

# Abschlussarbeit

## ÖÄK Diplomlehrgang Geriatric

**Wissenschaftliche Leitung:**

Prof. Dr. Franz Böhmer  
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

**Rückfragen:**

österreichische akademie der ärzte  
Weihburggasse 2/5  
A-1010 Wien  
Tel.: +43 1 512 63 83

# Umgang mit Sexualität im Pflege- und Altenheim

Dr. Bettina Anwander-Bösch

Dr. Katharina Bannmüller-Truppe

Abgabedatum: 12.05.2012

## **Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung: Zwei unterschiedliche Beweggründe dieses Thema zu wählen
2. Zielsetzung der Untersuchung
3. Die Pflegeheime Herz-Jesuheim Lochau und Sozialzentrum Hörbranz:  
Unser „berufliches“ Umfeld
4. Methode und Erfahrungsberichte aus der Pflege und der ärztlichen Betreuung
5. Fallbeispiele aus der „Routine“
6. Bestandsaufnahme, Entwicklungstendenzen, Bilanz, mögliche Modelle
7. Zusammenfassung
8. Anhang

## 1. Zwei unterschiedliche Beweggründe dieses Thema zu wählen

Das Thema „Umgang mit Sexualität im Pflege- und Altenheim“ ist in unserer bisherigen beruflichen Tätigkeit kein großes Thema für uns gewesen.

In Sitzungen wurde selten darüber geklagt, das Thema – soweit uns erinnerlich – kaum je angesprochen, also intern behandelt.

Da aber die demographische Entwicklung klar dafür spricht, dass die sogenannten „Alten“ im Zunehmen begriffen sind, werden wir nicht umhin kommen, uns auch mit diesem Aspekt nachhaltiger zu beschäftigen.

Eine eindeutige Definition für den Begriff des Alters konnten wir nicht finden. Deshalb zitieren wir Dr. Böhmer, 2011, Geriatrie:

*Das Altern ist keine isolierte Lebensphase, es ist die späte Phase eines lebenslangen Entwicklungsprozesses.*

*Menschen über 60 a unterscheiden sich voneinander mehr als in jeder anderen Lebensphase und weisen daher auf eine extreme Variabilität im Alter hin.*

Tabelle: vorausberechnete Bevölkerungsstruktur 2010-2050 laut Hauptvariante, Geriatrie 2011, Univ.-Prof. i. R. Mag. Dr. Anton Amann

Jahr	insgesamt	unter 15	15 bis unter 60	60 und mehr
2010	8.388478	14,8	62,1	28,1
2020	8.725556	14,2	59,8	26,0
2030	9.021228	14,2	54,8	31,0
2050	9.447226	13,4	52,5	34,1

Dr. B. Anwander

Jeder von uns hat seine eigenen Erfahrungen gemacht.

Ich wurde vor ca. einem Jahr erstmalig mit Problemen im Umgang mit Sexualität bei einem meiner Patienten konfrontiert. Als mich die Pflegeleiterin an einem Freitagmittag anrief (den Tag weiß ich noch so genau, weil mich das Problem und der Umgang damit zutiefst erschütterte und auch empörte), einer meiner Patienten,

90 a begrabsche die Pflegerinnen. Er hätte sich an einer Heimbewohnerin vergangen, im Sinne, er habe die Hose vor ihr heruntergelassen und sie auch unschicklich berührt. Einen Arzt (*männlichen Kollegen*) habe man nicht erreicht (obwohl mein Patient), so wende man sich eben an mich, das gab mir natürlich sehr zu denken.

Kurz – ich solle dem Patienten auf die Finger klopfen und etwas tun!

Schockiert und empört über die Vorgehensweise und die Forderung, telefonierte ich mit einem Kollegen der Geriatrie. Mit ein paar Tipps gewappnet suchte ich meinen Patienten auf. Zuvor ließ ich mir noch das Verhalten von der Stationsleitung schildern, erfuhr von seinen Pornofilmen, der regelmäßigen Selbstbefriedigung, dem gelegentlichen Begrabschen des Pflegepersonals, aber auch anderer Heimbewohner und der meist nackten nächtlichen Ausflüge am Gang. Ich dachte mir, dass dies wohl eine wichtigere Information gewesen wäre, als die häufige pflegerische Konfrontation mit seinen Stuhlgewohnheiten.

Das ist einer der Beweggründe, weshalb ich mich für dieses Thema entschieden habe, und ich bin heute froh darüber, da sich eine mir bisher verborgene, nicht wahrgenommene Welt, zu erschließen beginnt, so dass ich an diesem Defizit arbeiten kann.

Die Fragen an mich lauteten: war ich blind, habe ich nicht hingehört, gab es bis zu diesem Zeitpunkt wirklich keine Probleme meiner Heimpatienten/innen das Thema Sexualität betreffend oder gibt es immer noch ein Tabu?

Dr. K. Bannmüller:

Als ich die Liste der Themen der Diplomarbeiten durchsah, fragte ich mich spontan: Wo bleibt eigentlich die Sexualität?

Selbst bei meiner Arbeit als Hausarzt ist das eher selten ein Thema, aber wehe du sprichst es einmal von dir aus an, entweder bringst du deine Patient/innen nicht mehr aus der Praxis oder er/sie kommen nicht wieder.

Bei meinen Heimpatient/innen war es sowieso nie ein Thema von Seiten der Pflege. Wenn ich jedoch von mir aus versuchte etwas über die sexuellen Bedürfnisse meiner Patienten zu erfahren oder diesbezüglich Fragen hatte, erntete ich meist großes Erstaunen und peinliche Berührtheit beim Pflegepersonal bis hin zu Unverständnis.

Es zeigt sich immer wieder, dass aufgeklärtes Reden und Handeln doch weiter auseinander liegen als gedacht.

Es haben sich im Laufe der Jahre immer wieder Situationen ergeben, bei denen die sexuelle Problematik dahinter auch von mir erst viel später begriffen wurde, da in keiner Besprechung mit dem Pflegepersonal diesen Bedürfnissen der Patient/innen auch nur kleiner Raum gegeben wurde.

Wie ergeht es einer harmonischen Beziehung zwischen Paaren, die faktisch getrennt werden, wenn einer ins Heim muss. Was passiert da? Wie meistern sie das?

Welche Bedürfnisse haben denn die „Alten“ eigentlich, was ist wichtig, nur Nähe? Wird die Sexualität im Alter marginalisiert?

Liebe, Partnerschaft, eine neue Beziehung im Alter, hat das überhaupt einen Stellenwert? Welche Möglichkeiten hat ein pflegebedürftiger Mensch überhaupt Intimität zu erfahren? In welcher Form werden zeitgemäße Formen des vertieften sozialen Kontakts (Sexualbegleitung, „BerührerInnen“) zur Kenntnis genommen?

Diesen Fragen möchte ich mich stellen und somit entschloss ich mich für dieses „heikle“ Thema.

## **2. Zielsetzung der Untersuchung**

Als heimbetreuende Hausärztinnen sind wir in die in unserem Zuständigkeitsbereich liegenden Einrichtungen gegangen und haben uns bei den Pflegeleiterinnen nach deren Erfahrungen im Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen ihrer Bewohner/innen erkundigt. Das Interesse liegt darin, den Unterschied zwischen den theoretischen Vorstellungen der Pflegeleiterinnen und der praktischen Umsetzung im Alltag darzustellen, in welcher Form diese wahrgenommen werden und wie der Umgang damit erfolgt oder erfolgen sollte. Zusätzlich wollen wir die gewonnenen Informationen aus der Pflege in Kontext zu unseren eigenen Erfahrungen in der Betreuung unserer Heimpatient/innen setzen. Es sollte der Versuch unternommen werden die vorgegebenen Strukturen im Heim sowie die Dynamik zwischen dem verantwortlichen Pflegedienst und den diesen anvertrauten Menschen hinsichtlich der Problemstellung Alterssexualität in öffentlichen Pflegeeinrichtungen aufzuzeigen.

### **3. Die Pflegeheime Herz- Jesuheim Lochau und Sozialzentrum Hörbranz: Unser „berufliches“ Umfeld**

Im Leiblachtal bestehen in den Gemeinden Lochau und Hörbranz zwei Pflegeheime. Diese werden ärztlicherseits von allen sechs niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen aus Lochau und Hörbranz betreut.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit von fachärztlichen Visiten im Sozialzentrum Hörbranz durch Frau Dr. Ingrid Fend, Fachärztin für Psychiatrie.

Ein psychiatrischer Liaisondienst durch Frau Dr. Ingrid Fend ist im Herz-Jesuheim Lochau seit ca. drei Jahren Bestandteil der ärztlichen Betreuung.

Im Rahmen dieses Dienstes werden bei Problemen Visiten und Fallbesprechungen durchgeführt, weiters werden Schulungen des Pflegepersonals vorgenommen und es erfolgt auch telefonische Beratung in dringenden Fällen.

Im Jesuheim wird zweimal jährlich eine Sitzung mit den betreuenden Ärzt/innen, der Pflegeleitung und den Wohngruppenleiterinnen abgehalten.

Unter den Sprengelärzt/innen bestehen regelmäßige Kontakte mit Austausch bei Problemen.

Im Nachtdienst, an Sonn- und Feiertagen sind wir auf uns allein gestellt.

#### **Pflegeeinrichtung Herz-Jesuheim Lochau**

Hier wird die Pflege von bedürftigen Personen seit 1928 durch die Barmherzigen Schwestern des Hl. Vinzenz von Paul betrieben; die geistlichen Schwestern wurden in den letzten Jahren bis auf wenige verbliebene Betreuungskräfte pensioniert und durch weltliches Personal ersetzt; die Leiterinnen sind noch im Dienst. Ein Gespräch, wie das unten beschriebene, wäre mit einem der katholischen Morallehre verpflichteten, ehemaligen Pflegepersonal in dieser Form wohl nicht möglich gewesen.

Nach mehreren Um- und Ausbauten besteht nun ein Pflegeheim mit sieben Wohngruppen, ca. 120 Bewohner/innen im Alter von 40 bis 104 Jahren.

Diese werden durch 110 Mitarbeiter/innen und 15 geistliche Schwestern betreut.

Das Haus ist sehr weitläufig mit relativ vielen Rückzugsmöglichkeiten, aber auch einem offenen Gemeinschaftsbereich (Kaffee) ausgestattet und bietet viele Veranstaltungen, die auch für Auswärtige frei zugänglich sind. Der Garten und die Terrassen laden hier besonders zum Verweilen ein.

Die Einrichtung ist oberhalb der Gemeinde Lochau am Fuße des Pfänderhangs gelegen, in ruhiger Grünlage, mit herrlicher Aussicht über den See, jedoch relativ weit vom Dorf entfernt, so dass gehbehinderte Patienten nur schwer alleine ihre alten Kontakte pflegen können.

#### Sozialzentrum Hörbranz – Josefsheim

Zum Vergleich besteht in Hörbranz ein kleines Pflegeheim mit ca. 50 Bewohner/innen. Es kommen jedoch tagsüber viele Tagesbetreuungsgäste hinzu.

Im Haus sind zusätzlich die Hauskrankenpflege und auch andere soziale Einrichtungen der Gemeinde untergebracht.

Auch hier besteht ein offener Mittagstisch und es werden jahreszeitlich angepasste Veranstaltungen durchgeführt.

Das Haus selbst ist sehr offen gebaut, gut überschaubar aber mit geringen Rückzugsmöglichkeiten, aufgeteilt in 3 Stockwerke die durch großzügige Verglasung sehr hell und freundlich wirken. Durch eine über 2 Stockwerke offene Bauweise der Gänge dringt allerdings jedes Geräusch durchs ganze Haus.

Es ist sehr zentral im Ort gelegen mit einem kleinen Garten und einer Terrasse, welche von den Bewohnern gerne benützt werden.

Katzen werden geduldet und auch Hühner sind in einem separaten Teil des Gartens untergebracht.



In Lochau wurden in den letzten 5 Jahren, möglichst dem heutigen Standard entsprechende, moderne Strukturen aufgebaut. Das Haus selbst, so gut wie möglich, renoviert.

In Hörbranz kämpft man seit fünf Jahren mit starkem Personalwechsel und dadurch auch sehr wechselnden Strukturen und Zielsetzungen.

In beiden Häusern arbeiten erfahrene Pflege- und Wohngruppenleiterinnen, diplomiertes Krankenpflegepersonal, Altenpfleger/innen und Zivildienstler.

Wir als betreuende Hausärztinnen, anfänglich als Wahl-, bald als Kassenvertragsärztin, verfügen beide mittlerweile über mehr als zehn Jahre Berufserfahrung in der Niederlassung.

Beide betreuen wir Patienten/innen sowohl im Jesuheim Lochau als auch im Josefsheim Hörbranz.

Es wird einmal wöchentlich an einem vereinbarten Wochentag eine Visite im jeweiligen Haus durchgeführt. Dabei werden Patienten/innen auf eigenen Wunsch oder Wunsch des Pflegepersonals visitiert, in Form von persönlichen Gesprächen oder auch nur Kardexvisiten.

Bei komplexeren Problemstellungen werden zuweilen gesondert Termine vereinbart, an denen Pflegeleitung, Wohngruppenleitung, Angehörige und fallweise auch der psychiatrische Konsiliararzt/in teilnehmen.

Zusätzlich nehmen wir an den oben beschriebenen Sitzungen und Veranstaltungen teil.

#### **4. Methode und Erfahrungsberichte aus der Pflege und der ärztlichen Betreuung**

Als kommunikative Grundlage dieser Untersuchung haben wir das freie Gespräch gewählt, unter Verzicht auf einen vorgegebenen Fragenkatalog. Zwei Fragen (siehe Seite 12), die uns wichtig waren, wurden jeweils am Abschluss der beiden Gespräche gestellt, da spontan auf diese Themenbereiche nicht eingegangen wurde. Das freie Gespräch sollte beiden Pflegeleiterinnen die Möglichkeit bieten, unter

Verzicht auf formalisierte Kategorisierungen, ihren subjektiven Zugang zur Thematik darstellen zu können, zu den ihnen wesentlich erscheinenden Werten persönlich Stellung zu nehmen und darzulegen, was nach ihrem Dafürhalten als zentral oder eher von untergeordneter Bedeutung ist.

Wir erhofften uns damit einen dem Thema gemäß offenen, persönlichen Zugang zu unseren Gesprächspartnern.

Die Gespräche werden nicht wortwörtlich wiedergegeben, sondern sinngemäß. Sollten wir etwas unbewusst falsch berichtet haben, so entschuldigen wir uns im Voraus.

### Zusammenfassung des Gesprächs mit der Pflegeleiterin des Herz-Jesuheims Lochau, Frau Gertraud Weber:

Der Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen der Bewohner/innen sei Teil der Ausbildung, durchaus Thema von Fortbildungen und Fallbesprechungen, sodass grundsätzlich jeder Bescheid wissen sollte.

Im Haus sei es allen vorgeschrieben, die Zimmer nicht ohne anklopfen zu betreten.

Die Intimsphäre der Bewohner/innen sollte möglichst gewahrt werden.

So solle das Personal, wenn Besuch da ist, das Zimmer nicht wegen Lappalien betreten.

Es müsse vom Personal auch beachtet werden, in welchen Situationen sich Bewohner/innen zurückziehen.

„Bitte nicht stören“ - Schilder lehnt Frau Weber ab, da sonst jeder wisse, aha da läuft „etwas“. Sie glaubt, dass es vielen peinlich sei diese zu verwenden.

Teilweise sei es schwierig die Intimsphäre zu wahren. Zum Beispiel übernachtete bei einem Bewohner die Gattin gelegentlich auch im Zimmer, da sei es schwierig Pflegemaßnahmen wie regelmäßiges Lagern zurückhaltend durchzuführen.

Es beginne schon bei Hygienemaßnahmen, der Körperpflege, der Auswahl der Inkontinenzeinlagen. Grundsätzlich seien offene Einlagen vorzuziehen, um körperliche Berührung oder auch Masturbation zu ermöglichen.

Es könne aber ein hygienisches Problem bei mobilen, aber inkontinenten Bewohner/innen entstehen, wie ständiger Harnverlust mit Spur über die Gänge. So dass man sich hier doch für Pants entscheide.

Im Haus bestehe soweit als möglich, jeweils abhängig von der personellen Besetzung, Bezugspflege.

So wisse die jeweilige Bezugsperson auch, wie viele „Ruhezeiten“ und Rückzug ein/e Patient/in benötige, bei wem morgens gut hörbar anzuklopfen sei, oder erst später hinein zu gehen wäre, wie sich die Morgentoilette gestalten solle, mit Hilfe oder selbstständig. Sei Unterstützung bei der Intimpflege erforderlich, wie oft sei dies nötig, etc.

Welche/r Bewohner/in habe eine/n Partner/in, wie oft kommt er/sie, wie ist die Bindung?

Solche speziellen Bedürfnisse der Bewohner wären zu dokumentieren, damit alle in der Pflege Bescheid wissen.

Wenn erforderlich würden auch zusätzliche Teambesprechungen durchgeführt. Das sei öfter erforderlich, wenn hygienische Probleme bestehen oder Bewohner/innen mal „übergriffig“ sind, zum Beispiel an den Po fassen.

Inwieweit Körperkontakt zugelassen würde, entscheidet jede/r Pflegende selbst. Wichtig sei es die Grenzen freundlich, aber bestimmt zu ziehen, junge Schwestern seien hier öfter überfordert und bräuchten Unterstützung. Ältere Schwestern seien weniger Ziel sexueller Übergriffe.

Wichtig sei es, möglichst jedem/r Bewohner/in seine Intimität zu ermöglichen, ganz seinen/ihren Ansprüchen entsprechend.

#### Zusammenfassung des Gesprächs mit der Pflegeleiterin des Sozialzentrums Hörbranz, Frau Mathilde Rehm:

Man versuche die Intimsphäre der Bewohner/innen möglichst zu gewährleisten,

dabei wäre Anklopfen und Warten bis man aufgefordert wird einzutreten selbstverständlich.

Allerdings sei klar, dass dies im Alltag oft vergessen würde, deshalb würde dies von Seiten der Wohngruppenleiterinnen ständig in den Besprechungen thematisiert.

Das Personal sei dazu angehalten, den individuellen Ansprüchen der Bewohner/innen nach Intimsphäre gerecht zu werden.

Dazu gäbe es allerdings im Haus nur die Möglichkeit sich ins Zimmer zurückzuziehen.

Alle Gänge, Sofas, Ruheplätze und auch der Garten seien gut einsehbar.

Wichtig wären „Bitte nicht stören“-Schilder für die Zimmer.

Intimität, sexuelle Handlungen, seien nur dann möglich, wenn sich der/die Bewohner/in sicher sein könne, Ruhe zu haben. Da seien solche Schilder ein gutes Instrument.

Zu Sexualität gehörten nicht nur direkte sexuelle Handlungen wie Selbstbefriedigung oder Geschlechtsverkehr, vielmehr und wichtiger sei letztendlich Körperkontakt, Zärtlichkeit, Zuwendung und Anregung der Sinne.

Letzteres sei hier durchaus ein Thema, das die Pflege sehr beschäftigen sollte.

Wie weit das durch das Pflegepersonal geboten werden könne, muss natürlich jeder selbst entscheiden.

Wichtig wäre eine basale Stimulation, Kinästhetik aber auch einfache Hand-Fußmassagen.

Oft reiche liebevolles Berühren, z. B. das Einreiben des Rückens. Es würden bewusst Öle zur Körperpflege verwendet, längere Zuwendung durch Einmassieren sei dadurch möglich.

Angenehme Empfindungen würden dadurch ausgelöst, Spannungen gelöst, Intimität geschaffen.

Auch Zeit wird gemeinsam verbracht, das schafft Intimität, Vertrauen und zeigt Wertschätzung.

Es benötige Zeit um herauszufinden, wie viel Nähe ein/e Bewohner/in braucht oder verträgt.

Hohes Tempo in der Pflege wirke kontraproduktiv. Extensivere Betreuung erfordere allerdings eine gute Pflegeplanung, motivierte Mitarbeiter/innen und vor allem genügend Pflegepersonal.

Da es an letzterem fehle, sei derzeit Bezugspflege nicht möglich.

Insgesamt sei sexuelles Erleben im Heim wohl nur dann positiv möglich, wenn die gesamte Basispflege gut funktionierte und dem Personal so Luft bleibe sich mit den Bewohner/innen auseinanderzusetzen, Gespräche zu führen, Vertrauen zu schaffen. Auch den Bewohner/innen behilflich zu sein ihre Räume persönlich zu gestalten, gehöre dazu. Oder auch darauf zu achten etwaige Kontakte mit Mitbewohner/innen zu ermöglichen oder zu unterstützen.

Es sei nicht unwichtig wie die Wohngruppen angelegt seien. Es sei durchaus sinnvoll, zum Beispiel schwer demente Patient/innen in einer Gruppe zusammenzulegen. So könnten Pflegemaßnahmen besser greifen und noch sehr aktive Bewohner/innen hätten auch intensivere Kontaktmöglichkeiten und würden weniger gestört.

Hier nun zwei konkrete Fragestellungen:

⇒ Gibt es Gespräche innerhalb der Pflege über die sexuellen Bedürfnisse der Bewohner/innen?

Beide Befragungspartnerinnen beantworten diese Frage mit ja. Allerdings nur bei konkreten Problemen, einen grundsätzlichen Informationsaustausch gibt es nicht.

⇒ Wurden schon einmal die Dienste einer institutionalisierten Sexualbegleitung/„Berührerin“ angefordert?

Beide Befragungspartnerinnen beantworteten die Frage ähnlich:

Nein, denn wenn, wie bereits ausgeführt, in der Pflegeplanung auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen wird, sei es auch nicht erforderlich, eine Berührerin beizuziehen.

Berührungssängste werden aber von beiden Pflegeleiterinnen klar verneint.

Die Dienste von Sexualbegleiterinnen finden sie durchaus sinnvoll, zweifeln aber an der Akzeptanz und Umsetzbarkeit.

Zusammenfassend zeigt sich, dass in beiden Häusern von Seiten der Pflegeleitung die Individualität des/r Bewohners/in als sehr hohes Gut gesehen wird.

Theoretisch sollte Intimität und Sexualität möglich sein.

Dazu sind aber einerseits vom Patienten her Vertrauen zum Pflegepersonal als auch die Auseinandersetzung mit dem persönlichen Zugang zur eigenen Sexualität seitens des Personals wesentliche Voraussetzungen, um volle Akzeptanz den Bewohner/innen gegenüber entgegen bringen zu können.

Tägliche Pflegeabläufe, ja die gesamte Logistik in einem Heim, scheinen der Individualität der Bewohner/innen grundsätzlich entgegenzustehen.

Es müssen hier Kompromisse gefunden werden.

Am wichtigsten ist jedoch die Berufsauffassung jedes Einzelnen in der Pflege.

Sobald es nur um die Versorgung und um die Sauberkeit geht, ist jegliche Intimität nicht mehr lebbar für die Bewohner/innen.

Das haben beide Pflegeleiterinnen klar artikuliert, so dass sich beide sehr auf Fallbesprechungen, regelmäßige Gespräche mit dem Personal und auf Schulungen konzentrieren. Beide finden die Möglichkeiten der basalen Stimulation hier sehr wichtig und wünschen sich entsprechende Ausbildung ihres Personals.

In Lochau sieht man sich einem „Ideal“ sehr nahe. Sexualität ist aber ein absolutes Randthema.

In Hörbranz versucht man zu einer individuelleren Pflege auf höherem Niveau zu kommen, weg von reiner Versorgung der Bewohner/innen, sieht jedoch noch sehr hohen Aufholbedarf im Personal.

Körperliche Nähe, Vermittlung von Wärme, Vertrauen und Geborgenheit im Rahmen der Pflege sind hier das höher gesteckte Ziel.

Die Pflegeleitungen zeigen sich sehr bemüht, verfügen über langjährige Erfahrung in der Pflege und haben für sich genommen eher liberale Ansichten, was Sexualität

betrifft. Eine offenere Einstellung zu Sexualität setzt sich jedoch nicht immer von der Pflegeleitung nach unten zu jedem Einzelnen des Pflegepersonals durch.

Die Pflegeleitungen scheinen sich gerne auf allgemeinere Themen wie Wahrung der Intimität, Wertschätzung der Person oder Bezugspflege zurückzuziehen.

Sexualität wird nur zum Thema bei Problemen.

Über die Möglichkeiten zeitgemäßer Sexualassistenten- oder Begleitdienste zeigt man sich in den Häusern zwar durchaus informiert. Jedoch scheinen solche Dienste, abgesehen von den Schwierigkeiten einer infrastrukturellen Bereitstellung und rechtlicher Implikationen solcher Dienstleistungen, mit dem Stigma der Prostitution belegt zu sein, und finden als möglicherweise sinnvolle Maßnahme nur wenig Beachtung.

*Exkurs zur Begriffsdefinition Sexualassistenten und zur rechtlichen Situation im Land Vorarlberg:*

Sexualassistenten ist ein Angebot aktiver sexueller Assistenten, das von einer diesbezüglich ausgebildeten Person freiwillig und gegen Entgelt angeboten wird. Bei Sexualassistenten sind Elemente passiver sexueller Assistenten ebenfalls möglich. Somit kann Sexualassistenten von der Sexualberatung und -aufklärung, über Berührungen und Masturbation bis hin zum Koitus alles beinhalten (vgl. Sandfort 2007, S.74 und Bannach 2008, S.64 Zemp 2008, S.154, Schwald 2010, S.41).

Der Zugang zur Sexualassistenten erfolgt meist über Internetplattformen. Dort wird auch eine Ausbildung dazu angeboten.

Kritiker setzen Sexualassistenten mit Prostitution gleich.

Pflegende, die mit Sexualassistenten Erfahrung haben, berichten von deutlich weniger Spannungen, Übergriffen, sogar über einen verminderten Medikamentenverbrauch!

Rechtliche Situation

In Vorarlberg sind sexuelle Dienstleistungen nur in „Ausnahmen infolge Bewilligung“ (Sittenpolizeigesetz § 4 Abs.1) erlaubt.

Das heißt, nur in definierten, hierfür genehmigten Räumlichkeiten.

Eine diesbezügliche Entscheidung obliegt dem/der Bürgermeister/in der jeweiligen Gemeinde.

Jedoch liegt eine Genehmigung oder Untersagung (mittels Bescheid) auch im Ermessen des/r Bürgermeisters/in, wenn sämtliche Richtlinien zur Bewilligung erfüllt sind.

Dadurch hängt die legale Ausübung von sexuellen Dienstleistungen stark vom Willen der Gemeindevorsteher ab (vgl. Bundeskanzleramt Sektion II 208, S.53), (Schwald 2012,S.53).

In Vorarlberg ist mir keine Räumlichkeit bekannt, in der sexuelle Dienstleistungen genehmigt werden, somit ist Prostitution indirekt verboten.

Heimbewohner/innen müssten sich – sofern mobil – ins Ausland bemühen, wenn nicht, besteht derzeit keine legale Möglichkeit der Ausübung sexueller Bedürfnisse.

Diese Situation erklärt vielleicht das sich Bedeckthalten unserer Ansprechpartnerinnen dieser Fragestellung gegenüber.

### Persönliche Eindrücke und Erfahrungen von uns heimbetreuenden Ärztinnen

Viele Angehörige des Pflegepersonals lehnen Berührung durch den/die Bewohner/innen ab und distanzieren sich stark.

Oft besteht absoluter Rückzug in eine Alltags-Pflegeroutine von Waschen, Betten machen, Essen, Einlagen wechseln, Medikamenten austeilen, Blutdruck messen etc. Es wird selten aktiv hinterfragt, warum Bewohner/innen bestimmte allgemeine Beschwerden haben, warum zum Beispiel Unruhe, Ängste, Verwirrtheit bestehen. Welche Ursachen eventuell Schmerzen haben, ein hoher Blutdruck oder Schlafstörungen.

Umgekehrt gibt es viele Schwestern und Pfleger, die hinter jedem Problem eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung sehen und dadurch ursächliche Banalitäten wie Obstipation und Harnverhalten nicht in Betracht ziehen.

Für den Arzt ergibt sich dadurch oft ein enormes Spannungsfeld.

Wir müssen einerseits unsere Patient/innen gut kennenlernen, versuchen ihre individuellen Bedürfnisse zu erfahren, um so auch alle Symptome richtig deuten zu



können. Andererseits ist es wichtig die einzelnen Pflegekräfte gut einzuschätzen, dahingehend was sie können oder was nicht.

Darum stellt diese Situation des/r Patient/innen im Pflegeheim eine große Anforderung für den Arzt, obwohl hier durchaus qualifizierte Betreuung geleistet wird.

Zeit für den Patienten ist natürlich auch hier unser aller Thema.

Doch es lohnt sich einige Beschwerden der Patient/innen einmal genau zu hinterfragen. Ich habe gelernt sehr langsam zu reagieren und dreimal nachzufragen, wenn es zum Beispiel um Schlafstörungen geht.

„Herr oder Frau XY schläft nicht durch, wir brauchen eine Schlafmedikation.“ Ein ständiges Thema.

Warum muss man immer durchschlafen? Kann ich selber ja auch nicht immer.

Leidet der/die Patient/in oder der Nachtdienst?

Wie befindet sich der Patient, die Patientin denn eigentlich?

Wach liegen und nachdenken, onanieren, sich berühren, ...? Wozu dann ein Schlafmittel?

Meist werden auf solche Fragen keine Antworten gegeben, betretenes Schweigen. Manchmal wird sogar versucht, die Medikation von einem anderen Kollegen zu erhalten.

Dass alte Menschen, sobald sie im Heim leben, dennoch sexuelle Bedürfnisse haben, wird in der Regel ausgeblendet oft sogar als unanständig betrachtet.

Wer bestimmt bis zu welchem Alter und wie man seine Sexualität leben darf?

Wohl der/die Patient/in selbst, solange er/sie keinem anderen Schaden zufügt. Es ist hier nicht wie mit dem Führerschein, den man mit 99 Jahren zurückgeben muss.

Es entsteht aber immer wieder der Eindruck, dass die Sexualität mit Eintritt in ein Pflegeheim außen vor zu bleiben hat.

Das direkte Gespräch mit dem/r Patienten/Patientin wird oft tunlichst vermieden.

Sollte es dennoch notwendig werden, dann wird es gerne auf die Stationsleitung, die Pflegeleitung, auf ein männliches Mitglied der Pflege oder den Hausarzt abgewälzt.

Insgesamt liegt hier ziemliches Brachland vor, das Thema berührt alle unangenehm und wird damit abgetan, dass ohnedies alle versuchen den Bewohner/innen es heimelig zu machen, mit Körperkontakt, eincremen oder einer kleinen Massage. Damit hat es sich dann aber auch.

Richtiges sexuelles Erleben im Heim? Geht nicht!

Pärchen gibt es in Hörbranz nicht, in Lochau eines. Letztere „machen aber eh nichts“, so die Aussage der Pflege.

Diese Aussage hat mich sehr erstaunt. Warum? Dürfen die nicht? Ist die Vorstellung dass Opa und Oma sich auch körperlich lieben so schlimm? Scheint schon so.

Auch die Tatsache, dass Menschen im Heim leben und sich einsam fühlen, finde ich erschütternd.

Ein Patient von mir ist regelmäßig sehr betrübt, weil er keine Frau findet, obwohl er im Heim ist. Er hat gar keine Gelegenheit, findet er. Er sei ja unter ständiger Aufsicht. Ein Pflegeheim sollte doch wohl kein Gefängnis sein.

Kommt mal ein Ehepaar ins Heim, ist es meist nicht möglich, beide wie in einem Appartement unterzubringen.

Baulich sind die Häuser nur sehr begrenzt ausgerichtet, da der Bedarf hier bis jetzt eher niedrig war.

Beim Personal, den Angehörigen und bei uns Ärzten herrscht aber auch ohnedies oft genug die Ansicht, dass er/sie froh sind, wenn sie nicht mehr zusammen wohnen müssen. Endlich hat Frau XY Ruhe von ihm.

Das ist schon immer wieder einmal der Fall, aber kann man das so automatisch voraussetzen?

Natürlich kann das sehr bequem sein, denn so lassen sich beide in den Pflegealltag gut einordnen, die Pflege muss sich nicht umstellen, oder muss sich Zeit nehmen zur Überlegung: „kann ich da jetzt rein gehen?“ und so weiter.

Interesse am Thema besteht so gut wie keines. Für alle, die alte Menschen betreuen, gibt es hier kaum Fortbildungsmöglichkeiten.

Viele alte Menschen haben Antihypertensiva als Medikation; dass hier Erektionsstörungen ein Thema und Grund für Noncompliance sind und wie damit umzugehen ist, ist für viele Ärzte kaum ein Gedanke wert.

Dass sehr viele Medikamente sexuell beeinträchtigend sind, ist beim Pflegepersonal sowieso kein Thema, aber leider auch bei uns Ärzten zu wenig und beim alten Menschen wird das schon gar nicht mehr berücksichtigt. Hier ist unsere Professionalität gefordert.

Zusammenfassend herrscht eine große Diskrepanz zwischen unseren Vorstellungen und denen des Pflegepersonals.

Ein Leben im Heim ermöglicht derzeit sexuelles Leben nur schwer.

Es ist noch immer grundlegend auf die Bedürfnisse der Hygiene und Ernährung ausgerichtet. Sind diese auf hohem Niveau erledigt, hat man das Gefühl gute Pflege und Betreuung zu leisten.

Professionell erscheint, wenn man die Bewohner/innen auch „psychiatrisch“ versorgt, aber dass mehr zum Leben gehört wird weg geschoben.

Bei den Visiten frage ich manchmal, ob sich von der Pflege jemand vorstellen kann, als Patient/in im Heim zu leben, da antwortet keine/r mit ja. Warum wohl?

Irgendwie wissen alle, dass sie derzeit keine umfassende Begleitung im Alter anbieten können.

Natürlich kommt es auch auf die Persönlichkeit der Bewohner/innen an, manche schaffen es ganz gut, sich unter den gegebenen Umständen und Vorgaben ihre Freiräume zu schaffen mit Respekt und Akzeptanz.

Einiges des oben Angesprochenen soll nun anhand von Fallbeispielen noch anschaulicher besprochen werden.

## **5. Fallbeispiele aus der „Routine“**

### Elisabeth G., 103 J. :

Sie lebt seit Jahrzehnten im Heim; da sie Pfarrersköchin war, hatte sie, als sie betagt war und in Pension ging, keine Bleibe und Betreuung und wurde im „Gemeindeheim“ untergebracht. Sie war immer eine sehr resolute Frau und im Dorf wohl bekannt.

Es war nur natürlich, dass sie Freiheiten genoss.

Von Anfang an legte sie Wert darauf ihr Zimmer abzuschließen, den Blumenschmuck in der Hauskapelle zu machen, tagsüber zu Gehen und zu Kommen wie es ihr beliebte. In ihrem Zimmer hat niemand etwas zu ändern oder ungefragt verloren.

Widerspruch verträgt sie bis heute schlecht. Medikamente und Pflegemaßnahmen werden nur nach ihren Maßstäben gesetzt oder gar nicht. Mittlerweile ist sie fast taub, was sie nicht so sehr stören dürfte. Hörgeräte wurden von ihr immer kategorisch abgelehnt.

Körperpflege lässt sie bis heute nur begrenzt und nur von bestimmten Pflegepersonen zu, unter denen ist aber auch ein Mann. Sie hatte früher auch einen männlichen Hausarzt, es gab ja keine Frauen. Sie scheint jetzt aber mit mir als Frau, denke ich, ganz zufrieden zu sein.

Als ich sie als Patientin übernommen habe, war ich mit dieser recht eigenwilligen Person etwas überfordert. Ich hatte in ihr eine hoch betagte Patientin, die sehr selbständig war und absolut eigenbestimmt.

Ich kam immer wieder nur um zu fragen wie es ihr geht. Ihre Antworten habe ich wegen ihrer sehr undeutlichen Sprache oft nicht verstanden, aber dennoch wurde sie zunehmend freundlicher und erfreut, wenn ich kam. Denn ich war da, hörte zu, und eines hatte ich verstanden, sie benötigt regelmäßig Bepanthenalbe und ich brachte sie einfach so mit. Wofür war mir länger nicht klar.

Beim Pflegepersonal habe ich nachgefragt, kein Mensch konnte es mir sagen, zur Pflege halt, das sei schon ewig so.

Ich nahm mir Zeit für ein Gespräch mit ihr um Biographisches zu erfahren.

Als sie ins Heim kam, war der Pfarrer schon vor ihr da, mit Demenz.

Er war zu allen sehr anzüglich und ordinär, gab auch einiges von seinem Sexualleben preis, was dazu führte, dass Elisabeth mit ablehnendem und teils aggressivem Verhalten ihm gegenüber reagierte.

Eine weitere Beziehung zwischen beiden war nicht mehr möglich, sie reagierte mit Rückzug und Ablehnung. Vermutlich war ihr sein Verhalten einfach peinlich.

Diese Situation mit beiden sorgt heute noch für Gelächter, was es Elisabeth sicher nicht leicht gemacht hat. Der Pfarrer ist nach ein paar Jahren verstorben.

Vor drei Jahren hat mich Elisabeth gerufen, sie hatte Juckreiz genital. Das Personal meinte Harnwegsinfekt. Das war aber nicht so. Niemand hatte mit ihr gesprochen um eventuell einmal genital nachzusehen, erst einmal hatte man ihr einfach Canestensalbe von einem anderen Bewohner gegeben und dann gemeint es sei ein HWI.

Nicht einmal ein Harnstix war drin, auch das war zu peinlich, keiner hat sich getraut.

Also war ich vermutlich die erste Ärztin, die Elisabeth genital untersucht hat und das mit 100 Jahren. Von der Pflege hatte damals niemand Zugang zu ihrem Intimbereich.

Sie war sehr offen zu mir, und ich habe erfahren, was ich mir schon gedacht habe. Seit Jahren befriedigt sie sich selber, da sie unter Trockenheit genital leidet, benützt sie immer Bepanthencreme.

Jetzt leidet sie ständig unter Juckreiz und Berührung ist fast schmerzhaft. Es zeigte sich, dass Elisabeth einen ausgeprägten Lichen sclerosus hatte und vermutlich ein beginnendes Vulvacarcinom.

Sie wird nicht daran sterben, das war ihr gleich klar, aber ein bisschen Freude? Diese Frage kam gleich.

Mit Hormonsalbe geht es jetzt ganz gut, der Juckreiz ist weg und Bepanthenalbe bringe ich weiterhin.

Diese über 100 jährige Patientin hat sich im Heimleben mit ihrer Resoltheit einen Nischenplatz erkämpft, wie ich ihn den anderen Bewohner/innen wünschen würde. Sie sitzt jetzt im Rollstuhl aus eigenem Willen (zu müde zum Gehen) und braucht fast überall Hilfe. Sie ist aber anhaltend so resolut, dass keiner ungefragt ihr Zimmer betritt. Auch nachts akzeptiert sie es nicht, wenn man schaut ob sie schläft.

Nur die Neuen machen das einmal.

Es ist auch nicht notwendig, sie ist nicht dement und würde sich melden, wenn sie etwas plagt. Sie lebt weiterhin völlig eigenbestimmt und konnte auch ihr Sexualleben ein bisschen mit ins Heim nehmen. Ich habe sie nach dem Wunsch zu heiraten früher einmal gefragt. Sie fand das sehr lustig und heiraten absolut unnötig.

Ich glaube sie vermisst einen Mann auch nicht.

Aber ob Elisabeth im Heim mit einem Mann eine sexuelle Beziehung haben könnte, wage ich zu bezweifeln. Auch, wenn das Personal nichts zu melden hat, wäre es in diesen Betreuungsstrukturen eher nicht möglich.

#### Adolf F., 78 J.:

Adolf ist seit über 20 Jahren im Heim. Nach einem Schlaganfall war die Betreuung zu Hause nicht mehr möglich.

Er ist hemiparetisch links, hat eine Sprachstörung, ist multimorbid und seit Jahren nur mehr Rollstuhlmobil. Er verlässt das Heim so gut wie nie, außer er geht zum Arzt.

Angehörige kommen seit Jahren keine.

Er war sehr jung als er ins Heim kam.

Sexualität wurde rasch zum Thema, nämlich zum Problem.

Er masturbierte oft, schmierte dann sein Sperma überall hin. Der Pflege grauste es, keiner wollte mehr ins Zimmer zu ihm.

Der Hausarzt hat Antidepressiva verschrieben und die Pflegeleitung Kleenex gekauft. Außerdem hieß es, beim Adolf müsst ihr aufpassen.

In all den Jahren hat das Personal mehrmals gewechselt, auch der Hausarzt.

Auffallend ist nur, dass bei jeder Neubesprechung von seiner Person *hauptsächlich* das Thema „der masturbiert“, „Vorsicht beim Reingehen und Bett machen“, geblieben ist.

Als ich die ärztliche Betreuung übernommen habe, hat man bei jeder Visite sofort gespürt: in das Zimmer geht keiner gerne rein, da gibt es Vorbehalte. Man geht auf Distanz.

Er bekommt in der Körperpflege relativ wenig Körperkontakt, keiner nimmt sich einmal Zeit für ein Verweilen im Zimmer und ein Gespräch.

Er hat sich in die Religion zurückgezogen, ist ein glühender Marienverehrer und leidet immer unter vielfältigsten Abdominalbeschwerden, geht regelmäßig zum Urologen zur Kontrolle. Er will wöchentlich den Arzt sehen und bespricht immer akribisch mögliche Kontrolluntersuchungen bei diversen Ärzten und Spitälern. Er genießt jeden Spitalsaufenthalt.

Einige Jahre hat ihn die damalige Stationsleiterin mit Pornoheften versorgt, da gab es deutlich weniger Arzt- und Spitalskontakte. Dies passiert jetzt aber schon seit drei Jahren nicht mehr.

Mit jemandem, der ihm Nähe, Körperkontakt und Zärtlichkeit gibt, würde er sicher weniger Ärzte und Marienstatuen brauchen.

Er wäre ein Patient der von einer „Berührerin“ oder „Sexualassistenz“ eventuell profitieren könnte.

Mit der Pflege habe ich das thematisiert, es wird abgelehnt. Da es in letzter Zeit aber einen Wechsel der Leitung gegeben hat, besteht hier Hoffnung auf Veränderung.

Karl, 90 Jahre,

wollte noch einmal Sex erleben, besprach dies, „hab acht“, mit seinem Pflegeleiter, der versuchte ihm eine Sexualassistenz zu besorgen. Leider fand dies nie statt, da

es ihm seine Angehörigen verboten hatten. Eigentlich ein Grundrecht, das niemanden etwas angehe, würde man meinen. Hier sehen wir, was so ein Wunsch auch bei Angehörigen auslösen kann. Angst vor Kontrollverlust, Macht, Eifersucht, ein Tabu, eigene gestörte Sexualität? Und, und, und.

#### Herr Josef R., 89 J. und Frau Berta B., 82 J.:

Sie lebten fast 30 Jahre als Paar in Lochau in einer gemeinsamen Wohnung.

Durch seine zunehmende Demenz war Frau B. immer wieder sehr gefordert, musste ihr Alltagsleben sehr stark umstellen. Nach einem Sturz mit Schenkelhalsbruch konnte sie die Betreuung nicht mehr alleine bewältigen und der Sohn von Herrn R. entschied sich für's Heim.

Herr R. wurde in Lochau aufgenommen, Frau B. kommt seither täglich fast den ganzen Nachmittag zu Besuch. Sie kümmert sich weiter sehr um ihren Mann, versucht ihm weiter Geborgenheit und Sicherheit zu geben.

Nur in der Hausarztpraxis weint sie oft. Ihr Leben ist einsam. Der Sohn des Mannes ignoriert sie, ihre finanzielle Lage ist durch die jetzt allein zu tragende Miete nahezu prekär.

Sie sieht keinerlei Möglichkeit einmal wieder Zärtlichkeit zu erfahren, sehnt sich aber sehr danach.

Das Pflegepersonal sei sehr nett, aber sie hat das Gefühl mit ihrem Mann nicht mehr alleine sein zu können außer beim Spazieren. Das machen sie jeden Tag.

Aber eigentlich ist nur der Mann im Heim, sie gehöre nicht mehr dazu.

Hier haben der Pflegealltag, aber auch eine Erkrankung und die Angehörigen eine Beziehung verschlungen.

Wenn man mehr auf Frau B. eingegangen wäre, sie nicht nur Besucherin wäre, sondern auch als Partnerin von Herrn R. Akzeptanz fände, würde es ihr heute besser gehen.

Aber hier konnten sich weder das Personal noch der Sohn vorstellen, dass diese Beziehung nicht nur eine Zweckgemeinschaft war, sondern wie eine Partnerschaft, auch mit Sex, funktioniert hat.

Dass das Zimmer für zwei Personen gestaltet sein soll und sie auch einmal übernachten könnte, sie auch andere Interessen an ihrem Mann hat – außer ob er genug gegessen hat – das existiert für die anderen nicht.

Es sollte eigentlich in der Pflege schon primär bei der Aufnahme des Partners besprochen werden, nicht erst wenn der Hausarzt kommt, weil es seiner Patientin nicht gut geht.

Allerdings war hier sicher auch der Sohn ein hemmendes Element, da er *diese* Beziehung zwischen seinen Eltern plötzlich ignoriert.

Und ein schönes Beispiel aus der Literatur möchten wir auch noch ganz ans Ende stellen:

Carlos Ruiz Zafo'n

Der Schatten des Windes

Daniel, der Protagonist des Romans, ein junger Mann, und Fermin, der andere Protagonist, ein wesentlich älterer Mann, sind enge Freunde geworden. Im Laufe des Romans, zu Zeiten der Diktatur, nach '45, besuchen sie ein Altenheim in Barcelona. Es ergibt sich, dass Daniel einem alten Mann verspricht ihm noch seinen sehnlichsten Wunsch vor seinem Ableben zu erfüllen, noch einmal eine Frau zu haben. Zitat:

„.....Am angezeigten Abend folgte ich (Erzähler) ihm gehorsam zu einem schmutzigen Lokal in der Calle Escudellers. Eine Gruppe Damen von weitem Erfahrungshorizont empfing uns mit strahlendstem Lächeln.

„Wir holen die Rociito“, verkündete Fermin.

Zu dritt suchten wir ein Taxi, das uns zum Altenheim Santa Lucia bringen sollte.

(...) und schleusten die Rociito durch die Hintertür hinein, die benutzt wurde, um die Verstorbenen durch ein Gässchen wegzuschaffen, wo es aussah und roch wie in der Speiseröhre der Hölle. Hier gab Fermin der Rociito die restlichen Anweisungen, während ich das Altchen suchte, dem ich seinen letzten Tanz mit Eros versprochen hatte, ehe Thanatos ihm die Schlussrechnung präsentierte.

„Denk dran, Rociito, der Opa ist ein wenig schwerhörig also sprich laut, deutlich und ein wenig schweinish mit ihm – und schelmisch – so gut wie du es verstehst, aber



übertreib nicht, er soll ja nicht vorzeitig mit einem Herzstillstand dem Himmelreich überantwortet werden“. (...)

Ich fand den Begünstigten dieser Leihliebe in einem Winkel im ersten Stock, einen weisen, hinter Mauern der Einsamkeit verschanzten, Eremiten ...

Ich führte ihn zu einer düsteren Zelle, die Fermin und die Rociito mit ein paar Kerzen und Parfumspritzern hergerichtet hatten. Als unser Eremit den Blick auf Rociitos überbordende Schönheit richtete, erleuchteten Traumparadiese sein Gesicht.

„Gott segne Sie.“

„Und ihnen viel Spaß“, sagte Fermin. Ich sah, wie die Rociito den Alten mit unendlicher Zärtlichkeit in die Arme nahm und ihm die Tränen von den Backen küsste. Fermin und ich zogen uns von der Bildfläche zurück.“

## **6. Bestandsaufnahme, Entwicklungstendenzen, kritische Bilanz, mögliche Modelle**

Insgesamt zeigt sich, dass bei dem Thema „Umgang mit Sexualität im Pflegeheim“ sehr vielfältige Vorstellungen von Sexualität bestehen. Es sei uns erlaubt, vorwegnehmend folgende Stellungnahme zu deponieren:

Abgesehen von allen kulturellen Vorgaben, gesellschaftlichen Konventionen und den noch immer vorhandenen Problemen der öffentlichen Akzeptanz mit den einfachsten biologischen Vorgängen unseres Menschseins sollten wir alle, Angehörige, Ärzte/innen, Betreuende, je nach unserer eigenen Erfahrung mit Sexualität, die ihre Wurzeln in unserer Kindheit hat, aufgefordert sein, gemäß unserer eigenen Offenheit, dem uns eigenen moralischen Impetus, unserer Aufgeklärtheit entsprechend zu handeln.

*Abstrakt stellt sich unser Themenkreis wie folgt dar:*

Definitionsgemäß wäre Sexualität: „Die Gesamtheit des durch den Geschlechtstrieb begründeten Verhaltens.“ (Duden)

In der Definition von Sexualität im Sinne der Veröffentlichungen der Zusammenarbeit von Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO) und der World Association for Sexual Health (WAS) finden wir die grundsätzlichen Problemstellungen, welche unserer Arbeit zugrunde liegen, schon besser verdeutlicht:

*„Sexualität (Geschlechtlichkeit) bezieht sich auf eine Kerndimension des Menschseins, die biologisches Geschlecht (SEX), Geschlechtsrolle (Gender Role) und Geschlechtsidentität (Gender Identity), sexuelle Orientierung, Erotik, emotionale Bindung/Liebe und Fortpflanzung einschließt.*

*Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Rollen, Beziehungen.*

*Die Sexualität entsteht im Zusammenspiel biologischer, psychologischer sozioökonomischer, kultureller, ethischer und religiöser bzw. spiritueller Faktoren. Während die Sexualität alle diese Aspekte beinhalten kann, brauchen nicht alle ihre Dimensionen immer erfahren oder ausgedrückt werden. Zusammengefasst, wird unsere Sexualität aber in allem erfahren und ausgedrückt, was wir fühlen, denken und tun.“(WAS 2001, deutsche Übersetzung von E.J. Haeberle)*

Von Seiten der Pflege scheint Sexualität im Alter weniger weit gefasst zu sein und sich lediglich als Bedürfnis nach Körperkontakt und Nähe zu definieren und darauf zu reduzieren. Wir allerdings sind der Meinung, dass dies zu wenig ist.

Es scheint jedenfalls hoch an der Zeit, auf die öffentliche Relevanz des Themas hinzuweisen:

Vorerst einige Hinweise für eine zunehmende öffentliche Thematisierung der Alterssexualität, wie sie in einigen Artikeln von Fachliteratur und auch in Diplomarbeiten von Pflegekräften zu finden ist.

Zum Beispiel: DGKS Hermine Bleiberger schreibt in ihrer Semesterarbeit im Rahmen der Sonderausbildung „Weiterbildung für Führungsaufgaben der mittleren Führungsebene“ in Graz 2004: „Gemeinsamkeiten, Zuneigung und Freundschaften zu unterstützen und zu fördern, ist Aufgabe in der Pflege und Betreuung der älteren Menschen. Gegenseitige Besuche und gemeinsame Wochenendurlaube könnten

und sollten ermöglicht werden. Rückzugsmöglichkeiten und eigene Räume nehmen den Bewohnern die Angst vor Störungen. Warum nicht ein Schmusezimmer? Hier können und müssen Pflegende unterstützend eingreifen.“ (Semesterarbeit DGKS H. Bleiberger Graz, Juni 2004)

Dies geht schon einigermaßen weit, aber zuerst muss noch der Weg geebnet werden. Schön, dass eine angehende Wohngruppen- oder Pflegeleiterin so liberale Ansichten hat, sie gesteht in ihrer Arbeit auch den „Alten“ das Recht auf sexuelles Leben zu. Es sollte für uns alle Sexualität in jedem Lebensalter möglich sein, Sexualität als Grundrecht.

Das Bedürfnis diese auch als alter Mensch leben zu können, sollte Akzeptanz finden und nicht weiter ein marginalisiertes Thema sein.

Sexualität wird in unserer Gesellschaft meist nur jungen Leuten zugesprochen; Seit die immer größere demographische Gruppe der über 60-jährigen als starker wirtschaftlicher Faktor erkannt wurde, bemerkt man einen beginnenden Wandel. Zumindest die Werbung gesteht dem potentiellen Konsumenten dieser Altersklasse einen Hauch von Sexualität zu: Abgesehen von den „aktiven Alten“ hinterm Steuer der Limousinen und an der Reeling des Kreuzfahrtschiffs, wird neuerdings zunehmend auch der Intimbereich entdeckt (Viagra, Prostata-Vergrößerung, spezifische Hygieneartikel), bezeichnenderweise nicht zur Aufklärung, sondern aus marktstrategischen und wirtschaftlichen Gründen, was aber hier nicht weiter diskutiert werden soll. Wenn es hilft Tabus zu brechen, mag es ein Mittel dafür sein.

Abgesehen davon scheint die gesellschaftliche Wahrnehmung immer noch in anachronistischen Randzonen zu verharren:

Die, die im Alter offen ihre Sexualität leben, werden bestaunt und belächelt. Prominente finden sich in der Boulevardpresse, aber richtige Akzeptanz wird selten aufgebracht, selbst bei Schauspielern oder anderen Personen, die in der Öffentlichkeit stehen, findet sich das gewisse Odeur einer ungehörigen Lebenslust.

Sexualität gehört nicht in das üblicherweise von den Medien transportierte Altersbild, lediglich als Quotenbringer fragwürdiger Unterhaltungsformate werden unsere Bedürfnisse peinlich vorgeführt.

Traditionell wird Sexualität im Alter vorwiegend eher den Männern zugestanden.

Allerdings meist im Kontext falschen Wohlwollens mit dem negativen Beigeschmack des „geilen alten Bocks“.

Im Rahmen der Pflege thematik stellt sich dieser Umstand, jedenfalls bei Männern, welche gerne reflektierend ihre Befindlichkeit ansprechen, z.B. bei der Morgentoilette, in etwa so dar: „Jetzt ist er steif...“; darüber berichtet die Pflege regelmäßig. Fast ist man versucht, von einer Form der Selbstzensur zu sprechen, welche die Artikulation eines Bedürfnisses nur in Form abgelegter Zoten als zulässig erscheinen lässt. Warum lässt sich in einer selbstgewissen Kultur, wie der unseren, nicht als Selbstverständnis feststellen:

„Warum nicht auch im hohen Alter lieben?“

Und um ein paar denkbare Antworten anzuführen:

„Ja, wenn ich mich nicht genießen muss. Wenn das meine Kinder akzeptieren. Wenn ich die Möglichkeit hätte, vorbehaltlos jemanden kennen zu lernen, wir in Ruhe und ungestört Intimität leben könnten“.

Ob das Konzept eines „Schmusezimmers“ ausreicht, die Defizite unserer Gesellschaft im Umgang miteinander auszugleichen, sei dahingestellt. Es handelt sich hier im Wesentlichen um eine gesamtgesellschaftliche Problematik, welche in der einschlägigen Literatur der institutionalisierten (Sozial-)Forschung sicher ausführliche Behandlung findet, den Rahmen dieser vorliegenden Untersuchung aber sprengt.

Wir als Mediziner wollen noch auf folgendes verweisen:

Es gibt auch eine Definition für den schönen Begriff „Sexuelle Gesundheit“:

Gemäß Pan American Health Organisation und WHO ist sexuelle Gesundheit nicht definiert durch die Abwesenheit von Krankheit oder Dysfunktion, sondern ein essentieller und vitaler Teil des Lebens mit der Erfahrung eines fortschreitenden Prozesses der körperlichen, geistigen und soziokulturellen Gesundheit in Verbindung mit Sexualität, die gesamte Lebensdauer betreffend. (BMC women`s health, Artikel sexual health 8/04)

Muss man da noch fragen, warum nicht auch noch im Alter lieben und Sex haben?

Nur aufgrund des Alters kann man Menschen einen vitalen Teil ihres Lebens und ihrer Gesundheit nicht absprechen.

Bezüglich wünschenswerter Entwicklungen, in welche Richtung der mündige Umgang mit der Sexualität im Pflegeheim für den Alten Menschen zielen könnte, haben wir ein Gespräch mit Wilfried Feuerstein geführt:

Er hat das Alten- und Pflegeheim in Langenegg einige Jahre geleitet, und ist jetzt unter anderem auch als Lehrer tätig, u.a. in der Ausbildung der Altenpfleger/innen. Bei ihm steht Sexualität auf dem Lehrplan.

In der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege ist Sexualität im Alter jedenfalls Teil des Lehrplanes, allerdings ist der Stundenumfang nicht genau vorgegeben. Von 30 Stunden „Pflege alter Menschen“, sind zwei davon dem Thema Sexualität gewidmet. Es komme jedoch auch immer wieder in anderem Zusammenhang vor. Ein Fach mit 14 Stunden befasst sich beispielsweise mit „sich als Kind, Frau oder Mann fühlen und verhalten“.

Herr Feuerstein stellt Nähe, Körperkontakt, Vertraulichkeit und Wertschätzung in den Vordergrund und sieht hier eine große Herausforderung für die Pflege. Dies erfordere aber Zeit, diese falle aber immer zunehmender der Pflegedokumentation anheim, anstatt den Patienten. Dazu komme noch der Pflegeschlüssel.

Er sieht die Sexualität im Alter stark biographisch bedingt, wie viele Verhaltensmuster. Ein Mann/Frau mit ausgeprägtem Sexualverhalten in jungen Jahren wird auch im Alter möglichst aktiv sein wollen, seine Bedürfnisse befriedigen wollen. Aber im Grunde sieht Herr Feuerstein die Hauptbedürfnisse im Bereich der Zuwendung, des Gehört-werdens, dem Körperkontakt, der Zärtlichkeit, der Wertschätzung für einen Menschen.

Das Ausüben des Geschlechtsverkehrs trete eher in den Hintergrund. Selbstbefriedigung spiele sicher eine Rolle und wird oft praktiziert.

Oft entstehen im Alter auch gleichgeschlechtliche Beziehungen mit dem Austausch von Zärtlichkeiten, die von der Umgebung oft nur als Freundschaft, Bekanntschaft, wahrgenommen werden und der Geschlechtsakt nicht zwangsläufig vollzogen wird.

Einschränkend stellt Herr Feuerstein fest, dass die Möglichkeit des Lebens aktiver Sexualität und Partnerschaft der Bewohner/innen eines Pflegeheimes in den heutigen Gesellschaftsstrukturen nicht offen steht, bei betreutem Wohnen schon, aber nicht im Pflegeheim.

Einzelzimmer würden dem entgegenwirken; es müsste zumindest die Möglichkeit von Doppelzimmern geben, ebenso flexible Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige, Partnerinnen.

Unnötige Routinekontrollen in der Nacht sowie pflegerische Handlungen, seien natürlich ein großes Hindernis.

Insgesamt gehe es aber darum, für die Menschen im Heim genügend Zeit zu haben und somit auch die Möglichkeit Beziehungen aufzubauen. Mit Bezugspflege könne man hier viel erreichen.

Aus dem bisher Dargestellten ziehen wir eine kritische Bilanz.

Für uns zeigt sich, dass in der Pflege offensichtlich sexuelle Bedürfnisse bei Alten mit Berührung, Nähe, „Streicheleinheiten“, gleichgesetzt werden.

Insgesamt bleibt heute im Rahmen der „modernen Pflegeplanung“ mit genau festgesetzten Zeiten keine Möglichkeit auf Bewohner einzugehen und sie als komplexe Persönlichkeit mit allen Bedürfnissen wahrzunehmen.

Voraussetzung wäre es anzuerkennen, dass Menschen in ihrer Sexualität und Intimität sehr verletzlich sind und es daher gerade in der Pflege, aber auch bei uns Ärzten ausgesprochen wichtig ist, unsere/n Patient/innen respektvoll entgegen zu treten, umso mehr, je weniger Selbständigkeit unser Patient/in noch haben

Bezugspflege und basale Stimulation als Pflegemethode sind sicher gute Instrumente um Nähe, Vertrautheit und angenehmen Körperkontakt zu geben.

Es braucht aber auch Interesse an der Biographie unserer Patient/innen und Wille zuzuhören und hin zu schauen, um herauszufinden, was sie brauchen.

So kann man oft „Verhaltensstörungen“ verstehen und ihnen verständnisvoll begegnen, sind doch öffentliches Entblößen, Onanieren oder Betatschen von Mitbe-

wohner/innen oft nur das Verlangen, gesehen und gehört zu werden, Kontakt einzufordern.

Schimpfen, auf die Finger klopfen, Zurechtweisungen sind wohl nicht angebracht und sollten der Vergangenheit angehören in unserer doch so aufgeklärten Zeit.

Es sollte entsprechende Flexibilität in der Pflege möglich werden, um dem/r Patienten/Patientin mehr Aufmerksamkeit schenken zu können, ihr/ihm zu helfen sein kleines Umfeld in seinem/ihrem Zimmer entsprechend anzupassen.

Medikamente zur sogenannten Ruhigstellung, wie sie früher in Heimen verwendet wurden (z.B. Brom), sollten, obwohl es neuere gibt, doch nur als ultima ratio angewendet werden, da diese ja auch mit einschränkenden Nebenwirkungen behaftet sind.

Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn einerseits im Rahmen der Pflege mehr persönliche Zuwendung und Zeit für die Bewohner zur Verfügung stünde, so dass in Form der Bezugspflege oder beispielsweise basaler Stimulation, Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt abgedeckt werden können.

Andererseits wären manche baulichen Veränderungen in vielen Häusern wieder zu überdenken, wie das Konzept der Einzelzimmer, das eben erst durchgesetzt wurde; ungestörte Besuchs- und Übernachtungsmöglichkeiten sollten geschaffen werden, Ehepaare nicht einfach getrennt werden.

Ein Taxi ab und zu zur/m Geliebten oder zu einer Sexualassistenz sollte ebenso möglich sein, wie die Unterstützung z.B. zu einem Pornoheft zu gelangen.

Es sollte Vertrauenspersonen geben, die mit Bewohner/innen besprechen können, was sie brauchen. Dazu muss aber das Thema Sexualität offen angesprochen werden können.

Pflegende sollten im Bestreben nach diesbezüglicher regelmäßiger Fortbildung von der Heimleitung unterstützt werden. Fortbildung sollte nicht erst dann erfolgen, wenn mit einem/r Heimbewohner/in krisenhafte Erfahrungen gemacht werden. Somit würde schon im Vorfeld zumindest ein Teil des Themas enttabuisiert.

Auch mit den Angehörigen sollte hier „gearbeitet“ werden um

Akzeptanz für die sexuellen Bedürfnisse der Mutter oder des Vaters zu schaffen.

Hier wird die Öffentlichkeit gescheut, nach außen hin darf es so etwas wie Sex im Heim nicht geben. Oft sind Träger der Heime christliche Orden, dennoch dürfen die Bewohner/innen nicht ihrer Sexualität quasi beraubt werden.

Nur zuzuwarten bis sich ein/e Bewohner/in meldet, seine/ihre Bedürfnisse vielleicht äußert, wird nicht immer funktionieren. Es sollte nicht so sein, dass er/sie erst sexuell auffällig werden muss, um wahrgenommen zu werden, das ist unprofessionell.

Direkt in die Körperpflege involviertes Personal sollte nicht mit den sexuellen Bedürfnissen eines/r Patienten/Patientin befasst sein. Sie können zwar jederzeit Kontakt und Nähe spenden, aber die Abgrenzung zu sexuellen Handlungen muss klar gegeben sein.

Bei Problemen mit sexuell übergriffigem Verhalten sollte es eine Vertrauensperson geben, die für den/die Patienten/Patientin herangezogen werden kann. In manchen Heimen eben jene Bezugsperson aus der Bezugspflege, welche mit dem/r Patienten/Patientin am ehesten ein offenes Gespräch führen kann.

Liebe und Sexualität sind doch auch eine Hinwendung zum Leben und treten verstärkt auf, wenn wir uns wohl fühlen (Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger, Schwerpunkt Sexualität im Pflegeheim, 50. Jg. 9/11).

Es wäre also eigentlich als Bestätigung und Kompliment für die Pflege zu werten und eben als ein Zeichen von Gesundheit, wenn sie Patient/innen betreut, die mit ihnen flirten, auch mal grabschen, auf den Po greifen, oder anzüglich reden, oder sich im Heim Paare finden können und dürfen. Wenn die Bewohner/innen sich eben auch der Liebe und dem Sex widmen können, weil sie sich durch ein offenes und aufgeklärtes Klima sicher und angenommen fühlen können.

Umso weniger Probleme das Personal mit der eigenen Sexualität hat, umso offener und verständnisvoller ist auch der Umgang mit den Patient/innen diesbezüglich.

Persönliche Reife können wir uns nur für jeden der in der Pflege generell arbeitet wünschen.

#### *Mögliche Aussichten:*

Wie in den unten angeführten Tabellen zu sehen, gehört der Geschlechtsverkehr sehr wohl auch zu den sexuellen Bedürfnissen von Männern und Frauen über 70, wenn auch im Vordergrund der Wunsch nach Zärtlichkeit steht.



Sexuelle Interessen von Männern in Abhängigkeit vom Alter (n=641)

	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	>75
Wunsch nach Zärtlichkeiten	98,9	100,0	96,6	100,0	99,1	97,2	92,8
Wunsch nach Petting	87,9	93,0	86,0	94,6	90,7	91,7	75,0
Wunsch nach Geschlechtsverkehr	98,9	100,0	99,6	98,7	99,1	88,9	61,2
Sexuelles Verlangen	100,0	100,0	97,7	98,7	100,0	94,7	79,2
Sexuelle Gedanken, Fantasien und Träume	98,9	98,1	97,7	100,0	98,2	97,3	84,5

Quelle: modifiziert nach Bucher et al. 2001

Angaben über Sexualität von älteren Frauen (N=91, Angaben in Prozent)

	50 Jahre+	60 Jahre+	70 Jahre+	80 Jahre+	Gesamtgruppe
sexuelle Aktivität*	81	52	46	8	53
- Geschlechtsverkehr	74	23	21	0	34
- Selbstbefriedigung	37	33	29	8	30
- Lesbische Aktivitäten	4	0	0	0	0
sexuelle Interessen**	89	67	67	15	66
- erotische Träume	67	68	74	33	64
- erotische Phantasien	64	54	41	9	48
sexueller Genuss***	91	93	100	100	94
Orgasmus****	74	80	25	-	68

\* Die Prozentangaben beziehen sich auf das aktive Vorkommen.

\*\* Generell sexuelles Interesse vorhanden (hoch-mittel-gering).

\*\*\* Angaben nur von sexuell aktiven Probandinnen.

\*\*\*\* Die Angaben beziehen sich nur auf sexuelle Aktivitäten mit einem männlichen Partner; bei Selbstbefriedigung erreichen alle in dieser Weise aktiven Probandinnen einen Höhepunkt.

Quelle: Hirsch (1996, S. 250) zit. nach von Sydow (1992)

(Manuela Kästner; Sexualität im Alter- (k)ein Tabu im Pflegeheim; GRIN Verlag 2006)

Natürlich müssen Tätigkeiten bei der Intimpflege klar als Pflege für den Patienten deklariert sein und sich definitiv gegen Dienste sexueller Natur abgrenzen. Dienstleistungen im Bereich der Pflege sind keine sexuellen Dienstleistungen und klar von diesen zu trennen.

Im Rahmen des Generationenwechsels und der steigenden Lebenserwartung wird möglicherweise in Zukunft eine Einrichtung, wie die der Sexualassistenten aktiv eingefordert werden.

Unter Voraussetzung einer funktionierenden Heim-internen Struktur (abgeschlossene bauliche Intimbereiche) würde sehr wohl zu diskutieren sein, ob Dienste einer Sexualassistenz, so sich diese nicht aus dem persönlichen Umfeld eines/einer Betroffenen von selbst efinden, durch unterstützende Bereitstellung eines solchen zu gewährleisten sind. In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Hemmnisse unseres Rechtsstaates verwiesen.

Das Thema der Sexualassistenz sollte in Vorarlberg zur Diskussion gebracht werden. Die rechtlichen Grundlagen diesbezüglich sollten einmal vom Standpunkt der pflegedienstlichen Gesundheitsversorgung überdacht werden.

In der Schweiz, Deutschland und Holland sind Sexual-Assistenzdienste Bestandteil der Versorgungsstruktur und leisten einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden von vor allem körperlich und geistig behinderten Personen.

Allerdings ist der finanzielle Aspekt, welcher hier nicht ausführlicher Gegenstand einer Erörterung sein kann, in diesen Ländern auf private Basis gestellt; zumindest die rechtlichen Rahmenbedingungen werden vom Staat gewährleistet.

Solche Modelle sollten auch bei uns angedacht werden, denn auch bei uns wird es vermehrt Menschen geben, die im Rahmen ihrer Altersversorgung nicht die Freiheit und Möglichkeit haben, aus ihrem direkten sozialen Umfeld Sexualkontakte erfahren zu können.

Für solche Menschen wäre eine Unterstützung ihrer sexuellen Bedürfnisse wünschenswert. Diese sollten sie auch erhalten können, was gemäß Nina de Vries in vielerlei Facetten möglich ist:

Nina de Vries, die „Erfinderin“ der Sexualbegleitung in einem Vortrag der Integra Messe Wels am 26.09.06:

Wir sind Männer und Frauen, die aus einer gesunden und bewussten Motivation heraus, Menschen mit einer körperlichen, seelischen/psychischen oder geistigen Beeinträchtigung/Behinderung Hilfestellung zum Erleben ihrer Sexualität anbieten und dies zu ihrem Beruf machen. Wir ermöglichen Menschen, die auf Grund ihrer Situation (u.a. Krankheit, Unfall, Biografie) eine behutsame, kreative Annäherung auf dem Gebiet der Sexualität brauchen, ein intimes, sinnliches und erotisches Erlebnis und vermitteln ihnen ein positives Körpergefühl.

Wir bieten u.a. Beratung, Massage, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Anleitung zur Selbstbefriedigung, Handentspannung an. Einige bieten auch Geschlechtsverkehr und Oralkontakt an.

Wir achten Menschen mit Behinderung als gleichwertig.

## **7. Zusammenfassung**

*Zur Recherche:*

Aufgefallen ist uns bei unseren Erkundigungen, dass eine theoretische, offene Erörterung des Themenkreises mit unseren Gesprächspartnern in den Pflegeheimen vorbehaltlos möglich war.

Praktisch erweist sich die Umsetzung möglicher Ideen und Innovationen aber als sehr schwierig, da dies nicht von der Pflegeleitung allein abhängig ist. Hier arbeitet ein Team von verschiedensten Menschen mit seiner eigenen geklärten oder ungeklärten Sexualität und dieses Team bestimmt den Alltag der Heimpatient/innen.

Auch die Trägerschaft der Heime wirkt aufgrund eines möglicherweise zu befürchtenden Imageverlusts oft hinderlich.

Zudem sind die üblichen Pflegeabläufe und Strukturen in den Heimen vorwiegend auf die körperliche Betreuung und Hygiene ausgerichtet, was ein Sexualleben der Bewohner/innen nahezu unmöglich machen kann.

Der Begriff Sexualität, wie schon oben definiert, ist ein weiter; er beginnt für die Pflege bei Intimität, Berührungen, liebevoller Pflege, Wertschätzung, Wahrnehmung individueller Bedürfnisse, endet bei Selbstbefriedigung, Koitus war kein Aspekt.

Wir wünschen zum Wohle unserer aller Bewohner/innen weiterführende Fortbildung und weitere Aufklärung, um eventuellen Missständen und Missverständnissen entgegen zu treten.

Ein aktives Angehen der Bedürfnisse, hinsehen und wahrnehmen, das wünschen wir uns ebenso.

Wir müssen uns bewusst sein, dass Alterssexualität ein fließender Prozess darstellt, gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen unterliegt.

Das Thema der Sexualassistenz sollte wieder aufgegriffen werden.

Auch der Dialog mit uns Ärzten/innen wäre zu intensivieren, nicht erst, wenn es „brennt“.

Die Biographie der einzelnen Bewohner/innen der Heime muss mehr berücksichtigt werden, hier sollte auch auf die frühere sexuelle Aktivität (wie viele Ehen? Kinder? ...) ein Augenmerk gelegt werden.

Die Alterssexualität anderer Kulturen wurde hier aus einem Defizit heraus nicht berücksichtigt, doch auch dies wird uns aufgrund der zunehmenden Migration in den nächsten Jahren beschäftigen müssen.

Allein durch die Bearbeitung des Themas Sexualität haben wir beide bemerkt, dass auch wir einen anderen Zugang dazu gefunden haben.

Unser Altersbild hat sich um eine wichtige Dimension erweitert.

Die Alterssexualität unserer Elterngeneration ist womöglich eine andere, als es die unsere sein wird; heute schon die Grundlagen einer der freien Persönlichkeit zuträglicheren Struktur zu schaffen, sollte in unserem ureigenen Interesse liegen.

Enden möchten wir mit dem Zitat Erwin Ringels:

“Zwei Lebensperioden sind es, in denen Menschen von ihrer Umwelt besonders krass benachteiligt werden: Die Kindheit und das Alter – „Randgebiete eben“.

(Ringel, 1994, S.70).



## **8. Anhang**

Sexuelle Rechte nach der Erklärung der World Association for Sexual Health (WAS)

### **Das Recht auf sexuelle Freiheit**

Sexuelle Freiheit umfasst die Möglichkeit des Individuums, sein volles sexuelles Potential zum Ausdruck zu bringen. Dies schließt aber jederzeit und in jeder Lebenssituation jede Form von sexuellem Zwang, Ausbeutung und Missbrauch aus.

### **Das Recht auf sexuelle Autonomie und auf die Unverletzlichkeit und den Schutz des sexuellen Körpers.**

Dieses Recht beinhaltet die Fähigkeit, im Zusammenhang mit einer persönlichen und sozialen Ethik, autonome Entscheidungen über das eigene Sexualleben zu treffen. Es umfasst auch die Kontrolle und den Genuss des eigenen Körpers ohne Folter, Verstümmelung und Gewalt jedweder Art.

### **Das Recht auf die sexuelle Privatsphäre**

Dies beinhaltet das Recht auf persönliche Entscheidungen und Verhalten in Bezug auf Intimität, solange diese nicht die sexuellen Rechte anderer berühren.

### **Das Recht auf sexuelle Gleichbehandlung**

Dies bezieht sich auf die Freiheit von jeder Art von Diskriminierung wegen der Geschlechtszugehörigkeit, der sexuellen Orientierung, des Alters, der Rasse, der sozialen Klasse, der Religion, der körperlichen und geistigen Behinderung.

### **Das Recht auf sexuelle Lust**

Sexuelle Lust, einschließlich der Selbstbefriedigung, ist eine Quelle körperlichen, seelischen und spirituellen Wohlbefindens.

### **Das Recht auf den sexuellen Ausdruck von Gefühlen**

Sexueller Ausdruck ist mehr als erotische Lust oder sexuelle Akte. Individuen haben das Recht ihre Sexualität durch Kommunikation, Berührung, Gefühlsausdruck und Liebe auszudrücken.

### **Das Recht auf freie sexuelle Verbindungen.**

Dies bedeutet die Möglichkeit, zu heiraten oder nicht, sich scheiden zu lassen und andere Arten verantwortungsvoller sexueller Verbindungen einzugehen.

### **Das Recht auf freie und selbstverantwortliche Wahl bei der Fortpflanzung.**

Dies schließt das Entscheidungsrecht ein Kinder zu haben oder nicht, die Anzahl und den Geburtsabstand der Kinder zu bestimmen und das Recht Zugang zu den Mitteln der Fruchtbarkeitsregulierung zu haben.

### **Das Recht auf sexuelle, wissenschaftliche fundierte Information.**

Dieses Recht bedeutet, dass Sexualinformation durch ungehinderte, aber wissenschaftlich ethische Forschung gewonnen werden und auf angemessene Weise auf allen Ebenen verbreitet werden sollte.

### **Das Recht auf umfassende Sexualerziehung.**

Dies ist ein lebenslanger Prozess von der Geburt bis zum Lebensende, an dem alle gesellschaftlichen Institutionen beteiligt sein sollten.

### **Das Recht auf sexuelle Gesundheitsvorsorge und Gesundheitspflege.**

Sexuelle Gesundheitspflege sollte für die Vorbeugung und Behandlung aller sexueller Anliegen, Probleme und Krankheiten zur Verfügung stehen.

Literaturangabe:

Manuela Kästner; Sexualität im Alter- (k)ein Tabu im Pflegeheim; Diplomarbeit  
GRIN-Verlag 2006

Hermine Bleiberger; Semesterarbeit Juni 2004; Sexualität im Alter/Altersheim  
Google

BMC women`s health ; Sexual health  
<http://www.biomedcentral.com>

European Journal of medical research, Okt., 2005  
A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking  
behaviour in middle aged and older adults in Germany.  
E.D. Moriera Jr., U.Hartmann, D.B. Glasser, C.Gingell, for the GSSAB Investigators Group

Die Schwester/Der Pfleger; Schwerpunkt: Sexualität im Pflegeheim  
Christine Sowinski; 50. Jahrgang 9/11

Pflege Aktuell; Alte Liebe rostet nicht; Stolz H.; 1/2002

Alzheimer Forum; Sexualität von und mit Demenz-Kranken; Dr. Dr. Herbert Mück

Michael Frank, österr Pflegezeitschrift 2004; Sexualität im alter? ein Tabu?

Schwald J. 2010; Sexualassistenz in Vorarlberg

Müller M. 2007; Sexualität im Altersheim

Louis Lowy; Soziale Arbeit mit älteren Menschen

G.Heuft/A.Kruse, H. Radebold  
Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychologie