

Maturitätsarbeit an der Kantonsschule Zürich Nord

Honoré Mingot N6j

Bedeutet der Verlust der Mobilität
das Ende der Sexualität
bei Paaren in einem Pflegeheim?

Betreut von Nadja Kilchmann

Zürich, Dezember 2015

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	3
2 Einleitung	4
3 Hindernisse zur Enttabuisierung der Sexualität im Pflegeheim und deren Folgen für Paare mit stark eingeschränkter Mobilität	7
3.1 Alte Menschen sind keine asexuellen Wesen	7
3.2 Faktoren, die der Sexualität in Pflegeheimen hinderlich sind	9
3.3 Immobile Paare: Rückzugsmöglichkeiten und passive Unterstützung	12
3.4 Bemerkungen zur Umfrage	12
3.5 Resultate der Umfrage der teilnehmenden Pflegeheime	15
3.5.1 Basiswissen und Knowhow durch Weiterbildung	15
3.5.2 Recht auf Sexualität im Leitbild bzw. in den internen Richtlinien	16
3.5.3 Thematisierung der Sexualität der Patienten im Pflegeteam	17
3.5.4 Alters-/ Erfahrungsdurchmischung des Pflegepersonals	18
3.5.5 Ansprechperson zum Thema Sexualität	19
3.5.6 Loyalität gegenüber dem Patienten	20
3.5.7 Vorträge und Informationen für Patienten	21
3.5.8 Privatsphäre: Umgang mit dem Anklopfen	22
3.5.9 Rückzugsmöglichkeiten für ein neues Paar	23
3.5.10 Passive Unterstützung bei einem Paar mit stark eingeschränkter Mobilität	24
3.5.11 Zugang zur Sexualität und finanzielle Lage der Heimbewohner	25
4 Diskussion	28
4.1 Paarunfreundliche Einzelzimmer und sexualunfreundliche Betten	28
4.1.1 Einzelzimmer mit gemeinsamer Nasszelle und Verbindungsmöglichkeit	28
4.1.2 Betten sind doch mehr als nur Betten	28
4.2 Für Pflegeheime ist Sexualität allgemein ein zweitrangiges Thema	31
4.3 Unterschiedliche Wahrnehmung der sexuellen Bedürfnisse in Pflegeheimen	32
4.4 Analyse der Antworten nach Roach	33
4.4.1 Erklärung des Modells	33
4.4.2 Auswertung einzelner Antworten nach dem Modell von Roach	34
4.4.3 Erarbeitung eines Leitbildes zur Sexualität mit Mitwirkung des Personals	35
4.5 Äussere und innere Sicherheit des Personals: Leitbild und Austausch	36
4.6 Zugang zu Sexualität für Paare mit stark eingeschränkter Mobilität	37
4.6.1 Erschwertes Ausdrücken von Bedürfnissen wegen Abhängigkeitsverhältnis	37
4.6.2 Enttabuisierungsgrad und Gewährleistung passiver Unterstützung	38
4.6.3 Leitbild und Gewährleistung passiver Unterstützung	39
4.6.4 Passive Unterstützung: eine Aufgabe des Pflegepersonals?	40
4.6.5 Keine passive Unterstützung durch das Heim, was dann?	42
4.6.6 Von der passiven zur aktiven Unterstützung	42
5 Schlussfolgerungen	45
Literaturverzeichnis	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Weiterbildung	15
Abbildung 2 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Leitbild / interne Richtlinien	16
Abbildung 3 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Besprechung der Sexualität im Pflegeteam	17
Abbildung 4 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Altersdurchmischung Personal	18
Abbildung 5 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Ansprechperson Sexualität	19
Abbildung 6 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Loyalität gegenüber Patienten	20
Abbildung 7 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Vorträge und Informationen	21
Abbildung 8 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Anklopfen und auf Aufforderung warten	22
Abbildung 9 Antworten zu den Rückzugsmöglichkeiten.....	23
Abbildung 10 Antworten zur passiven Unterstützung	24
Abbildung 11 Korrelation Heimtaxen und Enttabuisierung der Sexualität	25
Abbildung 12 Korrelation Heimtaxen und Rückzugsmöglichkeiten	26
Abbildung 13 Beispiel Doppelpflegebett	29
Abbildung 14 Zusammengeschobene Pflegebetten	30
Abbildung 15 Improvisierte Liebesbrücke	31
Abbildung 16 Model Guarding discomfort paradigm (Roach 2004), angepasste Übersichtstabelle nach Riebandt (2013, Folien 12-16)	33
Abbildung 17 Enttabuisierungsgrad und Bereitschaft einer passiven Unterstützung	38
Abbildung 18 Zusammenhang zwischen Bekenntnis zur Sexualität und Bereitschaft zur passiven Unterstützung	39

1 Vorwort

Der Zusammenhang zwischen dem Verlust der Mobilität und dem Ende der Sexualität wird im Titel meiner Arbeit nicht erläutert. Der Begriff „Ende der Sexualität“ kann sowohl als freiwilliges Ende z.B. wegen Lustlosigkeit als auch als unfreiwilliges Ende der Sexualität verstanden werden. Bei meiner Arbeit geht es um das unfreiwillige Ende der Sexualität. Ist ein Paar in seiner Mobilität stark eingeschränkt, bedeutet das noch nicht, dass kein Bedürfnis nach Sexualität und Intimität vorliegt. Wird die Hilfe durch das Pflegepersonal nicht gewährleistet, wenn ein Paar auf Unterstützung angewiesen ist, um seine sexuellen Bedürfnisse ausleben zu können, kann von einem unfreiwilligen Ende der Sexualität gesprochen werden.

Zahlen über solche unfreiwilligen Verzicht auf Sexualität aufgrund der Haltung der Heime liegen nicht vor. Es handelt sich wahrscheinlich eher um eine Randerscheinung, wenn nicht gar um eine Seltenheit. Genau hier liegt die Schwäche meiner Arbeit: Es könnte sich um ein quasi nicht existierendes Problem handeln. Entsprechend äusserte sich meine Grossmutter, die vor Jahren ein Pflegeheim geleitet hatte, als ich sie über mein Arbeitskonzept informierte. Sie vertrat die Meinung, dass mein Arbeitsthema zweitrangig sei, weil ein Paar in einem Pflegeheim, wenn es wirklich wolle, immer eine Möglichkeit für das Ausleben von intimen Momenten finde. Sie meinte, ein Paar schaffe es zu sexuellen Handlungen, auch wenn das Pflegeheim eine restriktive Haltung der Sexualität gegenüber hat. Ich erwiderte, dass ich mein Arbeitsthema auf Paare mit stark eingeschränkter Mobilität beschränkt habe und dass solche Paare auf eine wohlwollende Haltung und auf Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen seien. Auch dazu hatte sie eine klare Antwort: Paare mit stark eingeschränkter Mobilität in einem Pflegeheim seien in der Regel in einem derart schlechten Gesundheitszustand, dass ganz andere Bedürfnisse in den Vordergrund rückten, und Sexualität nicht dazu gehöre. Ich erinnerte sie daran, dass sie Sexualität im Alter nicht auf den Geschlechtsakt reduzieren dürfe. Im Alter rückt die Zärtlichkeit ins Zentrum des sexuellen Lebens. Diese schliesst auch die körperliche Wärme bzw. intime Körperkontakte ein. Meine Grossmutter zeigte für diese Argumente zwar Verständnis, fügte aber hinzu, dass verliebte Paare mit stark eingeschränkter Mobilität in Pflegeheimen eher eine Seltenheit seien. Ihre Schlussfolgerung war, ich solle ein anderes Thema auswählen - meine war jedoch eine ganz andere.

Es kann sein, dass immobile Paare in Pflegeheimen sehr selten vorkommen und dass die Problematik des unfreiwilligen Endes der Sexualität sogar nur für eine Minderheit dieser bereits seltenen Paare relevant ist. Es wäre aus meiner Sicht jedoch falsch, aus der Seltenheit dieser Fälle auf die Bedeutungslosigkeit der Problematik zu schliessen. Ich vermute, dass das Gegenteil der Fall ist. Hier geht es um die schwächsten Paare der Gesellschaft. Je schwächer eine Minderheit ist, umso sinnvoller ist der Schutz deren Rechte, und dies gilt auch für das

Recht auf Sexualität. Ein verbesserter Zugang zu Sexualität bei immobilen Paaren würde dazu beitragen, dass Sexualität in Pflegeheimen allgemein besser thematisiert würde. Das scheint mir wichtig zu sein, da viele Menschen eines Tages von einer Behinderung betroffen sein werden, welche das Ausleben der eigenen Sexualität erschweren könnte.

2 Einleitung

Ein Artikel über Alterssexualität in einer Tageszeitung weckte mein Interesse für diese Thematik. Da die Sexualität der alten Menschen kein gängiges Thema ist, kam es für mich als Maturarbeits Thema in Frage. Zudem brauchte ich dafür keine speziellen Vorkenntnisse. Mir war bewusst, dass Sexualität allgemein in der Gesellschaft und auch bei mir mit einem gewissen Unbehagen verbunden ist. Möglicherweise bin ich der Sexualität gegenüber trotzdem überdurchschnittlich offen, obwohl ich wie die allermeisten prüde bin, wenn es darum geht, über die eigene Sexualität zu sprechen.

Wie kam ich zum Schluss, das richtige Thema für die Maturaarbeit gefunden zu haben? Hier kann ich zum einen die Neugier erwähnen, zum anderen die Intuition, dass dieser Themenbereich sehr interessant sein könnte. Als ich das Thema auf Sexualität bei alten Menschen mit stark eingeschränkter Mobilität im Pflegeheim begrenzte und begann, mich mit der Literatur zu befassen, kamen in der Tat wichtige und interessante Fragen in Bezug auf das Recht auf Sexualität auf.

Da immobile Menschen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, stellt sich die Frage, wie weit die Hilfe im Bereich der Sexualität gehen soll und darf. In meiner Arbeit wird unter anderem die Frage gestellt, ob das Pflegepersonal beim Geschlechtsakt, auf Wunsch des immobilen Paares, Unterstützung leisten sollte. Eine solche Fragestellung kann als Verletzung der gesellschaftlichen Normen empfunden werden. Ich musste deshalb juristisch abklären, ob ich mich mit meinen Äusserungen zur aktiven Unterstützung nicht haftbar machen könnte, z.B. wenn eine Person gestützt auf der juristischen Interpretation in dieser Arbeit eine aktive Unterstützung leisten würde und in diesem Zusammenhang ihre Arbeitsstelle verlieren würde. Tatsächlich musste ich bei meiner Wortwahl kleine Anpassungen wegen eines allfälligen Schadenersatzrisikos vornehmen.

Die Generation der sexuellen Revolution kommt ins Heim und bringt ihre Bedürfnisse zum Ausdruck. Wie wird sich dies auf die Haltung der Pflegeheime in Sache Sexualität auswirken? Wird ein freizügigerer Umgang mit Sexualität begünstigt? Wie ist die Situation hier und heute? Wie weit ist es für Paare in einem Pflegeheim des Kantons Zürich heute möglich, Sexualität nach eigenen Wünschen auszuleben, wenn sie wegen körperlichen Behinderungen auf Hilfe des Pflegepersonals angewiesen sind?

Die letzte Frage habe ich an Pflegeheime gestellt. Ich habe in Kauf genommen, dass nicht alle Heime diese Fragestellung als angemessen betrachten würden. Bei der Auswertung der Antworten der Heime habe ich tatsächlich den Eindruck gehabt, dass manche Heime gegenüber meiner Frage zur Hilfe von immobilen Paaren im Vorfeld intimer Kontakte eher skeptisch waren. Eine solche kritische Haltung gewisser Heime beruht aus meiner Sicht auf einer allgemein falschen Vorstellung bezüglich des Zusammenhangs zwischen Gesundheitszustand und Sexualität. Oft wird nicht genügend wahrgenommen, dass Immobilität von Patienten¹ nicht mit sexueller Inaktivität gleichzustellen ist. Kirsten von Sydow (2009, S. 72) hält Folgendes fest:

„Während der Gesundheitszustand bei Männern die wohl wesentliche Determinante sexueller (in-)Aktivität im reiferen Alter ist, [...], bestehen bei Frauen nur schwache oder z.T. sogar keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sexueller Aktivität [...]"

Die Frauen bilden in den Pflegeheimen die grosse Mehrheit der Heimpatienten. Da sich laut Sydow die sexuellen Bedürfnisse der Frauen bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht oder nur schwach verringern, darf in Bezug auf Menschen mit stark eingeschränkter Mobilität nicht von mehrheitlich libidolosen bzw. asexuellen Personen ausgegangen werden. Weshalb werden diese weiter bestehenden sexuellen Bedürfnisse nur selten ausgelebt? Eine Umfrage von Bucher (2009, S. 54), in der Frauen zu den Gründen für ihre sexuelle Inaktivität befragt wurden, liefert eine gute Antwort darauf. In dieser Umfrage haben lediglich 19.4% der Frauen gemeldet, dass sie keine sexuelle Lust mehr haben. Es haben allerdings 60.4% der Frauen geantwortet, dass kein Partner vorhanden ist. Ich vermute, dass Frauen in Pflegeheimen mit stark eingeschränkter Mobilität von der Problematik „kein Partner vorhanden“ besonders betroffen sind. Aus diesem Grund betrifft das Problem des Zugangs zur Sexualität und Zärtlichkeit bei Paaren mit stark eingeschränkter Mobilität in Pflegeheimen wahrscheinlich relativ wenige Paare. Dies soll aber aus meiner Sicht noch nicht bedeuten, dass es sich nicht um ein wichtiges Thema handelt. Im Gegenteil: Wird das Recht auf Sexualität von einer kleinen Gruppe von Personen vernachlässigt, nur weil sie eine Minderheit ohne Sprachrohr bildet, scheint es mir um so wichtiger, über den Handlungsbedarf zu sprechen.

Um diesen Handlungsbedarf zu eruieren, musste ich zuerst analysieren, was der Sexualität in Pflegeheimen allgemein hinderlich ist. Die Analyse dieser allgemeinen Hindernisfaktoren zu Sexualität in Pflegeheimen stellt daher einen wichtigen Teil meiner Arbeit dar. Dabei habe ich nicht auf eine vollständige Auflistung abgezielt, sondern mich an den in der Literatur meist

¹ In meiner Arbeit wähle ich der Einfachheit halber die männliche Form, gemeint sind aber stets beide Geschlechter.

erwähnten Hindernissen orientiert. Das fehlende Verteilen von Gleitmittel und Viagra gehört beispielsweise nicht dazu. Das Aussuchen der wichtigsten Hindernisfaktoren war nötig, um meiner Analyse einen Rahmen zu geben. Die Zielgruppe meiner Untersuchung sind Personen mit stark eingeschränkter Mobilität, die urteilsfähig sind. Deshalb habe ich die ganze Problematik der Demenz grundsätzlich ausgeschlossen. Sie erscheint jedoch indirekt im Zusammenhang mit der Diskussion zu den Grundrechten.

In der Literatur fand ich leider keine Informationen zum spezifischen Thema meiner Arbeit, so dass eine Umfrage an Pflegeheime unausweichlich war.

Ich habe anhand eines Fragebogens, den ich an Pflegeheime im Kanton Zürich verschickt habe untersucht, ob und wie weit sie Hindernisfaktoren zur Sexualität wahrnehmen und bekämpfen. Gleichzeitig habe ich die Frage gestellt, ob die Heime konkrete Unterstützung leisten, wenn Paare auf gewisse Vorbereitungsleistungen (z.B. Entkleiden) im Vorfeld von intimen Kontakten angewiesen sind. Gestützt auf die Antworten der Pflegeheime kann ich zum einen zeigen, wie fortgeschritten die Enttabuisierung der Sexualität in Pflegeheimen ist, zum anderen, wie weit der Zugang zur Sexualität bei Fällen einer Behinderung beider Partner in den Pflegeheimen gewährleistet wird.

Im vierten Kapitel werden wichtige Aspekte der Ergebnisse der Umfrage basierend auf der Sicht von Fachexperten und auf der Literatur kritisch analysiert. Die Antworten der Pflegeheime zeigen in der Regel ein eher zurückhaltendes Bekenntnis zu Sexualität. Es zeigte sich, dass ein signifikanter Teil der Pflegeheime keine Unterstützung bei immobilen Paaren im Vorfeld eines Austausches von Zärtlichkeit leisten bzw. leisten würden. Zudem konnte ich einen starken Zusammenhang zwischen dem fehlenden Bekenntnis zu Sexualität und der ausbleibenden Unterstützung von Paaren mit stark eingeschränkter Mobilität feststellen. Bei so vielen Anzeichen, dass Grundrechte von immobilen Paaren in Pflegeheimen in Sache Sexualität allgemein zu wenig beachtet werden, fühlte ich mich verpflichtet, auf die festgestellten Unzulänglichkeiten hinzuweisen. Eine für mich wichtige und gleichzeitig auch kontroverse Frage in dieser Arbeit ist, ob von den Grundrechten in Sache Sexualität auch eine Pflicht für die Pflegeheime zur Unterstützung mobiler Paaren hergeleitet werden kann.

Anmerkung des Autors:

Für das Redigieren, die Stellungnahmen und die Schlussfolgerungen der Arbeit übernimmt alleine der Autor die Verantwortung; weder die Betreuungsperson noch die Kantonsschule Zürich Nord haften für diese Arbeit.

3 Hindernisse zur Enttabuisierung der Sexualität im Pflegeheim und deren Folgen für Paare mit stark eingeschränkter Mobilität

3.1 Alte Menschen sind keine asexuellen Wesen

Nach Maslow (1943) gehört Sexualität zu den fundamentalen Grundbedürfnissen des Menschen. Sie wird in Maslows Bedürfnispyramide sowohl zu den physiologischen als auch zu den sozialen Bedürfnissen gezählt. Dies bedeutet, dass der Sexualität eine grosse Bedeutung in der Bedürfnispyramide zukommt. Dass Sexualität in beiden Bedürfnisgruppen (physiologisch und sozial) vertreten ist, ist ein Zeichen dafür, dass Sexualität mehrere Facetten hat und in verschiedenen Formen erscheinen kann. Die Arten und Akzente der sexuellen Bedürfnisse ändern sich bekanntlich mit dem Alter. Bucher (2009, S. 53) hat in einer Statistik gezeigt, dass im hohen Alter Berührungen und Zärtlichkeit eine wichtige Rolle spielen. Es ist jedoch falsch davon auszugehen, dass im hohen Alter nur die Zärtlichkeit zählt und dass alte Menschen allgemein geschlechtsverkehrsfaul bzw. geschlechtsverkehrsunfähig sind. Diesbezüglich haben die Vorurteile scheinbar die Oberhand. Es ist daher aus meiner Sicht mehr als notwendig, auf das tatsächliche sexuelle Potential älterer Menschen hinzuweisen. Die Wirklichkeit weicht hier markant von den Vorurteilen ab. Nach Mück (2013, S. 10) geht die Gesellschaft fälschlicherweise von geschlechtsverkehrsmüden Alten aus. Um zu illustrieren, dass diese Vorstellung falsch ist, verweist er unter anderem auf folgende Tatsache:

„Wie häufig ein Paar miteinander sexuell verkehrt hängt weniger vom Lebensalter der Beteiligten ab als vom Alter der Beziehung: Frisch verliebte ältere Menschen schlafen nicht wesentlich seltener miteinander als frisch verliebte jüngere Menschen.“

Unter diesen Umständen ist die reduzierte Häufigkeit der sexuellen Tätigkeit bei älteren Menschen mehr auf fehlende Gelegenheiten als auf ein reduziertes sexuelles Potential zurückzuführen.

Es bestehen für alte Menschen im Vergleich zu jungen Menschen nicht so viele Opportunitäten zu neuen sexuellen Affären. Trotzdem zeigen die Statistiken, dass ältere Menschen sexuell aktiv sind. Solange eine Partnerschaft besteht, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass ein Paar bis ins hohe Alter sexuell aktiv bleibt. Nach Beutel et al. (2009, S. 35) sind 64.3 % der Personen, welche über 60 Jahre alt sind und einen Partner haben, sexuell aktiv. Auch bei der höchsten Alterstranche liegen die Zahlen meines Erachtens auf hohem Niveau. Diese Feststellung ergibt sich aus einer von Bach (2011, S. 164) zitierten Statistik von J.G. Brettschneider & N.L. McCoy², die 80- bis 102-Jährige untersuchten und herausfanden, dass 34% der Männer und 20% der Frauen im letzten halben Jahr vor der Studie Geschlechtsverkehr hatten. Als Ergänzung ist darauf hinzuweisen, dass nach Bucher

² J.G. Brettschneider / N.L. McCoy (1988): *Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds*. Archives of Sexual Behavior, 17 (2) 109-129

(2009, S. 52) fast die Hälfte der Frauen über 65, die keinen Partner haben, Selbstbefriedigung praktizieren. Diese Untersuchungen zeigen, dass die sexuellen Bedürfnisse auch noch im hohen Alter von grosser Bedeutung sind.

Für mich noch beeindruckender sind die vorliegenden Zahlen zur Entwicklung dieser sexuellen Aktivitäten. Gemäss Beutel et al. (2009, S. 36), welche Statistiken zur Sexualität alter Menschen verglichen haben, hat sich der Anteil sexuell aktiver Männer, die über 70 Jahre alt sind, zwischen 1989 und 2005 verdoppelt (von 28% auf 54%). Ich sehe keinen Grund, wieso sich diese Tendenz einer immer höheren sexuellen Aktivität im Alter nicht fortsetzen sollte. Tatsache ist, dass ältere Leute heutzutage dank Spitex länger zu Hause bleiben können und wollen. Selbstbefriedigung in den eigenen vier Wänden zu praktizieren scheint unkomplizierter und entspannter zu sein als in einem halb öffentlichen Zimmer eines Pflegeheims. Auch ist es einfacher, Dienste einer Prostituierten oder eines Prostituierten in Anspruch zu nehmen, wenn eine Person noch zu Hause lebt.

Somit habe ich einen wichtigen Bremsfaktor der sexuellen Aktivität im Alter genannt: die Pflegeheime. Die gängige Erklärung, wonach Patienten in Pflegeheimen sexuell viel weniger aktiv sind, weil sie gesundheitlich angeschlagen sind, greift viel zu kurz. In Pflegeheimen erschweren viele andere, wichtigere Faktoren das Ausleben von sexuellen Bedürfnissen. Zettl (2011, S. 126) beschreibt die Ausgangslage wie folgt:

„Sie sind oft wirklich sehr krank. Dass so ein Mensch trotz seiner Hilflosigkeit und schweren Multimorbidität noch das Bedürfnis nach Sexualität, Berührung und Intimität haben soll, ist für viele Menschen nicht verständlich.“

Für die Beteiligten ist es laut Zettl (2011, S. 127) schwierig, auf diese Bedürfnisse einzugehen und eines der grössten Hindernisse für eine geeignete Reaktion auf diese Bedürfnisse ist die Hilflosigkeit des Personals:

„Sie [die Pflegenden] müssen immer wieder Tätigkeiten wie Körperpflege, Berührungen im Intimbereich in ihrer professionellen Berufsausübung durchführen. Wie sollen sie damit umgehen, wenn dies eine sexuelle Erregung auslöst? Wie soll man damit umgehen, wenn es zu sexuellen Bedürfnisäusserungen kommt?“

Ausgehend von der Tatsache, dass Patienten in Pflegeheimen in keiner Weise asexuelle Wesen sind, scheint mir sehr wichtig, der Analyse von Zettl grosse Achtung zu schenken. Das Pflegepersonal muss unbedingt lernen, mit den schwierigen Situationen im Alltag umzugehen. Dies bedingt, dass das Thema Sexualität in Pflegeheimen konsequent enttabuisiert werden muss. Die Enttabuisierung der Alterssexualität hat zwar schon begonnen, es kann aber noch nicht von grossen Enttabuisierungs-Fortschritten gesprochen werden.

3.2 Faktoren, die der Sexualität in Pflegeheimen hinderlich sind

Damit Patienten ihre Sexualität in all ihren Formen ausleben können, ist eine Enttabuisierung der Sexualität in Pflegeheimen erforderlich. Auch Michelchen (2008, S. 13) spricht diese Notwendigkeit an und sagt, dass das Ziel der Heime sein sollte, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Tabuisierung aufzuweichen. Um zu prüfen, wie weit die Pflegeheime im Kanton Zürich diese Notwendigkeit wahrnehmen und auch entsprechend handeln, habe ich einen Fragebogen vorbereitet. Die Heime wurden dazu eingeladen, sich zu ausgewählten Faktoren, die zu einer Enttabuisierung beitragen, zu äussern. Die Selektion der Faktoren stützt sich auf die unten erwähnte Literatur, zwei Interviews, die ich mit zwei Gerontologinnen führte und eigene Überlegungen. In diesem Kapitel werden die einzelnen Enttabuisierungsmassnahmen kurz erläutert. Die Antworten der Heime zu diesen Enttabuisierungsmassnahmen werden später in den Kapiteln 3.5.1 bis 3.5.8 aufgenommen und kommentiert.

Weiterbildung des Pflegepersonals

Nach Michelchen (2008, S. 19) hat das Pflege- und Betreuungspersonal den grössten Einfluss aller Faktoren auf die Schaffung und Wahrung der Intimsphäre. Die Aus- und Fortbildung des Personals ist in diesem Gebiet entsprechend wichtig. Da das Thema Sexualität erst seit relativ kurzer Zeit Bestandteil der Ausbildung im Pflegebereich ist, liegt es auf der Hand, dass in den Pflegeheimen die Wissenslücken im Bereich des Umgangs mit Sexualität über Weiterbildungsprogramme geschlossen werden müssen. Im Kapitel „Pflegerische und der Umgang mit Sexualität“ des Buches „*Leitfaden Altenpflege*“ von Mötzling (2010, S. 387) befindet sich die Aus- und Fortbildung, wie ich das auch bei anderen Beiträgen festgestellt habe, ganz oben auf der Liste der Ratschläge zur Vorbereitung auf den Umgang mit Sexualität. Um eine zielführende Kommunikation im Pflegeteam bei der Thematisierung der Sexualität sicherzustellen, sind Aus- und Weiterbildung zum Thema „Umgang mit der Sexualität im Pflegeheim“ unumgänglich. Ohne gemeinsame Referenzen und gemeinsames Wissen im Bereich der Sexualität ist die Gefahr zu gross, dass Sexualität wegen unterschiedlichen kulturellen und religiösen Vorstellungen zum Dauerstreitpunkt im Team wird. Steinbein (2011, S. 142) hat dies sehr treffend formuliert:

„Es besteht ein starker Kontext von Religion, Kultur, Erziehung und gesellschaftlichen Werten und Normen zu Intimität und Sexualität. Diese vielfältigen Einflüsse und ihre unterschiedlichen Auswirkungen bringen es mit sich, dass jeder Pfleger eine andere Zugang zu diesem Thema mit in sein Berufsleben bringt. Durch die fehlende Auseinandersetzung in der Ausbildung wird ein gemeinsames Basiswissen verhindert und so sind Intimität und Sexualität im professionellen Pflegeteam nicht selten Ursache von Konflikten, Enttäuschungen bzw. verstörenden Erfahrungen.“

Bestimmung zur Sexualität / Intimität im Leitbild bzw. in den internen Richtlinien

Van der Vught-Klussmann (2014, S. 94) zeigt, dass eine Richtlinie zu Sexualität eine wichtige Orientierung für das Verhalten des Personals bietet. Durch eine einheitliche Handhabung wird verhindert, dass jeder nach seinen eigenen Vorstellungen und Werten handelt. Zudem bietet sich für die Heimleitung mit der Festlegung einer Richtlinie die Möglichkeit, ihre positive Haltung zur Sexualität im Heim durchzusetzen. Dies wurde in der Abschlussarbeit zum Thema „La représentation de la sexualité de la personne âgée en institution“³ von Doumbia (2014, S. 24) mit Klarheit erläutert. Sie beschreibt wie Richtlinien das Verhalten des Pflegepersonals positiv beeinflussen. Sie bezieht sich dabei auf die Arbeiten von Roach⁴, welche gestützt auf Umfragen feststellen konnte, dass die Haltung der Heimleitung zu Sexualität durch das Pflegepersonal eher übernommen wird, wenn das Bekenntnis zur Sexualität im Leitbild des Heims festgehalten wird.

Bei der Erarbeitung meines Fragebogens musste ich mir überlegen, ob sich die Frage zur Richtlinie nur auf das öffentliche Leitbild des Heims oder auch auf die internen Richtlinien beziehen sollte. Bei der Diskussion mit einer Fachperson wurde mir bewusst, dass ein Bekenntnis zur Sexualität in den internen Richtlinien eine grosse Wirkung auf den Zugang zur Sexualität haben kann, da aufgrund der internen Richtlinien die sexuellen Bedürfnisse der Patienten durch das Personal besser erkannt und anerkannt werden. In meiner Umfrage habe ich deshalb die Frage auf die internen Richtlinien ausgeweitet.

Kommunikation über Sexualität im Pfllegeteam

Im Leitfaden Altenpflege von Mötzing et al. (2010, S. 388), ein Referenzbuch für das Pflegepersonal, wird empfohlen, in Teambesprechungen über Sexualität zu reden und das Thema nicht zu tabuisieren. In einem jüngsten Artikel von Müller Stefan (2015, S. 13) wird zudem darüber berichtet, dass die Suche nach einer gemeinsamen Haltung zur Sexualität nicht nur eine Aufgabe des Pflegepersonals ist, sondern sogar die ganze Belegschaft eines Heims betrifft. Um im Pfllegeteam optimal über Sexualität kommunizieren zu können, sind gemeinsame Referenzen und ein gemeinsames Basiswissen wichtig. Die Kommunikation über Sexualität im Pfllegeteam wird daher verbessert, wenn das Pflegepersonal gleichzeitig weitergebildet wird (vgl. oben).

Alters-/Erfahrungsdurchmischung des Personals

Nach Santiago (2006, S. 18) müssen Pflegende mit der eigenen Sexualität klarkommen, um mit der Sexualität anderer umgehen zu können. Probleme werden sich daher eher bei jungem Personal stellen, da dieses selber noch weniger Erfahrungen mit dem Thema gemacht hat als

³ Vorstellungen der Krankenschwester zur Sexualität alter Menschen in Pflegeheimen

⁴ Sally Roach (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48(4), 371-379

das ältere Pflegepersonal. Auch Doumbia (2014, S. 14) erwähnt in ihrer Abschlussarbeit diese Problematik und bezieht sich dabei auf die Arbeit von Bouman et al.⁵. Nach Bouman sind das Alter und die Erfahrungsjahre der Pflegenden wichtige Faktoren, welche das Verhalten gegenüber der Sexualität der Bewohner beeinflussen.

Ansprechperson zum Thema Sexualität

Frey (2015, S. 15) empfiehlt, dass in Pflegeheimen eine Ansprechperson für das Thema Sexualität bestimmt werden sollte. Mit der Bestimmung einer Ansprechperson könnte signalisiert werden, dass Sexualität zur Normalität des Heimlebens gehört. Die Ansprechperson sollte über genügend Grundkenntnisse der Alterssexualität verfügen und die Heimbewohner kurz über therapeutische Lösungen (z.B. bei Inkontinenz, Erektionsstörungen, usw.) aufklären können.

Loyalität gegenüber dem Patienten

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Angehörige oft kaum Verständnis zeigen, sobald ein Heimbewohner eine neue Liebesbeziehung eingeht (Michelchen, 2008, S. 49). Es ist nicht immer vorhersehbar, wie die Angehörigen reagieren werden, wenn eine frische Liebesgeschichte von den Pflegenden ausgeplaudert wird. Manche Töchter / Söhne fordern sogar den Kontaktabbruch und die Versetzung des neuen Partners (Michelchen, 2008, S. 93). Das Recht auf Privatsphäre bedeutet, dass eine neue Beziehung gegenüber den Angehörigen geheim gehalten werden muss, solange dies vom Patienten erwünscht wird.

Vorträge für Patienten, in welchen auch die Sexualität im Alter thematisiert wird

Es ist schwierig, Sexualität in Pflegeheimen zu enttabuisieren, wenn den Patienten keine Informationen über Sexualität zur Verfügung gestellt werden. Mein Vorschlag, in Pflegeheimen Vorträge über Sexualität im Alter zu halten, ist laut einer von mir interviewten Gerontologin nicht schlecht, würde jedoch nicht viele Heimbewohner anlocken. Sie meint allerdings, dass wenn Sexualität am Rand eines Vortrages über die Gesundheit kurz thematisiert würde, könnten relativ viele Personen auf spezifische Aspekte bezüglich Sexualität im Alter sensibilisiert werden. Eine solche Veranstaltung ist besonders wichtig, wenn im Heim keine kompetente Ansprechperson zu Sexualität zur Verfügung steht.

Privatsphäre und Anklopfen

Wie Michelchen (2008, S. 20) schreibt, ist die Sicherstellung der Intimsphäre wichtig, da sonst manche Bewohner auf ihre Sexualität verzichten, aus Angst davor, erwischt zu werden. Die Frage zur Verhaltensweise des Pflegepersonals beim Klopfen und Warten vor dem Eintreten habe ich im Fragebogen deshalb sehr präzise formuliert.

⁵ W.P Bouman, J. Arcelus, & S. M. Benbow, (2007). Catering to love, sex and intimacy in residential aged care: what information is provided to consumers? *Sexuality and Disability*, vol. 27, 3-9

3.3 Immobile Paare: Rückzugsmöglichkeiten und passive Unterstützung

Da die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten für Paare in einem Pflegeheim das intime und sexuelle Leben stark erschweren können, wird im zweiten Teil meiner Umfrage nach den Rückzugsmöglichkeiten bzw. der Zusammensetzung des Zimmer-Angebots (1er- und 2er-Zimmer, kleine oder grosse Zimmer) gefragt. Dabei wird auch thematisiert, ob das Einrichten von Ehebetten bzw. von Doppelbetten möglich ist. Die Antworten der Heime sind im Kapitel 3.5.9 aufgeführt.

Mit einer zusätzlichen Frage soll untersucht werden, ob das Pflegepersonal bereit ist, Unterstützung zu leisten, falls ein Paar mit stark eingeschränkter Mobilität Hilfe im Vorfeld von intimen Körperkontakten benötigt (wie z.B. Entkleiden, sachgerechtes Umhüllen der nackten Körper und Insbettbringen). Eine solche Hilfe bezeichne ich als passive Unterstützung, weil sie vor dem Austausch von Zärtlichkeiten oder vor einem allfälligen Geschlechtsakt erfolgt und somit nur einen vorbereitenden Charakter hat. Es gäbe noch die aktive Unterstützung, bei welcher eine Pflegende oder ein Pflegender Hilfe beim Beischlaf leistet. Da die Wahrscheinlichkeit sehr gross gewesen wäre, dass Heime den Fragebogen ohne Beantwortung der Frage zur aktiven Unterstützung zurückgeschickt hätten, habe ich mich in meiner Umfrage auf das Thema passive Unterstützung beschränkt. Möglicherweise hätten manche Heime den Fragebogen gar nicht ausgefüllt, hätte ich Fragen zur aktiven Unterstützung gestellt. Dies hätte die Rücklaufquote und somit die Aussagekraft und Repräsentativität meiner Arbeit verschlechtert. Die Antworten auf die Frage zur passiven Unterstützung bilden eine wichtige Basis für die Beantwortung der Fragestellung im Titel meiner Arbeit und werden im Kapitel 3.5.10 aufgeführt.

3.4 Bemerkungen zur Umfrage

Auswahl der angeschriebenen Pflegeheime:

Den Fragebogen habe ich an 69 Pflegeheime im Kanton Zürich verschickt. Dies entspricht 6'160 Betten oder 34% aller durch den Kanton bewilligten Betten im Bereich der Langzeitpflege. Die Pflegeheime wurden so ausgewählt, dass durch die Stichprobe die Repräsentativität nach Bezirken gewährleistet wird. Es wurden vor allem Heime mittlerer Grösse ausgewählt. Zudem habe ich darauf geachtet, dass neben den öffentlichen auch gemeinnützige und gewinnorientierte Pflegeheime ausreichend vertreten sind.

Rücklaufquote und Repräsentativität

Mit 31 Antworten liegt die Rücklaufquote meiner Umfrage bei 45%. Ein Pflegeheim hat den Fragebogen leer zurückgeschickt. Ein weiteres Heim hat eine allgemein sehr negative Kritik zurückgeschickt, ohne die einzelnen Fragen zu beantworten. Ein drittes hat die Umfrage

unvollständig ausgefüllt. Somit standen für meine Auswertung 28 verwertbare Fragebogen zur Verfügung. Bezogen auf den ersten Teil des Fragebogens waren es sogar 29 Pflegeheime.

Bezüglich der Repräsentativität der Heime, welche geantwortet haben, möchte ich auf eine wichtige Verzerrung hinweisen. Es ist zu vermuten, dass Heime mit Unbehagen zu Sexualität den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Beispielsweise hat von den angeschriebenen elf Heimen mit christlichem Hintergrund nur ein Heim geantwortet. Da sich die Pflegeheime mit christlichem Hintergrund mehrheitlich in der Stadt Zürich befinden, ist die Stadt Zürich in den Antworten entsprechend untervertreten.

Befragung zu acht Faktoren, welche zu einer Enttabuisierung der Sexualität / Intimität in Pflegeheimen beitragen sollen

Die erste Seite des Fragebogens (vgl. **Anhang 1**) enthält acht Fragen bezüglich der getroffenen Massnahmen der Heimleitung zur Enttabuisierung der Sexualität, die ich im Kapitel 3.2 bereits kurz beschrieben habe:

- Weiterbildung Sexualität
- Sexualität im Leitbild / in den internen Richtlinien
- Thematisierung der Sexualität im Pfltegeteam
- Alter- / Erfahrungsdurchmischung des Pflegepersonals
- Ansprechperson zur Sexualität
- Loyalität gegenüber dem Patienten
- Vorträge und Informationen
- Anklopfen und auf Eintrittserlaubnis warten

Als Ergänzung zu den Fragen über die getroffenen Enttabuisierungsmassnahmen wurde auf der ersten Seite des Fragebogens auch die Frage gestellt, ob das Heim Massnahmen in einem Zeithorizont von zwei Jahren vorgesehen hat. Es haben lediglich drei Heime über vorgesehene Massnahmen im Bereich Sexualität berichtet. Zwei dieser Heime informierten über vorgesehene Massnahmen im Bereich Weiterbildung und ein Heim erwähnte die vorgesehene Erarbeitung eines ausführlichen Konzepts zur Sexualität.

Nicht gestellte Fragen

- *Sich als Mann und Frau fühlen:*
Ich habe darauf verzichtet zu fragen, ob das Personal etwas dafür tut, damit die Heimbewohner sich als Frau oder Mann fühlen und sich selbst als attraktiv wahrnehmen. Solche Massnahmen werden in der Regel bereits umgesetzt. Die Patienten werden gepflegt und schön frisiert, zudem macht ihnen das Pflegepersonal auch Komplimente. Unter diesen Umständen scheint mir hier kein grosser

Handlungsbedarf vorzuliegen. Auch die Statistiken belegen dies. In einer Umfrage von Bucher (2009) über Gründe für sexuelle Inaktivität geben nur 1.8% der Frauen und 0% der Männer als Hauptgrund an, dass sie sich selber zu wenig attraktiv finden. Zudem geben nur 1.5% der Frauen und 2.2% der Männer an, dass die Ursache an der fehlenden Attraktivität des Partners liegt. Das Problem liegt grundsätzlich nicht daran, dass sie sich nicht attraktiv finden, sondern dass es zu wenig potenzielle Partner gibt.

- *Vertrauensbildung zum Personal:*

Damit die Patienten ihre Bedürfnisse in Bezug auf Sexualität mit weniger Hemmungen ausdrücken können, braucht es eine oder mehrere Vertrauenspersonen. Wechselt die für den Bewohner zuständige Pflegeperson im Bereich der Intimpflege öfters, erschwert dies, sich dem Personal anzuvertrauen. Dieser Aspekt deckt sich teilweise mit der Frage in Bezug auf die Bestimmung einer Ansprechperson durch die Pflegeleitung. Um Überschneidungen im Fragebogen zu vermeiden, habe ich mich dafür entschieden, nur eine der beiden Fragen zu stellen. Ich glaube, dass das Auslassen dieser Frage in meinem Fragebogen nicht zu einer verminderten Aussagekraft meiner Studie führt.

Im **Anhang 2** befinden sich die Kommentare, welche die Heime auf dem ausgefüllten Fragebogen angebracht haben. In meiner Studie beziehe ich mich an verschiedenen Stellen auf die Kommentare von einzelnen Heimen, wie ich dies insbesondere bei der nachstehenden Präsentation der Ergebnisse meiner Umfrage getan habe (z.B. H19 auf Seite 15).

3.5 Resultate der Umfrage der teilnehmenden Pflegeheime

3.5.1 Basiswissen und Knowhow durch Weiterbildung

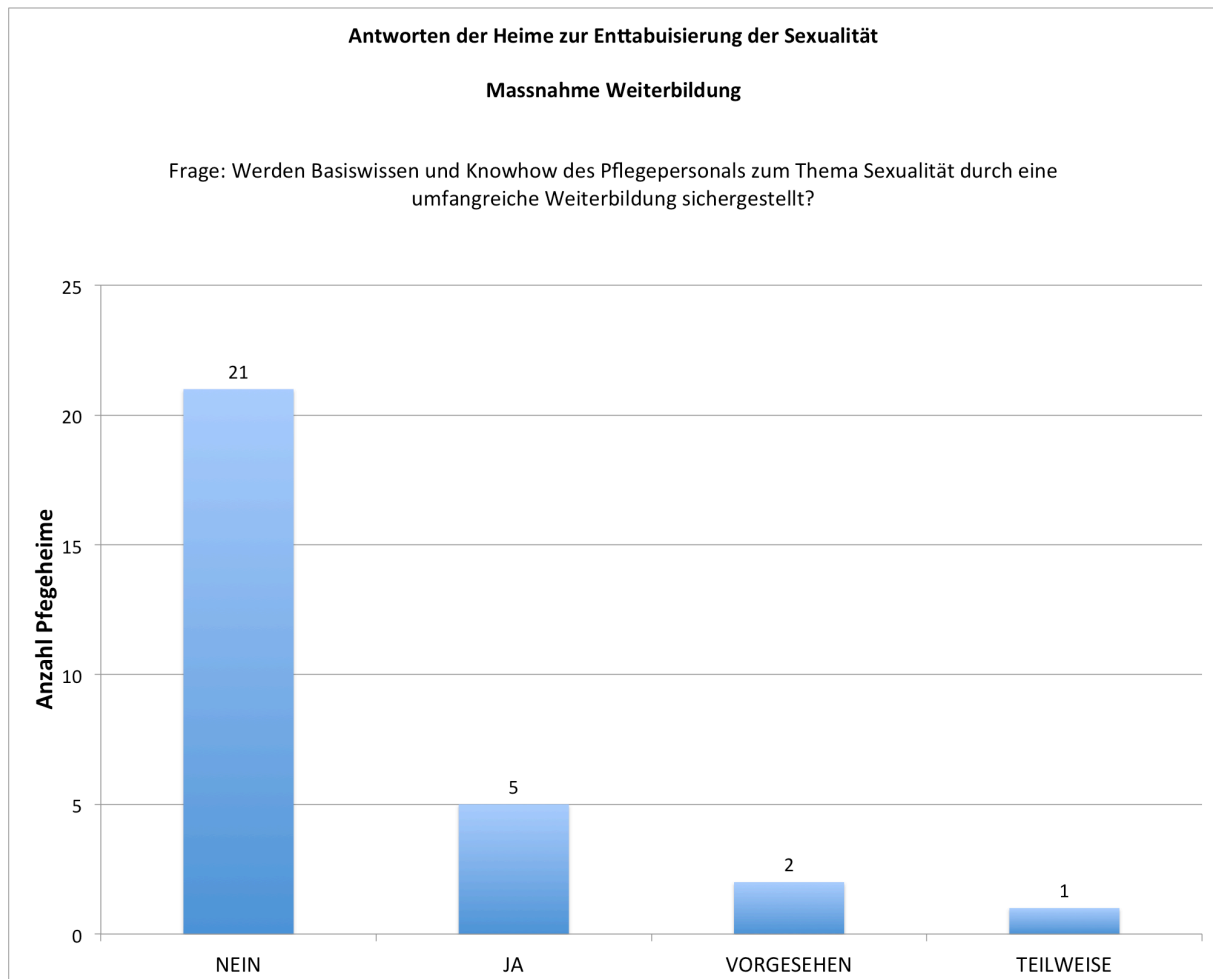


Abbildung 1 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Weiterbildung

Obwohl die Weiterbildung einen wichtigen Beitrag zur Enttabuisierung der Sexualität leistet (vgl. 3.2 oben), hat nur ein Viertel der Pflegeheime diese Frage mit JA oder VORGESEHEN beantwortet.

Dass bei einer grossen Mehrheit der untersuchten Pflegeheime die Weiterbildung im Bereich Sexualität keinen hohen Stellenwert geniesst, deckt sich mit dem oft eingebrachten Kommentar der Heimleitungen, wonach dieses Thema momentan nicht wichtig sei oder im Vergleich zu anderen Problemen keine Priorität habe (vgl. H19).

Bemerkung zur Zuteilung der Antwort TEILWEISE: Die Antwort TEILWEISE wird hier nicht zu den JA-Antworten gezählt, da das betroffene Heim die Weiterbildung nur als reaktive Massnahme auf Vorkommnisse in Betracht zieht.

3.5.2 Recht auf Sexualität im Leitbild bzw. in den internen Richtlinien

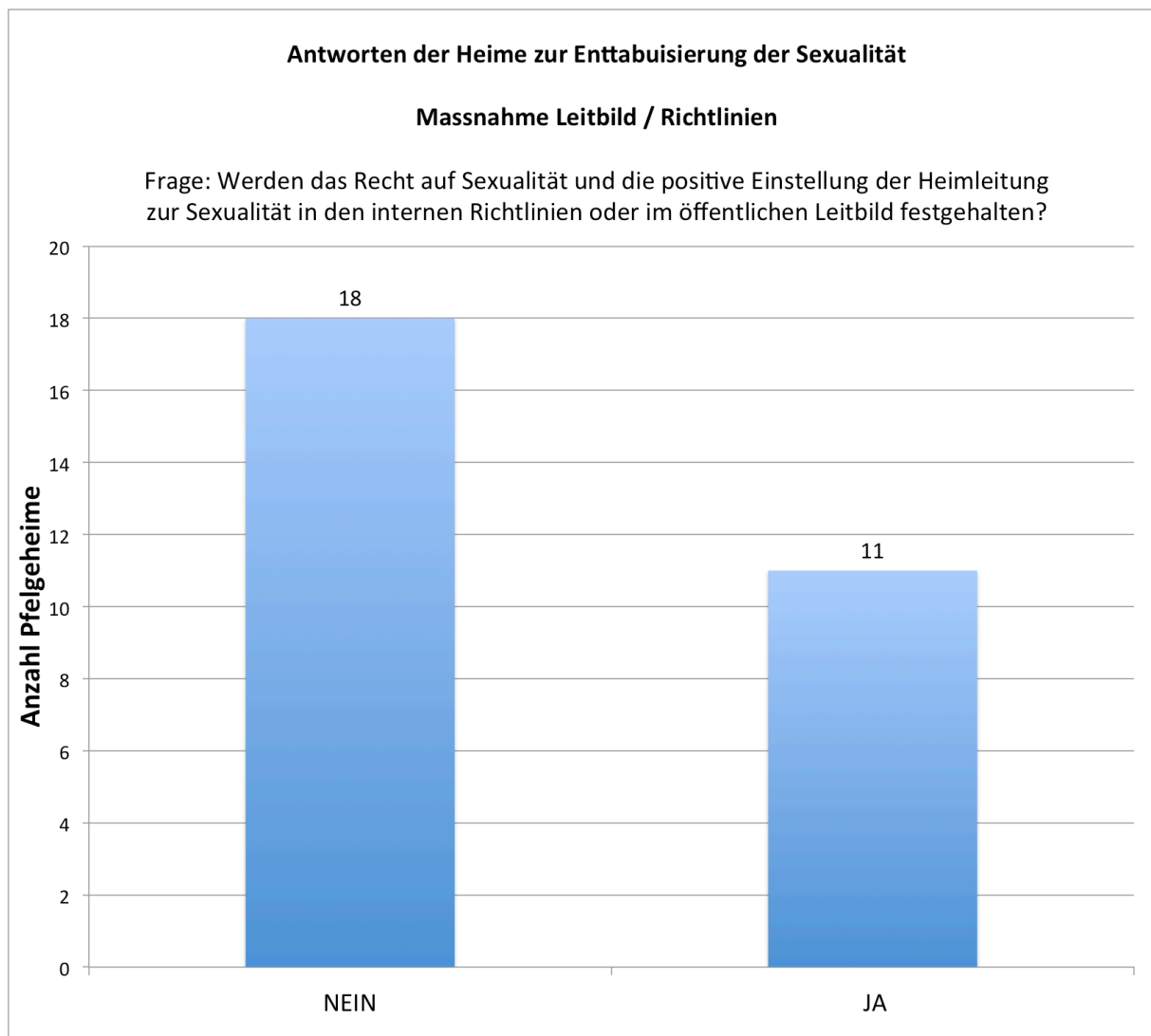


Abbildung 2 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Leitbild / interne Richtlinien

Nur bei einer Minderheit der Pflegeheime wurde das Bekenntnis zur Sexualität in das Leitbild oder in die internen Richtlinien eingebaut. Zwei Pflegeheime haben geschrieben, dass das Recht auf Sexualität wahrgenommen wird, auch wenn dies nicht schriftlich festgehalten wird (vgl. H15, H22). Diese zwei Heime werden der Antwortkategorie NEIN zugeteilt.

Die meisten Heime sind Mitglied des Heimverbands CURAVIVA SCHWEIZ. In einer Richtlinie von CURAVIVA (2010, S. 8) wird folgende Bestimmung festgehalten: „Zur Würde der BewohnerInnen gehören sowohl die Respektierung des Privatbereichs und der Intimsphäre als auch die Möglichkeit zur Befriedigung der Grundbedürfnisse.“ Die Sexualität wird in der zitierten Bestimmung von CURAVIVA zwar nicht explizit erwähnt, sie gehört allerdings zu den menschlichen Grundbedürfnissen, wie dies bereits im Kapitel 3.1 kurz erläutert wurde. Kein einziges Heim mit einer NEIN-Antwort hat auf die Richtlinie dieses Heimverbands hingewiesen.

3.5.3 Thematisierung der Sexualität der Patienten im Pflegeteam

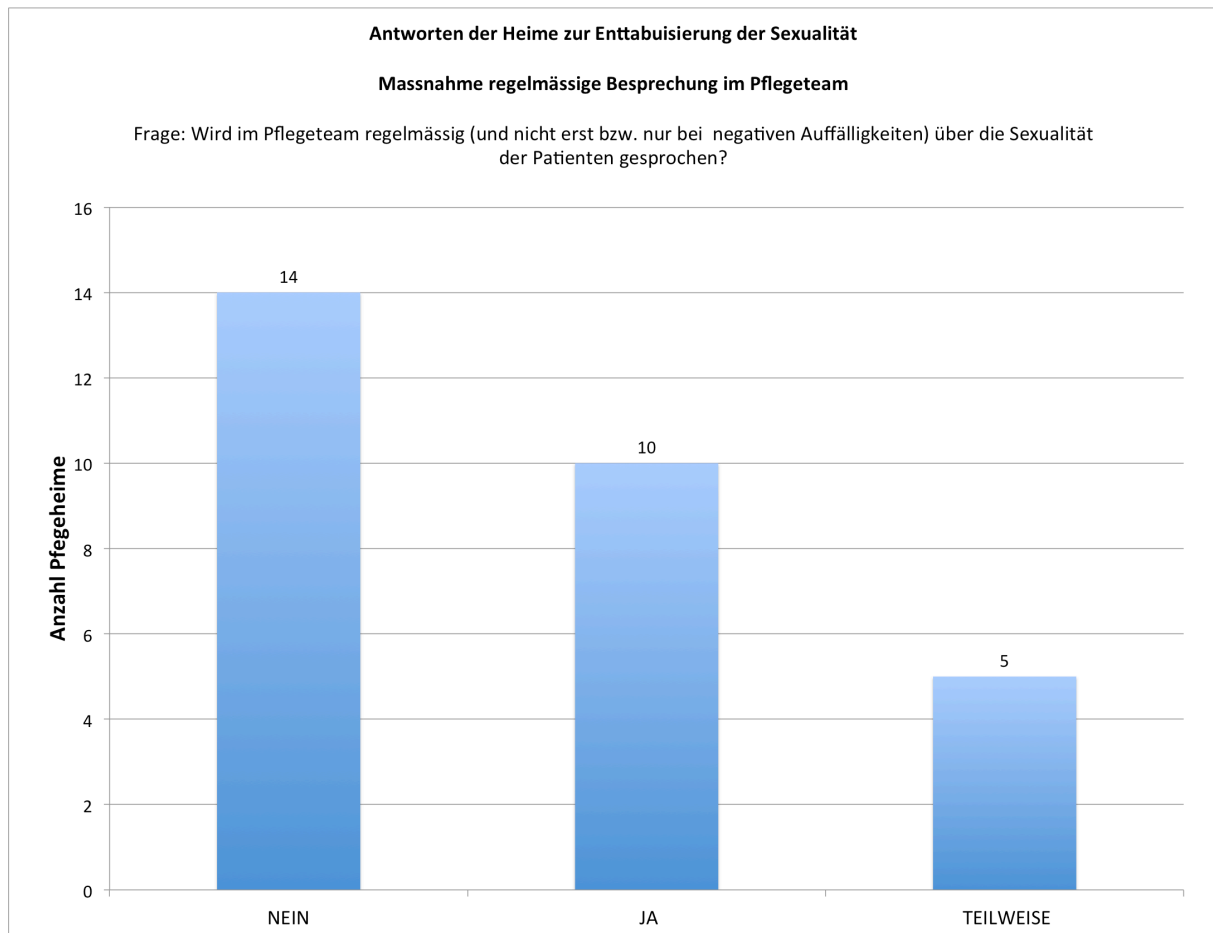


Abbildung 3 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Besprechung der Sexualität im Pflegeteam

Da Sexualität auch bei alten Menschen zu den Grundbedürfnissen gehört, sollte im Team regelmässig über die Sexualität der Patienten gesprochen werden. Bei nur zehn Heimen ist dies der Fall. Immerhin haben weitere fünf Heime erwähnt, dass ab und zu Besprechungen im Team stattfinden, wobei in der Regel das Team vor allem auf Vorfälle reagiert, bzw. erst bei Bedarf oder auf Wunsch der Patienten die Sexualität thematisiert (vgl. H9, H26).

Diese Enttabuisierungsmassnahme ist relativ wichtig und trotzdem ist der Anteil der Heime, in welchen keine regelmässige Besprechungen im Team zum Thema Sexualität stattfindet, sehr hoch. Richard (vgl. 4.5) ist davon überzeugt, dass der vertrauensvolle Austausch im Team über Sexualität eine zentrale Rolle in jedem Sexualekonzept spielt, da er die sogenannte „innere Sicherheit“ der Pflegenden stärkt. Zur Analyse von Richard gehört auch die äussere Sicherheit des Personals, welche durch das Festlegen von Konzepten und Richtlinien gewährleistet wird. Ebenfalls von Bedeutung ist die Form der Kommunikation im Team. Es ist wichtig, dass nicht abwertend oder diffamierend über die Patienten gesprochen wird.

3.5.4 Alters-/ Erfahrungsdurchmischung des Pflegepersonals

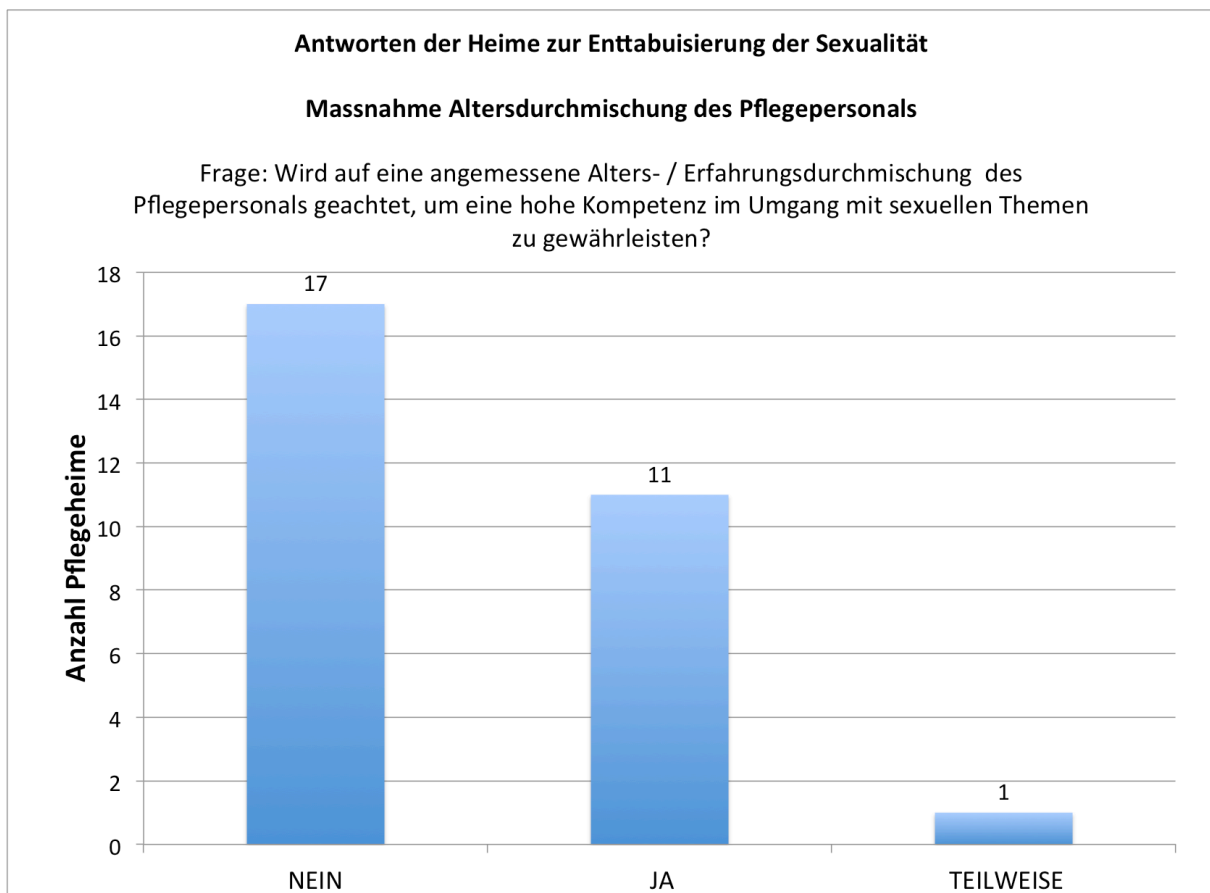


Abbildung 4 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Altersdurchmischung Personal

Die grosse Mehrheit der Pflegeheime achtet nicht auf eine angemessene Alters- und Erfahrungsdurchmischung, obwohl eine solche allgemein zu einer Erhöhung der sexuellen Kompetenz im Heim führen würde. Mir ist nicht klar, ob es bei den NEIN-Antworten an fehlendem Interesse bzw. an fehlender Wahrnehmung oder an den Mehrkosten liegt. Ein Heim weist darauf hin, dass diese Massnahme hinsichtlich der angespannten Arbeitsmarktsituation nicht durchführbar sei (vgl. H13).

Da die Offenheit gegenüber Sexualität in einem Heim stark von der Ausbildung, der Erfahrung und auch vom Alter des Personals abhängt, müssten die Heimleitungen der Zusammensetzung des Personals mehr Bedeutung zumessen. Hier ist auf die Analyse im Kapitel 4.4 zum Modell nach Roach (2004) hinzuweisen. Nach diesem Modell genügt es nicht, dass einzig und allein die Heimleitung eine positive Haltung zu Sexualität vertritt. Wenn das Pflegepersonal die Offenheit der Heimleitung zu Sexualität nicht teilt, können die Anstrengungen der Heimleitung in diesem Gebiet nicht ihre volle Wirkung entfalten. In einer solchen zwiespältigen Situation leiden nach Roach (2004) auch die Patienten.

3.5.5 Ansprechperson zum Thema Sexualität

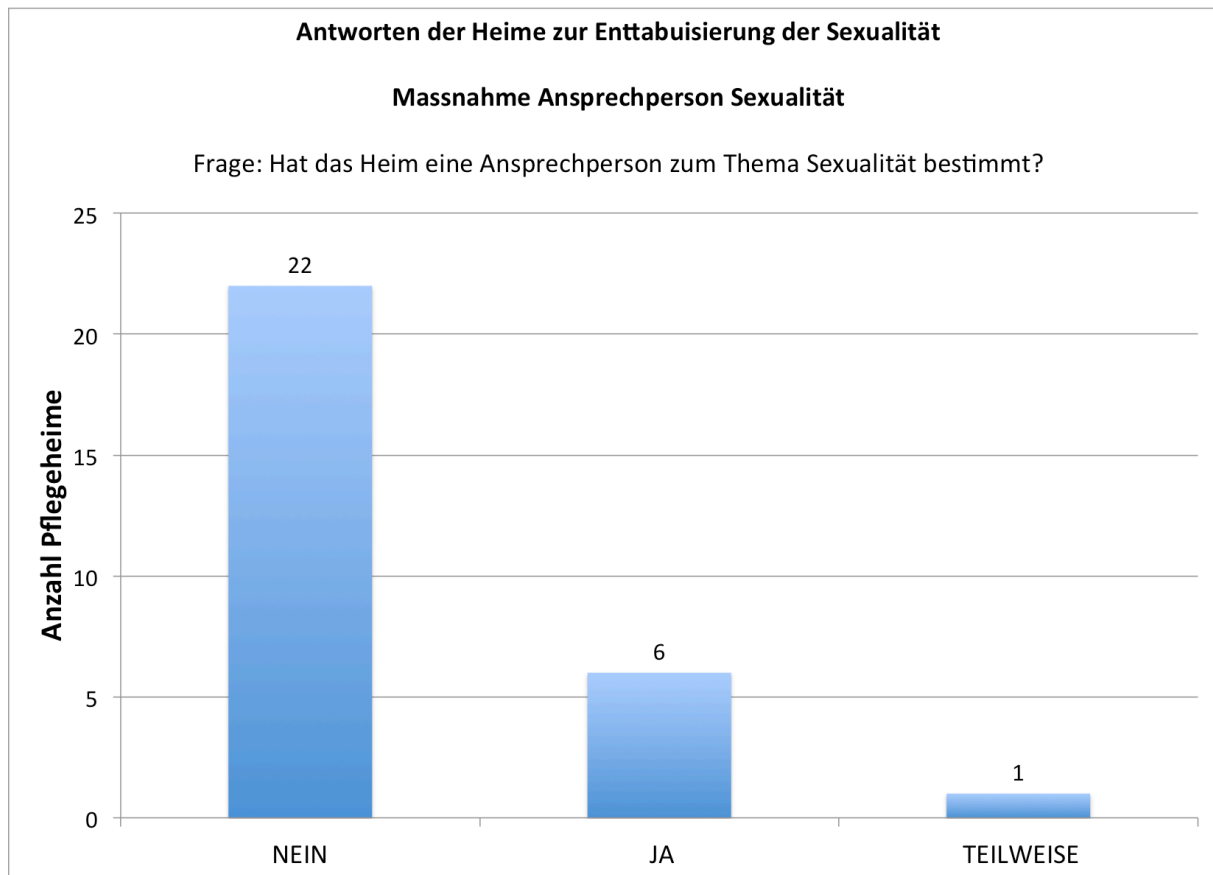


Abbildung 5 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Ansprechperson Sexualität

Bei drei Viertel der Heime wird keine Ansprechperson zum Thema Sexualität bestimmt. Falls in diesen Heimen die Patienten die Pflegenden als Vertrauenspersonen wahrnehmen, mit denen sie offen über das Thema Sexualität / Intimität sprechen können, scheint es nicht so schlimm zu sein, wenn keine Ansprechperson für dieses Thema bestimmt wurde. Andererseits kann die Heimleitung mit der Bestimmung einer Ansprechperson zu Sexualität zeigen, dass dieses Thema im Pflegeheim eine ganz normale Sache ist, was allgemein zu einer offeneren Kommunikation zu diesem Thema beiträgt.

Ein Heim erklärt, dass eine Ansprechperson bestimmt worden ist, diese Person jedoch nicht explizit für das Thema Sexualität, sondern generell für herausfordernde Themen zuständig ist. Diese Antwort wurde der Antwortkategorie TEILWEISE zugeordnet.

3.5.6 Loyalität gegenüber dem Patienten

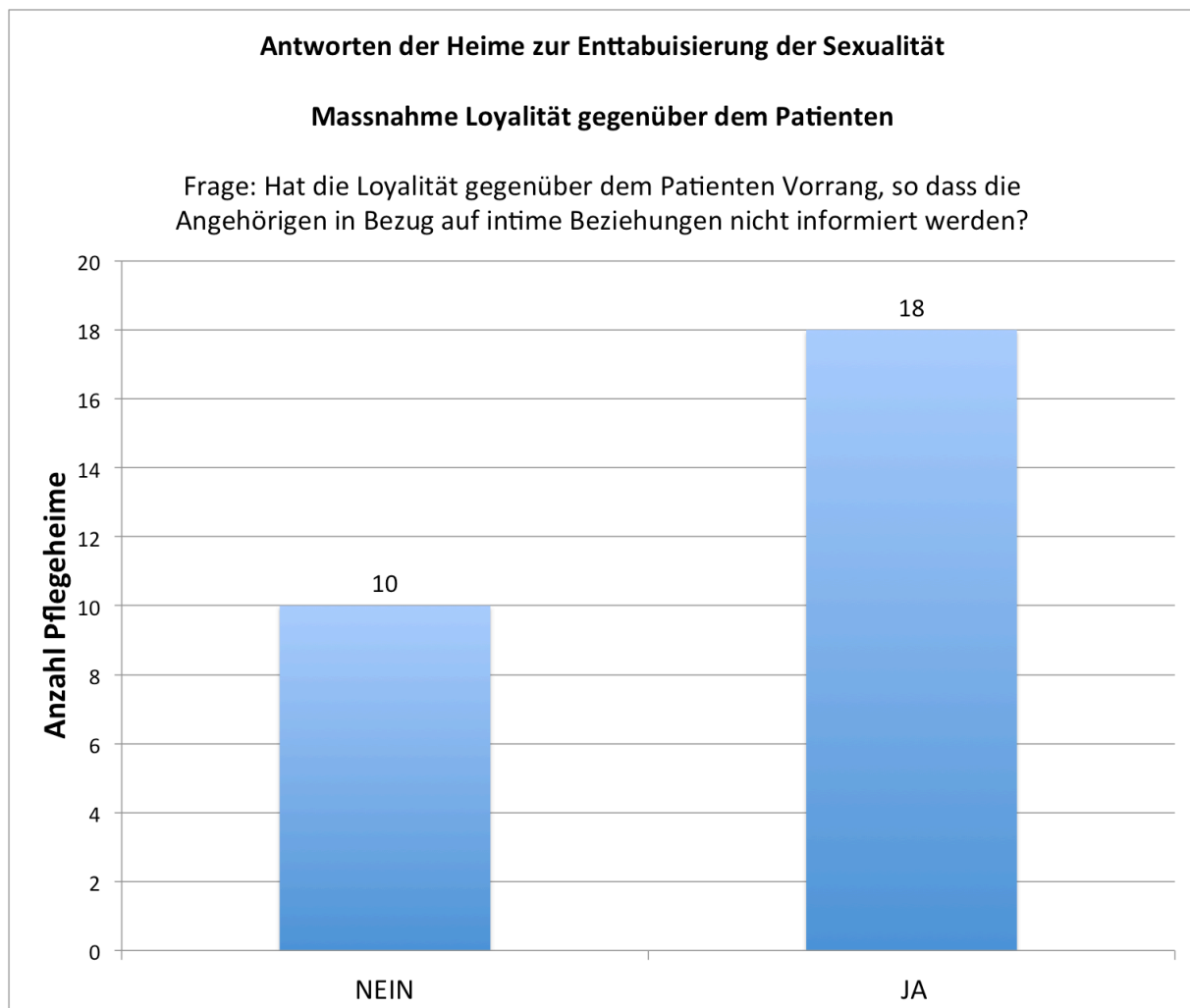


Abbildung 6 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Loyalität gegenüber Patienten

Obwohl Loyalität den Patienten gegenüber eine Selbstverständlichkeit sein sollte, wird der Diskretion gegenüber den Angehörigen bei zehn Pflegeheimen keine spezielle Bedeutung zugemessen. Da die Angehörigen, wenn sie von einer intimen Beziehung des Patienten erfahren, nicht selten negativ reagieren, müsste als ethischer Grundsatz gelten, dass die Einwilligung des Patienten, die Angehörigen zu informieren, immer vorgängig einzuholen wäre. Wird die Erlaubnis beim Patienten eingeholt, ist nicht mehr von einem Loyalitätsbruch oder von einer Verletzung der Selbstbestimmung die Rede. Kein einziges Heim unter den Heimen mit einer NEIN-Antwort hat darauf hingewiesen, dass es zuerst versucht, die Erlaubnis der Patienten einzuholen, bevor die Angehörigen informiert werden.

Eines der Heime machte darauf aufmerksam, dass die Angehörigen informiert werden müssen, sobald die Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, welche die Angehörigen zu übernehmen haben (vgl. H30). Aus meiner Sicht sollte es aber nicht unmöglich sein, einen Teil der Ausgaben mit ganz privatem Charakter via ein Taschengeldkonto diskret tätigen zu können.

3.5.7 Vorträge und Informationen für Patienten

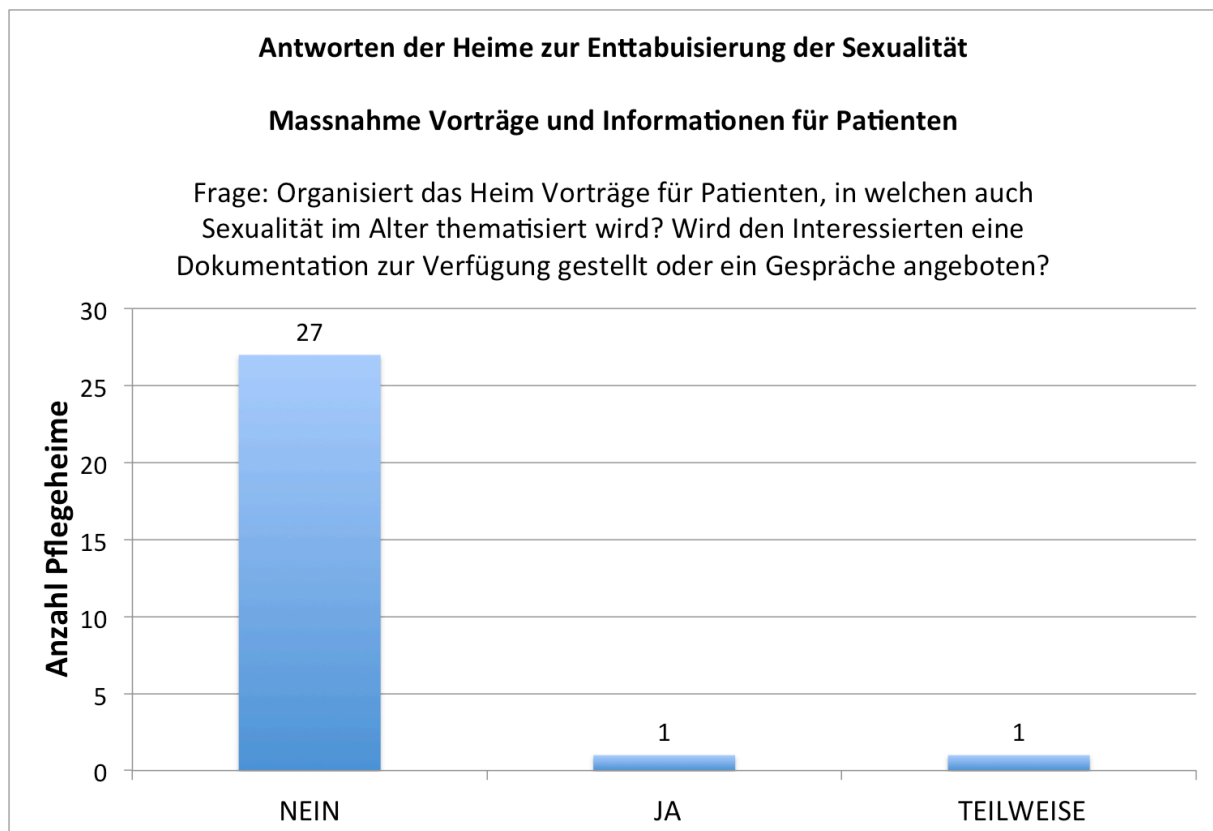


Abbildung 7 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Vorträge und Informationen

Vorträge sollten den Einsatz einer Ansprechperson zum Thema Sexualität (gemäss Kapitel 3.5.5) ergänzen. Wird keine zuständige Person für Sexualität bestimmt, könnten Patienten zumindest durch Vorträge von externen Fachpersonen über Alterssexualität informiert werden. Dies ersetzt eine Ansprechperson im Haus natürlich nicht.

Ein Heim erklärt, es sei für solche Vorträge offen. Diese Antwort wurde der Kategorie TEILWEISE zugeordnet.

Die Auswertung der Statistiken zeigt, dass alle 21 Heime, die gemäss Statistik im Kapitel 3.5.5 keine Ansprechperson bestimmt haben, auch keine Vorträge oder Informationen zur Alterssexualität organisieren. Dies entspricht 70% der Pflegeheime, welche meinen Fragebogen ausgefüllt haben. Das Defizit scheint hier gross zu sein.

3.5.8 Privatsphäre: Umgang mit dem Anklopfen

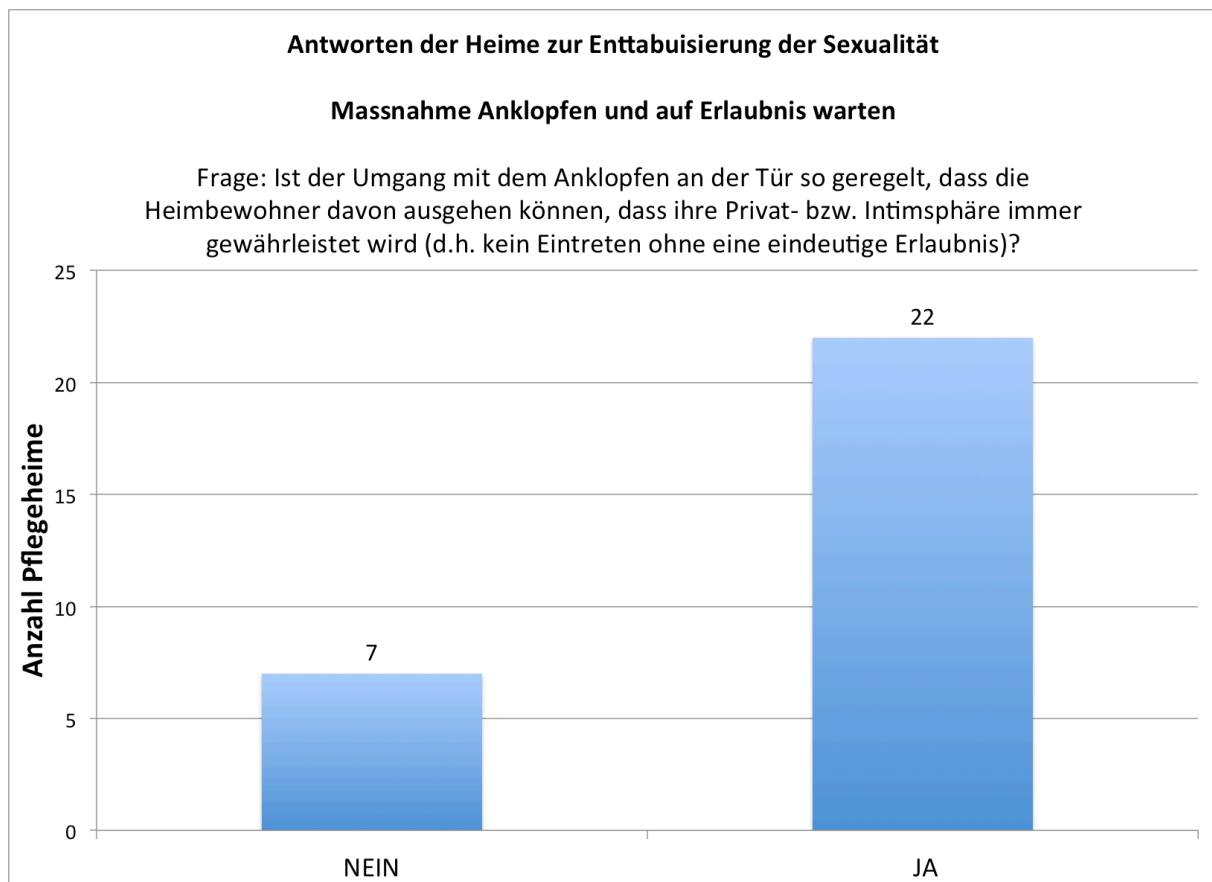


Abbildung 8 Antworten zur Enttabuisierungsmassnahme Anklopfen und auf Aufforderung warten

Dass ein Viertel der Heime nicht bestätigen kann, dass der Umgang mit dem Anklopfen so geregelt ist, dass die Privatsphäre immer gewährleistet wird, ist bedenklich. Das Recht auf Privatsphäre ist in der kantonalen Verordnung zur Pflegeversorgung festgehalten. Die NEIN-Antworten müssten deshalb weiter analysiert werden. Es sind vermutlich zwei Ausgangssituationen, welche die NEIN-Antworten erklären könnten:

- Die Heimleitung hat das Anklopfen nicht oder nur ungenügend geregelt, da sie weiss, dass eine restriktive Regelung durch das Personal nicht eingehalten würde⁶. Es könnte auch sein, dass die Heimleitung das Anklopfen nicht konsequent regelt, um zu vermeiden, dass die Abläufe der Pflege durch ein striktes Abwarten auf eine Eintrittserlaubnis beeinträchtigt werden. Der Zeitverlust aufgrund des Wartens könnte der Aufgabenerledigung tatsächlich hinderlich sein.
- Die Heimleitung hat das Anklopfen zwar so geregelt, dass die Privatsphäre immer gewährleistet ist. Die Heimleitung weiss und toleriert jedoch, dass sich das Personal nicht immer an die Regelung hält und hat entsprechend mit NEIN geantwortet.

⁶ Es ist bekannt, dass eine Regelung bezüglich Anklopfen/Abwarten allgemein schwierig einzuhalten ist. Grau (2012/05) verweist in einem Zeitschrift-Beitrag auf eine Abschlussarbeit von S. Hediguer. Diese hat das Verhalten des Pflegepersonals bei Genfer Pflegeheimen untersucht. Gemäss der Studie hat die Hälfte der Pflegenden zugegeben, vor dem Eintreten nicht anzuklopfen, trotz bestehender Instruktion, es zu tun.

3.5.9 Rückzugsmöglichkeiten für ein neues Paar

Die Antworten zu den Zimmerangeboten habe ich aus dem Blickwinkel eines neu gebildeten Paares ausgewertet. Ich habe 1 bis 4 Punkte für die Rückzugsmöglichkeiten in den Heimen erteilt. Basierend auf diesen Punkten habe ich die Heime in sechs Rückzugsmöglichkeitsstufen eingeteilt.

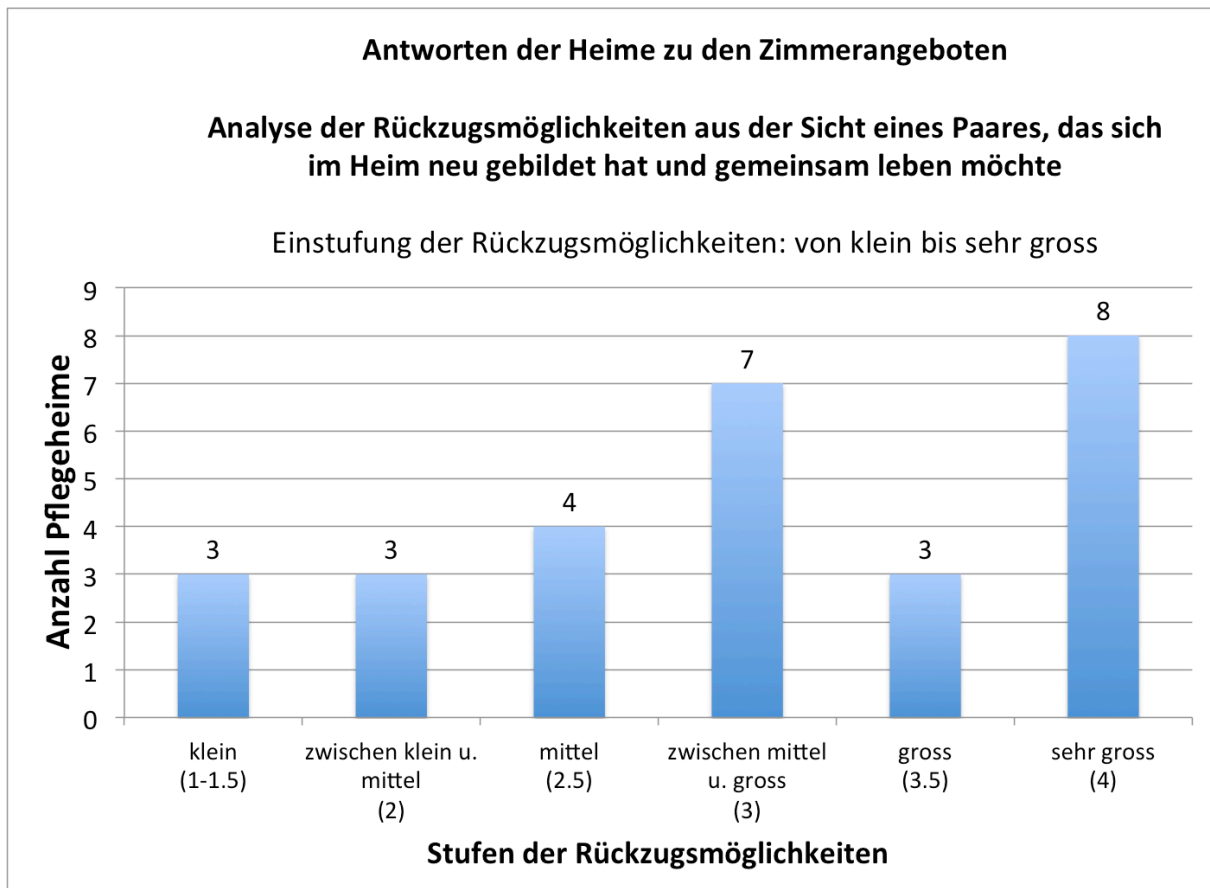


Abbildung 9 Antworten zu den Rückzugsmöglichkeiten

Ab der Rückzugsmöglichkeitsstufe „zwischen klein u. mittel“ bis zur Kategorie „sehr gross“ besteht die Möglichkeit, dass ein Paar in ein gemeinsames Zimmer einziehen kann. Der Anteil der Heime mit dieser Möglichkeit beträgt 90%. Diese Möglichkeit ist bei den drei Heimen mit der Rückzugsmöglichkeit „klein“ nicht vorhanden: Diese Heime besitzen nur Einzelzimmer, welche zu klein sind, um ein Ehebett einzurichten bzw. um darin gemeinsam leben zu können. Bei Heimen, die ich in die Kategorie „sehr hoch“ eingestuft habe, werden nur grosse Einzelzimmer angeboten, mit der Möglichkeit, in diesen Zimmern ein Ehebett bzw. ein Doppelbett einzurichten. Zudem haben diese Heime Folgendes bestätigt: „Das Heim toleriert das Einrichten eines Doppelbetts in einem Einzel-Grosszimmer und der Patient darf somit dem Partner oder der Partnerin beim Liebesbesuch ein Liebesnest anbieten“.

In der Umfrage habe ich auch die Frage gestellt, ob für verliebte Paare ein „Schmusezimmer“ zur Verfügung steht. Von einem solchen Angebot können Paare Gebrauch machen, falls beide Partner je in separaten 2er-Zimmern wohnen. Unter den befragten Heimen bietet lediglich ein einziges Heim ein solches „Schmusezimmer“ an. Ein weiteres Heim denkt darüber nach, ein solches einzurichten.

3.5.10 Passive Unterstützung bei einem Paar mit stark eingeschränkter Mobilität

Im zweiten Teil meiner Umfrage wird zudem gefragt, ob das Pflegepersonal bereit ist, einem Paar mit stark eingeschränkter Mobilität im Vorfeld von intimen Kontakten zu helfen. Es handelt sich hier um eine Kernfrage meiner Untersuchung, die direkt mit der Hauptfragestellung meiner Arbeit zusammenhängt.

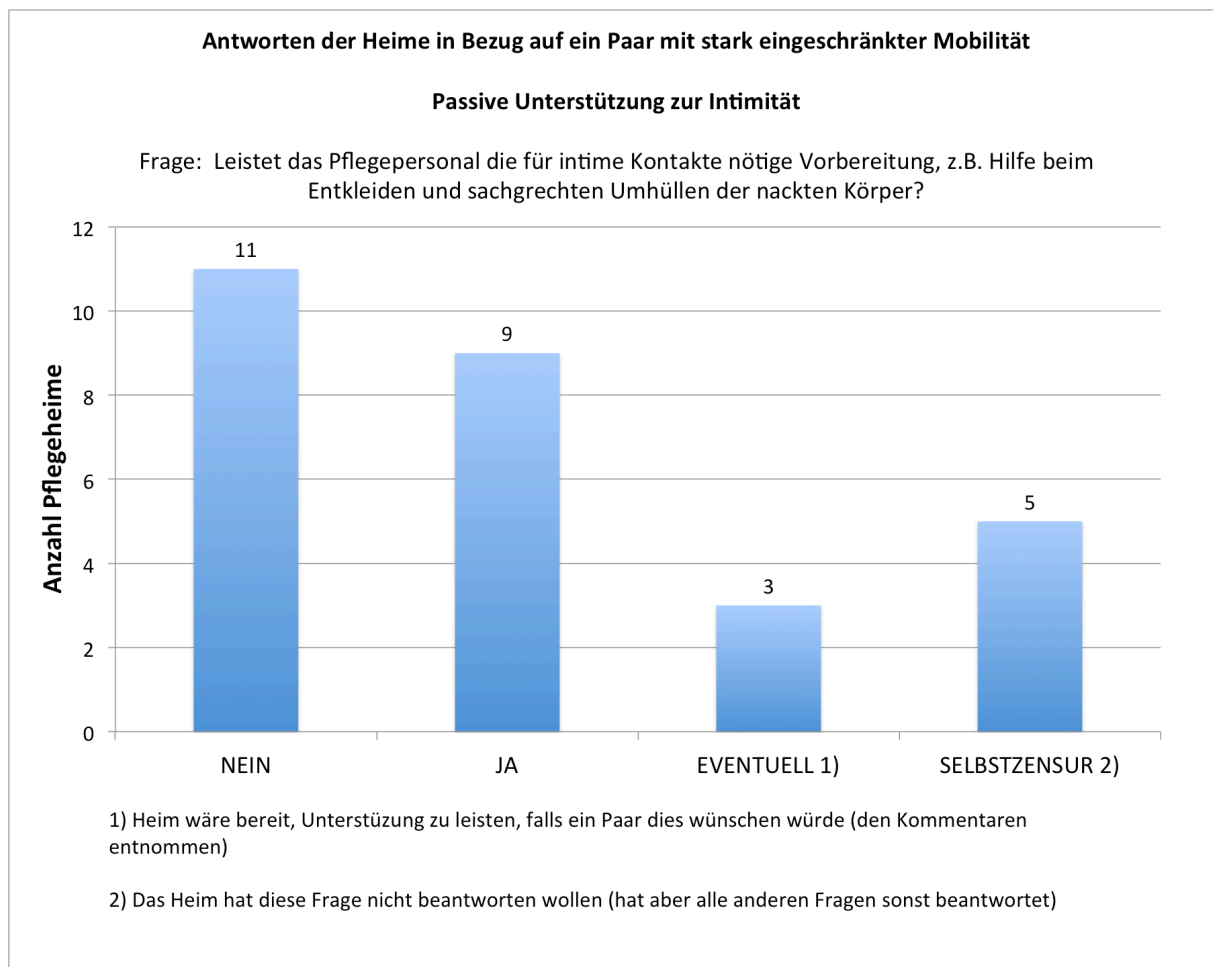


Abbildung 10 Antworten zur passiven Unterstützung

Etwa die Hälfte der Pflegeheime ermöglicht oder würde es ermöglichen, dass verliebte Paare mit stark eingeschränkter Mobilität ganzkörperliche Intimität ausleben können, indem das Personal Hilfe beim Entkleiden und sachgerechten Umhüllen der nackten Körper leistet.

Die fünf Heime, welche die Frage übersprungen haben (Selbstzensur), wurden nicht in die anderen Kategorien aufgeteilt, weil diese Heime sowohl eine negative als auch eine positive Haltung zu Sexualität haben könnten. Diese Heime haben das Unterlassen der Beantwortung der Frage nicht begründet. Ich vermute, dass die Heimleitungen eventuell aufgrund eines ungünstigen Umfeldes kein Risiko eingehen wollten, sich in diesem Bereich zu exponieren.

3.5.11 Zugang zur Sexualität und finanzielle Lage der Heimbewohner

In meinem Grobkonzept bin ich davon ausgegangen, dass der Zugang zu Sexualität in den Pflegeheimen stark von der finanziellen Lage des Bewohners abhängt. Aus dieser Überlegung müsste der Zugang zu Sexualität in den Heimen mit hohen Tarifen eindeutig besser sein als in Heimen mit tiefen Tarifen. Um zu überprüfen, wie weit der Zugang zu Sexualität mit dem Vermögen der Heimbewohner tatsächlich zusammenhängt, werden die Ergebnisse meiner Umfrage mit den Heimtaxen (Pensions- und Betreuungstaxen) verglichen.

Gegenüberstellung Enttabuisierungsanstrengungen - Heimtaxen

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Enttabuisierung der Sexualität und der Höhe der Heimtaxen? Um dies zu beantworten, habe ich für jedes Heim eine Art Enttabuisierungsindex berechnet, welcher den Grad der Enttabuisierung darstellt. Bei der Berechnung wurde die relative Wichtigkeit der im Kapitel 3.2 beschriebenen einzelnen Massnahmen berücksichtigt. Für die Weiterbildung im Bereich Sexualität beispielsweise, die als wichtigste Enttabuisierungsmassnahme zu betrachten ist, habe ich eine positive Antwort mit 25 Punkten bewertet. Für weniger wichtige Massnahmen wie die Bestimmung einer Ansprechperson für Sexualität gibt es nur 5 Punkte. Ein Heim kann maximal 100 Punkte erreichen.

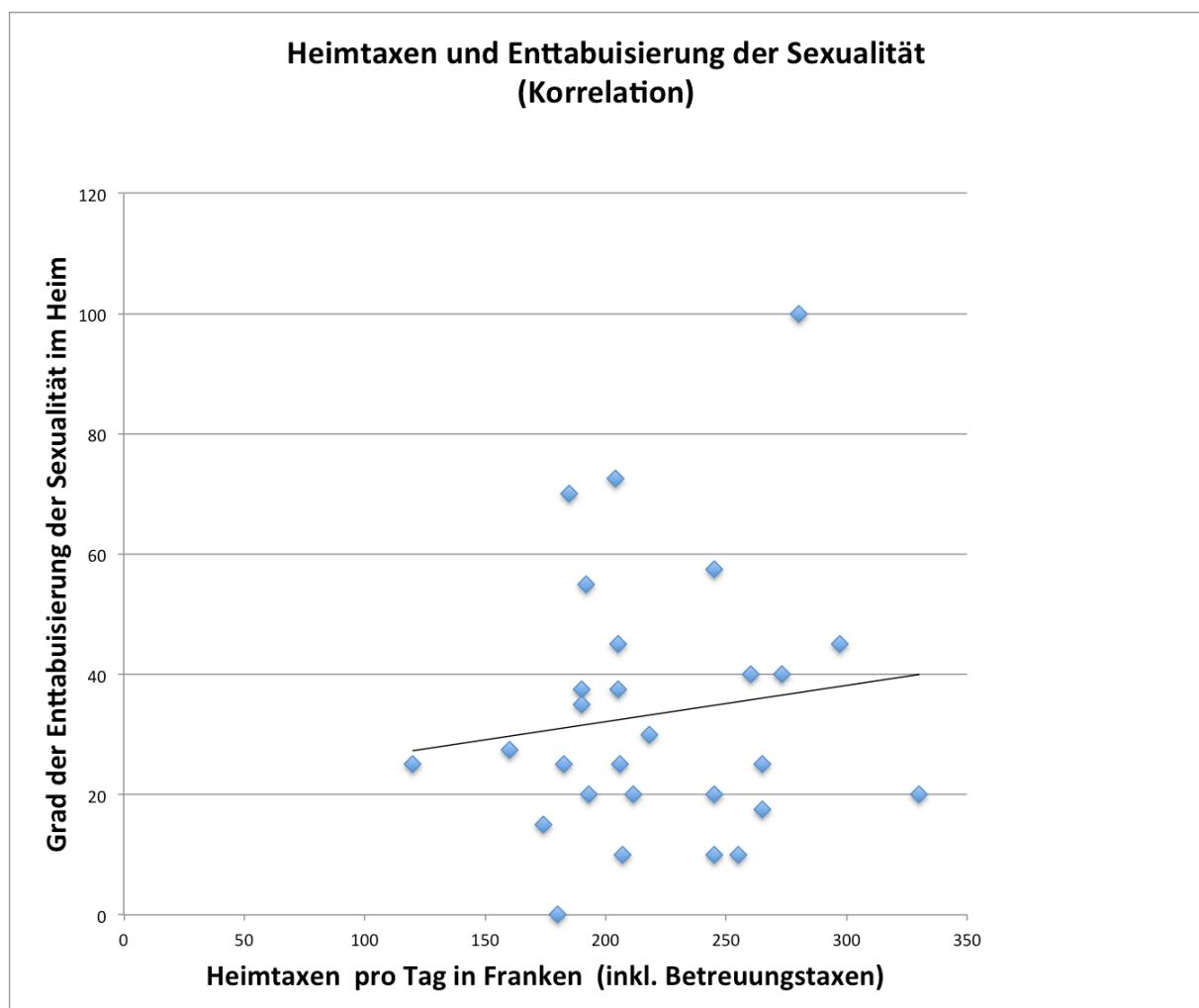


Abbildung 11 Korrelation Heimtaxen und Enttabuisierung der Sexualität

Gemäss diesem Punktdiagramm (Abbildung 11) verlangt das Heim mit dem höchsten Grad der Enttabuisierung der Sexualität überdurchschnittliche Taxen, währenddem das Heim mit dem tiefsten Enttabuisierungsgrad unterdurchschnittliche Taxen verrechnet. Meine Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen der finanziellen Lage des Heimbewohners und dem Zugang zu Sexualität besteht, wird somit bestätigt. Dieser Zusammenhang ist allerdings insgesamt weniger signifikant als ich mir vorgestellt hatte. Denn die Zerstreuung der Punkte ist gross und die Trendlinie nicht sehr steil. Dies bedeutet, dass die Heimtaxen und die Enttabuisierungsmassnahmen nur leicht positiv korreliert sind: Heime mit höheren Taxen weisen gemäss dieser Analyse insgesamt leicht höhere Anstrengungen zur Enttabuisierung der Sexualität auf. Um die Aussagekraft dieser Korrelationsanalyse zu erhöhen, müssten die Zahlen nach Regionen ausgewertet werden, da die höheren Heimtarife in der Stadt Zürich nicht einen höheren Heimkomfort, sondern die höheren städtischen Lebenskosten widerspiegeln.

Gegenüberstellung Rückzugsmöglichkeiten - Heimtaxen

Mit dem Punktdiagramm soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen den Rückzugsmöglichkeiten in einem Heim (vgl. 3.5.9. Abbildung 9) und der Höhe der Taxen besteht.

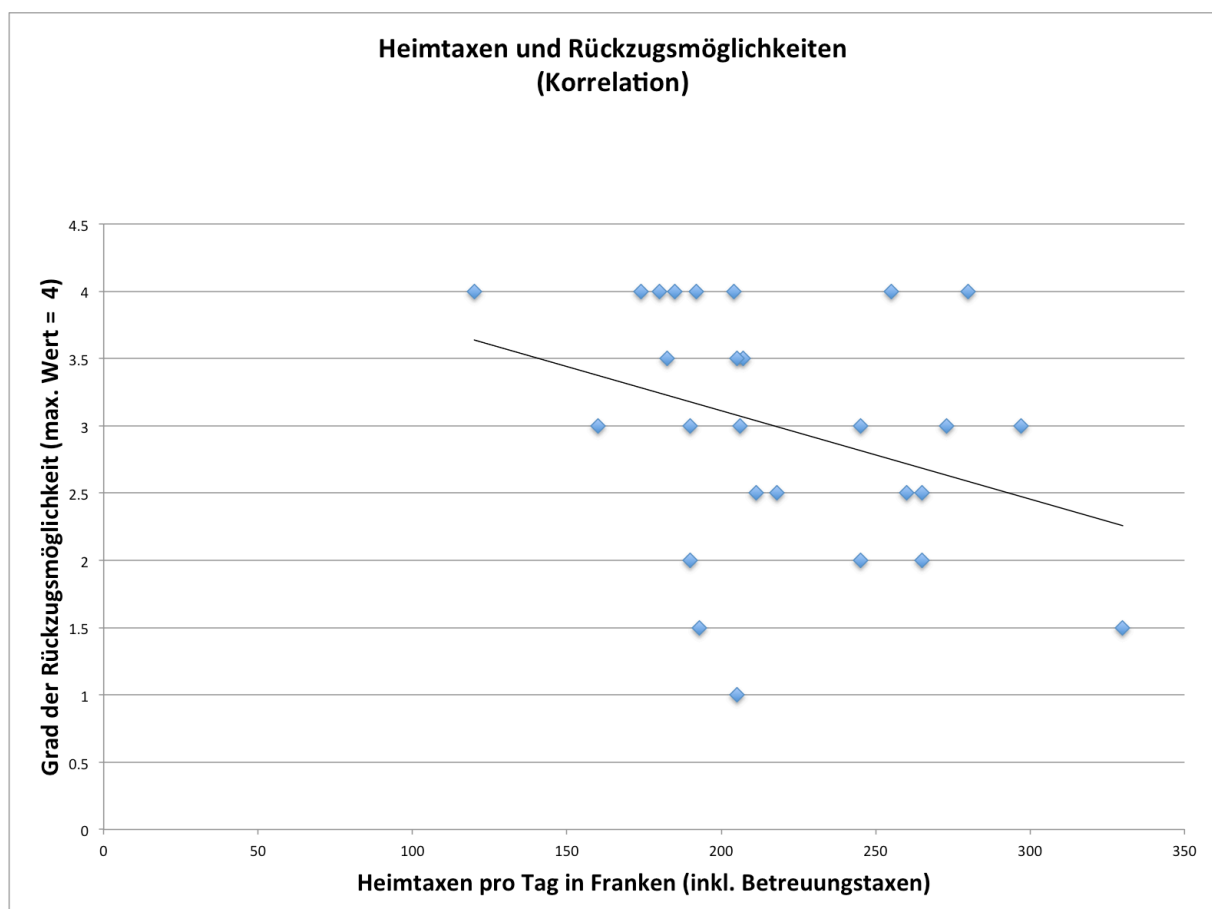


Abbildung 12 Korrelation Heimtaxen und Rückzugsmöglichkeiten

Die Trendlinie in der Abbildung 12 ist relativ steil. Dies bedeutet, dass man von einem Zusammenhang zwischen der Höhe der Heimtaxen und den Rückzugsmöglichkeiten ausgehen kann. Diese zwei Variablen sind aber negativ korreliert. Je höher die Taxen, desto schlechter sind die Rückzugsmöglichkeiten. Intuitiv wird eher das Gegenteil erwartet. In der Bewertung habe ich die Rückzugsmöglichkeiten für neu gebildete Paare stark gewichtet. Personen mit einer besseren wirtschaftlichen Situation suchen nach Heimen mit Einzelzimmern, weil diese maximale Privatsphäre ermöglichen. Dieser Vorteil wird aber zum Nachteil, wenn diese Personen sich im Heim verlieben und das Heim keine Räumlichkeiten für diese Paare anbieten kann.

Auch hier könnte die Aussagekraft der Korrelationsanalyse erhöht werden, wenn die Zahlen differenziert nach Regionen ausgewertet würden, da die höheren Heimtarife in der Stadt Zürich nicht einen höheren Heimkomfort, sondern die höheren städtischen Lebenskosten widerspiegeln.

Die Problematik der unter Umständen fehlenden Rückzugsmöglichkeiten in Heimen, die nur Einzelzimmer anbieten, werde ich noch unter 4.1.1 und 4.1.2 thematisieren.

4 Diskussion

4.1 Paarunfreundliche Einzelzimmer und sexualunfreundliche Betten

4.1.1 Einzelzimmer mit gemeinsamer Nasszelle und Verbindungsmöglichkeit

Die Literatur sieht ein Problem darin, dass sich Personen ein Zweierzimmer teilen müssen und dadurch die Möglichkeit von Intimität fehlt. Die Lösung besteht darin, dass jeder Patient sein eigenes Einzelzimmer besitzt. Aus der Sicht eines im Heim neu gebildeten Paares mit stark eingeschränkter Mobilität sieht die Problematik jedoch anders aus. Teilweise sind nur Einzelzimmer vorhanden, welche zudem zu klein für ein angemessenes Ehebett bzw. zusammengeschobene Pflegebetten sind. In dieser Konstellation wird das Intimleben eindeutig erschwert bis verunmöglicht. Dies wird auch in der Antwort eines Heimes im Fragebogen bestätigt (vgl. H19).

In manchen Heimen, welche nur Einzelzimmer anbieten, wird das Erleben der Intimität für Paare mit stark eingeschränkter Mobilität dadurch ermöglicht, dass die Einzelzimmer mit einer gemeinsamen Nasszelle ausgestattet sind und die Zimmer verbunden werden können. Das Paar kann somit in einem der Einzelzimmer das Ehebett oder die zusammengeschobenen Pflegebetten und im anderen Einzelzimmer das Wohnzimmer einrichten (vgl. H2, H15, H18).

4.1.2 Betten sind doch mehr als nur Betten

Das Bett ist in einer Liebesbeziehung symbolisch wichtig, was in Pflegeheimen allgemein unterschätzt wird. Nach Tiedaba Koné (2012, S. 188) sollte ein Heim deshalb darauf achten, dass ein Paar seine Liebesgeschichte (sein „roman d’amour“) im Pflegeheim so weit wie möglich weiterleben kann. Zu diesem Zweck brauche es u.a. ein angemessenes, breites Ehebett, in welchem sich das Paar vereinen kann. Das weitere Ausleben der Liebesgeschichte sei nach Koné (2012, S. 189) kaum möglich, wenn dem Paar nur Pflegebetten oder Spitalbetten zur Verfügung stehen, denn diese stehen zu stark mit Krankheit, Leiden und sogar Tod in Verbindung. Ein paarfreundliches Bett ist hingegen eine Art Bestätigung dafür, dass die Liebesgeschichte des Paares im Pflegeheim weitergelebt werden kann.

Auch Mück (2013, S. 10) weist auf die Problematik der Betten hin. In einer Auflistung von zehn Ansatzpunkten, die den Heimbewohnern das Erleben von Sexualität erleichtern sollen, wird festgehalten, dass es „Alternativen zu den mitunter sexualunfreundlichen Pflegebetten braucht“.

In diesem Zusammenhang habe ich in meiner Umfrage gefragt, ob ein Ehebett bzw. ein Doppelbett eingerichtet werden darf, sofern Platz vorhanden ist. Diese Frage wurde in Bezug auf verschiedene Zimmerkonstellationen gestellt. Bei der Erarbeitung meiner Umfrage bin ich davon ausgegangen, dass Paare mit eingeschränkter Mobilität in speziellen Doppelpflegebetten (Bsp. Abbildung 13) zusammen schlafen dürfen. Bei einem Teil der

Antworten der Heime wurde aber darauf hingewiesen, dass Ehebetten nicht möglich seien, da im Heim nur mittel- bis schwerpflegebedürftige Heimbewohner leben. Für diese Kategorie von Heimbewohnern seien Pflegebetten erforderlich. Dass bei schwerpflegebedürftigen Heimbewohnern der Zugang zum Patienten von beiden Bettseiten her nötig ist, ist verständlich. Dass aber auch bei mittelpflegebedürftigen Patienten Doppelpflegebetten keine Option sind, ist schwer nachvollziehbar. Der Entscheid, für alle Bewohner „normale Pflegebetten“ einzurichten, kann dadurch erklärt werden, dass es eindeutig einfacher ist, wenn alle Patienten in einzelnen Pflegebetten schlafen. Ich schliesse daraus, dass der Bedarf an Intimität oft weniger gewichtet wird als die Effizienz der Abläufe in der Pflege.



Abbildung 13 Beispiel Doppelpflegebett

Der Umgang mit sperrigen Doppelpflegebetten ist für das Pflegepersonal umständlicher als mit normalen Pflegebetten (z.B. für die Kinästhetik). Deshalb wäre beim Einrichten von Doppelpflegebetten mit einem gewissen Widerstand des Personals zu rechnen. Die Heimleitung müsste jedoch auch die Sichtweise der Patienten und deren Recht auf Intimität und Sexualität berücksichtigen und den Umständen entsprechend eine Lösung befürworten, die nicht unbedingt den Angewohnheiten oder Wünschen des Pflegepersonals entspricht. Es ist hier zu berücksichtigen, dass sich ein intimitätsfreundliches Umfeld allgemein positiv auf die Gesundheit der Patienten auswirkt (vgl. Bemerkung in 4.2). Dem Pflegepersonal ist es dienlich, wenn ein Patient weniger psychische und physische Beschwerden meldet, da er seine Intimitätsbedürfnisse einfacher und besser befriedigen kann.

Verzichtet die Heimleitung auf das Einrichten von Doppelpflegebetten, weil sie eine Konfrontation mit dem Personal scheut, könnten als Alternativlösung extrabreite Pflegebetten (d.h. Breite von französischen Betten, 160 cm) eingerichtet werden. Dies stellt für ein Paar zwar keine Dauerlösung dar, bietet jedoch viele Möglichkeiten, die Intimität anders zu

erleben als in normalen Pflegebetten. Wie ich von einer Fachexpertin erfahren habe, wäre der Ersatz der normalen Pflegebetten durch extrabreite Pflegebetten aber eine teure Investition.

Grundsätzlich wäre es auch möglich, zwei Pflegebetten in ein Ehebett umzuwandeln. Es sollte theoretisch nicht so kompliziert sein, zwei Pflegebetten zusammenzuschieben und diese professionell, sicher und ohne grossen Zeitaufwand aneinander zu befestigen. Wird zudem eine genau passende Einlage in die Spalte zwischen den zwei Betten gelegt, hat man ein sicheres, komfortables und ebenes Ehebett aus zwei Pflegebetten. Existiert dieses Konstrukt in der Realität? Gemäss den von mir kontaktierten Fachpersonen findet man eine solche Befestigung von zwei Betten bzw. das von mir geschilderte ebene Ehebett weder in Spitälern noch in Pflegeheimen.

Bei der Besichtigung eines Pflegeheimes stellte sich jedoch heraus, dass manche Pflegeheime doch versuchen, aus zwei Pflegebetten eine Art Ehebett zu bauen (vgl. Abbildung 14).



Abbildung 14 Zusammengeschobene Pflegebetten

Im Gegensatz zu meiner ursprünglichen Annahme waren die Betten allerdings nicht aneinander befestigt und vor allem, gab es keine genau passende Einlage in der Spalte wie dies auf der Abbildung 15 ersichtlich ist. Hier wäre beispielsweise der Einsatz von einem Ritzenfüller aus einem zugeschnittenen Schaumstoff, der genau in die Lücke passt, möglich, wodurch ein ganz ebenes Ehebett zur Verfügung stehen würde.

Das Heim hat hier aber als Notlösung eine sonst in der Pflege verwendete „Wurst“ benützt, welche die Spalte nur teilweise ausfüllt.



Abbildung 15 Improvisierte Liebesbrücke

Eine provisorisch ausgefüllte Spalte scheint für mich als junger Autor auf den ersten Blick nicht speziell hinderlich zu sein. Für ein junges Paar oder für gelegentlichen Sex in einem Hotel scheint eine solche ausgefüllte Spalte eine gute Lösung zu sein. Im Pflegeheim werden bei einem solchen Provisorium die alten Rücken unter Umständen jedoch unnötigerweise strapaziert.

Es wäre daher zu erwarten, dass die Pflegebethtersteller oder die Haustechniker des Heimes eine professionellere Lösung anbieten, welche mit den allgemeinen Empfehlungen von Tiedaba Koné und Mück im Einklang wäre.

4.2 Für Pflegeheime ist Sexualität allgemein ein zweitrangiges Thema

Werden die eher enttäuschenden Ergebnisse meiner Befragung sowohl in Bezug auf die getroffenen Massnahmen zur Enttabuisierung der Sexualität als auch auf die Bereitschaft zur passiven Unterstützung mit der Literatur verglichen, erscheint die Kluft zwischen der Theorie und der Realität in den Heimen relativ gross zu sein. Wie Zettl (2011, S. 123) erinnert, haben Studien die positiven Auswirkungen der Sexualität bewiesen: Sexualität sei im Alter das beste Anti-Aging Mittel, denn Sexualität verbessere das Immunsystem, stärke die Muskulatur und helfe gegen Depressionen. Trotzdem sei Sexualität im Alter noch immer ein absolutes Tabu-Thema. Letztere Aussage von Zettl wird durch meine Umfrage zum grössten Teil bestätigt. Die meisten Heimleitungen behaupten, sie seien offen für das Thema Sexualität, verhalten

sich in Wirklichkeit aber eher passiv und treffen keine Massnahmen zum besseren Ausleben der Sexualität. Diesen Widerspruch zwischen Selbsteinschätzung und effektiven Massnahmen habe ich auch bei Heimleitungen festgestellt, welche bei meiner Umfrage sehr schlecht abgeschnitten haben und gleichzeitig geschrieben haben, Sexualität sei bei ihnen kein Tabu-Thema. Aber nicht alle Pflegeheime verharren in einer abwartenden, passiven Position in Sache Sexualität. In der Folge sind die Unterschiede zwischen den Heimen in Bezug auf Anerkennung der sexuellen Bedürfnisse relativ gross.

4.3 Unterschiedliche Wahrnehmung der sexuellen Bedürfnisse in Pflegeheimen

Wohnt eine Person in einem Pflegeheim, wird es für sie sehr schwierig, die Bedürfnisse nach Intimität und Zärtlichkeit zu befriedigen, da in einem Heim viele Aspekte des Lebens, die früher rein privat waren, öffentlich werden. Unter diesen Umständen sollte sich ein Heim nicht darauf beschränken, auf explizit geäusserte Anliegen der Patienten zu reagieren. Die Aufgabe eines Heimes sollte eher darin bestehen, die Bedürfnisse der Patienten in Sachen Sexualität selber zu erkennen und zu entziffern. Die Beobachtung des Verhaltens und der Körpersprache der Heimbewohner spielt dabei eine grosse Rolle. So soll nach Grond (2011, S. 103) beispielsweise die Technik des Konfrontierens verwendet werden. Diese soll *„Widersprüche zwischen verbaler und nonverbaler Botschaft und zwischen Selbst- und Fremdbild (wenn sich der Kranke als schüchtern bezeichnet, aber selbstbewusst wirkt) aufgreifen“*. Bei der Wahrnehmung der vorhandenen Bedürfnisse sind grosse Unterschiede zwischen den befragten Heimen festzustellen. Gemäss meiner Umfrage sind viele heimleitende Personen der Meinung, dass die passive Unterstützung im Vorfeld intimer Kontakte (vgl. Kap. 3.5.10) kein wichtiges Thema ist, weil nach ihrer Erfahrung seit Jahrzehnten kein einziges Paar ein Anliegen in diesem Bereich geäussert hat. Vermutlich wurde bei diesen Heimen zu wenig auf die erwähnte nonverbale Kommunikation der Paare geachtet. Eine andere Gruppe von Heimleitenden anerkennt den Handlungsbedarf in Sache Sexualität, bezeichnet das Thema entsprechend als wichtig, weist aber gleichzeitig bedauernd auf die Widerstände des Umfeldes oder auf andere Prioritäten hin. Andere Pflegeheime betrachten das Thema Sexualität als wichtig und sind bereit, den Bedürfnissen der Patienten entgegenzukommen. Einzelne Heime zeigen sogar eine grosse Offenheit zum Thema Sexualität und planen zudem auch Massnahmen in diesem Bereich (Weiterbildung und Konzept, vgl. Kap. 3.5.1).

Dieses sehr heterogene Bild der Haltung gegenüber der Sexualität ist bei der Auswertung der Antworten der Heime zu den einzelnen Enttabuisierungsmassnahmen (Kap. 3.5.1 bis 3.5.8) klar erkennbar. Der berechnete Wert für den Grad der Enttabuisierung der Sexualität der Heime reicht von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) (vgl. 4.6.2). Auch die Antworten zur

passiven Unterstützung (vgl. 3.5.10) zeigen, wie unterschiedlich die Ansichten der Heime sind.

Zudem ist auf die unterschiedlichen Interessen der Heime für dieses Thema hinzuweisen. Ich habe im Fragebogen den Heimen angeboten eine Auswertung meiner Umfrage zu erhalten, doch erstaunlicherweise zeigen 42% kein Interesse an den Ergebnissen dieser Studie.

4.4 Analyse der Antworten nach Roach

4.4.1 Erklärung des Modells

Das Modell von Roach⁷ scheint mir sehr wichtig, um das Zusammenspiel des Pflegepersonals und der Heimleitung in Sache Sexualität zu analysieren und zu verstehen. Nach Roach können vier mögliche Grundsituationen in einem Heim beschrieben werden. Jede Situation ist mit einer spezifischen Auswirkung auf das sexuelle Leben der Patienten verbunden.

		Haltung der Heimleitung zu Sexualität	
		Restriktive Haltung der Heimleitung zu Sexualität	Wohlwollende Haltung der Heimleitung zu Sexualität
Umgang des Personals mit Sexualität	Unbehagen des Personals zu Sexualität	A Das Personal errichtet wegen seines Unbehagens Barrieren zu Sexualität. Das Personal handelt nach eigenen Vorstellungen -> negativer Effekt auf Bewohner	B Das Personal versucht wegen seines Unbehagens, Barrieren zu Sexualität zu errichten. Dabei wird es durch die Heimleitung nicht unterstützt. Einstellen von offenem Personal, aber defensive Haltung des restlichen Personals -> schwierig für Bewohner
	Behagen des Personals zu Sexualität	C Das Personal ist offen und unterstützt die Bewohner. Es setzt sich dafür ein, dass die restriktive Haltung der Heimleitung zu Sexualität keinen Erfolg hat -> positiver Effekt auf Bewohner	D Heimleitung unterstützt Bewohner und Personal Schulung, Beratung Entwicklung von Richtlinien Enges Verhältnis von Bewohnern und Personal -> Bewohner und Personal fühlen sich wohl

Abbildung 16 Model Guarding discomfort paradigm (Roach 2004), angepasste Übersichtstabelle nach Riebandt (2013, Folien 12-16)

In den zwei Situationen A und B (Abbildung 16) wird das sexuelle Leben der Patienten beeinträchtigt, wobei der Auslöser immer das Unbehagen des Personals zu Sexualität ist.

⁷ Sally Roach (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 48(4), 371-379

In Situation A verstärken sich die restriktive Haltung der Heimleitung und die negative Haltung des Personals gegenseitig. In Situation B, in welcher die Heimleitung eine positive Haltung zu Sexualität hat, wird den Bewohnern trotzdem kein angemessener Zugang zur Sexualität gewährleistet. Die Situation der Bewohner verbessert sich jedoch, wenn das Personal der Sexualität gegenüber eine offene, positive Haltung vertritt. Dies ist auch der Fall, wenn die Heimleitung eine restriktive Haltung hat wie in Situation C.

Roach verbindet eine optimale Situation für alle Beteiligten, wie in D beschrieben wird, mit Schulung, Beratung und dem Entwickeln von Richtlinien im Bereich Sexualität. Situation D bedingt aber eine offene Haltung der Heimleitung gegenüber Sexualität, welche die positive Einstellung des Personals unterstützt und verstärkt.

4.4.2 Auswertung einzelner Antworten nach dem Modell von Roach

Im Zentrum des Modells von Roach steht das Verhaltensmuster des Personals mit Unbehagen gegenüber Sexualität. Weil ein Unbehagen des Personals einen stark negativen Einfluss auf das Ausleben der Sexualität der Heimbewohner hat, sollte sich meiner Meinung nach jede Heimleitung mit diesem Modell auseinandersetzen. Ich habe versucht herauszufinden, in welcher der vier Situationen A, B, C, D sich die befragten Heime befinden. Diese Analyse konnte ich aber nur in den Fällen vornehmen, in welchen ergänzende Kommentare der Heimleitung vorlagen. Ich habe zwei Kommentare aus meiner Umfrage ausgewählt, die aus dem Blickwinkel des Modells „guarding discomfort paradigm“ sehr interessant sind:

„Dieses Thema ist nach wie vor ein grosses Tabu. Dies beginnt schon bei grossen Widerständen im Pflege- und Betreuungsteam, insbesondere dann, wenn es ums Ausziehenhelfen für einen sexuellen Akt geht. Überall, wo ein enthemmtes Verhalten auftaucht, wird viel diskutiert.[...]“ (vgl. H6)

Aufgrund der Aussage zum Widerstand des Pflegepersonals kann davon ausgegangen werden, dass sich das betroffene Heim in der Situation B (Abbildung 16) befindet. Der zweite Satz deutet auf die negative Einstellung des Personals zu Sexualität, da störende Auffälligkeiten ins Zentrum der Gespräche rücken.

Bei einem Heim, das in Sache Umgang mit Sexualität gut abgeschnitten hat, ist folgende kurze Bemerkung zum Thema „Enttabuisierung im Pflegeheim“ erwähnenswert:

„Es steht und fällt mit den Moralvorstellungen der Pflegenden und deren direkten Vorgesetzten“ (vgl. H8)

Der Satz enthält ein Element, welches nach Abbildung 16 eher in Situation A zu finden ist: „Das Personal handelt nach eigenen Vorstellungen“. Deswegen kann dieses Heim nicht vollständig der Situation D zugeteilt werden.

In diesem Heim liegen keine Richtlinien zu Sexualität vor, was unterschiedliche Umgehensweisen mit Sexualität je nach Moralvorstellung zulässt. Für die Patienten könnte

dies bedeuten, dass die sexuellen Bedürfnisse je nach Pflegepersonal und Abteilung unterschiedlich wahrgenommen und anerkannt werden. Dies ist aus meiner Sicht noch kein optimaler Zustand.

4.4.3 Erarbeitung eines Leitbildes zur Sexualität mit Mitwirkung des Personals

Nicole (2015, S. 29) beschreibt ein grosses Projekt der Stiftung Belle Saison, das im Herbst 2011 mit folgendem Ziel gestartet hat: *„In den Institutionen der Stiftung sollen die emotionalen und sexuellen Bedürfnisse älterer Menschen genauso respektiert werden wie die lebensnotwendigen Grundbedürfnisse.“* Im Mittelpunkt des Vorhabens stand ein Weiterbildungsprogramm, in welchem Ansichten des Personals, der Heimbewohner und deren Angehörigen mit einbezogen wurden. Eine Begleitgruppe des Projekts schlug vor, folgenden Satz in die Richtlinie der Stiftung aufzunehmen:

„Die Stiftung Belle Saison berücksichtigt die emotionalen und sexuellen Bedürfnisse, die individuelle Freiheit, den Respekt und die Würde der Person innerhalb der Regeln des gemeinschaftlichen Lebens.“

Die aus diesem Projekt resultierende Richtlinie widerspiegelt auch die Sichtweise des Pflegepersonals, indem die allgemeine Einschränkung *„innerhalb der Regeln des gemeinschaftlichen Lebens“* eingebaut wurde. Diese Einschränkung lässt Platz für viele Interpretationen, mit dem Risiko, dass jede Person die Richtlinie anders interpretiert. Die Betreuerin dieses Projektes bestätigte mir, dass es sich um eine Kompromisslösung handelt. Es wäre meiner Meinung nach besser, wenn die Einschränkung konkreter wäre. In der Genfer Charta für Behindertenheime (vgl. 4.6.4.) wurde die Einschränkung beispielsweise sinnvoller formuliert: Dort ist anstatt *„innerhalb der gemeinschaftlichen Regeln“*, die Endung *„im Rahmen des Gesetzes und der ethischen Grundsätze“* zu finden. Die ethischen Grundsätze werden in der Charta benannt: *„Beachtung der Sicherheit, Intimität, Wohlbefinden, Integrität und Respekt jeder Person“*. Eine solche konkrete Auflistung der Kriterien schafft Klarheit bei der Umsetzung der Grundhaltung der Institution.

Wird das Pflegepersonal in der Bearbeitung der Richtlinien zur Sexualität involviert, besteht das Risiko, dass ein allfälliges Unbehagen zur Sexualität beim Personal in die Richtlinie einfließt. Dies müsste vermieden werden, um die Zielsetzungen nach Roach (vgl. 4.4.1) zu erreichen. Dieses Risiko besteht ebenso, wenn Familienangehörige an der Erarbeitung von Leitsätzen mitwirken, da Familienangehörige meist eine noch restriktivere Haltung gegenüber der Sexualität vertreten als das Pflegepersonal.

4.5 Äussere und innere Sicherheit des Personals: Leitbild und Austausch

Um einen adäquaten Umgang mit Sexualität in einem Pflegeheim sicherzustellen, brauchen die Mitarbeiter, wie N. Richard in einem durch Teigeler (2011) geführten Interview sagt, sowohl eine äussere Sicherheit in Form von Konzepten, Werthaltungen und Leitlinien, als auch eine innere Sicherheit durch den Austausch im Personalteam. Richard weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der professionelle Umgang mit sexualisierten Begegnungen der Konzeptpflicht der Institution obliegt.

Auf die Frage, was passiere, wenn die äussere und innere Sicherheit in einer Einrichtung fehlen, antwortet N. Richard im Interview wie folgt:

„Dann sind Pflegende natürlich überfordert und fühlen sich allein gelassen. Auf sexualisierte Begegnungen reagieren sie mit Scham und Unbehagen und können nur vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen agieren. [...]“

Hinsichtlich der Wichtigkeit für Heimleitungen, Richtlinien und Konzepte zur Sexualität zu entwickeln, ist es erstaunlich, dass so viele Heime auf die Erarbeitung von Leitsätzen verzichten (vgl. 3.5.2). Weshalb verzichten Heime auf Richtlinien zu Sexualität, obschon diese dem Wohlbefinden des eigenen Personals zugute kommen würden? Im erwähnten Interview antwortet Richard auf diese Frage wie folgt: *„Viele Einrichtungen befürchten durch eine zu tolerante Offenheit einen Belegungsexodus.“* Eine ähnliche Aussage habe ich im Rahmen eines Interviews in einem Pflegeheim gehört. Ich habe gefragt, warum das Heim keine Bestimmungen zur Sexualität in seinen Richtlinien hat. Daraufhin antwortete mir die interviewte Person, dass das Heim Kunden verlieren würde, denn Angehörige würden ihren Partner nicht in ein Heim geben, in welchem offensichtlich ist, dass Sexualität Teil des Heimlebens ist.

Aus demographischer Sicht ist die Furcht der Heime vor einem Belegungsexodus fraglich, da es aufgrund der Alterung der Bevölkerung zu wenig Heimplätze gibt. Durch die hohe Nachfrage müssten sich die Heime somit keine Sorgen um allfällige leere Betten machen. Nach CURAVIVA haben Heime jedoch nicht selten Probleme damit, ihr Heim ganz zu füllen, auch bei einer langen Warteliste. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Leute, die auf der Warteliste sind, in der Zwischenzeit eine andere Alternative gefunden haben: einige wollten lieber zu Hause bleiben und die Hilfe von Spitex in Anspruch nehmen, andere wurden aufgrund eines Notfalls bereits in ein anderes Pflegeheim platziert. Diese notfallmässigen Eintritte machen gemäss Köppel (2004, S. 1) 80% aller Eintritte in die Pflegeheime aus. Unter diesen Umständen ist die Angst vor einem Exodus wegen eines allfälligen verschlechterten Rufs nachvollziehbar. Ist ein Heim nicht mehr so begehrt wie zuvor, wählen die neuen Kandidaten ein Konkurrenzheim, welches durch die erhöhte Nachfrage seine Zimmerkapazitäten ausbauen kann. Daher ist nicht ganz auszuschliessen, dass das Bekenntnis zur Sexualität ein Wettbewerbsnachteil darstellt. Ich bin jedoch der Meinung, dass die Angst vor einem Exodus übertrieben ist, denn man könnte auch behaupten, dass aus einem

Bekenntnis zur Sexualität ein Vorteil für das betroffene Heim hervorgeht, da es möglicherweise mehr Leute, darunter Paare, Witwen und Alleinlebende, anziehen würde. Diese Heimeintritte würden die allenfalls vor einer offenen Haltung zu Sexualität abgeschreckten Patienten bzw. verlorenen Kandidaten aufgrund eifersüchtiger Ehepartner kompensieren.

4.6 Zugang zu Sexualität für Paare mit stark eingeschränkter Mobilität

4.6.1 Erschwertes Ausdrücken von Bedürfnissen wegen Abhängigkeitsverhältnis

Die Hemmschwelle bei der Äusserung sexueller Wünsche bei behinderten Paaren kann sehr hoch sein. Nach Bobbert (2002, S. 145), welche die Thematik der Patientenautonomie in der Pflege untersucht hat, führt die Abhängigkeit der Patienten von den Pflegenden zu einer erschwerten Wunschäusserung. Bobbert nimmt an,

„dass sich aufgrund der Abhängigkeit von den Helfer(innen) und deren vermeintlichen oder tatsächlichen Erwartungen sowie aus institutionellen Abläufen heraus ein subtiler Druck entwickeln, der Patient(inn)en zu Anpassung oder Zustimmung veranlasst - allein aus der Befürchtung heraus, Routineabläufe zu stören oder die professionellen Helfer(innen) zu verärgern und demzufolge vielleicht weniger gut versorgt zu werden.“

Hinsichtlich dieser Hemmungen hat eine Bestimmung zur Sexualität im Leitbild den Vorteil, dass Paare, welche Unterstützung benötigen, im Wissen sind, dass Sexualität erlaubt ist. Ohne ein explizites Bekenntnis des Heims zum Recht auf Ausleben der Sexualität (z.B. im Leitbild) kann es dazu kommen, dass ein Paar mit eingeschränkter Mobilität zögert, um Hilfe in diesem Bereich zu bitten. Es kann sein, dass ein Paar nicht um Hilfe bittet, obwohl das Heim vielleicht bereit wäre, eine passive Unterstützung zu leisten. Befürchten Patienten eine negative Reaktion auf die Äusserung ihrer Anliegen im Bereich Sexualität, da in diesem Bereich Unklarheit darüber besteht, was erlaubt ist und was nicht, liegt es auf der Hand, dass die Patienten nicht unbedingt den Mut haben, das Risiko einer negativen Erfahrung einzugehen.

Auch wenn ein Heim das Recht auf passive Unterstützung bei Fällen einer Behinderung in den internen Richtlinien geregelt hat und das Personal auf das Verhalten eines Paares bzw. deren Körpersprache richtig reagiert und die Bereitschaft zur passiven Hilfe signalisiert hat, kann es vorkommen, dass dieses Paar das Angebot trotzdem ablehnt, nur weil es nicht sicher ist, ob diese Unterstützung zur Normalität gehört. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll zu sein, ein eindeutiges Bekenntnis zum Recht auf Sexualität im öffentlichen Leitbild festzulegen. Ist ein Heim noch nicht bereit, diesen Schritt zu tun, sollte es auf jeden Fall auf das Recht der Patienten auf Information achten. So könnte das Personal beim Eintrittsgespräch, oder nach Bedarf, zum Beispiel auf die Bestimmung zur Befriedigung der

Grundbedürfnisse aus den Leitsätzen von CURAVIVA hinweisen (vgl. 3.5.2) und erklären, dass Sexualität zu diesen Grundbedürfnissen gehört und dass der Patient im Fall einer Behinderung auf die Unterstützung des Personals zählen kann.

4.6.2 Enttabuisierungsgrad und Gewährleistung passiver Unterstützung

Die Auswertung der Antworten der Umfrage bestätigt meine Annahme, dass Heime mit einem höheren Enttabuisierungsgrad öfter bereit sind, passive Unterstützung bei einem Liebespaar mit stark eingeschränkter Mobilität zu leisten als Heime mit einem tieferen Enttabuisierungsgrad. Der durchschnittliche Enttabuisierungsgrad bei Heimen, welche eine passive Unterstützung leisten (in der Abbildung 17 als „helfende Heime“ bezeichnet), liegt mit 38 Punkten eindeutig höher als der Durchschnittswert von 24 Punkten bei den nicht helfenden Heimen.

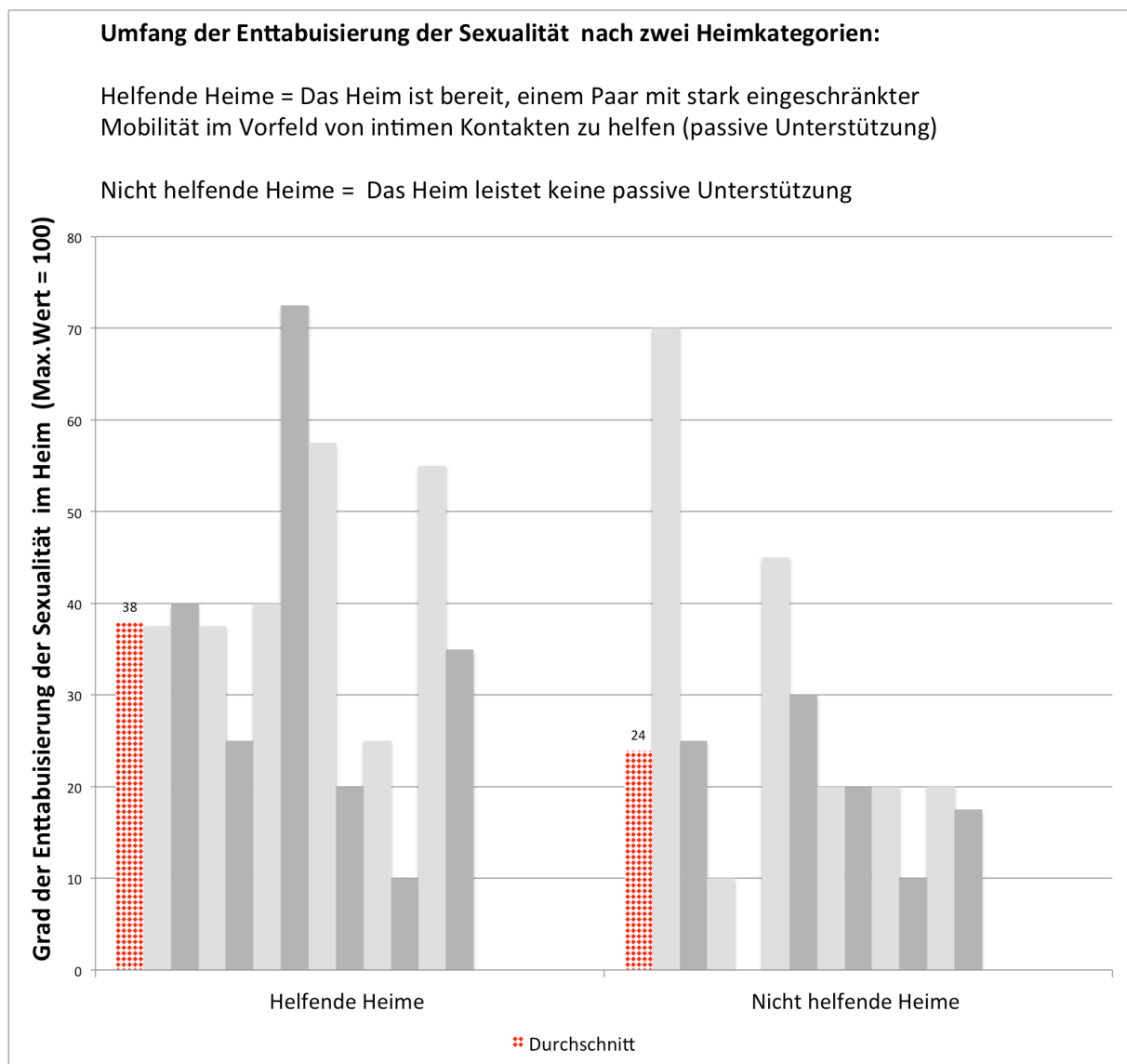


Abbildung 17 Enttabuisierungsgrad und Bereitschaft einer passiven Unterstützung

Die Methode zur Berechnung des Grads der Enttabuisierung ist unter 3.5.11 kurz beschrieben.

4.6.3 Leitbild und Gewährleistung passiver Unterstützung

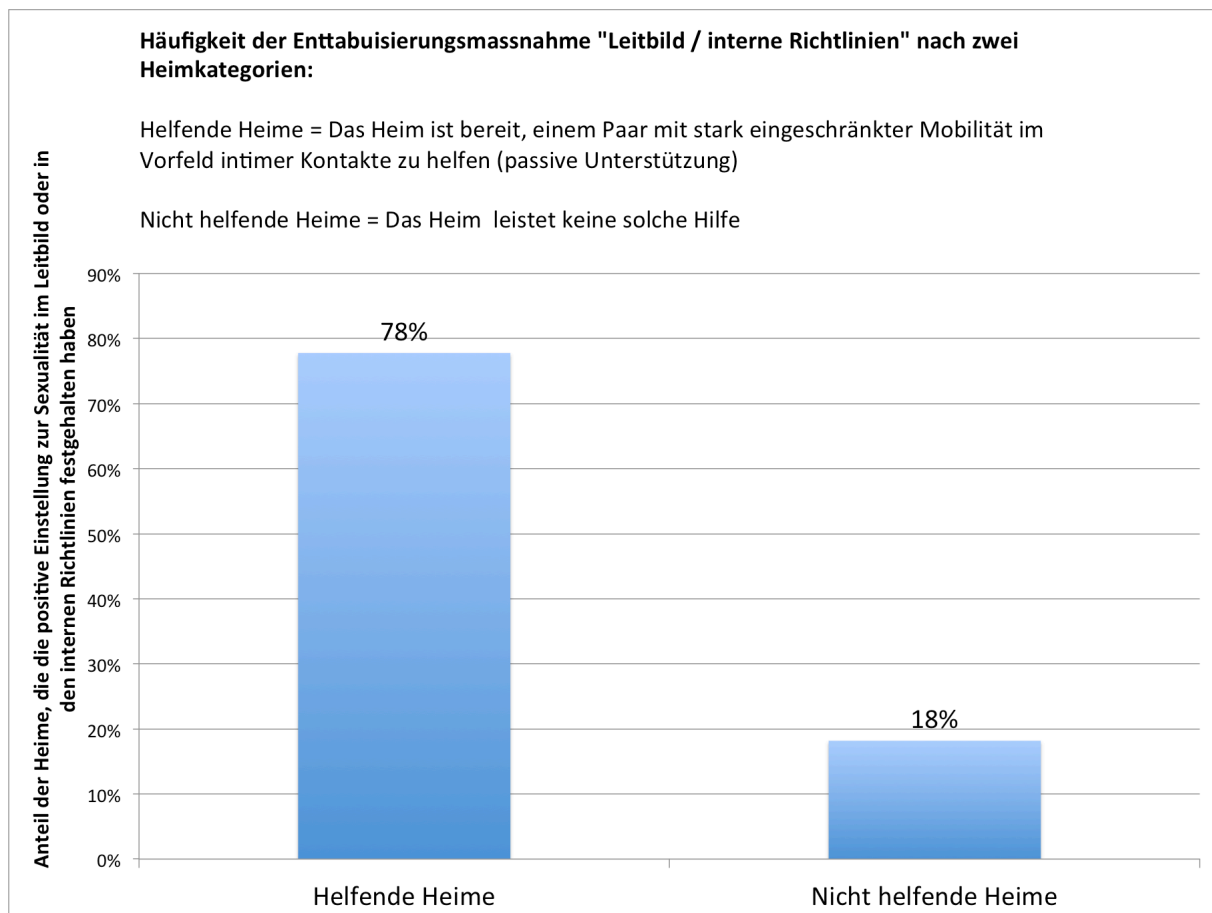


Abbildung 18 Zusammenhang zwischen Bekenntnis zur Sexualität und Bereitschaft zur passiven Unterstützung

Die Enttabuisierungsmassnahme „Recht auf Sexualität im Leitbild / in den internen Richtlinien“ habe ich nach den zwei Kategorien „Helfende Heime“ und „Nicht helfende Heime“ ausgewertet. In der Abbildung 18 kann ein Zusammenhang zwischen Sexualität im Leitbild, bzw. in den internen Richtlinien und der Gewährleistung einer passiven Unterstützung festgestellt werden. Fast 80% der Heime, die eine passive Unterstützung leisten, haben das Recht auf Sexualität im Leitbild oder in den internen Richtlinien festgehalten.

Von den neun helfenden Heimen haben nur zwei Heime keine Bestimmung zur Sexualität im Leitbild oder in den internen Richtlinien. Mit einem dieser zwei Heime konnte ich Kontakt aufnehmen und ein Interview durchführen. So konnte ich auch mehr über seine Leitgrundsätze erfahren. Nach diesen Leitgrundsätzen muss das Personal dafür sorgen, dass der Patient alle seine Bedürfnisse befriedigen kann, wie wenn er zu Hause wäre. Eine solch starke Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner kommt der Sexualität der Patienten zugute.

In meinem Fragebogen habe ich nicht explizit danach gefragt, ob und wie oft solche Bedürfnisse ausgedrückt worden sind. Manche Heime haben jedoch erwähnt, dass solche Anliegen noch nie zur Sprache gekommen sind.

Heime, welche passive Unterstützung leisten, haben gemeinsam, dass sie sich zur Sexualität im Leitbild und / oder in den internen Richtlinien bekennen. Es stellt sich die Frage, ob andere Gemeinsamkeiten unter den Heimen mit passiver Unterstützung zu finden sind. Ich konnte feststellen, dass viele der helfenden Heime überdurchschnittlich aus- und weiterbilden.

4.6.4 Passive Unterstützung: eine Aufgabe des Pflegepersonals?

Nur die Hälfte der Heime leistet Unterstützung bei Paaren mit stark eingeschränkter Mobilität, wenn diese auf Hilfe des Pflegepersonals angewiesen sind, um intime Körperkontakte ausleben zu können (vgl. 3.5.10). Es stellt sich daher die Frage, ob nicht alle Heime eine passive Unterstützung leisten müssten. Anders gefragt: Geht die Gültigkeit des Rechts auf Sexualität und Intimität bei einem Pflegeheimbewohner verloren, sobald eine Beeinträchtigung seiner Mobilität vorliegt? Die von mir konsultierte Literatur zum Thema Sexualität in Pflegeheimen liefert kaum Informationen zu dieser Problematik. Zur Thematik der Sexualität bei Behinderten in einem Wohnheim findet man hingegen viel mehr Informationen und Konzepte. Es ist daher von grossem Interesse zu erfahren, wie sich Heime für Behinderte mit diesem Thema auseinandersetzen.

Die allgemeine Haltung der Institutionen für Behinderte zu dieser ethischen Frage ist erstaunlich klar: Es gibt ein Recht auf Sexualität, auch wenn eine Behinderung vorliegt. Dementsprechend gibt es auch eine Pflicht für das Personal und das Heim, die nötige Hilfe zu leisten. Eine solche Grundhaltung ist beispielsweise in einer Charta namens „Amour, sexualité et handicap – Charte, Cadres éthique et juridique“ (2012) festgehalten, welche alle Heime für Behinderte des Kantons Genf unterschrieben haben. Die einzelnen Personen (insbesondere das Heimpersonal), die sich um die Behinderten kümmern, werden dazu eingeladen, die Charta zu unterschreiben. Diese enthält bezüglich der zu gewährleistenden Unterstützung durch alle Betreuenden folgende Bestimmung:

„ Les signataires reconnaissent que les personnes dont la nature du handicap représente un obstacle même majeur à l'épanouissement de leur vie affective et sexuelle ont droit à des réponses concrètes adaptées à leurs besoins.“⁸

⁸ Die Unterschreibenden anerkennen, dass Personen, deren Behinderung (bzw. deren Behinderungsart) die Entfaltung des emotionalen und sexuellen Lebens hindert, bzw. sogar erheblich hindert, ein Recht auf konkrete Massnahmen haben, welche ihren Bedürfnissen entsprechen.

Für die Institutionen ist folgende Bestimmung zu unterschreiben:

„Les signataires institutionnels s’engagent à permettre à la personne de combler ses besoins sexuels en lui donnant accès aux moyens existants dans le cadre de la légalité et des principes éthiques.“⁹

Diese Bestimmungen aus der Charta zielen auf die Unterstützung von Personen mit einem gewissen Behinderungsprofil ab. Diese Bestimmungen scheinen mir so formuliert zu sein, dass sie für alle Personen mit einer Behinderung Gültigkeit haben, dies vor allem, weil sich die Charta auf allgemeine ethische Grundsätze und auf Grundrechte (u.a. Menschenrechte) stützt. Es ist deshalb auch nicht erstaunlich, dass diese Charta über die Schweizergrenze hinaus, auch in Frankreich und Belgien, angewendet wird.

In diesem Zusammenhang stellte sich für mich die Frage, wie weit diese Charta bei allen Behinderungsarten, inkl. bei solchen, die eher bei alten Personen vorkommen, im Alltag anwendbar ist. Diese Frage habe ich Catherine Agthe Diserens, der Co-Autorin der Charta, gestellt. In ihrer Antwort kam zum Ausdruck, dass sie ihr Arbeitsfeld auf die Unterstützung von Behinderten einschränken will und muss, dies auch deshalb, weil sich Behinderungen bei alten Menschen stark von denjenigen von anderen Menschen unterscheiden.

Im erläuternden Teil der Charta wird festgehalten, dass das Recht auf Sexualität und die Unterstützung unabhängig vom Alter zu gewährleisten ist. Deshalb könnte oder müsste die Anwendung der oben erwähnten Bestimmungen sehr wohl auf den Kreis der Pflegeheime ausgeweitet werden. Dafür spricht die Tatsache, dass auch Menschen mit Behinderung, die bisher im Privathaushalt oder in einer Institution für Behinderte lebten, unter Umständen in Pflegeheime aufgenommen werden müssen. Katrin Meier (2015 10. 6., S. 19) beschreibt die Situation in ihrem Zeitungsartikel zur Behindertenpolitik für alte Menschen mit einer Behinderung wie folgt:

„ Das Heim [es handelt sich hier um eine Institution für Behinderte] hat eine Demenzgruppe eingerichtet. Aber sobald der Pflegeaufwand zu gross wird, müssen die Bewohner in ein Pflegeheim umziehen, denn das Brühlgut [Name des Heims] hat keine Zulassung als solches. [...] Auf der anderen Seite leben viele Menschen mit einer Behinderung selbstständig oder werden von den Eltern zu Hause betreut. Werden sie zum Pflegefall oder ihre Eltern, droht auch ihnen das Pflegeheim. Zum Teil sogar als Begleiter der Eltern, da sich sonst niemand um sie kümmern würde. Denn nach 65 wird sie keine Behinderteninstitution mehr aufnehmen, weil die Finanzierung nicht geregelt ist“

⁹ Die Institution verpflichtet sich, zu ermöglichen, dass die Personen ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen können, indem sie den Zugang zu den zur Verfügung stehenden Mitteln gewährleistet, dies unter Berücksichtigung des Gesetzes und der ethischen Grundsätze.

Hinsichtlich dieser möglichen Aufnahme von alten Menschen mit Behinderung in Pflegeheime, macht es keinen Sinn, dass die sexuellen Bedürfnisse unterschiedlich wahrgenommen und befriedigt werden, je nachdem, ob Personen bzw. Paare mit vergleichbarer Behinderung in einem Pflegeheim oder in einer Institution für Behinderte wohnen. Es wäre auch nicht nachvollziehbar, in einem Pflegeheim das Recht auf Sexualität von der Behinderungsart abhängig zu machen. Aus ethischen Gründen müsste daher das Recht auf Unterstützung bei der Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse von Patienten mit einer Behinderung wenigstens in den internen Richtlinien der Pflegeheime festgehalten werden.

4.6.5 Keine passive Unterstützung durch das Heim, was dann?

Ist der Widerstand des Pflegepersonals gegenüber der passiven Unterstützung zu gross, sollte sich das Pflegeheim die Frage stellen, was zu unternehmen ist, damit das Recht auf Sexualität eines Paares mit stark eingeschränkter Mobilität, welches seinen Bedarf nach Sex geäußert hat, nicht verletzt wird. Als Ersatzlösung könnte man sich beispielsweise an eine Berührerin oder an einen Berührer wenden. Diese wissen mit körperlichen Einschränkungen der Patienten umzugehen, sind sich daran gewöhnt, sich mit dem Personal abzusprechen und weisen gute psychologische Fähigkeiten (z.B. Empathie) auf. Eine Alternative wäre, eine Prostituierte oder einen Prostituierten für das Entkleiden zu organisieren. Ich fragte die Berührerin Soluna in einem Gespräch, ob sie allenfalls bereit wäre, passive Unterstützung zu leisten. Dies obwohl auf ihrer Internetseite zu lesen war, dass sie einen Einsatz ablehnt, wenn sie bemerkt, dass die Lösung eines Problems in den Händen des Personals liegt, was meines Erachtens in diesem Fall zutreffend ist. Das Entkleiden und das Insbettbringen der nackten Körper sind zwei einfache Aufgaben, welche mit der Arbeit der Berührerin bzw. des Berührers nicht viel zu tun haben. Im Rahmen eines Interviews mit Soluna konnte ich von ihr erfahren, dass sie grundsätzlich trotzdem bereit wäre, eine solche Aufgabe zu übernehmen.

Beim Anwerben einer Berührerin bzw. eines Berührers müsste das Heim die Kosten übernehmen, denn das Heim kauft hier eine Leistung extern ein, die grundsätzlich durch das Heim zu erbringen wäre (vgl. 4.6.4). Das Heim müsste auch die Organisation eines solchen Einsatzes übernehmen. Ist ein Heim jedoch allgemein nicht bereit, die Honorare einer Berührerin bzw. eines Berührers für eine passive Unterstützung zu tragen, müssten die Patienten vor Heimeintritt darüber informiert werden. Denn hier werden die Grundrechte des Patienten einschneidend eingeschränkt.

4.6.6 Von der passiven zur aktiven Unterstützung

Mit einer passiven Unterstützung wird ermöglicht, dass ein Paar trotz eingeschränkter Mobilität intime Körpernähe, Wärme und Zärtlichkeit privat ausleben kann. Zärtlichkeit ist das wichtigste Element der Sexualität bei älteren Paaren. Es wird aber problematisch, wenn

ein Paar mehr erleben möchte, dies jedoch nur durch externe Unterstützung erreichen kann. In der Literatur ist eine aktive Unterstützung beim Beischlaf kein gängiges Thema. Mosbauer et al. (2003, S. 77) haben die Problematik der aktiven Hilfe bei behinderten Menschen wie folgt dargestellt:

„Aktive Hilfestellung: Beim Beischlaf oder dem Austausch von Zärtlichkeiten von zwei behinderten Menschen kann durch MitarbeiterInnen aktive Unterstützung angeboten werden. Dies ist jedoch nur nach genauer Vorbereitung, Begleitung und Nachbegleitung in Form von Gesprächen möglich, und es braucht viel gegenseitiges Vertrauen. Auch hier sind die eigenen sexuellen Normvorstellungen massgeblich: Inwieweit schaffe ich es als MitarbeiterIn, in einem der intimsten Bereiche zweier Menschen meinen Platz zu finden und meine eigenen Grenzen zu wahren? Ist es mir z.B. möglich, den erigierten Penis des Bewohners in die Hand zu nehmen und in die Vagina seiner Freundin einzuführen?“

Mosbauer et al. berichten hier über ihre Erfahrungen als Mitarbeitende in einer Rehabilitationsklinik in München. Aus diesem Text lässt sich herauslesen, dass für aktive Hilfe viel Vorbereitung und Vertrauen vorhanden sein müssen. Ich habe mir die Frage gestellt, wie weit eine solche Handlung durch ein(e) MitarbeiterIn eines Heims in der Schweiz überhaupt zulässig wäre. Für die Beantwortung dieser Frage musste ich mich an einen Juristen wenden. Auf juristischer Ebene ist die aktive Hilfestellung nach Auffassung von Girón keine Straftat, solange alle Beteiligten ihren freien Willen äussern können bzw. in dieser Hinsicht urteilsfähig sind. Das Schweizer Strafgesetzbuch enthält im Wesentlichen zwei Strafbestimmungen, die im Bereich einer aktiven Hilfestellung zu beachten sind.

- Art. 192 Absatz 1 des Schweizer Strafgesetzbuches regelt unter der Marginalie „Sexuelle Handlungen mit Anstaltspfleglingen, Gefangenen, Beschuldigten“ folgendes:
„Wer unter Ausnützung der Abhängigkeit einen Anstaltspflegling, Anstaltsinsassen, Gefangenen, Verhafteten oder Beschuldigten veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren oder Geldstrafe bestraft.“
- Art. 193 Absatz 1 des Schweizer Strafgesetzbuches regelt unter der Marginalie „Ausnützung der Notlage“ folgendes:
„Wer eine Person veranlasst, eine sexuelle Handlung vorzunehmen oder zu dulden, indem er eine Notlage oder eine durch Arbeitsverhältnis oder eine in anderer Weise begründeten Abhängigkeit ausnützt, wird mit Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.“

Hier wird klar ausgedrückt, dass das Veranlassen zu oder das Dulden einer sexuellen Handlung mit Ausnutzung eines Abhängigkeitsverhältnisses jeglicher Art innerhalb des Paares oder zwischen den Betreuungspersonen und dem Paar strafrechtliche Konsequenzen

mit sich trägt. Solange jedoch keine Ausnützung besteht, ist aktive Hilfestellung nicht strafbar. Ebenso besteht keine Strafbarkeit, wenn das Paar nicht zu sexuellen Handlungen veranlasst wird, sondern aus eigenem Willen Hilfe anfordert. In Fällen, in denen beispielsweise nicht alle Beteiligten mental gesund, also urteilsfähig sind, könnten einer pflegenden Person Anschuldigungen bspw. aufgrund von angeblichem Dulden bei einer Ausnutzung der Notlage schnell zur Last werden. Ebenso könnten Angehörige behaupten, dass das Paar zum sexuellen Akt gezwungen oder angespornt worden sei und dass die pflegende Person keine helfende, sondern perverse Absichten hatte.

Zusammengefasst dürfte die aktive Hilfestellung somit nicht strafbar sein, wenn alle Beteiligten ihren freien Willen äussern können und urteilsfähig sind. Um jedoch auf der sicheren Seite zu sein, scheint mir ratsam, dass das Pflegepersonal bzw. die Pflegeheimleitung folgende Absicherungs-Massnahmen trifft:

- Ärztliche Bestätigung betreffend den gesunden mentalen Zustand bzw. Urteilsfähigkeit der Betroffenen
- Um sicherzustellen, dass kein Abhängigkeitsverhältnis innerhalb des Paares vorliegt (psychologischer Druck, Charakterschwäche, Drohung), sollten mindestens zwei Pflegende oder sogar ein Psychologe / eine Psychologin die Verhältnisse im Paarleben beurteilen.
- Allenfalls ist an eine externe Kontrolle (z.B. Psychologe / Psychologin) hinsichtlich eines möglichen Risikos einer Ausnützung des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen den Pflegenden und dem Paar zu denken.

Solche Abklärungs- und Absicherungs-Massnahmen im Zusammenhang mit einer aktiven Hilfestellung sind mit Kosten verbunden, welche grundsätzlich die betroffenen Heimbewohner tragen müssten.

Das Thema der aktiven Unterstützung konnte ich mit einer Pflegedienstleiterin sowie mit der Berührerin Soluna besprechen. Beide Personen sind der Ansicht, dass ein Paar im Pflegeheim, welches allenfalls eine aktive Unterstützung benötigen würde, auf diese eher verzichten würde, da das Schamgefühl des Paares bei einer aktiven Unterstützung durch eine dritte Person zu hoch wäre. Die Berührerin Soluna wäre dennoch bereit, wie sie mir bestätigt hat, im Pflegeheim eine aktive Unterstützung beim Beischlaf zu leisten. Einem solchen Wunsch hat sie bereits einmal entsprochen.

Grundsätzlich ist von einem Recht auf aktive Unterstützung auszugehen. Denn das Recht auf Sexualität sollte uneingeschränkt bestehen und sich nicht bloss auf die typischste Art von Sexualität im Alter, d.h. auf Zärtlichkeit, reduzieren. Daraus ergibt sich die Pflicht für das Heim, nach einer Lösung zu suchen, sollte ein immobiles Paar den Wunsch äussern, beim Beischlaf unterstützt zu werden. Bei einem allfälligen Einsatz einer Berührerin bzw. eines

Berührers scheint das Heim jedoch nicht verpflichtet zu sein, die Kosten zu übernehmen. Im Gegensatz zur passiven Unterstützung (Entkleiden) handelt es sich um eine Tätigkeit, die eindeutig nicht zum Pflichtenheft des Pflegepersonals gehört. Sollte ein Heim aktive Unterstützung durch eine externe Person allgemein nicht tolerieren, müsste dies den Patienten vor Eintritt ins Heim mitgeteilt werden, weil hier ein wesentliches Grundrecht betroffen ist.

5 Schlussfolgerungen

Die Fragestellung im Titel meiner Arbeit lässt sich anhand der Antworten meiner Umfrage beantworten. Zwar leistet etwa die Hälfte der beteiligten Pflegeheime Hilfe, sollte ein Paar mit stark eingeschränkter Mobilität im Vorfeld von intimen Körperkontakten eine Unterstützung bei der Vorbereitung benötigen. Bei der anderen Hälfte der Pflegeheime wird der Zugang zu Intimität hingegen nicht gewährleistet. Im letzteren Fall werden Grundrechte von Menschen verletzt. Diese Schlussfolgerung stützt sich auf die ethischen Diskussionen, die im Rahmen der Institutionen für Behinderte geführt werden: Führt eine Behinderung dazu, dass eine Person ihre Sexualität nicht selbstständig ausleben kann, hat die behinderte Person Anspruch auf adäquate Unterstützungen und Massnahmen. Ich vertrete hier die Meinung, dass dieser Grundsatz nicht diskriminierend umzusetzen ist. Das heisst, u.a., dass das Recht auf Unterstützung unabhängig vom Alter gilt und dass es auch in den Pflegeheimen berücksichtigt werden sollte.

Dass manche Zürcher Pflegeheime bei Paaren mit stark eingeschränkter Mobilität eine passive Unterstützung leisten, kommt nicht von ungefähr. Die Auswertung der Antworten der Heime zeigt, dass ein überwiegender Teil der Pflegeheime, die eine passive Unterstützung leisten, auch eine konzeptionelle Arbeit geleistet haben, indem ein Bekenntnis zur Sexualität entweder im Leitbild oder in den internen Richtlinien festgehalten wird. Die Literatur beschreibt die Vorteile von Richtlinien zu Sexualität: Diese ermöglichen den Heimleitungen, ihre positive Haltung zu Sexualität durchzusetzen und stellen gleichzeitig eine wichtige Orientierung für das Personal dar. Es ist deshalb schwer verständlich, dass Heime auf Richtlinien zu Sexualität verzichten.

Ein angemessenes Verhalten des Pflegepersonals im Umgang mit Sexualität ist der wichtigste Faktor für eine Enttabuisierung der Sexualität. Der Grund für die Zurückhaltung vieler Heime bezüglich Sexualität ist auf ein geringes Interesse an der Fortbildung des Pflegepersonals in diesem Bereich zurückzuführen. Ein adäquates Verhalten bezüglich Sexualität muss zuerst gelernt und vor allem geübt werden. Im Bereich der Weiterbildung zum Thema Sexualität schneiden die Pflegeheime des Kantons Zürich gemäss meiner Umfrage eher schlecht ab. Unter diesen Umständen könnte es bei vielen Pflegeheimen noch relativ lange dauern, bis

eine passive Unterstützung von Paaren mit stark eingeschränkter Mobilität zur Normalität wird.

Will oder kann ein Heim keine passive Unterstützung leisten, müsste die Heimleitung zumindest sicherstellen, dass Bedürfnisse, welche ein Paar geäussert hat, trotzdem befriedigt werden können. Eine mögliche Lösung wäre der Einsatz einer Berührerin bzw. eines Berührers. Diese(r) könnte auf Kosten des Heims im Vorfeld intimer Kontakte Hilfe leisten. Ist ein Heim jedoch allgemein nicht bereit, die Honorare einer Berührerin bzw. eines Berührers für eine passive Unterstützung zu tragen, müsste jeder Patient vor Heimeintritt darüber informiert werden, dass er bei einem allfälligen Eintreten einer Mobilitätseinschränkung unter Umständen auf intime Momente zu verzichten hätte. Ein zukünftiger Heiminsasse geht nicht unbedingt davon aus, dass er sich in seiner Lebensphase im Heim verlieben könnte. Weil ein Liebes-Szenario auch im Fall von immobilen Partnern nicht auszuschliessen ist, müsste jedes Heim mit einer restriktiven Praxis dieses Recht auf vorgängige Information ernst nehmen.

Ein Teil der Heime begründen ihre Zurückhaltung zum Thema Sexualität damit, dass Offenheit gegenüber Sexualität die Kundschaft abschrecken könnte, dies trotz der steigenden Nachfrage nach Pflegebetten aufgrund der demographischen Entwicklung. Bei einem Gespräch in einem Pflegeheim kam konkret zum Ausdruck, dass bei einem Bekenntnis zu Sexualität misstrauische, eifersüchtige Gattinnen ein anderes Heim für ihren Ehepartner auswählen würden. Sind die Pflegeheime mit einer Richtlinie zur Sexualität allgemein toleranter gegenüber dem Fremdgehen als andere Pflegeheime? Nein, sie sind nicht unbedingt toleranter. Pflegeheime mit Richtlinien zu Sexualität geben dem Recht auf Selbstbestimmung den Vorrang, ohne Berücksichtigung der eigenen Moralvorstellungen und des Risikos, neue Kunden zu verlieren. Die Pflegeheime haben grosse Fortschritte in Sache Selbstbestimmung der Patienten gemacht. Der Grundsatz der Selbstbestimmung schliesst alle Lebensbereiche eines Patienten ein, d.h. auch seine Sexualität.

Vor der Türschwelle der Pflegeheime stehen sowohl Männer, die mit halbnackten Fotos von „pin-up girls“ wie Bettie Page oder Marilyn Monroe und dem dazugehörigen allgegenwärtigen Marketingbegriff „sex sells“ aufgewachsen sind, als auch Frauen, denen bereits als junge Frauen die Verhütungspille zur Verfügung stand. Vor diesem Hintergrund gehe ich davon aus, dass die zukünftigen Patienten gegenüber der Sexualität eine offene oder zumindest offenere Haltung haben werden. Es geht darum, diese Offenheit der Patienten zu Sexualität nun in den Pflegeheimen im Sinne der Selbstbestimmung gebührend zu respektieren.

Literaturverzeichnis

Bücher:

Bobbert, Monika (2002). *Patientenautonomie und Pflege – Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt/Main: Campus, S. 134-150

Bach, Doris (2011). *Die Tabuisierung von Intimität und Sexualität im Alter*. In: Bach Doris, Böhmer Franz (Hrsg). *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, S.159-172

Beutel Manfred E, Siedentopf Friederike und Brähler Elmar (2009). *Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft im Alter*. In: Brähler Elmar, Berberich Hermann J. (Hrsg). *Sexualität und Partnerschaft im Alter*. Giessen: Psychosozial-Verlag, S. 27-44

Bucher, Thomas (2009). *Altern und Sexualität*. In: Brähler Elmar, Berberich Hermann J. (Hrsg). *Sexualität und Partnerschaft im Alter*. Giessen: Psychosozial-Verlag, S. 45-63

Grond, Erich (2011). *Sexualität im Alter – Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können*. Hannover: Brigitte Kunz, S. 101-113

Michelchen, Gunnar (2008). *Intimität in der Altenpflege - Tabus in Pflegeeinrichtungen überwinden*. München: CW Haarfeld, S. 20-116

Mosbauer Anne, Sanna Michael (2003). *Manchmal kommt es zum Verlust der eigenen Lust – Der Umgang mit Sexualität und körperlicher Behinderung in Wohnheimen*. In: Haselbacher Delisle, Weissenrieder (Hrsg.) *Schluss mit Lust und Liebe? – Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen*. München: Ernst Reinhardt, S. 76-80.

Mötzing Gisela, Schwarz Susanna (2010). *Leitfaden Altenpflege*, 4. Auflage. München: Urban & Fischer, S. 386-389

Steinbeiss, Martina (2011). *Intimität und Sexualität - auch heute noch ein Tabu in der Pflege?* In: Bach Doris, Böhmer Franz (Hrsg). *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, S.141-145

Sydow, Kirsten (2009). *Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter - die weibliche Perspektive*. In: Brähler Elmar, Berberich Hermann J. (Hrsg). Sexualität und Partnerschaft im Alter. Giessen: Psychosozial-Verlag, S. 65-86

Tié d'Almeida, Koné (2012). *Vieillesse du couple – Dignité, intimité et sexualité des personnes âgées en institution*. Paris: Praelege, S. 157-220

Van der Vught-Kluschmann, Ruth (2014). *(Kein) Sex im Altenheim?* Hannover: schlütersche, S. 94-107

Zettl-Wiedner, Karin (2011). *Hat Sexualität im Alter in einer Langzeitpflegeinstitution überhaupt Platz?* In: Bach Doris, Böhm Franz (Hrsg). Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, S. 123-130

Zeitschriften:

Frey, Evelyne (2015). „Oft wir zu spät reagiert“, *Krankenpflege* 3/2015, S. 14-15

Köppel, Ruth (2004). „Die Wartelisten haben ausgedient“, *Curaviva* 1/2004, S. 1
<http://www.curaviva.ch/files/GTOO7JT/0104-fz-09-al-wartelisten.pdf>
05.7.2015

Müller, Stefan (2015). Wenn mit einem Tabu gebrochen wird. *Krankenpflege* 3/2015, S. 13-14

Nicole, Anne Marie (2015). Welchen Platz soll das Sexualleben betagter Menschen in Pflegeheimen einnehmen? *Curaviva* 3/2015, S. 27-31

Santiago, Marlise (2006) Die versteckte Sprache der Sexualität, *NOVA* 2/2006, S. 17-19

Teigeler, Brigitte (2011). Sexualität und Demenz – „Bestätigung sexueller Wünsche kann zu ihrem Abflauen führen“, Interview mit Nicole Richard. *Die Schwester Der Pfleger* 09/2011, S. 846-850

Internet und übrige Quellen:

Amour, sexualité et handicap – Charte, Cadres éthique et juridique, INSOS Genève , 2012.
www.insos-geneve.ch/images/stories/charte%20amour%20sexualite.pdf , 05.07.2015

CURAVIVA Schweiz (Verband Heime und Institutionen Schweiz) (2010, S.8). *Grundlagen für verantwortliches Handeln in Heimen und Institutionen*.

<http://www.curaviva.ch/files/L77YWTW/Grundlagen-fuer-verantwortliches-Handeln-in-Heimen-und-Institutionen.pdf>, 05.07.2015

Doumbia, Mariam (2014). *Quelles représentations constituent pour les infirmières un obstacle à une prise en charge globale des besoins sexuels des personnes âgées en institution*.

Travail de bachelor. Doc.rero.ch/record/210242/files/HESAV_TB_Doumbia_2014.pdf, 05.07.2015

Grau, Eva (2012). Le tabou du sexe en EMS, *FEMINA*. 06.05.2012

www.femina.ch/societe/sante/tabou-sexe-ms?page=0, 05.07.2015

Maslow Abraham (1943). Maslowsche Bedürfnishierarchie.

http://de.wikipedia.org/wiki/Maslowische_Bedürfnishierarchie, 05.07.2015

Meier, Katrin (2015, 10. 06). Wohin sollen Behinderte im Alter? *Der Landbote - Die Nordschweiz*, S. 19

Mück, Herbert (2013). *Sexualität und Demenz*, Begleitmanuskript zum gleichnamigen

Fachtag am 25.04.2013 in Dortmund. <http://www.dr-mueck.de/pdfs/Sexualitaet-und-Demenz-Herbert-Mueck-Begleitmanuskript-Dortmund-2013-04-25.pdf>, 05.07.2015

Riebandt, Sebastian (2013). *Sexualität in der Altenpflege - Zwischen Fürsorge und Kontrolle*, Präsentation im Rahmen der 35. Fortbildung für Pflegende 20. September 2013 in Kassel. Organisation durch die B. Braun Stiftung.

<http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pflege-symposium.de%2Fdownload.php%3Fdownload%3Dlecture%26id%3D126&ei=GlmcVbSMGoHSU4fynLAL&usg=AFQjCNH7AcLimKNgJU7z4GbbaSbm9I836g>, 05.07.2015

Soluna: Porträt der Berührerin Soluna:

www.solunatouch.ch/downloads/portraet_soluna.pdf, 05.07.2015

Bilderangaben:

Doppelpflegebett / Quelle der Abbildung 13:

www.saniplus.cc/product_info.php?products_id_118, 05.07.2015

Anhang 1

Honoré Mingot
Hofwiesenstrasse 23
8057 Zürich
Tel. 044 363 53 14
honore@mingot.ch

an die Heimleitung

Zürich, den 23. April 2015

Sehr geehrte Damen und Herren

Sexualität im Pflegeheim wird ab und zu in den Medien thematisiert, weshalb ich dieses Tabu-Thema als Maturaarbeit gewählt habe. Als einer der Schwerpunkte möchte ich untersuchen, wie gross die Kluft zwischen den Empfehlungen der Fachexperten/innen und der Praxis in den Heimen ist.

In diesem Zusammenhang erlaube ich mir, Ihnen und anderen 68 Pflegeheimen im Kanton ZH meinen beiliegenden Fragebogen zu zustellen. Auch wenn ein Heim Massnahmen zur Enttabuisierung der Sexualität getroffen hat oder treffen wird (Seite 1 des Fragebogens), kann es bei der Umsetzung hapern, weil private Rückzugsmöglichkeiten fehlen, insbesondere für neu gebildete Liebespaare in separaten 2er-Zimmern, weshalb Fragen zu den Räumlichkeiten und deren Einrichtung (Seite 2 & 3) gestellt werden. Eine noch grössere Herausforderung für die Pflegeheime ist ein Paar mit stark eingeschränkter Mobilität, welches intime körperliche Kontakte erleben möchte. Ohne Unterstützung durch das Pflegepersonal ist dies gänzlich unmöglich, weshalb ich diese Problematik im Fragebogen speziell berücksichtigt habe.

Da dieser Fragebogen einen grossen Teil meiner eng terminierten Arbeit darstellt, wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir den von Ihnen ausgefüllten Fragebogen so schnell wie möglich zurückschicken könnten.

Freundliche Grüsse

Honoré Mingot

Beilage:

- Fragebogen
- Antwortcouvert

Name des Pflegeheims:

.....
.....

(Die Daten werden bei der Auswertung anonymisiert)

zutreffende Aussage anhaken,
nicht zutreffende Aussage diagonal
durchstreichen, danke!

In Ihrem Pflegeheim bereits getroffene Massnahmen zur Enttabuisierung der Sexualität

- a) Basiswissen und Knowhow des Pflegepersonals zum Thema Sexualität werden durch eine umfangreiche Weiterbildung sichergestellt. ☐
- b) Das Recht der Patienten auf Sexualität sowie die positive Einstellung der Heimleitung zur Sexualität werden in den internen Richtlinien oder im öffentlichen Leitbild festgehalten. ☐
- c) Im Pflorgeteam wird regelmässig über die Sexualität der Patienten gesprochen und nicht erst bzw. nur bei negativen Auffälligkeiten. ☐
- d) Es wird auf eine angemessene Alters-/Erfahrungsdurchmischung des Pflegepersonals geachtet, um eine hohe Kompetenz des Heims im Umgang mit sexuellen Themen zu gewährleisten, auch wenn dies höhere Personalkosten verursacht. ☐
- e) Das Heim hat eine Ansprechperson zum Thema Sexualität bestimmt. ☐
- f) Die Loyalität gegenüber dem Patienten hat Vorrang, d.h. Angehörige werden in Bezug auf intime Beziehungen des Patienten nicht informiert. ☐
- g) Das Heim organisiert Vorträge für Patienten, in welchen auch Sexualität im Alter thematisiert wird. Den Interessierten wird eine Dokumentation zur Verfügung gestellt und/oder ein Gespräch angeboten. ☐
- h) Der Umgang mit dem Anklopfen an der Tür ist so geregelt, dass die Heimbewohner davon ausgehen können, dass ihre Privat- bzw. Intimsphäre immer gewährleistet wird, d.h. kein Eintritt in das Zimmer ohne eine eindeutige Erlaubnis. ☐

Allenfalls **vorgesehene** Massnahme(n), Zeithorizont bis max. 2 Jahre:

.....
.....
.....
.....

Ihre allfälligen Bemerkungen zum Thema Enttabuisierung der Sexualität in Ihrem Pflegeheim und/oder zu den einzelnen Aussagen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

zutreffende Aussage anhaken,
nicht zutreffende Aussage diagonal
durchstreichen, danke!

Rückzugsmöglichkeiten eines verliebten Paares mit stark eingeschränkter Mobilität

A) Es gibt im Pflegeheim **keine** separate Rückzugsmöglichkeit für **ungestörte**, private Zärtlichkeit. Ausgangssituation: Beide Patienten leben je in einem **separaten 2er-Zimmer**.

☐

B) Es besteht eine Rückzugsmöglichkeit im Heim für **ungestörte**, private Zärtlichkeit: Das Paar darf gelegentlich ein „Schmuse-Zimmer“ benutzen:

☐

- Im „Schmuse-Zimmer“ steht zwar ein Doppelbett bzw. ein Ehebett zur Verfügung. Das Pflegepersonal leistet aber **keine** Hilfe, so dass das Bett bei dieser Partner-Konstellation (beide Partner mit stark eingeschränkter Mobilität) nicht für intime ganzkörperliche Kontakte verwendet werden kann.

☐

- Im „Schmuse-Zimmer“ steht ein Doppelbett bzw. ein Ehebett zur Verfügung und das Personal leistet die nötige Unterstützung, z.B. Hilfe beim Entkleiden und sachgerechten Umhüllen der nackten Körper, so dass intime Kontakte im Bett möglich werden.

☐

- Das „Schmuse-Zimmer“ kann auch für eine ganze Nacht verwendet werden.

☐

C) Die Intimität wird gewährleistet, indem das frisch verliebte Paar trotz eingeschränkter Mobilität in ein **gemeinsames 2er-Zimmer** einziehen darf.

☐

- Dauer der Bedenkzeit des Heims für eine solche Umplatzierung:

-- Mehrere Tage

☐

-- Mehrere Wochen

☐

-- Mehrere Monate

☐

- Beim Einziehen in das gemeinsame 2er-Zimmer ist das Einrichten eines Ehebetts bzw. eines Doppelbetts möglich.

☐

- Das Pflegepersonal leistet **keine** Unterstützung, welche für die erwünschten intimen Kontakte nötig wäre. Das Paar kann bei dieser Partner-Konstellation (beide Partner mit stark eingeschränkter Mobilität) sein sexuelles Leben im gemeinsamen Zimmer nur eingeschränkt ausleben.

☐

- Das Pflegepersonal leistet die für die intimen Kontakte nötige Vorbereitung, z.B. Hilfe beim Entkleiden und sachgerechten Umhüllen der nackten Körper, damit intime Kontakte im Ehebett bzw. in zusammengeschobenen Betten möglich werden.

☐

zutreffende Aussage anhaken,
nicht zutreffende Aussage diagonal
durchstreichen, danke!

Rückzugsmöglichkeiten eines verliebten Paares mit stark eingeschränkter Mobilität (Fortsetzung)

Bei den folgenden Aussagen wird davon ausgegangen, dass mindestens einer der beiden Patienten in einem **1er-Zimmer** lebt:

D) Die 1er-Zimmer sind teilweise zu klein, um allenfalls ein Doppelbett einzurichten. Die Rückzugsmöglichkeit beschränkt sich folglich darauf, dass sich die Liebespartner im Einzelzimmer zwar privat treffen können, ohne aber dabei eine ganzkörperliche Intimität in einem angemessen Bett ausleben zu können.

☐

E) Die 1er-Zimmer sind teilweise gross genug, um ein Doppelbett einzurichten:

☐

- Das Heim toleriert das Einrichten eines Doppelbetts in einem 1er-Zimmer nicht, obwohl dieses gross genug wäre. Die Rückzugsmöglichkeit beschränkt sich folglich darauf, dass sich die Liebespartner im 1er-Zimmer zwar privat treffen, aber keine ganzkörperliche Intimität angemessen ausleben können.

☐

- Das Heim toleriert das Einrichten eines Doppelbetts in einem grossen 1er-Zimmer und der Patient darf somit dem Partner oder der Partnerin beim Liebesbesuch ein Liebesnest anbieten.

☐

-- Das Personal **leistet die nötige Unterstützung**, z.B. Hilfe beim Entkleiden und sachgerechten Umhüllen der nackten Körper, damit das Paar im eingerichteten Liebesnest des grossen 1er-Zimmers intime Kontakte erleben kann.

☐

--- Übernachtungen vom Gast-Partner(in) im eingerichteten Liebesnest des 1-er Zimmers sind toleriert und die nötige Unterstützung wird gewährleistet.

☐

--- Beim Liebestreffen mit Gast-Partner(in) im eingerichteten Liebesnest des 1er-Zimmers wird die Unterstützung durch das Pflegepersonal **nur am Tag** gewährleistet.

☐

-- Das Pflegepersonal leistet **keinerlei Hilfe**, so dass das eingerichtete Liebesnest bei dieser Partner-Konstellatation (beide Partner mit stark eingeschränkter Mobilität) nicht für die gewünschte körperliche Intimität gebraucht werden kann.

☐

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

☐

**GANZ HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
MITWIRKUNG!**

Anhang 2

Heim	Bemerkungen auf dem Fragebogen
H2	Wir haben keine Doppelzimmer nur Einerzimmer. (Ehe)paare können wählen, ob sie zwei einzelne Zimmer oder zwei Zimmer mit gemeinsamer Nasszelle haben wollen. Manche machen auch zwei Einerzimmer daraus, andere ein Schlafzimmer und ein Stübli. Bei Kennenlernen ist ein Umzug in ein gemeinsames Zimmer möglich, wenn gewünscht wird. Der Umzug ist aber in der Regel nicht sofort möglich.
H4	Wir denken über ein Schmusezimmer nach, ist jedoch schwierig bei unseren Bedingungen. Es haben sich bei uns schon Paare gefunden. Intimität soll im gelebt werden können. Aus dem Leitbild : „[...] Alle Bewohner/innen, unabhängig von Herkunft, religiösen oder sexuellen Präferenzen, haben einen gleichberechtigten Anspruch auf hochstehende Pflege, Betreuung und Begleitung.“ Auf der Demenzabteilung haben wir neben 1er Zimmer auch 2, 3 und 4er Zimmer. Da ist es besonders schwierig und wir suchen nach Lösungen.
H6	Dieses Thema ist nach wie vor ein grosses Tabu. Dies beginnt schon bei grossen Widerständen im Pflege- und Betreuungsteam, insbesondere dann, wenn es ums Ausziehenhelfen für einen sexuellen Akt geht. Überall, wo ein enthemmtes Verhalten auftaucht, wird viel diskutiert. Berührerinnen dürfen kommen, vom Fördern (ermöglichen) von sexuellen Beziehungen unter älteren Menschen sind wir jedoch noch weit entfernt. Schade, aber ein Thema, das uns immer wieder präsent sein soll. Spannend finde ich die Idee, dies in die Leitsätze zu integrieren.
H7	Wir haben keine Einerzimmer, alle Bewohner haben eine Wohnung mit mindestens zwei Zimmern (Wohn- und Schlafzimmer)
H8	Es steht und fällt mit den Moralvorstellungen der Pflegenden und deren direkten Vorgesetzten. Selbstverständlich würden wir den Bewohnern beim Einkleiden und ins Bett gehen unterstützen. Weiter sind wir aber noch nie gegangen. Unser Team und die Geschäftsleitung sind offen für das Thema.
H9	c) Das Thema Sexualität/Berührungen wird beim Vorkommen sofort im Team besprochen, es ist bei uns kein Tabu-Thema. h) Es wird angeklopft, kurz gewartet und auch ohne eindeutige Erlaubnis eingetreten. Allg. Bemerkung: Von meiner persönlichen Haltung her würden wir alles Notwendige unterstützen, wenn dies gewünscht wird und beide Partner einverstanden sind. Auch möchte ich deutlich unterscheiden, ob Ihre Frage Bezug nimmt auf den eigentlichen Geschlechtsakt oder auf den Ausdruck von Zärtlichkeiten bei stark behinderten Menschen. Ja bei der Vorbereitung von

	Austausch von Berührungen und Zärtlichkeit, nein beim eigentlichen Geschlechtsakt. Im Alters- und Pflegeheim kommen Wünsche bezüglich Sexualität nicht häufig vor, wenn dann bei mobilen alten Menschen und eher der Austausch von Berührungen und Zärtlichkeiten.	
H10	Schild mit "Bitte nicht stören"	
H11	Wir respektieren die Bewohner/innen auch bei diesem Thema.	
H12	Im Ansatz vermissen wir die nötige Sensibilität und Achtung gegenüber dem Menschen betreffend Sexualität. Die ethische Undifferenziertheit verunmöglicht eine korrekte Auseinandersetzung mit dem Thema.	
H13	d) In Zeiten von Personalmangel, spez. Dipl. Pflegepersonal ist dies nicht praktikabel f) bei urteilsunfähigen Bewohnern wird die vertretungsberechtigte Person informiert (je nach Situation) h) "ohne eindeutige Erlaubnis" ist nicht immer umsetzbar	
H15	Das Thema Sexualität wird nicht explizit erwähnt, dazu existiert kein eigener Standard/Konzept. Aber in der Pflegeanamnese bei Eintritt wird darauf eingegangen und dies schriftlich festgehalten. Die Haltung der Pflegedienstleistung wird kommuniziert, aber nicht schriftlich festgehalten. Allfällige Bedürfnisse dürfen befriedigt werden: Intimsphäre für Selbstbefriedigung, Paare haben Zimmer nebeneinander, Material wie Hefte, PC darf gebraucht werden, Bordellbesuche wird bei Bedarf nicht verboten. Allg. Bemerkungen: Es sind teilweise unklare Fragen (z.B. Bedenkzeit), Liebesnest& Schmusezimmer gibt es nicht und bisher kam noch nie der Wunsch danach auf. Ehebetten können nicht mitgebracht werden: unsere Zimmer sind dafür zu klein. Hinzu kommt, dass wir mittel- bis schwer pflegebedürftige Bewohner/innen pflegen und die Pflege nur in Pflegebetten gewährleistet werden kann. Viele der hier gebrachten Punkte sind noch nie vorgekommen. Häufiger sind es Äusserungen von sexuellen Bedürfnissen von Einzelpersonen. Es wird darauf Rücksicht genommen und Hilfe angeboten, diese ausleben zu können: Intimsphäre wahren, Begleitung bei Bordellbesuchen. Wir verfügen vor allem über 1-er Zimmer, wo die Intimsphäre besser gewährleistet ist. Ehepaare dürfen nach Wunsch in ein 2-er Zimmer oder in zwei 1er-Zimmer nebeneinander, Zugang über Bad möglich.	
H16	Möglichkeit im 1er Zimmer Besuch einer Berührerin zu empfangen steht dem Bewohner jederzeit offen. Pflege unterstützt in der Organisation des Termins.	
H18	Tolles Thema. Da wir nur Einzelzimmer haben, ist vieles kein Thema. Wir haben auch Pärchen, die ein Zimmer als Wohnzimmer und das zweite Zimmer als Schlafzimmer einrichten. Das ist für uns absolut kein Problem. Vielleicht wäre es mal ein Thema an einem Angehörigenabend.	

H19	Es gibt in unserer Institution nur Einzerrzimmer, welche für ein Ehebett zu klein sind. Finde das Thema Sexualität im Alter wichtig. Im Moment ist es nicht "das Thema" in unserem Betrieb. Haben momentan keine Liebespaare im Haus und leider auch keine räumlichen Möglichkeiten
H20	C) Der Wunsch der Bewohner wird akzeptiert und im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten (freie Zimmer) ermöglicht.
H21	Sexualität ist in unserem Zentrum kein Tabu. Kritik: Wording, sexuelle Bedürfnisse von Alten gleich wie die von Jungen?, Pauschallösungen nicht geeignet, individuelle Lösungen besser, andere Bedürfnisse haben Vorrang
H22	a) Teamweise bei Bedarf gewährleistet b) In der Bearbeitung konkreter Situationen: ja! d) nicht nur wegen des Themas f) wird angestrebt, oft nicht möglich wegen diverser Gründe B) Wir suchen bei Bedarf nach Möglichkeiten, ist oft nur via "Ausweichezimmer" möglich. Dieses muss für diverse Situationen zur Verfügung stehen, z.B. auch für Sterbende, Unruhige, Ansteckende usw. C) Ist noch nie vorgekommen, würde jedoch gemacht werden, wenn beide Partner ihren freien Willen äussern können.
H23	Wenn das Thema aktuell ist oder wird, werden Fallbesprechungen organisiert. Wir achten auf grosse Autonomie der Patienten/Bewohner. Es ist wichtig, dass die Bewohner/innen nicht ausgenutzt werden oder dass etwas gegen deren Willen geschieht. Da trägt die Pflege und der Arztdienst die Verantwortung. Fragen schwierig zu beantworten, Kontaktaufnahme wird vorgeschlagen.
H26	Im Pflorgeteam wird situativ offen und direkt über die Thematik gesprochen.
H28	Wir haben 2 Ehepaar-Zimmer und ansonsten alles 1-er Zimmer, Rückzugsmöglichkeiten sind somit vorhanden
H29	c) Es wird bei Bedarf oder Wunsch des Patienten darüber gesprochen und ernst genommen
H30	f) Dies wird grundsätzlich gehandhabt, jedoch kommt es immer wieder vor, dass Angehörige z.B. in Zusammenhang einer Finanzierung vom sexuellen Bedürfnis unserer Bewohner erfahren. Ein Doppelbett geht nicht, da in unserem Heim überall Pflegebetten im Einsatz sind. Dies ist nötig um eine sichere und gute Pflege zu gewährleisten. Grundsätzlich ist Sexualität für unser Heim normal. Es ist jedoch nicht nur etwas sehr intimes für unsere Bewohner, sondern auch für das Personal. In diesem engen Zusammensein muss immer Rücksicht auf alle Beteiligten genommen werden.
H31	Zu verschiedenen Fragen konnte keine Antwort abgegeben werden, da bis anhin keine konkrete Anfrage einging. Da kein Konzept zum Thema Sexualität existiert, müsste im Einzelfall entschieden werden und das Personal müsste instruiert und begleitet werden.