



# *SEXUALITÄT IN EINRICHTUNGEN DER STATIONÄREN ALTENHILFE*





## Inhalt

<b>I. Einführung</b> .....	8
<b>Sexualität in Einrichtungen der Altenpflege – ein Thema, das berührt.</b> .....	8
<b>Ziele</b> .....	9
<b>Zum Umgang mit der Orientierungshilfe</b> .....	10
<b>II. Kapitel: Sammlung von Fallvignetten</b> .....	11
<b>III. Kapitel: Grundsätzliche Themen</b> .....	13
<b>Sexualität im Alter</b> .....	13
<b>Sexualität bei Menschen mit Demenz</b> .....	17
<b>Aspekte katholischer Moraltheologie</b> .....	20
<b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b> .....	24
<b>IV. Kapitel: Orientierung für die Praxis</b> .....	26
<b>V. Kapitel: Mögliche Instrumente</b> .....	35
<b>Impressum</b> .....	41



## Vorwort

Liebe Mitarbeitende in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe,

verschiedentlich haben katholische Träger zu der Thematik des Umgangs mit der Sexualität bei Bewohnerinnen und Bewohnern für ihre Einrichtungen bereits Empfehlungen erarbeitet und ihren Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Da nicht alle Einrichtungen über Ethikbeauftragte verfügen, die sich der Bearbeitung dieses Themas widmen können, stellt das Erzbistum allen Interessierten die vorliegende Orientierungshilfe gerne zur Verfügung.

In der Auseinandersetzung mit der Frage um Prävention und des Umgangs mit Schutzbefohlenen sind auch Mitarbeitende, Patienten und Bewohner in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in den Blick gekommen. Ausgehend von konkreten Erfahrungen ist der Bedarf nach einer Orientierung für die Praxis von Pflegenden deutlich geworden. Ein besonderes Anliegen war es, dabei für eine angemessene Auseinandersetzung zu sorgen. Pflegerische, medizinische und juristische Aspekte werden aus einer ethischen Perspektive reflektiert und durch moraltheologische Überlegungen ergänzt.

Wir hoffen, diese Orientierungshilfe regt Sie an, die alltägliche Versorgung von Menschen im Alter zu überdenken und Wege zu gehen, die den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den Pflegenden noch stärker gerecht werden.

Hildegard Huwe            Ulrich Fink

Diözesanbeauftragte für Ethik im Gesundheitswesen  
Redaktionsteam



## I. Einführung

### **Sexualität in Einrichtungen der Altenpflege – ein Thema, das berührt.**

Das Thema *Sexualität in Altenhilfeeinrichtungen* gerät zunehmend deutlicher in den Blick; ebenso wie die damit zuweilen verbundenen Konfliktkonstellationen. Bislang wird die Thematik eher selten offen erörtert. Die weit verbreitete Vorstellung, Sexualität habe für Menschen höherer Lebensalter allenfalls nur noch marginale Bedeutung, bringt mit sich, dass man sich eher nicht mit diesen Fragen auseinandersetzt. Die Erfahrungen von Mitarbeitenden in den Einrichtungen zeigen aber (wie übrigens auch wissenschaftliche Studien) eine andere Wirklichkeit.

Dieser Einsicht müssen sich die Träger von Einrichtungen der Altenhilfe stellen. Es geht um die Frage, wie die Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Häuser ihre Sexualität in einem angemessenen und menschenwürdigen Rahmen leben können. Die Beantwortung dieser Frage setzt einen Diskurs voraus.

Sexualität ist eine der zentralen Dimensionen menschlichen Lebens. Sexualität kann große Lebensfreude und tiefes Glücksempfinden bedeuten – aber auch mit Angst, Verletzung, Grenzüberschreitung, Abwertung, Scham, Schuldgefühl und Schuld verbunden sein. Auch die Kategorien Macht und Ohnmacht sind oftmals berührt. Menschliche Sexualität ist in der Regel sehr privat – normalerweise entscheidet eine Person selber, wem sie diese Seite der eigenen Persönlichkeit offenbart und wem nicht. Unter dem Vorzeichen, auf die Unterstützung einer betreuenden Einrichtung angewiesen zu sein, ist dieser Entscheidungsspielraum jedoch häufig nicht mehr gegeben. Augenfällig wird das beispielsweise bei Menschen, die auf Hilfe bei der Körperpflege angewiesen sind. Damit verbunden ist immer auch, von fremden Menschen im Intimbereich gesehen und angesehen zu werden, dort berührt und angefasst zu werden. Dieses (unvermeidliche) Überschreiten von im normalen Alltagsleben gewahrten Grenzen ereignet sich zudem oft bei Menschen, die durch den Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten nicht mehr in der Lage sind, diese Erfahrungen angemessen einordnen zu können.

Auch diejenigen, die sich diesem Thema auf professioneller Ebene stellen, werden in existentieller Weise involviert. An erster Stelle Mitarbeitende im direkten Bewohner-Kontakt. In ihrem Anspruch, Menschen fachgerecht und menschenwürdig zu versorgen, werden sie immer wieder mit Situationen konfrontiert, denen man sich – hätte man die Wahl – sonst nicht aussetzen würde, die Schutzreflexe und klare Grenzziehungen hervorrufen würden. Ein Ausweichen, das im Pflegealltag aber oft nicht möglich ist.

Aber auch die, die im Hintergrund Verantwortung tragen, als Einrichtungsleitung oder als Trägervertreter etwa, kommen bei diesem Thema nicht „ungeschoren“ davon, auch ihnen wird es „unter die Haut gehen“.

Ausschließlich normative Antworten und Rezepte werden der komplexen Realität in den Einrichtungen nicht gerecht, ebenso wenig wie ein nur defizitorientierter Umgang damit.



Das Anliegen sollte vielmehr sein, Sexualität lebensbejahend, offen, wertschätzend und vorurteilsfrei zu thematisieren.

Die Herausforderung besteht darin, die Implikationen unseres christlichen Menschenbildes in diese erst allmählich wahrgenommene Realität hinein zu übersetzen – auf eine Weise, die den uns gleichermaßen anvertrauten Bewohnerinnen und Bewohnern als auch den Mitarbeitenden gerecht wird. Nicht das Verschweigen, sondern das Herausholen dieses „heiklen Themas“ aus der Tabuzone, wird dafür notwendig sein.

Aufgrund des wahrgenommenen Handlungsbedarfs setzt sich diese Arbeitshilfe folgende

### **Ziele**

- Träger, Leitende und Mitarbeitende brauchen Hintergrundinformation, um Handlungssicherheit zu gewinnen.
- Die Orientierungshilfe soll die Verantwortung der Einrichtung für einen respektvollen Umgang mit der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner deutlich machen und Wege zu einem verträglichen Zusammenleben aufzeigen.
- Die Orientierungshilfe hilft den Einrichtungen, ihrer Fürsorgepflicht ihren Mitarbeitenden gegenüber nachzukommen.
- Die Orientierungshilfe soll aus der Perspektive des christlichen Glaubens und Menschenbildes die Thematik in den Blick nehmen.
- Die Orientierungshilfe soll sowohl die Thematik als auch den Umgang mit ihr versachlichen und besprechbar machen.
- Die Orientierungshilfe soll für die positive Bedeutung von Sexualität für das geistige, seelische und körperliche Wohl sensibilisieren.

## **Zum Umgang mit der Orientierungshilfe**

Um den Umgang mit der Orientierungshilfe zu erleichtern, folgen einige Hinweise zum praktischen Gebrauch.

Die aufgeführten Fallvignetten führen direkt in Anforderungssituationen und lassen sich einsetzen, um innerhalb einer Fortbildung das Erzählen eigener Erfahrungen anzuregen, die Breite des Themas dazustellen oder Lösungswege zu diskutieren.

Im II. Kapitel wird in komprimierter Form Wissen hinsichtlich der zentralen Themen vermittelt.

Das III. Kapitel leitet daraus Handlungsorientierungen ab, die der dreifachen Abstufung „soll – sollte – kann“ folgen. „Soll“ stellt dabei den höchsten Empfehlungsgrad dar. Die sich jeweils anschließenden Vertiefungstexte bieten ergänzende Konkretisierungen an.

Das IV. Kapitel zeigt unterschiedliche Methoden und mögliche Gelegenheiten in einer Einrichtung auf, an denen belastende Situationen ins Gespräch gebracht werden können.

## II. Kapitel: Sammlung von Fallvignetten

1. Frau P., eine 70-jährige, verheiratete Bewohnerin einer Altenhilfeeinrichtung, beginnt eine Beziehung mit einem anderen Bewohner. Der Ehemann von Frau P., der in einer Nachbarstadt wohnt, soll nichts davon erfahren. Frau P. bittet die Mitarbeitenden daher um Verschwiegenheit. Außerdem bittet sie die Mitarbeitenden, ihr im Bedarfsfall ein Alibi zu geben.

2. Infolge eines Schlaganfalls kann der 51-jährige Viktor S. nicht mehr zuhause versorgt werden. Er lebt seit 19 Jahren in einem Haushalt mit Hans S., mehr als zwei Drittel der Zeit in eingetragener Partnerschaft. Als Bevollmächtigter seines Partners beantragt Hans S. die gemeinsame Aufnahme in ein Doppelappartement des katholischen Pflegeheims St. Josef.

3. Der ehemalige Ortspfarrer G. ist seit 6 Monaten im Altenheim St. Monika und hat eine fortschreitende Demenz. Tagsüber sitzt er regelmäßig im Aufenthaltsraum vor dem Aquarium. Die Pflegenden beobachten, dass er sich dabei wiederholt die Hose öffnet und an seinen Genitalien berührt. Die Reinigungsfrau äußert sich entrüstet, dass man doch nicht zulassen könne, dass sich ein ortsbekannter Geistlicher in der Öffentlichkeit selbst befriedige.

4. Gerda F, 77-jährig, ist mit ihrer Kraft am Ende. Mit Niemandem kann sie über ihr Problem reden. Sie wird zunehmend ängstlicher und depressiv. Gerda pflegt seit fünf Jahren ihren Mann, der an einer Demenz vom Alzheimer Typ erkrankt ist. Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt die pflegende Ehefrau, am Wochenende kommen die Kinder zu Besuch – eigentlich ist alles gut organisiert und vordergründig in Ordnung.

Wenn nicht das wäre, worüber Gerda bislang geschwiegen hat, was sie nicht verstehen kann. Fast täglich „ertappt“ sie ihren Mann. Er liegt dann im Bett, die Hände unter der Decke, und befriedigt sich selbst. Scham kennt er keine mehr – selbst wenn sie ins Zimmer kommt, unterbricht er sein Tun nicht. Bislang konnte Gerda sein Verhalten geheim halten, aber als er vor kurzem einmal die junge Krankenschwester von der Sozialstation belästigte, war es ihr doch zu peinlich.

5. Herr F., ein 40-jähriger Bewohner eines Pflegeheimes für Menschen zwischen 18 und 55 Jahren, hat bei der Intimpflege durch den Pflegehelfer Herrn S. öfter eine Erektion. Herr F. bittet Herrn S. bei mehreren Gelegenheiten darum, ihn manuell zu befriedigen. Dieser Bitte kommt Herr S. nach. Als er von der Heimleitung damit konfrontiert wird, erklärt Herr S., dass er selbst keinen Eigennutz daraus gezogen habe und die Handlungen sofort unterlassen hätte, wenn Herr F. Ablehnung signalisiert hätte. Herr F. bestätigt diese Darstellung. Ihm ist es sehr unangenehm, dass der Pflegehelfer, zu dem er eine gute, fast freundschaftliche Beziehung hat, nun mit dienstrechtlichen Konsequenzen zu rechnen hat.

6. Eine Pflegende wendet sich am Abend einem Bewohner zu und sagt: „Herr W., ziehen Sie sich schon mal aus und gehen Sie ins Bett. Ich komme dann gleich.“ Als sie später im Zimmer des Bewohners nachsieht, findet sie ihn im Bett: „Oh, Sie sind ja schon im Bett.“ Sagt der Bewohner: „Ja, wie Sie gesagt haben.“ Mit einer einladenden Geste schlägt er die Bettdecke zurück: „Komm!“

7. Pflegende beobachten, dass eine alkoholabhängige Bewohnerin, die ihren Suchtbedarf nicht aus eigenen Mitteln finanzieren kann, einem anderen Bewohner gegen Alkohol erotische Dienste leistet.

8. Eine bettlägerige Bewohnerin bekommt Besuch von ihrem Mann. Die Pflegenden räumen beiden ungestörte Zeit ein. Am nächsten Tag kann die Bewohnerin nach langer Zeit wieder in den Lehnstuhl mobilisiert werden.

9. Die Ehefrau eines bettlägerigen Bewohners bietet der Pflegenden Geld, damit sie ihre Bluse etwas weiter aufknöpft: „... und lassen Sie meinen Mann auch Ihre Brüste anfassen.“

10. Herr G. ist ein 82-jähriger, ehemaliger Lehrer, der seit 2 Jahren in der Seniorenresidenz wohnt. Er ist sehr schwerhörig und kann auch seinen Fernseher selbst nicht mehr bedienen. Abends vor dem Einschlafen sieht er sich gerne einen Pornofilm an. Die DVD müssen die Pflegenden für ihn einlegen und den Film starten. Außerdem ist die Lautstärke so hoch, dass auf dem Gang und in angrenzenden Zimmern der Film mitgehört werden kann. Die Zimmernachbarn von Herrn G. beschwerten sich bei der Heimleitung.

11. Frau S. war immer eine lebenslustige und gesellige Person. Durch eine schwere Demenz musste sie in eine Pflegeeinrichtung. Ihr Ehemann, mit dem sie seit 62 Jahren verheiratet ist, besucht sie täglich und kümmert sich liebevoll um sie. Seit einiger Zeit jedoch beobachtet der Ehemann, dass seine Frau einen anderen Partner hat, mit dem sie auf der Wohngruppe auch in der Öffentlichkeit Zärtlichkeiten austauscht. Herr S. ist untröstlich, dass seine Frau ihn nicht mehr beachtet. Er zweifelt an seinem katholischen Glauben und dem Treuegelöbnis seiner Frau. Er möchte am liebsten keine Besuche mehr machen.

12. Im Seniorenhaus ‚Zur Hl. Hedwig‘ kommt es zwei bis dreimal in der Woche zu einer großen Furore unter den Bewohnerinnen und Bewohnern. Nachmittags, wenn alle beim Kaffee sitzen, kommt „die Dame“ herein, grüßt alle freundlich und geht zum Zimmer von Herr Z. Sie bleibt ca. 2 Stunden und verlässt dann das Haus wieder. Es hat sich herumgesprochen, dass dies „so eine Dame für bestimmte Dinge“ sei. Die Bewohnerinnen und Bewohner beschwerten sich regelmäßig bei der Heimleitung über diese Unanständigkeit. Die Seniorenhausleitung sagt jedoch, sie könnte nichts machen, da Herr Z. das Zimmer bezahlt und dort drin machen kann, was er will.

### **III. Kapitel: Grundsätzliche Themen**

#### **Sexualität im Alter**

Viele, vor allem junge Menschen halten heutzutage Sexualität immer noch für etwas, das aufhört, wenn Frauen keine Kinder mehr bekommen können. Sie glauben, dass nur Jugendliche erotische Spannung richtig erleben können und ein hohes Bedürfnis nach sexueller Befriedigung haben, während dies alles ab dem mittleren Lebensalter immer mehr abnimmt, im Alter schließlich ganz aufhört. Junge Menschen gelten als gesund, während die normalen körperlichen Veränderungen des Alters oft mit Krankheit gleichgesetzt werden.

#### **Sexualität gehört auch im Alter zum Menschsein dazu**

Doch es gilt – auch wenn nur wenige darüber reden: Sexualität im Alter ist keine ungewöhnliche, bestaunenswerte Sache, sondern menschliche Grunddimension. Nach einer amerikanischen Untersuchung hatten in einer Gruppe mit einem durchschnittlichen Alter von 86 Jahren noch 64 % der Frauen und 82 % der Männer regelmäßig sexuelle Kontakte. Es wird nur relativ selten über dieses Thema gesprochen, da Sexualität im Alter nicht so spektakulär und aufregend wie in der Jugend ist. Nur anders.

#### **Was bedeutet "Sexualität im Alter ist anders"?**

Für eine befriedigende Sexualität gibt es keine Altersgrenze. Doch verändert sich mit zunehmendem Alter die Art der sexuellen Kontakte. Es zeigt sich auch eine Verschiebung vom Geschlechtsverkehr hin zu vermehrt anderen zärtlichen sexuellen Kontakten. Denn Sexualität ist in allen Altersgruppen nicht nur auf den Geschlechtsverkehr beschränkt.

In der oben beschriebenen Gruppe von Menschen sehr hohen Lebensalters gaben jedoch immerhin noch 63 % der Männer und 30 % der Frauen an, regelmäßig Geschlechtsverkehr zu haben. Doch ist das für jeden Menschen natürlich verschieden. Es gilt allerdings eine einfache Faustregel: Für Menschen, denen Sexualität ihr ganzes Leben lang wichtig war, wird sie es auch im Alter bleiben. Wer sein ganzes Leben lang eher wenig Interesse an Sexualität hatte, wird dies auch im Alter nicht verändern. Prägend für die Sexualität im Alter sind sicher die bisherigen lebenslangen Erfahrungen mit Sexualität.

Die Umstände des Alters machen die Gestaltung von Sexualität nicht einfacher. Abgesehen davon, dass natürlich Probleme, die in einer Partnerschaft über lange Jahre bestanden haben, weiterbestehen, muss man einige Faktoren, welche die Alterssexualität beeinträchtigen, beachten: Die normalen Veränderungen unseres Körpers, gesellschaftliche Probleme, die Auswirkungen unseres Lebensstiles, die Zunahme von Krankheiten und Auswirkungen der Behandlung von Krankheiten.

Bei vielen Veränderungen im Alter ist es sinnvoll, sein sexuelles Verhalten den geänderten Voraussetzungen anzupassen. So kann es zum Beispiel sinnvoll sein, neue, bequemere Stellungen für den Geschlechtsverkehr zu finden und auszuprobieren. Der Austausch von Zärtlichkeiten oder auch Selbstbefriedigung kann wichtiger werden als der eigentliche Geschlechtsverkehr.

## **Veränderungen des Körpers beeinträchtigen die Sexualität**

Je älter wir werden, um so spürbarer werden die Veränderungen des Alterns. Unsere Knochen und Gelenke werden anfälliger für Belastungen. Haut und Haare werden dünner und ändern die Farbe. Auch innere Organe funktionieren nicht mehr in der gleichen Weise. Einige dieser körperlichen Umstellungen betreffen auch die Sexualität.

Bei Frauen sinkt während und nach der Menopause (den sogenannten "Wechseljahren") der Östrogenspiegel im Blut. Östrogene sind die weiblichen Geschlechtshormone. Dies führt dazu, dass die Schleimhaut der Scheide weniger elastisch ist, dünner wird und auch nicht mehr so feucht wird. Deshalb kann es beim Geschlechtsverkehr oft zu Verletzungen, zur Bildung von kleinen Rissen in der Schleimhaut kommen, was zu Schmerzen führen kann.

Ebenso lässt auch bei Männern der Spiegel des Geschlechtshormons Testosteron nach. Außerdem verliert das Gewebe des Penis zunehmend an Elastizität. Diese Veränderungen führen dazu, dass sich Erektionen weniger schnell und spontan entwickeln. Es wird mehr körperliche Stimulation zum Erreichen einer Erektion benötigt. Zudem ist der Penis bei Erektionen nicht mehr ganz so steif und auch der Erektionswinkel lässt nach. Außerdem führt der sinkende Testosteronspiegel dazu, dass das Lustgefühl, die Libido, etwas nachlässt.

## **Frauen sind im Alter häufiger allein**

Die wesentlich höhere Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern führt dazu, dass viele ältere Frauen keinen Partner haben, mit dem sie Sexualität genießen können. Während weit über die Hälfte der Männer, die über 80 Jahre alt werden, noch eine Partnerin haben, ist es bei den Frauen im gleichen Alter nicht einmal jede Zehnte, die noch einen Partner hat. Oft fehlt nach einem Verlust des Lebenspartners auch der Mut, sich noch einmal auf eine neue Partnerschaft einzulassen.

## **Welche Krankheiten beeinträchtigen die Sexualität?**

Im Alter wird der Körper anfälliger für Krankheiten. Viele dieser Krankheiten beeinträchtigen die Sexualität. So hat zum Beispiel mehr als die Hälfte aller älteren männlichen Patienten mit Zuckerkrankheit (Diabetes) Erektionsprobleme wegen Durchblutungsstörungen oder gestörter Nervenleitfähigkeit. Ebenso kann es bei der Arteriosklerose zu einer gestörten Durchblutung der Schwellkörper kommen.

Bei Frauen und Männern können Operationen im Beckenbereich negative Auswirkungen auf die Sexualität haben. Bei Frauen können Verletzungen von Nerven und Gefäßen im Rahmen von Gebärmutterentfernungen auftreten, bei Männern passiert dies oft bei Prostata- (Vorsteherdrüsen-) oder Darmoperationen. Probleme bei der sexuellen Empfindung und Erektionsstörungen können die Folge sein.

Ein weiteres Problem, das die Alterssexualität beeinträchtigt, ist die Harninkontinenz. Viele ältere Frauen wie Männer leiden an einem unkontrollierten Harnabgang. Oft fällt das Gespräch mit dem Partner und dem Arzt darüber schwer, obwohl es wirksame Hilfen gibt. Schließlich treten im Alter häufiger depressive Verstimmungen auf, in deren Rahmen es zu einer erheblichen Beeinträchtigung des sexuellen Interesses und der Erlebensfähigkeit kommen kann. Bessert sich die Depression, nimmt auch die Freude an der Sexualität wieder zu.

### **Beeinträchtigung durch Medikamente**

Oft ist es nötig, im Alter wegen ernsthafter oder chronischer Erkrankungen über längere Zeit oder dauerhaft Medikamente einzunehmen. Viele dieser Medikamente können das sexuelle Interesse, die Erregungs- und Erlebensfähigkeit beeinträchtigen.

Das Umsetzen auf ein anderes Präparat kann hier oft Abhilfe verschaffen. Dies sollte jedoch nie eigenmächtig, sondern immer nur in enger Abstimmung mit einem Arzt geschehen.

### **Manche Lebensgewohnheiten haben im Alter Folgen**

Viele Folgen von Lebensgewohnheiten machen sich erst im Alter bemerkbar. Dies betrifft starkes Zigarettenrauchen genauso wie übermäßiger Alkoholkonsum oder zu fett- und cholesterinreiche Ernährung, die zu Übergewicht geführt hat. Vor allem bei Männern kann dies bereits vorhandene Erektionsstörungen verstärken.

### **Abhilfe durch medikamentöse Behandlung**

In vielen Fällen, vor allem bei Beeinträchtigung durch Krankheiten und andere Störungen wie zum Beispiel bei der Harninkontinenz, gibt es jedoch erfolgreiche Therapiemöglichkeiten. Bei Frauen kann sich eine hormonelle Ersatztherapie als sinnvoll herausstellen. Auch gibt es inzwischen für Erektionsstörungen bei Männern sehr wirkungsvolle Behandlungsmöglichkeiten.

Wichtig ist bei vielen sexuellen Symptomen auch die Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung. So kann zum Beispiel auch eine Erektionsstörung ein Hinweis auf das Vorliegen einer bisher noch übersehenen behandlungsbedürftigen Erkrankung, zum Beispiel einer koronaren Herzerkrankung, sein.

Gerade auch bei Depressionen kann eine medikamentöse Therapie die allgemeine Lebensqualität ganz entscheidend steigern und ist für eine Besserung der Beschwerden meist unverzichtbar. Wichtig ist jedoch, das Gespräch mit dem Arzt zu suchen, der kompetent beraten kann. Ein Gespräch über Sexualität mag zunächst schwerfallen, doch gibt es bei den meisten Sexualstörungen heutzutage wirksame Behandlungsmethoden.

### **Auch im Alter lassen sich sexuelle Störungen behandeln**

Fortgeschrittenes Alter ist kein Grund, eine Behandlung sexueller Störungen nicht durchzuführen. Es ist vielmehr eine Frage der Einstellung.

Während bestimmte Paare zum Beispiel den Verlust der Erektionsfähigkeit des männlichen Partners als Teil des Älterwerdens akzeptieren und als selbstverständlich ansehen, sind andere unglücklich darüber, auf einen für sie so wichtigen Teil ihres Lebens verzichten zu müssen.

Deshalb sollte das Alter allein kein Argument gegen eine Behandlung sein.

Heutzutage werden auch 90-jährige mit dem gleichen Erfolg und den gleichen Methoden wie jüngere Patienten behandelt. Dies betrifft medizinische Behandlungen genauso wie psychotherapeutische.

### **Belastung für Herz und Kreislauf?**

Manche ältere Menschen machen sich Sorgen, dass Sexualität im Alter zu anstrengend sei und dass es zum Beispiel zu einer Überlastung des Herzens kommen könnte. Diese Sorge ist verhältnismäßig unbegründet: Geschlechtsverkehr entspricht in seiner Belastung in etwa

zügigem Treppensteigen. Das bedeutet im Prinzip, dass derjenige, der noch Treppen steigen kann, auch keine Angst vor der körperlichen Belastung durch Geschlechtsverkehr haben muss.

Im Gegenteil zeigte eine jüngst veröffentlichte Untersuchung, dass anscheinend gerade diejenigen Männer, die lange sexuell aktiv sind, eine höhere Lebenserwartung aufweisen.

### **Sexualität im Alter – ein sensibles Thema**

Auch in der Altenpflege sollte das Thema Sexualität „selbstverständlicher“ wahrgenommen werden. Veränderungen im Alter dürfen nicht mit einem Verschwinden der Sexualität gleichgesetzt werden.

Mehr zum Thema: <http://www.gesundheit.de/medizin/alter-und-pflege/altwerden/sexualitaet-im-alter-gibt-es-das-ueberhaupt-noch>



## Sexualität bei Menschen mit Demenz

Sexualität im Alter und insbesondere in Verbindung mit Demenz ist nach wie vor ein großes Tabuthema. In der häuslichen Pflege, die meist von Ehefrauen, Töchtern oder Schwiegertöchtern erbracht wird, sind die Pflegenden manchmal mit Situationen konfrontiert, die als überfordernd, erschreckend oder irritierend erlebt werden.<sup>1</sup>

Gerade im Bereich der Sexualität spielt das eigene Verhältnis zu Körperlichkeit und Sexualität eine große Rolle. Pflegende Kinder erschrecken meist darüber, die Eltern als sexuelle Wesen zu erkennen und eventuell gar das sexuelle Agieren auf sich selbst zu beziehen.

Auch in der Pflege von hoch betagten Müttern, die plötzlich anfangen, sich im Intimbereich zu berühren wird Unverständnis eventuell sogar Abscheu erlebt. Die Mutter wird dann zum Beispiel beschimpft, wie bei einem kleinen Kind schlägt ihr die Tochter auf die Finger. Dass das Masturbieren eine der letzten Möglichkeiten des körperlichen Lustgewinns für die Patientin ist, wird leider nicht erkannt und somit unterbunden.

Körperlichkeit bei sich und anderen zu akzeptieren, gar zu genießen, ist ein Lernprozess. Im Rahmen der Erziehung wurde gerade den heute älteren und alten Menschen diese Genussfähigkeit regelrecht abtrainiert.

Wie erklärt es sich überhaupt, dass Menschen mit Demenz manchmal sexuell aktiver werden? Der geistige Abbau z.B. im Rahmen einer Demenz baut anezogene gesellschaftlich-moralische Schranken ab. Die betagten Patienten ‚besinnen sich‘ quasi auf ihre elementaren Bedürfnisse – und dazu gehört auch das körperliche Lustempfinden.

### „Verhaltens“-Störungen bei Demenz<sup>2</sup>

Die Definition der sexuellen Störungen erweist sich international gesehen als uneinheitlich und schwierig. Dies nicht zuletzt wegen der Vielschichtigkeit der Symptome, von den jeweiligen Interpretations-Schwerpunkten ganz zu schweigen, was dieses besondere zwischenmenschliche Verhalten anbelangt.<sup>3</sup>

Es finden sich dabei doch bestimmte Grundmuster.

Unter Hypersexualität bei Demenz wird sowohl gesteigertes sexuelles Interesse wie auch unangemessenes sexuelles Verhalten zusammengefasst. Das auffällige Verhalten wird erst nach dem Auftreten kognitiver Defizite manifest und hat in der Regel nichts mit vorbestehenden sexuellen Neigungen zu tun.

Hier einige konkrete Beispiele: zwanghaftes Masturbieren, sowohl privat wie auch in

---

<sup>1</sup> Scheib-Berten, Antonia, Sexualität im Alter bei Demenz. Bemerkungen zum Nachdenken und Handeln; aus: „alzheimer aktuell“, 03/2010

<sup>2</sup> Faust, Volker, SEXUELLE VERHALTENSSTÖRUNGEN BEI DEMENZ Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln; aus: [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Sexuelle\\_Verhaltensstoerungen\\_bei\\_Demenz.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Sexuelle_Verhaltensstoerungen_bei_Demenz.pdf), vom 04.11.2016

<sup>3</sup> Das wird auch deutlich, wenn man die beiden Standardwerke der medizinischen Klassifikation heranzieht: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA).

der Öffentlichkeit; anzügliche Bemerkungen; Berühren der Brüste oder anderer intimer Körperregionen von Pflegenden, Angehörigen oder Mitbewohnerinnen und -bewohnern gegen deren Willen; unsittliche Angebote; sich in der Öffentlichkeit entkleiden und entblößen bis hin zu sexuellen Handlungen mit Personen entgegen deren Willen.

## Häufigkeit

Verhaltensänderungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz generell sind nicht selten, sexuelle offenbar ebenfalls nicht. Dies betrifft vor allem die „Hypersexualität“, wie dieses Phänomen zumeist genannt wird.<sup>4</sup> Dies ist für das gesamte Umfeld (Mitbewohnerinnen, Mitbewohner, Pflegende, Angehörige, Freunde und Bekannte) ein durchaus nachhaltig belastendes Phänomen. Und dies nicht wegen der realen Belästigung oder gar Gefährdung, sondern wegen einer meist scham-, wenn nicht gar schuldbesetzten Erfahrung. So lassen sich dann auch die Grenzen zwischen normaler Sexualität (z. B. gegenüber dem betagten Partner) und sexueller Enthemmung häufig nicht exakt ziehen. Deshalb variiert die Häufigkeit sexueller Enthemmungen bei Demenz in verschiedenen Untersuchungen um den Faktor Zehn: von 1,8% bis zu 18%.<sup>5</sup>

Bei Patienten mit vaskulären Demenzen auf dafür spezialisierten Demenz-Stationen ist die Häufigkeit mit 53% für diese spezielle Gruppe jedoch noch wesentlich höher.

Mit Abstand am häufigsten ist bei Menschen mit Demenz jedoch ein Libido-Verlust zu beobachten. Dies ist gerade das Gegenteil des beschriebenen Verhaltens.

## Ursachen, Hintergründe und Verlauf

Die Gründe für eine sexuelle Enthemmung bei Menschen mit Demenz werden – erwartungsgemäß – ebenfalls auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Einerseits spielen psychosoziale Aspekte eine Rolle. Aber auch durch eine Demenz verursachte hirnorganische Veränderung bzw. -funktionelle Ursachen kommen in Betracht. Es gibt verschiedene Thesen, wo Hypersexualität am ehesten im Gehirn lokalisiert sein könnte. So zum Beispiel im

- Frontalhirn<sup>6</sup>: Dass eine Störung im Stirnhirn enthemmend wirken kann, ist seit langem bekannt. Hier konzentriert sich auch das wissenschaftliche Interesse bei Sexualstraftätern.
- Temporo-limbisches System: Auch hier gibt es Beispiele für bestimmte Krankheitsbilder mit sexuellen Verhaltensstörungen und entsprechender hirnlukaler Störung: das Kluver-Bucy-Syndrom mit den Symptomen Hypersexualität, exzessives Essen und Stimmungswechsel. Dieses kann sowohl bei einer Schädigung beider Schläfenlappen als auch als Folge einer Gehirnentzündung sowie bei Demenz beobachtet werden.

---

<sup>4</sup> Obwohl es sich hier um einen sachlicheren Begriff als jenen der Satyriasis bzw. des „Donjuanismus“ des Mannes und der Nymphomanie der Frau zu handeln scheint, wird dieser heute dennoch von einigen Sexualwissenschaftlern abgelehnt, da eine Quantifizierung von sexuellen Motivationen oder Handlungsweisen nach deren Meinung als alleinige Grundlage für eine Normierung des Verhaltens im Bereich der Sexualität nicht ausschließlich herangezogen werden sollte.

<sup>5</sup> Faust, Volker ebd. Seite 6

<sup>6</sup> Die Frontotemporale Demenz (FTD) ist eine Demenzform, bei der der Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns stattfindet. Von hier aus werden u.a. Emotionen und Sozialverhalten kontrolliert. Hierdurch kommt es dann auch zu dem enthemmten Verhalten. (<https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/frontotemporale-demenz.html> vom 27.10.2017)

- Striatum: Auch hier finden sich Beispiele für Hypersexualität bei Schädigung dieser Gehirnregion wie dies auch z.B. bei Chorea Huntington, Morbus Wilson sowie das Tourette-Syndrom der Fall ist.
- Weitere Hinweise, meist in Einzelfällen, betreffen die Gehirnregion des Hypothalamus sowie das cholinerge System.

Neben den organischen bzw. medikamentösen Auslösern können aber auch psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen.

- So kann durch sexuelle (Hyper-)Aktivität im Rahmen einer dementiellen Entwicklung das untergrabene Selbstwertgefühl verbessert werden.
- Hypersexualität kann ebenfalls als Ausdruck fehlender Nähe und Zuwendung vorkommen.
- Schließlich können auch Langeweile und Unterstimulation zu gehäuftem Masturbieren führen.
- Eine weitere, durchaus mögliche Ursache ist, dass Pflegehandlungen im Intimbereich ‚falsch‘ im Sinne von sexueller Stimulation interpretiert werden.
- Und nicht zuletzt wird in mehreren Untersuchungen<sup>7</sup> explizit darauf hingewiesen, dass es die sehr begrenzten Möglichkeiten einer Heim-Umgebung sind, die es erschweren Sexualität auszuleben.

### **Möglichkeiten und Grenzen des Verhaltens**

Was die Strategien anbelangt, so gibt es eine Reihe von Maßnahmen, die das individuelle Verhalten und Milieu der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigen. Sie können sicherlich einen Beitrag zur Milderung der Symptome und damit Entspannung der Pflege-Situation beitragen, wenngleich nicht immer ausreichend und zufriedenstellend. Auf diese wird im Kapitel „Orientierung für die Praxis“ näher eingegangen.

Im Hinblick auf den Einsatz von pharmakologischen Präparaten gilt es zu beachten: Das Angebot der zur Verfügung stehenden und eingesetzten Mittel ist gar nicht so gering. Der erwünschte Behandlungs-Effekt ist jedoch nicht sehr erfolgreich und etliche Nebenwirkungen legen eine Zurückhaltung nahe<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Siehe C. Kämpf, C., Abderhalden, C., Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 80 (2012)

<sup>8</sup> Es lassen sich zwei Hauptgruppen unterteilen: 1. So genannte antiandrogen wirksame Substanzen mit einer entsprechend bremsenden Wirkung auf die Produktion männlicher Geschlechtshormone. Zum anderen werden aber auch bestimmte Substanzen ohne gonadotrope Wirkung auf die Keimdrüsen untersucht und empfohlen. Beispielsweise die Gruppe der Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) mit ihrer nicht selten libido-reduzierenden Wirkung, jetzt als erwünschten Begleiteffekt. Näheres siehe Faust ebd. S.8-9

## Aspekte katholischer Moraltheologie

Die Moraltheologie will die Reflexion des eigenen Handelns begleiten und die Bildung der individuellen Gewissensentscheidung anregen. Sie lehrt das gute und richtige Handeln und Leben des Menschen. Dazu orientiert sie sich am Handeln und Leben Jesu von Nazareth, wie es das Neue Testament berichtet. Die Moraltheologie bindet sich neben der Bibel auch an das Lehramt der katholischen Kirche.

Die Moraltheologie macht die Sexualität alter Menschen nicht ausdrücklich zum Thema wie sie sich auch nicht in besonderer Weise an Pflegende wendet. Gleichfalls fordert sie Pflegende nicht auf, die Lebensführung oder die sexuelle Orientierung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu kritisieren oder diese zurechtzuweisen. Dennoch macht sie Aussagen über das Wesen, die Aufgaben und die Gestaltung von Sexualität und ehelicher Beziehung. Mit diesen Orientierungen unterstützt sie die Pflegenden in ihren Entscheidungen und lässt sie Sicherheit für ihr Handeln gewinnen.

### Das Wesen der Sexualität

Die Sexualität ist gottgewollt und gehört zum Wesen des Menschen. Bereits zu Anfang der Bibel (Gen 1,26-28) ist von der Erschaffung des Menschen als Mann und Frau zu lesen und davon, dass beide Abbild Gottes sind. Der Auftrag an die Menschen, fruchtbar zu sein und sich zu vermehren, und der Segen, den Gott über Mann und Frau spricht, machen zweifach deutlich: Gott erschafft nicht nur die Sexualität, sondern stimmt ihr mit dem Segen nochmals ausdrücklich zu.

An anderer Stelle (Gen 2,18) heißt es: „Es ist nicht gut, dass der Mensch allein bleibt.“ Jeder – auch der alte Mensch – sehnt sich nach Zuwendung, Freundschaft, Liebe, Partnerschaft, Zärtlichkeit und Geborgenheit.

Für das christliche Menschenbild bedeutet dies:

- Der Mensch ist eine Einheit aus Körper, Seele und Geist. Die Sexualität ist ein Teil des Menschseins, gehört also als grundlegende Komponente zur Persönlichkeit<sup>9</sup> eines jeden Menschen. Nach diesem umfassenden Verständnis prägt Sexualität wesentlich mit, wie ein Mensch empfindet, zu anderen Kontakt aufnimmt bzw. Gesten und Worte wählt, um z.B. Zuneigung oder Anteilnahme auszudrücken.
- Neben der sozialen hat die Sexualität auch eine biologische bzw. soziale Funktion<sup>10</sup>, die in der Zeugung von Nachkommenschaft besteht.

---

<sup>9</sup> Päpstlicher Rat für die Familie, Orientierungshilfe für die Erziehung in der Familie 1995, Nr.10

<sup>10</sup> Vgl. Würzburger Synode, Arbeitspapier „Sinn und Gestaltung menschlicher Sexualität“ Nr. 2.2.8 „Es (d.i. die Orientierung des Sexualverhaltens, H.H.) soll nicht mehr zeugungsbezogen und ausschließlich oder doch

- Sexualität hat noch eine weitere, vom vorhergehenden Aspekt unabhängige Bedeutung für die einzelne Person wie auch das Paar<sup>11</sup>. Sie ermöglicht

- den Partnern, in der ihnen eigenen Weise Liebe und personale Zuneigung körperlich auszudrücken,
- lustvolles Erleben,
- in der Liebe zum Ehegatten und durch den Gatten Selbstbestätigung, Ergänzung sowie Angenommen sein zu erfahren und zu schenken

und leistet dadurch einen eigenen Beitrag zum Wohlbefinden.

### Orientierungspunkte<sup>12</sup>

Eine auf Dauer und im Ganzen als erfüllend und beglückend gestaltete und erfahrene Sexualität ist ein erstrebenswertes Gut.

Dies bedeutet:

- a) Die Verwirklichung der eigenen Sexualität darf nicht auf Kosten der erfüllenden Verwirklichung der Sexualität anderer gesucht werden.
  - Da sich die Sexualität auf eine Person richtet, ist es geboten, sie als Person zu achten und nicht als Mittel zum Zweck der eigenen Lustbefriedigung zu behandeln.
  - Sexuelle Gewalt in allen Formen ist verboten.
- b) Die Sexualität berührt immer beide: die eigene Person und die des anderen.
  - In der Gestaltung der gemeinsamen Beziehung braucht es Behutsamkeit und Achtsamkeit für mögliche Verletzungen der Bindungsfähigkeit und der Emotionalität für beide Seiten.
- c) Gemeinsam gelebte Sexualität braucht Verlässlichkeit.
  - Eine auf Dauer und im Ganzen als erfüllend erlebte Sexualität braucht eine verlässliche und stabile Partnerschaft, die Ehe.
  - Treue in der Beziehung ist wertvoll und bedeutsam.
- d) Bewertungen
  - Pornographie als Präsentation vorgetäuschter oder tatsächlicher geschlechtlicher Akte verletzt die Würde, weil Personen als Mittel zum Zweck der eigenen Lustbefriedigung behandelt werden<sup>13</sup>.
  - Prostitution ist sexuelle Dienstleistung gegen Entgelt. Sie verletzt die Würde aller Beteiligten, denn sie suchen nicht eine tiefere Beziehung zu verwirklichen,

---

überwiegend auf die Erfüllung der sozialen Funktion der menschlichen Sexualität gerichtet sein, sondern vor allem auch den hohen Wert partnerschaftlicher Beziehungen berücksichtigen.“

<sup>11</sup>Erklärung der deutschen Bischöfe „Handreichung zur Sexualerziehung in Elternhaus und Schule“ 1979

<sup>12</sup>Die Punkte folgen dem Vorlesungsskript von Stephan Ernst Sommer 2016 „Grundfragen der christlichen Sexual- und Beziehungsethik“, Würzburg zit. nach [https://www.theologie.uni-wuerzburg.de/institute/lehrstuehle/syst/thmth/materialien\\_zu\\_den\\_vorlesungen/](https://www.theologie.uni-wuerzburg.de/institute/lehrstuehle/syst/thmth/materialien_zu_den_vorlesungen/) vom 07.02.2017

<sup>13</sup>Katholischer Erwachsenenkatechismus Bd. 2 1995, S. 388ff.

sondern machen sich zum bloßen Lustobjekt bzw. suchen allein die Triebbefriedigung<sup>14</sup>.

- Selbstbefriedigung stellt die um ihrer selbst willen gesuchte sexuelle Lust dar. Wo es im Eigentlichen um gemeinsam erfahrene und gestaltete Sexualität in einer stabilen Beziehung geht, ist sie Ausdruck einer reinen Selbstbezogenheit. Bei Erwachsenen kann es zur Selbstbefriedigung kommen, wenn Krankheit, Einsamkeit oder die Abwesenheit des Partners keine sexuelle Beziehung möglich machen<sup>15</sup>.

## Folgerungen

Sexualität gehört nicht nur zum Menschen – auch zum alten Menschen, sie will auch von ihm nach den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen gestaltet und gelebt werden (sexuelle Selbstbestimmung). Die Gefahr ist sehr groß, dass Senioren, die in einer stationären Einrichtung leben, bevormundet oder sogar „erzogen“ werden, wenn sie ihre Sexualität in einer Weise ausleben, die aber nicht mit den Haltungen und Vorstellungen der Pflegenden übereinstimmt. Pflegende sollen Sexualität als Lebensäußerung und Bedürfnis eines Menschen wahrnehmen, verstehen, respektieren und begleiten.

Sexualität stellt einen sensiblen Bereich menschlichen Miteinanders dar, der nicht nur Glück, Bestätigung, Erfüllung, Hingabe und Liebe mit sich bringt, sondern oft auch verbunden ist mit zerstörerischem Egoismus, mit Gewalt, erniedrigender Ausbeutung und sexueller Misshandlung. Übergriffe wiegen nochmals schwerer, wenn erwachsene Personen aufgrund von Behinderung, Erkrankung oder geistiger Einschränkung nicht in der Lage sind, Widerstand zu leisten oder um Hilfe zu rufen. Diese Personen sind auf den Schutz ihrer Privatsphäre durch Pflegende angewiesen, die eingreifen, wenn Bewohnerinnen und Bewohner körperlicher oder psychischer Schaden oder sogar Entwürdigung drohen.

Dabei steht Pflegenden das Recht zu, sich vor Übergriffen und Belästigungen durch Bewohnerinnen und Bewohner zu schützen.

Das Thema *Sexualität in Altenhilfeeinrichtungen* gerät zunehmend deutlicher in den Blick; ebenso wie die damit zuweilen verbundenen Konfliktkonstellationen. Bislang wird die Thematik eher selten offen erörtert. Die weit verbreitete Vorstellung, Sexualität habe für Menschen höherer Lebensalter allenfalls nur noch marginale Bedeutung, bringt mit sich, dass man sich eher nicht mit diesen Fragen auseinandersetzt. Die Erfahrungen von Mitarbeitenden in den Einrichtungen zeigen aber (wie übrigens auch wissenschaftliche Studien) eine andere Wirklichkeit.

Dieser Einsicht müssen sich die Träger von Einrichtungen der Altenhilfe stellen. Es geht um die Frage, wie die Bewohnerinnen und Bewohnern ihrer Häuser ihre Sexualität in einem angemessenen und menschenwürdigen Rahmen leben können. Die Beantwortung dieser Frage setzt einen Diskurs voraus.

---

<sup>14</sup>Katholischer Erwachsenenkatechismus Bd. 2 1995, S. 387ff.

<sup>15</sup>Katholischer Erwachsenenkatechismus Bd. 2 1995, S. 378ff.

Sexualität ist eine der zentralen Dimensionen menschlichen Lebens. Sexualität kann große Lebensfreude und tiefes Glücksempfinden bedeuten – aber auch mit Angst, Verletzung, Grenzüberschreitung, Abwertung, Scham, Schuldgefühl und Schuld verbunden sein. Auch die Kategorien Macht und Ohnmacht sind oftmals berührt. Menschliche Sexualität ist in der Regel sehr privat – normalerweise entscheidet eine Person selber, wem sie diese Seite der eigenen Persönlichkeit offenbart und wem nicht. Unter dem Vorzeichen, auf die Unterstützung einer betreuenden Einrichtung angewiesen zu sein, ist dieser Entscheidungsspielraum jedoch häufig nicht mehr gegeben. Augenfällig wird das beispielsweise bei Menschen, die auf Hilfe bei der Körperpflege angewiesen sind. Damit verbunden ist immer auch, von fremden Menschen im Intimbereich gesehen und angesehen zu werden, dort berührt und angefasst zu werden. Dieses (unvermeidliche) Überschreiten von im normalen Alltagsleben gewährten Grenzen ereignet sich zudem oft bei Menschen, die durch den Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten nicht mehr in der Lage sind, diese Erfahrungen angemessen einordnen zu können.

Auch diejenigen, die sich diesem Thema auf professioneller Ebene stellen, werden in existentieller Weise involviert. An erster Stelle Mitarbeitende im direkten Bewohner-Kontakt. In ihrem Anspruch, Menschen fachgerecht und menschenwürdig zu versorgen, werden sie immer wieder mit Situationen konfrontiert, denen man sich – hätte man die Wahl – sonst nicht aussetzen würde, die Schutzreflexe und klare Grenzziehungen hervorrufen würden. Ein Ausweichen, das im Pflegealltag aber oft nicht möglich ist.

Aber auch die, die im Hintergrund Verantwortung tragen, als Einrichtungsleitung oder als Trägervertreter etwa, kommen bei diesem Thema nicht „ungeschoren“ davon, auch ihnen wird es „unter die Haut gehen“.

Ausschließlich normative Antworten und Rezepte werden der komplexen Realität in den Einrichtungen nicht gerecht, ebenso wenig wie ein nur defizitorientierter Umgang damit.

Das Anliegen sollte vielmehr sein, Sexualität lebensbejahend, offen, wertschätzend und vorurteilsfrei zu thematisieren.

Die Herausforderung besteht darin, die Implikationen unseres christlichen Menschenbildes in diese erst allmählich wahrgenommene Realität hinein zu übersetzen – auf eine Weise, die den uns gleichermaßen anvertrauten Bewohnerinnen und Bewohnern als auch den Mitarbeitenden gerecht wird. Nicht das Verschweigen, sondern das Herausholen dieses „heiklen Themas“ aus der Tabuzone, wird dafür notwendig sein.

## Rechtliche Rahmenbedingungen<sup>16</sup>

Aus rechtlicher Sicht ist Sexualität in Senioreneinrichtungen unter zweierlei Gesichtspunkten zu betrachten: Was ist erlaubt, was ist verboten? Oder anders formuliert: Inwieweit ist Sexualität zu ermöglichen, inwieweit ist vor ihr zu schützen? Und: Welche Verantwortung liegt dabei jeweils bei der Einrichtung/dem Träger bzw. bei dem einzelnen Mitarbeiter?

Nach dem öffentlichen Recht hat jeder Mensch ein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG). Dieses ist unabhängig von seinem Aufenthaltsort, d.h. es geht nicht mit dem Einzug in eine Senioreneinrichtung verloren. Im Gegenteil: Die Heimgesetze der Länder sehen ausdrücklich vor, dass sexuelle Selbstbestimmung durch die Einrichtungen zu ermöglichen ist (§ 1 Abs. 4 Ziff. 3 und 4 WTG NRW, § 1 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 LWTG RLP, § 2 Abs. 1 Ziff. und 2 1 LHeimGS).

Das Strafrecht wiederum sieht den Schutz der sexuellen Selbstbestimmung vor: Deren Verletzung wird unter Strafe gestellt. Bewohnerinnen und Bewohner von Senioreneinrichtungen erfahren dabei einen besonderen Schutz.

Die Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung kann durch Mitbewohnerinnen, Mitbewohner, Angehörige und Mitarbeiter geschehen. Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner können sich des Sexuellen Übergriffs/Sexueller Nötigung/Vergewaltigung gem. § 177 Abs. 1 StGB (an mobilen, orientierten Bewohnerinnen bzw. Bewohnern) bzw. des Sexuellen Übergriffs/Sexueller Nötigung/Vergewaltigung gem. § 177 Abs. 2 StGB (an immobilien/dementiell erkrankten Bewohnerinnen bzw. Bewohnern) strafbar machen. Dies gilt ebenso für Angehörige der Bewohnerinnen und Bewohner. Beide Beziehungen sind sehr sensibel und bedürfen einer wachsam Aufmerksamkeit durch die Mitarbeitenden: Auch diese können sich strafbar machen, wenn sie nicht einschreiten (§ 323c StGB, Unterlassene Hilfeleistung). Jede sexuelle Beziehung zwischen Bewohnerinnen oder Bewohnern und Mitarbeitern ist für Mitarbeitende strafbar (§ 174a StGB, Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen), selbst wenn sie von Bewohnerinnen oder vom Bewohner gewünscht wird: Hier wird ebenso wie beim Sexuellen Übergriff/Sexueller Nötigung/Vergewaltigung gem. § 177 Abs. 2 StGB der besonderen Schutzbedürftigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern von Senioreneinrichtungen Rechnung getragen.

Das Zivilrecht sieht den deliktischen Anspruch (also einen sog. Anspruch aus unerlaubter Handlung) auf Schadensersatz vor: So ist derjenige (Mitbewohnerin/Mitbewohner/Angehörige/Mitarbeitende), der die sexuelle Selbstbestimmung einer Bewohnerin oder eines Bewohners verletzt, diesem gegenüber schadensersatzpflichtig (§ 825 BGB, Bestimmung zu sexuellen Handlungen).

Auch wer sich einer unterlassenen Hilfeleistung strafbar macht, unterliegt der deliktischen Haftung: Gegen ihn entsteht ein Anspruch auf Schadensersatz wegen Verletzung eines Schutzgesetzes (§ 823 II BGB i.V.m. § 323c StGB).

---

<sup>16</sup> Verfasst von: Christina Stelzig, Justiziarin der St. Elisabeth GmbH



Ein aus dem Heimvertrag resultierender vertraglicher Anspruch auf Schadensersatz trifft möglicherweise den Träger: Kommt es zu einer Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung durch Mitbewohnerin/-bewohner/Angehörige /Mitarbeitende und hat dabei die Einrichtung ihre Schutzpflicht aus dem Heimvertrag verletzt, ist sie schadensersatzpflichtig. Hier tritt der Träger – im Gegensatz zur deliktischen Haftung – in die Schadensersatzpflicht ein, die durch einen Mitarbeiter verursacht wird (§ 278 BGB).

Über das Arbeitsrecht hat das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung auch Auswirkungen auf das Verhältnis des Trägers zu seinen Mitarbeitenden: Das Arbeitsverhältnis gibt dem Arbeitgeber das Recht, sexuelles Fehlverhalten mit den Mitteln des Arbeitsrechts zu ahnden, nimmt ihn aber gleichzeitig in die Pflicht, Mitarbeitende vor sexuellen Übergriffen zu schützen: Kommt es zu sexuellem Fehlverhalten durch Bewohnerinnen oder Bewohner, sei es gegen Mitarbeitende oder gegen Mitbewohnerinnen/-bewohner, verletzt die Bewohnerin bzw. der Bewohner seine heimvertraglichen Pflichten, sodass der Heimvertrag durch den Träger gekündigt werden kann.

Im Verhältnis zur Öffentlichkeit ist die Einrichtung aus dem Heimvertrag generell zum Datenschutz bzw. zur Verschwiegenheit verpflichtet. Dies betrifft selbstverständlich auch und insbesondere die Ausübung, aber auch die Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung der Bewohnerin oder des Bewohners.

Rechtlich nicht bindend, jedoch auf das Leben in den Einrichtungen und auf die Gesetzgebung Einfluss nehmend ist die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die in Art. 3 (Privatheit) auf das Recht jedes hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre verweist.

## IV. Kapitel: Orientierung für die Praxis

In diesem Kapitel geht es um die Umsetzung in konkrete Situationen. Zu ausgewählten Themen werden Handlungsempfehlungen formuliert. Diese folgen der dreifachen Abstufung: „soll – sollte – kann“<sup>17</sup>. „Soll“ stellt dabei den höchsten Empfehlungsgrad dar.

### Sprache

- Pflegende<sup>18</sup> sollten bei der Ankündigung und Durchführung von Pflegehandlungen im Intimbereich sowie in der Bezeichnung von Geschlechtsorganen eine verständliche Sprache unter Verzicht von Umgangssprache verwenden.

### Vertiefung

Das Thema „Sexualität in der Pflege“ überschreitet ohne Zweifel persönliche Grenzen. Eine burschikos-saloppe Sprache kann es scheinbar erleichtern, als heikel oder auch empörend empfundene Situationen im Team besprechbar zu machen. Diese meist auch sehr emotionale Sprache ist aber nur bedingt geeignet, problematische Konstellationen zu klären, zu besprechen und eine Lösung zu erarbeiten. Wird dagegen klar und eindeutig benannt, wer was wann auf welche Weise tut und was dann geschieht, dann ist dies ein wichtiger Schritt, um zur Verständigung und einem guten Miteinander zu gelangen (Fallvignette 6). Gleichzeitig wird eine oft unreflektierte Abwertung der Sexualität wie der sexuellen Bedürfnisse alter Menschen vermieden.

Wenn Pflegende vulgäre Ausdrücke im Zusammenhang mit der Sexualität von Bewohnerinnen oder Bewohnern verwendet, ist zu beobachten, ob darin Überforderung und Hilflosigkeit deutlich werden und diese Sprache hilft, sich zu entlasten oder ob sich darin Respektlosigkeit ausdrückt, die im Umgang mit der Sexualität und den sexuellen Bedürfnissen alter Menschen grundsätzlich zu unterlassen ist. Beides aber sind Signale dafür, dass Pflegende/ das Team Unterstützung braucht, um in als belastend empfundenen Situationen handlungsfähig zu bleiben bzw. der Bewohnerin oder dem Bewohner respektvoll gegenüberzutreten zu können.

Wie sollen Pflegende reagieren, wenn Bewohnerinnen oder Bewohner selber für ihre Geschlechtsteile Kosenamen verwenden? Soll sie diese dann nicht auch bedenkenlos übernehmen? Bewohnerinnen und Bewohner tun dies meist, um ihr Schamgefühl zu verbergen und eine Atmosphäre der Sicherheit für sich selbst zu schaffen. Greifen Pflegende die Bezeichnungen auf, können Profession und Rolle, in der Sie die Intimpflege durchführen, unklar erscheinen und bei Bewohnerinnen oder Bewohnern sexuelle Wünsche hervorrufen. Eine

---

<sup>17</sup> Die drei Empfehlungsgrade entsprechen der Wortwahl, wie sie auch in medizinischen Leitlinien vorgeschrieben sind.

<sup>18</sup> Die Bezeichnung „Mitarbeitende“ wurde gewählt. Allerdings können je nach Situation unterschiedliche Berufsgruppen: Pflegende, Mitarbeitende im sozialen und seelsorglichen Dienst, Leitungskräfte oder Verwaltung gemeint sein

klare, sachliche Sprache macht pflegerische Versorgungen unverwechselbar kenntlich, definiert die berufliche Rolle als Pflegende und den Anlass der Tätigkeit als Pflege.

Auch wenn Übergriffigkeiten seitens der Bewohnerinnen oder Bewohner selten in Teambesprechungen thematisiert werden, machen Pflegende diese Erfahrungen. Weil sie sich selber schuldig fühlen, sich schämen, keine Sprache für das haben, was ihnen widerfahren ist oder sie traumatisiert sind, schweigen sie häufig. Erst wenn die Belastung für die einzelne Person unerträglich ist, wird sie sich jemandem mitteilen. Deshalb gilt es, sensibel zu sein und gerade da mit dieser Problematik zu rechnen, wo sich jemand zurückhält und schweigt.

### **Sexualität und ihre Bedeutung für das Wohl**

- Pflegende sollen akzeptieren, dass die gelebte Sexualität einen Beitrag zum körperlich-seelisch-geistigen Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner leistet und sollten sie darin unterstützen, sie auf eine ihnen gemäße Weise (persönlich-individuell, im biographischen Verlauf und vor kulturellen, religiös bzw. weltanschaulichen Hintergründen) zu gestalten.

### **Moralischer Ekel bei sexuellen Handlungen bei und zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern**

- Ähnlich wie die Verdauung werden auch sexuelle Vorgänge in allen Gesellschaften tabuisiert, da sie den Menschen an seine Vergänglichkeit und den Tod erinnern. Ekel hilft dabei, dies weitgehend auszublenden. Aus diesem Grund gibt es von Pflegenden, gerade gegenüber Ausscheidungen im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen, einen „moralischen Ekel“. Dieser zeigt an, was vermeintlich richtig oder falsch ist.
- Pflegende sollten bereit sein, Bewohnerinnen oder Bewohner wie auch das Bett und andere Materialien von Ausscheidungen im Zusammenhang mit sexuellen Handlungen zu reinigen. Bewohnerinnen und Bewohner sollen für dieses Verhalten nicht beurteilt oder gar mit unangemessenen Bemerkungen konfrontiert werden.
- Sind Pflegende aus eigenen moralischen Überzeugungen nicht dazu bereit, soll dies im Team besprochen werden und eine andere Pflegende sollte diese Pflegemaßnahme übernehmen.

### **Sexuelle Orientierung von Bewohnerinnen und Bewohnern**

- Pflegende, Leitungen und Träger sollen Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung pflegen, behandeln und begleiten.

### **Vertiefung**

Das Thema Sexualität steht in großer Nähe zu der jeweils eigenen Haltung, dem eigenen Umgang und der eigenen Bewertung. Überlässt man das den Pflegenden, dann bestimmen nicht

nur Zufall und Beliebigkeit über Stellenwert und Umgang mit dem Thema „Sexualität im Alter“, man lässt sie damit auch alleine. Eine Einrichtung hat durchaus Möglichkeiten, mit verschiedenen Maßnahmen Einfluss auf den Umgang mit dem Thema „Sexualität im Alter“ zu nehmen und damit einen positiven Unterschied für die Bewohnerinnen und Bewohner wie für die Pflegenden zu bewirken:

- Einrichten von sicheren Gesprächs- und Reflexionsräumen für Pflegende zum Austausch über die möglichen Bedeutungen des Themas für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie zur Beratung in konflikthaften Situationen und zur Suche nach stimmigen Lösungswegen,
- Einrichtung von Rückzugsmöglichkeiten für die Bewohnerinnen und Bewohner (Fallvignette 8),
- Einüben einer Sprache, um im Team wie mit den Betroffenen über die sexuellen Bedürfnisse vom Bewohnerinnen und Bewohnern zu sprechen,
- Einüben von Diskretion und der Unterscheidung, was eine Pflegende/ ein Team wissen muss bzw. wofür es verantwortlich ist und wofür nicht (Fallvignette 2, 10 und 12),
- Vermitteln von fachlichem Wissen, um die Wirkungen von Erkrankungen, Medikamenten, Behinderungen etc. auf die Sexualität alter Menschen verstehen zu können und handlungsfähig zu sein.

### **Intimität und Privatheit**

- Pflegende sollen das Zimmer bzw. die Wohnung als Rückzugsort in den privaten Bereich der Bewohnerin und des Bewohners bzw. Paares wie die Beziehungen respektieren.
- Pflegende sollen Pflegehandlungen im Intimbereich einer Bewohnerin oder eines Bewohners sicher und professionell durchführen und eine eindeutige Pflegeatmosphäre gestalten, indem sie sich und die Bewohnerin oder den Bewohner mittels geeigneter Maßnahmen (Schutzkittel, Handschuhe, ggfs. Sichtschutz) schützen.

### **Nutzung von pornografischen Print- und Filmmedien**

- Die Pflegenden und Mitarbeitenden sollten die Nutzung von pornografischen Materialien tolerieren unter der Voraussetzung, dass keine offensichtlichen Rechtsverstöße vorliegen.
- Der Wunsch von Bewohnerinnen und Bewohnern zum Konsum wird dabei nicht unterstützt: Wird der Wunsch geäußert, werden in einem gemeinsamen Gespräch die Hintergründe besprochen und klare Regeln vereinbart.
- Dabei soll sichergestellt sein, dass sich Mitbewohnerinnen, Mitbewohner und Mitarbeitende nicht durch den Konsum belästigt fühlen.
- Die Beschaffung von pornografischen Medien geschieht ausschließlich durch die Bewohnerin oder den Bewohner selbst bzw. durch Angehörige oder die gesetzliche Vertretung und auf eigene Kosten.
- Bei offensichtlichen Rechtsverstößen, z.B. Konsum von Kinderpornografie, ist die Hausleitung zu informieren, damit sie die entsprechenden rechtlichen Schritte einleitet.

## Vertiefung

Das Zimmer ist der persönliche Bereich und wie eine Privatwohnung anzusehen, die die Bewohnerin oder der Bewohner angemietet hat. Von daher gelten im Prinzip auch alle Verhaltensweisen, die man als „Fremder“ oder Besucher in dieser Privatsphäre befolgen würde. Eine geschlossene Tür schützt diesen Raum. Diesen Bereich darf die Bewohnerin oder der Bewohner nach seinen Bedürfnissen und Vorstellungen gestalten und darin handeln. Es besteht keine Veranlassung, Vorgänge, die sich in diesem Privatraum ereignen zu kontrollieren oder gar „auszuspionieren“.

Die Grenze dieser Privatheit ist analog der Wohnung nur zu überschreiten, wenn es sichere Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung gibt bzw. andere Bewohnerinnen oder Bewohner in ihrer Privatsphäre tangiert werden.

Dies kann jedoch mit den gewohnten Abläufen der Pflegenden auf dem Wohnbereich kollidieren. Hier sollten, mit der Bewohnerin oder dem Bewohner Zeiten oder Symbole vereinbart werden, die kennzeichnen, dass das Betreten des Zimmers nicht erwünscht ist.

## Erlauben, Fördern, Initiieren von Sexualität

- Pflegende sollen akzeptieren, das Bedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner, ihren sexuellen Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen und sollen nicht mit Abwertung oder Diskriminierung reagieren.
- Pflegende sollen das Recht der Bewohnerinnen und Bewohner auf die Entfaltung ihrer Persönlichkeit achten, welches auch die Weise einschließt, in der sie ihre Sexualität gestalten und ausleben.
- Pflegende sollen Bewohner und Bewohnerinnen unterstützen, auf deren Wunsch hin, - auch sexuelle - Kontakte mit anderen aufzunehmen.
- Pflegende sollen aktiv Bewohnerinnen und Bewohnern keinen Impuls zu sexuellen Kontakten oder Handlungen geben.

## Stimulation nicht als Ziel einer Pflegehandlung

- Pflegehandlungen vor allem im Intimbereich sollen von den Pflegenden eindeutig und sorgfältig kommuniziert werden. Sollte es bei Bewohnerinnen oder Bewohnern bewusst oder unbewusst dabei zu sexueller Stimulation kommen, so ist diese als unbeabsichtigte Wirkung seitens der Pflegenden zu sehen und zu benennen. Nach einer Unterbrechung, etwa durch Verlassen des Raumes, kann die Pflegehandlung fortgesetzt werden.
- Wird die unbeabsichtigte Stimulation bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner durch eine bestimmte Pflegende ausgelöst, so soll ein Wechsel der Pflegenden vorgenommen und der Bewohnerin oder dem Bewohner erklärt werden.

## Sexualassistenz/ -begleitung

- Pflegende sollten Toleranz zeigen, wenn Bewohnerinnen und Bewohner die Angebote von Sexualbegleitung/ -assistenz<sup>19</sup> in ihrem eigenen Zimmer in Anspruch nehmen.

---

<sup>19</sup> Zur der Differenzierung der beiden Begriffe s.u. unter Vertiefung.

- Pflegende sollen keine Hilfe und Unterstützung bei der Suche nach solchen Angeboten geben, noch sollen sie einen Kontakt vermitteln oder im Auftrag der Bewohnerin oder des Bewohners Kontakt aufnehmen.
- Im Gespräch mit der Bewohnerin oder dem Bewohner können Pflegende einfühlsam auf die unter Umständen bedenkliche Situation von Anbieterinnen oder Anbietern der Sexualassistenz/-begleitung (Auswirkungen von Prostitution, Abhängigkeitsverhältnisse, Frauenbild als Objekte) hinweisen.
- Andere Bewohnerinnen, Bewohner oder Angehörige, die Anstoß an der Inanspruchnahme von Sexualassistenz/-begleitung nehmen, sollen von Pflegenden bzw. der Hausleitung auf die Privatheit des Zimmers hingewiesen werden. Im einfühlsamen Gespräch soll um deren Respektierung geworben werden.

## Vertiefung

Auch Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe gehen mit ihren sexuellen Bedürfnissen auf ihre persönliche Weise um. Das Verhalten der Bewohnerin oder des Bewohners wird weder lächerlich gemacht noch verunglimpft.

Behinderungen oder Erkrankungen machen weitergehende Hilfestellungen durch Außenstehende notwendig, die bei mobilen Personen vielleicht sogar eher als störend für die Intimität bewertet werden.

In diesen Fällen kann einfühlsam und diskret mit dem Paar geklärt werden, welche Hilfestellungen durch Pflegende notwendig und erwünscht sind. Die Ermöglichung des Geschlechtsverkehrs zum Beispiel durch Transfer ins Bett oder Hinlegen von Gleitgel in erreichbarer Nähe gehört zur Tätigkeit Pflegender, eine direkte Beteiligung an sexuellen Handlungen oder das Besorgen pornografischer Medien allerdings nicht.

Wenn der Wunsch auf eine gemeinsame Nacht bei Bewohnerinnen oder Bewohnern vorhanden ist, dann sollten Pflegende diese darin zu unterstützen, sie ins betreffende Zimmer zu begleiten. Den Pflegenden steht es nicht zu, den Wunsch oder die Beziehung der Bewohnerinnen und Bewohner zu bewerten oder gar zu behindern. Sinnvoll ist es, dies als Information weiterzugeben, damit Kolleginnen oder Kollegen ebenfalls über diese Situation informiert sind und die Bewohnerin oder den Bewohner wieder ins eigene Zimmer zurückbegleiten können.

Die Haltung der Fürsorge und der Wert der Sicherheit haben bei der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern, gerade wenn sie hilfsbedürftig sind, bei Pflegenden großes Gewicht. Dabei kann leicht außer Acht geraten, dass Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur ein Bedürfnis nach Sicherheit und schneller Hilfe, sondern auch nach Zweisamkeit, Zärtlichkeit und Intimität haben. Leider fehlen in Seniorenheimen oft geschützte Räume für Intimität. Bewohnerinnen und Bewohner wollen sich Freiräume für dieses Bedürfnis gegenüber Pflegenden nicht erstreiten müssen. Außerdem haben sie das Recht, die Tür zu ihrem Zimmer zu versperren. Grundsätzlich ist die Verfügbarkeit des Generalschlüssels für die Pflegenden zu regeln. Dennoch sollte allen klar sein, dass ein verschlossenes Zimmer nur in dringenden

Notfällen zu öffnen ist. Für die Pflegenden wäre es notwendig, ein genaues Bild von diesen Notfällen zu gewinnen, um das Bedürfnis nach Rückzug unterstützen zu können.

Auf dem Gebiet der sexuellen Dienstleistungen wird von einzelnen Anbietern<sup>20</sup> zwischen Sexualbegleitung und Sexualassistentz unterschieden. Die Sexualbegleitung legt Wert darauf, dass es sich hierbei um eine Beziehung handelt, in der die Frau<sup>21</sup> von sich aus die einzelnen Handlungen (mit-)bestimmen kann und es sich dadurch um eine Art „Surrogat-Partnerschaft“ handelt<sup>22</sup>. Die Honorierung orientiert sich dabei ausschließlich an der Zeit und ist nicht unterschiedlich je nach erbrachter Handlung. Geschlechtsverkehr bzw. sexuellen Handlungen sind nicht das primäre Ziel aber auch nicht ausgeschlossen. Bei einer Sexualassistentz besteht das Verhältnis in einer Abhängigkeit, die die erotischen wie auch sexuellen Wünsche des Klienten erfüllt. Das Angebot an Sexualbegleitung ist jedoch noch recht gering und mitunter wenig von anderen Angeboten sexueller Dienstleistungen zu unterscheiden. Beide Formen, ‚Sexualbegleitung‘ wie auch ‚Sexualassistentz‘, werden von Rechts wegen als Prostitution bewertet.

Sollten andere Bewohnerinnen, Bewohner oder Angehörige Anstoß daran nehmen, dass Angebote einer Sexualbegleitung/-assistentz wahrgenommen werden, soll von den Pflegenden die Heimleitung informiert werden. Diese sollte mit den entsprechenden Personen von sich aus das Gespräch suchen, in dem auf die Privatheit des Zimmers hingewiesen wird. Die o.g. Aspekte können hierbei ebenfalls deutlich gemacht werden.

Störungen durch z. B. im Nachbarzimmer/Wohnbereich zu hörende laute Geräusche werden mit den Betroffenen selbst thematisiert.

## **Partnerschaft/Ehe**

- Pflegende sollen Paaren ein ungestörtes Miteinander ermöglichen, damit sie ihre Sexualität und ihre Bedürfnisse nach Zärtlichkeit leben können.

## **Proaktive Anamnese von bekannten sexuellen Dysfunktionen**

- Bekannte und häufig vorkommende sexuelle Dysfunktionen (erektile Dysfunktion, Scheidentrockenheit) sollten mit Bewohnerinnen und Bewohnern auf Initiative von Pflegenden einfühlsam und nach Rücksprache mit ihnen ggf. mit Verwandten angesprochen werden.
- Pflegende sollen über solche Anamnesen nach Rücksprache mit der Bewohnerin und dem Bewohner den Haus-/Facharzt informieren, damit dieser medizinische Handlungsmöglichkeiten vorschlagen kann.

---

<sup>20</sup> Z.B. das Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter in Trebel: <http://www.isbbtrebel.de/sexualbegleitung/> (a Abruf am 24.03.2017)

<sup>21</sup> In Regel handelt es sich bei den Anbietern um Frauen

<sup>22</sup> ‚Empower Sexualbegleitung ISBB®‘ Näheres siehe: <http://www.isbbtrebel.de/g%C3%A4ste-und-tagungshaus/fortbildungen-des-isbb/h%C3%A4ufig-gestellte-fragen/> (Abruf am 24.03.2017)

## Vertiefung

Menschen haben das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und nach Gemeinschaften. Beides trägt zum Wohlbefinden eines Menschen bei und stärkt überdies sein Selbstwertgefühl. In der Ehe, in Lebenspartnerschaften wie in Liebesbeziehungen teilen die Partner ihr Leben in all seinen Facetten miteinander. Diese – oftmals langjährigen – Beziehungen wollen auch in stationären Einrichtungen miteinander weiter gelebt werden. Dabei ist es nicht Aufgabe der Pflege, eine Beziehung zu verhindern, um eine Bewohnerin oder einen Bewohner vor Enttäuschung und Verletzung zu schützen. Pflegende sollen die beiden in ihrer Beziehung auf unterschiedlichen Ebenen unterstützen:

- auf psychosozialer Ebene dadurch, dass das Pflorgeteam keine herablassenden Bemerkungen der Mitbewohnerinnen oder Mitbewohner zu dem Sexualleben des Paares hinnehmen soll, sondern diese zur Anerkennung der Beziehung bewegt. Zwischen homo- und heterosexuellen Paaren soll kein Unterschied gemacht werden.
- auf der organisatorischen Ebene, indem ein gemeinsames Zimmer zur Verfügung gestellt und dieses entsprechend gestaltet wird (Betten zusammenschieben).
- und nicht zuletzt auch auf der körperlich-organischen Ebene durch Thematisieren häufig vorkommender sexueller Dysfunktionen und Informieren über bzw. das Vermitteln von medizinisch-therapeutischen Hilfen.

## **Angehörige und die Sexualität von Bewohnerinnen oder Bewohnern/ Eltern**

- Pflegende sollen Angehörigen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, um Irritationen über die gelebte Sexualität der Bewohnerin oder des Bewohners zu klären.

## Vertiefung

Für Ehepartner/innen, Kinder, Enkel wie für entferntere Angehörige ist es oft sehr befremdlich, mit der Sexualität bzw. den sexuellen Bedürfnissen ihrer Partner, Eltern, Großeltern oder Anverwandten konfrontiert zu sein. Nicht zuletzt ist dafür auch die in der Gesellschaft verbreitete Vorstellung verantwortlich, dass Senioren nicht mehr sexuell aktiv sind.

Wenn Bewohnerinnen oder Bewohner also Beziehung zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner auf eigenen Wunsch und aus eigenem Antrieb aufnimmt und dies auch dem Wunsch der Person entspricht, wird Pflegenden empfohlen, diese Kontakte zu dulden. Hier stellt sich die Herausforderung an die Angehörigen, die Bedürfnisse und die neue Beziehung zu akzeptieren.

Oft sind Angehörige regelrecht verstört und beschämt, wenn sie erleben müssen, wie sich ihr dementiell erkrankter Vater/ ihre dementiell erkrankte Mutter in Anwesenheit selbst befriedigt. Sie erleben dies als sexuelle Enthemmung, schämen sich für den Betroffenen und wünschen ein rasches Unterbinden des Verhaltens. Oft sind sie wenig vertraut mit dem Krankheitsbild der Demenz und den Zusammenhängen mit dem gezeigten Verhalten, so dass sie auf Informationen und einführende Gesprächsbegleitung durch Pflegende angewiesen sind, um zu verstehen, dass allein das Unterbinden dieses Verhaltens nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führt. (Fallvignette 4). Erfahrene Pflegende verfügen dagegen über eine Vielzahl von



Interventionsmöglichkeiten<sup>23</sup>, um eine allmähliche Veränderung im Verhalten der Bewohnerin oder des Bewohners zu bewirken.

Pflegende sind für die ganzheitliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern zuständig und damit erhalten sie häufig auch Zugang zum Intimbereich. Bewohnerinnen und Bewohner selbst, aber auch die Partnerin oder der Partner leiten daraus zuweilen den Gedanken ab, die Pflegende könne ab und zu oder gar auf Dauer die Rolle der Ehefrau bzw. der Sexualpartnerin übernehmen und Berührungen im eigenen Intimbereich zuzulassen (Fallvignette 9 und 5). Pflegende bleiben dann klar in ihrer Rolle, wenn sie solche Aufforderungen ablehnen, ohne das Bedürfnis der Bewohnerin oder des Bewohners zu verurteilen und Bereitschaft signalisieren, gemeinsam nach Lösungswegen zu suchen.

Damit Pflegende ein unterstützendes Gegenüber für die Angehörigen sein können, brauchen sie Informationen, welche Maßnahmen bzw. Lösungen in der betreffenden Einrichtung möglich, geboten bzw. untersagt sind. Diese vermitteln Klarheit und Sicherheit und stärken die Pflegenden im Umgang mit Forderungen von Angehörigen. Zudem benötigen die Pflegenden Freiräume, um bewohnerorientierte Interventionen entwickeln, planen, durchzuführen und auszuwerten zu können.

### **Präventionsschutz: Bewohnerinnen/Bewohner-Pflegende-Umfeld (z.B. Nachbarn)**

- Pflegende und Hausleitung sollen zum Schutz von Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Mitarbeitenden, Nachbarn etc. unverzüglich handeln, wenn durch das Ausleben von Sexualität Grenzen überschritten werden. Grenzüberschreitendes Verhalten liegt zum Beispiel vor bei exhibitionistischem Verhalten, Selbstbefriedigung im öffentlich zugänglichen Räumen, sexuellen Bedrängung anderer Bewohnerinnen und Bewohner, verbale sexuelle Anzüglichkeiten oder Gewalt.
- Zunächst sollen die Mitarbeitenden das Gespräch mit der Bewohnerin oder dem Bewohner suchen und thematisieren die Problematik des Verhaltens.
- Bei grenzüberschreitenden sexuellen Verhaltensweisen sollten diese konkret mit sachlichen Worten benannt werden; etwa: „Bitte fassen Sie mich nicht an die Brust, sondern am Oberarm, wenn ich Sie in den Stuhl setze.“
- Bei heterosexuellen Bewohnerinnen und Bewohnern soll die (Intim-)Pflege nach Möglichkeit durch gleichgeschlechtliche Mitarbeitende erfolgen.
- Öffentliches Entkleiden kann durch Kleidung, die dies erschwert, vermieden werden.
- Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit kann durch entsprechende Kleidung den Blicken von Unbeteiligten verborgen werden.
- Ist die Bewohnerin oder der Bewohner den Gesprächen und der Argumentation nicht zugänglich oder in der Lage sie zu führen, nehmen die Pflegenden Kontakt zu dem Vorsorgebevollmächtigten/ Betreuer, dem Haus/-Facharzt auf, um nach einer guten Lösung zu suchen.
- Verunsicherte Angehörige sollen von den Mitarbeitenden über mögliche Hintergründe für das Verhalten aufgeklärt werden.

---

<sup>23</sup> Solche Handlungsmöglichkeiten finden sich in : Siehe C. Kämpf, C., Abderhalden, C., Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 80 (2012)

- Auf keinen Fall soll sexuell auffälligen Bewohnerinnen und Bewohnern die Zuwendung entzogen werden.
- In einem Fall-Gespräch sollen zunächst ein Milieuwechsel, etwa andere Wohngruppe o.ä. und erst als letzter Schritt ein Auszug aus der Einrichtung nahe gelegt werden.

## V. Kapitel: Mögliche Instrumente

Bei der Pflege und Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern gibt es immer wieder konflikthafte Situationen. Im Folgenden wird anhand von vier Fallbeispielen gezeigt, wie mit unterschiedlichen Instrumentarien für alle Seiten tragfähige Lösungen entwickelt werden können.

Diese Instrumente können dabei Verwendung finden:

- Stationskonferenz
- Mitarbeiter(jahres)gespräch
- Fortbildung(en)
- Ethische Fallbesprechung
- Supervision
- Kollegiale Beratung
- Haus-/Facharzt-Konsil
- Info-Veranstaltung
- Heimbeirats-Sitzung
- Verhaltenskodex
- Heimvertrag
- Biografie-Anamnese

### Frau Meier und Herr Bäcker sind verliebt

Frau Meier muss nach dem Tode ihres Ehemanns wegen ihrer fortgeschrittenen Demenz ins Seniorenheim ziehen. Die ersten Wochen schottet sich die körperlich mobile Bewohnerin ab. Erst nach gutem Zureden ist sie bereit, die Mahlzeiten in der Gemeinschaft einzunehmen. Am Nebentisch sitzt Herr Bäcker, ein schweigsamer Mann, der aufgrund eines Schlaganfalles im Rollstuhl sitzt. Vom ersten Moment an ist Frau Meier wie verwandelt. „Mein Janosch“, sagt sie und die Betreuungsassistentin findet heraus, dass so ihre erste große Liebe hieß.

Frau Meier kümmert sich nun regelmäßig um Herrn Bäcker. Sie fährt ihn durchs Haus, gibt ihm Küsse auf die Backe, streichelt seine Arme. Herr Bäcker freut sich sichtlich darüber. Manche Mitbewohnerinnen und -bewohner lachen über das Paar, andere lassen abschätzige Bemerkungen fallen. Eine Angehörige beschwert sich bei der Heimleitung über das Paar und bezichtigt die Mitarbeitenden der Kuppelei. Eine Bewohnerin fragt bei der Pflegedienstleitung an, wie dieses Verhalten mit den katholischen Wertmaßstäben in Einklang zu bringen ist.

In der darauf folgenden **Ethischen Fallbesprechungen** sind neben den Mitarbeitenden aus Pflege und Betreuung ebenso die jeweiligen Vorsorgebevollmächtigten und ggf. betroffene Bewohnerinnen und Bewohner eingeladen. Gemeinsam kommen die Teilnehmer überein, dass Frau Meier und Herr Bäcker sich miteinander wohlfühlen und, dass es wichtig ist, beide auch in Bezug auf die Mitbewohnerinnen und -bewohner zu unterstützen. Die folgenden Maßnahmen werden miteinander vereinbart:

Die Mitarbeitenden werden ermutigt, Bewohnerinnen und Bewohner im freundlichen Ton anzusprechen, die abschätzig über das Paar sprechen, z. B. sagen sie „Mir geht das Herz auf, wenn ich zwei Menschen so lieb miteinander umgehen sehe.“

Die Heimleitung spricht in der nächsten **Beiratssitzung** sowie beim nächsten **Angehörigenabend** ganz offen, aber ohne Nennung der Personen, über das Thema „Wenn sich Bewohner ineinander verlieben“.

In einem der nächsten Angebote des Sozialdienstes kann das Thema „Meine erste Liebe“ aufgegriffen werden.

Darüber hinaus könnten folgende Instrumente für ein Verständnis der Situation hilfreich sein.

- In der nächsten **Beiratssitzung** kann die Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner für eine positive Sichtweise von Paar-Beziehungen in dem Heim sensibilisiert werden. Hierbei kann auch auf die moralischen Bedenken seitens anderer Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen werden, um zu einem gegenseitigen Verständnis zu gelangen.
- Im Rahmen einer **Info-Veranstaltung** kann die Thematik auch mit Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner ins Gespräch gebracht werden und auf die Bedeutung und die Hintergründe des als verändert empfundenen Verhaltens von Menschen mit Demenz eingegangen werden.

### **Herr Schmitz masturbiert im Gemeinschaftsraum**

Herr Schmitz lebt seit drei Jahren im Heim. Grund für den Heimeinzug war eine fortgeschrittene Demenz. Mittlerweile ist Herr Schmitz 87 Jahre; seit kurzem kann er nicht mehr alleine laufen und sitzt nun tagsüber im Rollstuhl. Er spricht nur noch wenig und reagiert auch nur noch selten auf Ansprache. Schon seit längerem fällt den Pflegenden auf, dass Herr Schmitz regelmäßig masturbiert. Hierbei unterbricht er auch nicht, wenn Pflegende sein Zimmer betreten. Bisher haben die Pflegenden dann diskret das Zimmer verlassen und ihre jeweiligen Tätigkeiten zu einem späteren Zeitpunkt weitergeführt. Herr Schmitz ist jedoch ungern alleine. Daher wird er tagsüber in den Gemeinschaftsraum gebracht. Neu ist nun, dass Herr Schmitz auch zunehmend häufiger im Gemeinschaftsraum masturbiert. Wenn die Pflegenden ihn dann diskret in sein Zimmer zurückbringen wollen, insistiert er vehement im Gemeinschaftsraum bleiben zu dürfen. Die Pflegenden sagen, dass Herr Schmitz in eine würdelose Situation gerät, wenn ihn Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie Angehörige beim masturbieren beobachten, nicht zu schweigen davon, dass er mehrmals massiv durch einige ausgeschimpft wurde.

In der **Ethischen Fallbesprechung** stellen die Pflegenden sich nun die Frage, ob es gerechtfertigt ist Herrn S., abgesehen von den Mahlzeiten, alleine im Zimmer zu lassen, um ihn vor den aus ihrer Sicht entwürdigenden Blicken der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie Angehörigen zu schützen. Die Teilnehmer der Ethischen Fallbesprechung kommen zu dem Schluss, dass eine „Isolierung“ Herrn Schmitz großer Schaden zufügen würde. Also wird nach Lösungen gesucht, Herrn Schmitz in Gemeinschaft zu lassen, ohne dass sein Drang zu masturbieren Mitbewohnerinnen, Mitbewohnern und Angehörigen auffällt. Hierzu entwickeln die Teilnehmer in der **Stationskonferenz** die folgende Idee: Herr Schmitz erhält eine größere Hose. Der Hosenschlitz wird zugenäht und die Hosentasche aufgeschnitten. So kann Herr Schmitz masturbieren, ohne dass es direkt ins Auge fällt. Außerdem wird nach einem neuen Sitzplatz gesucht. Er sitzt nun neben einem Raumteiler, hier fallen seinen Handbewegungen anderen nicht mehr so ins Auge.

Als weitere Maßnahmen könnte erwogen werden:

- Mit dem behandelnden **Haus-/Facharzt** kann besprochen werden, inwiefern ein Einsatz von Medikamenten in diesem Falle ein erwünschter Behandlungseffekt die zu erwartenden Nebenwirkungen überwiegt.
- In einer **Mitarbeiter-Fortbildung** wird über die Veränderungen von sexuellem Verhalten bei Menschen mit Demenz informiert und somit die Grundlage für ein fachliches Verstehen der Situation, die mit einer moralischen Bewertung verknüpft sein kann, gelegt.

### **Herr Müller könnte sich verletzen**

Herr Müller lebt erst seit kurzem im Heim. Er ist unverheiratet und hat als ehemaliger Hausmeister immer alleine in einer ihm zugeteilten Hausmeisterwohnung gelebt. Als Verwahrlosung drohte, wurde ihm eine rechtliche Betreuerin zugeteilt, die schließlich den Heimeinzug des noch recht rüstigen 81-jährigen Mannes veranlasste. Eine Mitarbeiterin des Reinigungsdienstes stellt kurz nach dem Einzug fest, dass der Stiel der Toilettenbürste in Herrn Müllers Bad regelmäßig kotverschmiert war. Zunächst dachte die Wohnbereichsleitung, dass eine Stuhlgangproblematik vorliegt. Da Herr Müller äußerte, dass hinsichtlich der Verdauung „alles fluppt“ sah die Wohnbereichsleitung hier keinen Handlungsbedarf und informierte die Heimleitung. Auch unabhängig von der Frage, ob es verdauungsbezogene oder sexuelle Motive hat, dass sich Herr Müller anscheinend mit der Toilettenbürste stimuliert, sah sie zunächst einmal eine nicht unerhebliche Verletzungsgefahr. Gemeinsam sprachen sich Heim-, Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung im Rahmen der regelmäßigen **Leitungskonferenz** ab, die rechtliche Betreuerin zu informieren und sie zum einen über die Verletzungsgefahr zu informieren und zum anderen zu bitten, Artikel zu besorgen, die eine geringere Verletzungsgefahr darstellten. Die amtliche Betreuerin war froh darüber, dass das Heim sich so um Herrn Müller sorgt, und beschaffte drei Gegenstände in phallusform. Zwei Gegenstände, von denen nach Einschätzung der Heim- und Wohnbereichsleitung eine geringere Verletzungsgefahr ausging, platzierte die Wohnbereichsleitung unauffällig im Bad des Herrn Müller. Einer der beiden Gegenstände wurde nach zwei Wochen nicht mehr im Bad gesehen. Der Stiel der Toilettenbürste war seitdem nicht mehr verschmutzt.

Für diese Fallsituation können zur Bearbeitung folgende Instrumente einbezogen werden:

- Die in der **Biographie-Anamnese** niedergelegten Informationen über den Lebensstil, Wohnsituation und der Grund des Heimeinzugs legen die Hypothese nahe, dass der alleinstehende Herr homosexuell sein könnte, dies aber nach außen verbirgt. Mit dieser Möglichkeit sind mehrere Deutungen der Situation und des dahinterliegenden Bedürfnisses des Bewohners möglich.
- In der **kollegialen Beratung** besprechen sich die Beteiligten (Pfleger, Stationsteams, Leitungsebenen) zunächst untereinander über die vorliegende Problematik und vergewissern sich ihrer Rolle und ihrer Zuständigkeit für das Wohl des Bewohners. Auf der Basis gesammelter Fakten entwickeln die Teilnehmenden mehrere Möglichkeiten der Deutung der Situation und dann auch mehrere

Handlungsmöglichkeiten. Sie beziehen zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Betreuerin und den Bewohner ein und tragen damit zur Lösung des Problems bei, die für alle Beteiligten zufriedenstellend ist.

- Der **Verhaltenskodex** bietet allen Mitarbeitenden einer Institution Orientierung, welche Werte und welche Haltungen im Umgang mit sensiblen Themen zu beachten sind. Im vorliegenden Fall hatten die Sexualität als zum Menschen zugehörige Wesenseigenschaft, die Diskretion im Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen des Bewohners und das Wohl des Bewohners die größte Bedeutung.

### **Sexuelle Belästigung im Nachtdienst**

Herr Friedrich ist 74 Jahre alt und unheilbar an Krebs erkrankt. Die behandelnden Ärzte erwarten, dass er innerhalb von drei bis sechs Monaten sterben wird.

Die häusliche Pflege ist nicht mehr möglich. Seine jetzige Lebenspartnerin und die beiden Töchter sehen sich nicht in der Lage, eine ausreichende Versorgung zu Hause zu gewährleisten. Deshalb wird Herr Friedrich direkt aus dem Krankenhaus in das Altenheim verlegt. Seine Pflegebedürftigkeit nimmt von Woche zu Woche zu.

Herr Friedrich ist voll orientiert und weiß um seine zum Tode führende Erkrankung. Eine Betreuung besteht nicht, da er bisher alle Angelegenheiten selbst entscheiden kann. Seine Lebenspartnerin besucht ihn regelmäßig. Ebenso kommen verschiedene Freunde zu Besuch, die als Mitglieder eines Freizeitvereins, in dem Herr Friedrich sehr aktiv war, freundschaftliche Beziehungen zu ihm pflegen. Der Kontakt zu den Töchtern besteht kaum, seitdem Herr Friedrich sich von seiner Frau (der Mutter der Töchter) getrennt hat und mit einer Lebenspartnerin zusammengezogen ist.

Während einer **Stationsbesprechung des Pflorgeteams** im Altenheim äußert die Mitarbeiterin des Nachtdienstes, dass sie Herrn Friedrich nicht mehr pflegen möchte, da sein Verhalten häufig „übergreifig“ sei. Die Kolleginnen und Kollegen halten das für undurchführbar, da die personelle Situation angespannt sei. Außerdem müsse man als „Profi“ in der Lage sein, sich bei einem Schwerstkranken abzugrenzen und sexuelle Anspielungen nicht „zu ernst“ zu nehmen. Als die betroffene Mitarbeiterin des Nachtdienstes auf diese Bemerkungen hin zu weinen beginnt, äußert eine zweite Altenpflegerin, dass es ihr bei Herrn Friedrich genauso ergehe. Jedes Mal, wenn er gelagert werden müsse, versuche er ihren Busen zu berühren, sie zu umarmen oder - wenn man mich aufpasse - in den Schritt zu fassen. Als die Nachtwache ihren Weinkrampf überwunden hat, ergänzt sie, dass sie sich Herrn Friedrich in der Nacht ausgeliefert fühle. Zu den Berührungsversuchen komme ein „anmachender“ und begehrlischer Blick hinzu, sodass man das Gefühl habe, „ausgezogen und nackt zu sein“. Herr Friedrich würde viel häufiger klingeln, als es nötig sei, nur um sie immer wieder anschauen zu können. Die Situation sei für sie so bedrückend geworden, dass sie häufig von Herrn Friedrich Alpträume habe. Ihrem Freund könne sie davon nicht erzählen, weil sie ihre Beziehung damit nicht belasten möchte. Mittlerweile überlege Sie, ob sie den Beruf nicht wechseln solle.

Die Heimleiterin ist erschrocken, dass sie über die Vorfälle bisher nicht informiert wurde und unterstützt das Team, um umgehend eine Lösung zu finden. Für die kommenden Nächte übernimmt ein männlicher Mitarbeiter die Nachtwache. Noch am nächsten Tag soll ein Gespräch mit Herrn Friedrich stattfinden. Da er entscheidungsfähig ist und keinen Betreuer hat, wird mit ihm alleine gesprochen. Ihm soll unmissverständlich klargemacht werden, dass weitere Übergriffe nicht geduldet und die Kündigung des **Heimvertrags** zur Folge haben wird. Den

beiden traumatisierten Mitarbeiterinnen der Nachtwache wird angeboten über den Betriebsarzt eine psychologische Begleitung und Aufarbeitung der Situation zu ermöglichen.

In der vorgestellten Situation sind folgende Instrumente zur Bearbeitung einsetzbar:

- Das **Mitarbeiterjahresgespräch** als punktuelles Gespräch bietet Raum, nicht nur die Tätigkeiten und Kompetenzen, die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden in den Blick zu nehmen, sondern auch die Belastungen, unter denen gearbeitet wird. Hier können sich Fortbildungsbedarfe zeigen, die die Pflegenden im Umgang mit herausfordernden Situationen unterstützen können.
- Im Rahmen eines **Supervisionsprozesses** erhält ein Team die Möglichkeit, gemeinsam auf für Einzelne schwierige Situationen in der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu schauen und neben der Persönlichkeit der einzelnen Pflegenden auch die berufliche Rolle und den Kontext des Teams und der Einrichtung mit einzubeziehen, so dass alle Teilnehmenden für künftige Herausforderungen gestärkt werden.





## **Impressum**

### **Herausgeber**

Kölner Ethik-Konferenz  
(Diözesanbeauftragten für Ethik im Gesundheitswesen im Erzbistum Köln und die  
Ethikbeauftragten der Katholischen Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen im  
Erzbistum Köln)

**Januar 2019**

### **Bezugsquelle:**

Download von: [www.ethik-medizin-pflege.de](http://www.ethik-medizin-pflege.de)

### **Umschlaggestaltung:**

Petra Kretzschmar, Köln  
[www.grafikbild.de](http://www.grafikbild.de)