

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management**

**Sexualbegleitung für demenzkranke BewohnerInnen in  
stationären Altenpflegeeinrichtungen**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 26.08.2011

Vorgelegt von: Julia Lorenzen

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer

Zweiter Prüfender: Prof. Dr. rer. pol. Knut Dahlgaard

## **Inhaltsverzeichnis**

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungen- und Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung	5
1.1 (Problem-) Hintergrund	5
1.2 Ziel der Bachelor- Thesis	5
2. Theoretische Grundlagen	6
2.1 Sexualität im Alter	6
2.1.1 Begriffsdefinition Sexualität	6
2.1.2 Altern und Sexualität	7
2.1.3 Sexualität in der Demenz	11
2.2 Sexualität in der Demenz und Pflege	14
2.3 Sexualbegleitung in der Behindertenhilfe	25
3. Eigene Untersuchung	27
3.1 Literaturrecherche	27
3.2 Fragestellungen	28
3.3 Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument	28
3.4 Auswahl der Interviewpartnerin	30
3.5 Aufbereitung des Materials: Transkription des Interviews	30
3.6 Auswertungsverfahren	32
3.7 Ergebnisdarstellung	32
4. Diskussion	40
5. Persönliches Fazit	42
6. Literaturverzeichnis	43
7. Anhang	45
7.1 Anhang 1: Interviewleitfaden	45
7.2 Anhang 2: Transkribiertes Interview	47
7.3 Anhang 3: Auswertungstabelle	48
7.4 Anhang 4: Datenschutzvereinbarung	56
7.5 Anhang 5: Informationsbroschüre Sexualbegleitung	57
8. Eidesstattliche Erklärung	58

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AEDLs	Aktivitäten des täglichen Lebens
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
et al.	et alia
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
m.E.	meines Erachtens
S.	Seite
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel
zzgl.	zuzüglich

## **Abbildungen- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: Die Bedürfnispyramide nach Maslow

20

# **1. Einleitung**

## **1.1 (Problem-) Hintergrund**

Die gelebte Sexualität wird in unserer Gesellschaft fast ausschließlich mit Jugendlichkeit assoziiert. Dass Sexualität auch noch im hohen Alter – wenn auch mit einer veränderten Nuancierung der Bedürfnisse – stattfindet und zugelassen werden muss, wird von der Gesellschaft überwiegend nicht wahrgenommen bzw. akzeptiert. Daneben wird der Begriff der Sexualität immer noch ausschließlich mit dem Gedanken der reinen genitalen Lustbefriedigung in Verbindung gebracht.

Des Weiteren ist das Thema „Sexualität“ in Altenpflegeeinrichtungen noch immer ein Tabu-Thema und stößt darüber hinaus bei der Gruppe der Demenzkranken an seine Grenzen. Doch gerade Zärtlichkeit und Körperkontakt sind sehr wichtig für demenziell veränderte Bewohner, da die Fähigkeit der sinnlich körperlichen Kommunikation oft sehr viel länger erhalten bleibt als die sprachliche Kompetenz. Durch herausfordernde sowie durch die Demenz bedingte inadäquate soziale Verhaltensweisen werden entsprechende Bedürfnisäußerungen oft fehlinterpretiert und führen zu einer Abkehr des Pflegepersonals und auch der Angehörigen von den „störenden Bewohnern“.

## **1.2 Ziel der Bachelor- Thesis**

Vor dem Hintergrund einer Zunahme der demenzkranken BewohnerInnen<sup>1</sup> in den Altenpflegeeinrichtungen sowie dem Anspruch an eine bedürfnisorientierte Versorgung und Pflege der Bewohner wird die vorliegende Bachelor-Thesis die Sexualbegleitung für demenzkranke Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen als eine zusätzliche Komponente der Demenzversorgung vorstellen. Diese Form der „bezahlten Zuneigung“ gibt es beispielsweise schon seit einiger Zeit in der Behindertenhilfe.

Die Arbeit gliedert sich in einen deskriptiven, theoretischen Teil und in eine eigene Untersuchung, die sich auf ein exploratives Interview mit einer Sexualbegleiterin begründet. Abschließend erfolgen eine kurze Diskussion sowie ein persönliches Fazit.

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit die männliche Form verwendet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint. Wenn nicht, wird dies kenntlich gemacht. *(Anmerkung der Autorin)*

## 2. Theoretische Grundlagen

### 2.1. Sexualität im Alter

#### 2.1.1 Begriffsdefinition Sexualität

*Mit dem nackten Körper stets den Begriff der Erotik zu verbinden:  
das ist ungefähr so intelligent, wie beim Mund stets an Essen zu denken.  
Mit dem Mund isst man nicht nur, man spricht auch mit dem Mund.  
Durch die nackte Haut atmet man.*

*Kurt Tucholsky*

Sexualität ist in vielfältiger Weise zu verstehen und stellt sich als weitgefasste Begriffsbestimmung dar. Nicht nur genitale Aktivitäten bzw. der Geschlechtsakt fallen unter diesen Begriff, sondern auch das lebenslange Bedürfnis nach non-genitaler, körperlicher Berührung. Sie richtet sich darüber hinaus nicht ausschließlich auf andere Personen, sondern definiert auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich. In der wissenschaftlichen Diskussion wird Sexualität zudem als Phänomen beschrieben, welches ein Charakteristikum des Menschen darstellt und sich aus diesem Grund mehrdimensional abbilden lässt.<sup>2</sup>

Die Bedeutsamkeit dieser Charakterzugehörigkeit drückt sich in dem hohen Stellenwert hinsichtlich der Befriedigung der grundständigen psychosozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Sicherheit, Geborgenheit und Angenommensein aus.<sup>3</sup> Darüber hinaus stellt sich die Sexualität als ein Ursprung von Sinnlichkeit, Lust und Erregung dar. In Kombination mit den Gefühlen von Liebe und Zuneigung kann sie jedoch leicht zu Konflikten und Enttäuschungen führen. Dadurch wird deutlich, dass Sexualität unterschiedliche Seiten besitzt. Ob diese nun eine kurze Entspannung herbeiführt oder unter Umständen eine nicht lohnenswerte Anstrengung bedeutet, obliegt jedem Menschen selber.<sup>4</sup> Unbestritten ist, dass die Sexualität in Form einer intimen Zusammenkunft einen wichtigen Teil der psychosozialen Beziehungen einnimmt und gleichsam einen hohen Stellenwert für die Erhaltung des Gesundheitszustandes des Menschen innehält. Hiermit ist

---

<sup>2</sup> vgl. Buchen; Maier 2008, S. 185

<sup>3</sup> vgl. Berberich 2004, S. 1076

<sup>4</sup> vgl. Zetl 2000, S. 5

nicht nur die reine Triebbefriedigung gemeint, sondern die gelebte Sexualität - mit all ihren Gefühlen - als ein soziokulturelles, also humanes Phänomen.<sup>5</sup>

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Sexualität alle Bedürfnisse und Verhaltensweisen der Geschlechtlichkeit inkludiert. Sie funktioniert sowohl als kommunikativer Austausch mittels Körpersprache sowie als Ausdruck von Liebe mit der dazugehörigen Akzeptanz, Zuwendung und Zärtlichkeit. Zudem dient sie der eigenen Identitätsbildung und der Bestätigung der eigenen Geschlechtsrolle.<sup>6</sup> Diese Begriffsbestimmung akzentuiert die mehrdimensionale Bedeutung von Sexualität und gilt als Grundlage für die weiteren Ausführungen dieser Arbeit.

### **2.1.2 Altern und Sexualität**

Basierend auf der in Abschnitt 2.1.1 vollzogenen Begriffsdefinition, wird in diesem Abschnitt die ‚Sexualität im Alter‘ und deren Tabuisierung in der Gesellschaft beschrieben sowie ein Versuch unternommen, die Frage nach der Existenz einer spezifischen Alterssexualität zu beantworten.

#### **Sexualität und Alter – ein gesellschaftliches Tabu?**

*„Alte Liebe rostet nicht.“*

Dieses populäre Sprichwort besagt u.a., dass auch in der älteren Generation ein gewisses Maß an Liebe vorhanden ist, da dieser Zustand des Verlangens nach Zärtlichkeit, Geborgenheit und körperlicher Nähe nicht „einrostet“, sondern augenscheinlich noch im Alter<sup>7</sup> von andauernder Bedeutung ist. Es stellt sich nun die Frage, ob die daraus resultierende Annahme einer gelebten Sexualität im Alter in der Gesellschaft akzeptiert wird oder in einer unreflektierten Tabuisierung jener endet.

---

<sup>5</sup> vgl. Cyran; Halhuber 1992, S. 1 ff.

<sup>6</sup> vgl. Grond 2001, S. 9

<sup>7</sup> Das Alter wird in verschiedene Altersphasen untergliedert. Die ‚jungen Alten‘ (ca. 65-75 Jahre), die ‚alten Alten‘ (ca. 75-85 Jahre) und die hochaltrigen Menschen (ab 85 Jahre). Diese Abstufungen sind auf den demografischen Alterungsprozess zurückzuführen und implizieren die Abhängigkeits- und Autonomiegrade eines Menschen. Somit wird ein Mensch – je älter er ist – eher zu einer Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen gedrängt. (vgl. Buchen; Maier 2008, S. 181)

Abweichend von alten Sprichwörtern wird die Sexualität in der gelebten Welt de facto den jungen und attraktiven Menschen zugesprochen.<sup>8</sup> Darüber hinaus schienen sich sogar bis vor nicht allzu langer Zeit Gegebenheiten wie Alter und Sexualität gegenseitig auszuklammern.<sup>9</sup> Größtenteils kann sich die junge Generation nicht vorstellen, dass beispielsweise ihre Großeltern sexuellen Kontakt in seinen (unterschiedlichsten) Ausprägungen zueinander haben. In diesem Zusammenhang fällt der Begriff der „Asexualität“ besonders häufig und es erfolgt eine Gleichstellung der alten Menschen mit dem Personenkreis der Kinder. Eine weiterhin tabuisierte Alterssexualität in der heutigen Gesellschaft wird somit erkennbar.<sup>10</sup> Gründe lassen sich u.a. in der gesellschaftlichen Konzeptlosigkeit für die sogenannte ‚dritte Lebensphase‘ finden. Grundsteine hierfür bilden die ansteigende Lebenserwartung sowie die sich wandelnde Vorstellung von einem Leben im Alter. So fehlt der Gesellschaft beispielsweise das Verständnis für den Austausch von Zärtlichkeiten zwischen älteren Menschen in der Öffentlichkeit: Es wird als unangebracht empfunden. Diese Emotionen lassen sich teilweise immer noch auf die in der Antike begründete dualistische Philosophie – und durch das Christentum adaptierte und jahrhundertlang aufrechterhaltene – Reduktion der Sexualität auf ihre Reproduktionsfunktion zurückführen. Hinzu kommt die Sicht der Psychoanalyse, welche die Verweigerung der Akzeptanz einer Alterssexualität auf das sogenannte Inzesttabu reduziert. Es besagt, dass ältere Menschen unweigerlich die Rolle der Elternfiguren repräsentieren und die Vorstellung einer sexuellen Aktivität dieser Individuen eine Abwehrhaltung seitens der jungen Menschen auslöst. Darüber hinaus ist in der Wissenschaft noch reichlich Platz für epidemiologische Studien über die Sexualität im Alter.<sup>11</sup>

### **Biografisierung der Sexualität**

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass die Entwicklung der Sexualität in allen Altersklassen sowohl durch physische und psychische als auch durch gesundheitliche Beeinträchtigungen beeinflusst wird. Der soziokulturelle Hintergrund spielt zudem eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von individuellen sexuellen Bedürfnissen und Vorlieben, welche nicht ausschließlich dem biologisch verankerten Trieb folgen, sondern

---

<sup>8</sup> vgl. Buchen; Maier 2008, S. 184

<sup>9</sup> vgl. Aner 2007, S. 48

<sup>10</sup> vgl. Brandenburg et al. 2002, S. 346

<sup>11</sup> vgl. Berberich 2004, S. 1076



durch gesellschaftliche und kulturelle Gegebenheiten geformt werden.<sup>12</sup> Durch diese Prägungen entstehen individuelle sexuelle Biografien, die sich auf durchlebte Erfahrungen in der Kindheit, Jugend und dem Erwachsenenalter zurückführen lassen. Aus diesen Erlebnissen resultiert eine sexuelle Identitätsentwicklung, die sich im sexuellen Erleben sowie im Verhalten und Handeln des Einzelnen widerspiegelt. Variierende sexuelle Leitbilder und normative Vorgaben einer jeweiligen Zeitepoche können überdies zu einer unterschiedlichen Nuancierung der individuellen Sexualbiografie führen. Beispielsweise erfuhren Menschen, die mittlerweile 75 bis 80 Jahre alt sind, ein Vorleben von konservativen Leitbildern von Frauen und Männern bezüglich der Sexualität und Partnerschaft. Sexuelle Verbote bezüglich der Masturbation oder dem vorehelichen Geschlechtsverkehr, eine starke Reglementierung und Tabuisierung der Sexualität oder die mangelhafte sexuelle Aufklärung der damaligen jungen Generation prägte die sexuelle Identitätsentwicklung.<sup>13</sup>

### **Sexualität im Alter**

Die Sexualität in den späteren Lebensjahren ist - neben der durch biografische Erfahrungen geformten Sexualidentität - von sexualphysiologischen Veränderungen geprägt, in Folge dessen sich das Erleben der Sexualität im Vergleich zu früheren Jahren verändern kann.<sup>14</sup> Brandenburg et al. meinen, dass unter Umständen „die Frequenz sexueller Aktivitäten im Alter nachlässt und die sexuelle Reaktion langsamer und unzuverlässiger wird, (aber sich) (...) lediglich die Qualität der Befriedigung (ändert).“ Sie betonen auch, dass „die Fähigkeit zu sexueller Lust (...) nicht eingeschränkt (ist).“<sup>15</sup>

### **Altersbedingte Veränderungen bei der Frau**

Die Menopause stellt die Weichen für den Aufbruch in die dritte Lebenshälfte der Frau und ist durch eine unumgängliche hormonelle Umstellung charakterisiert, die zu einer negativen Beeinflussung des sexuellen Verlangens und der Orgasmusfähigkeit führen kann.<sup>16</sup> Diese hormonelle Veränderung schlägt sich beispielsweise in einer verminderten

---

<sup>12</sup> vgl. Buchen; Maier 2008, S. 181 ff.

<sup>13</sup> vgl. ebd. 2008, S. 189

<sup>14</sup> vgl. ebd. 2008, S. 186

<sup>15</sup> Brandenburg et al. 2002, S. 346

<sup>16</sup> vgl. Berberich 2004, S. 1079

Sekretionsfähigkeit der Bartolini-Drüsen im östrogenabhängigen Gewebe und zu einer nachlassenden Lubrikation nieder. Dies hat zur Folge, dass weniger Vaginalsekret produziert wird und die Vaginalwand aufgrund der dünneren und trockeneren Schicht nun verletzlicher sowie weniger dehnbar ist.<sup>17</sup> Diese organischen Veränderungen können zu Schmerzen beim Geschlechtsakt und weiterführend zu einem veränderten sexuellen Erleben führen. Die Veränderung des weiblichen Körperbildes aufgrund einer Gewichtszunahme im Alter – durch vermehrte subkutane Fetteinlagerungen - verstärkt diesen Aspekt durch einen subjektiv empfundenen Attraktivitätsverlust zusätzlich.<sup>18</sup> Es lässt vermuten, dass auch psychische Ursachen wie beispielsweise fehlende Nähe oder ein unzureichende Stimulation durch den Partner eine bedeutende Rolle im sexuellen Erleben spielen können. Diverse Studien beschreiben tendenziell, dass Faktoren wie Stress, psychische Gesundheit oder Beziehungsaspekte oftmals einen größeren Einfluss auf die Sexualität haben als das Klimakterium.<sup>19</sup>

### **Altersbedingte Veränderungen beim Mann**

Beim männlichen Geschlecht sind es vermehrt die organischen Veränderungen, die eine einschneidende Wirkung für die Sexualität im Alter haben: Das Nachlassen der Sensibilität des männlichen Geschlechtorgans mit der daraus resultierenden verlängerten Zeit für das Erreichen des Orgasmus' sowie eine Verminderung der Erektionsrigidität bis hin zu einer erheblich längeren Refraktärzeit.<sup>20</sup> Im Alter nehmen diese Erektionsstörungen erheblich zu. Nach Berberich „leide(n) mehr als die Hälfte aller Männer (52%) zumindest an einer leichten Erektionsstörung, 17% an einer minimalen, 25% an einer moderaten und 10% an einer kompletten Impotenz.“<sup>21</sup> Neben den physischen Ursachen können psychosoziale Aspekte, wie Versagensängste beim Geschlechtsverkehr in einem *Circulus vitiosus* enden und eine erhöhte Hemmschwelle für die Erfüllung sexueller Kontakte aufbauen.<sup>22</sup>

---

<sup>17</sup> vgl. Brandenburg et al. 2002, S. 348

<sup>18</sup> vgl. Berberich 2004, S. 1079 f.

<sup>19</sup> vgl. Bucher 2006, S. 567 f.

<sup>20</sup> vgl. Brandenburg et al. 2002, S. 348

<sup>21</sup> Berberich 2004, S. 1080

<sup>22</sup> vgl. ebd. 2004, S. 1080

## Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es nicht *die Alterssexualität* gibt, sondern die individuellen Ausprägungen der sexuellen Identitätsentwicklung eines jeden Menschen betrachtet werden müssen. Jeder alternde Mensch erfährt verschiedene körperliche, wie auch psychische sowie soziokulturelle Veränderungen, die auch in seine Sexualität einfließen und diese beeinflussen. Meist spielen neben den physischen Veränderungen die psychischen Aspekte eine weitaus größere Rolle. Für die dritte Lebensphase bedeutet dies, dass insbesondere mit den sexuellen Leistungsvorstellungen und Vorurteilen der breiten Öffentlichkeit konstruktiv umgegangen werden muss, um auch im Alter ein erfülltes Sexualleben erfahren zu können. Nach Grond ist jedoch der wichtigste Sinn der Sexualität, im Alter „eine vertiefte Kommunikationsfähigkeit zu erhalten“, und weitergehend, dass die Sexualität eine „Sehnsucht nach Liebe, Zuwendung, nach Zärtlichkeit und Zeit (ist) und (...) das Selbstwertgefühl (stärkt).“<sup>23</sup> Sexualität ist und bleibt somit mehr als nur ein rein körperliches Vergnügen und ist „nicht plötzlich völlig anders, besser oder schlechter – nur weil ein Mensch altert oder alt geworden ist.“, so Buchen und Maier. Sie betonen im Weiteren, dass „die biografische Dimension von Sexualität eine wesentliche Perspektive (bildet), sowohl für die soziale Altenarbeit als auch für ältere Menschen selbst, da sie das Potenzial enthält, durch ein Sich-Erinnern die individuellen Erlebnisse in einen Kontext zu bringen, zu ordnen und somit Sinnbezüge im Leben herstellen zu können.“<sup>24</sup>

### 2.1.3 Sexualität in der Demenz

Veränderungen im sexuellen Erleben können jedoch auch durch kognitive Einschränkungen herbeigeführt und verstärkt werden. Eine im heutigen Gesundheitssystem bedeutsame kognitive Erkrankung ist die Demenz.

Umfangreiche Studien aus Deutschland und anderen Industrieländern belegen, dass zwischen 6 und ca. 9% der Menschen mit über 65 Jahren an einer Demenz leiden. Mit steigendem Alter erhöht sich die Prävalenz<sup>25</sup> einer Demenzerkrankung erheblich.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Grond 2001, S. 5

<sup>24</sup> Buchen; Maier 2008, S. 193 f.

<sup>25</sup> Mit Prävalenz wird die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2008, S.1)

<sup>26</sup> vgl. ebd. 2008, S. 1

Der einschneidende Charakter der Demenz kann darüber hinaus einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Sexualität eines alternden Menschen einnehmen und wird - für das weitere Verständnis - in diesem Abschnitt beschrieben. Zunächst werden die pathophysiologischen Grundlagen sowie die Symptomatik der Demenz erläutert. Dies bildet die Grundlage, um im Anschluss die Bedeutsamkeit für die Sexualität herauszustellen.

### **Formen der Demenz**

Grundsätzlich treten demenzielle Symptome, wie eingeschränkte geistige und intellektuelle Fähigkeiten, aufgrund von Hirnleistungsstörungen auf. Es lassen sich zwei Unterscheidungsmerkmale feststellen, nach denen die Demenz beurteilt wird: Zum einen wird eine Klassifizierung nach dem organischen Bezug der Krankheitsursache hergestellt und zum anderen erfolgt eine Unterteilung nach der Erkrankungsursache und dem Erkrankungsprozess. Die Demenzen lassen sich somit in primäre und sekundäre Formen unterscheiden. Hirnorganische Erkrankungen, die einen irreversiblen Verlauf einnehmen, zählen zu den primären Demenzen und gehören entweder dem degenerativen oder vaskulären Typus an. Zu den degenerativen Demenzen zählt die Alzheimer-Krankheit, deren Anteil im Bereich der primären Demenzen ca. 60% entspricht. Bei der Alzheimer-Krankheit erfolgt durch die Ablagerung von nutzlosen und schädlichen Endprodukten (sogenannten Senilen Plaques) in bestimmten Hirnarealen eine Einschränkung der Hirnleistung, und es kann in diesem Zusammenhang von einer regelrechten „Schrumpfung“ der entsprechenden Hirnregion gesprochen werden. Den vaskulären Demenzen liegen häufig auftretende Hirninfarkte zu Grunde, die als Krankheitsursache gelten. Bei den sekundären Demenzen ist demnach keine hirnorganische Ursache erkennbar, sondern viel mehr eine Fehl- oder Mangelversorgung des Gehirns, die durch eine Erkrankung in einem anderen Körperorgan ausgelöst worden ist. Dies kann beispielsweise durch eine Medikamentenintoxikation oder Schilddrüsenunterfunktion begünstigt werden.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> vgl. Lind, 2000, S. 4 ff.

## **Symptome der Demenz**

Die Demenzerkrankung ist ein Syndrom<sup>28</sup>, und je nach Krankheitsursache zeigt sich eine ganze Bandbreite an Symptomen. Bei fast allen Formen der Demenz führen die hirnorganischen Veränderungen oder Mangelversorgungen des Gehirns zu Gedächtnis-, Sprach- und Handlungsstörungen. Des Weiteren können, neben einer zunehmenden Desorientiertheit sowie Unruhe, Verhaltens- und Persönlichkeitsänderungen auftreten.<sup>29</sup> Zu den Verhaltensänderungen zählen u.a. Aggressivität, Misstrauen, Angst, Wahnvorstellungen, Apathie, nachlassende Eigeninitiative und ein gestörter Schlaf-Wachrhythmus. Der ständige Verlust von Nervenzellen kann sich auch in ausfallenden Körperfunktionen widerspiegeln und beispielsweise zu einer Harninkontinenz oder zu Muskelversteifungen führen.<sup>30</sup> Ein relativ kleiner Anteil der Demenzerkrankten leidet unter der Frontotemporalen Demenz (Morbus Pick), die durch einen ansteigenden Verlust der Nervenzellen im Frontallappen gekennzeichnet ist. In diesen Fällen steht in der Symptomausprägung eine Veränderung des Verhaltens und der Persönlichkeit im Vordergrund und führt größtenteils zu einem enthemmten sowie sozial inadäquaten Verhalten.<sup>31</sup>

## **Auswirkungen der Demenz auf die Sexualität**

Davon ausgehend, dass Sexualität bis ins hohe Alter gefordert und gelebt wird sowie einen hohen Stellenwert in der Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse einnimmt, ist im Hinblick auf die beschriebene Symptomatik und im Hinblick auf eine erfüllte Sexualität innerhalb einer Partnerschaft mit Schwierigkeiten zu rechnen.<sup>32</sup>

In der täglichen Praxis werden Demenzkranke primär von ihren Partnern versorgt und gepflegt. Die jeweilige Art und Form der Versorgung ist jedoch immer abhängig von Familienbiografie, Kultur, Normen, Werten und der Beziehung, in denen beide Parteien zueinander stehen. Letzteres kann durch die Symptomatik der Demenz sensibel gestört

---

<sup>28</sup> Ein Syndrom ist eine bestimmte Kombination von Symptomen. (vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2010, S. 23)

<sup>29</sup> vgl. Bruhns et al. 2010, S. 28 f.

<sup>30</sup> vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege NRW 2010, S. 66

<sup>31</sup> vgl. Diehl et al. 2004, S. 302

<sup>32</sup> Bei alleinlebenden bzw. Demenzkranken ohne einen festen Partner ist diesbezüglich ebenfalls mit einer erhöhten Problematik zu erwarten, da der Aufbau von neuen Kontakten durch die Demenz erschwert wird. (Anmerkung der Autorin)

werden und schlussendlich eine sogenannte Grundbeziehung zwischen beiden Partnern herstellen. Die Frage des gegenseitigen Verstehens sowie eskalierende Streitigkeiten in Kombination mit einem auftretenden Ekelgefühl – hervorgerufen durch z.B. eine Inkontinenz oder inadäquates soziales Verhalten - gegenüber dem Partner führen zu einer Entfremdung innerhalb der Partnerschaft. In dieser Situation wird sich die Frage nach einem gemeinsamen Ziel aufdrängen. So liegt beispielsweise der Wunsch nach Rache oder Genugtuung nahe, wenn in der Vergangenheit der jetzt pflegende Partner unter dem dominanten Verhalten seines Partners gelitten hat.<sup>33</sup> Eine falsche Erwartungshaltung und der schwierige Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen des Demenzkranken<sup>34</sup> können in Kombination mit einem zwangsläufigen Rollenwechsel zwischen den Partnern unerfüllte sexuelle Bedürfnisse zurücklassen. „Und da neben der Impulskontrolle oft auch die Mitteilungsfähigkeit stark vermindert ist, kann es zu Masturbation in der Öffentlichkeit oder sexualisierten, manchmal nötigen Handlungen kommen“, so Bruhns et al.<sup>35</sup> Im schlimmsten Fall versagen jahrelang gelebte Moralvorstellungen und Konventionen im Kontext einer Demenzerkrankung, die das sexuelle Verlangen bis dato kanalisiert und gefiltert haben. Vor diesem Hintergrund wird eine gelebte Sexualität und die daraus resultierende Lustbefriedigung sowie Erfüllung der grundständigen psychosozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme, Sicherheit, Geborgenheit und Angenommensein immer schwieriger zu realisieren sein.

## **2.2 Sexualität in der Demenz und Pflege**

Eine Brisanz und eine gleichfalls erhöhte Wichtigkeit erfährt das Thema „Sexualität im Alter und in der Demenz“ im Kontext der stationären Versorgung, da bedacht werden muss, dass „der Anteil der Bewohner mit kognitiven Störungen (...) in den meisten Einrichtungen bei 50- 80% liegt“ und „(die) Demenzen (...) zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen gehören“, so Wingenfeld et al.<sup>36</sup>

Dieser Abschnitt fokussiert neben der problematischen Auseinandersetzung mit dieser Thematik im stationären Pflegesetting sowohl die Grenzen der gegebenen

---

<sup>33</sup> vgl. Grond 2009, S. 157

<sup>34</sup> Mit herausfordernden Verhaltensweisen sind beispielsweise Agitation, Depression, Angst, Aggressivität und Apathie gemeint. (vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege NRW 2010, S. 57)

<sup>35</sup> Bruhns et al. 2010, S. 195

<sup>36</sup> Wingenfeld et al. 2011, S. 27

Handlungsalternativen der Pflegenden als auch die möglichen Auswirkungen für die betroffenen Pflegebedürftigen.

### **Sexualität in der Pflege – ein Tabu?**

Zunächst ist zu klären, ob und warum Sexualität in der Pflege immer noch die Rolle eines „Tabuthemas“ einnimmt. Zu der bereits beschriebenen Tabuisierung der Alterssexualität durch die Gesellschaft wird diese Thematik in der stationären Altenpflege durch weitere Faktoren verstärkt, die nachfolgend in einem kurzen Überblick erläutert werden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung.

Im historischen Kontext gesehen, wurde durch eine stark konservativ, kirchlich sowie karitativ geprägte Wertevorstellung für das Berufsbild der Krankenpflege die öffentliche Diskussion und Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Sexualität‘ erheblich verzögert und erfährt erst seit jüngster Zeit ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit und Beachtung. Dies schlägt sich in einem zunehmenden ganzheitlichen und patientenorientierten Pflegeverständnis wider und rückt die Bedeutsamkeit des Grundbedürfnisses nach Sexualität von älteren, psychisch beeinträchtigten sowie körperlich und geistig behinderten Menschen vermehrt in den Vordergrund. Jedoch darf bei all den standardisierten Empfehlungen und Arbeitsanweisungen zur beispielsweise ‚Wahrung der Intim- und Privatsphäre‘ nicht außer Acht gelassen werden, dass mittels einer pflegerischen Handlung eine Begegnung zwischen zwei sexuellen Wesen hergestellt wird.<sup>37</sup> Und demzufolge nicht nur die reine Arbeitsanweisung sowie die Einstellung und Haltung des Pflegebedürftigen hinsichtlich der Thematik ‚Sexualität‘ eine Rolle spielt, sondern auch die Moralvorstellung sowie die Sexualidentität der Pflegenden einen erheblichen Einfluss auf das Erkennen von sexuellen Bedürfnisse hat. Es gilt nun anhand der wechselseitigen Beziehungsebene der beteiligten Personen zu erläutern, warum es zu einer Tabuisierung des Themas ‚Sexualität‘ in der Pflegesituation kommen kann.

In den meisten Fällen findet professionelle Pflege in einem institutionellen Rahmen statt und agiert somit in einem festgelegten, restriktiven Umfeld, das den Pflegebedürftigen ihre Intim- sowie Privatsphäre nahezu ablegen lässt. In den Pflegeeinrichtungen wandeln sich

---

<sup>37</sup> vgl. Kleinevers 2004, S. 9

grundlegende private Angelegenheiten in öffentliche um, unterliegen somit der Kontrolle der Pflegenden und führen im Bezug auf die Sexualität zur Einstufung eines Fehlverhaltens, da sich sexuelles Handeln im privaten Raum abspielen sollte.<sup>38</sup> Doch intime Bedürfnisse werden mit dem Eintreten in die Pflegeabhängigkeit weder aufgegeben noch lassen sich diese unterdrücken. Vielmehr treffen die Pflegebedürftigen in der Pflegesituation nun ganz direkt auf Persönlichkeiten mit ebenso individuell geprägten Sexualidentitäten, welche fortan in der Pflegesituation die „asexuelle, sterile Berufsrolle“<sup>39</sup> ausführen sollen. Dies erscheint kontrovers, da durch die Pflegesituation ein intensiver körperlicher Kontakt zwischen zwei Persönlichkeiten hergestellt wird, wobei beide Beteiligten zum Einen (meist) aus unterschiedlichen Generationen stammen und zum Anderen sich im täglichen Leben in dieser Konstellation niemals so intim begegnet wären.<sup>40</sup> Der benötigte professionelle Umgang mit dem Thema ‚Sexualität im Alter‘ gelingt demnach nur den Pflegekräften, die ihre eigenen Bedürfnisse nach Zärtlichkeit oder Berührung (be-)kennen und bejahen. Diese können in der Pflegesituation die sexuellen Bedürfnisse alter Menschen bzw. Bewohner erkennen, respektieren und akzeptieren. Denn Menschen, die mit ihrer eigenen Sexualität positiv verfahren, sind fähig, diesen Aspekt in der professionellen Pflegesituation nicht auszuklammern.<sup>41</sup> Die Verkennung von sexuellen Bedürfnissen der älteren Bewohner findet demzufolge statt, wenn dieser Bereich seitens der Pflegepersonen unreflektiert bleibt. Dies führt zu einer kontroversen Situation, die zur Folge haben kann, dass Bedürfnisäußerungen nach Sexualität in der aktiven Pflege übergangen und tabuisiert werden.

Laut Grond können neben einer fehlenden Selbsterfahrung sowie –reflektion der eigenen Sexualität folgende Faktoren in der Beziehungsebene diese Gegebenheit fördern bzw. begünstigen:

#### Pflegende

- üben den intimsten Beruf aus: Die „Schwester“ in weißer Uniform darf oder muss intim berühren,
- negieren Sexualität in aufopfernder Pflege, obwohl **Scham oder Ekel** belasten,
- erleben Bewohner als Eltern oder als Kind, die nicht sexuell sein dürfen,

---

<sup>38</sup> vgl. Kleinevers 2004, S. 49

<sup>39</sup> Grond 2001, S. 15

<sup>40</sup> vgl. Aner 2007, S. 48

<sup>41</sup> vgl. Grond 2001, S. 17



- bleiben betont sachlich in der Pflege, auch wenn sich eine starke Sympathie zum Kranken entwickelt, um den Eindruck erotischer Stimulation zu vermeiden,
- bewerten eigene Erregung, Lust oder Neugier als schuldhaft,
- werden unzureichend auf peinliche Gefühle bei der ersten Intimwaschung vorbereitet.<sup>42</sup>

Durch die Vorstellung einer scheinbar asexuellen Pflegeperson, die rein professionell und sachlich zu pflegen hat, wird jedoch vergessen, dass dieser Persönlichkeit Zutritt in den intimsten Bereich der zu Pflegenden gewährt wird. Sei es durch Intimwaschungen oder ein enger Hautkontakt bei anderen Pflegehandlungen. Es muss zudem beachtet werden, dass „Pflege (...) immer auch eine emotionale Beziehung (ist), die auf beiden Seiten oft mit Scham und Angst, Trauer und Aggression einhergeht“, so Aner.<sup>43</sup> Gefühle wie Scham und Ekel sind in diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben und nehmen in der pflegerischen Versorgung einen hohen Stellenwert ein. Es ist bekannt, dass zum Beispiel Scham die Personenwürde schützen und gleichfalls die Unantastbarkeit der Intimsphäre unterstreichen kann.<sup>44</sup> Diese grundsätzlich nützliche Tatsache kann allerdings auch in einer Schamspirale enden und schlussendlich in einer gestörten Interaktion zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen münden, wenn das wechselseitige beschämen, beschämt werden und Verleugnen von sexuellen Bedürfnissen zwischen beiden Akteuren in der Pflegesituation missverstanden wird.<sup>45</sup>

Abschließend ist festzuhalten, dass sowohl kulturhistorische Gegebenheiten als auch ganz persönliche, individuelle Erfahrungen mit der eigenen Sexualität und der Umgang mit Gefühlen wie Scham und Ekel eine offene Auseinandersetzung mit dem Thema ‚Sexualität im Alter‘ erschweren. Der andauernde Personalmangel und zunehmende Zeitdruck im Pflegealltag sowie eine Zunahme der Pflegebedürftigen<sup>46</sup> fördern über dies die Verkennung und Unterdrückung der Sexualität im Pflegealltag und erfahren durch die in der Öffentlichkeit propagierten Vorstellung einer ‚Altersasexualität‘ eine zusätzliche Unterstützung. Neben der ausschlaggebenden Rolle der Pflegenden spielen zudem auch die

---

<sup>42</sup> Grond 2001, S. 15 (*Hervorhebung durch die Autorin*)

<sup>43</sup> Aner 2007, S. 49

<sup>44</sup> Grond 2001, S. 20

<sup>45</sup> vgl. ebd. 2001, S. 23

<sup>46</sup> Laut dem Pflegeheim Rating Report 2011 wird davon ausgegangen, dass unter der Annahme konstanter Pflegequoten die Zahl der stationär Pflegebedürftigen von 749 000 im Jahr 2009 auf 966 000 bis 2020 und auf 1 162 000 bis 2030 steigen würde. Bei Pflegefachkräften wird bis 2030 mit einem zusätzlichen Bedarf zwischen 120 000 bis 175 000 in der stationären und ambulanten Pflege gerechnet. (vgl. RWI 2011, S. 7 f.)

Moralvorstellungen der jeweiligen Träger der Pflegeeinrichtungen eine Rolle, die dem Thema ‚Sexualität‘ im Pflegebereich entweder Raum geben oder es nicht in das Pflegekonzept einbinden und somit die Chance zur Enttabuisierung nicht nutzen können. Auch in der pflegerischen Ausbildung sowie in Pflegelehrbüchern wird das Thema Sexualität immer noch sehr kurz behandelt, was zur Folge hat, dass sich insbesondere jüngere Pflegefachkräfte in einer eindeutigen Situation oft überfordert fühlen.<sup>47</sup> Es wird deutlich, dass eine bedürfnisorientierte Pflege auf der Makroebene gefordert und auf der Mikroebene gelebt werden muss, um auch die Grundbedürfnisse der Pflegebedürftigen nach Zuneigung und Sexualität erkennen und erfüllen zu können.

### **Sexualität in der Demenz und Pflege: Eine Problembeschreibung**

Zu der vorab beschriebenen generellen Problematik der Tabuisierung der Sexualität in der Pflege wird insbesondere auf der Mikroebene durch die Symptomatik der Demenzerkrankung eine weitere erschwerende Dimension hinzugefügt.

In der Pflegesituation fühlen sich viele Pflegenden im Umgang mit Demenzkranken oft überlastet. Sie erleben eine hohe Resignation, die sich einerseits aus der eigenen und vom Träger geforderten aktivierenden Beziehungspflege und andererseits aus der von der Pflegeversicherung aufoktroierten rein körperlich funktionalen Versorgung ergibt.<sup>48</sup> Viele Bewohner weisen jedoch Verhaltensauffälligkeiten auf, die als ‚herausforderndes Verhalten‘ tituliert werden, die sowohl einen erhöhten Unterstützungsbedarf des Personals einfordern und gleichfalls für ein erhöhtes Belastungspotenzial verantwortlich sind.<sup>49</sup> Die unterschiedlich stark ausgeprägten Symptome der Demenz in der direkten Konfrontation mit dem zu Pflegenden können somit eine intensive Auseinandersetzung und das Erkennen von sexuellen Bedürfnissen der Bewohner erschweren.

Doch insbesondere bei männlichen Pflegebedürftigen wird von einer erhöhten Problematik ausgegangen, da diese durch den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit einer zum Beispiel verspäteten Verarbeitung ihrer unbewältigten Kriegstraumata – auch sexueller Art - konfrontiert werden. Gerade im Umgang mit Sexualität kann sich die skizzierte Problematik bei demenziell veränderten Bewohnern potenzieren und es führt im Hinblick

---

<sup>47</sup> vgl. Grond 2001, S. 5

<sup>48</sup> vgl. Grond 2009, S. 55

<sup>49</sup> vgl. Wingenfeld et al. 2011, S. 27

auf den zunehmenden Verlust der Kommunikationsfähigkeit zu möglichen (auch fehlinterpretierten) sexuellen Übergriffen an Pflegenden.<sup>50</sup> Das „Angrabschen“ des Pflegepersonals oder das Verlangen nach einer intensiveren Berührung bei der Intimwäsche kann lediglich als Ausdruck nach einer erhöhten Zuwendung gedeutet werden.<sup>51</sup> Doch eine vermiedene Auseinandersetzung mit der tatsächlichen Ursache hat zur Folge, dass jene Bewohner schnell als „störend“ oder „auffällig“ betitelt werden, sich keine Pflegekraft mehr gerne mit Ihnen intensiver beschäftigen möchte und andere Handlungsalternativen eingesetzt werden.

Da die aktuelle Versorgungspraxis in Deutschland „auf Verhaltensprobleme mit Maßnahmen reagiert (...), die direkt auf (potenzielle) Risikosituationen und weniger auf die Bedingungen des Verhaltens bzw. verhaltenswirksame Faktoren (abzielt)“<sup>52</sup>, sind etwaige Maßnahmen oftmals mit Bewegungs- sowie Handlungseinschränkungen der Pflegebedürftigen verknüpft und führen in letzter Konsequenz zu einer Verringerung der Lebensqualität.<sup>53</sup> Auch zunehmender Personalmangel und eine vorgegebene „Minutenpflege“ lassen im Pflegealltag nicht viel Zeit für wahre Zuwendung und das Erkennen von sensiblen Bedürfnissen, wie das nach Sexualität in all seinen differenzierten Ausprägungen.

Eine prinzipiell wichtige Komponente in der Betreuung von Demenzkranken ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen, (Ehe-)Partnern und Bezugspersonen des Betroffenen, die gerade in der Befriedigung von zwischenmenschlichen Bedürfnissen eine entscheidende Rolle einnehmen können.

Doch gerade das ‚herausfordernde Verhalten‘ des demenzkranken Angehörigen wird oftmals als ausschlaggebendes Argument für einen Umzug in ein Pflegeheim angegeben.<sup>54</sup> Fortschreitende Einschränkungen der kognitiven Fertigkeiten und eine ansteigende Pflegebedürftigkeit verstärken das Gefühl des Verlustes von einem geliebten Menschen.<sup>55</sup> Somit ist auf die Unterstützung des bisherigen vertrauten Partners nicht immer hundertprozentig Verlass und das potenzielle Wegfallen des bisher gewohnten Partners stellt eine weiteren Verlust einer Unterstützungsmöglichkeit in der Betreuung von

---

<sup>50</sup> vgl. Aner 2007, S. 50

<sup>51</sup> „Der Demenzkranke spürt Gefühle und drückt sie in Mimik, Gestik, Körperhaltung und Verhalten aus, wenn er die Worte nicht findet.“ (Grond 2009, S. 25)

<sup>52</sup> Wingefeld et al. 2011, S. 27

<sup>53</sup> vgl. ebd. 2011, S. 27

<sup>54</sup> vgl. ebd. 2011, S. 27

<sup>55</sup> vgl. Diehl et al. 2004, S. 303

Demenzkranken und bei der Erfüllung ihrer psychosozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Wärme und Geborgenheit dar.

In der Betreuung von Demenzkranken gibt es unzählige Rahmenmodelle für den idealen Umgang mit jenen Betroffenen. Konzepte wie die Selbsterhaltungstherapie (SET) oder die Erinnerungstherapie (ET) inkludieren jedoch eher weniger die Bedürfnisbefriedigung nach Wärme, Zärtlichkeit und Geborgenheit, sondern zielen größtenteils auf die Förderung bzw. Erhaltung von vorhandenen Ressourcen ab und vermögen ihren ganz eigenen Teil im „Demenz-Konzept-Kosmos“ zu erfüllen. Auch die ganzheitlich-fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel, welche den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit betrachtet, bezieht sich in den AEDLs zwar auf den Bereich „Die eigene Sexualität leben“ (Kategorie 1)<sup>56</sup>, aber dies findet vor dem Hintergrund der stetigen Tabuisierung der Sexualität in der täglichen Pflegepraxis eher weniger Beachtung. Erstaunlich, da die Bedeutsamkeit der Erfüllung dieses wichtigen Bedürfnisses jedem Pflegenden neben den zusätzlichen Vorgaben und Hilfestellungen in Form der AEDLs bereits durch den schon in der Ausbildung vermittelten Begriff der ‚Bedürfnispyramide nach Maslow‘ bekannt sein dürfte. Bei dieser Pyramide geht der Psychologe Abraham Maslow davon aus, dass jeder Mensch im Grunde seines Seins gut ist und nach Selbstverwirklichung strebt. Um den Wunsch nach Selbstverwirklichung vordergründig wahrnehmen zu können, muss jedes Individuum zuerst die hierarchisch untergeordneten Bedürfnisse erfüllen. Auf der untersten Ebene der Bedürfnispyramide stehen dabei die physiologischen Grundbedürfnisse nach beispielsweise Nahrung, Ruhe und Schlaf, aber auch nach Sexualität und Wärme.<sup>57</sup>

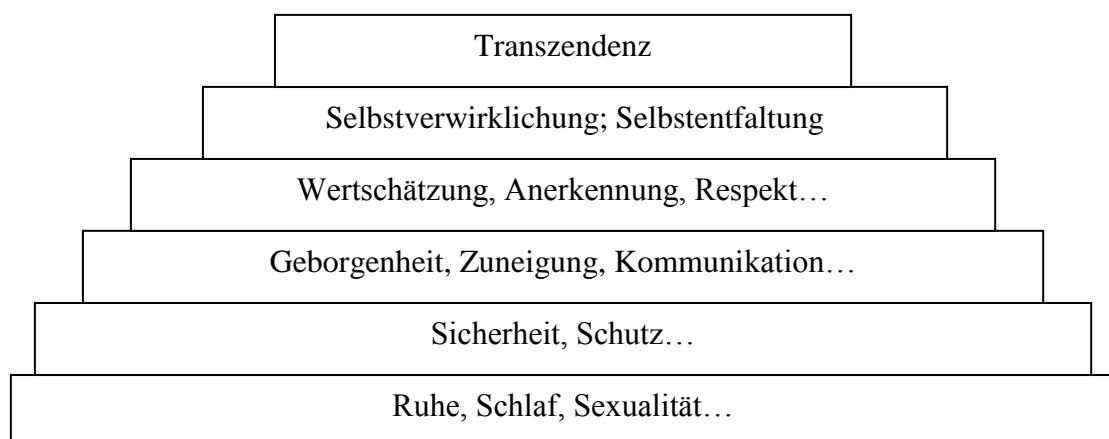


Abb. 1: Bedürfnispyramide nach Maslow.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> vgl. Kasten et al. 2004, S. 23

<sup>57</sup> vgl. ebd. 2004, S. 11

<sup>58</sup> Entnommen aus: vgl. Kasten et al. 2004, S. 11

Wenn nun davon ausgegangen wird, dass bei Demenzkranken bis zum Schluss vor allem die Bedürfnisse nach Liebe und Bindung Bestand haben<sup>59</sup>, sollten auch diese einen großen Einfluss auf die Pflegekonzepte haben, um schlussendlich im pflegerischen Alltag eingesetzt zu werden, wenn darüber eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden kann.

### **Grenzen und Möglichkeiten der Kommunikation in der Demenz**

Weiterführend wird davon ausgegangen, dass vor allem das Gedächtnis und die Orientierung als kognitive Funktionen nicht nur zur Bewältigung des Alltags, sondern ebenfalls zur zwischenmenschlichen Kommunikation sowie Verständigung dienen. Wenn aber, wie bei Demenzkranken eine Einschränkung dieser Funktion vorliegt, wird die Basis einer gemeinsamen Realität empfindlich gestört, da beispielsweise durch Störungen in der Sprache eine schwere Beziehungsprobe entstehen kann.<sup>60</sup> Dies gilt für alle denkbaren Beteiligten, die an diesem Kommunikationsprozess teilnehmen, sei es die Bezugsperson, der Ehepartner oder die Pflegefachkraft.

In diesem Fall sollte erwähnt werden, dass sich Veränderungen der kognitiven Leistungen an den Stadien der Demenz orientieren und sich im Verlauf ein zunehmend erschwerter Zugang zur Person einstellt. Der unaufhaltsame Kontroll- und Handlungsverlust nimmt dem Demenzkranken darüber hinaus immer mehr die Möglichkeit sich als Persönlichkeit sichtbar in sein Umweltgeschehen einzubringen. Bei diesem Verlust der Ausdrucksmöglichkeiten – insbesondere in verbaler Form – darf nicht vergessen werden, dass hinter den Betroffenen immer noch individuelle Persönlichkeiten stehen, auch wenn diese sich eventuell nicht mehr adäquat äußern können. Durch das Versagen jener zwischenmenschlichen Kommunikation bzw. Verständigung werden Demenzkranke auch in ihrem Person-sein gefährdet und unterliegen der Gefahr einer Entpersonalisierung durch ihre unmittelbare Umwelt.<sup>61</sup> Abseits der defizitären Betrachtung der Eigenschaften, die ein Demenzkranker nicht mehr innehält, sollte der Blick auf die Fähigkeiten gerichtet werden, die ihm häufig noch lange erhalten bleiben. Neben Fertigkeiten aus dem alltagspraktischen, kognitiven Bereich, wie Gewohnheiten oder lang geübte Tätigkeiten sind es gerade

---

<sup>59</sup> vgl. Grond 2009, S. 25

<sup>60</sup> vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2010, S. 24

<sup>61</sup> vgl. ebd. 2010, S. 26 f.

Ressourcen aus dem Bereich der sozialen Fähigkeiten, die sich für eine Personen orientierte Begleitung eignen. Denn Gefühle für bestimmte Stimmungen oder nonverbale Interaktionen bleiben in der Demenz häufig sehr lange bestehen.<sup>62</sup> Dies gilt insbesondere für Demenzkranke, bei denen die Erkrankung in einem Maße fortgeschritten ist, dass jeglicher Versuch einer verbalen Kommunikation vergeblich sein kann.<sup>63</sup> Demzufolge wird insbesondere dem Aspekt der **Berührungen** in der Pflegeinteraktion mit Demenzkranken eine enorme Bedeutung zugesprochen. Dieser Tatsache ist der folgende Abschnitt geschuldet, welcher dem Leser – für das weitere Verständnis - in aller Kürze die Bedeutung der Berührung als Phänomen näher bringen soll.

### **Berührungen im Pflegealltag**

Grundsätzlich handelt es sich bei dem Phänomen ‚Berühren‘ um ein Erfahrungsgeschehen, welches sowohl sensorische und motorische als auch affektive Anteile beinhaltet. Berühren kann in zweierlei Form geschehen und empfunden werden. Zum Einen steht es für eine erforschende Aktivität und zum Anderen als Moment des sinnlichen Fühlens oder Genießens.<sup>64</sup> Unbestritten ist, dass in der täglichen Pflege ständig Berührungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ausgetauscht werden und über diese Aktionen unweigerlich non-verbale Kommunikation betrieben wird, so dass „Berühren (...) mehr (ist) als die Durchführung von Fertigkeiten, denn mit jeder Berührung werden Botschaften an den Berührten geschickt“, so Helmbold.<sup>65</sup> Insbesondere die Berührung von wahrnehmungsreduzierten Personen hat eine große Bedeutung, da diese Form der Kommunikation noch sehr gut wahrgenommen werden kann. Darüber hinaus können durch Berührungen körperliche Beschwerden gelindert und Gefühle ausgedrückt werden, die dem Betroffenen als Zuwendung und Geborgenheit vermittelt werden können.

### **Grenzen für die Pflege**

Hinsichtlich der bereits beschriebenen Problematik im Umgang mit der teils ungefilterten Forderungen von Demenzkranken nach Sexualität stößt gerade dieser vielschichtige

---

<sup>62</sup> vgl. Diakonisches Werk Württemberg 2010, S. 27 f.

<sup>63</sup> Im ersten Stadium zeigen sich zunächst erste Wortfindungsstörungen, die im zweiten Stadium erheblich zunehmen. Im Stadium 3 der Demenzerkrankung ist die verbale Verständigung oft aufgehoben. (vgl. Lind 2000, S. 8 f.)

<sup>64</sup> vgl. Helmbold 2007, S. 20

<sup>65</sup> ebd. 2007, S. 73

Aspekt des Berührens im täglichen pflegerischen Handeln an seine Grenzen, da Wünsche nach einer intensiveren Berührung durch das Pflegepersonal nicht erfüllt werden können. Auch das Konzept der ‚Basalen Kommunikation‘ reicht in diesem Fall nicht mehr aus, sondern sieht sich mit einer Kompetenz- und Grenzüberschreitung konfrontiert.

Die ‚Basale Kommunikation‘<sup>66</sup> soll die Grundbedürfnisse mit einfachsten Reizen anregen. Sie ist als Förderpflege konzipiert, stellt sich entwicklungs-, bedürfnis- und beziehungsorientiert dar und soll die „4 R“ verbessern: resensibilisieren, remotivieren, revitalisieren und resozialisieren. Insbesondere durch den Bereich „Tasten: Kommunikation mit dem Körper“ sollen sich die Demenzkranken durch Berührungen, Druck, Reiben, Wärme usw. von ihrer Umwelt abgrenzen und ihr Körperschema wiederentdecken.<sup>67</sup> Hier stellt sich die Frage nach der Einhaltung persönlicher sowie fachlicher Grenzen: Denn geht es um intime Berührungen und Begegnungen im Sinne der Erfüllung sexueller Bedürfnisse bzw. intensiver Berührungen, erfahren wiederum die Handlungsmöglichkeiten der Pflegekräfte eine enge Eingrenzung und darüber hinaus eine empfindliche Überschreitung ihrer Zuständigkeit sowie Kompetenz, die innerhalb der Pflegeprofession nicht überschritten werden sollte. Es gilt zu beachten: das Erkennen von Bedürfnissen sexueller Art ist nicht gleichzeitig mit dem **direkten** Erfüllen dieser gleichzustellen und geht über das „normale“ berühren hinaus.

### **Auswirkungen für die Betroffenen**

In Institutionen, die aufgrund des wirtschaftlichen Kostendruckes immer mehr die sozialen Komponenten aus den Augen verlieren, stehen die Pflegenden zunehmend im Konflikt mit den vermeintlich bedürfnisorientiert ausgerichteten Pflegekonzepten, da diese laut Auer „unter Bedingungen statt(finden), welche die Tauschbeziehung zwischen Pflegebedürftigen und den Anbietern von Pflegeleistungen in den Vordergrund stellen“ und somit eher den betriebswirtschaftlichen Interessen unterliegen. Sie sieht in diesem Punkt die Gefahr, dass wenn „der hilfsbedürftige Mensch zum Kunden umdefiniert wird, (...) andere Formen sozialer Beziehungen ebenso leicht aus dem Blick (geraten) wie institutionelle Formierungen. (Und) dabei wirkt das Pflegeheim als Institution auf die

---

<sup>66</sup> „Basale Kommunikation ist ein In- Beziehung- Treten in partnerschaftlicher Du-Begegnung zweier Personen, die geben und nehmen, während Basale Stimulation den Demenzerkrankten zum Objekt der Pflege machen kann.“ (Grond 2009, S. 127)

<sup>67</sup> vgl. ebd. 2009, S. 128 f.

Sexualität der Bewohner in besonderem Maße<sup>68</sup>. Es stellt sich nun die Frage, was passiert, wenn eben diese Bedürfnisse im Rahmen der pflegerischen Versorgung (hier in Altenpflegeeinrichtungen) nicht erkannt und befriedigt werden. Wie bereits herausgestellt, gehört Sexualität zu den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen und sollte demnach im Kontext einer bedürfnisorientierten Pflege in den Pflegealltag einbezogen werden. Somit müsste „für die Pflegenden eigentlich der Anspruch bestehen, die möglichen Bedürfnisse zu ‚erspüren‘ und für ihre Befriedigung zu sorgen“<sup>69</sup>. Wird jedoch ein Grundbedürfnis offensichtlich verkannt<sup>70</sup> und somit nicht erfüllt, bleibt aber womöglich der Wunsch nach z.B. intensiver Geborgenheit oder Zuneigung erhalten, zeigt sich dies durch wiederkehrende Verhaltensweisen, dessen Ursachen wie folgt gedeutet werden können: Beobachtbare Verhaltensweisen wie Unruhe und Aggressivität können beispielsweise aus dem Verlust des Sicherheits- und Geborgenheitsgefühles resultieren. Der anhaltende Wunsch nach Geborgenheit sowie Zuneigung hingegen zeigt sich möglicherweise durch eine ausgeprägte Weglauftendenz<sup>71</sup> des Betroffenen. Auch das Fehlen von Anerkennung und Respekt kann in unerklärlichen Handlungen enden.<sup>72</sup> Hierdurch zeigt sich, dass eine Anerkennung und Befriedigung aller vorhandenen und geforderten Bedürfnisse im Bereich der Sexualität des Demenzkranken wahrgenommen werden sollten, da sie nach einer Erfüllung zu einem gesteigerten Wohlbefinden und möglicherweise zu einer Verbesserung seiner Lebenssituation und auch -qualität führen können.

## **Gesamtfazit**

Es wurde deutlich, dass sich ‚Sexualität‘ in vielfältiger Bedeutung zeigt und nicht nur auf die genitale Lustbefriedigung zu beschränken ist und auch noch im hohen Alter sowie in der Demenz eine große Bedeutsamkeit erfährt. Die Erkennung und Erfüllung der sexuellen Bedürfnisse wird jedoch neben einer anhaltenden Tabuisierung der Sexualität im Alter durch die Gesellschaft und durch schwierige Bedingungen institutioneller sowie personeller Natur in der (Alten)pflege erschwert. Speziell die teilweise offensiven und nicht mehr den Moralvorstellungen entsprechenden, ungefilterten Forderungen nach einer

---

<sup>68</sup> Aner 2007, S. 49

<sup>69</sup> Kasten et al. 2004, S. 32

<sup>70</sup> Die möglichen Ursachen wurden bereits ausreichend im Abschnitt „Sexualität in der Pflege – ein Tabu?“ dargestellt. (Anmerkung der Autorin)

<sup>71</sup> Nach neuesten Erkenntnissen wird nun mehr von einer „Hinlauftendenz“ gesprochen. (Anmerkung der Autorin)

<sup>72</sup> vgl. Kasten et al. 2004, S. 32



Bedürfnisbefriedigung sexueller Art können zu einer Abneigung gegen den Bewohner sowohl durch das Pflegepersonal als auch durch dessen Angehörige führen.

Resümierend ist festzuhalten, dass das Phänomen ‚Sexualität, Demenz und Pflege‘ eine Herausforderung sowohl für die Altenhilfe als auch für alle Beteiligten darstellt bzw. bleibt und für Grenzkonflikte in der pflegerischen Versorgung sorgt und darüber hinaus bei der Erfüllung der bedürfnisorientierten Sicht der Pflege Einschränkungen bereithält, die nicht im gewünschten Ausmaß durch die bisher Beteiligten und durch festgesetzte Pflegekonzepte erfüllt werden können. Denn vor dem Hintergrund dieser drohenden Kompetenzüberschreitung sowie ‚Überforderung‘ aller Beteiligten und den prägenden Auswirkungen für die Betroffenen sollten alternative Handlungsmöglichkeiten bedacht werden. Denn „wer sich mit dem Thema Demenz auseinandersetzt, muss einen neuen Denk-, Sicht- und Standpunkt entwickeln“<sup>73</sup>, so Kasten et al.

Der zweite Teil dieser Abschlussarbeit befasst sich mit der Darstellung einer zusätzlichen Komponente der bedürfnisorientierten Versorgung von Demenzkranken in Altenpflegeeinrichtungen. Auf der Grundlage des vorangegangenen deskriptiven Parts wird durch die nachfolgende Auswertung eines **explorativen Interviews** die Möglichkeit einer ‚Sexualbegleitung für demenzkranke BewohnerInnen in Altenpflegeeinrichtungen‘ beleuchtet.

### **2.3 Sexualbegleitung in der Behindertenhilfe**

Um dem Leser vorab einen Einblick in diese noch relativ unbekanntere Unterstützungsmöglichkeit zu geben, soll ein kurzer Exkurs in das Thema ‚Sexualbegleitung in der Behindertenhilfe‘ den Einstieg erleichtern, da sich bei dieser Thematik einige Parallelen zur Situation der Demenzkranken erkennen lassen.

Denn sowohl für den Bereich der Altenpflege als auch für die Behindertenhilfe wird angenommen, dass das (An-) Erkennen von allen Bereichen der Sexualität eine antreibende Kraft darstellt, die sich auf folgende Grundlagen bezieht:

- Sexualität dient aus biologischer Sicht zum Zweck der Fortpflanzung,

---

<sup>73</sup> Kasten et al. 2004, S. 33

- umfasst als Fundament aber auch einen psychosozialen Aspekt, der wesentlich zur Identitätsbildung und zum Erhalt des Selbstwertgefühles dient,
- der als physiologischer Aspekt die individuelle Lust herausstellt und schlussendlich auch
- dem Beziehungsaspekt dient, in dem durch zwischenmenschliche Beziehungen der soziokulturelle Aspekt verstärkt wird und Sexualität einen kommunikativen Charakter einnimmt.<sup>74</sup>

Und obwohl sich die Sichtweisen rund um das Thema Sexualität in der Gesellschaft erheblich verändert und entspannt haben, existiert – wie bei der Sexualität im Alter – eine noch selten diskutierte sowie oft tabuisierte Sicht auf die Thematik ‚Sexualität und Behinderung‘. Erstaunlich, da schon vor einiger Zeit im Zuge einer Normalisierung und Integration von behinderten Menschen eine Enttabuisierung des Phänomens ‚Behinderung‘ angestrebt und den Bereichen ‚Förderung, Mobilität und Gleichstellung‘ ein hoher Stellenwert zugesprochen wurde. Lediglich der Aspekt der Sexualität wird weiterhin stigmatisiert und weitgehend ausgegrenzt.

Eine weitere Gemeinsamkeit lässt sich in der erschwerten Erfüllung von sexuellen Bedürfnissen finden und lässt auf eine ähnliche Stigmatisierung schließen, die auch alte sowie demenziell erkrankte Menschen erfahren. Denn auch die Sexualität von behinderten Menschen ist „keine an sich andere (...), so gibt es neben der Tatsache, dass Menschen mit Behinderung (genau wie bei anderen Randgruppen) äußeren Faktoren meist besonders intensiv ausgesetzt sind, spezifische innere Faktoren, die das Erleben und Ausüben der Sexualität erschweren.“<sup>75</sup> Darüber hinaus finden sich auch hier fehlinterpretierte Verhaltensweisen<sup>76</sup>, die zur Annahme einer distanzlosen und rein triebhaften Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung führen.<sup>77</sup> Vor diesem Hintergrund wurde in der Behindertenhilfe schon vor einigen Jahren die Sexualassistentz/-begleitung<sup>78</sup> eingeführt, um Sexualität als einen logischen Teil der Normalisierung zu begreifen und diesen in die Lebenswelt der behinderten Menschen – wenn gewünscht - zu integrieren.

---

<sup>74</sup> vgl. Krenner 2003, S. 11

<sup>75</sup> ebd. 2003, S. 14

<sup>76</sup> Verhaltensweisen wie Ergreifen, Anfassen oder Festhalten stellen eine Form der Kommunikation dar, die zur Abgrenzung der eigenen Person und/ oder zu einer intensiven Auseinandersetzung sowie Erkundung der Umwelt dienen. (vgl. ebd. 2003, S. 21)

<sup>77</sup> vgl. ebd. 2003, S. 21

<sup>78</sup> In der Literatur werden die Begriffe ‚Sexualassistentz‘ und ‚Sexualbegleitung‘ teilweise synonym verwendet. Die Begrifflichkeit ‚Sexualbegleitung‘ beschreibt m.E. jedoch noch intensiver die Bedeutung des Beziehungsaspekts. (*Anmerkung der Autorin*)

Die Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (Pro Familia) definiert in ihrer Expertise zur „Sexuellen Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen“ die Begriffe ‚passive und aktive Sexualassistenz‘ wie folgt: „(...) Mit passiver sexueller Assistenz sind Maßnahmen gemeint, welche Bedingungen schaffen, die es Frauen und Männern mit Behinderungen ermöglichen, ihre sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Dazu gehören: Sexualpädagogik, Sexualberatung, Beschaffung von sexuellen Hilfsmitteln, Pornografie, Vermittlung einer Prostituierten oder Sexualbegleiterin. Bei aktiver Assistenz ist eine andere, eine helfende Person aktiv in eine sexuelle Handlung einbezogen. In Abgrenzung zur Prostitution geht es bei der „professionellen Sexualassistenz“ für Frauen und Männer mit Behinderungen um sexuelle Dienstleistungen gegen Bezahlung durch speziell dazu ausgebildete Frauen und Männer, die Zärtlichkeiten aller Art, manchmal auch Geschlechtsverkehr, anbieten und sich mit verschiedenen Behinderungen auskennen.“<sup>79</sup>

Neben der grundlegenden Befriedigung sexueller oder einfach nur psychosozialer Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Zuwendung können sich in der Praxis therapeutische Auswirkungen in Form von Verhaltensänderungen – beispielsweise ein Rückgang der Aggressionen - zeigen, die auf die Sexualbegleitung zurückzuführen sind.<sup>80</sup>

Der Autorin stellt sich nun die Frage, ob eine Übertragung auf den Altenpflegebereich möglich ist, und ob die Sexualbegleitung für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung eine sinnvolle Option darstellt, um ihnen eine bedürfnisgerechte Versorgung zu bieten. Zu diesem Zweck wurde mit einer Sexualbegleiterin ein exploratives Interview geführt, um praxisnahe und – relevante Antworten zu erhalten.

### **3. Eigene Untersuchung**

#### **3.1 Literaturrecherche**

Für eine Einschätzung der aktuellen vorliegenden Informationsbasis für das Thema ‚Sexualbegleitung von Demenzkranken‘ wurde vorab in unterschiedlichen Datenbanken nach passender zeitgemäßer Literatur gesucht. Die erste Recherche erfolgte in der Bibliotheksdatenbank und in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek des

---

<sup>79</sup> Pro Familia 2005, S. 6

<sup>80</sup> vgl. Krenner 2003, S. 52

Hochschulinformations- und Bibliotheksservice (HIBS) der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg. Die Suchbegriffe „Sexualbegleitung, Sexualassistenz, Demenz“ führten in unterschiedlichen Kombinationen zu keinem Treffer. Die Literaturrecherche im Gesamtkatalog der Uni Hamburg mit den gleichen Suchbegriffen führte ebenfalls zu keinem Ergebnis. Die Recherche nach geeigneter Literatur in der Datenbank „Pubmed“ erfolgte mit folgenden Suchbegriffen in verschiedenen Kombinationen: „Dement\*, sexual assistance, sexual attendance, nursing home residents“. Die Suche ergab null Treffer. Die Autorin wurde lediglich in einem aktuellen Buch über ‚Demenz‘<sup>81</sup> fündig.

### 3.2 Fragestellungen

Durch die nahezu ergebnislose Literaturrecherche zur Thematik der Sexualbegleitung für Demenzkranke ergibt sich die Bedeutsamkeit der nachfolgenden grundlegenden Fragestellungen, die aus dem deskriptiven Teil dieser Abschlussarbeit hervorgehen und die darüber hinaus den explorativen Charakter des Interviews unterstreichen:

- Wie sieht das Dienstleistungsspektrum einer Sexualbegleiterin aus?
- Warum werden ihre Dienstleistungen in Anspruch genommen?
- Wie und durch wen erfolgt die Kontaktaufnahme?
- **Gibt es spürbare Auswirkungen ihrer Arbeit?**
- Gibt es Grenzen und Möglichkeiten in der Sexualbegleitung?

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die vorletzte Fragestellung gelegt, da dies den praxisrelevanten Charakter der Sexualbegleitung begründen sowie einen späteren Einsatz im Pflegealltag rechtfertigen könnte.

### 3.3 Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument

Die Befragung stellt in den empirischen Sozialwissenschaften die am häufigsten gebrauchte Datenerhebungsmethode dar. Es wird grundlegend zwischen einer mündlichen

---

<sup>81</sup> Das Buch ist 2010 in der Deutschen Verlags- Anstalt erschienen und trägt den Titel „Demenz – Was wir darüber wissen, wie wir damit leben“ und befasst sich in einem Beitrag mit der Tätigkeit einer Sexualbegleiterin aus Berlin. (Anmerkung der Autorin)

Befragung per Interview und schriftlichen Befragungen in Form von Fragebögen unterschieden. Beide Varianten weisen spezielle Eigenschaften auf und werden aufgrund des konkreten Forschungsproblems sowie dem daraus geforderten Erkenntnisgewinn ausgewählt.<sup>82</sup>

Das für die vorliegende Arbeit verwandte halb- oder teilstandardisierte Interview mit seinen teils offenen, teils geschlossenen Fragen gibt dem Interviewer einen groben inhaltlichen Rahmen vor, welcher die zu erfragende Thematik jedoch relativ verbindlich macht. In Kombination mit einer neutralen Interviewführung wird die informationssuchende Funktion des Interviews betont. Bei dieser Art der Interviewführung stellt der Interviewer einen gleichwertigen Partner dar, welcher distanziert und unabhängig dem zu Interviewenden ohne Vorbehalte die Rolle des Informationsträgers hinsichtlich seiner Antworten zuspricht. Die für diese Abschlussarbeit angewandte Art des Interviewkontaktes wird in der Fachliteratur als „Face to Face“-Interview betitelt.<sup>83</sup> Das Einzelinterview wurde von der Autorin als bestmögliche Form zur Beantwortung der Fragestellungen gesehen, da die Domäne des Einzelinterviews Themengebiete darstellen, welche sich mangels Vorwissen nur bedingt strukturieren lassen sowie ein aktives und auf die Äußerungsbereitschaft abgestimmtes Eingreifen der Interviewerin erforderlich machen.<sup>84</sup> Generell kann durch Befragungstechniken die subjektive Sichtweise von Beteiligten - beispielsweise über bestimmte Erlebnisse oder Tätigkeiten - ermittelt werden.<sup>85</sup>

Zur Beantwortung der sich im vorherigen Abschnitt entwickelten Fragestellungen, erscheint somit das leitfadengestützte Interview hinsichtlich seiner Funktion als Erhebungsinstrument als passende Form der qualitativen Befragung. Die Erstellung des schlussendlich verwendeten Leitfadens begründet sich auf oben genannten Fragestellungen sowie aus der persönlichen, pflegerischen Expertise der Verfasserin im Kontext ihrer Pfllegetätigkeit mit demenzerkrankten Bewohnern.

Inhaltlich zielt der Leitfaden auf folgende Erkenntnisbereiche ab:

## 1 Qualifikation und Kompetenzen der Sexualbegleiterin

---

<sup>82</sup> vgl. Bortz; Döring 2009. S. 236 f.

<sup>83</sup> vgl. ebd. 2009, S. 239

<sup>84</sup> vgl. ebd. 2009, S. 242

<sup>85</sup> vgl. ebd. 2009, S. 308

- 2 Leistungsangebot der Sexualbegleiterin
- 3 Gründe und Erwartungen an die Sexualbegleitung
- 4 Kontaktaufnahme zwischen Sexualbegleiterin und Klienten
- 5 Nutzen für ihre Klienten
- 6 Möglichkeiten und Grenzen der Sexualbegleitung.

Die Örtlichkeit für das Treffen wurde von der Interviewpartnerin ausgesucht. Das leitfadengestützte Interview<sup>86</sup> fand in einer Beratungsstelle für Sexarbeiterinnen in Bochum statt und konnte vor Ort in einer ruhigen, entspannten Atmosphäre geführt werden.

### **3.4 Auswahl der Interviewpartnerin**

Die Auswahl einer passenden Interviewpartnerin erfolgte über eine Internetrecherche gefolgt von einer schriftlichen Anfrage in postalischer Form. Die Antwort und weitere Vereinbarungen erfolgten auf elektronischem Wege und stellten sich als unkompliziert und offen dar. Aufgrund der zeitlichen und insbesondere der personell beschränkten Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich einer geeigneten Interviewpartnerin wurde die Anzahl der Interviewteilnehmer auf eine Person reduziert. Diese Tatsache betont noch einmal den explorativen Charakter der vorliegenden Abschlussarbeit.

### **3.5 Aufbereitung des Materials: Transkription des Interviews**

Für die weitere Datenverarbeitung wurde das Interview mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, da bei der Auswertung von qualitativen Interviews im Grunde nie auf eine Tonbandaufzeichnung verzichtet werden soll.<sup>87</sup> Ergänzend zur Aufzeichnung wurden während des gesamten Interviews Notizen zum Gesprächsverlauf erstellt. Diese spiegeln beispielsweise die Mimik bzw. Gestik der zu interviewenden Person und daraus ableitbare Emotionen wieder, welche für eine Auswertung wichtig sein könnten.

---

<sup>86</sup> Der Interviewleitfaden wurde als Anhang 1 angefügt. (*Anmerkung der Autorin*)

<sup>87</sup> vgl. Bortz; Döring 2009, S. 310

Das aufgezeichnete Material wurde mittels der Software „f4“ transkribiert und somit für die weiterführende Auswertung aufbereitet. Das Transkript enthält neben dem eigentlichen Interviewtext auch prägnante Merkmale des Gesprächsverlaufs. Dies spiegelt sich in der Anwendung spezieller Transkriptionszeichen wieder, welche unterschiedliche Bedeutungen, wie Betonung, Tonhöhe oder einen Kommentar des Interviewers darstellen. Die Tragweite des „Glättens“ von Interviewskripten – also das Weglassen bestimmter Wortlaute – muss vom Interviewer hinsichtlich des theoretischen Interesses bestimmt werden.<sup>88</sup> Neben der Annäherung der Sprache und Interpunktion an das Schriftdeutsch – aus „Ich habs ihm gesagt“ wird „Ich habe es ihm gesagt“ – wurden zur besseren Lesbarkeit folgende Transkriptionsregeln verwendet:

- Es soll nicht lautsprachlich oder zusammenfassend, sondern wörtlich transkribiert werden. Das Transkribieren von Dialekten findet nicht statt,
- längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert,
- Unterstreichungen verdeutlichen besonders betonte Begriffe,
- solange der Redefluss des Interviewten nicht unterbrochen wurde, werden zustimmende Lautäußerungen des Interviewers (aha, ok) nicht mit transkribiert,
- Einwürfe der gegenüberstehenden Person werden in Klammern gesetzt,
- Lautäußerungen, wie lachen oder seufzen, des Interviewten werden in Klammern gesetzt,
- die Kennzeichnung des Interviewers erfolgt mit einem „I“ und die des Interviewten mit einem „B“,
- Ein Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile zwischen den Sprechern noch einmal kenntlich gemacht.<sup>89</sup>

Bei der Transkription des geführten Interviews beruft sich die Autorin weitergehend auf die Richtlinien der Textgestaltung nach Boehm et. al.:

- ca. 50 Zeilen pro Zeile (erlaubt Randbemerkungen),
- Text einzeilig (!),

---

<sup>88</sup> vgl. Bortz; Döring 2009, S. 312

<sup>89</sup> vgl. Kuckartz 2008, S. 27 f.

- bei jedem Sprecherwechsel eine Leerzeile einfügen,
- Sprecher durch Großbuchstaben und Doppelpunkt kennzeichnen,
- den gesamten Text zeilenweise (!) und seitenweise durchnummerieren.<sup>90</sup>

Das Befragungsmaterial und die Einwilligung zur Aufzeichnung sowie Verwendung der Tonbandaufzeichnung wurden elektronisch und in Papierform archiviert und liegen der Verfasserin vor. Der Umfang des transkribierten Interviews beläuft sich auf 22 Seiten.<sup>91</sup>

### 3.6 Auswertungsverfahren

Für eine zusammenfassende Auswertung der Antworten wurde zunächst eine geordnete Auswertungstabelle<sup>92</sup> erstellt, die sich an den Erkenntnisbereichen orientiert und zur Vorbereitung für die ausführliche Ergebnisdarstellung dient.

### 3.7 Ergebnisdarstellung

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Erkenntnisbereichen, die vorab festgesetzt worden sind und dem interessierten Leser einen Über- und Einblick in den Tätigkeitsbereich einer Sexualbegleiterin – mit dem Schwerpunkt der Demenzkranken – ermöglicht.

#### Erkenntnisbereich 1: Qualifikation und Kompetenzen der Sexualbegleiterin

Frau Catharina König hat ihre Ausbildung zur Sexualbegleiterin am Institut für Selbstbestimmung (ISBB) in Trebel absolviert: „*Ich würde sagen "Learning by doing" unter Supervision. Sechs Wochenenden. Teilnahme an diesen Erotikworkshops für behinderte Menschen in Trebel beim ISBB.*“<sup>93</sup> Sie vermutet, dass ihr dieses Zertifikat den Zugang zu den Pflege- bzw. Behinderteneinrichtungen erleichtert hat: "*Ich glaube, dass eine Sexarbeiterin, die zwanzig Jahre Berufserfahrung hat, mindestens genau so qualifiziert ist, wie ich. Mindestens. Aber das kommt nicht so gut in unserer Vorstellung von Seriosität und deswegen hat dieses "Ich bin ausgebildete Sexualbegleiterin" sicherlich*

<sup>90</sup> zit. n. Boehm et al. In: Bortz; Döring 2009, S. 312

<sup>91</sup> Das vollständig transkribierte Interview wurde der vorliegenden Abschlussarbeit als Anhang 2 beigelegt. (Anmerkung der Autorin)

<sup>92</sup> Die Auswertungstabelle ist der Abschlussarbeit als Anhang 3 beigelegt worden. (Anmerkung der Autorin)

<sup>93</sup> Anhang 3: Z. 528- 531



auch erst einmal bestimmte Türen geöffnet.“<sup>94</sup> Zu ihren Kompetenzen gehört neben einer intuitiven Arbeitsweise ihre empathische Grundhaltung sowie Schwingungsfähigkeit, die sie als wichtige Fähigkeiten ansieht, „weil, es geht immer darum, eine menschliche Begegnung zu gestalten und die ist jedes mal so anders und die Menschen sind so anders und da geht es darum, irgendwie intuitiv Dinge zu tun, da kann ich nicht irgendwelche Konzepte haben: "Das ist jetzt mein Spastiker Konzept" und das ist mein "Querschnitt Konzept" oder das ist mein "Demenz Konzept".<sup>95</sup> Mit einer großen Begeisterung geht sie ihrer Tätigkeit als Sexualbegleiterin seit nun schon fünf Jahren nach und ist sehr glücklich über ihre Entscheidung, diesen Weg gegangen zu sein, „weil es viele Menschen gibt, die morgens aufstehen, um irgendwo hinzugehen oder irgendetwas zu tun, das sie nicht besonders glücklich macht. Und ich finde, dass ist auch schon eine hohe Lebensqualität: etwas zu tun, was einem Freude macht.“<sup>96</sup>

## **Erkenntnisbereich 2: Leistungsangebot der Sexualbegleiterin**

Die Sexualbegleiterin Catharina König bietet ein sinnlich, erotisches Angebot für Menschen mit einer Behinderung – körperlich wie geistig – wie auch für alte und kranke Menschen an „und dabei geht es um (...) eine Begegnung. Es geht darum, eine Begegnung zu gestalten, in der Körperlichkeit und Sexualität (...) gelebt werden kann. Immer bezogen auf die Möglichkeiten, die mein Gegenüber hat. Also unter Einbeziehung und Berücksichtigung auch der kognitiven oder auch motorischen Einschränkungen. (...) Und da geht es dann da drum, ganz genau zu schauen, was ist denn jetzt das Thema (...) und dabei ist es immer wichtig, einen Auftrag zu formulieren.“<sup>97</sup> Ihre Zielgruppe hat sich im Laufe der Jahre von Behinderten über ältere Menschen nun auch auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen (z.B. Demenzkranke) ausgeweitet.

Bei ihrer Sexualbegleitung steht nicht immer die genitale Lustbefriedigung im Mittelpunkt der Begegnung, sondern „da geht es darum (...), beieinander zu sein, Intimität zu erleben, etwas warmes, was einem gut tut und was dann auch nicht nur den Körper, sondern - ich denke - auch die Seele wärmt.“<sup>98</sup> Somit rückt die Erfüllung von Bedürfnissen im Sinne von Zuwendung, Zärtlichkeit, Nähe und Körperkontakt in den Vordergrund ihrer Arbeit. Sie betont weiterhin, dass ihre Tätigkeit immer als Begegnung definiert werden sollte, da sie

---

<sup>94</sup> Anhang 3: Z. 539- 542

<sup>95</sup> ebd. Z. 544- 548

<sup>96</sup> ebd. Z. 521- 524

<sup>97</sup> ebd. Z. 14- 19

<sup>98</sup> ebd. Z. 133- 136

sich nicht ausschließlich um die Triebbefriedigung eines Menschen dreht, „*was manchmal auch in 10 Minuten erledigt sein könnte. Das ist aber nur ein winziges Segment von all diesem körperlichen Erleben, und deshalb ist mir das Wort Begegnung auch ganz wichtig.*“<sup>99</sup> Sowohl durch einen kommunikativen Austausch als auch durch den Einsatz von bewussten Berührungen erfährt sie, was von ihrem Gegenüber gewünscht wird: „*Und dann sprechen wir miteinander. Und dann muss man halt gucken, was daraus jetzt entstehen kann. Es gibt also einmal sicherlich ein sprachliches Angebot aber dann gibt es aber auch irgendwelche, ich sag mal Berührungen als eine (...) als ein Vorschlag sozusagen, um zu gucken, ob das dann etwas sein könnte oder nicht.*“<sup>100</sup> In dieser Begegnung darf ihr Gegenüber sie grundsätzlich berühren und anfassen im Sinne von „*da ist jemand und wir liegen zusammen. Ich darf berühren. Ich werde berührt. Im Arm gehalten.*“<sup>101</sup> Frau König zieht sich – wenn gewünscht – aus, um eine distanzwahrende Berührung ausschließen zu können, da diese im Pflegealltag allzu präsent ist „*und manchmal gibt es auch Menschen mit fortgeschrittenem Alter, die durchaus auch noch eine Erektion und einen Orgasmus hinkriegen. Aber das ist natürlich abnehmend. Aber ich merke auch, dass ist nicht wirklich immer das Thema.*“<sup>102</sup>

Für die Inanspruchnahme der Sexualbegleitung nimmt Frau König 100 Euro – zzgl. der Kosten für die Anfahrt - pro Zeitstunde, das aus dem persönlichen Budget des Klienten bezahlt wird und ggf. mit einem (gesetzlichen) Betreuer abgesprochen werden muss. Zur Unterstützung ihrer Tätigkeit als Sexualbegleiterin hat sich Frau König eine Art „Kundenkartei“ angelegt, „*wo Dinge drinstehen im Sinne von Adressen, Telefonnummern, Ansprechpartner und solche Geschichten. Also so grobstoffliche Eckdaten.*“<sup>103</sup> Sie sieht diesen Ordner als erweitertes Adressbuch ihrer Klienten, das ihr neben biografischen Daten auch Auskunft über wichtige Diagnosen gibt. Jedoch stellt sie sich vorzugsweise individuell auf ihren Klienten ein, als sich über eine Diagnose ein Bild zu schaffen: „*Also, dann muss ich immer fragen, was geht, was geht nicht. Das ist wesentlich hilfreicher, als diese gebündelten Diagnosen, die sagen nicht viel aus. Zumindest nicht für mich dann.*“<sup>104</sup>

---

<sup>99</sup> Anhang 3: Z. 142- 144

<sup>100</sup> ebd. Z. 214- 218

<sup>101</sup> ebd. Z. 149- 150

<sup>102</sup> ebd. Z. 224- 227

<sup>103</sup> ebd. Z. 567- 569

<sup>104</sup> ebd. Z. 598- 600

Abschließend ist festzuhalten, dass Sexualbegleitung einen Ort schafft, der für intensive Berührungen im Sinne einer Begegnung garantiert. Für die Klienten könnte dies beispielsweise bedeuten: *„Eine Stunde oder auch anderthalb Stunden: Wohlfühlzeit.“*<sup>105</sup>

### **Erkenntnisbereich 3: Gründe und Erwartungen an die Sexualbegleitung**

Der Inanspruchnahme der Sexualbegleitung – insbesondere für Demenzkranke – liegt in den meisten Fällen eine Verhaltensauffälligkeit seitens des Bewohners zugrunde. Denn *„vorzugsweise wird agiert, wenn dann auch Übergriffligkeiten gegenüber Mitarbeitern passieren.“*<sup>106</sup> Dies geschieht durch unsittliche Berührungen oder verbale Obszönitäten gegenüber dem Pflegepersonal und geht soweit, dass irgendwann die Situation entsteht, dass keiner mehr zur Pflege in das Zimmer des „auffälligen Bewohners“ möchte. Wenn diese Situation eintritt, *„wird geguckt „Was können wir jetzt tun“ Erst dann!“*<sup>107</sup> Denn Frau König stellt fest, dass sich das Verhalten von Demenzkranken bezüglich ihrer Sexualität stark verändern kann. Insbesondere erscheint in einige Fällen eine adäquate Bedürfnisäußerung nach Sexualität nicht mehr grundsätzlich möglich zu sein: *„Und da sind die Filter dann weg und da kommt sozusagen alles ungelebte, was da noch so ist, kommt dann nach oben und äußert sich. Ungefiltert, und das ist dann natürlich für die Umgebung manchmal unangenehm aber es ist einfach 100% authentisch.“*<sup>108</sup> Von der Sexualbegleitung erhoffen sich die Pflegenden, Angehörigen oder Betreuer, dass sich die Situation ändert. Denn *„spätestens dann, wenn keiner mehr ins Zimmer will, dann muss irgendwas passieren und das ist dann die Hoffnung gewesen.“*<sup>109</sup>

Es gibt aber auch andere Gründe, die für eine Inanspruchnahme genannt werden: *„Also ich hatte zum Beispiel einmal einen Mann, der suchte für seinen Großvater und der sagte: „Mein Großvater hatte ein langes und schweres Leben und ich möchte gerne, dass er jetzt im Alter auch noch etwas Schönes erlebt.“*<sup>110</sup>

Diese Erlebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme der Sexualbegleitung vorwiegend aus einer erlebten Notsituation der beteiligten Personen entspringt und mit einer Hoffnung nach Verbesserung der aktuellen Situation verbunden ist.

---

<sup>105</sup> Anhang 3: Z. 647- 648

<sup>106</sup> ebd. Z. 46- 47

<sup>107</sup> ebd. Z. 53

<sup>108</sup> ebd. Z. 252- 254

<sup>109</sup> ebd. Z. 274- 275

<sup>110</sup> ebd. Z. 69- 71

#### **Erkenntnisbereich 4: Kontaktaufnahme zwischen Sexualbegleiterin und Klienten**

Die Kontaktaufnahme erfolgt neben der Beauftragung durch Angehörige zum größten Teil durch die Einrichtungen selber: *„Aber manche haben damit auch irgendwie ein Problem und dann lassen sie das auch gerne die Einrichtung machen.“*<sup>111</sup> Jedoch wurde sie schon einmal durch eine Betreuerin beauftragt, da sich das Pflegepersonal über das inadäquate Benehmen eines Bewohners bei der gesetzlichen Betreuerin beschwert hatte. Die gesetzliche Betreuerin nahm im Anschluss Kontakt mit Frau König auf.

Vor einer Terminabsprache muss jedoch immer erst einiges passieren: Der Bedarf muss erkannt und im Pflorgeteam sowie mit der Leitungsebene besprochen werden. Zusätzlich sollte mit demjenigen gesprochen werden, der das Geld verwaltet, um eine Bezahlung gewährleisten zu können: *„Und da sind schon etliche Hürden zu nehmen. (...) Und im Vorfeld so viele Dinge auch abzuklären, bis dann wirklich ganz konkret dieser Termin stattfindet.“*<sup>112</sup>

Auf die Frage nach der Vorbereitung einer Sexualbegleitung, gibt Frau König an, dass sie mindestens eine Stunde für ein Gespräch – persönlich oder am Telefon – einkalkuliert, um neben der passenden Terminfindung zu besprechen, in welchen Räumlichkeiten das Treffen stattfinden kann, und um Informationen über den zukünftigen Klienten einzuholen. Auch die Frage nach den Gründen für die Inanspruchnahme der Sexualbegleitung sollte in diesem Vorbereitungsgespräch geklärt werden. Darüber hinaus ist es von Interesse, welche Möglichkeiten und Grenzen bei der Sexualbegleitung für den entsprechenden Klienten vorhanden sind bzw. auftreten können: *„Wie kann die Kommunikation gehen?“ (...) Ich muss wissen wie ein "Ja!" klingt, wie ein "Nein!" klingt, damit immer auch eine Grenze oder ein Stopp gesetzt werden kann. Und ich möchte immer auch ein "Ja" hören. Also schon im Vorfeld, dass demjenigen - weiß ich nicht - mein Flyer gezeigt wird und gesagt wird „da kann die Frau König dann kommen“.*<sup>113</sup>

Wenn alle organisatorischen Gegebenheiten sowie ein Termin abgesprochen worden ist, kommt es zu einer Begegnung zwischen der Sexualbegleiterin und dem Klienten. In dieser Situation entscheidet Frau König individuell und abhängig von der Tagesform ihres Klienten, was sie konkret miteinander erleben werden.

---

<sup>111</sup> Anhang 3: Z. 67- 68

<sup>112</sup> ebd. Z. 84- 85

<sup>113</sup> ebd. Z. 196- 200

## Erkenntnisbereich 5: Nutzen für den Klienten

Die Sexualbegleiterin Frau Catharina König vertritt den Standpunkt, dass Sexualität zu den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen gehört und beruft sich u.a. auf die Bedürfnispyramide nach Maslow. Auf dieser Überzeugung basiert ihre Arbeit, und diesen Standpunkt vermittelt sie auch in ihren Unterrichtseinheiten in Altenpflegeschulen oder bei Seminaren in Altenpflegeheimen. Darüber hinaus verfolgt sie den Gedanken, dass Menschen bzw. Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen ein Anrecht auf die Erfüllung ihrer sexuellen Bedürfnisse haben: *„Die Sexualität endet nicht mit dem Einzug in das Altersheim oder Seniorenzentrum, sondern erst mit dem letzten Atemzug.“*<sup>114</sup> Durch ihre Arbeit möchte sie ihren Klienten Zuwendung, Zärtlichkeit, Nähe und einen intensiven Körperkontakt bieten als es dem Pflgeteam oder andere beteiligte Berufsgruppen möglich ist. Über diese Erfahrungen versucht sie einen Raum der Entspannung herzustellen: *„Das ist etwas, was mit den Menschen was macht. Und es ist oftmals zu sehen, dass es zu einer Entspannung kommt, und ich meine jetzt nicht diese Entspannung, sondern ich meine so eine Entspannung im Sinne von „friedlicher sein, von ruhiger sein“ und dieses „ich werde gesehen und ich habe ein gegenüber“ zwar nur in einem zeitlich begrenzten Raum, aber immerhin.“*<sup>115</sup> Insbesondere für ihre Klienten mit einer demenziellen Erkrankung stellt diese Form der intensiven Zuwendung eine gute Chance dar, um sich wieder selbst spüren zu können: *„Ja, und sich auch selber spüren in dem Gegenüber. Also meine Grenzen zu spüren indem ich, also meine körperlichen Konturen zu spüren, indem ich jemanden habe, der mit seinem Körper sozusagen da auch ist.“*<sup>116</sup> Sie wünscht sich, dass sie ihren Klienten durch eine intensive Zuwendung das Gefühl des Wohlbefindens zukommen lassen kann und eine eventuell angespannte Situation innerhalb der Konstellation „Pfleger – Pflegebedürftigen“ entschärfen zu können.

Frau König schildert, dass sie einmal zu einem demenziell erkrankten Klienten in ein Pflegeheim gerufen worden ist, da dieser durch unangenehme verbale Obszönitäten gegenüber dem Pflegepersonal aufgefallen ist. Durch ihre Sexualbegleitung konnten die unangenehmen verbalen Übergriffe gemindert werden: *„Also irgendwann hat mich diese gesetzliche Betreuerin dann noch mal kontaktiert, weil sie eine Frage hatte (...) Und dann habe ich irgendwie mich erkundigt in diesem Zusammenhang und dann hat sie irgendwie*

---

<sup>114</sup> Anhang 3: Z. 126- 127

<sup>115</sup> ebd. Z. 151- 155

<sup>116</sup> ebd. Z. 161- 163

noch einmal drüber nachgedacht, beziehungsweise dann bekam ich dann auch die Information: „Ja, das hat dem wohl sehr gut getan und die Symptome sind seit dem nicht wieder aufgetreten.“<sup>117</sup> Gleichzeitig betont Frau König, dass eine Sexualbegleitung eine regelmäßige bzw. dauerhafte Unterstützungsmöglichkeit sein sollte, da sie – nach eigenen Angaben vorsichtig formuliert - in ihrer Arbeit einen gewissen „therapeutischen Aspekt“ sieht<sup>118</sup>: „Weil das etwas macht, was die Seele gesunden lässt. So! ich habe natürlich kein therapeutisches Angebot, weil ich auch keine Therapeutin bin, aber die Auswirkungen dieser Arbeit, die fühlen sich manchmal auch so an. Als wenn auch nicht nur einfach Lust befriedigt wird, sondern auch wenn es etwas ist, was die Seele sich wohler fühlen lässt.“ Für die Arbeit mit ihren demenziell erkrankten und somit oft kommunikativ eingeschränkten Klienten sieht sie einen großen Nutzen, da „Berührungen für den Körper etwas sind wie eine eigene Sprache, und dass der Körper das registriert oder aufnimmt oder auch speichert. Und dass er damit auch irgendwas macht und dass es darauf auch eine Resonanz gibt. Vielleicht: Ein friedvolleres Sein und eine Entspanntheit.“<sup>119</sup> Die besonderen Qualitäten ihrer – oft mit Vorurteilen behafteten – Sexualbegleitung sieht sie generell in der Schaffung von Intimität und Körperlichkeit: „Auch so etwas wie "Ich werde gesehen". Also "Ich werde wahrgenommen, ich werde auch gesehen mit meinen Wünschen und Bedürfnissen. Ich habe ein Gegenüber. Ich bin nicht allein". Und es sind alles so feinstoffliche emotionale Qualitäten. Ich sage einmal, die assoziiert man nicht unbedingt mit Sexarbeit.“<sup>120</sup>

## **Erkenntnisbereich 6: Möglichkeiten und Grenzen für die Sexualarbeit**

Grundsätzlich bedauert Frau König, dass sich im Pflalltag immer noch eine fehlende Professionalität im Umgang mit dem Thema Sexualität - im Alter und in der Demenz - finden lässt: „Und diese Professionalität bezogen auf das Thema Sexualität ist eben manchmal also nicht vorhanden, weil da eben auch ganz viel (...) unreflektiert ist und sich nicht damit beschäftigt wird, weil es eben auch suspekt ist oder auch immer noch auf eine bestimmte Art und Weise ein Tabu.“<sup>121</sup> Dies ist eine der einflussreichsten Einschränkungen bzw. Grenzen für ihre Tätigkeit, da sie nur kontaktiert wird, wenn der Bedarf einer

---

<sup>117</sup> Anhang 3: Z. 281- 285

<sup>118</sup> ebd. Z. 336- 340

<sup>119</sup> ebd. Z. 376- 380

<sup>120</sup> ebd. Z. 616- 619

<sup>121</sup> ebd. Z. 112- 115

Sexualbegleitung von den Pflegekräften vor Ort und in der akuten Situation erkannt, reflektiert und anschließend zu Gunsten des Betroffenen gehandelt wird.

Ihre ganz **persönliche Grenze** hat sich Frau König, wie folgt, gesteckt: *„Ich biete keinen Geschlechtsverkehr an. Ich biete keinen Oralverkehr an. Und zu allermeist küsse ich auch nicht.“*<sup>122</sup> Sie betont jedoch, dass dies kein Qualitätsmerkmal einer Sexualbegleitung sei, sondern ihre persönliche Grenze und dass jede Sexualbegleiterin ein individuelles Angebot vorhalte.

Während ihrer Arbeit als Sexualbegleiterin hat Frau König noch keinen Termin abgebrochen. Aber sie beendete Klientenverhältnisse, da wiederum die Klienten bestimmte Grenzen nicht einhalten konnten und dies somit eine weitere positive Zusammenarbeit unmöglich machte. Zudem wurde sie bisher auch von keinem ihrer Klienten abgelehnt.

Auch Einschränkungen in ihrer Arbeit durch **öffentliche Kritik** hat sie bisher nicht bewusst wahrnehmen können, da sich ausschließlich Menschen bei ihr melden, welche sich aufrichtig für ihr Angebot interessieren: *„Also mich ruft keiner an und beschimpft mich am Telefon.“*<sup>123</sup> Doch innerhalb der Einrichtungen bzw. der Pflegeteams ist sie mit ihrer Tätigkeit an Grenzen gestoßen, die aus einer großen Skepsis und einem Unbehagen gegenüber der Sexualbegleitung erwachsen sind: *„Wie gesagt, wenn ich komme, dann sind die erst einmal nett und freundlich zu mir, aber gleichwohl hab ich - wenn man öfter kommt und ein bisschen mehr mitbekommt - kriegt man dann schon mit, dass Einzelne damit vielleicht ein Problem haben oder eine Skepsis haben. Ja, so ist das.“*<sup>124</sup> Darüber hinaus haben sich noch ganz andere Grenzen auf der Mikroebene erschlossen: Beispielsweise gab eine Mitarbeiterin im Pflegeheim an, dass sie die Sexualbegleitung nicht mit ihrer Religion vereinbaren könne und nicht wünsche, dass Frau König zur gleichen Zeit wie sie auf der Station ist. In allen Fällen sollte eine Mitarbeiterversammlung einberufen werden, um allen Beteiligten die Möglichkeit einer Sexualbegleitung erklären zu können und um ggf. Einwände der Mitarbeiter zu kommunizieren.

Auf Seiten ihrer Klienten sieht sie insbesondere bei den kognitiv eingeschränkten Klienten bestimmte Grenzen – wie die kommunikative Einschränkung bei demenziell veränderten Bewohnern -, die jedoch durch den Einsatz von bewussten Berührungen überwunden werden können, um Wünsche und Bedürfnisse des Klienten erspüren zu können. Jener emotionale Zugang kann durch diese non-verbale Kommunikationsform erschlossen

---

<sup>122</sup> Anhang 3: Z. 347- 348

<sup>123</sup> ebd. Z. 403

<sup>124</sup> ebd. Z. 464- 467

werden und hat sich in der Praxis bewährt, da „*Berührungen für den Körper etwas sind wie eine eigene Sprache und dass der Körper das registriert oder aufnimmt oder auch speichert.*“<sup>125</sup>

Die bedeutsamste **Möglichkeit** ihrer Arbeit sieht Frau König in der Schaffung von Intimität, da dieses Gefühl im Altenpflegeheim oftmals verloren geht. Intensive Berührungen oder grenzüberschreitende Forderungen nach einer sexuellen Bedürfniserfüllung durch demenziell veränderte Bewohner, können durch das Pflegepersonal nicht geleistet werden. In diesem Fall setzt die Sexualbegleitung dort an, wo die Grenzen des Pflegepersonals erreicht sind.

#### **4. Diskussion**

Schon die Expertise der Pro Familia über die sexuelle Assistenz von Frauen und Männern mit Behinderungen stellt in besonderem Maß heraus, dass „die Menschen, die auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind, (...) oft empfindliche Einschränkungen ihrer Privat- und Intimsphäre in Kauf nehmen (müssen).“ Und „dies gilt nicht nur, aber in besonderem Maße für HeimbewohnerInnen.“<sup>126</sup> Doch auch hier stellt sich die Frage nach einer Grenzüberschreitung der eigenen Profession, wenn Pflegende in die Rolle eines Sexualassistenten wechseln müssten, um einer ganzheitlichen sowie bedürfnisgerechten Versorgung gerecht zu werden. Die aus dem Interview hervorgehende Sexualbegleitung – in diesem Fall für demenziell veränderte Bewohner - könnte somit eine denkbare Unterstützungsmöglichkeit für den pflegerischen Bereich bedeuten und vielfach gestellte Fragen nach einer Kompetenz- sowie Grenzüberschreitung unterbinden.

Bei der Sexualbegleitung von demenzkranken Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen sollte jedoch nicht vergessen werden, dass insbesondere bei dieser Personengruppe auch immer der Frage nach einer „Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung“ nachgegangen werden muss: Woher weiß die Sexualbegleiterin, dass derjenige die Sexualbegleitung wirklich will? Kann die Sexualbegleiterin wirklich und wahrhaftig wissen oder erfühlen, ob eine Entscheidung zur Sexualbegleitung der richtige Weg ist?<sup>127</sup> Des Weiteren taucht die sicherlich legitime Frage nach einem „muss“ auf: „Ist diese Sexualbegleitung wirklich notwendig?“ Nach den gewonnenen theoretischen sowie praktischen vorliegenden

---

<sup>125</sup> Anhang 3: Z. 377- 378

<sup>126</sup> Pro Familia 2005, S. 17

<sup>127</sup> Hier stellen sich mit Sicherheit auch rechtliche Fragen, die in dieser Bachelor- Thesis nicht behandelt werden. (Anmerkung der Autorin)



Erkenntnissen heißt die Antwort: Ja, ABER. Denn Sexualbegleitung für Demenzkranke sollte auf keinen Fall als Patentlösung für jene Bewohner angesehen werden, die mit herausfordernden Verhaltensweisen den Pflegealltag stören. Die Sexualbegleitung stellt lediglich eine Option dar, welche im Grunde genommen „ausprobiert“ werden muss. Nichts anderes geschieht mit neu konzipierten sowie eingeführten Pflegekonzepten, die den Umgang mit Demenzkranken revolutionieren oder verbessern sollen, wobei in diesem Fall keine (Pflege-) Handlung so ausgeprägt in die Intimität eingreift, wie die Sexualbegleitung. Damit es aber erst einmal soweit kommen kann, muss die Situation durch - für das Thema Sexualität sensibilisiertes - Pflegepersonal analysiert und reflektiert werden, um die Sexualbegleitung als adäquate Möglichkeit in Betracht ziehen zu können. Auf dieser Seite müsste in den Altenpflegeeinrichtungen eine Basis der Sensibilität für dieses Thema geschaffen werden, um u.a. auch nicht- demenziell veränderten Bewohnern die Ausübung ihrer sexuellen Bedürfnisse zu ermöglichen. Außerdem ist festzuhalten, dass die Sexualbegleitung nur von Menschen durchgeführt werden sollte, die über gewisse soziale Kompetenzen wie Einfühlungsvermögen, Geduld und Empathie und insbesondere bei der Arbeit mit Demenzkranken über eine Wissensbasis auf diesem Gebiet verfügen. Es wird somit auch deutlich, dass die Gleichstellung der Sexualbegleitung mit der ordinären Prostitution nicht richtig ist. Bei der Sexualbegleitung handelt es sich nicht ausschließlich um eine reine (genitale) Lustbefriedigung, sondern um die Herstellung einer Begegnung mit einem kognitiv eingeschränkten Menschen, die aus einem bestimmten – meist sozial- oder pflegerischen - Grund erfolgt. Somit grenzt sich die Sexualbegleitung von der reinen Prostitution ab, obwohl auch für die Erbringung jener Dienstleistung Geld gefordert wird. Hier stellt sich auch die Frage, ob dadurch bestimmte Bewohner ausgegrenzt werden, da sie den Geldbetrag nicht aufbringen können. Die Forderung nach der Erstattung durch die Kranken- bzw. Pflegeversicherung sollte überdacht werden, erscheint aber auf den ersten Blick weniger legitim, da Sexualität immer ein rein privates Vergnügen ist und bleibt. Auch die Frage nach einem wahrhaften, tatsächlichen und/ oder messbaren Nutzen der Sexualbegleitung für jeden Einzelnen ist noch nicht beantwortet und lässt eine Pauschalisierung der Effektivität nicht zu.

Für eine erhöhte Akzeptanz in der Pflegelandschaft müssen neben einer Erforschung der Effektivität und Festigung der rechtlichen Voraussetzungen, entsprechende Gegebenheiten ausgebaut sowie stabilisiert werden: Von der stärkeren Einbindung des Themas „Sexualität (im Alter und in der Demenz)“ in die Pflegeausbildung über die Sensibilisierung der Mitarbeiter sowie Leitungspersonlichkeiten in Altenpflegeeinrichtungen bis zur Schaffung

von Rahmenbedingungen in den Einrichtungen für die Entfaltung der Sexualität bzw. der Sexualbegleitung. Dies alles kann zu einer erhöhten Professionalität sowie zur vollständigen Erfüllung des bedürfnisorientierten Versorgungsauftrages führen.

## **5. Persönliches Fazit**

Meine Absicht, mit dieser Bachelor-Thesis die Möglichkeit einer zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeit in der bedürfnisorientierten Betreuung bzw. Versorgung von demenzkranken Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen darzustellen, verfolgte zusätzlich folgendes Ziel: der Sexualität im Alter und in der Demenz – insbesondere im Kontext der pflegerischen Versorgung - ihren „Tabu-Stempel“ zu nehmen. Aus der pflegerischen Praxis ist mir bekannt, dass dieses Segment der Grundbedürfnisse schnell übergangen wird und keine große Beachtung findet. Diese Erfahrung motivierte mich zur Bearbeitung dieser Thematik und Problematik im Pflegealltag. Durch die Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen dieser Thematik konnte ich meinen ganz persönlichen Wissenshorizont erweitern, und es ermutigte mich darüber hinaus zur Führung des Interviews, welches explorativ das Tätigkeitsfeld der Sexualbegleitung beleuchten sollte und die (An-)Erkennung von sexuellen Bedürfnissen von Heimbewohnern in das Bewusstsein der Gesellschaft sowie insbesondere der Pflegekräfte zu verhelfen mag. Ich bin davon überzeugt, dass das Ziel der vorliegenden Bachelor-Thesis durch die Darstellung der Möglichkeit einer Sexualbegleitung erreicht und somit ein erster Schritt in eine erweiterte Sichtweise der Demenzversorgung getätigt wurde und hoffentlich den einen oder anderen Leser zum Nachdenken anregen kann. Meine Erkenntnisse lassen zudem auf einen weiteren Untersuchungsbedarf schließen und deuten somit indirekt auf meine Bearbeitungsgrenzen hin.

Zum Schluss bedanke ich mich recht herzlich bei Frau Catharina König, die mir ihre kostbare Zeit schenkte, um mir einen spannenden Einblick in ihre Arbeit geben zu können.

## 6. Literaturverzeichnis

### Literatur

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler. 4. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2009

Bruhns, Annette; Lakotta, Beate; Pieper, Dietmar (Hrsg.): Demenz : Was wir darüber wissen, wie wir damit leben. 1. Auflage. München: Deutsche Verlags- Anstalt, 2010

Buchen, Sylvia; Maier, Maja S. (Hrsg.): Älterwerden neu denken : Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008

Cyran, Wolfgang; Halhuber, Max Joseph: Erotik und Sexualität im Alter. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1992

Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten : Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten. 3. aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2010

Grond, Erich: Sexualität im Alter : (K)ein Tabu in der Pflege. Hagen: Brigitte Kunz Verlag, 2001

Grond, Erich: Pflege Demenzerkrankter. 4. überarbeitete Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2009

Helmbold, Anke; Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Berühren in der Pflegesituation : Intentionen, Botschaften und Bedeutung. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2007

Kasten, Elisabeth; Utecht, Carola; Waselewski, Marcus: Den Alltag demenzerkrankter Menschen neu gestalten : Neue Wege in der Betreuung und Pflege von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004

Kleinevers, Sonja: Sexualität und Pflege : Bewusstmachung einer verdeckten Realität. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004

Krenner, Monika: Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Tectum Verlag, 2003

Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus: Qualitative Evaluation : Der Einstieg in die Praxis. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008

Lind, Dr. phil. Sven: Umgang mit Demenz : Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung Marketing GmbH, 2000

Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (Hrsg.): Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen. 1. Auflage. Frankfurt am Main, 2005

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.): Demenzkranke Patienten im Krankenhaus : Ein Praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2010

Zettl, Stefan: Krankheit, Sexualität und Pflege. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2000

## **Fachzeitschriften**

Aner, Kirsten: Sexualität in der Pflege. In: Sozial Extra 9 (2007), 10, S. 48-50

Berberich, H. J.: Sexualität im Alter. In: Der Urologe 43 (2004), 9, S. 1076-1081

Brandenburg, U.; Sperling, H.; Hartmann, U.; Truß, M. C.; Stief, C.: Sexualität im Alter. In: Der Urologe 41 (2002), 4, S. 346-349

Bucher, T.: Altern und Sexualität. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2006), 6, S. 567-574

Diehl, J.; Förstl, H.; Jansen, S.; Kurz, A.: Frontotemporale Demenz : Besondere Probleme für die Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37 (2004), 4, S. 301-306

Wingenfeld, K.; Seidl, N.; Ammann, A.: Präventive Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44 (2011), 1, S. 27-32

## **PDF- Dokumente**

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Selbsthilfe Demenz : Das Wichtigste 1 : Die Epidemiologie der Demenz, 2008

*URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf>*

Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung: Pflegeheim Rating Report 2011 : Boom ohne Arbeitskräfte? : Executive Summary. Heftnummer 68. Essen, 2011

*URL:*

*[http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M\\_68\\_PRR-2011\\_ExecSum.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_68_PRR-2011_ExecSum.pdf)*

## 7. Anhang

### 7.1 Anhang 1: Interviewleitfaden

Thema: Sexualbegleitung für demenzkranke Bewohner in der stationären Altenpflege

*Vorab: Begrüßung & „Small-talk“*

*Einleitende Worte & Beginn des Interviews. Aufzeichnung und Notizen.*

**Fett gedruckt:** Hauptfragen

*Kursiv:* Mögliche weiterführende Detailfragen

**1. Wie sieht Ihr Tätigkeitsbereich/ Leistungsangebot aus?**

- *Welche Informationen erhalten Sie vorab über den Betroffenen?*
- *Wie verläuft ein Treffen in der Regel?*
- *Besuchen Sie beispielsweise Ihre Kunden mehr als 1-mal?*
- *Haben Sie eine Art „Kundenkartei“?*
- *Was bieten Sie konkret an?*
- *Wo sind Ihre persönlichen Möglichkeiten & Grenzen?*
- ...

**2. Wie kommt der Kontakt zwischen Ihnen und Ihren Kunden zustande?**

- *Geht die Initiative von der Einrichtung aus? Von der Führungsebene? Vom Pflegepersonal? Oder von den Angehörigen? Von den Betroffenen selber?*
- *Wie sieht eine Vereinbarung aus?*
- *Wie schnell kommt es zu einem Termin?*
- ...

**3. Welche Gründe werden für eine Inanspruchnahme genannt?**

- *Warum werden Sie gebucht?*
- *Was denken Sie, welche Erwartungen dahinter stecken?*
- ...

**4. Sehen Sie einen speziellen Nutzen für die betroffene Person? Wenn ja, wie sehen diese Auswirkungen aus?**

- *Welches Ziel verfolgen Sie mit Ihrer Arbeit?*
- *Bemerken Sie Veränderungen (positive, negative) bei den von Ihnen besuchten Betroffenen, wenn Sie sie zum wiederholten Male besuchen?*
- *Denken Sie, dass es eine notwendige Unterstützungsmöglichkeit insbesondere für das Pflegepersonal ist? Gerade im Hinblick auf die bedürfnisgerechte Versorgung von Demenzkranken in Altenpflegeeinrichtungen.*
- ...

- 5. Wo liegen Ihrer Meinung nach die Grenzen und Möglichkeiten der Sexualbegleitung?**
- Gibt es eine ablehnende oder befürwortende Haltung der beteiligten Parteien?
  - Sind die Rahmenbedingungen für eine Sexualbegleitung vorhanden?
  - Gibt es z.B. persönliche oder finanzielle Barrieren, die eine Grenze darstellen?
  - Gibt es eventuell eine zu hohe Erwartungshaltung an die Sexualbegleitung?
- 6. Im Gegensatz zu Ihren anderen Kunden: Sehen Sie Unterschiede bei der Sexualbegleitung für Demenzerkrankte?**
- Haben Demenzerkrankte Ihrer Meinung nach andere Bedürfnisse an eine Sexualbegleitung?
  - Was machen Sie beispielsweise im Falle einer Ablehnung Ihrer Dienstleistung durch den Betroffenen, die Einrichtung oder die Angehörigen?
  - Haben Sie schon einmal „schlechte Erfahrungen“ bei Ihrer Arbeit gemacht?
  - ...
- 7. Wie sieht Ihre Qualifikation aus?**
- Haben Sie ein spezielles Vorwissen hinsichtlich der speziellen Anforderungen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen?
  - Wo und wie wurden Sie ausgebildet?
  - Reicht Ihnen Ihr Wissen für einen optimalen Umgang mit Demenzerkrankten aus?
  - Über welche Kompetenzen muss man verfügen, um so eine Tätigkeit ausführen zu können?
  - ...
- 8. Ist Ihnen noch etwas wichtig, was wir bisher nicht angesprochen haben?**

**Verabschiedung und Danksagung für die Teilnahme.**

## **7.2 Anhang 2: Transkribiertes Interview**

Aufgrund einer Datenschutzvereinbarung mit der Interviewpartnerin wird das komplette, transkribierte Interview nicht veröffentlicht.

### 7.3 Anhang 3: Auswertungstabelle

	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
<b>1 Qualifikation und Kompetenzen der Sexualbegleiterin</b>	<b>508 - 524</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau K. hat vorher Steuererklärungen gemacht und wollte diesen Beruf nicht mehr ausüben</li> <li>- Sie hat sich überlegt, dass sie noch weitere Fähigkeiten hat und wollte diese einsetzen</li> <li>- Hat sich „Schritt für Schritt“ an diese Form der Arbeit angenähert</li> <li>- Sie macht diese Arbeit seit 5 Jahren und hat sehr viel Freude daran</li> </ul>
	<b>528 - 549</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildung zur Sexualbegleiterin am ISBB (Institut für Selbstbestimmung Behinderter)</li> <li>- Mischung aus „Learning by doing“ unter Supervision</li> <li>- <u>Dauer:</u> Sechs Wochenenden; Teilnahme an Erotikworkshops für behinderte Menschen in Trebel beim ISBB</li> <li>- Das Zertifikat über die Ausbildung hat ihr „Türen geöffnet“; Sie hat den Eindruck, dass Einrichtungen gerne eine schriftliche Bestätigung von bestimmten Fertigkeiten haben; Das sei eine Frage der Seriosität</li> <li>- Vieles, was sie jetzt kann, hat sie sich im Laufe der Jahre selber beigebracht und angeeignet</li> <li>- Ihre Kompetenzen sieht sie in ihrer intuitiven Arbeitsweise, in ihrem Einfühlungsvermögen, in ihrer Empathie und Schwingungsfähigkeit</li> </ul>
	<b>557 - 558</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau K. erspürt die Bedürfnisse ihrer Klienten in der direkten Situation und überlegt sich erst dann, was sie tun wird</li> <li>- lässt sich auf die Gegebenheiten ein</li> </ul>



	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
<b>2 Leistungsangebot der Sexualbegleiterin</b>	<b>11 - 21</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualbegleitung ist ein sinnlich, erotisches Angebot</li> <li>- <u>Zielgruppe</u>: Menschen mit Behinderung (Körperbehinderung, geistiger Behinderung); alte, kranke Menschen oder Menschen mit einer psychischen Erkrankung</li> <li>- Es wird eine Begegnung zwischen zwei Menschen hergestellt, um in dieser Körperlichkeit sowie Sexualität leben zu können</li> <li>- Es wird auf die möglichen Einschränkungen des Gegenübers geachtet und es wird nach einem Auftrag gehandelt, der vorab formuliert worden ist</li> </ul>
	<b>28 - 34</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.B. wenn ein behinderter Mann nicht weiß, wie er sich selbstbefriedigen kann und durch die Sexualbegleitung lernt dies zu tun</li> </ul>
	<b>131 - 136</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau K. erfüllt sexuelle Bedürfnisse, die sich nicht ausschließlich auf die sexuelle Lust oder Befriedigung reduzieren lassen, sondern sich mit menschlichen Bedürfnissen wie die nach Zuwendung, Zärtlichkeit, Nähe und Körperkontakten beschäftigen</li> <li>- Es soll Intimität erlebt und das Bedürfnis der Seele nach Wärme erfüllt werden</li> </ul>
	<b>140 - 151</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sorgt nicht nur für genitale Lustbefriedigung, sondern sieht diesen Aspekt nur als winziges Segment ihrer Arbeit</li> <li>- In ihrer Begegnungsarbeit erleben zwei Menschen etwas miteinander, was über die reine Lustbefriedigung hinaus geht</li> <li>- Ihr ist es wichtig zusammen zu liegen, zu berühren, berührt werden, sich im Arm halten und reden sowie lachen</li> </ul>

<b>2 Leistungsangebot der Sexualbegleiterin</b>	<b>215 - 227</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neben einem sprachlichen Angebot erfährt sie durch Berührungen, was von ihrem Gegenüber gewünscht wird</li> <li>- Frau K. zieht sich nach Bedarf auch aus und möchte ihren Klienten keine distanzwahrenden Berührungen geben, sondern einen intensiven Körperkontakt herstellen</li> <li>- Einige ihrer Klienten erleben aber auch noch im höheren Alter eine Erektion oder einen Orgasmus aber das findet eher selten statt und ist auch eher selten gefragt</li> </ul>
	<b>304 - 305</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für eine Zeitstunde nimmt Frau König 100€ zuzüglich der Kosten für die Anfahrt</li> </ul>
	<b>312</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kosten werden über das persönliche Budget des Bewohners beglichen</li> <li>- Wenn ein Betreuer vorhanden ist, wird die Bezahlung über ihn abgewickelt</li> </ul>
	<b>323- 341</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau K. gibt an, dass es nicht über die Krankenkasse finanziert werden sollte, da Sexualität immer ein privates Bedürfnis ist</li> <li>- ABER wenn man es unter einem therapeutischen Aspekt sieht, wäre es schön und vertretbar, wird aber nie passieren</li> </ul>
	<b>567 - 574</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau K. sagt, dass sie einen Ordner führt, in dem Adressen, Ansprechpartner (grobstoffliche Dinge) enthalten sind</li> </ul>
	<b>585 - 594</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Ordner enthält auch biografische Daten, Angaben zum Alter und/ oder Diagnosen des betreffenden Bewohners, wobei Frau K. mit Diagnosen nicht viel anfangen kann</li> </ul>
	<b>646 – 648</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie bietet durch ihre Arbeit einen Ort, in dem Berührungen intensiv ausgelebt werden können</li> <li>- Eine bis Anderthalb Stunden Wohlfühlzeit!</li> </ul>

	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
<b>3 Gründe und Erwartungen an die Sexualbegleitung</b>	39 - 54	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass wenn Demenzkranke verhaltensauffällig bzw. übergriffig gegenüber den Mitarbeitern werden und keiner mehr in das Zimmer möchte DANN wird seitens der Einrichtung agiert bzw. reagiert</li> <li>- Auslöser: Die entsprechenden Bewohner fassen die Mitarbeiter unangenehm an oder es treten verbale Obszönitäten auf</li> </ul>
	69 - 71	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oder: Beispiel: Ein Mann sucht für seinen Großvater eine schöne Abwechslung, da dieser ein langes, schweres Leben hatte</li> </ul>
	235 - 255	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beispiel: Ein älterer Mann im Pflegeheim fällt durch verbale Obszönitäten unangenehm auf. Obwohl er ein gebildeter Mann ist, versagen durch die Demenzerkrankung die Filter der „guten Erziehung“ und er äußert Wünsche wie „Ich will jetzt ficken.“</li> </ul>
	272 - 275	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird erwartet, dass sich die Situation durch die Sexualbegleitung ändert, da keiner mehr „in das Zimmer will“...</li> </ul>
<b>4 Kontaktaufnahme zwischen Sexualbegleiterin und Klienten</b>	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
	64 - 72	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angehörige und Senioreneinrichtungen nehmen bei Bedarf mit der Sexualbegleiterin Kontakt auf</li> <li>- Tendenziell sind es aber eher die Einrichtungen</li> </ul>
77 - 91	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vor einer Terminabsprache muss immer erst einiges passieren: Der Bedarf muss erkannt und im Pflorgeteam sowie mit der Leitungsebene besprochen werden; es muss mit demjenigen gesprochen werden, der das Geld verwaltet</li> <li>- Frau König sagt, dass es etliche Hürden zu bewältigen gibt, bevor ein Termin stattfindet</li> </ul>	

<b>4 Kontaktaufnahme zwischen Sexualbegleiterin und Klienten</b>	<b>183 - 216</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau König gibt an, dass sie mindestens eine Stunde an Vorbereitungszeit (im Gespräch, am Telefon) einkalkulieren</li> <li>- Es muss die Terminfindung besprochen werden und in welcher Räumlichkeit das Treffen stattfinden kann und soll</li> <li>- Zusätzlich werden Informationen zur betroffenen Person eingeholt und warum die Einrichtung (oder der Angehörige etc.) die Sexualbegleitung kontaktiert hat</li> <li>- Frau König ist es wichtig über die Möglichkeiten und Einschränkungen ihres Klienten Bescheid zu wissen, ob er z.B. kommunizieren kann oder im Rollstuhl sitzt</li> <li>- Wenn es zu einem Treffen kommt, wird sie vor Ort und in der aktuellen Situation zusammen mit dem Klienten „entscheiden“, was nun zu tun ist</li> </ul>
	<b>260 - 267</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Pflegepersonal hat sich über das Verhalten eines Bewohners bei dessen gesetzliche Betreuerin „beschwert“ und sie gebeten etwas dagegen zu unternehmen</li> <li>- Die gesetzliche Betreuerin hat daraufhin Kontakt mit der Sexualbegleiterin aufgenommen</li> </ul>
<b>5 Nutzen für den Klienten</b>	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
	<b>121 - 136</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualität ist ein menschliches Grundbedürfnis (s. Bedürfnispyramide nach Maslow)</li> <li>- „Die Sexualität endet nicht mit dem Einzug in das Altenheim oder Seniorenzentrum, sondern erst mit dem letzten Atemzug!“</li> <li>- Es gibt auch noch im hohen Alter Bedürfnisse, die befriedigt werden wollen und sollten</li> <li>- Die Klienten erfahren Intimität und Zuwendung, Zärtlichkeit, Nähe und einen intensiven Körperkontakt</li> </ul>

<b>5 Nutzen für den Klienten</b>	<b>140 - 155</b>	- Frau König betont, dass ihre Sexualbegleitung nicht nur eine reine Triebbefriedigung darstellt, sondern eine Begegnung, die zu einer Entspannung im Sinne von „friedlicher, ruhiger sein“ führt und darüber hinaus eine Situation schafft, in der die Klienten wieder „gesehen werden“
	<b>161 - 163</b>	- Die Klienten spüren wieder ein Gegenüber und erfahren ihre körperlichen Konturen in dem ein Körperkontakt zwischen der Sexualbegleiterin und dem Klienten hergestellt wird
	<b>169 - 177</b>	- Das Ziel ihrer Arbeit liegt darin, dass es dem betroffenen Menschen „gut geht“ in dem das fehlende Segment durch die Sexualbegleitung ersetzt wird - Die Klienten sollen sich wohlfühlen und im besten Fall glücklich sein
	<b>284 - 291</b>	- Beispiel aus der Praxis: Einem Bewohner hat es laut Aussage seiner Betreuerin sehr gut getan und die „Symptome“ seien seit der Sexualbegleitung nicht mehr aufgetreten - In dieser Situation konnte die Sexualbegleitung die unangenehmen, verbalen Übergriffe verändern
	<b>336 - 341</b>	- Frau König betont, dass Sexualität immer ein privates Bedürfnis ist und es somit nicht mit der Krankenkassen abrechenbar ist und sie durch ihre Sexualbegleitung kein therapeutisches Angebot bereithält - ABER die Auswirkungen ihrer Arbeit würden sich manchmal anfühlen wie eine Art der Therapie, da es nicht nur im Lustbefriedigung geht, sondern auch die Seele „therapiert“ wird und sich ihre Klienten wohler fühlen

<b>5 Nutzen für den Klienten</b>	<b>366 - 380</b>	- Frau König betont, dass durch Berührungen – gerade bei eingeschränkten kommunikativen Möglichkeiten – eine friedvolleres Sein und eine Entspannung erreicht werden kann
	<b>614 - 630</b>	- Frau König sieht die Qualitäten der Sexualbegleitung in der Schaffung von Intimität und Körperlichkeit, um den Klienten ein Gefühl von „Ich spüre mich in meinem Körper“ zu vermitteln, damit sie „sich angenommen fühlen“ und „es zu fühlen“
<b>6 Möglichkeiten und Grenzen für die Sexualbegleitung</b>	<b>Zeile (von – bis)</b>	<b>Inhalt</b>
	<b>112 - 115</b>	- Frau König bedauert die oftmals fehlende Professionalität der Pflegekräfte im Umgang mit „Sexualität im Pflegealltag“ - Eine <b>Grenze</b> sieht sie in der unreflektierten Einstellung der Pflegenden, denen Sexualität im Alter und in der Demenz immer noch suspekt erscheint und weiterhin ein Tabu darzustellen scheint
	<b>346 – 351</b>	- Frau König definiert ihre <b>persönlichen Grenzen</b> für die Sexualbegleitung wie folgt: Kein Geschlechtsverkehr, kein Oralverkehr und Küssen ist eigentlich auch tabu
	<b>366 - 380</b>	- Bei demenzkranken Klienten sieht sie eine <b>kommunikative Grenze</b> , die aber durch den Einsatz von Berührungen bzw. non- verbaler Kommunikation überwunden werden kann, um einen emotionalen Zugang zu ihrem Klienten schaffen zu können

<b>6 Möglichkeiten und Grenzen für die Sexualbegleitung</b>	<b>400 - 458</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau König betont, dass sie öffentliche Kritik nicht bewusst wahrnehmen kann, da sich nur die Menschen bei ihr melden, die sich für ihr Angebot aufrichtig interessieren</li> <li>- Es gibt aber z.B. innerhalb einer Einrichtung oder eines Pflegeteams bestimmte individuelle Grenzen, die durch den Einsatz einer Sexualbegleiterin überschritten werden können</li> <li>- Es bestand beispielsweise eine große Skepsis darüber, wer die Sexualbegleitung als Person ausführen wird oder eine Mitarbeiterin konnte dies nicht mit ihrer Religion vereinbaren =&gt; Mitarbeiterversammlung</li> </ul>
	<b>461 - 467</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es herrscht bei einzelnen Mitarbeitern eine Skepsis bezüglich ihrer Sexualbegleitung</li> </ul>
	<b>472 - 486</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau König sagt, dass es nicht viele Sexualbegleiterinnen und es demnach keine große Auswahl für die Klienten gibt, daher sei auch eher wichtig, dass überhaupt jemand kommt und sie wurde bisher noch nicht weggeschickt</li> </ul>
	<b>491 - 503</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau König hat noch keine Termine abgebrochen, aber Klientenverhältnisse beendet, da die Klienten bestimmte Grenzen nicht einhalten konnten</li> </ul>
	<b>605 - 630</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sieht in ihrer Arbeit die Möglichkeit einen Ort der Intimität zu schaffen, den es im Altenheim oft nicht mehr gibt</li> <li>- Dieser sei zwar zeitlich begrenzt, aber sie sieht in diesem Moment der Selbstbestimmung – „Ich darf anfassen.“ – einen großen Nutzen für die Klienten</li> </ul>
	<b>644 - 648</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualbegleitung setzt dort an, wo die Grenze des Pflegepersonals erreicht ist</li> </ul>

## 7.4 Datenschutzvereinbarung

Datenschutzvereinbarung

### Vereinbarung: Interviewmitschnitt

Es wird vereinbart, dass ein Mitschnitt des Interviews zwischen Frau Julia Lorenzen und Frau Catharina König am 17.06.2011 in den Räumlichkeiten des Madonna e.V. erfolgt. Die Interviewerin – Julia Lorenzen - versichert, dass die aufgezeichneten Daten ausschließlich für Ihre Bachelorarbeit des Studienganges „Pflegeentwicklung und Management“ der HAW Hamburg verwendet und darüber hinaus sicher vor Dritten aufbewahrt werden.

### Angaben zur Person

1.  Angaben zu meiner Person (Frau Catharina König) sollen anonymisiert werden.
2.  Angaben zu meiner Person (Frau Catharina König) dürfen in der Bachelorarbeit verwendet werden.

### Wenn Punkt 2. angekreuzt wurde: Veröffentlichung

3.  Ich stimme einer Veröffentlichung der Bachelorarbeit zu. *(ohne Anhang)*
4.  Ich stimme einer Veröffentlichung der Bachelorarbeit **nicht** zu.

  
\_\_\_\_\_  
(Catharina König)

  
\_\_\_\_\_  
(Julia Lorenzen)



## 7.5 Informationsbroschüre Sexualbegleitung



**Catharina König**  
Berührung • Massage • Begegnung

... wo erotische Wünsche  
erlebbar werden ...

**Catharina König**

**Meine Qualifikationen**

- ausgebildete Sexualbegleiterin (ISEB) mit langjähriger Berufserfahrung
- zertifiziert in Tao-Massage und sinnlicher Ganzkörpermassage

**Mein Anliegen**

Sexualität ist für mich etwas Wunderbares, was zum Wesen eines jeden Menschen dazugehört. Diese Lebensqualität möchte ich möglichst vielen Menschen nahebringen und sie bei ihren Erfahrungen begleiten.

**Meine Qualitäten**

- Schwungfähigkeit
- Einfühlungsvermögen
- Achtsamkeit
- Intuition

**Catharina König**  
Postfach 40 01 24  
44735 Bochum

Telefon +49 (0)234 792 93 53  
Mobil +49 (0)162 469 04 64

E-Mail [kontakt@beruehrung.org](mailto:kontakt@beruehrung.org)  
Internet [www.beruehrung.org](http://www.beruehrung.org)

**Sexualbegleitung ist ...**



Sexualbegleitung ist ...



**... ein sinnlich-erotisches Angebot ...**

- Berührung
- Zärtlichkeit
- Körperlichkeit
- Intimität
- Nähe
- Begegnung

**... für Menschen ...**

mit Beeinträchtigungen durch

- körperliche Behinderung
- geistige Behinderung
- Krankheit
- Alter
- psychische Schwierigkeiten

und für alle, die eine natürliche und lebendige Sexualität erleben möchten

**... zum Erleben ihrer Körperlichkeit und Sexualität ...**

- geschützter Raum
- individuelle Gestaltung
- lustvolle Körpererfahrung
- Geborgenheit und Wärme
- Entspannung und Genuss
- Wertschätzung

**Sexualbegleitung - Berührung - Massage - Begegnung**

## **8. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

A handwritten signature in blue ink that reads "Julia Lorenzen". The signature is written in a cursive style and is centered within a light blue rectangular box.

---

(Julia Lorenzen)