



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

*Hamburg University of Applied Sciences*

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

BACHELOR THESIS

**„Rubbel’ etwas fester, Schwester!“**

Sexualassistenz für Menschen mit Demenz  
in stationären Pflegeeinrichtungen

Vorgelegt von Stephanie Lembke

Matrikelnummer: [REDACTED]

Hamburg, 18. September 2017

1. Gutachterin: Frau Prof<sup>n</sup>. Dr<sup>n</sup>. Annette C. Seibt
2. Gutachter: Herr Dipl. Soz.-Päd. Swen Staack

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	3
Abkürzungsverzeichnis .....	4
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Definition Sexualität .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Sexualität im Alter .....	8
2.1.2 Sexualität im Alter - Beeinflussende Faktoren .....	10
<b>2.2 Sexualität in der stationären Pflegeeinrichtung .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Definition Demenz .....</b>	<b>15</b>
2.3.1 Pathophysiologie .....	16
2.3.2 Prävalenz und Inzidenz .....	17
2.3.3 Erscheinungsformen der Demenz .....	17
<b>2.4 Sexualität bei Menschen mit Demenz .....</b>	<b>19</b>
2.4.1 Veränderung des Sexualverhaltens und missverständliche Situationen .....	20
2.4.2 Sexuelle Enthemmtheit .....	21
2.4.3 Möglichkeiten für den Umgang im Pflegealltag .....	21
<b>2.5 Sexualität ermöglichen in Pflegeeinrichtungen .....</b>	<b>22</b>
2.5.1 Definition Sexualassistenz .....	23
2.5.2 Rechtliche Aspekte der Sexualassistenz .....	23
2.5.3 Sexualassistenz in Deutschland .....	24
2.5.4 Aktualität der Thematik .....	24
<b>3. Findung der Forschungsfrage .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Literaturrecherche Sexualassistenz für Menschen mit Demenz .....</b>	<b>25</b>
<b>5. Methodik .....</b>	<b>26</b>
5.1 Ziel der Untersuchung .....	26
5.2 Erhebungsmethode .....	27
5.3 Stichprobenrekrutierung .....	28
5.4 Durchführung .....	28
5.5 Transkription .....	29
5.6 Datenauswertung .....	30
<b>6. Ergebnisse .....</b>	<b>30</b>
6.1 Interview 1 .....	31
6.2 Interview 2 .....	36
6.3 Interview 3 .....	43
<b>7. Selbstreflektion der Autorin in Bezug auf die Interviews/ Limitationen .....</b>	<b>49</b>
<b>8. Diskussion .....</b>	<b>50</b>
<b>9. Fazit .....</b>	<b>54</b>
Literaturverzeichnis .....	56
Eidesstattliche Erklärung .....	61
Anhang A: Interviewleitfaden .....	62
Anhang B: Datenschutzvereinbarung .....	65
Anhang C: Ergebnistabellen .....	66
Ergebnistabelle Interview 1 .....	66
Ergebnistabelle Interview 2 .....	73
Ergebnistabelle Interview 3 .....	81

## Abbildungsverzeichnis

**Abb. 1: Bevölkerung in Deutschland 2011 nach Alter und Geschlecht.....10**

Aus: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014). *Zensus 2011. Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit* (S. 15). Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Zensus/Zensus-BuLa5121101119004.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Zensus/Zensus-BuLa5121101119004.pdf?blob=publicationFile) [13.09.2017].

**Abb. 2: Abschnitte und Funktionen der Hirnrinde.....16**

Aus: Kurz, A., Freter, H.-J., Saxl, S. & Nickel, E. (2016). *Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber* (S. 11) (2. Auflage). Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.). Berlin: Meta Druck.

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
ca.	circa
ebd.	ebenda
et al.	et alia
Hrsg.	Herausgeber
GG	Grundgesetz
o.J.	ohne Jahresangabe
o.S.	ohne Seitenzahl
s.	siehe
S.	Seite
u.a.	unter anderem
Z.	Zeile
z.B.	Zum Beispiel
WHO	Weltgesundheitsorganisation; engl.: World Health Organization

## 1. Einleitung

In Deutschland leben gegenwärtig circa 1,6 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind; Statistiken zeigen eine steigende Tendenz (Robert-Koch-Institut, 2015). Durch die weite Verbreitung in der Bevölkerung stellen Demenzerkrankungen eine große Public-Health Relevanz in der bedarfs- und vor allem bedürfnisgerechten Versorgung der Betroffenen dar, auch bezüglich des Auslebens und Erlebens ihrer Sexualität. Bei Menschen mit Demenz schwinden viele intellektuelle Fähigkeiten und ihre Persönlichkeit zeigt sich verändert. Jedoch bleiben sie am Ende des Tages Männer und Frauen (Schneider-Schelke, 2017), – nämlich Männer und Frauen, die trotz ihrer Demenz ein Recht auf das Erleben von Sexualität haben, wie nicht erkrankte Menschen auch. Dies ist in unserem Grundgesetz verankert, in dem es im Artikel 2 heißt: *„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.“*, als auch in Artikel 3: *„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“* (GG Artikel 2, 2017; GG Artikel 3, 2017). Kulturell wird in Deutschland Sexualität oft mit sexuellen Handlungen wie Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung gleichgesetzt. Allerdings spielen Zuneigung, Zärtlichkeit und Vertrauen beim Erleben von Sexualität ebenfalls eine große Rolle. Hinzu kommt, dass Sexualität im Alter und Sexualität in der Pflegeeinrichtung tabuisiert scheinen (Bach, 2011).

In deutschen Pflegeeinrichtungen leiden ungefähr 60% der BewohnerInnen an einer Demenz (Frohn & Staack, 2012). Demenzerkrankte Personen ziehen oftmals die Aufmerksamkeit auf sich, da sie sich nicht an die in der Gesellschaft gelebten, oft informellen Regeln halten oder sich nicht mehr auf diese einstellen können. Dies trifft zum Teil auch auf ihr Sexualverhalten zu (Schneider-Schelke, 2017). Ein Konzept zum Umgang mit den sexuellen Wünschen von dementen BewohnerInnen in stationären Pflegeeinrichtungen Deutschlands findet sich in der sogenannten „Sexualassistenz“. Hierbei geht es darum, dass Menschen mit Beeinträchtigungen das Erleben von Sexualität ermöglicht wird. Der Bereich der Sexualassistenz von Menschen mit Demenz ist bisher wenig wissenschaftlich erforscht. Aufgrund dessen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Frage: *„Inwiefern kann Sexualassistenz die Sexualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen in Deutschland ermöglichen?“*. Da es der Autorin sehr wichtig ist, für benachteiligte Gruppen Möglichkeiten einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung in jeglichen Lebenslagen und Situationen zu erforschen und aufzuzeigen, nahm sie sich der Thematik an. Sie erhofft sich mit dieser Arbeit zur Enttabuisierung der Themenbereiche von Sexualität im Alter, von Sexualität in der Pflegeeinrichtung und von Sexualität bei Menschen mit Demenz beitragen zu können. Zudem möchte sie durch eine eigene Untersuchung aufzeigen, wie sich die Möglichkeit der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz gestalten lässt, um sexuelle

Wünsche und Bedürfnisse von BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen eher zu ermöglichen.

Zur Bearbeitung des Themas und zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eingangs der theoretische Hintergrund zur Verständnis von Sexualität und Demenz beleuchtet. Hierzu wird zunächst eine Definition von Sexualität gegeben. Es folgt die Auseinandersetzung mit der Thematik Sexualität im Alter. Diese beinhaltet sowohl das Aufzeigen von möglichen Gründen der Tabuisierung, als auch das Aufzeigen der sexuellen Aktivität und den sexuellen Interessen im Alter. Es werden mögliche Faktoren, die das Ausleben und Erleben der Sexualität im Alter beeinflussen können, dargestellt. Außerdem wird sich mit der Thematik Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Hier werden mögliche Gründe, welche es erschweren, Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen zu erleben und auszuleben, beleuchtet. Darauf folgt die Definition von Demenz und die Darstellung der Pathophysiologie dieser Erkrankung. Es werden die Prävalenz und Inzidenz sowie die Erscheinungsformen der Demenz beschrieben. Daraufhin wird sich der Thematik sexuelle Veränderung und sexuelle Enthemmtheit Demenzerkrankter zugewendet. In der Folge wird eine Überleitung auf die Thematik zur Ermöglichung von Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen stattfinden, um danach spezifischer die Möglichkeit der Sexualassistenz vorzustellen. Hierbei erfolgt zunächst eine Definition von Sexualassistenz. Zudem werden rechtliche Aspekte sowie die Aktualität der Thematik in Deutschland aufgezeigt. Im Anschluss erfolgt die Darstellung in Bezug auf die Findung der Forschungsfrage durch die Autorin und des methodischen Rahmens der eigenen Untersuchung. Die Ergebnisse der Untersuchung werden vorgestellt und in der Diskussion kritisch auf der Grundlage des theoretischen Hintergrundes diskutiert und betrachtet. Das Fazit bildet den abschließenden Teil dieser Arbeit. Hierbei werden mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis gegeben.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Definition Sexualität**

Die Weltgesundheitsorganisation (engl.: World Health Organization = WHO) definierte im Jahr 2006 Sexualität wie folgt:

*„Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires,*

*beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.”<sup>1</sup>(WHO, 2006, S. 5).*

Diese Definition verdeutlicht die vielfältigen Facetten des Begriffs Sexualität. Der Autorin der vorliegenden Arbeit ist bekannt, dass in anderen Fachwissenschaften, wie zum Beispiel der Biologie, andere Definitionen, Dimensionen und Perspektiven von Sexualität aufzufinden sind. Die Autorin bezieht sich jedoch auf die Definition der WHO, da diese Arbeit im Bereich der Gesundheitswissenschaften/ Public Health entstand und diese sich mit den psychosozialökologischen Hintergründen beschäftigt (Franzkowiak, 2011). Ebenfalls muss hervorgehoben werden:

*„... Sexualität und der Ausdruck der eigenen sexuellen Identität sind ein grundlegendes menschliches Recht – und gilt auch für Menschen, die nicht mehr selbständig für sich sorgen können. Damit verbunden ist das sexuelle Selbstbestimmungsrecht: Eine Person hat das Recht zu entscheiden, ob und mit wem sie Sex haben möchte.“*  
(pro familia, 2016, S. 11).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der vorliegenden Arbeit unter dem Begriff Sexualität ein menschliches grundlegendes Recht und Bedürfnis verstanden wird, welches über die gesamte Lebensspanne eines Menschen bestehen bleibt. Sexualität bedeutet nicht nur die Ausführung von sexuellen Handlungen wie Geschlechts-, Oral-, Analverkehr oder Selbstbefriedung, sondern ebenso Sinnlichkeit, Intimität, Nähe und Zärtlichkeit. Dabei ist auch bedeutsam, dass hinter jedem Verständnis von Sexualität auch Einflussfaktoren wie Kultur, Religion und individuelle Erfahrungen stehen. Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil der individuellen Persönlichkeit und wird geprägt von persönlichen Umständen

---

<sup>1</sup> Deutsche Übersetzung der Autorin: „Die Sexualität ist ein zentraler Aspekt des menschlichen Lebens und umfasst Sex, Geschlechtsidentitäten und Rollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Lust, Intimität und Reproduktion. Die Sexualität wird in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Praktiken, Rollen und Beziehungen erlebt und ausgedrückt. Während die Sexualität alle diese Dimensionen einschließen kann, sind nicht alle von ihnen immer erlebt oder ausgedrückt. Die Sexualität wird durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen, ethischen, rechtlichen, historischen, religiösen und spirituellen Faktoren beeinflusst.“

und Erfahrungen. Die Sexualität eines Menschen verschwindet nicht, auch wenn eine Person nicht mehr selbständig für sich sorgen kann.

### **2.1.1 Sexualität im Alter**

Die deutsche Gesellschaft erwartet, aufgrund der niedrigen Geburtenraten und den gesellschaftlichen Entwicklungen, welche unter anderem eine Erhöhung der Lebenserwartung mit sich bringen, dass immer mehr Personen ein höheres Lebensalter erreichen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Da Sexualität, wie bereits ausgeführt, ein Grundbedürfnis ist und bis ins hohe Alter bestehen bleibt, sollte sich auch mit der Thematik Sexualität im Alter auseinandergesetzt werden. In unserer Gesellschaft stellt sich Sexualität im Alter jedoch als tabuisiertes Thema dar (Bach, 2011). Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Unter anderem könnte es an unserer auf das Jugendalter fokussierten Gesellschaft liegen. Es scheint, als würde das Erleben von Sexualität ein Privileg der Jungen und Schönen sein (Zettl-Wiedner, 2011). Hinzu kommt, dass Sexualität im Alter oftmals sowohl in der jüngeren als auch in der älteren Generation selbst tabuisiert wird. Die Jüngeren sehen hierbei ihre Eltern und Großeltern lieber als nicht aktive sexuelle Wesen an (Bach, 2011). Die Älteren sind in einer Zeit aufgewachsen, in der sie stark von religiösen Moralvorstellungen geprägt wurden (Kolland, 2011). So galt der *„Sexualverkehr um der Lust willen als Sünde.“* (Bach, 2011, S. 163). Folglich wurde und wird bis heute noch zu selten in unserer Gesellschaft darüber gesprochen. Auch auf wissenschaftlicher Ebene zeichnet sich die Tabuisierung ab. Es liegt ein *„Mangel an Forschungsarbeiten und (...) nur wenig systematisches Wissen vor.“* (Bach, 2011, S. 164). Wird jedoch über die Sexualität älterer Menschen gesprochen, tritt zunächst die Frage nach der sexuellen Aktivität und dem sexuellen Interesse in den Vordergrund. Im Folgenden werden die sexuelle Aktivität, das sexuelle Interesse und mögliche beeinflussende Faktoren auf die Sexualität im Alter beschrieben.

Beutel, Siedentopf & Brähler haben 2005 in einer repräsentativen Studie insgesamt 2.426 Personen im Alter von 14 bis 93 Jahren in Deutschland zu ihrer sexuellen Aktivität befragt. Im Folgenden geht es ausschließlich um die über 60-jährigen ProbandInnen dieser Studie. Die Gruppe der über 60-jährigen bestand aus 329 Männern und 444 Frauen. Insgesamt 40% der Befragten sind laut eigenen Angaben sexuell aktiv, wobei auffällig war, dass sich die sexuelle Aktivität bei den Frauen und Männern stark unterschied: 58% der Männer und nur 25% der Frauen gaben an, sexuell aktiv zu sein. Bei der Betrachtung der sexuellen Aktivität der über 60-jährigen mit und ohne PartnerIn zeigten sich weitere Auffälligkeiten. 64% der Befragten gaben an, in einer Partnerschaft sexuell aktiv zu sein, 7% waren ohne PartnerIn sexuell aktiv. Auch hier zeigten sich Geschlechterunterschiede. Männer ohne PartnerIn sind zu 17% und Frauen zu 4% sexuell aktiv. Der beschriebene Ausschnitt der



Studie zeigt, dass ältere Menschen sexuell aktiv sind. Die sexuelle Aktivität wird jedoch unter anderem durch das Bestehen einer Partnerschaft beeinflusst. Männer sind sexuell aktiver als Frauen (Beutel et al., 2009). Die sexuelle Aktivität ist nicht mit dem Interesse an Sexualität gleichzustellen. Denn es kann durchaus der Wunsch nach Sexualität vorliegen, aber die Durchführung aus verschiedenen Gründen nicht möglich sein.

Bucher, Hornung, Gutzwiller & Buddeberg untersuchten 2001 in ihrer Studie unter anderem das sexuelle Interesse. Sie befragten 641 Männer und 857 Frauen im Alter von 45 bis 91 Jahren in der deutschsprachigen Schweiz. Die Altersklassen wurden wie folgt eingeteilt: 45-49 (Männer: 14,5%; Frauen: 19,4%), 50-54 (Männer: 16,4%; Frauen: 22,1%), 55-59 (Männer: 13,7%; Frauen: 17,3%), 60-64 (Männer: 12,8%; Frauen: 14,8%), 65-69 (Männer: 17,9%; Frauen: 13,8%), 70-74 (Männer: 12,6%; Frauen: 7,8%) und 75+ (Männer: 12,0%; Frauen: 4,9%). In der Studie standen die Alters- und Geschlechterunterschiede im Vordergrund. Sie erfragten den Wunsch nach Zärtlichkeiten (Streicheln, in den Arm nehmen oder Küssen), den Wunsch nach Petting (Schmusen, Streicheln und sexuelle Stimulation ohne folgenden Geschlechtsakt) und den Wunsch nach Geschlechtsverkehr. Zudem erfragten sie sowohl das Vorkommen von sexuellem Verlangen als auch die Häufigkeit von sexuellen Gedanken, Phantasien und erotischen Träumen. Im Folgenden wird sich auf die Altersklassen 65-69, 70-74 und 75+ Jahre zu den Ergebnissen des Wunsches nach Zärtlichkeit und des Wunsches nach Geschlechtsverkehr bezogen. In der Altersklasse 65-69 Jahre gaben 99,1% der Männer und 98,2% der Frauen an, den Wunsch nach Zärtlichkeiten zu verspüren. Bei den 70-74-jährigen gaben 97,2% der Männer und 85,2% der Frauen diesen Wunsch an. Bei den 75+-jährigen äußerten 92,8% der Männer und 75,0% der Frauen diesen Wunsch. Den Wunsch nach Geschlechtsverkehr gaben in der Altersgruppe der 65-69-jährigen 99,1% der Männer und 82,5% der Frauen an. Bei den 70-74-jährigen gaben 88,9% der männlichen und 64,4% der weiblichen Befragten, und in der Gruppe der 75+-jährigen gaben 61,2% der Männer und 46,7% der Frauen diesen Wunsch an. Die Ausschnitte der Ergebnisse der Studie zeigen, dass das sexuelle Interesse auch im Alter bestehen bleibt, mit zunehmendem Alter jedoch etwas abzunehmen scheint. Der Wunsch nach Zärtlichkeiten wurde deutlich häufiger angegeben als der Wunsch nach Geschlechtsverkehr, besonders bei den Frauen (Bucher et al., 2001). Diese Erkenntnis spiegelt sich auch bezüglich der Thematik Sexualität im Alter in der Literatur wieder. So führt Zettl-Wiedner auf: *„Die Sexualität hört im Alter nicht auf, sie wird anders. (...) Zärtlichkeit, Berührung, das Gefühl nach Geborgenheit nehmen zu.“* (Zettl-Wiedner, 2011, S. 124).

In Bezug auf die sexuelle Aktivität sowie dem sexuellen Interesse im Alter wird deutlich, dass „Alte“ durchaus sexuell aktiv sind und ebenfalls ein Interesse an Sexualität besteht. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Enttabuisierung des Themas sowie die Wichtigkeit

dieser wissenschaftlichen Arbeit. Auffällig ist, dass für die Aktivität der Frauen ausschlaggebend ist, ob sie einen Partner haben oder nicht. Hierbei spielen jedoch unter anderem die demographischen Daten eine bedeutende Rolle und dürfen nicht außer Acht gelassen werden.

## 2.1.2 Sexualität im Alter - Beeinflussende Faktoren

Neben der An- oder Abwesenheit eines Partners wird die Sexualität im Alter von weiteren Faktoren wie den demographischen Gegebenheiten, den biologischen, körperlichen Veränderungen oder von Erkrankungen beeinflusst. Im Folgenden werden diese Einflussfaktoren beschrieben.

In Deutschland leben mehr Frauen als Männer. Vergleichsweise stark sind Frauen in den höheren Altersgruppen vertreten, s. Abb. 1 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014).

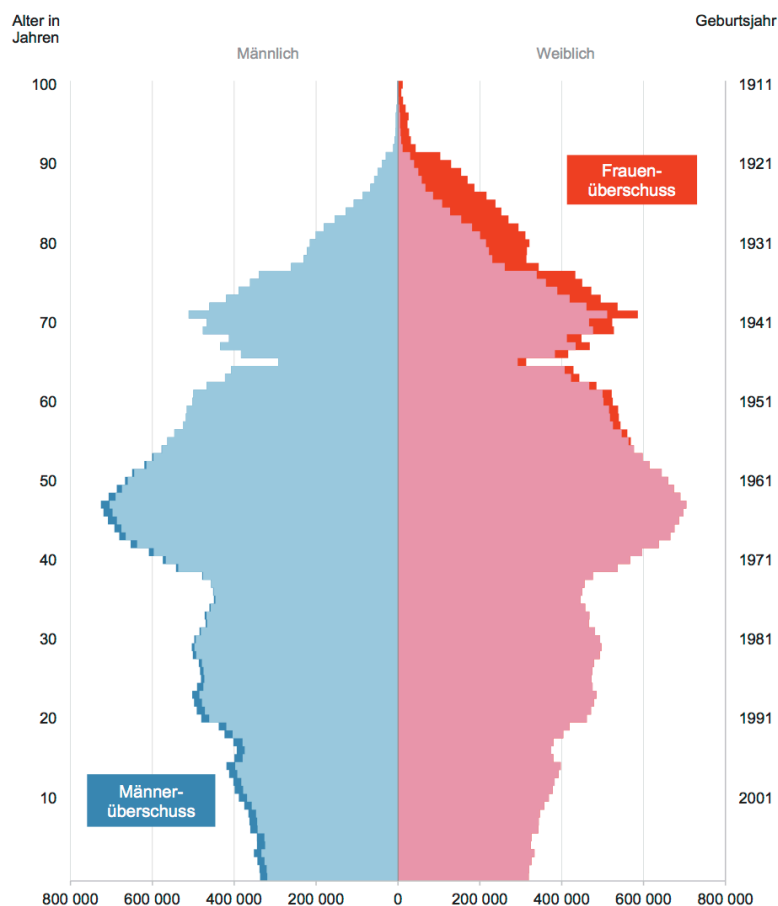


Abb. 1: Bevölkerung in Deutschland 2011 nach Alter und Geschlecht  
(Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014, S.15)

Der Frauen-Überschuss in den höheren Altersgruppen ist nicht nur dadurch begründet, dass in Kriegszeiten viele Männer gestorben sind, sondern auch durch die allgemein höhere Lebenserwartung von Frauen (Robert-Koch-Institut, 2015; Statista, 2017). Hier könnte die Tatsache, dass viele Frauen nicht sexuell aktiv sind, wenn sie keinen Partner haben, begründet sein. Zudem kann ein verändertes Erleben und Ausleben der Sexualität im Alter nicht nur durch einen Partnermangel auftreten, sondern auch durch die biologisch-begründeten genitalen und hormonellen Veränderungen bei Frauen und Männern (Grond, 2011). Des Weiteren können Erkrankungen, wie zum Beispiel die Demenz<sup>2</sup>, das Sexualverhalten beeinflussen, denn mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, an Krankheiten zu leiden (Saß, Wurm & Ziese, 2009). Im nächsten Absatz sind beispielhaft Erkrankungen und deren Beeinflussung auf die sexuelle Aktivität und das sexuelle Interesse aufgezeigt.

Multifaktorielle Gegebenheiten, wie zum Beispiel der Einstieg in das Rentnerleben oder der zunehmende Verlust von körperlichen Fähigkeiten, erhöhen im Alter das Risiko an einer Depression zu erkranken (Blüher, Schnitzer & Kuhlmeier, 2017). Depressionen können mit einer Lust- und Antriebslosigkeit, Energiemangel und Erschöpfung einhergehen (Mück, 2013). Häufig verlieren Betroffene dadurch auch das Bedürfnis nach Sexualität (Grond, 2011). Durch die unter anderem altersbedingten venösen Veränderungen eines Menschen entwickelt sich oftmals ein Bluthochdruck (Techniker Krankenkasse, 2009). Dieser kann durch die Medikamenteneinnahme bei Männern zur erektilen Dysfunktion führen, welche die sexuelle Aktivität beeinflussen kann (Grond, 2011). Ebenfalls steigt mit dem Alter das Risiko an einem Diabetes mellitus zu erkranken (Kristin & Lenz, 2008). Diabetes mellitus kann im Anfangsstadium und dann wieder als Spätkomplikation durch die permanente Medikamenteneinnahme im fortgeschrittenen Stadium bei männlichen Erkrankten ebenfalls zu einer erektilen Dysfunktion führen. Bei Frauen mit Diabetes mellitus können vermehrt Pilzinfektionen der Scheide auftreten. Hierdurch kann es als eine Folge zu einer Abnahme des sexuellen Lustempfindens kommen. Zudem tritt bei beiden Geschlechtern häufig eine Sensibilitätsstörung auf. Somit kann es sein, dass einige Berührungen nicht mehr gespürt werden und das sexuelle Interesse dadurch nachlässt (Grond, 2011). Eine Arteriosklerose, sprich eine Verhärtung und Verdickung der Gefäßwände, kann zu einem Schlaganfall führen. Dieser wiederum kann eine Lähmung verursachen und somit die Bewegungsfähigkeit einschränken (Kristin & Lenz, 2008). Bewegungseinschränkungen treten auch bei Arthrosen und anderen entzündlichen rheumatischen Erkrankungen auf. Häufig gehen diese mit starken Schmerzen einher und erschweren somit die sexuellen Aktivitäten (Mück, 2013).

---

<sup>2</sup> In Abschnitt 2.4 dieser Arbeit wird spezifischer auf die Sexualität bei Menschen mit Demenz eingegangen.

Leiden Menschen an einer Inkontinenz, kann diese nicht nur den Alltag, sondern ebenfalls das Sexualverhalten beeinträchtigen (Grond, 2011).

Bei den genannten Erkrankungen handelt es sich um chronische Erkrankungen. Diese chronischen Erkrankungen sind oftmals mit der Entstehung einer Pflegebedürftigkeit verbunden (Blüher et al., 2017). Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit kann ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig sein. Im Jahr 2015 lebten insgesamt circa 2,9 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland, wovon 27% (783.000 Personen) in stationären Pflegeeinrichtungen betreut wurden. 83% der Pflegebedürftigen wiesen ein Alter von 65 Jahren und älter auf. Im Vergleich zu 2013 liegt im stationären Bereich ein Zuwachs von 2,5% (19.000 Personen) vor (Statistisches Bundesamt, 2017). Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung an sich kann oftmals einen gravierenden Einschnitt im Leben für den Betroffenen bedeuten und auch bezüglich des Auslebens und Erlebens von Sexualität zu Veränderungen führen (van der Vight-Klußmann, 2014).

## **2.2 Sexualität in der stationären Pflegeeinrichtung**

Die Sexualität in deutschen Pflegeeinrichtungen ist ebenso wie die Sexualität im Alter allgemein ein tabubehaftetes Thema (Bach, 2011). Hierbei zieht sich die Tabuisierung der Sexualität im Alter durch die Generationen fort. Hinzu kommt, dass viele Menschen eine Hilfebedürftigkeit und ein Leiden an Erkrankungen einer Person nicht in Verbindung damit bringen, dass diese Person trotzdem weiterhin ein Bedürfnis nach Sexualität hat (Zettl-Wiedner, 2011). Mit dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung hört der Mensch allerdings nicht auf sexuelle Bedürfnisse und Wünsche zu haben (Bach, 2011). Das Ausleben und Erleben von Sexualität im Pflegeheim kann sich für BewohnerInnen jedoch als schwierig gestalten. Die möglichen Gründe hierfür sind ebenfalls vielfältig und werden im Folgenden kurz beschrieben.

Der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist für die BewohnerInnen ein einschneidendes Erlebnis. Der Umzug bedeutet, sie müssen ihre gewohnte Umgebung aufgeben, da sie im Alltag nicht mehr für sich selbstständig sorgen können (Zettel-Wiedner, 2011). Abhängig vom Konzept der jeweiligen Einrichtung sind nicht abschließbare Türen, Mehrbettzimmer und eine massive Einschränkung der Privatsphäre der BewohnerInnen durch nicht Anklopfen vor Betreten der Zimmer oder durch die Heimordnung vorzufinden (Bach, 2011; Gatterer, 2011; Grond, 2011; van der Vight-Klußmann, 2014). Hinzu kommt, dass die Intimsphäre stark beeinträchtigt wird, je höher der Grad der Pflegebedürftigkeit ist. Die BewohnerInnen sind vermehrt auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen, zum Beispiel bei dem

Waschen der Intimbereiche, beim An- und Ausziehen von Kleidung sowie beim Toiletten- gang (Zettl-Wiedner, 2011). Diesbezüglich hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine „*Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*“ entwickelt, um Pflegebedürftigen in ihren grundlegenden Rechten zur Gestaltung des selbstbestimmten Lebens zu stärken. Bezüglich der Sexualität definierte die Charta in Artikel 3 unter anderem Folgendes:

*„Grundsätzlich hat jeder Mensch – unabhängig vom Alter und unabhängig vom Ausmaß des Pflege- und Hilfebedarfs – das Recht auf Sexualität, auf Respektierung seiner geschlechtlichen Identität und seiner Lebensweise. Niemand darf Sie aufgrund Ihrer geschlechtlichen Orientierung diskriminieren. Über die Art und Weise intimer und sexueller Beziehungen und Aktivitäten entscheiden Sie selbst, soweit dadurch die Rechte anderer Personen nicht verletzt werden. Die Möglichkeiten, intime Beziehungen auszuleben, sind allerdings abhängig von den Bedingungen und der Ausrichtung der jeweiligen Einrichtung. So kann es ratsam sein, sich auch in dieser Hinsicht über die Einrichtung vor Abschluss eines Vertrages zu informieren.“* (BMFSFJ, 2014, S.13)<sup>3</sup>.

Die Umsetzung dieses Rechtes kann sich aufgrund der beschriebenen verschiedenen institutionalisierten Gegebenheiten in deutschen stationären Pflegeeinrichtungen problematisch gestalten. Zudem hängt es unter anderem von der Art des Trägers der Einrichtung sowie von dem Konzept der Pflege, nach welchem eine Einrichtung pflegt, und von den persönlichen Einstellungen zu Sexualität seitens der Heimleitung ab, inwieweit sie sich auch der sexuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen annehmen (Gatterer, 2011; Grond 2011). Auch die Einstellung der Pflegekräfte kann ein weiteres Hindernis für das Ausleben der individuellen Sexualität darstellen. Diese wissen oftmals nicht mit der Sexualität der BewohnerInnen umzugehen, da in den Ausbildungsberufen für Kranken- und Pflegepersonal die Thematik Sexualität im Alter wenig behandelt wird: hier reduzieren sich die Ausbildungsinhalte hauptsächlich auf den genitalen Bereich bezüglich dessen Funktion im Alter (Gatterer, 2011; Steißbein, 2011). Nicht selten hängt es auch von der persönlichen Einstellung und Moralvorstellung der Pflegekräfte zur Sexualität im Alter ab, ob und wie BewohnerInnen ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben und erleben dürfen (Grond, 2011; Gatterer, 2011). Kritisch kann es werden, wenn sich die sexuellen Bedürfnisse und Wünsche der BewohnerInnen auf die Pflegekräfte oder andere BewohnerInnen richten, „*die dies als übergriffig und bedrohlich empfinden*“ (van der Vight-Klußmann, 2014, S. 14). Häufig wird die

---

<sup>3</sup> Anmerkung der Autorin: Die Betroffenen werden in der Charta direkt angesprochen.

Sexualität der BewohnerInnen dann erst in den Institutionen thematisiert (Grond, 2011). Oftmals entstehen Gefühle des Schams, des Ekels, der Hilfslosigkeit oder auch Aggressivität in Verbindung mit einer dramatischen Schädigung der professionellen Pflegebeziehung, wie zum Beispiel Ignorieren oder negative Zuschreibungen (Grond, 2011; Steißbein, 2011; van der Vight-Klußmann, 2014). Jedoch muss an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass auch seitens der Pflegekräfte sexuelle Phantasien bei der Pflege der BewohnerInnen ausgelöst werden können, welche ebenfalls eine unschöne Gestalt annehmen können (Grond, 2011). Es ist somit im Interesse aller Beteiligten, einen professionellen und vor allem wertschätzenden Umgang bezüglich der Sexualität von BewohnerInnen zu pflegen. Hierbei könnten Leitfäden, Supervisionen und Fortbildungen in der Pflegeeinrichtung dazu beitragen, Sicherheit und Wissen für den Umgang mit der Sexualität von BewohnerInnen zu schaffen. Hilfreich wäre es, wenn das Fundamental hierfür in der Ausbildung gelegt werden würde. Es ist zudem von großer Bedeutung, dass sich Pflegekräfte ebenfalls mit ihrer eigenen Sexualität auseinandersetzen, um mit Offenheit und nicht der eigenen Einstellung zu Sexualität auf die Sexualität von BewohnerInnen zu reagieren (Grond, 2011; Steißbein, 2011).

Aus der Literatur zeigt sich eine komplizierte Problematik im Umgang von Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen. So steht auf der einen Seite das grundlegende menschliche Recht eines jeden Menschen, seine Sexualität ausleben zu dürfen. Jedoch muss auf der anderen Seite, in der Pflegeeinrichtung auch die Bereitschaft, das Wissen und die Offenheit vorhanden sein, Sexualität als ein Grundbedürfnis anzusehen und institutionell zu ermöglichen. Die jetzt alten BewohnerInnen sind selbst noch stark von den gesellschaftlichen und religiösen Tabus der letzten Jahrzehnte geprägt, für die Zukunft sind jedoch tolerantere Sichtweisen zu Sexualität zu erwarten (Zettl-Wiedner, 2011). Diese gesellschaftliche Einstellungsentwicklung in Parallelität zum wachsenden Anteil älterer und pflegebedürftiger Personen in deutschen Pflegeeinrichtungen verweist auf die Wichtigkeit der Enttabuisierung der Thematik Sexualität im Alter und Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen, und unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Arbeit. Ein weiterer Faktor, welcher im Kontext Sexualität in einer Pflegeeinrichtung betrachtet werden sollte, ist das vermehrte Auftreten von demenziellen Erkrankungen (Bach, 2011). Im nächsten Kapitel dieser Arbeit wird die Thematik „Demenz und Sexualität“ aufgegriffen. Hierzu findet durch die Definition von Demenz und durch die Darstellung der Pathophysiologie eine Einführung in die Thematik statt. Zudem werden die Prävalenz und Inzidenz aufgezeigt und es werden die häufigsten Demenzerkrankungen vorgestellt. Darauf folgt die Darstellung von sexuellen Veränderungen durch die Demenzerkrankungen und wie Pflegeeinrichtungen Sexualität ermöglichen könnten.

## 2.3 Definition Demenz

Der Begriff Demenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „weg vom Geist, weg vom Verstand“ (Frohn & Staack, 2012). Für die Diagnose „Demenz“ wird ein Muster von Symptomen beschrieben. Typische symptomatische Erscheinungen bei Menschen mit Demenz sind, dass es ihnen zunehmend schwerfällt sich neue Informationen zu merken, sich sprachlich und schriftlich zu verständigen, sich zeitlich und örtlich zu orientieren, die Botschaften anderer zu verstehen, Situationen zu überschauen, ihren Alltag zu planen und zu organisieren (Kurz, Freter, Saxl & Nickel, 2016). Die genannten Einschränkungen haben wiederum Einfluss auf das selbstständige Ausführen von Alltagstätigkeiten für den Betroffenen. Der Ausprägungsgrad reicht von geringfügigen Einschränkungen im Alltag bis hin zum kompletten Wegfall der selbstständigen Alltagsbewältigung (ebd.). Die Ursache für eine Demenz sind verschiedene Erkrankungen im Gehirn (Hametner, 2010). Der größte Risikofaktor, um an einer Demenz zu erkranken, ist jedoch das Alter (Frohn & Staack, 2012). Die Ausprägung der Symptome einer Demenz ist davon abhängig, welches Hirnareal wie stark betroffen ist (s. Abb. 2, ebenso Erläuterungen in „Pathophysiologie“ und „Erscheinungsformen der Demenz“) (Kurz et al., 2016). Zudem verläuft jede Demenzerkrankung unterschiedlich und zeigt sich bei keinem Individuum gleich (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, o.J.a). Die Weltgesundheitsorganisation hat 1992 das Syndrom Demenz mit in die ICD-10-Klassifikation, sprich der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, aufgenommen. Es befindet sich im Kapitel V der ICD-10-GM Version 2017, in welchem Psychische und Verhaltensstörungen definiert werden (Hametner, 2010; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2016). Um einen Einblick zu bekommen, was im Gehirn bei einer Demenz geschieht, wird im nächsten Abschnitt die Pathophysiologie der Erkrankung Demenz vorgestellt.

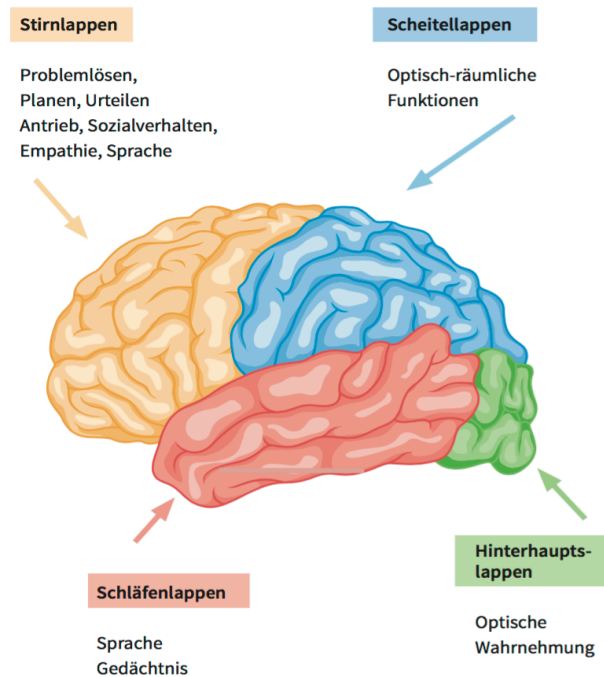


Abb. 2: Abschnitte und Funktionen der Hirnrinde  
(Kurz et al., 2016, S. 11)

### 2.3.1 Pathophysiologie

Grob kann die Hirnrinde eines Menschen in vier Abschnitte eingeteilt werden. Diese sind der Stirnloben (s. Abb. 2, gelbe markiert), der Scheitellappen (s. Abb. 2, blau gekennzeichnet), der Schläfenloben (s. Abb. 2, rot markiert) und der Hinterhauptslappen (s. Abb. 2, grüner Bereich). Diese Bereiche sind unter anderem für die kognitiven Funktionen, das Verhalten und die Persönlichkeit zuständig (Kurz et al., 2016). Je nachdem, welche Bereiche wie stark geschädigt sind, machen sich die Symptome einer Demenz individuell bemerkbar. Eine Schädigung kann durch Gefäßerkrankungen oder durch neurodegenerative Erkrankungen im Gehirn, aber auch durch andere Grunderkrankungen ausgelöst werden (mehr hierzu im Kapitel „Erscheinungsformen der Demenz“ (ebd.)). Bei den neurodegenerativen Erkrankungen verläuft die Verarbeitung von Proteinbestandteilen in der Hülle sowie dem Inneren einer Nervenzelle nicht mehr korrekt. Hierbei verklumpen sich die Proteinbestandteile und schädigen dadurch die Nervenzellen. Durch diese Verklumpungen werden zwischen den Hirnarealen wichtige Verbindungsbahnen unterbrochen. Bei Gefäßkrankheiten im Gehirn werden bestimmte Regionen im Gehirn schlechter durchblutet. Diese Unterversorgung hat wiederum das Absterben von Nervenzellen zur Folge. Zu einer Atrophie, also einer Schrumpfung des Gehirns, kommt es, wenn eine große Zahl von Nervenzellen betroffen ist (ebd.).



### **2.3.2 Prävalenz und Inzidenz**

In Deutschland leben gegenwärtig circa 1,6 Millionen demenzerkrankte Personen. Im Jahr 2050 sollen laut Schätzungen circa 3 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt sein, sofern kein Durchbruch in der Prävention und/ oder Therapie gelingen wird (Robert-Koch-Institut, 2015). Da der größte Risikofaktor das Alter darstellt, nimmt die Häufigkeit auch mit dem Alter stark zu. Während aktuell weniger als 2% der 65- bis 69-jährigen erkrankt sind, liegt die Prozentzahl der 90-jährigen bei über 30% (ebd.). Da Frauen im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung haben als Männer (Statista, 2017), lässt diese demographische Entwicklung auch mehr demenzerkrankte Frauen erwarten.

### **2.3.3 Erscheinungsformen der Demenz**

Hinter dem Begriff „Demenz“ stehen viele verschiedene Krankheiten, welche als primäre und sekundäre Formen der Demenz unterteilt werden (Hametner, 2010). Der Krankheitsbeginn der primären Demenzen, auch neurodegenerative Erkrankungen genannt, beginnt direkt im Gehirn. Sie sind zum jetzigen Zeitpunkt der Forschung irreversibel. Primäre Formen der Demenz machen rund 90% der Diagnosen aus (Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, 2017). Die meist verbreitete Form der primären Demenz stellt die Alzheimer-Krankheit dar. Ihr folgen die Gruppe der vaskulären Demenzen, auch Gefäßkrankheiten genannt, und die frontotemporale Demenz. Zudem sind noch andere primäre Demenzen wie zum Beispiel die Lewy-Körperchen-Demenz, die Parkinson-Demenz sowie die Creutzfeld-Jakob-Krankheit zu nennen (Frohn & Staack, 2012). Sekundäre Demenzen stellen im Gegensatz zu den primären Demenzen nur ungefähr 10% der Krankheitsfälle dar. Bei den der sekundären Demenz zuzuordnenden Diagnosen findet der Ursprung der Erkrankung nicht direkt im Gehirn statt, sondern infolge einer anderen zugrundeliegenden Erkrankung (Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, 2017). Diese anderen Grunderkrankungen können unter anderem Stoffwechselerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein. Auch Verletzungen oder Tumore im Gehirn können Auslöser für sekundäre Demenzen sein. Es ist auch möglich, dass Demenzen zum Beispiel durch Vergiftungen wie zu viel Alkohol, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch auftreten. Zudem können die sekundären Formen durch einen Vitaminmangel oder im Zusammenhang mit einer Depression entstehen. Sekundäre Demenzen sind zum Teil reversibel (Frohn & Staack, 2012; Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, 2017).

Da sich die Arbeit auf den Bereich der Sexualität und Demenz bezieht und die an den sexuellen Reaktionen beteiligten Hirnregionen oftmals durch primäre Demenzen beschädigt werden, werden im Folgenden die drei häufigsten Krankheiten Alzheimer, vaskuläre und frontotemporale Demenzen näher vorgestellt.

## **Alzheimer-Krankheit**

Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache für eine Erkrankung im Diagnosebereich der primären Demenzen. 60% der Personen, welche an einer Demenz erkrankt sind, leiden an dieser Krankheit (Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, 2017). Charakteristisch nimmt sie einen langsamen und fortschreitenden Verlauf ein (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, o.J.b). Häufig beschädigt die Alzheimer-Krankheit den Schläfenlappen und den Scheitellappen (s. Abb. 2, mit rot und blau gekennzeichnetem Bereich) des Gehirns. Da diese Bereiche unter anderem für die Sprache, Orientierung und das Gedächtnis zuständig sind, machen sich bei Schädigungen hier vorwiegend die Störungen bemerkbar. In seltenen Fällen tritt die Alzheimer-Erkrankung auch in anderen Bereichen des Gehirns auf. Bei der Alzheimer-Krankheit sind Proteine am Verlust von Nervenzellen beteiligt (Kurz et. al., 2016).

## **Vaskuläre Demenzen**

Nach der Alzheimer Demenz treten vaskuläre Demenzen am zweithäufigsten auf (Frohn & Staack, 2012). Bei vaskulären Demenzen handelt es sich um pathologische Veränderungen der Blutgefäße, die das Gehirn mit Blut versorgen. Spezifisch sind die kleinen Arterien betroffen, die sich verengt haben (Kurz et al., 2016). Diese Verengung kann zu einer Durchblutungsstörung führen. Risikofaktoren für die Entstehung einer Verengung der Blutgefäße können z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck und/ oder die Folgen des Zigaretten-Rauchens sein (Frohn & Staack, 2012; Kurz et al., 2016). Auch kleine Hirninfarkte können eine Durchblutungsstörung hervorrufen. Die Folge von Verengungen und Durchblutstörungen ist, dass Bereiche des Gehirns nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt werden und somit eine Schädigung der Nervenzellen eintritt. Demzufolge tritt eine Verlangsamung der Aufmerksamkeit, des Denkvermögens und der Informationsverarbeitung auf (ebd.).

## **Frontotemporale Demenz**

Die frontotemporale Demenz zeichnet sich dadurch aus, dass es zu spezifisch begrenzten Schädigungen der Nervenzellen im Stirn- und Schläfenlappen kommt (s. Abb. 2 mit rot und gelb gekennzeichnetem Bereich) (Kurz et al., 2016). Dieser Bereich des Gehirns wird Frontotemporal-Lappen genannt und ist unter anderem für die Steuerung des sozialen Verhaltens und der Emotionen zuständig (Frohn & Staack, 2012). Die kognitiven Fähigkeiten sind zu Beginn der Krankheit noch nicht beeinträchtigt. Eine Beeinträchtigung tritt erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung auf. Typische Merkmale, gerade zu Beginn der Erkran-

kung, sind unter anderem starke Persönlichkeitsveränderungen sowie das häufig aggressive und taktlose Verhalten gegenüber anderen Personen. Zudem kann sich eine Maßlosigkeit bei dem Essen und Trinken zeigen. Häufig kommt es auch zu sexuell enthemmten Verhalten (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle drei Formen, aufgrund ihrer Häufigkeitsercheinungen, in der Interaktion zwischen demenzerkrankten Menschen in Pflegeeinrichtungen und deren betreuendem Personal eine Rolle spielen, da sich durch die Erkrankungen auch das Sexualverhalten verändern kann. Im nächsten Kapitel wird die Sexualität bei Menschen mit Demenz thematisiert.

## **2.4 Sexualität bei Menschen mit Demenz<sup>4</sup>**

Wie eingangs erwähnt, leidet ein Großteil der Pflegebedürftigen – 60% – in stationären Pflegeeinrichtungen an einer der vielen Demenzformen (Frohn & Staack, 2012). Hierbei stellt sich Pflegekräften nicht nur die Herausforderung im allgemeinen Umgang mit Menschen mit Demenz, sondern ebenfalls im Umgang bezüglich deren Sexualität (Schneider-Schelte, 2017). Wie in Abschnitt 2.1.1 und 2.2 beschrieben sind die Sexualität im Alter und auch die Sexualität in der stationären Pflegeeinrichtung tabuisierte Themen. Diese Tabuthemen können in Verbindung mit der Erkrankung Demenz zu zusätzlichen Problemen führen. Da Menschen mit Demenz ihre sexuellen Bedürfnisse unter Umständen sehr direkt äußern, können deren sexuelle Verhaltensweisen bei Pflegenden Gefühle wie „...*Scham, Angst, Wut oder Ekel*“ auslösen (pro familia, 2016, S. 11). Die enthemmte Sexualität wird im Zuge der Erkrankung oftmals als etwas Krankhaftes angesehen (Gatterer, 2011), und offene sexuelle Verhaltensweisen, können den alltäglichen, strukturierten Ablauf einer Einrichtung massiv stören, wodurch sich Pflegekräfte oftmals überfordert fühlen (Schneider-Schelte, 2017; pro familia, 2016). Die Überforderung und gefühlsmäßig starke Reaktion bei den Pflegenden kann durch die bereits geschilderten Probleme begründet sein (Abschnitt 2.2), wo ausgeführt wurde, dass Pflegefachkräfte in ihrer Ausbildung kein grundlegendes Fundament für den professionellen Umgang der Sexualität der BewohnerInnen erhalten und/ oder möglicherweise ihre persönliche Einstellung zu Sexualität übertragen. Hinzu kommt, dass es in Einrichtungen oft an Rahmenbedingungen und Offenheit in Bezug auf Strukturen und Umgangsformen fehlt. Im folgenden Kapitel werden mögliche Veränderungen im Sexualverhalten bei Menschen mit Demenz und Situationen vorgestellt, die für die

---

<sup>4</sup> Anmerkung der Autorin: Es wird sich auf die Sexualität in stationären Pflegeeinrichtungen bezogen.

Pflegenden „missverständlich“ bzw. belastend sein können. Es folgt hierauf die Thematisierung der sexuellen Enthemmtheit bei Menschen mit Demenz.

#### **2.4.1 Veränderung des Sexualverhaltens und missverständliche Situationen**

Bei Menschen mit Demenz bleiben die sinnlichen Fähigkeiten viel länger als die sprachlichen Fähigkeiten bestehen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass sie weiterhin Zärtlichkeiten und Körperkontakt erfahren, auch wenn der Wunsch nach dem reinen Geschlechtsakt eventuell schwindet (Gatterer, 2011; Grond, 2011, pro familia, 2016). Ihre sexuellen Bedürfnisse können Betroffene, je nachdem wie stark die Erkrankung Demenz sie beeinträchtigt, besser oder schlechter zum Ausdruck bringen (Gatterer, 2011). Bei einigen Betroffenen bleibt das bisherige Bedürfnis nach Sexualität bestehen, bei anderen tritt ein gesteigertes Bedürfnis in den Vordergrund und wiederum andere verlieren vollkommen das Interesse an Sexualität. Es ist auch möglich, dass sexuelle Enthemmungen durch die Demenzerkrankung auftreten (Gatterer, 2011; Grond, 2011; pro familia, 2016). Da mit dem Fortschreiten einer Demenz vermehrt die Funktion der verbalen Kommunikation verloren geht und Betroffene ihre Bedürfnisse zunehmend über Gestikulation zum Ausdruck bringen, können bestimmte Verhaltensweisen missverständlich gegeben und aufgenommen werden (Gatterer, 2011; Grond, 2011). Daher können Verhaltensweisen als sexuell auffordernd interpretiert werden, allerdings kann das Verhalten auch andere Gründe haben und von Pflegekräften missverstanden werden (ebd.). Andererseits können Erkrankte oftmals aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr einordnen, was bestimmte Aussagen und Handlungen (z.B. Ausziehen oder Waschen) im pflegerischen Kontext bedeuten. Hierbei können Betroffene eventuell an sexuelle Situationen von früher erinnert werden (Gatterer, 2011). Im Folgenden sollen Beispiele zu derart missverständlichen Situationen gegeben werden: Zieht eine demenzerkrankte Person ihre Kleidung öffentlich aus, steckt nicht immer ein sexuelles Bedürfnis dahinter. Hier könnte es auch sein, dass der demenzerkrankten Person zu warm ist oder sie die Kleidung als störend empfindet (pro familia, 2016). Da Pflegekräfte in ihrer Profession täglich mit den intimen Bereichen eines Menschen mit Demenz in Berührungen kommen, zum Beispiel beim Waschen, kann es sein, dass die Person mit Demenz die Situation als eine Einladung zu sexuellen Handlungen ansieht (Grond, 2011; pro familia, 2016). Somit kann es auch vorkommen, dass auffordernde Äußerungen zu sexuellen Handlungen fallen, wie zum Beispiel „Rubbel’ etwas fester, Schwester!“. Fassen sich Betroffene oft in der Region ihrer Genitalien an, könnte dies auch ein Hinweis dafür sein, dass sie zur Toilette müssen (Gatterer, 2011; Grond, 2011).

## 2.4.2 Sexuelle Enthemmtheit

Das sexuell enthemmte Verhalten zeigt sich gehäuft bei männlichen Demenzerkrankten und weniger bei weiblichen. Zudem tritt eine sexuelle Enthemmung häufiger bei der frontotemporalen Demenz auf (Gatterer, 2011; Grond, 2011). Grund hierfür ist die bereits beschriebene Schädigung des Frontotemporal-Lappens, in welchem die Kontrollfunktionen über die Emotionen und das Sozialverhalten eines Menschen angesiedelt sind. Hervorgehoben werden kann eine sexuelle Enthemmung nicht nur durch eine Demenzerkrankung an sich, sondern auch durch Medikamente (Grond, 2011). Viele Pflegekräfte kennen folgende enthemmte Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz: *„Selbstbefriedigung in unpassender Umgebung, unerwünschte Berührungen anderer Menschen, anzügliche Äußerungen gegenüber anderen Menschen, übergriffiges Verhalten“* (pro familia, 2016, S. 16). Wie eine Pflegeperson mit sexuellen Situationen umgehen kann, wird im nächsten Absatz kurz beleuchtet.

## 2.4.3 Möglichkeiten für den Umgang im Pflegealltag

Um als Pflegekraft mit den beschriebenen unterschiedlichen und sexuellen konnotierten Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz umzugehen, bieten sich verschiedene Möglichkeiten, welche im Folgenden dargestellt werden. Da Demenzerkrankte oft impulsiv auf bestimmte Situationen reagieren, sollten Pflegekräfte befähigt werden, jede Situation zunächst dahingehend zu analysieren, ob sie Auslöser für vermeintliche sexuelle Verhaltensweisen sein könnte (pro familia, 2016). Folgende Beispielfragen könnten hierbei hilfreich sein:

*„Fühlt sich der Mensch mit Demenz einsam oder nicht beachtet, ist ihm langweilig? Zeigt sie oder er durch das (sexuelle) Verhalten einen Wunsch nach Nähe, Vertrautheit, Berührung? Könnten die Umstände – z.B. Unruhe im Raum – oder eine bestimmte Pflege-Situation ein Verhalten ausgelöst haben? Beeinflussen Medikamente des Menschen mit Demenz sein sexuelles Verhalten? Zieht der Mensch mit Demenz sich aus, weil die Kleidung zu warm, sie nass geworden, zu unbequem ist?“* (pro familia, 2016, S. 21).

Zudem ist es wichtig, dass Pflegekräfte der Situation ruhig gegenüberstehen und dem Erkrankten keine Sanktionen erhängen, wie zum Beispiel nicht Beachten, denn dieses kann das Verhalten durchaus verstärken, wenn es einer Langeweile geschuldet ist (Mück, 2013). Ein weiteres Beispiel ist die Methode der Integrativen Validation nach Richard® für

den Umgang und die Kommunikation mit Demenzerkrankten. Das Konzept beruht auf einer gewährenden und wertschätzenden Grundhaltung. Der Fokus liegt auf den Gefühlen und Antrieben von demenziell Erkrankten, welche als Ressourcen betrachtet und bestätigt werden. Dies gilt auch für sexuelle Bedürfnisse. Äußerungen und Handlungen der Dementen lassen oftmals auf gewisse Wünsche schließen. Die pflegende Person sollte in der Lage sein, diese bewusst wahrzunehmen und durch direkte, einfache Aussagen entsprechend zu reagieren. Speziell bei an Demenz erkrankten Menschen reicht aufgrund krankheitsbedingter Veränderungen des Frontallappens im Gehirn oftmals die Bestätigung zur Bedürfnisbefriedigung des Betroffenen aus. Die „Integrative Validation“ sieht die Möglichkeit für Pflegekräfte vor, an der Schnittstelle zwischen ihrer Arbeit und sexuellen Interaktionen Balance zu schaffen. Allerdings lassen sich sexuelle Bedürfnisse dadurch nicht unterdrücken oder dauerhaft ablenken. Wiederholt sich das ausdrückliche Verlangen der Durchführung sexueller Handlungen häufig, so stehen der Einrichtung verschiedene Optionen zur Verfügung, dies zu ermöglichen (Richard, 2008).

Inwiefern eine Pflegekraft die im folgenden Abschnitt beispielhaft genannten Möglichkeiten in die Praxis umsetzen kann, hängt von individuellen und strukturellen Ressourcen ab und bestätigt nochmals die Wichtigkeit der Thematisierung, Fortbildung und Supervision des Themas in der Pflegeeinrichtung.

## **2.5 Sexualität ermöglichen in Pflegeeinrichtungen**

Sollte sich eine Einrichtung dafür entschieden haben, sich den sexuellen Bedürfnissen ihrer BewohnerInnen anzunehmen, können folgende Maßnahmen dabei helfen, diese zu erleben und auszuleben:

- Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln, z.B. Vibratoren, Filme, oder erotische Hefte
- Haustiere als Kuschelpartner für das Erleben von Nähe, Geborgenheit
- Privatsphäre der BewohnerInnen wahren, z.B. Anklopfen vor Eintritt
- Vermittlung von sexuellen Dienstleistungen (pro familia, 2016; Mück, 2013).

Jedoch sollte hier auch ausdrücklich auf die folgenden Voraussetzungen hingewiesen werden:

*„Wie und ob diese [Bedürfnisse, Anmerkung der Autorin] in der Pflegeeinrichtung erfüllt werden, sollte dort grundsätzlich auf allen Organisationsebenen diskutiert werden. Klare Leitlinien, die von der Einrichtungsleitung gefördert und kommuniziert*

*werden, geben Mitarbeitenden Sicherheit bei der Arbeit. Ebenso wichtig sind aber auch eine persönliche Auseinandersetzung und der Austausch darüber im Team.“*  
(pro familia, 2016, S. 18).

Im Folgenden wird spezifischer auf die Möglichkeit der Vermittlung von sexuellen Dienstleistungen anhand des Konzeptes der Sexualassistentenz eingegangen.

### **2.5.1 Definition Sexualassistentenz**

Der Begriff Sexualassistentenz lässt sich in die aktive und passive Sexualassistentenz einteilen. Frau Nina de Vries, welche die Sexualassistentenz in Deutschland maßgebend mitbegründet und vorangebracht hat, definiert die aktive Sexualassistentenz wie folgt:

*„Aktive Sexualassistentenz (auch Sexualbegleitung genannt) ist eine bezahlte, sexuelle Dienstleistung für Menschen mit einer Beeinträchtigung. SexualassistentInnen sind Menschen, die aus einer transparenten und bewussten Motivation heraus u.a. Folgendes anbieten: Beratung, erotische Massage, zusammen nackt sein, sich gegenseitig streicheln und umarmen, Anleitung zu Selbstbefriedigung für Menschen [sic!] die das nicht durch Bildmaterial verstehen können, bis hin zu Oral- und Geschlechtsverkehr. Jede/r SexualassistentIn entscheidet individuell, was er/sie konkret anbietet und für wen.“* (de Vries, 2013, o.S.).

Die passive Sexualassistentenz wird von de Vries wie folgt definiert: *„Voraussetzungen für die Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität zu schaffen. Man kann auch sagen: ein Sexualität-freundliches [sic!] Klima kreieren.“* (de Vries, 2013, o.S.). Hierunter fallen unter anderem das Bereitstellen sexueller Hilfsmittel und die Vermittlung zu sexuellen Diensten (Zinsmeister, 2005a). De Vries bringt zudem an: *„Aktive Sexualassistentenz kann am optimalsten stattfinden, wenn sie eingebettet ist in ein Klima, in dem passive Sexualassistentenz als Aufgabe, als Herausforderung, anstatt als unlösbares Problem wahr [sic!] genommen wird.“* (de Vries, 2013, o.S.).

### **2.5.2 Rechtliche Aspekte der Sexualassistentenz**

Die passive Sexualassistentenz ist grundsätzlich straflos, wenn sie *„von erwachsenen Menschen nachgefragt und von erwachsenen Menschen angeboten bzw. erbracht“* wird (Zinsmeister, 2005b, S.13). Die aktive Sexualassistentenz ist straffrei, wenn sie durch externe

DienstleistungsanbieterInnen und auf der Basis von erkennbarem Einvernehmen wie verbale oder nonverbale Äußerungen geleistet wird (Zinsmeister, 2005a).

### **2.5.3 Sexualassistenz in Deutschland**

Die Bezeichnung „Sexualassistenz“ ist in Deutschland nicht geschützt, es kann sich jeder als SexualassistentIn betiteln (Spiegel Online, 2017). Zudem lässt sich nicht beziffern, wie viele Personen in Deutschland diese Arbeit tatsächlich ausüben (ebd.). Grundsätzlich bedarf es keiner Ausbildung, jedoch gibt es in Deutschland einige Institute, die eine Ausbildung/ Fortbildung zur Sexualassistenz/ Sexualbegleitung anbieten, wie z.B. „Kassandra e.V. – Beratungsstelle für Prostituierte“, welche mit pro familia zusammenarbeitet, sowie das „Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter“ (ISBB) (ISBB, 2017; Kassandra e.V., 2017).

### **2.5.4 Aktualität der Thematik**

Die Thematik des Konzeptes der Sexualassistenz ist gesellschaftlich aktuell. Anfang des Jahres 2017 fand das Konzept der Sexualassistenz in Pflegeeinrichtungen in der deutschen Presse große Aufmerksamkeit. Die pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Frau Elisabeth Scharfenberg, hatte geäußert, dass sie sich vorstellen könnte, dass die Finanzierung der Dienstleistung der Sexualassistenz möglich sei (Dowideit, 2017). Sie brachte den Vorschlag, dass die Kommunen Angebote vor Ort beraten und Zuschüsse gewährt werden könnten. Vorreiter für Frau Scharfenbergs Gedanken finden sich in den Niederlanden, wo Betroffene sich durch ihren Arzt attestieren lassen, dass sie sich nicht selbst sexuell befriedigen und die Kosten der Dienstleistung nicht selbst tragen können (ebd.). Insbesondere die Vorschläge zur öffentlichen Finanzierung löste in Deutschland eine kontroverse Diskussion in den Medien aus, auf welche im weiteren Verlauf nicht spezifischer eingegangen wird.

## **3. Findung der Forschungsfrage**

Um den akademischen Grad des Bachelors of Science an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg zu erreichen, ist ein Praktikum von 16 Wochen in der Praxis vorgesehen. Dieses absolvierte die Autorin im „Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein“, Norderstedt. Eine ihrer Aufgaben während des Praktikums war es neue Literatur in die hauseigene Bibliotheksdatenbank einzupflegen. Hierbei ist sie auf die Thematik Se-



xualität und Demenz gestoßen. Durch das Einlesen in die Literatur wurde sie auf den Aufsatz „Schwester, rubbel etwas fester!“ von Nicole Richard aufmerksam (Richard, 2008). Frau Richard beschreibt in ihrem Aufsatz unter anderem, wie es Pflegekräften möglich würde, sexualisierte Situationen besser zu bewältigen. Zudem schreibt sie, dass sich sexuelle Bedürfnisse nicht auf Dauer umlenken lassen und nannte unter anderem die Möglichkeit der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz, um das Ausleben sexueller Bedürfnisse zu ermöglichen (Richard, 2008). Nach Gesprächen mit den Betreuenden dieser Bachelorarbeit und einer ausführlichen Literaturrecherche, welche im Nachfolgenden beschrieben ist, entstand für die Autorin die Forschungsfrage *„Inwiefern kann Sexualassistenz die Sexualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen in Deutschland ermöglichen?“*.

#### **4. Literaturrecherche Sexualassistenz für Menschen mit Demenz**

Die Literaturrecherche erstreckte sich zuerst auf die online Bibliothekskataloge und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek des Hochschulinformations- und Bibliotheksservices der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Die Suche mit den Begriffen: *Sexualassistenz, Sexualbegleitung, Demenz* in verschiedenen Kombinationen verlief ergebnislos. Die Suche wurde auf die Datenbank SpringerLink und auf die Literaturdatenbanken und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky ausgeweitet. Hierbei wurde ebenfalls mit den oben genannten Suchbegriffen in verschiedenen Kombinationen recherchiert. Diese Suche erzielte einen Treffer, jedoch war das Medium zum Zeitpunkt der Forschung nicht verfügbar. Parallel wurde in der Bibliothek des Kompetenzzentrums für Demenz in Schleswig-Holstein gesucht. Hierbei konnten in Fachzeitschriften aus dem Bereich der Demenz Erfahrungsberichte von Pflegeeinrichtungen bezüglich der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz gefunden werden sowie Interviews mit einer weiblichen Sexualassistentin und einer Vermittlungsagentur für SexualassistentInnen (Jäckel-Fahl, 2008; de Vries, 2008; Strauhal, 2017; Mühlegg, 2017; Clausen & Tietjen, 2017). Durch die zur Verfügung stehende Literatur für den theoretischen Teil dieser Arbeit stand Literatur bezüglich der Sexualität in Pflegeeinrichtungen und Sexualität und Demenz zur Verfügung. In zwei Literaturquellen wurde die Möglichkeit der Sexualassistenz genannt, jedoch wurde nicht spezifischer aufgeführt, wie sie sich für demenzerkrankte Personen gestaltet (Grond, 2011; Mück, 2013). Pro familia (2016) führte in ihrer Broschüre „Sexualität und Demenz“ die Sexualassistenz ebenfalls als Möglichkeit an. Neben allgemeinen Informationen zur Sexualassistenz wurde unter anderem beschrieben, dass sexuell herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz durch die Sexualassistenz positiv beeinflusst werden können (pro familia, 2016). Es

konnte ein Erfahrungsbericht einer Sexualassistentin ausfindig gemacht werden, in dem ihre Arbeit mit Demenzerkrankten beschrieben wurde (de Vries, 2011). Im Internet konnte in sehr aktuellen veröffentlichten (2017) Artikeln und Interviews zur Sexualassistenz die Nennung der Zielgruppe Menschen mit Demenz gefunden werden (Dowideit, 2017; Landwehr, 2017; Spiegel Online 2017). Dadurch konnte die Autorin einen ersten Eindruck über die Arbeit der SexualassistentInnen erlangen. Sie stellte fest, dass überwiegend von männlichen demenzerkrankten Personen berichtet wurde, welche ihr sexuelles Bedürfnis zum Ausdruck gebracht haben. Zudem ergab sich die Möglichkeit des Erlebens und Auslebens von Sexualität durch Sexualassistenz nur in Pflegeeinrichtungen, welche sich den Bedürfnissen der Bewohner explizit angenommen hatten.

Der Autorin stellten sich nach Auswertung der Literatur zunehmend Fragen zum Konzept der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz. Diese waren unter anderem:

- Wie genau gestaltet sich das Arbeitsfeld der Sexualassistenz speziell für Menschen mit Demenz?
- Warum und wie wird die Dienstleistung in Anspruch genommen?
- Wo liegen die Grenzen und Möglichkeiten der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz?

Aufgrund der wenigen wissenschaftlichen Literatur bezüglich der Sexualassistenz speziell für Menschen mit Demenz wurde die Autorin motiviert, eine eigene Untersuchung durchzuführen, um Informationen bezüglich der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz zu gewinnen. Hierzu wurden drei explorative Interviews geführt.

## **5. Methodik**

Der Ausgangspunkt für die eigene Untersuchung der Autorin war die spärlich zur Verfügung stehende Literatur für die Thematik Sexualassistenz speziell für Menschen mit Demenz. In den folgenden Abschnitten wird das genaue Vorgehen der empirischen Untersuchung vorgestellt.

### **5.1 Ziel der Untersuchung**

Ziel war es, die Forschungsfrage *„Inwiefern kann Sexualassistenz die Sexualität von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen in Deutschland ermöglichen?“* beantworten zu können. Hierzu wurden zunächst folgende Fragen konkretisiert:

- Wie gestaltet sich die Kontaktaufnahme zu den SexualassistentInnen?
- Wie sehen das Arbeitsfeld und die Arbeitsbedingungen der SexualassistentInnen aus?
- Welche Grenzen und Möglichkeiten gibt es bezüglich der Sexualassistenz bei demenzerkrankten Personen?
- Wie einvernehmlich ist die Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz?
- Gibt es spezielle rechtliche Grundlagen bezüglich der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz?
- Kann durch die Sexualassistenz eine Entlastung sowohl für das Pflegepersonal als auch für die demenzerkrankte Person eintreten?
- Wie sieht die Zukunft der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz aus Sicht der SexualassistentInnen aus?

## 5.2 Erhebungsmethode

In den empirischen Sozialwissenschaften stellt die Befragung die am häufigsten eingesetzte Datenerhebungsmethode dar. Hierbei wird zwischen der mündlichen Befragung in Form eines Interviews und der schriftlichen Befragung durch Fragebögen unterschieden (Döring & Bortz, 2016). Für die vorliegende Untersuchung wurde sich für die mündliche Befragung in Form von teil- bzw. halbstrukturierten Interviews entschieden. Den teil- bzw. halbstrukturierten Interviews liegt ein Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument zugrunde (ebd.). Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld anhand der vorab recherchierten Literatur und den resultierenden Fragestellungen entwickelt. Hierzu wurden Themenblöcke gebildet und mögliche Fragen zu den Themenblöcken erstellt. Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass allgemeine Informationen zum Konzept der Sexualassistenz gewonnen, die InterviewpartnerInnen und ihr Arbeitsfeld kennengelernt sowie Informationen bezüglich der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz gewonnen werden konnten. Der Interviewleitfaden besteht aus teils offenen und teils geschlossenen Fragen zu den jeweiligen Themenblöcken (s. Anhang A) und bot zudem die Möglichkeit, die Interviewsituation zum Beispiel durch Zusatzfragen oder der Reihenfolge der Fragen flexibel anzupassen (Döring & Bortz, 2016). Die Pretests wurden aufgrund der schweren Verfügbarkeit von SexualassistentInnen mit Personen durchgeführt, welche nicht über die Expertise der Sexualassistenz verfügten. Dementsprechend konnte der Interviewleitfaden nicht auf inhaltliche Plausibilität, jedoch auf das zeitliche Management getestet werden.

### 5.3 Stichprobenrekrutierung

Die Kriterien für die Auswahl der InterviewpartnerInnen sind wie folgt:

- Die TeilnehmerInnen mussten über ausreichend deutsche Sprachkenntnisse verfügen.
- Sie führten Sexualassistenz selber aus, oder standen in direktem Kontakt zur SexualassistentInnen z.B. als Vermittlerin.
- Sie boten ihre Dienstleistung in stationären deutschen Pflegeeinrichtungen an.
- Ihr Angebot richtete sich auch an Menschen mit Demenz.

Die potenziellen Interviewpartnerinnen wurden durch eine Internetrecherche gefunden und auf elektronischem Wege kontaktiert. Die zu Interviewenden waren alle weiblich, da keine männlichen Interviewpartner gefunden wurden. Insgesamt wurden sechs potenzielle Interviewpartnerinnen per E-Mail angeschrieben, die Rücklaufquote betrug drei Interviews. Die Interviewpartnerinnen hatten unterschiedliche Erfahrungen und Perspektiven mit und aus dem Bereich der Sexualassistenz, was aus Forschungsperspektive erwünscht war und den explorativen Charakter der Untersuchung unterstreichen sollte, um eine möglichst große Ergebnissicherung zu erreichen. Zudem wurden für zwei Interviews eine Aufwandsentschädigung<sup>5</sup> von je 50€ an die Interviewpartnerinnen bezahlt, da diese während der ca. 1-stündigen Interviewzeit Verdienstverluste hatten.

### 5.4 Durchführung

Jedes Interview wurde als Einzelinterview durchgeführt. Der Interviewkontakt war jedoch unterschiedlich. Das erste Interview fand am 03.07.2017 um 15:30 Uhr im persönlichen Kontakt statt. Es wurde sich auf der Arbeitsstelle des Hauptberufes der Befragten getroffen. Die Interviewerin hatte eine begrenzte Zeit von 60 Minuten. Diese wurden für das Interview ausgeschöpft. Das zweite Interview fand am 04.07.2017 um 17:30 Uhr statt und wurde per Telefon durchgeführt. Die Interviewdauer betrug knapp 58 Minuten. Das dritte Interview wurde am 07.08.2017 um 11:00 Uhr per Videokonferenz mit dem Programm „Skype“ durchgeführt. Die Interviewdauer betrug 85 Minuten. Alle drei Interviewten hatten den Tag, die Uhrzeit und den Ort/ die Art des Treffens/ Kontaktes selbst gewählt. Jedes Interview wurde mit dem Iphone 6 Dienstprogramm „Sprachmemos“ aufgezeichnet. Alle Teilnehmerinnen

---

<sup>5</sup> Anmerkung der Autorin: Dies ist damit zu begründen, dass es sich um Personen handelt, welche ihr Geld mit Dienstleistungen verdienen.

haben der Audioaufnahme sowie der Veröffentlichung ihrer Aussagen per Datenschutzerklärung schriftlich zugestimmt. Die Sprachaufzeichnungen und die Datenschutzvereinbarungen liegen der Autorin archiviert im Original vor, um die gewählte Anonymität der Befragten seitens der Autorin zu wahren. Im Anhang B ist das Ur-Formular der Datenschutzerklärung beigefügt.

## 5.5 Transkription

Die vollständige Transkription erfolgte im Anschluss an die aufgenommenen Interviews mit dem Programm „f5transkript Version 3.2.2“. Hinweise auf die Identität der Befragten, wie zum Beispiel Namensnennungen, Agentur-Namen, Herkunftsorte, Geburtsjahre, wurden durch „XXX“ unkenntlich gemacht. Mit einer Interviewpartnerin wurde nach vorheriger Absprache das Transkript erst nach Gegenlesen und Korrektur freigegeben. Die korrigierten Wörter oder Passagen wurden durch die Anmerkung der Autorin kenntlich gemacht. Zudem hat die Autorin das Einverständnis bekommen, Sätze grammatikalisch richtig zu stellen, da eine Befragte keine Muttersprachlerin ist. Es wurde sich an den Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2015) orientiert, doch aus forschungsökonomischen Gründen nur teilweise adaptiert. Folgende Regeln wurden insgesamt festgelegt:

- Es wurde wörtlich transkribiert, das heißt nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte wurden möglichst wortgenau in das Hochdeutsche übersetzt. War keine eindeutige Übersetzung möglich, wurde der Dialekt beibehalten.
- Wortverschleifungen wurden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angepasst. Zum Beispiel: „Er hatte noch so 'n Buch genannt“ wurde zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Beim Zitieren von wörtlicher Rede wurde diese Regel nicht eingehalten.
- Halbsätze, welchen nur die Vollendung fehlte, wurden erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet. Wortdoppelungen wurden nur erfasst, wenn diese als Stilmittel zur Betonung genutzt wurden wie „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- Pausen wurden durch (kurze Pause) kenntlich gemacht.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie zum Beispiel „mhm“, „aha“, „ja“, „genau“ wurden nicht erfasst. Bestand die Antwort nur aus nur „mhm“ ohne jegliche Ausführung wurde dies als mhm (bejahend) oder mhm (verneinend) erfasst.

- Jeder Sprecherbeitrag erhielt seinen eigenen Absatz. Zwischen den Sprechern wurde eine Freizeile eingefügt. Am Ende eines jeden Absatzes wurden Zeitmarken eingefügt.
- Die interviewende Person wurde durch „Interviewer“ und die befragte Person durch „Befragter“ gekennzeichnet.
- Lautäußerungen, wie zum Beispiel lachen, wurden mit (Lachen) gekennzeichnet.
- Unverständlich ausgesprochene Wörter wurden mit (unverständlich) gekennzeichnet. Waren Störgeräusche der Grund für die Unverständlichkeit, wurden diese benannt.
- Zeichen und Abkürzungen wurden ausgeschrieben wie: zum Beispiel, Prozent.
- Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ wurden genauso geschrieben.
- Englische Begriffe wurden nach den deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung erfasst.
- Redewendungen wurden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben.
- Wurde wörtliche Rede von einem Sprechenden zitiert, wurde das Zitat in Anführungszeichen gesetzt (Dresing & Pehl, 2015, S. 21ff).

Die Transkripte wurden als PDF gespeichert und sind mit Transkript 1 für Interview 1, Transkript 2 für Interview 2, Transkript 3 für Interview 3 benannt worden. Sie können eingesehen werden und befinden sich auf der beigefügten Compact Disc dieser Abschlussarbeit.

## **5.6 Datenauswertung**

Die Datenauswertung erfolgte in grober Anlehnung an die klassische qualitative Datenauswertung nach Mayring (Döring & Bortz, 2016). Für die Ergebnisdarstellung der Erkenntnisse aus den Interviews wurde für jedes Interview eine Ergebnistabelle mit dem zuvor festgelegten Themenblock der Erkenntnisgewinnung erstellt. Diese befinden sich im Anhang C.

## **6. Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse für jedes Interview geordnet und ausführlich vorgestellt.

## 6.1 Interview 1

### Kontaktaufnahme:

Interviewpartnerin 1 wird nur über ihre Homepage gefunden. Die Befragte hatte am Anfang versucht aktiv Akquise zu betreiben, wie zum Beispiel Einrichtungen anzuschreiben und anzurufen. Dies habe nicht funktioniert, da die Einrichtungen ihr nicht offen begegnet seien. Sie habe dazu unter anderem Aussagen bekommen wie: *„Interessiert uns nicht.“*, *„Nutten wollen wir nicht im Haus haben.“* (Transkript 1, Z. 6 – 11). Sie sagte, dass wenn neue Kunden generiert werden, es oft über Mund zu Mund Propaganda geschieht oder dass eine Einrichtung die andere Einrichtung fragt (Transkript 1, Z. 633 – 634). Bisher wurde sie noch nicht von Angehörigen kontaktiert (Transkript 1, Z. 45). Ältere Herren, die zu Hause leben, wo eventuell noch die Frau dort ist und sie pflegt, haben sie auch schon kontaktiert (Transkript 1, Z. 45 – 47). Wenn Heime mit ihr in Kontakt treten, dann sagt sie, ist ein akuter Bedarf vorhanden (Transkript 1, 43 – 44). Sie schildert, dass dann sexuelle Übergriffe auf das Personal stattgefunden haben oder dass die Einrichtung merkt, dass ein sexueller Bedarf seitens des Kunden vorhanden ist (Transkript 1, Z. 71 – 73). Demente Herren haben sie selber noch nicht kontaktiert, es waren eher Menschen, die im Rollstuhl sitzen oder blind sind (Transkript 1, Z. 79 – 81). Es ist ebenfalls noch nicht vorgekommen, dass auf Wunsch des Demenzerkrankten oder einer gehandicapten Person eine Buchung durchgeführt wurde, sondern *„...eigentlich ist es immer, wenn etwas vorfällt.“* (Transkript 1, Z. 500 – 505). Sie hinterfragt den Grund der Buchung sowohl bei privaten Personen als auch bei der Einrichtung, um zu wissen, was auf sie zukommen könnte, was für eine Erkrankung derjenige hat und worauf sie achten muss (Transkript 1, Z. 49 – 62).

### Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen:

Ihre Zielgruppe sind ältere und gehandicapte Personen. Die Zielgruppe der älteren Personen bezieht auch Menschen mit ein, die an einer Demenz erkrankt sind (Transkript 1, Z. 471 – 477). Sie ist durch Zufall zur Sexualassistenz gekommen. Hauptberuflich ist sie professionelle Domina. Diesbezüglich führt sie ebenfalls eine Homepage, auf der sie einen Blog schreibt. Durch einen bestimmten Blogeintrag wurde eine Einrichtung auf sie aufmerksam, welche auf der Suche nach einer Sexualassistentin war. Sie lehnte zunächst ab, da sich der Eintrag auf die Gäste in ihrem dominanten Service bezog. Der Anruf hat ihr keine Ruhe gelassen und sie hat gefragt, warum sie es nicht ausprobieren sollte, da sie in ihrem dominanten Bereich auch mit Menschen mit Handicap und älteren Personen zu tun hat (Transkript 1, Z. 98 – 118). Ihrer Aussage zufolge bedarf es keiner speziellen Ausbildung zur Sexualassistentin, weil Sexualassistenz nach Definition des Gesetzgebers als Prostitution gilt, da sexuelle Handlungen gegen Entgelt stattfinden. Sie nannte Institute, die „sowas

wie eine Ausbildung, Seminare, ähnliches“ anbieten und „wenn man dann sagt „Ich hab’ von dem und dem Institut so einen Stempel.“, dann mag das helfen.“. Sie hat sich bewusst dagegen entschieden, da sie weiß, „wie man mit Menschen und Sexualität umgeht und es nicht wirklich einen Unterschied erstmal macht, ob jemand im Rollstuhl ist, dement ist. Der hat ein sexuelles Bedürfnis und ich weiß, wie man das befriedigen kann.“ (Transkript 1, Z. 123 – 135). Ihre zwei beruflichen Extreme (Domina und Sexualassistentin) unterscheiden sich nicht viel, da sie in beiden Bereichen auf die Bedürfnisse der Kunden eingeht (Transkript 1, Z. 145 – 154). Es geht in beiden Bereichen um Nähe und Körperlichkeit (Transkript 1, Z. 174). Sie bietet keinen Geschlechts-, Oral- oder Analverkehr an (Transkript 1, Z. 182 – 185). Eine Stunde ihrer Dienstleistung kostet 150 Euro plus 50 Euro Fahrtkosten. Diese dürfen sich Kunden auch teilen, wenn sie in einer Einrichtung mehrere Kunden hat (Transkript 1, Z. 187 – 193). Sie würde sich die Finanzierung der Sexualassistenz durch die Krankenkasse wünschen, da diese Dienstleistung aufgrund von fehlendem Einkommen oder einer kleinen Rente nur schwer erwerbbar ist. Sie glaubt nicht, dass das „in den nächsten 20, 30 Jahren passieren wird. Dazu müsste die Gesellschaft erstmal ihre Doppelmoral zum Thema Prostitution verändern. Das hat sie bei weitem nicht. Wir haben seit zwei Tagen ein neues Gesetz, in dem es eigentlich alles noch schlimmer ist. Und (kurze Pause) ich glaube nicht, dass das passieren wird. Ich glaube, so weit sind wir noch lange nicht.“ (Transkript 1, Z. 198 – 204). Ihre Kunden sind nur männlich, sie könnte sich jedoch auch vorstellen, mit einer Dame zu kuscheln, so war aber noch nicht der Bedarf vorhanden (Transkript 1, Z. 224 – 241). Sie sagt hierzu auch, dass dies in vielleicht 50 Jahren möglich sei, wenn vielleicht die gesellschaftliche Akzeptanz weiter ist und es dann auch normal sein kann, wenn eine Dame lesbisch ist und man sich eine Sexualassistenz kommen lässt (Transkript 1, Z. 240 – 250). Kunden trifft sie überwiegend in Pflegeeinrichtungen, aber auch im privaten Bereich (Transkript 1, Z. 252 – 259). Die räumlichen Bedingungen in den Einrichtungen sehen sehr unterschiedlich aus. Sie sagt, dass es auch darauf ankommt, wie man ihr gegenübertritt. Es kann vorkommen, dass man auf eine sehr tolerante Heimleitung trifft und dass das Personal „das irgendwie so ganz eigenartig findet“. Trifft sie auf eine offene Heimleitung und offenes Personal, äußert sie üblicherweise, wie es für sie angenehm zu arbeiten wäre. Ein extra Zimmer ist in vielen Einrichtungen nicht vorhanden und die Begegnung findet dann im Zimmer des Bewohners statt. Sie selber sorgt für Musik und LED-Kerzen, um es atmosphärisch zu machen. Die Tür wird üblicherweise nicht abgeschlossen. Das möchte sie persönlich auch nicht, da sie so im Notfall die Rückversicherung hat den Notfallknopf zu drücken (Transkript 1, Z. 277 – 308). Vor einem Besuch kommuniziert sie mit der Heimleitung, worauf sie sich einstellen müssen und worauf sie sich einstellen muss (Transkript 1, Z. 313 – 319). Sie hat Stammkunden. Dass eine gewisse Regelmäßigkeit gut



ist, da so ein Grund der Vorfreude für den Kunden möglich ist, hat sie festgestellt. Die Regelmäßigkeit hängt größten Teils von der Finanzierung ab. Die Spanne liegt zwischen alle vier Wochen bis alle halbe Jahr, meistens sind es jedoch alle zwei Monate, alle sechs bis acht Wochen (Transkript 1, Z. 336 – 350). Sie lehnt generell keine Kundenanfragen ab, es sei denn, es wird eine Praktik nachgefragt, die sie nicht anbietet. Ansonsten guckt sie sich *„...immer alles erstmal an“*. Sie hat ein einziges Mal eine Begegnung mittendrin abbrechen müssen, weil ein dementer Herr sie als seine Freundin angesehen hat und mit dieser *„...muss er erstens küssen und zweitens Verkehr haben.“* Er habe nicht mehr verstanden, dass es sich um eine Dienstleistung handelt. Ein weiteres Mal hat sie einen alleinlebenden Herrn nicht ein zweites Mal besucht, da die Wohnumstände nicht appetitlich waren. Sie sagt, dass wenn es bei der ersten Begegnung gehapert hat, sie aber nicht das Gefühl hatte *„Das ist jetzt komplett in die Hose gegangen.“, würde ich das durchaus versuchen. Ich stelle oft fest, dass man sich erst aufeinander einspielen muss.“* (Transkript 1, Z. 355 – 402). Gespräche nach der Begegnung finden mit der Heimleitung oder Betreuern statt. Hier gibt sie weiter, wie es gelaufen ist und sie fragt auch nach, wie sich der Kunde danach äußert, ob er anders ist, ob er weniger übergriffig ist. Sie gibt wichtige Informationen weiter, welche das Pflegepersonal für die Dokumentation wissen muss. Hierzu nannte sie beispielhaft einen Herrn, der beim Masturbieren seine Vorhaut stark zurückzog und anfang zu bluten und einen älteren Herren, der auf SM steht und es hier zu gewollten blauen Flecken kam (Transkript 1, Z. 445 – 469).

#### Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz:

Geöffnet hat sie sich Menschen mit Demenz, weil sie kein Problem mit älteren Menschen hat und es für sie und ihre Arbeit keinen Unterschied macht, *„was sie haben“*. Mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die sich nicht mehr äußern können, hat sie noch nicht gearbeitet. Sie würde es aber nicht ausschließen, da sie auch mit gehandicapten Personen arbeitet, die sich nicht mehr äußern können (Transkript 1, Z. 481 – 598). Sie sagt *„Ich habe bei der Diakonie mal so einen Kursus zum Thema Demenz gemacht, um für mich besser mit dementen Menschen klar kommen zu können...“* (Transkript 1, Z. 406 – 408). Es ist ihr aufgefallen, dass Menschen mit Demenz unterschiedlich reagieren. Auf Nachfrage bejahte sie, dass es von der Art der Erkrankung abhängt und nannte ihrerseits, dass es auch davon abhängt, wie weit die Demenzerkrankung ist. Sie nannte beispielhaft Reaktionen Demenzerkrankter zu ihrer Dienstleistung wie: *„Du hast durchaus auch dieses aggressive. Du hast ablehnendes Verhalten. So mit „Nee, das will ich jetzt nicht.“. Du hast irgendwie „Ja, ja ist schön.“ und „Machen wir das jetzt nochmal?“, also da ist schon alles dabei.“* (Transkript 1, Z. 639 – 648). Sie sagt, dass sie noch nicht gesehen hat, dass Menschen mit Demenz

andere Bedürfnisse haben als andere Kunden (Transkript 1, Z. 656 – 660). Fordern Menschen mit Demenz mehr als sie in ihrem Dienstleistungsspektrum anbietet, versucht sie konsequent zu validieren. Sie sagt, dass wenn sie jemanden hätte, wo sie nicht weiterkommen würde, weil mehr gefordert ist, als sie anbietet, dann müsste sie aufhören und könnte nicht weitermachen, weil „...das würde denjenigen ja komplett verwirren, weil er das einfach gar nicht mehr versteht mit seiner Erkrankung und mich würde das auch zu sehr stressen. Warum sollte ich das dann tun? Das passt einfach nicht zusammen.“ (Transkript 1, Z. 662 – 675). Sie sieht keine besonderen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz. Es würde keinen Unterschied zu anderen Handicap's geben, da jedes Handicap seine eigenen Schwierigkeiten hat (Transkript 1, Z. 677 – 686). Sie sagt, dass es einen Unterschied gibt „...zwischen gehandicapten Menschen, die von Geburt an behindert sind, zu Menschen, die erst behindert wurden, sozusagen, Schlaganfall, Gehirnblutung, was auch immer. Bei denen, die, sozusagen, nie normale Sexualität erfahren haben, die wissen gar nicht wie das geht.“ (Transkript 1, Z. 806 – 809). Das Bedürfnis nach Sexualität wird von ihr nicht überprüft. Sie geht davon, dass die Pflegeeinrichtung das automatisch macht und ein Auge darauf hat, weil sie sonst nicht angefordert werden würde (Transkript 1, Z. 688 – 699). Während der Stunde bietet sie meistens etwas an und schaut dann wie der Kunde hierauf reagiert. Es gibt Demenzkranke, die sehr klar äußern, was sie möchten und dann gibt es welche, die gar nichts damit anfangen können (Transkript 1, Z. 802 – 805). Sie gibt nichts vor, sie schaut, was derjenige ihr gibt. Bei klaren Anweisungen macht sie diese und ändert es auch wieder ab, wenn es gewünscht wird „...da bin ich ja Dienstleisterin und wenn nichts gewünscht ist, fange ich einfach mal an.“ (Transkript 1, Z. 824 – 827). Die Frage nach ihrer Ansicht bezüglich der Möglichkeiten der Sexualassistenz speziell für Menschen mit Demenz konnte sie der Autorin nicht beantworten. Sie sagt, dass im Gegensatz zu dem, was alle immer denken „Das brauchen die nicht mehr. Und die sind so alt.“ denkt sie, dass es genau umgekehrt ist. Je älter, gehandicapter, einsamer ein Mensch wird, werden Berührung und Kontakt immer wichtiger. Es geht bei der Sexualassistenz nicht immer um eine Handentspannung zum Schluss, sondern oft „nur“ um Berührung. Sie sagt, dass es auch die Sexualität sein kann, aber es fehlt die Berührung, welche im Pflegealltag untergeht (Transkript 1, Z. 523 – 575). Ihre persönliche Grenze liegt bei dem, was sie nicht anbietet oder nicht machen würde (Transkript 1, Z. 581). Auf Nachfrage, sagt sie, dass die größte Grenze alle Personen darstellen, die über den Kunden zu befinden haben bis dieser an seine Sexualität kommen darf. Zu dem Personenkreis nannte sie z.B. Einrichtungen, Betreuer, Familie „...Und wenn nur einer quer schießt von denen, dann findet das einfach nicht statt.“ Sie nannte hierzu mehrere Beispiele, wo der Betreuer dagegen war oder eine katholische Einrichtung verneinte oder die Familie nein sagte. Es ist auch schon an den

Finanzen gescheitert. Sie sagt, dass sie auch auf unglaubliche Grenzen gestoßen ist „...wegen der Doppelmoral und wegen der Stigmatisierung und (kurze Pause) und es wahnsinnig schwierig ist jemanden zu seinem Glück zu verhelfen, weil einfach so viele Menschen involviert sind und man muss sich mal klar machen, wir reden über unglaublich viele Tabus auf einem Haufen. Alte Menschen und Sexualität. Oder überhaupt alte Menschen. Alte Menschen und Sexualität. Alte Menschen und gekaufte Sexualität. Gekaufte Sexualität. Und das wohlmöglich noch in Einrichtungen.“ (Transkript 1, Z. 596 – 627).

#### Einvernehmen:

Auf die Frage, wie sie als Expertin die Einvernehmlichkeit zwischen Menschen mit Demenz und Sexualassistenten nach Definition des Einvernehmens<sup>6</sup> aus dem „Duden“ beurteilen würde, antwortete sie, dass wenn sie dauerhaft Widerstand spüren würde, verbal oder non-verbal, dann würde sie es nochmal hinterfragen wollen, ob die Sexualassistenten wirklich gewünscht ist. Sie sei jedoch nicht diejenige, die das erstmal zu hinterfragen hat. Sie sagt, dass sie eine Dienstleistung anbietet und diese angefordert wurde. Zwar nicht von dem Demenzkranken, sondern von jemand anderen, z.B. der Heimleitung oder „dem zuständigen Menschen“, und dort würde sie sich dann nochmal rückversichern. Sie hatte noch keinen Demenzkranken, wo das passiert ist. Sie nannte aber als Beispiel jemanden mit einer Epilepsie, der nicht kommuniziert hat und sie dann danach nochmal zur Heimleitung gegangen ist und nachgefragt hat, ob es wirklich gewünscht wird. Auf die Nachfrage wie einvernehmlich Sexualassistenten bei Menschen mit Demenz sei, die nicht mehr sprechen können, wies sie die Verantwortung, ob das gewünscht ist oder nicht, von sich. Ihre Verantwortung sei die Dienstleistung auszuführen. Als ihre Verantwortung sieht sie es, hinterher zu kommunizieren oder zur Not während dessen (Transkript 1, Z. 727 – 793).

#### Rechtliche Aspekte:

Sie wüsste keine rechtlichen Grundlagen, welche sie als Sexualassistentin berücksichtigen muss. Bezüglich der Frage, ob es bei Menschen mit Demenz rechtlich etwas gibt, worauf sie achten muss, verneinte sie (Transkript 1, Z. 851 – 859). Es werden keine Verträge geschlossen, sondern Rechnungen geschrieben (Transkript 1, Z. 872 – 878). Zur Schweigepflicht sagte sie, dass sie nur für das Personal relevante Informationen weitergibt. Ansonsten ginge es sie nichts an, ob nur gekuschelt wurde, ob sie eine Handentspannung macht oder etwas in den Analbereich einführt (Transkript 1, Z. 885 – 890).

---

<sup>6</sup> Im Duden wird Einvernehmen wie folgt definiert: „Einigkeit, Übereinstimmung, die auf gegenseitigem Verstehen, auf Verständnisbereitschaft beruht“ (Duden, 2017, o.S.).

### Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden:

Ob ihre Arbeit eine Unterstützung ist, weiß sie nicht, aber sie sagt, dass es definitiv eine Entlastung für das Personal und auch für den Kunden sei (Transkript 1, Z. 897 – 903). Sie hat dies auch schon vom Personal zurückgemeldet bekommen (Transkript 1, Z. 920 – 928). Mehrfach wurde ihr mitgeteilt, dass, wenn sexuelle Übergriffe stattgefunden haben, diese nach ihrem Besuch abgenommen haben (Transkript 1, Z. 905 – 913). Wie hoch die Entlastung ist, welche sie abnimmt, kann sie nicht beurteilen, da sie nicht weiß, wie hoch die Belastung im Pflegealltag ist (Transkript 1, Z. 930 – 934). Für ihre Arbeit wird ihr von den Kunden gedankt, manchmal bekommt sie ein kleines Geschenk. Sie sagt, dass sie in Einrichtungen, die sie anrufen und „*wo alles schön ist*“, auch eine Dankbarkeit bekommt (Transkript 1, Z. 947 – 952).

### Zukunft Aspekte:

Sie glaubt, dass es alles noch ein bisschen dauert, weil die Akzeptanz noch gar nicht da ist und sich die Gesellschaft ihrer Meinung nach gerade wieder zurückbewegt (Transkript 1, Z. 970 – 974). Sie sieht keinen besonderen Bedarf für Menschen mit Demenz, weil jeder das Recht auf Berührung hat, egal ob jemand alt, behindert oder einfach nur Mensch ist (Transkript 1, Z. 982 – 983). Sie wünscht sich die Arbeit als Sexualassistentin so lange wie möglich durchführen zu können. Sie sieht kein Alter, zu dem es nicht mehr ginge und solange ihre Kunden sie möchten und es für sie körperlich geht, sieht sie keinen Grund aufzuhören (Transkript 1, Z. 988 – 991).

### Ergänzungen seitens der Interviewpartnerin zum Schluss:

Sie findet es sehr traurig, dass „*wir*“ diese Stigmatisierung und Diskriminierung noch haben und dass es so unglaublich Tabu-behaftet ist. Sie sagt, dass wenn es funktioniert, sind alle glücklich und es tut jedem gut. Ihr tut es gut, weil sie etwas Gutes tun kann und weil sie damit Geld verdient. Dem Bewohner tut es gut, weil er jemanden hat, der ihn berührt. Die Pflegeeinrichtung wird entlastet. Sie empfindet es als schade, „*...dass Leute immer noch querschießen und es dann eben nicht dazu kommt, dass derjenige, für den es eigentlich ist, dass der überhaupt in den Genuss kommen darf, weil so viele Menschen über ihn zu bestimmen haben.*“ (Transkript 1, Z. 1001 – 1014).

## **6.2 Interview 2**

### Kontaktaufnahme:

Die Befragte gab an, dass sie drei Zielgruppen hat, welche sie auf unterschiedliche Art und Weise erreichen. Die Zielgruppen sind zum einen der Endkunde, der die Sexualassistenz

direkt in Anspruch nimmt und zu Hause besucht wird. Es sind die Einrichtungsleitungen stationärer Institutionen und gesetzliche Betreuer und erwachsene Kinder (Transkript 2, Z. 17 – 22). Den Grund der Buchung hinterfragt sie grundsätzlich nicht. Sie sagt, dass wenn sie der Endkunde kontaktiert, per Telefon oder per Email, dieser dann meistens seinen Wunsch klar äußert und sie dann nicht ins Detail geht (Transkript 2, Z. 30 – 32). Bei nicht geschäftsfähigen Bewohnern wie z.B. Menschen mit Demenz oder Autisten fragt sie, ob es bestimmte Sachen zu beachten gibt, wie z.B. Inkontinenz. Sie sagte, dass ihr das meistens schon erzählt wird, so dass sie nicht nachfragen muss (Transkript 2, Z. 33 – 38). Auf die Frage, ob Heimleitungen sie kontaktieren, weil sexuelle Übergriffe stattgefunden haben oder sich der Betroffene bedürftig äußert, antwortete sie: *„Ich bin da sehr, sehr vorsichtig mit dem Begriff, weil nach meiner Erfahrung liegt es auch immer ein Stück weit an der eigenen sexuellen Sozialisation.“* (Transkript 2, Z. 46 – 48). Sie sagt, dass nicht jede Pflegekraft ein herausforderndes Verhalten als einen sexuellen Übergriff empfindet. Häufig rufen sie die Einrichtungen jedoch mit dem Vorsatz *„Wir haben hier ein Problem.“* an. Sie findet das sehr schade und sagt, es sollte sich gefragt werden *„...ist es jetzt ein Problem oder ist es das aufmerksam machen auf ein natürliches Bedürfnis?“*. Und *„Wer setzt hier welche Zeichen?“*. Also gerade bei Menschen mit Demenz/ (kurze Pause) *wie soll ich sagen, da gibt es immer zwei Sichten und mindesten zwei Sichten auf das, was passiert ist.“* (Transkript 2, Z. 49 – 56).

#### Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen:

Die Befragte sagt, sie ist die klassische Inhaberin einer Vermittlungsagentur. Sie übernimmt das ganze Organisatorische (Transkript 2, Z. 115 – 116). Sie hat viele Jahre in der Unternehmensberatung als Qualitätsmanagerin mit Pflegekräften an der Basis gearbeitet. Sie sagt, da viele Institutionen nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel<sup>7</sup> pflegen, ist es unausweichlich auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens, sich als Mann oder Frau fühlen, zu sprechen zu kommen. Diesbezüglich merkte sie schnell, dass ein großer Beratungsbedarf und eine große Unsicherheit vorhanden sind, wenn es um das wertfreie Beschreiben von Situationen gehe. Sie sagte, dass das Thema wieder unterging und ihr dann wieder auf die Füße fiel, als sie bei ihren Kunden nachfragte *„Was fehlt euch? Wo fühlt ihr euch nicht unterstützt?“* und dann ploppte das wieder auf und dann habe ich mir überlegt *„Das ist ja gut und schön auf der einen Seite dem Pflegepersonal so Coaching-, Training- und Beratungssachen anzubieten zum Thema Abgrenzung. Also, wir haben dann ja auch auf der anderen Seite kein Lösungsangebot für den Bewohner.“* Also, das ist

---

<sup>7</sup> Anmerkung der Autorin: Das Pflegemodell nach Krohwinkel hat zum Ziel die Unabhängigkeit und das Wohlbefinden eines Menschen zu erhalten bzw. zu entwickeln (Haus zum Fels eV, o.J.).

ja die eine Seite, wenn die Profession, also die professionelle Pflege, sagt „Nein, ich nicht.“, dann ist ja die darauffolgende Frage „Wer denn dann?“ oder „Was gibt es für Möglichkeiten?“. Und das beeinträchtigt. Das beinhaltet jetzt nicht nur die Sexualassistenz, sondern natürlich auch „Ist es möglich meine Sexualität selbstbestimmt in einer Pflegeeinrichtung zu leben?“. Sie sagt, hier stellt sich auch die Frage, ob es den Bewohnern möglich ist, Beziehungen in der Einrichtung weiterhin zu führen. Aus ihrer Erfahrung sei das nicht so deutlich mit ja zu beantworten (Transkript 2, Z. 66 – 89). Zu Anfang hatte sie überlegt, selber als Sexualassistentin zu arbeiten, hat sich jedoch bewusst dagegen entschieden. Sie sagt, dies habe sich als richtige Entscheidung herausgestellt, denn es fällt den Pflegenden leichter mit ihr zu sprechen, als mit den SexualassistentInnen und die SexualassistentInnen „...können aber auch nicht so gut mit den Pflegenden reden.“. So bestehen in der Kommunikation mit ihr weniger Hürden, da große Sorgen vorhanden sind wie z.B. „Was sind das für Menschen?“ oder „Wie sehen die vorher und nachher aus?“ (Transkript 2, Z. 98 – 110). Sie sagt, sie steht für die Sexualassistenten und Pflegekraft als Ansprechpartnerin zur Verfügung und kann hier vermittelnd tätig werden, auch wenn etwas nicht so gut läuft wie z.B. wenn das Pflegepersonal sich nicht sehr wertschätzend gegenüber den Sexualassistenten verhält (Transkript 2, Z. 121 – 126). Sie gibt an, dass jedes Treffen individuell ist. Es wurde jedoch ein standardisierter Ablauf der Besuche entwickelt, um zu versuchen Sicherheit zu vermitteln (Transkript 2, Z. 118 – 120). Die Sexualassistenten, die für die Befragte arbeiten, sind alle selbstständig (Transkript 2, Z. 136 – 138). Sie führen die Tätigkeit der Sexualassistenz alle als Nebentätigkeit zu ihrem Hauptberuf aus (Transkript 2, Z. 142 – 143). Die Beweggründe, warum SexualassistentInnen Sexualassistenz ausführen möchten, werden hinterfragt. Dies wird von einer Kooperationspartnerin, die die Einstiegsberatung und auch die Supervision macht ermittelt. Die SexualassistentInnen kommen alle aus dem sozialen Kontext, z.B. Sozialpädagogen oder Alltagsbetreuer, und „...sind einfach bereit, auch einen Schritt weiter zu gehen, unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen.“. Sie sagt, die eigenen Grenzen zu kennen sei das Allerwichtigste, weil es dann nur eine gesunde Arbeit ist. Dies prüft die Kooperationspartnerin bei allen SexualassistentInnen „... auf Herz und Nieren.“ (Transkript 2, Z. 148 – 162). Sie bejahte, dass Sexualassistenz kein Ausbildungsberuf ist und kein geschützter Name. Sie nannte Institutionen, die eine Ausbildung anbieten. Sie sagt, dass sie diese weitest gehend adaptiert und für die Agentur „zurechtgebogen“ haben (Transkript 2, Z. 167 – 172). Sie transferiert das Konzept der Sexualassistenz, welches den Ursprung in der Behindertenpflege hat, in den Seniorenbereich und hier sagt sie, ist eine andere Bedürfnislage vorzufinden (Transkript 2, Z. 185 – 188). Senioren haben ein Sexualeben erlebt und können auch klar sagen, was sie wollen (Transkript 2, Z. 189 – 196). Zu den Dienstleistungen gehören kein Geschlechts- und Oralverkehr. Dies war eine Vernunftsentscheidung der Befragten, da sie nicht so viel mit dem Gesundheitsamt zu tun haben

wollte (Transkript 2, Z. 201 – 206). Es gibt viele Stammkunden (Transkript 2, Z. 210). Sie sagt, in der Regel wird Kuscheln gewünscht und wichtig sei auch nackt beieinanderliegen (Transkript 2, Z. 215 – 217). Die Dienstleistung kostet 150 Euro pro Stunde. Die SexualassistentInnen bekommen pro vermittelten Termin eine Provision. Preise für längere Termine werden individuell vereinbart. Eine Vermittlungsgebühr fällt nur einmalig an. Sie gibt an, eine Fahrtkostenpauschale wird äußerst ungern erhoben. Dieses lässt sich manchmal aber nicht vermeiden, wenn die Kunden weit draußen wohnen (Transkript 2, Z. 220 – 234). Die Befragte würde sich nicht wünschen, dass Sexualassistenten von den Krankenkassen bezahlt werden würde, da sie nichts davon hält, wenn Sexualität pathologisiert wird (Transkript 2, Z. 241 – 242). Sie sagt, was sie für gut und richtig halten würde, wäre ein Budget, z.B. im stationären Bereich, über welches die Einrichtung verfügen kann. Eine Art Betreuungsleistung (Transkript 2, Z. 248 – 252). Sie gibt an, dass die Kunden der Agentur überwiegend männlich sind, die weiblichen Kunden sind alle dement. Sie geht davon aus, dass sich das noch ändern wird, wenn Frauen mit einer anderen Sozialisation in die Heime kommen. Sie sagt, jetzt sind es noch überwiegend kriegstraumatisierte Frauen, die es auch in der Ehe „nicht so gut hatten“ und z.B. damit abgeschlossen haben (Transkript 2, Z. 260 – 269). Die Kunden werden überwiegend ambulant getroffen. Sie sagt, dass dies ein großer Hinweis darauf ist, dass die meisten stationär aufgenommenen Bewohner sich nicht trauen. Die Befragte sagt, hier „...kämpft man also wirklich massiv mit dem Thema Scham“ und dass es auch nicht einfach ist, in einer Einrichtung anonym Besuch zu bekommen. Sie nannte Beispiele wie die Mitbewohner gucken „*Wer ist denn da?*“ und die Sexualassistenten muss halbwegs versteckt werden oder sich als eine andere Person ausgeben“ (Transkript 2, Z. 271 – 286). Sie sagt, werden Bewohner nicht ambulant angetroffen, sehen die räumlichen Bedingungen sehr unterschiedlich aus. Die SexualassistentInnen schließen sich für den Besuch ein, um Störungen auszuschließen. Dies kommuniziert sie vorab mit der Einrichtung (Transkript 2, Z. 291 – 299). Vorgespräche, Nachgespräche und Rückmeldungen laufen alle über die Befragte (Transkript 2, Z. 331 – 334). Im Vorwege läuft alles über die Befragte, da die SexualassistentInnen anonymisiert bleiben. Von der Befragten bekommen die SexualassistentInnen den Namen des Kunden, die Adresse und den Namen einer Kontaktperson im Heim (Transkript 2, Z. 321 – 329). Es werden keine Wachkomapatienten besucht, da hier die Einwilligungsfähigkeit nicht überprüft werden kann. Sie sagt, dass wenn jemand nicht sprechen kann, können sie aufgrund ihrer Professionalität, wie die Pflege es auch macht, auf verbale und nonverbale Kommunikation zurückgreifen. „*Jeder versteht ein Nein über Körpersprache und über Abwehrhaltung. Und natürlich wird niemand von uns jetzt zu irgendetwas gezwungen. Das gilt natürlich auch im umgekehrten Fall. Das kann jeder Zeit abgebrochen werden.*“ (Transkript 2, Z. 351 – 362). Sie sagt, die Regelmäßigkeit der Besuche beläuft sich aufgrund der finanziellen Situation meist auf einmal im Monat

(Transkript 2, Z. 380 – 381). Kundenanfragen werden nicht abgelehnt, es sei denn die Kunden sind regional nicht erreichbar oder wenn sich herausstellt, dass der Kunde noch mobil ist. Ansonsten „...probieren (wir) es eigentlich immer erstmal aus.“ (Transkript 2, Z. 398 – 405).

### Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz:

Es hat keinen bestimmten Grund, warum die Agentur sich auch für Menschen mit Demenz geöffnet hat. Die Befragte sagt, dass sie um die einfach nicht herumkommen, da 65 Prozent dieser Zielgruppe in Pflegeeinrichtungen vorzufinden ist (Transkript 2, Z. 465 – 477). Bei Menschen mit Demenz, wo beobachtet werden soll, ob die Sexualassistenz effektiv ist, ist sie mit den Pflegekräften im Gespräch, da hier das Trial und Error-Prinzip verwendet wird. Sie sagt, es kann funktionieren, muss aber nicht. Es wird hier ganz genau geguckt wie die Person sich nach dem Besuch verhält und ob die Sexualassistenz nochmal wiederkommen soll. Dies wird besprochen und dann gemeinsam entschieden (Transkript 2, Z. 338 – 346). Sie gibt an, dass bei demenzerkrankten Personen auf eine Ethikkommission zurückgegriffen wird, denn es bedarf dem Einverständnis aller anderen Pflegebeteiligten zur Sexualassistenz. Sie sagt vorsichtig, dass diese je nach Einrichtung aus den Angehörigen, der verantwortlichen Pflegekraft und der Pflegedienstleitung besteht. Es wird gemeinsam besprochen, ob es etwas für den Menschen wäre oder nicht (Transkript 2, Z. 419 – 430). Sie würden auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz aufnehmen, wenn alle Einverständnisse vorliegen (Transkript 2, Z. 436 – 440). Sie sagt, dass immer geguckt werden muss, wer die größte Not hat. Sie äußert, oft ist „...es halt, in Anführungsstrichen, nur das Pflegepersonal. Und dann wird natürlich schon erstmal geguckt, weil Sexualassistenz ist ja nicht die Lösung und das Maß aller Dinge. Da gucken wir natürlich schon „Was, welche Möglichkeiten haben wir noch? Können wir dem Zeitschriften anbieten? Filme? Können wir da vielleicht mit Sexspielzeug?““ (Transkript 2, Z. 444 – 449). Die Befragte sagt, dass die Krux sei, dass nicht darüber gesprochen wird. Diesbezüglich hat sie ein zweites Geschäftsfeld eröffnet, um den Pflegenden mehr Unterstützung im Gesprächsbereich zu geben (Transkript 2, Z. 451 – 457). Sie sagt, dass die Pflegenden „sprechblockiert“ sind und Angst haben und sie versuchen das möglichst schnell „outzusourcen“ (Transkript 2, Z. 460 – 463). Als Möglichkeit der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz sieht sie die Entspannung (Transkript 2, Z. 499 – 500). Sie sagt, dass die Grenzen immer bei den SexualassistentInnen selbst liegen. Für die Agentur liegt die Grenze beim Austausch von Körperflüssigkeiten (Transkript 2, Z. 541 – 544). Auf Nachfrage, ob es auch finanzielle Grenzen gäbe, sagt sie, dass sie hier auch an ihre Grenzen stoßen, da viele alte Menschen kein Geld haben (Transkript 2, Z. 556 – 557). Die SexualassistentInnen haben sich speziell für den Umgang mit



Menschen mit Demenz fortgebildet, da die Kooperationspartnerin, so die Befragte, sich auf dem Gebiet auch sehr gut auskennt. Sie sagt, dass sie oft feststellen, dass am Ende des Tages eine „gehörige Portion“ Empathie benötigt wird, um in den Kontakt zu kommen. Die Befragte sagt, dass das am Allerwichtigsten ist und dann nützt das Fachwissen auch nicht (Transkript 2, Z. 569 – 575). Die SexualassistentInnen haben noch nicht geäußert, dass Menschen mit Demenz andere Bedürfnisse haben als andere Kunden (Transkript 2, Z. 577 – 580). Wenn Menschen mit Demenz mehr einfordern als gewünscht, dann weisen die SexualassistentInnen auf eine empathische Weise nonverbal zurück (Transkript 2, Z. 605 – 606). Ebenfalls äußert sie, dass die SexualassistentInnen auch noch keine Schwierigkeiten bezüglich der Arbeit bei Menschen mit Demenz als zu anderen Kunden zurückgemeldet haben (Transkript 2, Z. 616 – 620). Sie sagt, dass die dementen Kunden der Agentur auch überwiegend männlich sind (Transkript 2, Z. 631 – 632). Sie merkt an, dass der aktuelle Wunsch und das aktuelle Bedürfnis nach Sexualität insofern überprüft wird, dass zu Beginn des Termins gefragt wird „Was wünschst du dir heute?“ und durch die Terminierung von Termin zu Termin (Transkript 2, Z. 638 – 640).

#### Einvernehmen:

Zur Definition des Einvernehmens aus dem „Duden“ und der Aussage der Interviewerin, dass dieses bei Menschen mit Demenz oft nicht anzutreffen ist, mit der Frage wie sie es als Expertin bezüglich der Sexualassistenz beurteilt, sagt sie, dass sie die Aussage als „Quatsch“ empfindet. Sie sagt, dass was Menschen mit Demenz von nicht Erkrankten unterscheidet ist, dass sie nicht zeitlich und örtlich orientiert sind und eine Einvernehmlichkeit sei situativ. Die Sexualassistenten erkennen dies verbal oder nonverbal, unabhängig von der Erkrankung (Transkript 2, Z. 658 – 668). Die Befragte sagt, dass eine Geschäftsbeziehung besteht und dass hier kein persönliches Interesse vorhanden ist, irgendjemanden zu kompromittieren oder in die Enge zu treiben (Transkript 2, Z. 679 – 681). Sie erwähnt: „...es hat auch schon Termine gegeben, wo nur der Arm gestreichelt wurde und wo intime Gespräche geführt wurden und wo sich mitgeteilt wurde und wo einfach auch diese Zeit, dieses Miteinander, diese Zweisamkeit so genossen wurde. Da ging das gar nicht so in diese erotische Schiene rein.“ (Transkript 2, Z. 682 – 685). Auf die Frage, ob die Sexualassistenten in Bezug auf Menschen mit Demenz während der Stunde gemeinsam oder situativ entscheiden was stattfindet, sagt die Befragte, dass es immer situativ entschieden wird und wenn es für die Sexualassistenten passt, auf Kundenwunsch, da dieser die Dienstleistung einkauft (Transkript 2, Z. 695 – 697).

### Rechtliche Aspekte:

Als Vermittlerin der Sexualassistenten muss sie sich schützen, dass sie nicht der Zuhälterei bezichtigt wird. Dies geschieht durch die Zustimmung der AGB's der Sexualassistenten (Transkript 2, Z. 705 – 708). Sie sagt, dass keine Sexualassistenz bei Minderjährigen stattfindet und keinerlei Unzucht mit Abhängigen, das heißt, z.B., wenn eine Sexualassistentin als Pflegeperson irgendwo tätig ist, dann darf sie grundsätzlich nicht in der Einrichtung arbeiten (Transkript 2, Z. 710 – 713). Seit dem 01.07.2017 greift für die Sexualassistenten das Prostitutionsschutzgesetz und sie müssen sich beim Ordnungsamt als Prostituierte melden (Transkript 2, Z. 722 – 724). Zudem müssen sie sich alle drei Monate einer Gesundheitsbelehrung unterziehen. Die Befragte äußerte, dass die Entscheidung vom Bund den Markt verändern wird. Es werde noch eine größere Dunkelziffer entstehen (Transkript 2, Z. 734 – 742). Es gibt keine Verträge. Die SexualassistentInnen sind im weiten Sinne Honorarkräfte. Sie befolgen ein Regelwerk und müssen die AGB's unterzeichnen (Transkript 2, Z. 756 – 764). Die Befragte hat sich zur Verschwiegenheit der Daten der SexualassistentInnen verpflichtet (Transkript 2, Z. 776 – 778). Die SexualassistentInnen geben der Heimleitung keine Auskunft über die Stunde (Transkript 2, Z. 788 – 791). Bei Menschen mit Demenz kommuniziert sie als Vermittlerin im Nachhinein mit den SexualassistentInnen und dann gegebenenfalls mit der Einrichtung (Transkript 2, Z. 793 – 805).

### Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden:

Die Befragte sieht die Arbeit der SexualassistentInnen sowohl als Unterstützung als auch als Entlastung. Sie sagt, dass es im pflegerischen, also im Seniorenbereich, sehr unterstützend sei und im Behindertenbereich sehr entlastend (Transkript 2, Z. 810 – 812). Die SexualassistentInnen nehmen durch Validation das Nonverbale oder auch Gesprochene wahr, dass die Entspannung stattfindet (Transkript 2, Z. 829 – 834). Sie sagt, dass was alle SexualassistentInnen, die für die Agentur arbeiten, sagen ist: *„Der Kunde genießt es so diese Zweisamkeit, weil da ja eben niemand wegrennt und niemand nur so durchrauscht durch den Raum, sondern einfach bleibt.“* (Transkript 2, Z. 837 – 839). Die Befragte sagt, dass die Entlastung der Pflegekräfte durch die Dienstleistung der Sexualassistenz auch davon mit abhängt, wie diese das annehmen und wie professionell diese damit umgehen (Transkript 2, Z. 848 – 849). Sie sagt, dass *„...wenn die dem Thema Sexualassistenz nicht offen begegnen, dann empfinden die das auch nicht als Entlastung. Dann ist das für die irgendwie Stress.“* (Transkript 2, Z. 850 – 852). Begegnet eine Pflegekraft dem Thema offen, dann melden sie das auch genau so zurück, Beispiel: *„Ich find' das eine super Unterstützung.“* (Transkript 2, Z. 855 – 857). Sie bekommt regelmäßig Feedback diesbezüglich.

Das ist auch ihr Anliegen. Bekommt sie keines, fragt sie bei der Heimleitung oder geschäftsfähigen Kunden nach (Transkript 2, Z. 860 – 864). Sie sagt, dass den SexualassistentInnen von den Kunden gedankt wird (Transkript 2, Z. 880 – 883).

#### Zukunft der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz:

Die Befragte sagt, dass sie für die Zukunft ganz positiv ist, da die 68iger Generation die Heime bezieht. Sie glaubt, „...*da haben wir gar nichts zu befürchten.*“ und sie denkt „...*diese Generation wird ihre Bedürfnisse ganz klar kundtun, weil sie es nicht anders gewohnt sind.*“ (Transkript 2, Z. 906 – 909). Für die Zukunft der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz sieht sie nicht nur bei der Sexualassistenz einen besonderen Bedarf, sondern sie sieht hier den größten Bedarf an „*Wie können wir weitestgehend trotz dieser Erkrankung Selbstbestimmung sicherstellen?*“ (Transkript 2, Z. 921 – 923). Für die Agentur wünscht sie sich, dass sie wächst und dass darüber gesprochen wird, dass sie „*gut zu tun*“ hat und dass es funktioniert (Transkript 2, Z. 933 – 939).

#### Ergänzungen seitens der Interviewpartnerin zum Schluss:

Sie glaubt, dass wir Probleme nur lösen können, wenn wir darüber reden. Sie sagt: „*Ich sehe, da ist so viel Kopfkino immer bei den Leuten. Das ist ja unglaublich. Also, die denken ja auch alle, die kommen immer in Highheels und Netzstrümpfen an und so ein Quatsch.*“. Sie benennt diese als verquere Fantasien, gerade bei den Pflegekräften. Sie äußert zudem: „...*das glaube ich, können wir nur irgendwie vom Tisch kriegen, wenn man es mal offen anspricht.*“ (Transkript 2, Z. 955 – 961).

### **6.3 Interview 3**

#### Kontaktaufnahme:

Die Befragte gibt an, dass sie bekannt ist und man sie findet (Transkript 3, Z. 9). Sie hat eine Website (Transkript 3, Z. 14 – 15). Wenn sie nachfragt, wie sie gefunden wurde, dann ist es vom Hörensagen oder weil sie auf einem Vortrag gehört wurde oder sie schon einmal in einer anderen Gruppe tätig war (Transkript 3, Z. 30 – 33). Wenn es um Menschen mit Demenz geht, wird sie eher von Pflegedienstleitungen kontaktiert (Transkript 3, Z. 47). Manchmal wird sie auch von Angehörigen kontaktiert (Transkript 3, Z. 62 – 63). Bei Angehörigen sind es meistens die Kinder, nicht die Ehefrau (Transkript 3, Z. 67 – 68). Sie sagt, dass es für sie einfacher ist, mit den Professionellen zu arbeiten, da die nicht emotional involviert sind (Transkript 3, Z. 73 – 74). Sie hinterfragt den Grund der Buchung (Transkript 3, Z. 77 – 81). Auf die Frage, was das für Gründe sein könnten, sagt sie, dass sie glaubt, dass sie nicht angerufen wird, wenn es keine Probleme bei Menschen mit Demenz gibt. Bei

Menschen mit Behinderung, so die Befragte, kann es manchmal sein, dass gesagt wird „*Der ist immer so angespannt und es wäre einfach schön und das Geld ist da.*“ (Transkript 3, Z. 85 – 89). Meistens geht es um einen Mann, der die Schwestern berührt (Transkript 3, Z. 68 – 69).

#### Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen:

Sie sagt, dass sie im Jahr 94 angefangen hat für Menschen ohne sichtbare Behinderung erotische Massagen anzubieten (Transkript 3, 226 – 227). Darauf meldeten sich auch Menschen mit Körperbehinderung. Sie sagt, dass sie dann in ihre Anzeige geschrieben hat „*Auch für Menschen mit Behinderung*“ (Transkript 3, Z. 239 – 241). Sie beschreibt einen Schneeballeffekt von Ereignissen, welche dazu beigetragen haben, dass sie immer bekannter wurde und es ihr hierbei möglich war, den Begriff der Sexualassistenz/ Sexualbegleitung mit zu definieren (Transkript 3, Z. 249 – 281). Da sie mit Menschen mit kognitiver Behinderung, Demenz und Autismus arbeitet, sagt sie, musste sie auch darüber reden und wurde immer mehr für Workshops und Vorträge engagiert (Transkript 3, Z. 283 – 286). Sie sagt, dass Öffentlichkeitsarbeit derzeit ihre Hauptarbeit ist und sie nur noch individuell mit Menschen, die dement sind, Autismus-Spektrumsstörungen oder schwere kognitive Behinderung haben oder schwerst mehrfach behindert sind, arbeitet (Transkript 3, Z. 287 – 290). Sie bietet keinen Geschlechtsverkehr oder Oralkontakt an (Transkript 3, Z. 111). Sie sagt, dass jeder Sexualassistent für sich selber entscheiden muss, was er anbietet und was nicht (Transkript 3, Z. 312 – 313) und dass es kein Standardangebot für die Sexualassistenz gibt (Transkript 3, Z. 320). Die Befragte betont, dass Sexualassistenz nur bei Menschen angeboten werden kann, die vielleicht nicht orientiert sind oder sich nicht mehr verbal äußern können, jedoch, wenn sie klar ja oder nein signalisieren können (Transkript 3, Z. 354 – 356). Eine Einzelsitzung Sexualassistenz in ihrem Wohnort kostet 100 Euro, Haus- oder Einrichtungsbesuche bei Anreise bis zu einer Stunde kosten 120 Euro, eine Anreise über eine Stunde kostet 130 Euro (Transkript 3, Z. 392 – 393). Preise für andere Städte werden individuell vereinbart (Transkript 3, Z. 395 – 396). Sie sagt, dass ihr Angebot sich grundsätzlich an Männer und Frauen richtet. Sie erwähnt, dass sie schon mit Frauen gearbeitet hat, ihr Angebot jedoch mehr von Männern in Anspruch genommen wird (Transkript 3, Z. 459 – 464). Auf die Frage, ob sie Stammkunden hat, sagte sie, dass sie immer wiederkehrende Termine hat (Transkript 3, Z. 469). Die Regelmäßigkeit beläuft sich wie folgt: wöchentlich, alle zwei Wochen, alle drei bis vier Wochen. Sie sagt, dass manchmal auch drei Monate aufgrund von organisatorischen Gründen dazwischenliegen (Transkript 3, Z. 473 – 488). Kundenanfragen, die nicht mit ihrem Angebot übereinstimmen, lehnt sie ab. Sie sagt, dass wenn sie während einer Sitzung merkt, dass kein Kontakt mit dem Menschen zustande kommt, weil dieser z.B. übergriffig ist und auch nach mehrmaligen Auffordern aufzuhören

nicht aufhört, dann müsste neu geguckt werden (Transkript 3, Z. 554 – 569). Sie sagt, dass die Vorgespräche mit dem Pflegepersonal/ der Pflegedienstleitung nur am Telefon laufen (Transkript 3, Z. 587 – 590). Hier fragt die Befragte ab, was für Medikamente eingenommen werden, was vorher passiert ist. Sie versucht herauszuhören, ob es eventuell eine andere Möglichkeit gibt und dann wird gemeinsam der Weg gegangen (Transkript 3, Z. 592 – 596). Zudem versucht sie immer herauszufinden, wie krisenhaft die Situation schon ist, ob schon ein Streit mit den Mitarbeiterinnen angefangen hat, ob *„...die schon richtig Wut und Ekel auf die Person entwickelt“* haben (Transkript 3, Z. 144 – 146). Zudem versucht sie herauszuhören, ob es eventuell sinnvoll ist, vorab eine Fortbildung in der Einrichtung zu machen. Dies bietet sie der jeweiligen Einrichtung an, damit die Mitarbeiter sich ernst genommen fühlen und Informationen über den Sinn und Zweck der Sexualassistenz gewinnen können. Sie sagt, dass sie hier auch Fragen und Befürchtungen aussprechen können (Transkript 3, Z. 147 – 152). Die Befragte sagt, dass die größte Befürchtung der Mitarbeiterinnen ist, dass *„es schlimmer wird“*. Aus ihrer Erfahrung sei dies jedoch nicht der Fall. Sie bringt an, bekommen Mitarbeiter Antworten, entsteht eine vertraute Atmosphäre, in der sie Sexualassistenz auch unterstützen können. Sie äußert, dass sie diese Unterstützung auch für ihre Arbeit braucht, wenn es z.B. um die Lagerung des Patienten geht. Sie sagt, haben Mitarbeiter kein Verständnis und eigentlich Vorbehalte, dann äußern sie das z.B. dadurch, dass ein Handtuch fehlt oder die Küchenrolle nicht da ist oder das Inkontinenzmaterial nicht gewechselt wurde – so schlimm habe sie es aber noch nicht erlebt (Transkript 3, Z. 153 – 168). Im Nachgespräch erzählt sie nicht jedes erotische Detail. Es geht darum, wie es für sie war, ob sie Kontakt zu dem Kunden herstellen konnte und ob sie die Person sympathisch findet (Transkript 3, Z. 923 – 926). Sie redet zudem immer erst über sich, wie sie es empfunden hat. Wenn Kunden noch sprechen können, dann fragt sie nach, ob sie den Pflegekräften Informationen weitergeben darf. Hierzu nennt sie beispielsweise einen Mann, der Schmerzen an seinem Penis hatte. Sie hinterfragte die Art des Schmerzes und bat ihn um sein Einverständnis, dem Pflegepersonal davon zu erzählen, damit diese einen Arzt hinzuziehen können (Transkript 3, Z. 953 – 969). Auf die Frage wie das Arbeitsumfeld in Pflegeeinrichtungen aussieht, ob die Tür abgeschlossen wird, ob es danach einen Kaffee gibt, wie sie mit dem Personal umgeht, sagt sie: *„Die sind meistens unter Druck, unter Zeitdruck, da ist nichts mit wir setzen uns nochmal hin und reden nochmal und trinken noch einen Kaffee und so. Das ist nicht.“* (Transkript 3, Z. 497 – 503). Sie sagt, dass es für die Tür keinen Schlüssel gibt, *„...weil die dürfen ja nicht sich selber einsperren.“*. Manchmal bringt sie ein Schild *„Bitte nicht stören“* mit, manchmal hat die Einrichtung auch ein *„Besetzt“* *„Ding“* oder sie stellt ihre Tasche vor die Tür, damit *„die“* wissen, dass sie da ist (Transkript 3, 505 – 516). Sie sagt, dass *„die“* auch manchmal reinkommen, weil sie vergessen haben, dass sie da ist und dann, so die Befragte, schreit sie immer ganz laut. Dann erschrecken

„die“ sich und rennen wieder raus. „Oder sie sind so abgestumpft, dass wenn jemand kommt mit „Kaffee, es gibt jetzt Kaffee.“ und dann stehen die erstmal so ein bisschen bedröhnt da und verstehen erst nach einer Weile „Ach so, da ist jetzt gerade nicht.““ (Transkript 3, Z. 505 – 516). Sie würde sich nicht wünschen, dass Sexualassistenz von der Krankenkasse bezahlt wird (Transkript 3, Z. 401). Sie sagt, dass es ein Budget geben sollte z.B. beim Sozialamt oder Pflegeamt für Menschen, die „in Not“ sind und „keine verbale Unterstützung umsetzen“ oder „rückkoppeln“ können und „das dringend brauchen“ (Transkript 3, Z. 420 – 435). Hier bringt sie auch an, dass ein Paragraph wie: „Sexualassistenz/ Sexualbegleitung wird in diesen und diesen Fällen ermöglicht. Es gibt einen finanziellen Zuschuss.“, eingeführt werden sollte. Jedoch keine Kostenübernahme der Krankenkassen, dann bekäme es einen „Therapiecharakter“ (Transkript 3, Z. 435 – 439).

#### Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz:

Sie sagt, dass sie Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen besucht (Transkript 3, Z. 492 – 495). Die Befragte gibt an, dass bei Menschen mit Demenz meistens schon eine gewisse Notsituation entstanden ist und dann möchte sie genau wissen, wie diese aussieht (Transkript 3, Z. 89 – 91). Beispiele: „Gibt es da Aggressionen? Und wenn ja, wie sehen die aus? Sind die körperlich? Sind die verbal? Wenn ja verbal: Was wird da gesagt? Ist es auf der Ebene von „Fotze“ und solche Sachen oder ist es „Ich will ficken.“? Wie sieht das Verhalten aus?“ (Transkript 3, Z. 95 – 97). Werden Medikamente oder Psychopharmaka verabreicht, bittet die Befragte um die Namen der Mittel. Durch das Internet informiert sie sich vorab über mögliche Nebenwirkungen, die die Orgasmusfähigkeit beeinträchtigen können. Sie als Frau kann nicht einschätzen, inwieweit das Gefühl „Ich komme jetzt bald“ ohne folgenden Orgasmus mehr Unruhe in dem Pflegebedürftigen auslösen könnte. (Transkript 3, Z. 131 – 143). Sie sagt, dass Menschen mit Demenz meistens „normal Sexualität“ gelebt haben und meistens „noch ein Rest von Konzepten über Sexualität“ haben. An dieser Stelle betont sie, dass es immer wichtig herauszuhören ist, ob dem Menschen auch mit Körperkontakt geholfen sein kann (Transkript 3, Z. 99 – 113). Zudem ist ihr wichtig im Vorfeld einen Eindruck zu erlangen, ob ihr Dienstleistungsangebot zu den Bedürfnissen des Kunden passt. (Transkript 3, Z. 126 – 127). Die Menschen mit Demenz, die sie kennengelernt hat, hatten meistens eine Korsakow-Demenz<sup>8</sup>. Sie äußert, diese waren eher schon vorahnend oder wissend „Das will ich jetzt.“. Dies ist meist von direkten, teilweise unangenehmen Formulierungen begleitet (Transkript 3, Z. 374 – 379). Beispiel: „Ficken, ficken?“, „Kannst

---

<sup>8</sup> Anmerkung der Autorin: Eine Korsakow-Demenz tritt meistens nach jahrelangem Alkoholmissbrauch auf.

*du ihn mal in den Mund nehmen?“ (Transkript 3, Z. 383). Die Befragte sagt, dass der Unterschied zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz oder Behinderung ist, das „wir“ unsere sexuellen Bedürfnisse unterdrücken oder sublimieren können. „Wir haben da viele Möglichkeiten und wir können es unterdrücken. Wir fangen nicht an durch die Gänge zu rennen und zu sagen „Ahahaha, ich will ficken!“, das tun wir nicht, weil wir wissen, das macht man nicht. Und das ist der Unterschied.“ (Transkript 3, Z. 735 – 743). Sie denkt nicht, dass die Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz anders sind. Sie denkt, dass die „Fähigkeit das selber zu gestalten abhandengekommen ist und dass sie da möglicherweise eine Assistenz brauchen“ (Transkript 3, Z. 751 – 753). Sie hat sich nicht speziell für den Umgang mit Menschen mit Demenz fortgebildet (Transkript 3, Z. 702). Sie sagt, die wichtigste Vorbereitung ist, „...dass man sich selber kennt, dass man merkt, wenn man Angst hat, dass man merkt, wenn man Ekel hat, dass man merkt, was einem Freude bereitet, was die eigenen Grenzen sind, darum geht es. Nicht um, was ist jetzt genau vaskuläre Demenz, was ist Lewy-Körperchen-Demenz, das kann man sich anlesen. Man muss sich selber kennen und sich selber mitkriegen. Menschen, die nicht orientiert sind, sind völlig abhängig von deiner eigenen/ von der Klarheit vom Umfeld.“ (Transkript 3, Z. 697 – 707). Sie sagt, dass Grenzen auch immer Möglichkeiten sind. Jede Grenze ist eine Möglichkeit, neue Möglichkeiten zu entdecken (Transkript 3, Z. 672 – 673). Zu den Grenzen benannte sie verschiedene Situationen, wie z.B. die Verständigung mit dem Menschen, von dem man weiß, dass er nicht mehr alles versteht oder Momente hat, in denen er gar nichts mehr versteht oder alles sofort wieder vergisst (Transkript 3, Z. 661 – 663). Die Befragte würde zu den Möglichkeiten zählen, dass diese Menschen nicht mehr behindert sind von guten Manieren und höflichem Benehmen und dass dadurch eine gewisse Freiheit entsteht (Transkript 3, Z. 674 – 676). Auf die Nachfrage, wie sie Möglichkeiten in Bezug auf Entlastung/ Entspannung bei Menschen mit Demenz sieht, antwortete sie, dass Sexualassistenz kein Allheilmittel ist. Sie sagt: „Man hat gewisse Möglichkeiten für einen Moment von Freude, von Nähe, von Entspannung und dann ist es auch einfach wieder der Alltag. Und da sind dann die Mitarbeiter gefragt. Und die können eventuell etwas spüren, dass da etwas mehr Ruhe ist, dass da weniger Grabschen ist und solche Sachen.“ (Transkript 3, Z. 678 – 695).*

#### Einvernehmen:

Bezüglich der Definition von Einvernehmen aus dem „Duden“ mit der Aussage der Interviewerin, dass dies bei Menschen mit Demenz nicht vorhanden ist und der nachfolgenden Frage wie sich das auf die Sexualassistenz bezieht, sagte die Befragte an dieser Stelle wiederholt „man kann nur Sexualassistenz anbieten, an Menschen, die klar ja oder nein signalisieren können, ob jetzt es verbal ist oder nonverbal. Wenn jemand nicht reagiert, wenn es keine klare Botschaft ist „Ich will das oder das nicht.“, muss man aufhören. Sofort.“

(Transkript 3, Z. 765 – 774). Sie sagt, dass Integrität da sein muss (Transkript 3, Z. 788 – 789) und „...die ist da, wenn man sich selber, wenn man sein Menschsein oder so gebildet hat. Wenn man selber durch Sachen durchgegangen ist, wenn man reflektiert hat, wenn man sich (...) kennt.“ (Transkript 3, Z. 789 – 792). Sie brachte bei der Beantwortung der Frage auch an, dass es männliche Sexualassistenten viel schwerer haben, weil es Männern viel schneller unterstellt wird, dass sie eventuell Grenzen überschreiten würden (Transkript 3, Z. 822 – 824).

#### Rechtliche Aspekte:

Die Befragte sagt, dass sie „keine Ahnung“ hat, ob sie speziell bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz rechtliche Grundlagen beachten muss (Transkript 3, Z. 928 – 931). Sie äußert, dass sie sich nur absichert, indem sie alles offenlegt (Transkript 3, Z. 941) und sie mit dem Umfeld kommuniziert. Die Zustimmung muss beispielweise durch Worte wie „ja“ oder „nein“ vorliegen und dementsprechend wird die Möglichkeit der Umsetzung festgelegt. Bei Menschen mit Demenz, sagt sie, wird die Zustimmung immer wieder überprüft, da sich die Demenz auch fortschreitet. Hier kann es schon einen Monat später eine völlig andere Situation sein (Transkript 3, Z. 943 – 946).

#### Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden:

Die Befragte sagt, dass es passieren kann, „...dass es das Personal entlastet, weil es die Person entlastet hat. Die Person muss nicht mehr pausenlos etwas suchen bei Leuten, die ihm das nicht geben können.“ (Transkript 3, Z. 975 – 977). Auf die Frage, ob sie Feedback vom Personal bekommt wie z.B. „Wow, der hat sich uns gegenüber total verändert. Das kommt gar nicht mehr vor, dass wir angegrabscht werden. Der zieht sich nicht mehr ständig aus.“, antwortet sie, dass sie nicht so „ein großer Fan von Enthusiasmus“ ist und dort dann ein „bisschen bremsen“ würde. Sie sagt, dass es schon thematisiert wird, aber nicht so wie die Interviewerin es beschrieben hat, denn dann sagt sie „...kriegt es ganz viel den Charakter von „Machen Sie mal diese Störung weg“ statt „Gehen Sie mal ein auf die Bedürfnisse, die jemand hat.““ (Transkript 3, Z. 984 – 998). Sie sagt, dass oftmals eine gewisse Dankbarkeit, Respekt und ein „Appreciation“ ihrer Arbeit vorhanden ist (Transkript 3, Z. 1005 – 1006). Sie äußert, dass es auch vorkommen kann, dass das Umfeld „fast wie eine Wand ist.“. Dass es initiiert wurde von der Leitungsebene und dass die Mitarbeiter sowieso nicht zufrieden sind, der Umgang mit der Person aber trotzdem funktioniert (Transkript 3, Z. 1011 – 1013).



### Zukunft der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz:

Sie sagt, dass die Menschen, die irgendwann zu den Demenzbetroffenen gehören, immer mehr von anderen Generationen sein werden. Jetzt sind es meist noch die, die vor dem Krieg geboren wurden. Diese Menschen haben oft Entbehrungen erlebt und sie haben eine bestimmte Moralvorstellung der Eltern verinnerlicht. Sie sagt, dass sich das mit den Baby-boomern aus den 60iger Jahren ändern wird und dass sie andere Ansprüche haben werden (Transkript 3, Z. 1062 – 1071). Sie äußert, dass es vielleicht so sein wird, dass diese Generationen weniger Scheu haben über ihre sexuellen Bedürfnisse zu sprechen und weniger Schwierigkeiten damit haben, dass diese aus Dienstleistungen erbracht werden können (Transkript 3, Z. 1088 – 1090). Sie denkt, dass Sexualassistenz in Zukunft ein ganz normaler Beruf sein wird, was er ihrer Meinung nach jetzt schon ist. Sie fände es toll, wenn jede Einrichtung ein Konzept hat, einen Leitfaden über den Umgang mit Sexualität und Beziehungen und wenn die Mitarbeiter dementsprechend geschult werden, da das Thema in ihrer Ausbildung oft nicht berührt wird. Sie sagt, sie sollten qualitative Fortbildungen bekommen, in der sie lernen über Thema zu sprechen und über Möglichkeiten informiert werden, wie man eine aktive Sexualassistenz vorbereitet und mit begleitet. Dass Sexualassistenz etwas wird, *„was organisiert wird, was, was Schönes und Gutes ist und nicht etwas ekeliges, doofes, komisches, bezahl-behaftetes. Einfach eine ganz natürliche menschliche Geschichte, die Menschen auch viel Lebensfreude geben kann die sie möglicherweise nicht mehr haben.“* (Transkript 3, Z. 1130 – 1142). Auf die Frage, wie lange sie in diesem Bereich noch arbeiten möchte, hatte sie keine Antwort (Transkript 2, Z. 1153).

## **7. Selbstreflektion der Autorin in Bezug auf die Interviews/ Limitationen**

Die Interviews waren die ersten Interviews, die ich je durchgeführt habe. So ist mir aufgefallen, wie schwer es mir im Gespräch gefallen ist, die Professionalität zu bewahren. Ich war sehr aufgeregt. Durch die zeitliche Begrenzung der Interviews seitens der Interviewpartnerinnen entstand bei mir ein zeitlicher Druck und ich habe mich zu sehr auf den Interviewleitfaden gestützt, da ich unbedingt so viele Fragen wie möglich beantwortet haben wollte. Hier hätte ich an einigen Stellen der Interviews spezifischer auf die Antworten der Befragten eingehen und/ oder hinterfragen sollen, um exaktere Ergebnisse zu bekommen. Es ist mir zudem passiert, dass ich unbewusst Suggestivfragen gestellt habe. Zusätzlich wusste ich während der Durchführung nicht damit umzugehen, wie ich mit dem Abschweifen der Thematik durch die Redefreudigkeit der Interviewpartnerinnen umgehen konnte. Eine Interviewpartnerin hat sehr lebhaft und sehr sprunghaft erzählt. Zum Teil konnten ihre Antworten nicht in Verbindung mit der Frage gebracht werden. Dies erschwerte auch die Ergebnisfindung. Hier wäre eine erneute Nachfrage mit der Bitte, sich auf die Frage zu

beziehen, sinnvoll gewesen. Ebenfalls hätte ich nur eine Frage zurzeit stellen sollen, um spezifischere Antworten zu bekommen. Bei der Auswertung der Interviews habe ich festgestellt, dass der Interviewleitfaden nicht optimal angelegt war. Einige Fragen hätte ich spezifischer stellen müssen und ich hätte meine Fragen reduzieren und mich auf wesentliche Aspekte stützen sollen. Ich war zu interessiert am ganzen Konzept der Sexualassistenz, so dass ich zu viele allgemeine Fragen zur Sexualassistenz mit in den Leitfaden aufgenommen hatte. Entgegen meiner Erwartung konnte ich zum Teil nicht die Antworten gewinnen, welche ich mir zuvor gewünscht hatte. Es ist anzunehmen, dass die beschriebenen Erkenntnisse der Selbstreflektion die Ergebnisse beeinflusst haben.

Vor den Interviews war ich fest davon überzeugt, dass Sexualassistenz eine tolle Möglichkeit ist, Menschen mit Demenz das Erleben von sexuellen Bedürfnissen, also Nähe, Berührung, Zärtlichkeiten zu ermöglichen. Aber auch sexuelle Handlungen wie eine Handentspannung erachtete ich als hilfreich, um einen Spannungsabbau von starken sexuellen Bedürfnissen zu erlangen. Ich sah einen positiven Effekt sowohl für die Menschen mit Demenz als auch für das Pflegepersonal. Ich hatte in meinem Kopf fest verankert „Wir brauchen mehr SexualassistentInnen in den Pflegeeinrichtungen!“. So war ich der großen, festen Erwartung und Hoffnung, dass die Interviewpartnerinnen meine Einstellung mit ihren Aussagen unterstützen und ich somit aufzeigen kann, dass der Bedarf an Sexualassistenz da ist. Vor jedem Interview habe ich mich mit Hilfe ihrer Homepage über die Befragten und ihre Arbeit informiert, um gut vorbereitet in die Situation des Interviews zu treten und diese auch in mein Interview einführen zu können, wie beispielsweise Zielgruppen, Kosten der Dienstleistung.

Nach den Interviews nehme ich Abstand von meiner Aussage „Wir brauchen mehr SexualassistentInnen in den Pflegeeinrichtungen!“. Es sind neue Sichtweisen aufgetaucht, die ich zuvor nicht ausreichend betrachtet habe, welche aber für den Zusammenhang zwischen Sexualassistenz, Demenz und Pflegeeinrichtung eine Hürde darstellen können und unbedingt beachtet werden müssen. Diese werde ich nun folgend in der Diskussion anführen.

## **8. Diskussion**

Die Ergebnisse des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit zeigten auf, dass Sexualität im Alter, in der stationären Pflegeeinrichtung sowie bei Menschen mit Demenz in der stationären Pflegeeinrichtung stark tabuisierte Themengebiete sind. Dies erschwerte das Finden von Literatur und Studien zu diesen Themen. Um die spezifische Forschungsfrage zu beantworten, musste sich dieser durch die Betrachtung einzelner, allgemein gehaltener Gebiete genähert werden. Literatur zum Thema Demenz ist leicht zu finden, zur Thematik

Demenz in Kombination mit Sexualität ist wenig Literatur verfügbar. Zum Thema Sexualität im Alter konnte auf zwei Studien zurückgegriffen werden, welche mit den Erscheinungsjahren von 2001 und 2005 möglicherweise jedoch nicht die aktuelle Situation widerspiegeln. Zudem wurde eine dieser Studien in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt und lässt somit nur Rückschlüsse unter der Annahme ähnlicher Verhältnisse zwischen der deutschsprachigen Schweiz und Deutschland zu. Es ist allerdings eindeutig, dass das gegenwärtige Problem der Tabuisierung bereits damals schon erkannt worden war und sich offenbar noch nicht viel in dem Bereich verändert hat. Besonders zu dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Gebiet der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz sind nur schwer Informationen erhältlich. Es wurde überwiegend auf die eher „Erlebnis-, bzw. praxisorientierten“ Internetquellen zurückgegriffen. Aufgrund dessen war es der Autorin wichtig, durch Eigeninitiative entsprechende Kenntnisse zu erlangen. Es wurden persönliche Interviews zum Thema Sexualassistenz in deutschen stationären Pflegeeinrichtungen geführt. Die Vorbereitung und Durchführung dieser Interviews gestaltete sich allerdings schwierig. Zum einen war die Kontaktaufnahme zu SexualassistentInnen durch geringe Verfügbarkeit dieser erschwert. Zum anderen war im Studium die Vermittlung theoretischer Kenntnisse bezüglich der Interviewführung nur kurz in Bezug auf allgemeine qualitative Forschungsmethoden erläutert worden, während das Erproben in die praktische Umsetzung nicht stattgefunden hat. In der Nachbereitung und Auswertung der Interviews wurden dementsprechend einige Fehlerquellen bzw. Limitationen deutlich, welche im vorherigen Abschnitt bereits beschrieben worden sind.

Die durch die Literatur bereits gewonnenen Erkenntnisse des theoretischen Hintergrundes zu Sexualität im Alter und in stationären Pflegeeinrichtungen wurden in den Interviews bestätigt. Somit wurde durch Aussagen der Befragten deutlich, dass die Thematik in der Realität immer noch stark tabuisiert ist und dass die Institution Pflegeeinrichtung mit ihren MitarbeiterInnen sowohl strukturell als auch auf persönlicher Ebene eine Hürde zum Erleben und Ausleben der Sexualität eines Individuums darstellen kann. Zudem wurde bestätigt, dass sich das Angebot der Sexualassistenz derzeit hauptsächlich auf männliche demenzerkrankte Kunden bezieht, welche zuvor ihr Bedürfnis zum Ausdruck gebracht haben. Es stellte sich zudem heraus, dass die Ermöglichung von Sexualität nicht nur von verfügbaren SexualassistentInnen und der Kooperation mit den Pflegeeinrichtungen abhängig ist, sondern auch die Einstellung der Pflegekräfte und insbesondere die der Angehörigen oder auch die der gesetzlichen Betreuer eine große Rolle spielt.

Aus vielen offiziellen Dokumenten geht hervor, dass jeder Mensch das Recht auf Sexualität hat. Schwierig wird dies, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst Entscheidungen zu treffen. Das Pflegepersonal muss das Bedürfnis nach Sexualität wahrnehmen, es muss in der Einrichtung in Ordnung sein, darüber zu sprechen; als nächster Schritt

ist zu bedenken, dass auch die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuer einbezogen werden müssen, da diese Entscheidungsträger von privat zu finanzierenden Maßnahmen und Zusatzleistungen sind, die über die reine Pflege eines Menschen hinausgehen.

Hier könnte ein ethischer Interessenkonflikt sein, denn beispielsweise eine Ehefrau nach dem Einverständnis zu fragen, ihrem Mann eine Sexualassistenz zu finanzieren, kann zu einem moralischen inneren Konflikt der ausführenden Pflegekraft führen. Zudem ist dies eine Entscheidung, die für die Ehefrau selbst Konflikte erzeugen und Überwindungskraft kosten kann. Ähnlich ist es bei anderen Familienangehörigen, die möglicherweise auch aus Gründen der Tabuisierung oder persönlichen Moraleinstellungen nicht mit dem Thema konfrontiert werden wollen. So wurde aus den Interviews deutlich, dass wenn nicht alle Einverständnisse vorliegen, keine Sexualassistenz stattfindet. Weder aus der Literatur heraus noch in den Interviews konnte die Rechtslage diesbezüglich geklärt werden. Können und dürfen andere Menschen über die Sexualität eines dementen Pflegebedürftigen entscheiden? Wenn dieser sich nicht mehr klar äußern kann, ob und auf welche Art und Weise er oder sie seine sexuellen Interessen ausleben möchte, darf dann eine andere Person darüber bestimmen? Wie soll vorgegangen werden, wenn ein Dementer das Bedürfnis nach aktiver Sexualität äußert, die angeforderte Sexualassistenz aber von dem Bedürftigen abgelehnt wird? Ist die Ablehnung von sexuellen Hilfsmitteln oder der Sexualassistenz durch Vormünder bereits Freiheitsentzug und widerspricht dem Recht auf Sexualität? Auch ließen die von den Interviewpartnerinnen genannten Gründe, eine Sexualassistenz zu buchen, die Frage offen, ob die Sexualassistenz wirklich der „reinen Bedürfnisbefriedigung“ des Betroffenen dient oder eher als ein „Hilfsmittel“ für die Pflegekräfte genutzt wird, um Unannehmlichkeiten durch sexuell unangemessene Verhaltensweisen ihnen gegenüber abzuwenden. Außerdem ist fraglich, ob Menschen mit Demenz Zärtlichkeiten und Körperkontakt vorenthalten werden, wenn sie ihr Bedürfnis nicht mehr klar zum Ausdruck bringen können.

Ein weiterer Aspekt ist, dass im Rahmen der Sexualassistenz oftmals kein Oral- oder Geschlechtsverkehr stattfindet. Keine der Interviewpartnerinnen hatte dies in ihrem individuellen Leistungsangebot. Sollte ein Demenzerkrankter jedoch stark den Wunsch nach der genitalen Sexualität verspüren, kann eine Handentspannung vorerst der Bedürfnisbefriedigung dienen. Allerdings ist hier auch zu beachten, dass seitens des dementiell Erkrankten das Verständnis in Bezug auf das begrenzte Leistungsangebot eingeschränkt ist. Hier entsteht ein Konflikt der gerechten Bedürfnisbefriedigung. Auf der einen Seite hat das Pflegepersonal ein Bedürfnis nach Sexualität wahrgenommen und die Sexualassistenz angefordert. Jedoch muss auf der anderen Seite sichergestellt werden, dass das Dienstleistungsangebot dem Bedürfnis des Dementen entspricht. Die direkte Kommunikation mit einer demen-

tiell erkrankten Person diesbezüglich kann beispielsweise aufgrund von Stimmungsschwankungen, Meinungsänderungen und einem stark eingeschränkten Kurzzeitgedächtnis erschwert sein und übersteigt gegebenenfalls die individuellen Ressourcen der Pflegekräfte. Dadurch kann sich die Entscheidungsfindung und Ermöglichung bezüglich eines passenden Angebotes als eine Herausforderung mit eventuellen finanziellen Einbußen darstellen.

Auch tritt die Frage auf, wie damit umgegangen wird, wenn der Erkrankte die Sexualassistenz ablehnt. Wird diese dann ohne erbrachte Leistung bezahlt, weggeschickt und zu einem anderen Zeitpunkt erneut angefordert? Ein solches Vorgehen würde eine starke finanzielle Belastung bedeuten. Ein anderer Aspekt ist die Finanzierungsmöglichkeit durch die Angehörigen: wenn diese nicht in der Lage sind, eine Sexualassistenz zu finanzieren, welche weiteren Möglichkeiten gäbe es? Hier tritt auch die Frage auf, ob finanziell schwächere Personen ausgeschlossen werden. Wie wird diesen Personen ermöglicht, Nähe, Zärtlichkeiten, erotische Gemeinsamkeit zu erleben? Gibt es Möglichkeiten in Zusammenarbeit mit der Krankenversicherung oder staatlicher Unterstützung, die Sexualassistenz zu finanzieren? Zwei von drei der Interviewpartnerinnen verneinten die Frage, ob sie sich wünschen würden, dass die Sexualassistenz von den Krankenkassen finanziert werden sollte, da dies einen „*Therapiecharakter*“ und eine „*Pathologisierung*“ darstellen würde. Die Vorschläge der Befragten für eine Einführung eines krankenkassenunabhängigen Budgets für die Sexualassistenz könnten jedoch eine Lösung sein.

Da die Berufsbezeichnung Sexualassistenz/ Sexualbegleitung nicht geschützt ist und kein Ausbildungsnachweis vorliegen muss, lassen sich Qualitätsunterschiede in der Arbeit, dem Wissen über die Erkrankung Demenz und dem Umgang mit Demenzerkrankten der SexualassistentInnen vermuten. Der rechtliche Aspekt, dass Sexualassistenz strafbar sein könnte, wenn kein eindeutiges Einvernehmen vorhanden ist und somit gegebenenfalls von Missbrauch gesprochen werden könnte, soll für diese Arbeit noch kurz Thema werden: bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung kann sich hier eine Problematik auftun, wenn die Sexualassistentin bzw. der Sexualassistent nicht die Fähigkeit besitzt, ein Einvernehmen verbal oder nonverbal wahrzunehmen. Wäre die Assistenz-Tätigkeit somit – überspitzt formuliert – körperlicher Missbrauch? So ist es als Pflegeeinrichtung notwendig, sich vorab über die Qualifikationen der DienstleisterInnen zu informieren, was dem tabuisierten Geschehen, das hier angefordert wird, entgegensteht.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden kulturelle und religiöse Hintergründe, die die Problematik oder der Erleichterung der Ermöglichung von Sexualität verstärken könnten, außer Acht gelassen. Auch die persönliche Einstellung des Pflegebedürftigen beispielsweise zu Prostitution oder die persönlichen sexuellen Vorlieben zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung wurden nicht beachtet. Zudem wurden die Sichtweisen

der Angehörigen, der gesetzlichen Betreuer, der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtung zur Sexualassistenz nicht untersucht. Ebenfalls wurde nicht in die Arbeit aufgenommen, wie sich das Ausleben und Erleben von Sexualität bei Menschen mit Demenz auf eine bestehende Partnerschaft auswirken kann.

Aus der hier dargestellten Breite und Tiefe der Diskussion wird deutlich, dass weitere Forschung auf diesem Themengebiet notwendig ist.

## **9. Fazit**

Die Forschungsfrage kann nicht eindeutig beantwortet werden. Die Sexualassistenz bietet eine Option der Ermöglichung von Sexualität für Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen in Deutschland. Inwiefern diese jedoch bedürfnis- und bedarfsorientiert durchführbar ist, hängt individuell von vielerlei Gegebenheiten ab, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden. Die Fragen des Einverständnisses (auch aus rechtlicher Sicht), der Einverständniserklärungen der Pflegebeteiligten und die Finanzierungsmöglichkeiten sind – neben dem Menschenrecht auf Sexualität – durch diese Arbeit nochmals besonders herausgearbeitet worden.

Die Relevanz und die Umsetzung des Vorsatzes, einen Beitrag zur Enttabuisierung der Themenbereiche Sexualität im Alter, Sexualität in der Pflegeeinrichtung und Sexualität bei Menschen mit Demenz zu leisten, werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sichtbar. Es ist erwiesen, dass das sexuelle Interesse und die sexuelle Aktivität im Alter bestehen bleibt, sich der Fokus der Bedürfnisse jedoch verschiebt. Es konnte aufgezeigt werden, welche Gründe der Tabuisierung von Sexualität im Alter aktuell existieren. Unausweichlich erscheint es, dass sich in den Pflegeeinrichtungen mit der Thematik beschäftigt werden muss, da die deutsche Gesellschaft immer mehr Pflegebedürftige und eine offener eingestellte Generation zu sexuellen Bedürfnissen in den Einrichtungen erwarten wird. Sexualität im Kontext mit einer Demenzerkrankung in stationären Pflegeeinrichtungen weist ebenfalls den dringenden Bedarf auf, intensiver thematisiert zu werden, da die Inzidenz der Erkrankung Demenz zunimmt.

Zu dem Prozess der Enttabuisierung gehört die Aufklärung der gesamten Gesellschaft, weshalb die Einführung der Thematik in den schulischen Sexualkundeunterricht und in die hochschulische Public-Health- und Medizin-Lehre notwendig ist. In Anbetracht des aus der Literaturrecherche hervorkommenden Mangels an systematischen Untersuchungen zum Thema Sexualität im Alter sollte auch die Forschung zu diesem Themengebiet gefördert werden. Der Grundstein für den Umgang mit der Sexualität der BewohnerInnen eines Pflegeheims muss definitiv in der Ausbildung des Pflegepersonals gelehrt werden. Basierend

darauf ist die Einführung von Leitfäden zum Umgang mit der Sexualität von BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen notwendig. Zusätzlich sollten persönliche Ressourcen der Pflegekräfte durch Fortbildungen und Supervisionen gestärkt werden. Die vertrauenswürdige Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern durch Aufklärung sowie Informationsbereitstellung zum Thema Sexualität im Alter und dessen Ermöglichung ist ein grundlegender Aspekt. Der Themenkomplex Sexualität und Demenz erfordert diesbezüglich eine gesonderte Sichtweise und Behandlung der Thematik.

Die Dienstleistung der Sexualassistenz erscheint trotz Bedenken als guter Weg, benachteiligten Gruppen wie Menschen mit Demenz ein Grundbedürfnis und Grundrecht auf Sexualität zu ermöglichen.

## Literaturverzeichnis

Bach, D. (2011). Die Tabuisierung von Intimität und Sexualität im Alter. In D. Bach & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S.159–172). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Beutel, M. E., Siedentopf, F. & Brähler, E. (2009). Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft im Alter. In E. Brähler & H. J. Berberich (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft im Alter* (S. 27–44). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Blüher, S., Schnitzer, S. & Kuhlmeier, A. (2017). Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 3–12). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Bucher, T., Hornung, R., Gutzwiller, F. & Buddeberg, C. (2001). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Erste Ergebnisse einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz. In H. Berberich & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte* (S. 31–59). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Verfügbar unter: [https://www.pflegecharta.de/fileadmin/charta/pdf/140603\\_-\\_Aktive\\_PDF\\_-\\_Charta.pdf](https://www.pflegecharta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf) [13.09.2017].

Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Demografischer Wandel*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/demografischer-wandel.html> [13.09.2017].

Clausen, C. & Tietjen, B. (2017). Tabuthema Sexualassistenz? In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.), *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz, Ausgabe 2/2017*, 7–8. Heidelberg: medhochzwei Verlag

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (o.J.a). *Antworten auf häufige Fragen. Welche Tipps gibt es für den Umgang mit Demenzkranken?* Verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/haeufige-fragen-faq.html#c1039> [13.09.2017].

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (o.J.b). *Das wichtigste über die Alzheimer-Krankheit*. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit.html> [13.09.2017].

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016). *ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen*. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f00-f09.htm> [13.09.2017].

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Dowideit, A. (2017). *Grüne fordern für Pflegeheime Prostituierte auf Rezept*. Verfügbar unter: <https://www.welt.de/vermischtes/article160957590/Gruene-fordern-fuer-Pflegeheime-Prostituierte-auf-Rezept.html> [13.09.2017].



- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Auflage). Marburg: Eigenverlag. Verfügbar unter: <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf> [13.09.2017].
- Duden (2017). *Einvernehmen, das*. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Einvernehmen> [16.09.2017].
- Frohn, B. & Staack, S. (2012). *Demenz: Leben mit dem Vergessen. Diagnose, Betreuung, Pflege – Ein Ratgeber für Angehörige und Betroffene* (1. Auflage). Murnau a. Staffelsee: Mankau Verlag GmbH.
- Franzkowiak, P. (2011). Gesundheitswissenschaften/ Public Health. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 315–320). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gatterer, G. (2011). Sexualität bei Demenz – Auch Menschen mit Demenz sind Männer und Frauen. In D. Bach, & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S. 183–197). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Grond, E. (2011). *Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können* (2., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Grundgesetz Artikel 2 (2017). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art 2*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html) [13.09.2017].
- Grundgesetz Artikel 3 (2017). *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art 3*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_3.html](https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_3.html) [13.09.2017].
- Hametner, I. (2010). *100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz* (2., aktualisierte Auflage). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Haus zum Fels eV (o.J.). *Pflegemodell nach Monika Krohwinkel*. Verfügbar unter: <http://www.hauszumfels.de/resources/ueberuns/pflege/Pflegemodell.pdf> [17.09.2017].
- Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter (2017). *Ausbildung Sexualbegleitung ISBB® in Deutschland*. Verfügbar unter: <http://www.isbbtrebel.de/ausbildung-in-sexualbegleitung/> [13.09.2017].
- Jäckel-Fahl, V. (2008). Hilfe für demenzkranke Menschen. Sexuelle Begleitung im Pflegeheim. *pflegen: Demenz Zeitschrift für die professionelle Pflege von Personen mit Demenz, Ausgabe 8*, 12–14.
- Kassandra e.V. Beratungsstelle für Prostituierte (2017). *Sexualbegleitung. Fortbildung zertifizierte, qualifizierte Sexualbegleitung & Sexualassistenz*. Verfügbar unter: <http://kassandra-nbg.de/sexualbegleitung/> [13.09.2017].
- Kolland, F. (2011). Sexualität und Lebenszufriedenheit im Alter. In D. Bach, & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S. 37–54). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein (2017). *Erscheinungsformen der Demenz*. Verfügbar unter: <http://www.demenz-sh.de/demenz/erscheinungsformen/> [13.09.2017].

Kristin, H. (Hrsg.) & Lenz, E. (2008). *Die Medizinische Fachangestellte. Medizinische Fachkunde*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Kurz, A., Freter, H.-J., Saxl, S. & Nickel, E. (2016). *Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber* (2. Auflage). Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.). Berlin: Meta Druck.

Landwehr, T. (2017). *Sexualassistenz: "Ist das jetzt Förderung der Prostitution oder Zuhälterei?"*. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2017-01/sexualassistenz-spd-gruene-demenz-nessita-interview> [13.09.2017].

Mück, H. (2013). *Sexualität und Demenz. Begleitmanuskript zum gleichnamigen Fachtag am 25.04.2013 in Dortmund*.

Verfügbar unter: <http://www.dr-mueck.de/pdfs/Sexualitaet-und-Demenz-Herbert-Mueck-Begleitmanuskript-Dortmund-2013-04-25.pdf> [13.09.2017].

Mühlegg, M. (2017). Der erigierte Charmeur. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.), *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz, Ausgabe 2/2017*, 6–7. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2016). *Sexualität und Demenz. Für Angehörige und Pflegekräfte* (1. Auflage). Frankfurt am Main.

Richard, N. (2008). Sexualität, Demenz und die Integrative Validation. „Schwester, rubbel etwas fester!". *pflegen: Demenz Zeitschrift für die professionelle Pflege von Personen mit Demenz, Ausgabe 8*, 24–26.

Robert-Koch-Institut (2015). Welche Auswirkungen hat der demographische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In Robert-Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis* (S. 435–455). Berlin: H. Heenemann GmbH & Co. KG. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.pdf\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf__blob=publicationFile) [13.09.2017].

Saß, A.-C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Alter = Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31–61). Berlin: Oktoberdruck AG. Verfügbar unter: [http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh\\_Krankh\\_Alter.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/Gesundh_Krankh_Alter.pdf) [13.09.2017].

Schneider-Schelte, H. (2017). Demenz und Sexualität. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.), *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz, Ausgabe 2/2017*, 1–3. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Spiegel Online (2017). *Debatte über Sexualbegleitung. Sex auf Rezept*. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/sex/sexualbegleitung-fuer-behinderte-umsetzung-von-grundrecht-oder-prostitution-a-1129343.html> [13.09.2017].

Statista (2017). *Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren)*. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt--in-deutschland-nach-geschlecht/> [13.09.2017].

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014). *Zensus 2011. Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Religionszugehörigkeit. Endgültige Ergebnisse*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Zensus/ZensusBuLa5121101119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Zensus/ZensusBuLa5121101119004.pdf?__blob=publicationFile) [13.09.2017].

Statistisches Bundesamt (2017). *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile) [13.09.2017].

Strauhal, G. (2017). Verliebtheit ist keine Frage des Alters. In Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.), *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz, Ausgabe 2/2017*, 4–5. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Steißlein, M. (2011). Intimität und Sexualität – auch heute noch ein Tabu in der Pflege? In D. Bach & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S.141–145). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Techniker Krankenkasse (2009). *Bluthochdruck im Alter*. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/tk/krankheiten-b/ursachen-zahlen/bluthochdruck-im-alter/194850> [13.09.2017].

van der Vicht-Klußmann, R. (2014). *(Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenpflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

de Vries, N. (2008). „Sex ist mehr als genitale Lust!“. *pflegen: Demenz Zeitschrift für die professionelle Pflege von Personen mit Demenz, Ausgabe 8*, 28–30.

de Vries, N. (2011). Erfahrungsbericht aus der Sexualassistenz. In D. Bach & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S. 147–155). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

de Vries, N. (2013). *de Men z Sch. Fachtag des Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser, 11. November 2010 in Wien. Ich fühle, daher lebe ich! Über die sexuellen Sehnsüchte im Alter*. Verfügbar unter: <http://ninadevries.com/de-men-z-sch.html> [13.09.2017].

WHO – Weltgesundheitsorganisation - World Health Organization (2006): *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002 in Geneva*. Verfügbar unter: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf) [13.09.2017].

Zettl-Wiedner, K. (2011). Hat Sexualität im Alter in einer Langzeitpflegeinstitution überhaupt Platz? In D. Bach & F. Böhmer (Hrsg.), *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter* (S. 123–130). Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Zinsmeister, J. (2005a). Rechtliche Maßgaben und Grenzen der Sexualassistenz und Sexualbegleitung. In pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hrsg.), *Expertise Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderung* (S. 17–66). Verfügbar unter: [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise\\_sexuelle\\_assistenz.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_sexuelle_assistenz.pdf) [13.09.2017].

Zinsmeister, J. (2005b). Rechtliche Grundlagen kompakt. In pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (Hrsg.), *Expertise Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderung* (S. 11–16). Verfügbar unter: [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise\\_sexuelle\\_assistenz.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_sexuelle_assistenz.pdf) [13.09.2017].

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Ausarbeitung in vollem Umfang selbstständig erarbeitet und verfasst habe. Alle herangezogenen und wiedergegebenen Quellen sind durch Quellenangaben gekennzeichnet.

Tangstedt, 18.09.2017

---

Stephanie Lembke

## **Anhang A: Interviewleitfaden**

### **1. Kontaktaufnahme**

Mögliche Fragen:

- Wie finden Sie Ihre Kunden beziehungsweise wie werden Sie gefunden?
- Sind es Heimleitungen? Sind es pflegende Angehörige? Der Betroffene selbst?
- Hinterfragen Sie den Grund der Buchung? Was gibt es für Gründe?

### **2. Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Mögliche Fragen:

- Wie ist es dazu gekommen, dass Sie als Sexualassistentin arbeiten?
- Bedarf es Ihrer Meinung nach einer speziellen Ausbildung, um als Sexualassistentin zu arbeiten?
- Was genau bieten Sie für Dienstleistungen an? (Geschlechtsverkehr? Oralverkehr? Analverkehr?)
- Was kostet Ihre Dienstleistung?
- Würden Sie sich wünschen, dass die Krankenkassen Sexualassistenz bezahlen?
- Sind Ihre Kunden überwiegend männlich oder weiblich?
- Wo treffen Sie Ihre Kunden?
- Wie sehen die räumlichen Bedingungen aus, wenn Sie einen Kunden nicht in den eigenen 4 Wänden antreffen? Gibt es für Sie ein extra Zimmer? Wird die Tür abgeschlossen werden? Gibt es zum Schluss einen Kaffee?
- Kommunizieren Sie im Vorweg mit dem Pflegepersonal bzw. der Leitung?
- Wie regelmäßig ist Ihre Arbeit mit jeweils einem KundenIn?
- Gibt es Stammkunden?
- Lehnen Sie Kundenanfragen ab? Wenn ja: warum? Wenn nein: warum?
- Gibt es ein Vorgespräch? Wenn Kunde sich nicht mehr äußern kann- mit wem?
- Was sind die Inhalte eines Vorgesprächs?
- Gibt es ein Gespräch danach? Mit wem? Was geben Sie für Inhalte weiter?

### **3. Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Mögliche Fragen:

- Warum haben Sie sich auch für Menschen mit Demenz geöffnet?
- Auch fortgeschrittene Demenzerkrankte? Wieso?
- Was gibt es für Möglichkeiten der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz?
- Wo liegen Ihrer Meinung nach Grenzen für die Sexualassistenz für Menschen mit Demenz?
- Haben Sie sich für den Umgang mit Menschen mit Demenz informiert/ fortgebildet?
- Ist Ihnen bei Demenz-Erkrankungen aufgefallen, dass manche so und manche anders reagieren? Was meinen Sie, ist der Unterschied?
- Haben Sie durch Ihre Arbeit feststellen können, dass Demenzerkrankte andere Bedürfnisse zeigen/ haben als andere Kunden?
- Wie gehen Sie mit Menschen mit Demenz um, wenn diese mehr einfordern als Ihr Angebot?
- Sehen Sie besondere Schwierigkeiten/ Unterschiede in der Arbeit mit Demenzerkrankten Personen als zu Kunden ohne Demenzerkrankung?

- Wird der aktuelle Wunsch nach Sexualität des Menschen mit Demenz regelmäßig überprüft? Wenn ja: wie? Wenn nein: wieso nicht?
- Sind Ihre Kunden, welche an einer Demenz erkrankt sind eher männlich oder weiblich?

#### 4. Einvernehmen

Mögliche Fragen:

- Im Duden wird Einvernehmen wie folgt definiert: Einigkeit, Übereinstimmung, die auf gegenseitigem Verstehen, auf Verständnisbereitschaft beruht. Wenn ich jetzt an einen Menschen mit Demenz denke, ist dies oft nicht anzutreffen. Wie beurteilen Sie das als Expertin der SA?
- Wie einvernehmlich ist die SA, wenn Sie von einer dritten Person beauftragt werden?
- Wie einvernehmlich ist die Sexualassistenz bei einem Menschen mit Demenz, wenn dieser sich nicht mehr äußern kann?
- Wer entscheidet, ob es einvernehmlich ist oder eben nicht?
- Wie nehmen Sie wahr, dass Ihr Gegenüber genießt, sich berühren lässt, loslässt, auch wenn der Kunde/ die Kundin sich nicht mehr äußern kann?
- Wie würden Sie mit einem Kunden umgehen, wo es bei der ersten Begegnung „Startschwierigkeiten“ gibt? Gibt es mehrere Versuche?

#### 5. Rechtliche Aspekte

Mögliche Fragen:

- Welche rechtlichen Grundlagen müssen Sie bei Ihrer Arbeit als SA berücksichtigen?
- Gibt es spezielle rechtliche Grundlagen bei Menschen mit Demenz?
- Gibt es einen Vertrag? Wer unterschreibt für wen?
- Wie sieht es mit der Schweigepflicht aus, wenn Sie von der Heimleitung bzw. pflegenden Angehörigen beauftragt werden und diese nun wissen möchten, wie es war?

#### 6. Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden

Mögliche Fragen:

- Sehen Sie Ihre Arbeit als Entlastung für Kunde und/oder Pflegepersonal? Oder: Sehen Sie Ihre Arbeit eher als Unterstützung für Kunde und/oder Pflegepersonal?
- Wie nehmen Sie wahr, dass durch Ihre Arbeit eine Entlastung für den Kunden stattfindet?
- Wie schätzen Sie als Expertin die Entlastung der Pflegekräfte durch Ihre Dienstleistung/ Ihre Arbeit ein?
- Bekommen Sie Feedback? Wenn ja: Wie sieht dieses aus? Wenn nein: warum nicht? Ist dieses von Ihnen nicht gewollt?
- Wird Ihnen für Ihre Arbeit gedankt? Von wem?

#### 7. Zukunftsaspekte der Sexualassistenz

Mögliche Fragen:

- Wie schätzen Sie die Zukunft der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz ein? (Stichwörter: Demografischer Wandel, mehr Frauen betroffen, Tabu, Scham)

- Sehen Sie einen besonderen Bedarf der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz? Wenn ja: warum? Wenn nein: wieso nicht?
  - Wie lange wünsche Sie sich noch in diesem Bereich zu arbeiten?
- 

- Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen oder möchten Sie noch etwas erwähnen was Sie als wichtig erachten und wir nicht besprochen haben?



## Anhang B: Datenschutzvereinbarung

Ich, \_\_\_\_\_, erkläre mich bereit ein Interview mit Stephanie Lembke für die Bachelorarbeit „Sexualassistenz für Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ zu führen.

Für die Datenaufbereitung/-verwendung erkläre ich mich zudem mit folgenden Punkten einverstanden:

### Aufnahme

- Aufzeichnung des Interviews auf Tonträger/ Smartphone Aufnahme

### Veränderung der Verschriftlichung der Tonaufzeichnungen in:

- anonymisierter Form
- nicht anonymisierter Form

### Weitergabe

- Vorspielen der Tonaufzeichnungen im Rahmen der Bachelorarbeit
- der Veröffentlichung der Verschriftlichung
  - zu wissenschaftlichen Zwecken
  - zu (sonstigen) Zwecken
- als Zitat
- in allen Medien

### Veröffentlichung der Daten

- in Bachelorarbeit
- zu wissenschaftlichen Zwecken
  
- vorstellen der Person und Homepage in Bachelorarbeit

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Befragte):

\_\_\_\_\_

Unterschrift (Interviewerin):

\_\_\_\_\_

## Anhang C: Ergebnistabellen

### Ergebnistabelle Interview 1

#### Kontaktaufnahme

Zeile im Transkript (von – bis)	Ergebnis
Z. 6 – 11	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gefunden wird sie nur über ihre Homepage</li><li>- Versuche der Akquise, wie beispielsweise Einrichtungen anschreiben, anrufen, haben nicht funktioniert, da die Einrichtung es nicht wollten</li><li>- Beispiel: „Interessiert uns nicht.“, „Nutten wollen wir nicht im Haus haben.“</li></ul>
Z. 633 – 634	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wird ein neuer Kunde generiert, ist es oft über Mund zu Mund Propaganda oder eine Einrichtung fragt die andere Einrichtung</li></ul>
Z. 43 – 44	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wenn Heime sie kontaktieren, ist ein akuter Bedarf vorhanden</li></ul>
Z. 71 – 73	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es haben dann sexuelle Übergriffe auf das Personal stattgefunden oder weil die Einrichtung merkt, dass selbst gerne Hand angelegt werden würde</li></ul>
Z. 45	<ul style="list-style-type: none"><li>- Angehörige haben sie noch nicht kontaktiert</li></ul>
Z. 45 – 47	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ältere Herren, die zu Hause leben und die Frau sie vielleicht noch pflegt, haben sie auch schon kontaktiert</li></ul>
Z. 79 – 81	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demente Herren haben sie noch nicht kontaktiert, eher Menschen, die im Rollstuhl sitzen oder blind sind</li></ul>
Z. 500 – 505	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ebenfalls ist es noch nicht vorgekommen, dass auf Wunsch des Demenzkranken oder dem Gehandicapten eine Buchung durchgeführt wurde, sondern eigentlich immer, wenn etwas vorfällt</li></ul>
Z. 49 – 62	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie hinterfragt den Grund der Buchung sowohl bei privaten Personen, als auch bei Einrichtungen, um zu wissen was auf sie zukommen könnte, um zu erfahren, was für eine Erkrankung derjenige hat und worauf sie achten muss</li></ul>

### **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 471 – 477	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ihre Zielgruppe sind ältere und gehandicapte Personen</li><li>- Die Zielgruppe der älteren Personen bezieht auch Demenzkranke mit ein</li></ul>
Z. 98 – 118	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie ist durch Zufall durch einen Blogeintrag auf ihrer Domina-Homepage von einer Pflegeeinrichtung telefonisch kontaktiert worden, die auf der Suche nach einer Sexualassistentin waren</li><li>- Sie lehnte dies zunächst ab</li><li>- Der Anruf hat sie nicht in Ruhe gelassen und sie hat es einfach ausprobiert, da sie in ihrem dominanten Bereich auch mit Menschen mit Handicap und auch älteren Personen zu tun hat</li></ul>
Z. 123 - 135	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es bedarf keiner speziellen Ausbildung zur Sexualassistentin</li><li>- Sie erwähnt ganz klar, dass Sexualassistenten Prostitution ist, da der Gesetzgeber dies ganz klar formuliert: Entgelt gegen sexuelle Handlungen und Prostitution kein Ausbildungsberuf ist</li><li>- Sie nannte Institute, die „sowas wie“ eine Ausbildung und Seminare anbieten</li><li>- Sie sagte, dass es helfen könnte, wenn man einen Stempel davon vorweisen könnte</li><li>- Sie hat sich bewusst dagegen entschieden, da sie weiß wie man mit Menschen und Sexualität umgeht</li></ul>
Z. 145 – 154	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ihre zwei beruflichen Extreme unterscheiden sich nicht viel, da sie sich bei beiden auf die Bedürfnisse eingeht</li></ul>
Z. 174	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es geht in beiden Bereichen, um Nähe und Körperlichkeit</li></ul>
Z. 182 – 185	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie bietet keinen Geschlechts-, Oral- oder Analverkehr an</li></ul>
Z. 187 – 193	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eine Stunde ihrer Dienstleistung kostet 150 Euro plus 50 Euro Fahrtkosten – diese dürfen geteilt werden, wenn sie mehrere Kunden in einer Einrichtung hat</li></ul>
Z. 198 – 204	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie würde sich die Finanzierung der Sexualassistenten durch die Krankenkasse wünschen, da diese Dienstleistung aufgrund von fehlendem Einkommen oder einer kleinen Rente nur schwer erwerbbar ist.</li><li>- Sie glaubt, dass das aber alles nicht in naher Zukunft passiert, dafür müsste die Gesellschaft ihre Doppelmoral zum Thema Prostitution verändern</li></ul>

## **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 224 – 241	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ihre Kunden sind nur männlich, sie könnte sich jedoch auch vorstellen mit einer Dame zu kuscheln, so war aber noch nicht der Bedarf vorhanden</li></ul>
Z. 240 – 250	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie sagte, dass dies in vielleicht 50 Jahren möglich sei, wenn vielleicht die gesellschaftliche Akzeptanz weiter ist</li><li>- Dann könnte es auch normal sein, wenn eine Dame lesbisch ist und man sich eine Sexualassistentin kommen lässt</li></ul>
Z. 252 – 259	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie tritt ihre Kunden überwiegend in Pflegeeinrichtungen, aber auch im privaten Bereich</li></ul>
Z. 277 – 308	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die räumlichen Bedingungen in den Einrichtungen sind sehr unterschiedlich</li><li>- Sie sagt, dass es auch darauf ankommt, wie man ihr gegenübertritt</li><li>- Es kann vorkommen, dass man auf eine sehr tolerante Heimleitung trifft und das Personal das aber ganz eigenartig findet</li><li>- Trifft sie auf eine offene Heimleitung und offenes Personal, äußert sie üblicherweise, wie es für sie angenehm zu arbeiten wäre</li><li>- Ein extra Zimmer ist in vielen Einrichtungen nicht vorhanden und die Begegnung findet dann im Zimmer des Bewohners statt</li><li>- Sie selber sorgt für Musik, wenn gewünscht, und LED-Kerzen, um es atmosphärisch zu machen</li><li>- Die Tür wird üblicherweise nicht abgeschlossen – dies möchte sie auch nicht, da sie so im Notfall die Rückversicherung hat den Notfallknopf zu drücken</li></ul>
Z. 313 – 319	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vor dem Besuch kommuniziert sie mit der Heimleitung worauf sie sich einstellen müssen und worauf sie sich einstellen muss</li></ul>
Z. 336 – 350	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie hat Stammkunden und dass eine gewisse Regelmäßigkeit gut ist, da so ein Grund der Vorfreude für den Kunden möglich ist, hat sie festgestellt</li><li>- Die Regelmäßigkeit hängt größten Teils von der Finanzierung ab</li><li>- Die Spanne liegt zwischen alle vier Wochen bis alle halbe Jahr</li><li>- Das meiste sind alle zwei Monate, alle sechs bis acht Wochen</li></ul>

### **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 355 – 402	<ul style="list-style-type: none"><li>- Generell lehnt sie Kundenanfragen nicht ab, sie guckt sich immer alles erstmal an, es sei denn, es wird etwas nachgefragt, was sie nicht anbietet</li><li>- Einmal hat sie eine Begegnung mittendrin abgebrochen, weil ein dementer Herr sie als seine Freundin gesehen hat und mit dieser müsse er küssen und Verkehr haben – er hat nicht verstanden, dass es sich um eine Dienstleistung handelt</li><li>- Einmal hat sie einen alleinlebenden Herrn nicht ein zweites Mal besucht, da die Wohnumstände nicht appetitlich waren</li><li>- Wenn es bei der ersten Begegnung gehapert hat und sie nicht das Gefühl hatte es ist total in die Hose gegangen, dann würde sie es immer ein zweites Mal versuchen, da man sich oft aufeinander einspielen muss</li></ul>
Z. 445 – 469	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gespräche nach der Begegnung finden mit der Heimleitung oder Beteuern statt</li><li>- Hier gibt sie weiter wie es gelaufen ist und sie fragt auch nach wie sie der Kunde danach äußert, ob er anders ist, ob er weniger übergreifig ist</li><li>- Sie gibt wichtige Informationen weiter, welche das Pflegepersonal für die Dokumentation wissen muss</li><li>- Als Beispiel nannte sie hierfür einen Herren, der beim Masturbieren seine Vorhaut stark zurückzog und anfang zu bluten und einen älteren Herren, der auf SM steht und es hier zu gewollten blauen Flecken kam</li></ul>

### **Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Z. 481 – 598	<ul style="list-style-type: none"><li>- Geöffnet hat sie sich Menschen mit Demenz, weil sie kein Problem mit älteren Menschen hat und es für sie und ihre Arbeit keinen Unterschied macht was sie haben</li><li>- Mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die sich nicht mehr äußern konnten, hat sie noch nicht gearbeitet, sie würde es aber nicht ausschließen, da sie auch mit gehandicapten Personen arbeitet, die sich nicht mehr äußern können</li></ul>
Z. 406 – 408	<ul style="list-style-type: none"><li>- Um besser mit dementen Menschen umgehen zu können, hat sie einen Kursus bei der Diakonie belegt</li></ul>
Z. 639 – 648	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es ist ihr aufgefallen, dass Menschen mit Demenz unterschiedlich reagieren, hier bejahte sie, dass es von der Erkrankung abhängt und nannte, dass es auch davon abhängt wie weit die Demenzerkrankung auch ist</li><li>- Sie sagte, dass man durchaus das aggressive oder auch ablehnendes Verhalten hat, aber auch „Ja, ja ist schön.“ Und „Machen wir das jetzt nochmal?“</li></ul>
Z. 656 – 660	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie sagt, dass sie noch nicht gesehen hat, dass Menschen mit Demenz andere Bedürfnisse haben als andere Kunden</li></ul>
Z. 662 – 675	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fordern Menschen mit Demenz mehr ein als sie anbietet, versucht sie konsequent zu validieren – Hätte sie jemanden wo sie nicht weiter kommt, weil mehr gefordert ist, als sie anbietet, dann müsste sie aufhören und könnte nicht weiter machen, da es denjenigen komplett verwirren würde, da er es aufgrund seiner Erkrankung nicht versteht und weil es sie auch zu sehr stressen würde</li></ul>

### **Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Z. 677 – 686	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sieht keine besonderen Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz</li> <li>- Es macht keinen Unterschied zu anderen Handicap's – jedes Handicap hat seine eigenen Schwierigkeiten</li> </ul>
Z. 806 – 809	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt einen Unterschied zwischen gehandicapten Menschen, die von Geburt an behindert sind und Menschen, die erst behindert geworden sind</li> <li>- Die, die nie normale Sexualität erlebt haben, wissen nicht wie geht</li> </ul>
Z. 688 – 699	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Bedürfnis nach Sexualität wird von ihr nicht überprüft, sie geht davon aus, dass die Pflegeeinrichtung das automatisch macht und ein Auge darauf hat, weil sie sie sonst nicht mehr anfordern würden</li> </ul>
Z. 802 – 805	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Während der Stunde bietet sie meistens etwas an und schaut dann wie der Kunde hierauf reagiert</li> <li>- Es gibt Demenzkranke, die sehr klar äußern was sie möchten und dann gibt es welche, die gar nichts damit anfangen können</li> </ul>
Z. 824 – 827	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie gibt nichts vor, sie schaut was derjenige ihr gibt</li> <li>- Bei klaren Anweisungen macht sie diese und ändert es auch wieder ab, wenn es gewünscht wird – da ist sie Dienstleisterin</li> </ul>
Z. 523 – 575	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Frage nach ihrer Ansicht bezüglich der Möglichkeiten der Sexualassistenz speziell für Menschen mit Demenz konnte sie nicht beantworten</li> <li>- Sie sagt, dass im Gegensatz zu dem was alle immer denken „Das brauchen die nicht mehr. Und die sind so alt.“, denkt sie, dass es genau umgekehrt ist. Je älter, gehandicapter, einsamer ein Mensch wird, werden Berührung und Kontakt immer wichtiger</li> <li>- Es geht bei der Sexualassistenz nicht immer um eine Handentspannung zum Schluss, sondern oft auch „nur“ um Berührung</li> <li>- Es kann auch die Sexualität sein, aber es fehlt die Berührung, welche im Pflegealltag untergeht</li> </ul>
Z. 581	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ihre persönliche Grenze liegt bei dem was sie nicht anbietet oder nicht machen würde</li> </ul>
Z. 596 – 627	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, die größte Grenze stellen alle Personen dar, die über den Kunden zu befinden haben bis dieser an seine Sexualität kommen darf, wie z.B. Einrichtungen, Betreuer, Familie</li> <li>- Wenn hier jemand nein sagt, dann findet die Sexualassistenz nicht statt</li> <li>- Sie nannte mehrere Beispiele, wo der Betreuer dagegen war oder eine Katholische Einrichtung nein gesagt hat oder die Familie nein gesagt hat</li> <li>- Es ist auch schon an den Finanzen gescheitert</li> <li>- Auf unglaubliche Grenzen ist sie auch am Anfang gestoßen wegen der Doppelmoral und Stigmatisierung</li> <li>- Es sind zudem viele Tabus auf einem Haufen: Alte Menschen und Sexualität, Alte Menschen und gekaufte Sexualität, gekaufte Sexualität und das wohlmöglich in Einrichtungen</li> </ul>

## **Einvernehmen**

Z. 727 – 793	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auf die Frage wie sie als Expertin die Einvernehmlichkeit zwischen Menschen mit Demenz und Sexualassistenz nach Definition des Einvernehmens aus dem Duden beurteilen würde, antwortete sie, dass wenn sie dauerhaft Widerstand spüren, verbal oder nonverbal, dann würde sie es nochmal hinterfragen wollen, ob die Sexualassistenz gewünscht ist</li><li>- Sie sei jedoch nicht diejenige, die das erstmal zu hinterfragen hat, denn sie bietet eine Dienstleistung an und diese wurde angefordert, zwar nicht von dem Demenzkranken, sondern von jemand anderen, Heimleitungen oder dem zuständigen Menschen und dort würde sie sich dann nochmal rückversichern</li><li>- Sie hatte noch keinen Demenzkranken, wo das passiert ist, nannte als Beispiel jemanden mit einer Epilepsie, der nicht kommuniziert hat und sie dann danach nochmal zur Heimleitung gegangen ist und gefragt hat, ob es wirklich gewünscht wird</li><li>- Auf Nachfrage wie einvernehmlich Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz sei, die nicht mehr sprechen können, weist sie die Verantwortung, ob das gewünscht ist oder nicht von sich, ihre Verantwortung ist die Dienstleistung auszuführen</li><li>- Als ihre Verantwortung sieht sie es hinterher zu kommunizieren oder zur Not während dessen</li></ul>
--------------	--

## **Rechtliche Aspekte**

Z. 851 – 859	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie wüsste keine rechtlichen Grundlagen, welche sie als Sexualassistentin berücksichtigen muss</li><li>- Bezüglich der Frage, ob es bei Menschen mit Demenz rechtlich etwas gibt worauf sie achten muss verneinte sie</li></ul>
Z. 872 – 878	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es werden keine Verträge geschlossen, sondern Rechnungen geschrieben</li></ul>
Z. 885 – 890	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zur Schweigepflicht sagte sie, dass sie nur das weitergibt, was relevant zu wissen ist für das Personal</li><li>- Ansonsten ginge es sie nichts an, ob nur gekuschelt wurde, ob sie eine Handentspannung macht oder etwas in den Analbereich einführt</li></ul>

### **Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden**

Z. 897 – 903	- Ob ihre Arbeit eine Unterstützung ist weiß sie nicht, aber es ist definitiv eine Entlastung für das Personal als auch den Kunden
Z. 920 – 928	- Dies habe sie auch vom Personal schon rückgemeldet bekommen
Z. 905 - 913	- Sie hat mehrfach vom Personal zurück gemeldet bekommen, dass wenn sexuelle Übergriffe stattgefunden haben, diese abgenommen haben
Z. 930 – 934	- Wie hoch die Entlastung ist, welche sie abnimmt kann sie nicht beurteilen, weil sie nicht weiß wie hoch die Belastung im Pflegealltag ist
Z. 947 – 952	- Für ihre Arbeit wird ihr von den Kunden gedankt, manchmal bekommt sie ein kleines Geschenk - In Einrichtungen, die sie anrufen und wo alles schön ist, bekommt sie auch die Dankbarkeit

### **Zukunftsaspekte der Sexualassistenz**

Z. 970 – 974	- Sie glaubt, dass es alles noch ein bisschen dauert, weil die Akzeptanz noch gar nicht da ist und ihrer Meinung nach sich die Gesellschaft gerade wieder zurück bewegt
Z. 982 – 983	- Sie sieht keinen besonderen Bedarf der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz, weil jeder das Recht auf Berührung hat egal ob jemand alt, behindert oder einfach nur Mensch ist
Z. 988 – 991	- Sie wünscht sich die Arbeit als Sexualassistentin so lange wie möglich durchführen zu können - Sie sieht kein Alter zu dem es nicht mehr ginge und solange sie die Kunden möchten und es für sie noch körperlich geht, sieht sie keinen Grund aufzuhören

### **Ergänzungen seitens der Interviewpartnerin zum Schluss**

Z. 1001 – 1014	- Sie findet es sehr traurig, dass wir diese Stigmatisierung und Diskriminierung noch haben und dass es so unglaublich Tabu-behaftet ist - Wenn es funktioniert sind alle glücklich und es tut jedem gut - Ihr tut es gut, weil sie etwas Gutes tun kann und weil sie damit Geld verdient - Dem Bewohner tut es gut, weil er jemanden hat, der ihn berührt – Die Pflegeeinrichtung wird entlastet - Sie empfindet es als schade, „dass Leute immer noch querschießen und es dann eben nicht dazu kommt, dass derjenige, für den es eigentlich ist, dass der überhaupt in den Genuss kommen darf, weil so viele Menschen über ihn zu bestimmen haben“
----------------	--



## Ergebnistabelle Interview 2

### Kontaktaufnahme

Zeile im Transkript (von – bis)	Ergebnis
Z. 17 – 22	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt drei Zielgruppen, die sie auf unterschiedliche Art und Weise erreichen</li> <li>- 1. Endkunde, nimmt Sexualassistenz direkt Anspruch, wird zu Hause besucht</li> <li>- 2. Einrichtungsleitungen stationärer Institutionen</li> <li>- 3. Gesetzliche Betreuer und erwachsene Kinder</li> </ul>
Z. 30 – 32	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund der Buchung wird grundsätzlich nicht erfragt</li> <li>- Kontaktiert sie der Endkunde per Telefon oder per Email, dann äußert er seinen Wunsch meist ganz klar, sie geht dann nicht ins Detail</li> </ul>
Z. 33 – 38	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei nicht geschäftsfähigen Bewohnern, wie z.B. Menschen mit Demenz oder Autisten, fragt sie, ob es bestimmte Sachen zu beachten gibt, wie z.B. Inkontinenz</li> <li>- Meistens wird ihr das schon erzählt, so dass sie nicht nachfragen muss</li> </ul>
Z. 46 – 48	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf die Frage, ob Heimleitungen sie kontaktieren, weil sexuelle Übergriffe stattgefunden haben oder sich der Betroffene bedürftig äußert antwortete sie, dass sie mit dem Begriff sexuelle Übergriffe sehr vorsichtig ist, da es nach ihrer Erfahrung auch immer ein Stück weit an der eigenen Sozialisation liegt</li> </ul>
Z. 49 – 56	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht jede Pflegekraft empfindet ein bestimmtes herausforderndes Verhalten als einen sexuellen Übergriff</li> <li>- Häufig rufen die Einrichtungen mit dem Vorsatz „Wir haben hier ein Problem.“ an</li> <li>- Sie findet das sehr schade und es sich gefragt werden sollte, ob es ein Problem sei oder das aufmerksam machen auf ein natürliches Bedürfnis und wer setzt welche Zeichen</li> <li>- Gerade bei Menschen mit Demenz gibt es immer mindestens zwei Sichten auf das was passiert ist</li> </ul>

## **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 115 – 116	- Sie ist die klassische Inhaberin einer Vermittlungsagentur, übernimmt das ganze Organisatorische
Z. 66 – 89	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie hat in der Unternehmensberatung als Qualitätsmanagerin viele Jahre an der Basis mit Pflegekräften gearbeitet und sie sagt, da viele Institutionen nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel pflegen, ist es unausweichlich auf die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens, sich als Mann oder Frau fühlen, zu sprechen zu kommen</li> <li>- Diesbezüglich merkte sie schnell, dass ein großer Beratungsbedarf und eine große Unsicherheit vorhanden ist, wenn es um das wertfreie Beschreiben von Situationen geht</li> <li>- Das Thema ging dann unter und fiel ihr wieder auf die Füße, als sie bei ihren Kunden nachfragte wo sie noch Unterstützung brauchen</li> <li>- Sie sagt, dass es gut und schön ist, wenn auf der einen Seite dem Pflegepersonal Coaching-, Training- und Beratungssachen zum Thema Abgrenzung anbietet, aber auf der anderen Seite hat man dann keine Lösung für den Bewohner</li> <li>- Nicht nur bezüglich der Sexualassistenz, sondern auch, ob es einem Bewohner möglich ist in der Einrichtung weiterhin Beziehungen zu führen</li> <li>- Aus ihrer Erfahrung ist das nicht so deutlich mit ja zu beantworten</li> </ul>
Z. 98 – 110	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selber hat sie noch nie Sexualassistenz gemacht, aber am Anfang darüber nachgedacht, sich aber bewusst dagegen entschieden</li> <li>- Sie sagt, dass war die richtige Entscheidung, denn es fällt Pflegenden leichter mit ihr zu sprechen, als mit den Sexualassistenten und die Sexualassistenten können auch nicht so gut mit den Pflegenden reden</li> <li>- Es bestehen weniger Hürden, da große Sorgen da sind wie z.B. „Was sind das für Menschen?“ oder „Wie sehen die vorher und nachher aus?“</li> </ul>
Z. 118 – 120	- Jedes Treffen ist individuell, es wurde jedoch ein standardisierter Ablauf der Besuche entwickelt, um zu versuchen Sicherheit zu vermitteln
Z. 121 – 126	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie steht für Sexualassistenten und Pflegekräften als Ansprechpartnerin zur Verfügung</li> <li>- Sie kann hier dann vermittelnd tätig werden, auch wenn etwas nicht so gut läuft, wie z.B. wenn das Pflegepersonal sich nicht sehr wertschätzend gegenüber den Sexualassistenten verhält</li> </ul>
Z. 136 – 138	- Die SexualassistentInnen, die für sie arbeiten sind alle selbstständig
Z. 142 – 143	- Sie machen die Sexualassistenz als Nebentätigkeit zu ihrem Beruf

## **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 148 – 162	<ul style="list-style-type: none"><li>- Beweggründe, warum SexualassistentInnen Sexualassistenz ausführen möchten werden hinterfragt</li><li>- Dies wird von einer Kooperationspartnerin, die die Einstiegsberatung und dann auch die Supervision macht ermittelt</li><li>- Die SexualassistentInnen kommen alle aus dem sozialen Kontext, z.B. Sozialpädagogen oder Alltagsbetreuer, und sind bereit einen Schritt weiterzugehen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen</li><li>- Die eigenen Grenzen zu kennen ist das Allerwichtigste, weil es dann nur eine gesunde Arbeit ist, dies prüft die Kooperationspartnerin auf Herz und Nieren</li></ul>
Z. 167 – 172	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie bejahte, dass Sexualassistenz kein Ausbildungsberuf ist und kein geschützter Name</li><li>- Sie nannte Institutionen, die eine Ausbildung anbieten und dass sie diese weites gehend adaptiert und für die Agentur „zurechtgebogen“ haben</li></ul>
Z. 185 – 188	<ul style="list-style-type: none"><li>- Der Ursprung der Sexualassistenz liegt in der Behindertenpflege und sie transferiert dieses Konzept in den Seniorenbereich, wo eine andere Bedürfnislage vorzufinden ist</li></ul>
Z. 189 – 196	<ul style="list-style-type: none"><li>- Senioren haben ein Sexualeben erlebt und können auch klar sagen was sie wollen</li></ul>
Z. 201 – 206	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zu den Dienstleistungen gehören kein Geschlechts- und Oralverkehr</li><li>- Dies war eine Vernunftentscheidung, da sie nicht so viel mit dem Gesundheitsamt zu tun haben wollte</li></ul>
Z. 210	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es gibt viele Stammkunden</li></ul>
Z. 215 – 217	<ul style="list-style-type: none"><li>- In der Regel wird Kuschneln gewünscht und wichtig sei nackt beieinanderliegen</li></ul>
Z. 220 – 234	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die Dienstleistung kostet 150 Euro/ Stunde – Preise für längere Termin werden individuell vereinbart</li><li>- Die SexualassistentInnen bekommen pro vermittelten Termin eine Provision</li><li>- Die Vermittlungsgebühr fällt nur einmalig an</li><li>- Fahrtkostenpauschale wird äußerst ungern erhoben, dies lässt sich manchmal aber nicht vermeiden, wenn die Kunden weit draußen wohnen</li></ul>
Z. 241 – 242	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sie würde sich nicht wünschen, dass Sexualassistenz von den Krankenkassen bezahlt werden würde, da sie nichts davon hält, wenn Sexualität pathologisiert wird</li></ul>
Z. 248 – 258	<ul style="list-style-type: none"><li>- Was sie für gut und richtig halten würde, wäre ein Budget, z.B. im stationären Bereich, über welches die Einrichtung verfügen kann</li><li>- Eine Art Betreuungsleistung</li></ul>

## **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 260 – 269	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die Kunden sind überwiegend männlich</li><li>- Die weiblichen Kunden sind alle demenz</li><li>- Sie geht davon aus, dass sich das noch ändern wird, wenn auch Frauen mit einer anderen Sozialisation in die Heime kommen</li><li>- Jetzt sind es noch überwiegend kriegstraumatisierte Frauen, die es auch in der Ehe nicht so gut hatten und z.B. damit abgeschlossen haben</li></ul>
Z. 271 – 286	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kunden werden überwiegend ambulant getroffen</li><li>- Sie sagt, dass dies ein großer Hinweis darauf ist, dass die meisten stationär aufgenommen Bewohner sich nicht trauen</li><li>- Hier kämpft man stark mit dem Thema Scham und es auch nicht so einfach ist in einer Einrichtung anonym Besuch zu bekommen</li><li>- Die Mitbewohner gucken „Wer ist denn da?“ und die Sexualassistenz muss halbwegs versteckt werden oder sich als eine andere Person ausgeben</li></ul>
Z. 291 – 299	<ul style="list-style-type: none"><li>- Werden Bewohner nicht ambulant getroffen, sehen die räumlichen Bedingungen sehr unterschiedlich aus</li><li>- Die SexualassistentInnen schließen sich ein, um Störungen auszuschließen, dies kommuniziert sie vorab</li></ul>
Z. 331 – 334	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorgespräche, Nachgespräche und Rückmeldungen laufen über die Befragte</li></ul>
Z. 321 – 329	<ul style="list-style-type: none"><li>- Im Vorwege läuft alles über die Befragte, da die SexualassistentInnen anonymisiert bleiben</li><li>- Von der Befragten bekommen die SexualassistentInnen den Namen des Kunden, die Adresse und den Namen einer Kontaktperson im Heim</li></ul>
Z. 351 – 362	<ul style="list-style-type: none"><li>- Es werden keine Wachkomapatienten besucht</li><li>- Hier kann die Einwilligungsfähigkeit nicht überprüft werden</li><li>- Wenn jemand nicht sprechen kann, können sie aufgrund ihrer Professionalität, wie die Pflege es auch macht, auf verbale und non-verbale Kommunikation zurückgreifen</li><li>- Sie sagt, dass jeder ein Nein über Körpersprache und Abwehrhaltung versteht</li><li>- Niemand wird zu etwas gezwungen und es kann jederzeit abgebrochen werden</li><li>- Dies gilt auch für den umgekehrten Fall</li></ul>
Z. 380 – 381	<ul style="list-style-type: none"><li>- Die Regelmäßigkeit der Besuche beläuft sich aufgrund der finanziellen Situation meist auf einmal im Monat</li></ul>
Z. 398 – 405	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kundenanfragen werden nicht abgelehnt, es sei denn die Kunden sind regional nicht erreichbar oder wenn sich herausstellt, dass der Kunde noch mobil ist</li><li>- Ansonsten wird immer erstmal ausprobiert</li></ul>

### **Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Z. 465 – 477	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es hat keinen bestimmten Grund warum die Agentur sich auch für Menschen mit Demenz geöffnet hat</li> <li>- Sie sagt, dass sie um die einfach nicht herkommen, da 65 Prozent dieser Zielgruppe in Einrichtungen vorzufinden ist</li> </ul>
Z. 338 – 346	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Menschen mit Demenz wo beobachtet werden soll, ob die Sexualassistenz effektiv ist, ist sie mit den Pflegekräften im Gespräch, da hier das Trial und Error-Prinzip verwendet wird. Das heißt, es kann funktionieren, muss aber nicht</li> <li>- Hier wird genau ganz genau geguckt, wie verhält er sich nach dem Besuch?</li> <li>- Soll er oder sie nochmal wiederkommen?</li> <li>- Dies wird besprochen und dann gemeinsam entschieden</li> </ul>
Z. 419 – 430	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei demenzerkrankten Personen wird auf eine Ethikkommission zurückgegriffen, denn es Bedarf das Einverständnis aller anderen Pflegebeteiligten zur Sexualassistenz</li> <li>- Sie sagt vorsichtig, dass diese je nach Einrichtung aus den Angehörigen, der verantwortlichen Pflegekraft und der Pflegedienstleitung besteht</li> <li>- Es wird gemeinsam besprochen, ob es etwas für den Menschen wäre oder nicht</li> </ul>
Z. 436 – 440	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie würden auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz aufnehmen, wenn alle Einverständnisse vorliegen</li> </ul>
Z. 444 – 449	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muss immer geguckt werden, wer die größte Not hat</li> <li>- Oft ist es „nur“ das Pflegepersonal und es erstmal geguckt werden muss, ob man auch Filme, Sexspielzeug oder Zeitschriften anbieten könnte</li> <li>- Sie sagt, dass Sexualassistenz nicht die Lösung und das Maß aller Dinge ist</li> </ul>
Z. 451 – 457	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt die Krux sei, dass nicht darüber gesprochen wird</li> <li>- Diesbezüglich hat sie ein zweites Geschäftsfeld eröffnet, um den Pflegenden mehr Unterstützung im Gesprächsbereich zu geben</li> </ul>
Z. 460 – 463	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diese seien sprechblockiert und hätten eine Angst und versuchen das möglichst schnell outsourcen</li> </ul>
Z. 499 – 500	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Möglichkeit der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz sieht sie die Entspannung</li> </ul>
Z. 541 – 544	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass die Grenzen immer bei den Sexualassistenten selbst liegen</li> <li>- Für die Agentur liegt die Grenze beim Austausch von Körperflüssigkeiten</li> </ul>
Z. 556 – 557	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf Nachfrage, ob es auch finanzielle Grenzen gäbe, sagte sie, dass sie hier auch an ihre Grenzen stoßen, da viele alte Menschen kein Geld haben</li> </ul>

<b>Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz</b>	
Z. 569 – 575	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualassistenten haben sich speziell für den Umgang mit Menschen mit Demenz fortgebildet, da die Kooperationspartnerin sich auf dem Gebiet auch sehr gut auskennt</li> <li>- Sie stellen oftmals fest, dass am Ende des Tages eine gehörige Portion Empathie benötigt wird, um in den Kontakt zu kommen</li> <li>- Das ist am Allerwichtigsten und dann nützt das Fachwissen auch nicht</li> </ul>
Z. 577 – 580	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualassistenten haben noch nicht geäußert, dass Menschen mit Demenz andere Bedürfnisse haben als andere Kunden</li> </ul>
Z. 605 – 606	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Menschen mit Demenz mehr einfordern als gewünscht, dann weisen die Sexualassistenten auf eine sehr empathische Weise nonverbal zurück</li> </ul>
Z. 616 – 620	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualassistenten haben auch noch keine Schwierigkeiten bezüglich der Arbeit bei Menschen mit Demenz als zu anderen Kunden zurückgemeldet</li> </ul>
Z. 631 – 632	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die dementen Kunden der Agentur sind auch überwiegend männlich</li> </ul>
Z. 638 – 640	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der aktuelle Wunsch und das aktuelle Bedürfnis nach Sexualität wird insofern überprüft, dass zu Beginn des Termins gefragt wird „Was wünschst du dir heute?“</li> <li>- Und durch die Terminierung von Termin zu Termin</li> </ul>

### **Einvernehmen**

Z. 658 – 668	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Definition des Einvernehmens aus dem Duden und der Aussage der Interviewerin, dass dieses bei Menschen mit Demenz oft nicht anzutreffen ist, mit der Frage wie sie es als Expertin bezüglich der Sexualassistenz beurteilt, sagte sie, dass sie diese Aussage Quatsch findet</li> <li>- Sie sagte, dass was Menschen mit Demenz von nicht Erkrankten unterscheidet ist, dass sie nicht zeitlich und örtlich orientiert sind und eine Einvernehmlichkeit sei situativ</li> <li>- Die Sexualassistenten erkennen dies verbal oder nonverbal, unabhängig von der Erkrankung</li> </ul>
Z. 679 – 681	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es besteht eine Geschäftsbeziehung und dass hier kein persönliches Interesse besteht irgendjemanden zu kompromittieren oder in die Enge zu treiben</li> </ul>
Z. 682 – 685	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagte, dass es auch schon Termine gab, wo nur der Arm gestreichelt wurde und intime Gespräche geführt wurden, wo auch diese Zeit, dieses Miteinander, diese Zweisamkeit genossen wurde</li> </ul>
Z. 695 – 697	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bezüglich der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz wird während der Stunde situativ und immer, wenn es für die Sexualassistenten passt, auf Kundenwunsch gehandelt, da der die Dienstleistung einkauft</li> </ul>

## **Rechtliche Aspekte**

Z. 705 – 708	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als Vermittlerin der Sexualassistenten muss sie sich schützen, dass sie nicht der Zuhälterei bezichtigt werde</li> <li>- Dies geschieht durch die Zustimmung der ABG's der Sexualassistenten</li> </ul>
Z. 710 – 713	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es findet keine Sexualassistenz bei Minderjährigen statt und keinerlei Unzucht mit Abhängigen, d.h. z.B. wenn eine Sexualassistentin als Pflegeperson irgendwo tätig ist, dann darf sie grundsätzlich nicht in der Einrichtung arbeiten</li> </ul>
Z. 722 – 724	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seit dem 01.07.2017 greift für die Sexualassistenten das Prostitutionsschutzgesetz und sie müssen sich beim Ordnungsamt als Prostituierte melden</li> </ul>
Z. 734 – 742	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zudem müssen sie sich alle drei Monate einer Gesundheitsbelehrung unterziehen</li> <li>- Sie sagt, dass die Entscheidung vom Bund den Markt verändern wird – Es wird noch eine größere Dunkelziffer entstehen</li> </ul>
Z. 756 – 764	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt keine Verträge</li> <li>- Die Sexualassistenten sind im weiten Sinne Honorarkräfte</li> <li>- Sie befolgen ein Regelwerk und müssen die AGB's unterzeichnen</li> </ul>
Z. 776 – 778	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Befragte hat sich zur Verschwiegenheit der Daten der Sexualassistenten verpflichtet</li> </ul>
Z. 788 – 791	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualassistenten geben keine Auskunft wie die Stunde war gegenüber der Heimleitung</li> </ul>
Z. 793 - 805	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Menschen mit Demenz kommuniziert sie als Vermittlerin im Nachhinein mit den Sexualassistenten und dann gegebenenfalls mit der Einrichtung</li> </ul>

## **Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden**

Z. 810 – 812	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Befragte sieht die Arbeit der Sexualassistenten sowohl als Unterstützung als auch als Entlastung</li> <li>- Im pflegerischen, also im Seniorenbereich, ist es sehr unterstützend</li> <li>- Im Behindertenbereich sehr entlastend</li> </ul>
Z. 829 – 834	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sexualassistenten nehmen durch Validation das Nonverbale oder auch Gesprochene wahr, dass die Entspannung stattfindet</li> </ul>
Z. 837 – 839	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was alle Sexualassistenten, die für sie arbeiten, sagen ist: „Der Kunde genießt es so diese Zweisamkeit, weil da ja eben niemand wegrennt und niemand nur so durchrauscht durch den Raum, sondern einfach bleibt.“</li> </ul>
Z. 848 – 849	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Entlastung der Pflegekräfte durch die Dienstleistung der Sexualassistenz hängt auch damit von ab, wie die das annehmen und wie professionell sie damit umgehen</li> </ul>
Z. 850 – 852	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn die dem Thema Sexualassistenz nicht offen begegnen, dann empfinden die das nicht als Entlastung, dann ist das für die irgendwie Stress</li> </ul>

### **Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden**

Z. 855 – 857	- Begegnet eine Pflegekraft dem Thema offen dann melden sie das auch genau so zurück, Beispiel: „Ich find’ das eine super Unterstützung.“
Z. 860 – 864	- Sie bekommt regelmäßig Feedback diesbezüglich - Das ist auch ihr Anliegen - Bekommt sie keines fragt sie bei der Heimleitung oder Geschäftsfähigen nach
Z. 880 – 883	- Den Sexualassistenten wird von den Kunden gedankt

### **Zukunft der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz**

Z. 906 – 909	- Für die Zukunft ist sie ganz positiv, da die 68iger Generation die Heime bezieht - Sie glaubt, da haben wir nichts zu befürchten, da sie denkt, dass diese Generation ihre Bedürfnisse ganz klar kundtun wird
Z. 921 – 923	- Für die Zukunft der Sexualassistenz für Menschen mit Demenz sieht sie nicht nur bei der Sexualassistenz einen besonderen Bedarf - Sie sagt, sie sieht hier den größten Bedarf an „Wie können wir weitestgehend trotz dieser Erkrankung Selbstbestimmung sicher stellen?“
Z. 933 – 939	- Für die Agentur wünscht sie sich, dass sie wächst und dass darüber gesprochen wird, dass sie gut zu tun hat und dass es funktioniert

### **Ergänzungen seitens der Interviewpartnerin zum Schluss**

Z. 955 – 961	- Sie glaubt, dass wir Probleme nur lösen können, wenn wir darüber reden - Sie sieht viel Kopfkino bei den Leuten - Sie sagt, die denken auch alle, die kommen in Highheels und Netzstrümpfen an - Sie benennt dies als verquere Fantasien, gerade bei den Pflegekräften - Sie glaubt, dass wir es nur vom Tisch kriegen, wenn man es mal offen anspricht
--------------	---



### Ergebnistabelle Interview 3

#### Kontaktaufnahme

Zeile im Transkript (von – bis)	Ergebnis
Z. 9	- Sie gibt an, dass sie bekannt ist und man sie findet
Z. 14 – 15	- Sie hat eine Website
Z. 30 – 33	- Wenn sie nachfragt, wie sie gefunden wurde, dann ist es vom Hörensagen oder weil sie auf einem Vortrag gehört wurde oder sie schon einmal in einer anderen Gruppe tätig war
Z. 47	- Sie wird eher von Pflegedienstleitungen kontaktiert, wenn es um Menschen mit Demenz geht
Z. 62 – 63	- Manchmal auch von Angehörigen
Z. 67 – 68	- Bei Angehörigen sind es meistens die Kinder, nicht die Ehefrau
Z. 73 – 74	- Es ist für sie leichter mit den Professionellen zu arbeiten, da die nicht emotional involviert sind
Z. 77 – 81	- Sie hinterfragt den Grund der Buchung
Z. 85 – 89	- Auf die Frage was das für Gründe sein könnten, sagte sie, dass sie glaubt, dass sie nicht angerufen wird, wenn es keine Probleme gibt bei Menschen mit Demenz - Bei Menschen mit Behinderung kann es manchmal sein, dass gesagt wird „Der ist immer so angespannt und es wäre einfach schön und das Geld ist da.“
Z. 68 – 69	- Meistens geht es um einen Mann, der die Schwestern berührt

### **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 226 – 227	- 94 hat sie angefangen erotische Massagen für Menschen ohne sichtbare Behinderung anzubieten
Z. 239 – 241	- Darauf meldeten sich auch Menschen mit Körperbehinderung - Sie hat dann ihre Anzeige geschrieben: Auch für Menschen mit Behinderung
Z. 249 – 281	- Sie beschreibt einen Schneeballeffekt von Ereignissen, welche dazu beigetragen haben, dass sie immer bekannter wurde und es ihr hierbei möglich war, den Begriff der Sexualassistenz/ Sexualbegleitung mit zu definieren
Z. 283 – 286	- Da sie mit Menschen mit kognitiver Behinderung, Demenz und Autismus arbeitet, musste sie auch sozusagen darüber reden und wurde immer mehr für Workshops und Vorträge engagiert
Z. 287 – 290	- Zur Zeit ist ihre Hauptarbeit Öffentlichkeitsarbeit und sie arbeitet nur noch individuell mit Menschen, die demenz sind, Autismus-Spektrumsstörungen oder schwere kognitive Behinderungen haben oder schwerst mehrfach behindert sind
Z. 111	- Sie bietet keinen Geschlechtsverkehr oder Oralkontakt an
Z. 312 – 313	- Jeder Sexualassistent muss für sich selber entscheiden, was er anbietet und für wen
Z. 320	- Es gibt kein Standardangebot für die Sexualassistenz
Z. 354 – 356	- Sexualassistenz kann nur bei Menschen angeboten werden, die vielleicht nicht orientiert sind oder sich nicht mehr verbal äußern können, wenn sie klar oder nein signalisieren können
Z. 392 – 393	- Ihre Preise für Sexualassistenz kosten wie folgt: Einzelsitzung bei ihr in XXX 100 Euro, Haus- oder Einrichtungsbesuch bei Anreise bis zu einer Stunde 120 Euro, bei Anreise über eine Stunde 130 Euro
Z. 395 – 396	- Preise für andere Städte werden individuell vereinbart
Z. 459 – 464	- Ihr Angebot richtet sich grundsätzlich an Männer und Frauen, wird jedoch mehr von Männern in Anspruch genommen - Sie hat auch schon mit Frauen gearbeitet
Z. 469	- Immer wiederkehrende Termin hat sie

### **Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen**

Z. 473 – 488	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Regelmäßigkeit beläuft sich hier von wöchentlich, alle zwei Wochen, alle drei bis vier Wochen</li> <li>- Manchmal liegen aufgrund von organisatorischen Gründen auch drei Monate dazwischen</li> </ul>
Z. 554 – 569	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kundenanfragen, welche nicht mit ihrem Angebot übereinstimmen, lehnt sie ab</li> <li>- Sollte sie während einer Sitzung merken, dass sie keinen Kontakt mit dem Menschen bekommt, weil dieser übergriffig ist und auch nach mehrmals auffordern aufzuhören nicht aufhört, dann müsste neu geguckt werden</li> </ul>
Z. 587 – 590	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgespräche mit Pflegepersonal/ Pflegedienstleitung laufen nur am Telefon</li> </ul>
Z. 592 – 596	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hier wird abgefragt: Medikamente, der Grund, was ist vorher passiert, es wird rausgehört, ob es eine andere Möglichkeit gibt und dann wird gemeinsam der Weg gegangen</li> </ul>
Z. 144 – 146	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zudem versucht sie immer herauszufinden, wie krisenhaft die Situation schon ist, ob schon ein Streit mit den Mitarbeiterinnen angefangen hat, ob die schon richtig Wut und Ekel entwickelt haben</li> </ul>
Z. 147 – 152	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie versucht rauszuhören, ob es eventuell sinnvoll ist erstmal eine Fortbildung in der Einrichtung zu machen</li> <li>- Dies bietet sie der jeweiligen Einrichtung an, damit die Mitarbeiter sich ernst genommen fühlen und Informationen über den Sinn und Zweck der Sexualassistenz gewinnen können</li> <li>- Sie können Fragen stellen und Befürchtungen aussprechen</li> </ul>
Z. 153 – 168	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die größte Befürchtung der Mitarbeiterinnen ist, dass „es schlimmer wird“, dies sei ihrer Erfahrung nach jedoch nicht der Fall</li> <li>- Bekommen Mitarbeiter Antworten, entsteht eine vertraute Atmosphäre, in der sie Sexualassistenz unterstützen können</li> <li>- Sie braucht diese Unterstützung auch für ihre Arbeit, wenn es z.B. um die Lagerung des Patienten geht</li> <li>- Haben Mitarbeiter kein Verständnis und eigentlich Vorbehalte, dann äußern sie das z.B. dadurch, dass ein Handtuch oder die Küchenrolle nicht da ist oder das Inkontinenzmaterial nicht gewechselt wurde- so schlimm habe sie es aber noch nicht erlebt</li> </ul>
Z. 923 – 926	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Nachgespräch erzählt sie nicht jedes erotische Detail</li> <li>- Es geht darum, wie es für sie war, ob sie Kontakt zu dem Kunden herstellen konnte hat und ob sie die Person sympathisch findet</li> </ul>

### Arbeitsfeld/ Arbeitsbedingungen

Z. 953 – 969	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie redet im Nachgespräch immer erst über sich, wie sie es empfunden hat</li> <li>- Wenn Kunden noch sprechen können, dann fragt sie nach, ob sie den Pflegekräften Informationen geben darf.</li> <li>- Hierzu nannte sie beispielweise einen Mann, der Schmerzen an seinem Penis hatte</li> <li>- Sie hinterfragte die Art des Schmerzes und bat den Mann um sein Einverständnis, dem Pflegepersonal davon zu erzählen, damit diese einen Arzt hinzuziehen können</li> </ul>
Z. 497 – 503	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf die Frage wie das Arbeitsumfeld in Pflegeeinrichtungen aussieht, ob die Tür abgeschlossen wird, ob es danach einen Kaffee gibt, wie sie mit dem Personal umgeht, sagte sie, dass die meistens überfordert und unter Zeitdruck sind, da ist nichts mit wir setzen uns nochmal hin und reden und trinken einen Kaffee</li> </ul>
Z. 505 – 516	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für die Tür gibt es keinen Schlüssel, da „die“ sich nicht selber einsperren dürfen</li> <li>- Manchmal bringt sie ein Schild „Bitte nicht stören“ mit, manchmal hat die Einrichtung auch ein „Besetzt“ „Ding“ oder manchmal stellt sie ihre Tasche vor die Tür, damit „die“ wissen, dass sie da ist</li> </ul>
Z. 505 – 516	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manchmal kommen „die“ auch rein, weil sie vergessen haben, dass sie da ist</li> <li>- Sie schreit dann immer ganz laut, dann erschrecken „die“ sich und rennen wieder raus</li> <li>- Manchmal sind „die“ so abgestumpft, dass wenn jemand kommt, „die“ erstmal bedröhnt stehen bleiben und dann merken „Ach so, da ist jetzt gerade nicht.“</li> </ul>
Z. 401	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie würde sich nicht wünschen, dass Sexualassistenz von der Krankenkasse bezahlt wird</li> </ul>
Z. 420 – 435	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass es ein Budget geben sollte z.B. beim Sozialamt oder Pflegeamt für Menschen, die „in Not“ sind und „keine verbale Unterstützung umsetzen“ oder „rückkoppeln“ können und „das dringend brauchen“</li> </ul>
Z. 435 – 439	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hier brachte sie auch an, dass ein Paragraph wie: „Sexualassistenz/ Sexualbegleitung wird in diesen und diesen Fällen ermöglicht. Es gibt einen finanziellen Zuschuss.“, eingeführt werden sollte</li> <li>- Aber keine Kostenübernahme der Krankenkasse, dann bekommt es einen „Therapiecharakter“</li> </ul>

### **Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Z. 492 – 495	- Menschen mit Demenz besucht sie in Pflegeeinrichtungen
Z. 89 – 91	- Sie sagt, bei Menschen mit Demenz ist meistens schon eine gewisse Notsituation entstanden und dann möchte sie genau wissen, wie das aussieht
Z. 95 – 97	- Beispiele: „Gibt es da Aggressionen? Und wenn ja, wie sehen die aus? Sind die körperlich? Sind die verbal? Wenn ja verbal: Was wird da gesagt? Ist es auf der Ebene von „Fotze“ und solche Sachen oder ist es „Ich will ficken.“? Wie sieht das Verhalten aus?“
Z. 131 – 143	- Werden Medikamente oder Psychopharmaka verabreicht, bittet die Befragte um die Namen der Mittel - Durch das Internet informiert sie sich vorab über mögliche Nebenwirkungen, die die Orgasmusfähigkeit beeinträchtigen können - Sie als Frau kann nicht einschätzen, inwieweit das Gefühl „Ich komme jetzt bald“ ohne folgenden Orgasmus mehr Unruhe in dem Pflegebedürftigen auslösen könnte
Z. 99 – 113	- Sie sagt, dass Menschen mit Demenz meistens „normal Sexualität“ gelebt haben und meistens „noch ein Rest von Konzept über Sexualität“ haben - Wichtig ist für sie immer herauszuhören, ob dem Menschen auch mit Körperkontakt geholfen sein kann
Z. 126 – 127	- Zudem ist ihr wichtig im Vorfeld einen Eindruck zu erlangen, ob ihr Dienstleistungsangebot zu den Bedürfnissen des Kunden passt.
Z. 374 – 379	- Die Menschen mit Demenz, die sie kennengelernt hat, hatten meistens eine Korsakow-Demenz - Sie sagt, diese waren eher schon vorahnend oder wissend „Das will ich jetzt.“ - Dies ist meist von direkten, teilweise unangenehmen Formulierungen begleitet
Z. 383	- Beispiel: „Ficken, ficken?“, „Kannst du ihn mal in den Mund nehmen?“

### **Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz allgemein/ Grenzen und Möglichkeiten bei Menschen mit Demenz**

Z. 735 – 743	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass der Unterschied zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz oder Behinderung ist, dass „wir“ unsere sexuellen Bedürfnisse unterdrücken oder sublimieren können</li> <li>- „Wir“ haben viele Möglichkeiten und fangen nicht an durch die Gänge zu rennen und zu sagen „Ahahaha, ich will ficken!“, weil „wir“ wissen das macht man nicht</li> </ul>
Z. 751 – 753	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie denkt nicht, dass die Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz anders sind</li> <li>- Sie denkt, dass die „Fähigkeit das selber zu gestalten abhandengekommen ist und dass sie da dann möglicherweise eine Assis-tenz brauchen“</li> </ul>
Z. 702	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie hat sich nicht speziell für den Umgang mit Menschen mit Demenz fortgebildet</li> </ul>
Z. 697 – 707	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie hält es für die wichtigste Vorbereitung, dass man sich selber kennt, dass man merkt, wenn man Angst hat, dass man merkt, wenn man Ekel hat, dass man merkt, was einem Freude bereitet, was die eigenen Grenzen sind</li> <li>- Man muss sich selber kennen und sich selber mitkriegen, weil Menschen, die nicht orientiert sind, sind völlig abhängig von der Klarheit vom Umfeld</li> </ul>
Z. 672 – 673	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt Grenzen sind auch immer Möglichkeiten</li> <li>- Jede Grenze ist eine Möglichkeit, neue Möglichkeiten zu entdecken</li> </ul>
Z. 661 – 663	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie nannte zu Grenzen verschiedene Situationen, wie z.B. die Verständigung mit dem Menschen, von dem man weiß, dass er nicht mehr alles versteht oder Momente hat, in denen er gar nichts mehr versteht oder alles sofort wieder vergisst</li> </ul>
Z. 674 – 676	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu den Möglichkeiten würde sie zählen, dass diese Menschen nicht mehr behindert sind von guten Manieren, höfliches Benehmen, wie man das halt so macht</li> <li>- Sie sagt, dass dadurch eine gewisse Freiheit entsteht</li> </ul>
Z. 678 – 695	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf die Nachfrage wie sie Möglichkeiten in Bezug auf Entlastung/ Entspannung bei Menschen mit Demenz sieht, antwortete sie, dass Sexualassistenz kein Allheilmittel ist</li> <li>- Sie sagt, man hat gewisse Möglichkeiten für einen Moment von Freude, von Nähe, von Entspannung und dann ist es auch alles wieder Alltag</li> <li>- Hier sind dann die Mitarbeiter gefragt</li> <li>- Die können eventuell spüren, dass da etwas mehr Ruhe ist, dass da weniger Gegrabsche ist und „solche Sachen“</li> </ul>

## **Einvernehmen**

Z. 765 – 774	- Bezüglich der Definition von Einvernehmen aus dem Duden und der Aussage, dass dies nicht bei Menschen mit Demenz vorhanden ist und der Frage wie sie das auf die Sexualassistenz bezieht sagte sie an dieser Stelle wiederholt „Man kann nur Sexualassistenz anbieten, an Menschen, die klar ja oder nein signalisieren können, ob jetzt verbal oder nonverbal. Wenn jemand nicht reagiert, wenn es keine klare Botschaft ist „Ich will das oder nicht.“, muss man aufhören. Sofort.“
Z. 788 – 789	- Sie sagt, dass Integrität da sein muss
Z. 789 – 792	- Die ist da, wenn man sich selber kennt, wenn man sein Menschsein gebildet hat, wenn man selber durch Sachen durchgegangen ist, wenn man reflektiert hat
Z. 822 – 824	- Sie sagt, dass männliche Sexualassistenten es viel schwerer haben, weil Männern das viel schneller unterstellt wird, dass die eventuelle Grenzen überschreiten würden

## **Rechtliche Aspekte**

Z. 928 – 931	- Sie sagt, dass sie keine Ahnung hat, ob sie speziell bei der Arbeit für Menschen mit Demenz rechtliche Grundlagen beachten muss
Z. 941	- Sie sichert sich nur ab, indem sie alles offenlegt
Z. 943 – 946	- und sie mit dem Umfeld kommuniziert - Die Zustimmung muss beispielweise durch Worte wie „ja“ oder „nein“ vorliegen und dementsprechend wird die Möglichkeit der Umsetzung festgelegt - Bei Menschen mit Demenz wird die Zustimmung immer wieder überprüft, da sich die Demenz auch fortschreitet - Hier kann es schon einen Monat später eine völlig andere Situation sein

### **Sexualassistenz als Entlastung für Pflegepersonal als auch für den Kunden**

Z. 975 – 977	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass es passieren kann, dass es das Personal entlastet, weil es die Person entlastet hat</li> <li>- Die Person muss nicht mehr pausenlos suchen bei Leuten, die ihm das nicht geben können</li> </ul>
Z. 984 – 998	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf die Frage, ob sie Feedback bekommt vom Personal wie z.B. „Wow, der hat sich uns gegenüber total verändert. Das kommt gar nicht mehr vor, dass wir angegrabscht werden. Der zieht sich nicht mehr ständig aus.“, sagte sie, dass sie nicht so „ein großer Fan von Enthusiasmus“ ist und dort dann ein „bisschen bremsen“ würde</li> <li>- Es wird schon thematisiert, aber nicht so wie die Interviewerin es beschrieben hat, denn dann sagt sie, bekommt es ganz viel den Charakter von „Machen Sie mal die Störung weg.“ Statt „Gehen Sie mal ein auf die Bedürfnisse, die jemand hat.“</li> </ul>
Z. 1005 – 1006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist eine gewisse Dankbarkeit und Respekt und ein „Appreciation“ ihrer Arbeit vorhanden</li> </ul>
Z. 1011 – 1013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es kann auch vorkommen, dass das Umfeld fast wie eine Wand ist – Dass es initiiert wurde von der Leitungsebene und dass die Mitarbeiter sowieso nicht zufrieden sind – Der Umgang mit der Person funktioniert aber trotzdem</li> </ul>

### **Zukunft der Sexualassistenz bei Menschen mit Demenz**

Z. 1062 – 1071	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sagt, dass die Menschen, die irgendwann zu den Demenzbetroffenen gehören, immer mehr von anderen Generationen sein werden</li> <li>- Jetzt sind es meist noch die, die vor dem Krieg geboren wurden</li> <li>- Diese Menschen haben oft Entbehrungen erlebt und sie haben eine bestimmte Moralvorstellung der Eltern verinnerlicht</li> <li>- Sie sagt, dass sich das mit den Babyboomern aus den 60iger Jahren ändern wird und dass sie andere Ansprüche haben werden</li> </ul>
Z. 1088 – 1090	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird vielleicht so sein, dass diese Generation erstens weniger Scheu haben wird über ihre sexuellen Bedürfnisse zu sprechen und zweitens weniger Schwierigkeiten damit haben wird, dass diese aus Dienstleistungen gebracht werden können</li> </ul>
Z. 1130 – 1142	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie denkt, dass Sexualassistenz in Zukunft ein ganz normaler Beruf sein wird, was er ihrer Meinung nach bereits jetzt schon ist</li> <li>- Sie fände es toll, wenn jede Einrichtung ein Konzept hat, einen Leitfaden über den Umgang mit Sexualität und Beziehungen</li> <li>- Wenn die Mitarbeiter dementsprechend geschult werden, da das Thema in ihrer Ausbildung oft nicht berührt wird</li> <li>- Sie sollten qualitative Fortbildungen bekommen, in der sie lernen darüber zu sprechen und über Möglichkeiten informiert werden, wie man eine aktive Sexualassistenz vorbereitet und mit begleitet</li> <li>- Dass Sexualassistenz etwas ist, „was organisiert wird, was, was Schönes und Gutes ist und nicht etwas ekeliges, doofes, komisches, bezahl-behaftetes“ – „Einfach eine ganz natürliche menschliche Geschichte, die Menschen auch viel Lebensfreude geben kann, die sie möglicherweise nicht mehr haben“</li> </ul>
Z. 1153	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie hat keine Antwort auf die Frage, wie lange sie noch in dem Bereich arbeiten möchte</li> </ul>



