gehen
- Offen für andere Berufsgruppen wie z.B. Sexualtherapeuten und Sexualbegleiter sein. Durch den fachlichen Austausch Gemeinsamkeiten, Unterschiede sowie neue Wege für den Klienten entdecken
- Persönliche, aber auch professionelle Grenzen wahrnehmen und dem Klienten transparent machen → beide Seiten sollten sich wohlfühlen, wenn über das Thema gesprochen wird.

Aufgrund dieser Ideen für die Praxis, könnte die Studie mit ihren Ergebnissen als mögliche Hilfestellung zur Thematisierung von Sexualität in der (deutschen) Ergotherapie fungieren. Diese Hilfestellung könnte den Einzug des Themas Sexualität in die ergotherapeutische Praxis unterstützen und darüber hinaus die Professionalisierung der Ergotherapie fördern. Durch die Anerkennung des damit einhergehenden Zuständigkeitsbereiches, die weiterführende Enttabuisierung und die Steigerung der Aufmerksamkeit praktizierender Ergotherapeuten zu dieser Thematik, kann auch das Verständnis der Profession bezüglich

des eigenen Geltungsbereiches, sowie die Transparenz gegenüber der Gesellschaft gestärkt werden.

Darüber hinaus sehen die Autorinnen der Arbeit die Notwendigkeit, das Thema Sexualität und damit einhergehende Betätigungsanliegen in der Ausbildung aufzugreifen und diesbezügliche Möglichkeiten aufzuzeigen. Die Studie und die Veröffentlichung tragen einen wichtigen Teil zur Entstigmatisierung der sexuellen Thematik bei. Damit die Sexualität mit jeglichen Facetten als fester Bestandteil in der Ergotherapie aufgegriffen wird, muss Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit betrieben werden. Die Forscherinnen können sich diesem Punkt annehmen, indem sie ihre Studienarbeit an Berufsfachschulen vorstellen und die Schüler als nächste Generation mit der Thematik vertraut gemacht werden. Durch den Einbezug der Thematik in die Ausbildung könnte das Verständnis für die Zuständigkeit der Ergotherapie und die Normalität gegenüber des Themas Sexualität unterstützt werden. Es würde also ein entsprechendes Verständnis für den Geltungsbereich der Ergotherapie und eine holistische Arbeit entwickelt werden, durch welches zudem die Professionalisierung der Ergotherapie unterstützt wird.

Neben der Einführung des Themas Sexualität in der Ausbildung, wird auch die Verfügung diesbezüglicher Fortbildungsmöglichkeiten als zukünftige und relevante Entwicklung gesehen, um bereits praktizierende Ergotherapeuten zu unterstützen und die Enttabuisierung voran zu treiben. Die Studie kann beispielsweise als Grundlage dienen, um ein Merkblatt beim Berufsverband für Ergotherapeuten zu erstellen, sodass sich das Thema weiterverbreitet und der Verband als übergeordnete Institution Stellung bezieht.

Möglichkeiten weiterführender Forschung in Bezug auf die Thematik sehen die Autorinnen der Arbeit in der Verknüpfung von Sexualität mit dem Thema Kultur/-sensibilität und damit einhergehender Betätigungsanliegen der Klienten. Die aktuell bestehende Literatur befasst sich häufig mit der westlich geprägten Weltanschauung und gibt demnach nur wenig Aufschluss darüber, wie andere Länder und Kulturkreise die Betätigungsanliegen im Bereich der Sexualität von Klienten beeinflussen (können) oder wie diese Thematik dort in der Ergotherapie aufgegriffen wird. Des Weiteren wird auch seitens der TN eine Möglichkeit darin gesehen, weitere Forschung in der Hilfsmittelversorgung im Kontext von Sexualität durchzuführen und als Ergotherapeuten die Hilfsmittelentwicklung in diesem Bereich zu unterstützen, um möglichst ansprechende Unterstützungsmöglichkeiten für diesen intimen Betätigungsbereich zu schaffen.

Um bestehende qualitative Studien zu ergänzen und einen Überblick über die tatsächliche Thematisierung in der Praxis zu gewinnen, werden quantitative Forschungen als relevant angesehen, um eine breitere Darstellung der Thematik zu erheben. Diesbezüglich würde sich zudem ein Methodenmix eignen, welcher Ergebnisse in unterschiedlicher Breite, Tiefe und Perspektive in Bezug auf den Forschungsgegenstand erfassen kann.

Darüber hinaus kann eine weitere Forschung die evidenzbasierte Praxis in diesem Themenfeld ausweiten und auf dessen Basis weitere Empfehlungen für die Ergotherapie und die Thematisierung von Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung entwickelt werden.

Als Erweiterung der Studie könnte ein Perspektivwechsel vorgenommen werden und die Klienten beispielsweise in Experteninterviews nach ihren Erfahrungen bezüglich der Thematik in der Ergotherapie, befragt werden. Dabei könnten Informationen über das Erleben der Thematisierung aus der Klientenperspektive, aber auch deren Wohlbefinden damit, entsprechende Betätigungsanliegen in der Ergotherapie zu behandeln, erforscht werden. Ebenfalls hilfreich könnten diesbezüglich Wünsche seitens der Klienten an die Ergotherapie sein, um einen Eindruck davon zu bekommen, was jene als unterstützend erleben.

In Zusammenhang mit der Verknüpfung von Sexualität und Ergotherapie könnten die Übersetzung ins Deutsche und der Übertrag des (Ex-)PLISSIT auf die ergotherapeutische Praxis relevant für zukünftige Entwicklungen sein. Mit Hilfe von Beispielen aus der Ergotherapie und möglichen, leitenden Fragestellungen könnten die Praktizierenden weitere, leicht zugängliche Hilfestellungen und Ideen erhalten, ohne sich einer sprachlichen Barriere gegenübergestellt zu sehen.

Darüber hinaus könnte es die Aufnahme der Thematik in der (deutschen) Ergotherapie perspektivisch unterstützen, wenn zum einen die Evidenz der bestehenden Assessments (wie bspw. des sexual questionnaires oder des *holistic lifestyle questionnaires*) erhoben wird und zum anderen die Sprachbarrieren vermehrt abgebaut werden, indem internationale, auf Sexualität bezogene Assessments ins Deutsche übersetzt werden. Um letztlich die Outcome-Messungen der durchgeführten Interventionen in Bezug zu sexuell geprägten Betätigungsanliegen erheben zu können, entwickelte Ziele zu überprüfen und den Prozess gegebenenfalls zielgerichtet anpassen zu können, stellt die Entwicklung eines holistischen Erhebungsbogens eine weitere Möglichkeit für die Zukunft dar. Bei der Entwicklung eines solchen Assessments kann es hilfreich sein, Sexualität neben anderen alltäglichen Betätigungsbereichen aufzuführen, um die Normalität dieser Thematik aufzuzeigen und der holistischen Sicht auf den Klienten zu entsprechen, sowie den Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie zu verdeutlichen.

Eine weitere Möglichkeit könnte sich darin bieten, Ergotherapie und Sexualität außerhalb des Gesundheitssystems zu untersuchen. Beispielhaft wäre die Betrachtung beider Aspekte im Sozialsystem mit Fokus auf Prävention oder der sexuellen Aufklärung. Es könnte untersucht werden, wie Klienten in dem Bereich gemeindewesenorientierter Ergotherapie unterstützt werden, über Sexualität zu sprechen. Die Ergebnisse könnten in Beziehung zu den vorliegenden (vorwiegend im Gesundheitssystem) erhobenen Daten gesetzt werden.

Abschließend ist es im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit künftig relevant, mehr Forschung zu betreiben und vermehrt Literatur zu veröffentlichen, um dem Thema Sexualität den Charakter eines Tabus zu nehmen, dieses weiter nach außen zu tragen, anzusprechen und dessen Präsenz in der Ergotherapie zu erhöhen.

„But my goodness ADDRESS IT!  
Because it opens up that door.“ (TN7, Absatz 46)

## Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-48. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- American Psychological Association. (2018). Lesbian Gay Bisexual Transgender. Abgerufen 14. August, 2018, von <http://www.apa.org/topics/lgbt/index.aspx>
- Ayaz, S. (2009). Approach to Sexual Problems of Patients with Stoma by PLISSIT Model: An Alternative. *Sexuality & Disability*, 27(2), 71-81. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9113-4>
- Bates, C., Terry, L., & Popple, K. (2016). The importance of romantic love to people with learning disabilities. *British Journal Of Learning Disabilities*, 45(1), 64-72. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1111/bld.12177>
- Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2016, Dezember). Let's talk about sex: older people's view on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, 19(6), 1237-1250. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1111/hex.12418>
- Becker, H. (2016). Forschungsstand und Forschungslücke. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 272–274). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer-Verlag.
- Beagan, B. L., Chiasson, A., Fiske, C. A., Forseth, S. D., Hosein, A. C., Myers, M. R., & Stang, J. E. (2013). Working with transgender clients: Learning from physicians and nurses to improve occupational therapy practice. *Canadian Journal Of Occupational Therapy- Revue Canadienne D Ergotherapie*, 80(2), 82-91. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1177/0008417413484450>
- Beagan, B. L., De Souza, L., Godbout, C., Hamilton, L., MacLeod, J., Paynter, E., & Tobin, A. (2012). "This is the Biggest Thing You'll Ever Do in Your Life": Exploring the Occupations of Transgendered People. *Journal Of Occupational Science*, 19(3), 226-240. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1080/14427591.2012.659169>
- Berding, J., Flotho, W., Flottmann, S., Von der Heyden, R. Dr., Junge, I., Longrée, A., . . . Wöber, J. (2018, 1. Juni). Kompetenzprofil Ergotherapie – ein Diskussionspapier. Abgerufen 6. August, 2018, von <https://dve.info/resources/pdf/ergotherapie/kompetenzprofil-ergotherapie/3302-kompetenzprofil-final>

- Bibliographisches Institut GmbH. (2018a). Intimität, die. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Intimitaet>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018b). Klient, der. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Klient>
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018c). Postulat, das. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Postulat>
- Blagbrough, J. (2010, Juni). Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nursing Standard*, 24(52), 35-39. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.7748/ns2010.09.24.52.35.c7954>
- Boniface, G., Fedden, T., Hurst, H., Mason, M., Phelps, C., Reagon, C., & Waygood, S. (2008, Dezember). Using Theory to Underpin an Integrated Occupational Therapy Service through the Canadian Model of Occupational Performance. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(12), 531-539. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1177/030802260807101206>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014, Mai). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Abgerufen am 06. August, 2018, von [https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603\\_-\\_Aktive\\_PDF\\_-\\_Charta.pdf](https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2011). *Standards für die Sexuaufklärung in Europa*. Köln: BZgA. Abgerufen am 06. August, 2018, von [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_deutsch.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_deutsch.pdf)
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2012, Oktober). Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada 2012. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf>
- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2. Aufl., S.229-246). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Cup, E., van Hartingsveldt, M., de Vries-Uiterweerd, A., & Saenger, S. (2017). Hoofdstuk 8 – Ergotherapeut. In M. le Granse, M. van Hartingsveldt, & A. Kinébanian (Hrsg.), *Grondslagen van de Ergotherapie* (5. Aufl., S. 166-170). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dangl, H., Feiler, M., & Jenni, C. (2011, Februar). WFOT Positionspapier zur Klientenzentrierung in der Ergotherapie [Positionspapier]. Abgerufen am 06. August, 2018, von [www.wfot.org/resourcecentre/tabid/132/did/332/default.aspx](http://www.wfot.org/resourcecentre/tabid/132/did/332/default.aspx)

- Davis, J., Craik, J., & Polatajko, H. J. (2013). Using the Canadian Practice Process Framework: Amplifying the process. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2. Aufl., S.247-272). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Deutsche Depeschendienst (ddp). (2010, 17. Mai). Das bleibt unter uns: Die Schlafzimmertür bleibt zu. Die Deutschen reden über zweierlei nicht gern: Sex und Gehalt. *Süddeutsche Zeitung*. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.sueddeutsche.de/leben/tabuthema-sex-das-bleibt-unter-uns-1.490040>
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS), & Berufsverband deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). (2017, 10. Juni). *Ethik-Kodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.soziologie.de/de/die-dgs/ethik/ethik-kodex/>
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., (2007). Abgerufen am 14. August 2018 von <https://dve.info/ergotherapie/definition>
- Dickie, V. (2014). What Is Occupation? In B. A. Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Hrsg.), *Willards & Spackman's Occupational Therapy* (12. Aufl., S. 2-7). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dizon, D. S. (2009). Quality of Life after Breast Cancer: Survivorship and Sexuality. *The Breast Journal*, 15(5), 500-504. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2009.00766.x>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). Ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem. In T. Dresing, & T. Pehl (Hrsg.), *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl., S. 20-26). Marburg, Deutschland: Eigenverlag.
- Feiler, M. (2015). Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In C. Scheepers, U. Steting-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl., S. 138-143). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Forsyth, K. (2017). Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In R. R. Taylor (Hrsg.), *Model Of Human Occupation* (5. Aufl., S. 159-172). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Forsyth, K., Summerfield Mann, L., & Kielhofner, G. (2005, Juni). Scholarship of Practice: Making Occupation-Focused, Theory-Driven, Evidence-Based Practice a Reality. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 260-268. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1177/030802260506800604>

- Fouché, L. (2014). An Occupational Therapist's Perspective on Sexuality and Psychosocial Sexual Rehabilitation. In R. Crouch, & V. Alers (Hrsg.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5. Aufl., S.212-226). Chichester, UK: Wiley Blackwell.
- Fritz, H. A., Dillaway, H., & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 1-10. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.015040>
- Georgantzi, N. (2013). Intimacy and the human rights of older people in care. *Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 77(1), 18-19. Abgerufen am 06. August, 2018, von [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/183448/Entre-Nous-77-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/183448/Entre-Nous-77-Eng.pdf)
- George, S., Flotho, W., Dehnhardt, B., Harth, A., & Romein, E. (2009). Derzeitiger Entwicklungsstand rund um das kanadische Modell in Deutschland (2009). In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner, & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3. Aufl., S. 171-182). Heidelberg, Deutschland: Springer Medizin Verlag.
- Götsch, K. (2015a). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steting-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl., S. 56-64). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Götsch, K. (2015b). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steting-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl., S. 2-10). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle: Die Praxis begründen*. Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Hagedorn, R. (2009). Derzeitiger Entwicklungsstand rund um das kanadische Modell in Deutschland (2009). In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner, & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3. Aufl., S. 171-182). Heidelberg, Deutschland: Springer Medizin Verlag.
- Hammell, K. R. W. (2016). Critical reflections on occupational justice: Toward a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 4-7. <https://doi.org/10.1177/0008417416654501>
- Hammer, M., & Plößl, I. (2015). Empowerment und Recovery. In M. Hammer, & I. Plößl (Hrsg.), *Irre verständlich, Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl., S. 26-32). Köln, Deutschland: Psychiatrie Verlag.

- Harth, A., & Pinkepank, S. (2011). 4.3 Diagnostische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4. Aufl., S. 254-265). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Hartmann, S. (2013, 13. August). Sexualität ist ein Grundrecht. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.lebenshilfe.de/de/buecher-zeitschriften/lhz/ausgabe/2013-2/artikel/Sexualitaet-ist-ein-Grundrecht.php?listLink=1>
- Hattjar, B. (2012). Arthritis and Sexuality. In B. Hattjar (Hrsg.), *Sexuality and Occupational therapy: Strategies for Persons With Disabilities* (S. 11-32). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Hattjar, B., Parker, J., & Lappa, C. (2008). Addressing sexuality with adult clients with chronic disabilities: occupational therapy's role. *OT Practice*, 13(11), 1-8.
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheering, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., & Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *JAN- Journal of advanced nursing*, 68(11), 2559-2569. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2012.05959.x>
- Higson, N. (2017). Enabling Sexuality. In M. Curtin, M. Egan, & J. Adam (Hrsg.), *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment: Promoting occupation and participation* (7. Aufl., S. 443-458). Edinburgh/London, UK: Elsevier.
- Hinojosa, J. (2012). Personal Strategic Plan Development: Getting Ready for Changes in Our Professional and Personal Lives. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 34–38. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2012.002360>
- Hooper, B. & Wood, W. (2014). The Philosophy of Occupational Therapy. In B. B. A. Schnell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Aufl., S. 35-46)., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Höhl, B. (2016). 6.5 Gütekriterien für qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 127-130). Berlin Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Hyland, A., & Mc Grath, M. (2012). Sexuality and occupational therapy in Ireland – a case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation*, 35(1), 73-80. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.688920>
- Hübner, D. (2010). Theorie der Ethik. In M. Fuchs, T. Heinemann, B. Heinrichs, D. Hübner, J. Kipper, K. Rottländer, . . . M. Völker-Albert (Hrsg.), *Forschungsethik: Eine Einführung* (S. 1-39). Stuttgart/Weimar, Deutschland: Verlag J.B. Metzler.

- Ikiugu, M. N., Sames, K. M., & Lauckner, H. (2012). Use of theoretical conceptual practice models by occupational therapists in the US: a pilot survey. *International Journal Of Therapy & Rehabilitation*, 19(11), 629-639.
- Juergens, M. H., Miller Smedema, S., & Berven, N. L. (2009). Willingness of Graduate Students in Rehabilitation Counseling to Discuss Sexuality With Clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(1), 34-43. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1177/0034355209340587>
- Kassberg, A.-C. & Skär, L. (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 204-211. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1080/11038120802087618>
- Keller, M. (2017, Februar). Merkblatt zum Thema: Sexueller Missbrauch. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://dve.info/resources/pdf/downloads/merkblaetter/s-1/806-sexueller-missbrauch-professional-sexual-misconduct-psm-85-so/file>
- Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S., & Mehran, A. (2016). The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 8, 113-119. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1016/j.msard.2016.05.007>
- Knagge, S. (2016). Modelle in der pädiatrischen Ergotherapie. In A. Baumgarten, & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert-betätigungsorientiert-evidenzbasiert* (S. 63-82). Idstein, Deutschland: Schulz-Kirchner Verlag
- Krebs, L. U. (2008). Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success. *Seminars In Oncology Nursing*, 24(2), 80-90. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.002>
- Kruse, J. (2015). 8. Expert/inn/en-Interview. In J. Kruse (Hrsg.), *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl., S. 166-186). Weinheim/Basel, Deutschland: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden, Deutschland: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lackenbauer, C. (2012). Allgemeine Psychologie. In U. Ott (Hrsg.), *Ergotherapie Prüfungswissen: Sozialwissenschaften* (S. 138-217). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Landschek, I. (2011, Juni). Das doppelte Tabu: Sexualbegleitung für Alte oder Behinderte. *Heilberufe*, 63(6), 38-41. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s00058-011-0651-7>

- Lee, S., & Kielhofner (posthumous), G. (2017). Habituation: Patterns of Daily Occupation. In R. R. Taylor (Hrsg.), *Kielhofner's Model Of Human Occupation* (5. Aufl., S. 57-73). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.
- Le Grange, M. (2009). Moseys „Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills“ (Moseys Modell der Profession und das Konzept der anpassenden Fertigkeiten). In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner, & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (3. Aufl., S. 129-154). Heidelberg, Deutschland: Springer Medizin Verlag.
- Lohmann, H. L., & Kobrin, A. (2017). Exploring the Activity of Daily Living of Sexual Activity: A Survey in Occupational Therapy Education. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2 (5), 1-11. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1289>
- Luchterhand, C. (2018). Whole Health: Change the conversation [PDF]. Abgerufen am 4. August, 2018, von <http://projects.hsl.wisc.edu/SERVICE/curriculum/index.html>
- Marotzki, U. (2015). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steting-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln* (5. Aufl., S. 200-201). Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag KG.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim / Basel, Deutschland / Schweiz: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung (6. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Mc Grath, M., & Lynch, E. (2014). Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 36, 651–657. Abgerufen am 06. August, 2018, von <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2013.805823>
- Mc Grath, M., & Sakellariou, D. (2015). Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality? *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 1-5. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.017707>
- Mac Rae, N. (2013). Sexuality - And the Role of Occupational Therapy. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.aota.org/AboutOccupational-Therapy/Professionals/RDP/Sexuality.aspx>
- Mercer, B. (2008). Interviewing people with chronic illness about sexuality: an adaptation of the PLISSIT model. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 17, 341-351. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02582.x>

- Merklein de Freitas, C. (2016). Bezugsrahmen in der Pädiatrie. In A. Baumgarten, & H. Strebel (Hrsg.), *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert-betätigungsorientiert-evidenzbasiert* (S. 183-193). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Meyer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.). München, Deutschland: Oldenbourg Verlag.
- Misoch, S. (2016, 12. Februar). „Lesbian, gay & grey“- Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(3), 239-246. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/s00391-016-1030-4>
- Möller, M. (2017). Betätigung (occupation) als ergotherapeutischer Schlüsselbegriff und seine epistemologischen Anpassungen im Verlauf von 100 Jahren Berufsgeschichte: analytischer Überblick und Ausblicke für die Zukunft – Teil 1: Die epistemologische Entwicklung des Begriffes Betätigung im Kontext eines sich wandelnden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit. *ergoscience*, 2(17), 74-80.
- Moita, G., & Teixeira de Sousa, J. (2012). Die Verwendung des Psychodramas in der Sexualtherapie: eine Intervention bei Paaren mit Vaginismus. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 11, 41-50. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s11620-012-0142-0>
- Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G., Courtois, F., Lamontagne, A., & Guérette, A. (2017). Co-designing Sex Toys for Adults with Motor Disabilities. *Sexuality and Disability*, 36(1), 47-68. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9506-8>
- Nash, B. H., & Mitchell, A. W. (2017). Longitudinal study of changes in occupational students' perspectives on frames of reference. *American Journal of Occupational therapy*, 71, 1-7. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024455>
- Newcombe, B. C., & Weaver, A. D. (2016). Mindfulness, cognitive distraction, and sexual well-being in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 99-108. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-a>
- Nideröst, S., & Kunz, D. (2016, Februar). Das Recht auf sexuelles Wohlbefinden - Wie die Soziale Arbeit zur Neukonzeption von sexueller Gesundheit beitragen kann. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/weiterbildungen/2-cas-programme/cas-sexuelle-gesundheit-und-sexuelle-rechte/fachartikel-sozialaktuell-feb-2016.pdf?la=de-ch>
- Perkhofer, S., Gebhart, V., & Tucek, G. (2016). 6.1 Was ist qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 68-69). Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

- Perkhofer, S. (2016). 7.1 Was ist quantitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 138–145). Berlin/ Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2. Aufl., S.13-36). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD). (2017). *Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften*. Abgerufen am 06. August, 2018, von [https://www.ratswd.de/dl/RatSWD\\_Output9\\_Forschungsethik.pdf](https://www.ratswd.de/dl/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf)
- Ratner, E. S., Richter, C. E., Minkin, M. J., & Foran-Tuller, K. A. (2012). How to talk about sexual issues with cancer patients: Beginning the dialogue. *Contemporary OB/GYN*, 57(5), 40-51.
- Redelman, M. J. (2008). Is There a Place for Sexuality in the Holistic Care of Patients in the Palliative Care Phase of Life? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 25(5), 366-371. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1177/1049909108318569>
- Reiser, C. (2012). "Die Halskette wieder anlegen und sich am Buffet selbst bedienen können": Ergotherapeuten nutzen das biopsychosoziale Modell der ICF. [Präsentation] Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://dve.info/resources/pdf/ausweiterbildung/kongress/2012/sonntag/1704-13-42-11-reiser/file>
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 61-65). Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhl, B., Prinz-Buchberger, B., & Stamm, T. (2016). 6.4 Qualitative Datensammlung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 119-127). Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Rogers, C. R. (2014). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (19. Aufl.). Stuttgart, Deutschland: Klett-Cotta.
- Romein, E. (2010, Oktober). Ein starkes Berufsprofil schafft Arbeitsplätze. *ergopraxis*, 2(12), 30-33.
- Rose, N., & Hughes, C. (2018). Addressing sex in occupational therapy: A coconstructed autoethnography. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 1-6.

- Sakellariou, D., & Algado, S. S. (2006a). Sexuality and disability: A case of occupational injustice. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 69-76.
- Sakellariou, D. & Algado, S. S. (2006b). Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), 350-356.
- Sauer, A., & Chebout, L. (2011, November). Menschenrechte fördern! Deutsche Unterstützung für lesbische, schwule, bisexuelle, trans\* und inter\* (LSBTI) Menschenrechtsarbeit im Globalen Süden und Osten [PDF]. Abgerufen 14. August, 2018, von [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/studie\\_menschenrechte\\_foerdern\\_2\\_auflage\\_2011](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/studie_menschenrechte_foerdern_2_auflage_2011)
- Schell, B. A., Scaffa, M. E., Gillen, G., & Cohn, E.S. (2014). Contemporary Occupational Therapy Practice, In B. A. Schnell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Aufl., S. 2-8), Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schmidtke, M. L., Dinkel, A., Gschwend, J. E., & Herkommer, K. (2015). Sexualität nach radikaler Prostatektomie - Erhebung der erektilen Funktion und Beratung von Patienten bezüglich ihres Sexuallebens. *Der Urologe*, 54(5), 696-702. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3699-6>
- Schneider, J., & Le Granse, M. (2018, April). Darüber sprechen: Sexualität und Intimität als bedeutungsvolle Betätigung. *ergopraxis*, 11(4), 18-22.
- Seibold, H.M. (2017). Barrieren zur Thematisierung von Sexualität in der Ergotherapie (unveröffentlichte Bachelorarbeit). Fachhochschule Kärnten, Österreich.
- Sengupta, S., Davis, S., & Stubbs, B. (2008). Let's talk about sexuality: whose responsibility is it ?. *International Journal Of Therapy & Rehabilitation*, 15(7), 286-287.
- Shotwell, M. P. (2014). Evaluating Clients, In B. A. B. Schnell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Hrsg.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12. Aufl., S. 281-301), Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stamm, A. (2017, März). Klienten und sich selber schützen. *ergopraxis*, 10 (3) 8-10.
- Stamm, A. (2018, Juni). Welche Angebote können wir machen? - Psychisch erkrankte Klienten in der ambulanten Ergotherapie. *ergopraxis*, 11(6), 30-32.
- Steinberg, R., Rittner, C., Dormann, S., & Spengler-Katerndahl, D. (2012). Verantwortlicher Umgang mit Sexualität - Empfehlungen in einer klinischen Einrichtung. *Der Nervenarzt*, 83(3), 377-383. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3296-5>

- Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sex Disabil*, 25, 135-139. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9044-x>
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35-40.
- Tellier, S. (2017). Advancing the Discourse: Disability and BDSM. *Sexuality and Disability*, 35, 485-493. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9504-x>
- Tepper, M. S. (2000). Sexuality and Disability: The Missing Discourse of Pleasure. *Sexuality & Disability*, 18(4), 283-290. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1023/A:1005698311392>
- Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In E. A. Townsend, & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation* (2. Aufl., S.87-134). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Townsend, E. A., & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy*, 71(2), 75-87.
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of Cancer Care*, 13(1), 45-52. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00443.x>
- Wattles, W. D. (1910). *The Science of Getting Rich*. New York, USA: Elizabeth Towne Publishing.
- Weigel, K. (2009). Alterssexualität – (k)ein Tabu in der gerontopsychiatrischen Pflege. *Psych. Pflege Heute*, 15(2), 70-78. Abgerufen am 06. August, 2018, von <https://doi.org/10.1055/s-0028-1109360>
- Weigl, R. (2016a). 3.3 Datenschutz. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 33-37). Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.

- Weigl, R. (2016b). 7.3 Quantitative Messverfahren. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 160-192). Berlin/Heidelberg, Deutschland: Springer Verlag.
- Wikert, J. (2015). Rückschau auf Clinical Reasoning in der Ergotherapie. *ergoscience*, 10(2), 77-80. doi:10.2443/skv-s-2015-54020150204
- World Federation of Occupational Therapists. (2016). Code of Ethics for Occupational Therapists [PDF]. Abgerufen am 06. August, 2018, von [www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/780/Default.aspx](http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/780/Default.aspx)
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health* (28–31 January 2002, Geneva). Abgerufen am 06. August, 2018, von [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)
- World Health Organization. (2018). Definition. Abgerufen am 27. April, 2018, von <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.
- World Health Organisation. (2018). Better health for everyone, everywhere. Abgerufen 14. August, 2018, von <http://www.who.int/about-us>

## Glossar

- Bedeutungsvolle Betätigung:** Betätigungen umgeben den Menschen und nehmen seine Zeit ein. Dabei werden sie als sinnvoll, zielgerichtet und bedeutungsvolle Tätigkeiten beschrieben. Eine Betätigung ist dann bedeutungsvoll, wenn sie von dem Klienten als solche betitelt wird (Dickie, 2014).
- empowern:** Das Verb *empowern* meint, jemanden in seiner Eigenmacht zu stärken und ihn in seiner Selbstbefähigung zu unterstützen. Dabei ist das Ziel, dass das Individuum Autonomie und einen Zuwachs an sozialer Teilhabe erfährt (Hammer & Plöchl, 2012).
- Ergotherapie:** Durch die Ergotherapie werden Menschen in ihrem Alltag unterstützt ihre Handlungsfähigkeit nach einer erworbenen oder angeborenen Einschränkung wiederzuerlangen. Der elementare Bestandteil der Ergotherapie ist die bedeutungsvolle Betätigung des Klienten. Durch Umweltanpassungen, Beratung und zielgerichtete Aktivitäten im Bereich der Produktivität, Freizeit und Selbstfürsorge erfährt der Klient Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten und die Lebensqualität wird verbessert (DVE, 2007).
- Klient:** Der Klient ist eine Person oder Personengruppe, die eine mündige Rolle in der medizinischen Behandlung spielt und aktiv an dieser beteiligt ist. Demnach beauftragt ein Klient jemanden, seine Interessen wahrzunehmen (Bibliografische Institut GmbH, 2018b).
- LGBTQ+:** Das Wort setzt sich aus den englischen Wörtern *lesbian*, *gay*, *bisexual*, *transgender* sowie *queer* zusammen und steht für die breite Gemeinde von Menschen die lesbisch, schwul, bisexuell, transident sind oder ein anderes Geschlecht haben bzw. eine andere Geschlechtsidentität ausleben. Das Plus soll alle anderen Menschen mit ihren sexuellen Orientierungen, Geschlechtszugehörigkeiten oder anderen Lebenseinstellungen aufgreifen und einschließen, die nicht namentlich benannt sind (American Psychological Association, 2018).

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Paradigma:</b>           | Ist eine vorherrschende Lehrmeinung, die Werte, Prinzipien und Modelle aufgreift und veranschaulicht, wie die Welt interpretiert und wahrgenommen wird. Das Paradigma ist so lange aktuell, bis es von anderen Theorien oder Phänomenen abgelöst wird (Götsch, 2015b).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Rolle:</b>               | Aus der Sicht der Ergotherapie übernimmt jeder Mensch verschiedene Rollen, die unser Handeln und Verhalten führen und leiten. Sie sind veränderbar und werden durch das Individuum, die Umwelt und die Gesellschaft geprägt. Eine Rolle kann eingenommen, ausgeführt und wieder verlassen werden. Eine Rolle und die damit verbundene Erwartungen von dem Einzelnen als auch der Gesellschaft kann sich positiv aber auch negativ auf die Rollenausführung auswirken (Lee & Kielhofner, 2017)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Sexuelle Gesundheit:</b> | Unter sexueller Gesundheit wird nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Funktionsstörungen verstanden sondern auch ein Zustand von körperlichem, emotionalem, mentalem und sozialem Wohlbefinden. Es geht um einen respektvollen Umgang mit Sexualität und dazugehörigen Beziehungen. Weiter noch ist es unvermeidbar, die sexuellen Rechte aller Menschen zu schützen und zu erfüllen, damit sexuelle Erfahrungen frei von Zwang, Diskriminierung und Zwang gemacht werden können (World Health Organisation, 2006).                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Trans*-Spektrum:</b>     | Meint den Oberbegriff für transexuelle, transidente, transgender, transvestite und andere Menschen, die sich nicht ihrem biologischen Geschlecht zugehörig fühlen. Trans*-Spektrum steht für die breite Vielfalt an Identitäten, Lebenseinstellungen und Geschlechtsvorstellungen, die sich ein Individuum zugehörig fühlen kann. Der Stern * hat die Aufgabe, Platzhalter für neue und andere Formen der Geschlechtsidentität darzustellen, sodass sich im Zuge der Inklusion viele mit dem Begriff identifizieren können und sich angesprochen fühlen. Der Begriff Spektrum (Vielfalt) soll auf die unterschiedlichen Abstufungen der einzelnen Geschlechtsidentitäten und Geschlechtsvorstellungen verweisen, denen sich ein Individuum zuordnen kann, wenn es dies möchte (Sauer & Chebout, 2011). |

**WHO:**

Ist die Abkürzung für die World Health Organisation und steht für eine internationale Organisation mit dem Hauptziel, die Zukunft der Menschen auf der ganzen Welt gesünder und besser zu gestalten. Dafür arbeitet die Organisation mit 150 verschiedenen Ländern zusammen um das höchste Maß an Gesundheit für die Menschen zu erreichen, indem beispielsweise übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten durch Medikamente oder sauberes Grundwasser verringert werden. (World Health Organisation, 2018).

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| Abb.-<br>Nr. | Titel                                                                       | Quelle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Seite |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1            | <i>Bedürfnis-<br/>pyramide nach<br/>Maslow</i>                              | Georg Thieme Verlag. (2015). Abb. 05.11 Bedürfnispyramide nach Maslow [Bild/Grafik]. Abgerufen 1. August, 2018, von <a href="https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/abb-05-11-beduerfnispyramide-nach-maslow.jpg">https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/abb-05-11-beduerfnispyramide-nach-maslow.jpg</a>               | 23    |
| 2            | <i>Profile of Practice<br/>of Occupational<br/>Therapists in<br/>Canada</i> | Canadian Association of Occupational Therapists. (2012, Oktober). Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada 2012. Abgerufen 3. Juni, 2018, von <a href="https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf">https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf</a>                                                                                                                                   | 27    |
| 3            | <i>Enablement skills<br/>and competency<br/>roles</i>                       | Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation</i> (S.87-134). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. | 29    |
| 4            | <i>Canadian Model<br/>of Client-Centred<br/>Enablement<br/>(CMCE)</i>       | Townsend, E. A., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D., & Brown, J. (2013). Enabling: Occupational therapy's core competency. In Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation</i> (S.87-134). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. | 30    |
| 5            | <i>Occupational<br/>Therapy domain<br/>and process</i>                      | American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 68(1), 1-48. doi:10.5014/ajot.2014.682006                                                                                                                                                                                                       | 32    |
| 6            | <i>The CMOP-E-<br/>Specifying our<br/>domain of<br/>concern</i>             | Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmermann, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation</i> (S.13-36). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.       | 33    |
| 7            | <i>Canadian<br/>Practice Process<br/>Framework<br/>(CPPF)</i>               | Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. J. (2013). Introducing the Canadian Practice Process Framework (CPPF): Amplifying the context. In Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Hrsg.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation</i> (S.229-246). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.                              | 36    |
| 8            | <i>The Ex-PLISSIT<br/>model</i>                                             | Taylor, B., & Davis, S. (2007). The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. <i>Sex Disabil</i> , 25, 135-139. doi:10.1007/s11195-007-9044-x                                                                                                                                                                                         | 39    |

|           |                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>9</b>  | <i>Zeitlicher Ablauf des Forschungsprozesses</i>    | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 50 |
| <b>10</b> | <i>Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse</i> | Mayring, P. (2010). 5.5.4 Dritte qualitative Technik Strukturierung. In P. Mayring (Hrsg.), <i>Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken</i> (11. Aufl., S. 92–109). Weinheim und Basel, Deutschland und Schweiz: Beltz Verlag. | 59 |
| <b>11</b> | <i>Oberkategorien</i>                               | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 60 |
| <b>12</b> | <i>Oberkategorien und Unterkategorien</i>           | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 61 |
| <b>13</b> | <i>Ober- und Unterkategorien überarbeitet</i>       | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 62 |
| <b>14</b> | <i>Übersicht der Ergebnisse</i>                     | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 66 |
| <b>15</b> | <i>Übersicht der therapeutischen Rollen</i>         | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 69 |
| <b>16</b> | <i>Übersicht der einflussnehmenden Faktoren</i>     | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 86 |
| <b>17</b> | <i>Übersicht Modelle und Assessments</i>            | Eigene Abbildung                                                                                                                                                                                                                           | 91 |
| <b>18</b> | <i>Studienteilnehmer</i>                            | Eigene Tabelle                                                                                                                                                                                                                             | 54 |

## Anlagenverzeichnis

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Anlage 1: Auszug aus der Literaturrecherche .....         | 135 |
| Anlage 2: Beispielhafte Bewertung des Evidenzlevels ..... | 136 |
| Anlage 3: Anschreiben (deutsch) .....                     | 137 |
| Anlage 4: Anschreiben (englisch) .....                    | 138 |
| Anlage 5: Datenschutzerklärung .....                      | 139 |
| Anlage 6: Interviewleitfaden (deutsch) .....              | 140 |
| Anlage 7: Interviewleitfaden (englisch) .....             | 143 |
| Anlage 8: Transkriptionsregeln .....                      | 146 |
| Anlage 9: Beispiel Transkript (deutsch) .....             | 147 |
| Anlage 10: Beispiel Transkript (englisch) .....           | 148 |
| Anlage 11: Beispiel Analyse (deutsch) .....               | 149 |
| Anlage 12: Beispiel Analyse (englisch) .....              | 150 |

## Anlage 1: Auszug aus der Literaturrecherche

Datenbank: DiZ

Limitationen: 2000-2018, full text access

| Suchbegriff                                            | Trefferanzahl |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| <b>sex AND occupation</b>                              | 237,593       |
| <b>sex AND meaningful occupation</b>                   | 15,169        |
| <b>sexuality AND occupational therapy</b>              | 11,114        |
| <b>sexuality AND identity</b>                          | 200,566       |
| <b>sexuality AND role<br/>AND occupational therapy</b> | 9,732         |

## Anlage 2: Beispielhafte Bewertung des Evidenzlevels nach Tomlin & Borgetto (2011)

**“Don’t think paralysis takes away your womanhood”: Sexual intimacy after spinal cord injury.  
Fritz, Dillaway & Lysack (2015)**

### **Einstufung des Evidenzlevels nach Tomlin & Borgetto (2011):**

Bei dem oben aufgeführten Artikel von Fritz et al. (2015) handelt es sich um eine tiefgehende qualitative Studie, mit phänomenologischem Ansatz. Sie wurde in der Fachzeitschrift *American Journal of Occupational Therapy* veröffentlicht und erforscht das Erleben von Sexualität aus der Perspektive von Frauen nach einer Rückenmarksverletzung. Nach Tomlin und Borgetto (2011) lässt sich diese Studie auf dem Evidenzlevel 3 der qualitativen Studien einstufen. Zwar erfüllt sie alle qualitativen Gütekriterien (Cope nach Höhsl, 2016; Lincoln & Guba nach Höhsl, 2016), weist jedoch einige Mängel in der Beschreibung der ethischen Aspekte und weiterer Rahmenbedingungen auf, weshalb die Einstufung auf dem Evidenzlevel 2 ausbleibt.

Die Erhebung der Studienergebnisse erfolgte anhand ca. 2-3 Stunden andauernden, ethnografischen, semi-strukturierten Einzelinterviews, welche mit 20 Frauen mit einer Rückenmarksverletzung geführt wurden. Dabei wurde die Ermittlung der gesammelten Erfahrungen seitens der Studienteilnehmerinnen, in Hinblick auf deren sexuelle und reproduktive Gesundheit seit ihrer Rückenmarksverletzung angestrebt.

Mit ihrem Artikel zeigen Fritz et al. (2015), anhand ihrer Ergebnisse, Folgerungen für die Ergotherapie auf und liefern dadurch mögliche Ansatzpunkte der Profession in Bezug zum Thema Sexualität auf. Angesichts der beschriebenen Resultate der Studie entsteht zudem ein Eindruck von möglichen Betätigungsproblemen, verknüpft mit den Folgen einer Rückenmarksverletzung, sowie der Sexualität eines betroffenen Individuums. Außerdem zeigt sie einige Aspekte der Bedeutung der Thematik für den Menschen auf.

## Anlage 3: Anschreiben (deutsch)

25.03.2018

Zuyd University  
of Applied Sciences



### Studienteilnehmer gesucht

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir sind drei staatlich anerkannte Ergotherapeutinnen, die an der Zuyd Hogeschool (Heerlen, Niederlande) den **deutschen Bachelor-Aufbaustudiengang Ergotherapie (B. Sc.)** in Vollzeit absolvieren.

Das Thema Sexualität, Intimität und sexuelle Gesundheit ist in unserer Gesellschaft immer noch schambesetzt und oft herrscht dazu vor allem Sprachlosigkeit. Egal – ob zu Hause, in der Schule oder im Beruf. An wen wenden sich also Klienten, wenn sie ein Anliegen in diesem Bereich haben? Wie kann diesem Thema Raum gegeben werden? Woher wissen Klienten, dass Ergotherapeuten (als Experten für Betätigung) auch für diesen Bereich zuständig sein können? Und die große Frage:

**Wie beziehen Ergotherapeuten Betätigungsanliegen ihrer Klienten im Bereich Sexualität, Intimität und sexuelle Gesundheit in den ergotherapeutischen Prozess mit ein?**

An diesem Punkt setzen wir in unserer Bachelorarbeit an. Im Rahmen dieser möchten wir herausfinden, wie Sexualität, Intimität und sexuelle Gesundheit mit dem Klienten in der deutschen Ergotherapie aufgenommen wird, wie Interventionen zu dieser Thematik aussehen und wie diese Themen mit den Klienten vor und nachbereitet werden.

Durch Interviews, die etwa 45- 60 Minuten dauern, möchten wir uns gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen, Strategien und Ihr Vorgehen austauschen, wie Sie die Thematik in der Ergotherapie aufgreifen. Mithilfe der Interview- Ergebnisse möchten wir einen Wegweiser für andere Ergotherapeuten aufstellen, wie sie diese Thematik enttabuisieren und in ihren ergotherapeutischen Prozess implementieren können.

**Wir suchen bundesweit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in allen Fachbereichen, die**

- **das Thema Sexualität, Intimität und/ oder sexuelle Gesundheit in Gruppen- oder Einzeltherapien mit ihren Klienten aufgreifen**
- **min. 3 Jahre Berufserfahrung haben**

Selbstverständlich werden die erhobenen Daten in der ganzen Studie vertraulich behandelt und anonymisiert. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Wann und wo die Interviews stattfinden, besprechen wir gerne telefonisch oder per Mail mit Ihnen. **Die Datensammlung und Interviewdurchführung beginnt am 03.04.2018 und endet am 13.05.2018.** Dieses Informationsschreiben darf gerne geteilt und an Kollegen weitergegeben werden.



Für weitere Fragen oder eine Zusage zu den Interviews stehen wir Ihnen gerne unter folgender E-Mail Adresse zu Verfügung:

[ot-study-zuyd@gmx.de](mailto:ot-study-zuyd@gmx.de)

Wir bedanken uns schon jetzt im Voraus und verbleiben mit herzlichen Grüßen

**Johanna Schmidt, Julia Kretschmar,  
Manon Fiekens (v.l.n.r.)**

## Anlage 4: Anschreiben (englisch)

25.03.2018

### Study participants searched

Zuyd University  
of Applied Sciences



Dear Colleagues,

We are three german, state-approved occupational therapists who complete a full-time **bachelor's degree in occupational therapy (B.Sc.)** at Zuyd Hogeschool (Heerlen, Netherlands).

The subject of sexuality, intimacy and sexual health is still shameful in our society and speechlessness prevails. No matter - at home, at school or at work. So to whom do clients turn when they have a concern in this area? How can this topic be given space? How do clients know that occupational therapists (as experts of meaningful activities) can also be responsible for this area? And the big question:

**How do occupational therapists incorporate their client's concerns regarding sexuality, intimacy and sexual health into the occupational therapy process?**

At this point, we started in our bachelor thesis. In this context, we would like to find out how sexuality, intimacy and sexual health are recorded with the client in the international occupational therapy, how interventions on this topic look like and how these topics are pre and postulated with the clients.

Through **interviews that last about 45-60 minutes**, we would like to share with you your experiences, strategies and how you approach occupational therapy with this topic.

With the help of the interview results, we would like to provide a guide for other occupational therapists on how to lift of the taboo of this topic and implement it in their occupational therapy process.

**We are looking for international occupational therapists in all areas**

- take up the subject of sexuality, intimacy and/ or sexual health in group or individual therapy
- min. Have 3 years of work experience

Of course, the data collected will be treated confidentially and anonymized throughout the entire study. Participation in the interviews is voluntary.

When and where the interviews take place, we will be happy to discuss with you by phone or email.

**The data collection starts on 03. April 2018 and ends on 13. May 2018.** During this period, we recruit colleagues for the interviews and perform them.

Feel free to share this covering letter to other fellows.



For further questions or a commitment to the interviews, please contact us at the following e-mail address:

**[ot-study-zuyd@gmx.de](mailto:ot-study-zuyd@gmx.de)**

We are looking forward to your participation, thank you in advance and stay,  
with kind regards

**Johanna Schmidt, Julia Kretschmar,  
Manon Fiekens (f.l.t.r)**

## Anlage 5: Datenschutzerklärung

### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: \_\_\_\_\_

Durchführende Institution: \_\_\_\_\_

Projektleitung: \_\_\_\_\_

Interviewerin/Interviewer: \_\_\_\_\_

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Beschreibung des Forschungsprojekts (zutreffendes bitte ankreuzen):

☒ mündliche Erläuterung

☐ schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

☐ ja ☐ nein

\_\_\_\_\_  
Vorname; Nachname in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Unterschrift

## Anlage 6: Interviewleitfaden (deutsch)

**Leitfaden**

Interviewnummer

Name,

Ort,

Datum,

Dauer

**Vorbereitung**

–Interviewteilnehmer begrüßen und sich für die Teilnahme/ Zeit bedanken

**–Freiwilligkeit und Vertraulichkeit betonen**

(Wenn immer Sie etwas nicht tun wollen, müssen Sie selbstverständlich nicht. Sie können das Interview jederzeit abbrechen, falls Sie sich dabei nicht wohl fühlen. Wichtig: Das hat selbstverständlich keine Nachteile oder Folgen! Das Interview wird aufgezeichnet, damit das Gespräch anschließend verschriftlicht und ausgewertet werden kann. Ihre Angaben sind natürlich vertraulich. Ihre Aussagen werden anonymisiert und nicht mit Ihrem Namen veröffentlicht. Somit wird niemand ausser Ihnen oder uns erfahren, was Sie in diesem Interview gesagt haben.)

–Zeitraumen: 30- 60 Minuten

**Material Vorbereitung + Einführung**

–Einverständniserklärung

| Nr. | Hauptfrage                                                                                                                   | Detailfragen                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Zielsetzung und theoretischer Hintergrund                      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 0   | Wie lange arbeiten sie bereits als Ergotherapeut/in?                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Einstieg, Wohlbefinden schaffen</b>                         |
| 1   | In welcher Art von Institution arbeiten Sie und mit welchem Klientel?                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Einstieg, Vertrauen aufbauen</b>                            |
| 2   | Wie kam es dazu, dass die Thematik Sexualität in Ihrer Ergo aufgegriffen wurde?                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzählen Sie von Ihren Erfahrungen!</li> <li>• Was war der Auslöser?</li> <li>• Wie sind Sie mit Ihrem Klienten in das Thema eingestiegen?</li> <li>• Von wem ging die Initiative aus?</li> <li>• Wie war die Resonanz Ihrer Klienten auf das Ansprechen der Thematik?</li> </ul> | Langsam an das Thema "Sexualität" herantreten                  |
|     |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>(Klient Rollen- Rituale- Routinen)</b>                      |
| 3   | Was fällt für Sie unter den Begriff "Sexualität"?                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Definition                                                     |
| 4   | Welche institutionellen Rahmenbedingungen haben Sie als förderlich empfunden?                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Umwelt (Context/Enviroment)</b><br><b>Rahmenbedingungen</b> |
| 5   | Welche institutionellen Rahmenbedingungen haben Sie als hemmend empfunden?                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Umwelt (Context/Enviroment)</b><br><b>Rahmenbedingungen</b> |
| 6   | Wie haben Sie das Therapiesetting gestaltet, um über Sexualität mit Ihrem Klienten zu sprechen?                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was war Ihnen bei der Gestaltung des Settings wichtig?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 | <b>Umwelt (Context/Enviroment)</b><br><b>Rahmenbedingungen</b> |
| 7   | Haben Sie eine Struktur, nach der Sie vorgegangen sind?                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Modelle und Assessments ( <b>Therapeut</b> )                   |
| 8   | Gibt es Theorien/ Modelle/ Leitlinien/ Assessments die Sie in ihrer Arbeit in Bezug zur Thematik benutzt/ beeinflusst haben? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn ja, welche?</li> <li>• Wenn ja, wie nutzen Sie diese?</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | Therapeutischer Modelle ( <b>Therapeut</b> )<br>Prozess,       |
| 9   | Welche persönlichen/ beruflichen Kompetenzen haben Ihnen geholfen, auf die Thematik einzugehen und diese aufzunehmen?        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Kompetenzen ( <b>Therapeut</b> )                               |

|           |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                      |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>10</b> | Was ist Ihrer Meinung nach die Aufgabe der ET in diesem Themengebiet?                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Rollen haben Sie als ET innerhalb der Therapie eingenommen?</li> </ul>                                                              | Rollen, Aufgaben <b>(Therapeut)</b>                                  |
| <b>11</b> | Was ist Ihnen in der Therapeut-Klient- Beziehung in Bezug auf die Thematik wichtig?                           |                                                                                                                                                                                     | <b>(Therapeut)</b> Ther.- Klient- Beziehung                          |
| <b>12</b> | Welche positiven Erfahrungen haben Sie während des Therapieprozesses gemacht?                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was bewerten Sie im Nachhinein als gelungen /erfolgreich?</li> <li>• Gab es etwas was sie überrascht hat? War etwas unerwartet?</li> </ul> | Therapieprozess, <b>Therapie (evaluation, intervention, outcome)</b> |
| <b>13</b> | Wann traten bei Ihnen Schwierigkeiten im Therapieprozess auf? /was könnte verbessert werden?                  |                                                                                                                                                                                     |                                                                      |
| <b>14</b> | Was muss sich Ihrer Meinung nach verändern, dass es anderen Ergos leichter fällt, das Thema zu thematisieren? |                                                                                                                                                                                     | Prospektive, Blick in die Zukunft gerichtet                          |
| <b>15</b> | Gibt es noch einen Bereich/ Punkt, den wir bis jetzt noch nicht besprochen haben, der Ihnen aber wichtig ist? | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was haben Sie noch zu ergänzen?</li> </ul>                                                                                                 | Chance geben, alles zu sagen                                         |

#### Nachbereitung

- Besonderheiten der Befragungssituation und persönlichen Eindruck von der befragten Person nach dem Interview auf entsprechendem Protokoll festhalten

#### Material Interview

- 2 Aufnahmegeräte
- evtl. Stromkabel
- Kopie der ungekürzten Interviewleitfragen

## Anlage 7: Interviewleitfaden (englisch)

**Leitfaden**

Interviewnummer

Name,

Ort,

Datum,

Dauer

**Vorbereitung**

–Interviewteilnehmer begrüßen und sich für die Teilnahme/ Zeit bedanken

**–Freiwilligkeit und Vertraulichkeit betonen**

(Wenn immer Sie etwas nicht tun wollen, müssen Sie selbstverständlich nicht. Sie können das Interview jederzeit abbrechen, falls Sie sich dabei nicht wohl fühlen. Wichtig: Das hat selbstverständlich keine Nachteile oder Folgen! Das Interview wird aufgezeichnet, damit das Gespräch anschließend verschriftlicht und ausgewertet werden kann. Ihre Angaben sind natürlich vertraulich. Ihre Aussagen werden anonymisiert und nicht mit Ihrem Namen veröffentlicht. Somit wird niemand ausser Ihnen oder uns erfahren, was Sie in diesem Interview gesagt haben.)

–Zeitraumen: 30- 60 Minuten

**Material Vorbereitung + Einführung**

–Einverständniserklärung

| Nr. | Hauptfrage                                                                                                                 | Detailfragen                                                                                           | Zielsetzung und theoretischer Hintergrund                                                  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0   | How long have you been an Occupational therapist?                                                                          |                                                                                                        | <b>Einstieg, Wohlbefinden schaffen</b>                                                     |
| 1   | In what kind of institution do you work and with which clientele?                                                          |                                                                                                        | <b>Einstieg, Vertrauen aufbauen</b>                                                        |
| 2   | How did it happen that the subject of sexuality was revealed in your therapy?                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tell me about your experiences!</li> </ul>                      | Langsam an das Thema "Sexualität" heranführen<br><b>(Klient Rollen- Rituale- Routinen)</b> |
| 3   | What does the term "sexuality" mean for you?                                                                               |                                                                                                        | Definition                                                                                 |
| 4   | Which institutional surrounding conditions do you find supporting?                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Why?</li> </ul>                                                 | <b>Umwelt (Context/Enviroment) Rahmenbedingungen</b>                                       |
| 5   | Which institutional surrounding conditions do you find debilitating?                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Why?</li> </ul>                                                 | <b>Umwelt (Context/Enviroment) Rahmenbedingungen</b>                                       |
| 6   | How did you design the therapy setting to talk about sexuality with your client?                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>What is important to you in terms of the setting?</li> </ul>    | <b>Umwelt (Context/Enviroment) Rahmenbedingungen</b>                                       |
| 7   | Do you have a structure to follow?                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>If yes, what does it look like?</li> </ul>                      | Modelle Assessments <b>(Therapeut)</b> und                                                 |
| 8   | Are there theories / models / assessments/ guidelines that you use / that influence in your work in relation to the topic? | <ul style="list-style-type: none"> <li>If yes, which?</li> <li>If yes, how do you use them?</li> </ul> | Therapeutischer Prozess, Modelle <b>(Therapeut)</b>                                        |
| 9   | What personal / professional skills have helped you to address the topic and to include it?                                |                                                                                                        | Kompetenzen <b>(Therapeut)</b>                                                             |

|           |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>10</b> | In your opinion, what is the duty of Occupational Therapy (OT) in this topic?            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Which roles did you take as ET within the therapy? (Expert, communicator, companion, learner and teacher, enlightener, health lawyer, manager, team worker)?</li> </ul> | Rollen, Aufgaben ( <b>Therapeut</b> )                                |
| <b>11</b> | What is important to you in relation to the topic in the therapist-client relationship?  |                                                                                                                                                                                                                | ( <b>Therapeut</b> ) Ther.- Klient- Beziehung                        |
| <b>12</b> | What positive experiences did you have during the therapy process?                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>What do you rate in retrospect as successful?</li> <li>Was there anything that surprised you? Was something unexpected?</li> </ul>                                      | Therapieprozess, <b>Therapie (evaluation, intervention, outcome)</b> |
| <b>13</b> | When did you experience difficulties in the therapy process? / what could be improved?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>How did you tackle these?</li> <li>What would you have liked in the situation?</li> </ul>                                                                               |                                                                      |
| <b>14</b> | What do you think has to change that makes it easier for other OTs to address the topic? |                                                                                                                                                                                                                | Prospektive, Blick in die Zukunft gerichtet                          |
| <b>15</b> | Is there still an area / point that we have not discussed so far?                        |                                                                                                                                                                                                                | Chance geben, alles zu sagen                                         |

**Nachbereitung**

- Besonderheiten der Befragungssituation und persönlichen Eindruck von der befragten Person nach dem Interview auf entsprechendem Protokoll festhalten

**Material Interview**

- 2 Aufnahmegeräte
- evtl. Stromkabel
- Kopie der ungekürzten Interviewleitfragen

## Anlage 8: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018) und Kallmeyer und Schütze (nach Mayring, 2016)

- Der Interviewer wird am Anfang der Zeile mit *I* und der Befragte mit *B* gekennzeichnet. Die Zeitmarken stehen direkt im Anschluss.
- Das Gesprochene wird wörtlich transkribiert (keine Lautsprache, keine Zusammenfassung).
- Wortverkürzungen werden ausgeschrieben, so wird aus ‚son Mann‘ ‚so ein Mann‘.
- Der Satzbau wird auch bei grammatikalischen Fehlern beibehalten um den Inhalt nicht zu verändern.
- Wenn ein Satz neu angefangen wird, ohne dass der alte beendet ist, wird */* eingesetzt.
- Regionalsprache wird soweit möglich ins Hochdeutsche geschrieben.
- Doppelte Wörter werden nur verschriftlicht, wenn sie der Betonung dienen.
- Unvollständige Sätze werden mit */* gekennzeichnet.
- Bei Senken der Stimme wird ein Punkt gesetzt.
- Lautäußerungen wie *hm*, *ja*, *genau* werden transkribiert, um das Zögern, Nachdenken oder Zustimmung der Person zu betonen.
- Sprechpausen ab 3 Sekunden werden durch (...) dargestellt. Pro weitere Sprechpausensekunde wird ein Punkt hinzugefügt.
- Nonverbale, emotionale Aussagen wie z.B. lachen werden in eckigen Klammern mitgeschrieben.
- Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet.
- Längere, unverständliche Sätze werden mit (unv.) und einem Grund angegeben: (unv. Skype unterbrochen).
- Bewusste Auslassungen wegen gewünschter Nichtnennung der Teilnehmer wird mit (ausgelassen, 13 Sekunden) versehen.
- Wenn bei den englischen Interviews ein Wort unbekannt ist und die Forscherin ein Wort vermutet, wird diese Vermutung in Klammern mit einem Fragezeichen dargestellt. z.B. (imaginative?)

## Anlage 9: Beispiel Transkript (deutsch)

I: Wie war dann das weitere Vorgehen in der Therapie? Was hast du dann mit den Infos gemacht? #00:03:44-9#

B: Wir haben herauskristallisiert, was wichtig ist, ob es nur dem Mann wichtig ist oder auch ihr. Da gibt es ja nochmal große Unterschiede. Männer mögen ja durchaus gerne mal dazu drängen, Frau natürlich auch aber ich kenn das hauptsächlich von Männern. Und ähm dann haben wir das aufgefriemelt, was ist wichtig, wie können wir das irgendwie wieder halbwegs in den Griff kriegen? Sie hat eine Medikamentenumstellung gemacht, weil ich sie dann ermutigt habe, sagen Sie es dem Arzt. Das ist ja dann auch immer eine Hemmschwelle tatsächlich noch. Und wir haben dann versucht über ja ich nenn es mal Spielzeuge, Sexualspielzeuge irgendwie da Tipps zu geben, dass sie sich da nochmal drantraut und versucht/ Es gibt ja tatsächlich auch gewisse Trigger, die man selber hat, wo man dann trotz der Depression auf die Lust stehen kann. #00:04:40-2#

I: Und was war deiner Klientin wichtig in Bezug auf Sexualität? #00:04:49-3#

B: Sie hat immer gesagt, dass sie Angst hat, ihren Partner zu verlieren. Dann hat sie auch gesagt, das gibt ihr auch persönlich sehr viel, diese Nähe zu spüren und den Spaß dabei zu haben. Dass sie sich dadurch halt auch anders immer kennenlernt und wahrnimmt. #00:05:10-8#

I: Von was für einen Zeitraum sprechen wir, indem ihr die ganze Thematik behandelt habt? #00:05:17-7#

B: 3 Einheiten, das ging relativ schnell und das hat sie dann auch umgesetzt. Und dank des Arztes natürlich auch die Medikamentenvergabe, das dauert ja natürlich bis zu 6 Wochen bis das neue wirkt. Aber sie hat sich dann alles bestellt und mit ihrem Partner gesprochen. Einmal hat sie sogar ihren Partner mit in die Therapie gebracht. #00:05:37-6#

I: Oh spannend! #00:05:38-5#

B: Ja das fand ich auch sehr spannend. Wo ich dann auch erst zu denken hatte: Uh darf ich das überhaupt, denn das ist ja eigentlich ein Thema für Therapeuten. Da sie in therapeutischer Behandlung ist haben wir gesagt, gut dann nehmen wir ihn eben mit rein und gucken was passiert. #00:05:51-8#

I: Und was ist passiert? #00:05:55-7#

B: Die ist in Tränen ausgebrochen, weil die das ihrem Partner so oft nicht gesagt hat. Und ihr Partner war ganz irritiert um meinte ‚Um Gottes Willen das wollte ich nicht! Es ist doch alles in Ordnung. Und ich möchte dich doch einfach ein bisschen motivieren‘ Und dass er sie damit unter Druck gesetzt hat, das war ihm damit nicht bewusst. #00:06:25-9#

## Anlage 10: Beispiel Transkript (englisch)

I: It is so interesting to hear from your work! Very inspiring to hear, that you go in a coffeeshop to the peoples enviroment, when I call it this way. And it's so cool to know that you have other oppotunities as an Occupational Therapist. Amazing! #00:26:25-1#

B: And actually you do too. You just might not be able to call it occupational therapy. Like for example: You just want to say 'I'm a dating coach' and you advertize on Tinder or Facebook and you put flyers around and people pay privatly. I mean you can set yourself up as a private business and then you pay taxes. So that is what I did in (Ausgelassen wegen Datenschutz). If you have restrictions around calling it occupational therapy you can call it something else using your skills as an occupational / You call it Ergotherapy right? #00:26:23-9#

I: So you mixes your skills and abilitiies of beeing an OT with beeing a date coach or life coach? #00:26:35-6#

B: Well I think marketing is really important. Because somebody thinks Occupational Therapists only make baskets then you not gonna reach clients who want to be work on their sexuality. So you might have to call it something else. Making sure that you explain what it is, like I'm not keeping it a secret. My flyer and webside don't say OT it's coaching, dating coaching and something that is more popular here. Like people heard of it and it is a multimillion dollar industrie. But there is no license, so I don't have to be licenses to be a dating coach. But I know I'm an expert in occupation. So that are posibilitities. When you feel restricted you might have more freedom than you think. You might have to think of different funding. #00:27:25-4#

I: Interesting because today in the university we had the topic marketing. And how to promote OT and show what you're doing and make it more visible. So the circle is closing (lacht). #00:27:41-9#

B: Exactly! So a lot of what I have to do is marketing. And you have to get comfortable telling people about what it is in a way that is attractive to them. Because you are selling a product. #00:27:57-1#

I: What do you think has to change, to make it more easy to other OTs to adress the topic? #00:28:20-4#

B: Well I think we are not a very diverse profession, as two white, blonde girls talking to each other (beide lachen). So I think a bit more diversity / There is a diversity in sexual orientation. I think there is a high percentage of lesbian OTs but I think (..) I think Ots are a bit conservative and a bit frightened about sexuality. And I don't know if that is personal/ It's okay to talk about sex, even if you're religious. So I think there is some personal boundaries. I also think that we allow ourselves to say 'Well, it's not my ramp, I will refer this to somebody else (...) I think you pass it off just because it is uncomfortable for you. If it's an occupation I don't see why you are passing it along; Include them of course! We wouldn't pass it off if they said they wanted to cook again you know (lacht). And I've never said: 'I don't coock and I'm not into cooking but I've heard of coocking groups. So you don't have to know everything about sex to talk about it, you just have to be like open and curious. You don't need to be a sex expert. #00:29:54-2#

## Anlage 11: Beispiel Analyse (deutsch)

| Text                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Selektion | Zusammenfassung | Verteilung | Suche |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------|-------|
| <p>9 I: #00:02:36-6# Und wie läuft dann so ein Gespräch ab?</p> <p>10 B: #00:02:43-5# <u>Ich höre mir das dann natürlich erstmal an worum es geht.</u><br/> <u>Und das ist natürlich unterschiedlich. Ich merke dann schnell, in welche</u><br/> <u>Richtung es geht. Dann muss man da halt sensibel sein und für sich selber</u><br/> <u>klar haben, wie viel möchte ich da überhaupt zu sagen. Aber die</u><br/> <u>formulieren das da eigentlich ganz vernünftig so aus ihrer Sicht und</u><br/> <u>wollen dann oft eine Meinung dazu haben oder eine Einschätzung von mir, ob</u><br/> <u>sie sich richtig verhalten haben. Solche Sachen erzählen die dann halt.</u></p> <p>11 I: #00:03:19-8# Kannst du von einem explizierten Beispiel erzählen?  </p> <p>12 B: #00:03:25-9# Ja kann ich machen. <u>Also da war ein Herr, der hatte mit</u></p> |           |                 |            |       |
| TN 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                 |            |       |
| TN weiblich, Deutschland, B.Sc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                 |            |       |

Codes +

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Therapeut                 | 2 |
| Klient                    | 1 |
| Einflussnehmende Faktoren | 0 |
| Ergotherapie              | 1 |

## Anlage 12: Beispiel Analyse (englisch)

| Text                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Selektion | Zusammenfassung | Verteilung | Suche                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>70 B: #00:44:57-8# <u>I think looking at different client populations.</u> Is that will help you. <u>As far as what can OT do?</u> I have both (unv.)/ I can tell you that there are days where I feel like the tin man from the wizard of OZ there are days where I feel fine (...) days where I'm not feeling so well. <u>First am I taking my meds? Two am I positioning myself for either working here at school or sleeping or having sex?</u> <u>What are some things I can do to be more comfortable?</u> And then clinically if I have (unv.) <u>what are some things that the person can do to enable them, to engage in intimate activities?</u> <u>A lot of videos taking a a warm shower or bath before sex, getting boosted pillows, things like that.</u> <u>Things that are not out of the ordinary.</u> <u>To make it possible, to make it comfortable.</u> I know with any client, I have worked with using this topic or this subject everybody</p> |           |                 |            |                                                                                                                                                   |
| TN7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                 |            | <p>Codes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Therapeut</li> <li>Klient</li> <li>Einflussnehmende Faktoren</li> <li>Ergotherapie</li> </ul> |