

Impulsreferat zum Thema Intimität und Sexualität

Inhalt

Begrüßung - Dank für Einladung.....	1
Vorstellung der eigenen Person	1
Einleitung	1
Warum ist Sexualität alter Menschen so ein „schwieriges“ Thema? Versuch einer Klärung.....	3
1. Betrachtung aus Sicht der Pflegekräfte	3
<i>Erklärung zu Scham:</i>	5
2. Betrachtung aus Sicht des alten Bewohners / Klienten in der stationären Pflege	8
3. Betrachtung aus Sicht des alten Bewohners / Klienten in der ambulanten Pflege	9
Pflege als Chance für mehr Lebensqualität	10
Nina de Vries – Pionieren im Bereich der Sexualassistenz.....	12
Literaturempfehlung	15
Literaturverzeichnis.....	15

Begrüßung - Dank für Einladung

Vorstellung der eigenen Person

Einleitung

In unserer aufgeklärten Zeit scheint der Umgang mit Sexualität zur Normalität zu gehören,



vergangen sind die Zeiten, in denen es als unanständig galt, über Lust, Erotik, sexuelles Verlangen und sexuelle Störungen zu sprechen. Gleichzeitig ist Sexualität eine Thematik, die besonders von Betreuenden in der Pflege alter Menschen nach wie vor übergangen und vermieden wird.

Der Begriff Sexualität (lat. Sexus = Geschlecht, Geschlechtlichkeit) umfasst eine Vielzahl von Dimensionen,

die mit der Geschlechtlichkeit von Menschen in Verbindung stehen: körperliche Vorgänge, Liebe, Erotik, Emotionen und Gefühle, Beziehung und Vertrauen, Verständnis und sich verstanden fühlen – um nur einige zu nennen.

Der Bereich Sexualität ist, wie kaum ein anderer, von Bildern, Vorstellungen, Mythen, Erwartungen, Träumen usw. geprägt und besetzt. Andererseits gibt es kaum einen Bereich, der in so großem Maße verletzlich ist. Viele Menschen versuchen, vermeintliche Ideale zu leben, wobei das ureigene Erleben und Empfinden immer mehr verloren geht und eventuelle Verletzungen nicht heilen können.

Der Prozess des Älterwerdens, gerade im Bereich der Sexualität, wurde lange ausschließlich als defizitärer Bereich des Lebens betrachtet, weil altersbedingte Rückbildungs- und Abbauprozesse im Vordergrund standen. Daraus resultierte die Verleugnung der Alterssexualität, denn sexuelles Erleben war nach gängiger Meinung an Fortpflanzung geknüpft und so nach Eintritt der Menopause für Frauen nicht mehr möglich. Erst 1982 fand Hite mit ihrer Untersuchung heraus, dass Menschen sehr wohl bis ins hohe Alter sexuell aktiv sein können. Und trotz wissenschaftlicher Erkenntnisse wird auch heute immer noch alten Menschen unterstellt, dass diese ohnehin an Sexualität kein Interesse mehr hätten.

Sexualität ist aber viel mehr als ein Geschlechtsakt. Sexualität umfasst alle Bereiche des menschlichen Zusammenlebens und Empfindens.

Der niederländische Medizinethiker Paul Sporken zeigt das schön mit seinem „Drei-Kreise-Modell“, das er zur Erklärung der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt hat. Dieses Modell passt meiner Meinung nach auch sehr gut für nichtbehinderte Menschen, und es lohnt, sich damit auseinander zu setzen. **Wer es wirklich verstanden hat, dem wird es kaum mehr Schwierigkeiten bereiten, Sexualität als einen allgemeinen Teil des menschlichen Lebens zu akzeptieren. (Sporken) – Siehe auch Folie 2**

Sexualität als Teil des Lebens

Größte Kreis:
Äußerer Bereich der Sexualität

Mittlere Kreis:
Zärtlichkeit, Erotik,
Sinnlichkeit

Innerster Kreis:
genitaler Bereich der Sexualität

Medizinethiker Paul Sporken
3-Kreise-Modell

Ethiknetzwerk 25. März 2011 - Frankfurt – Diplom-Berufspädagogin (Pflege) Dorothea Meudt 3

Der **äußerste, größte Kreis** versinnbildlicht den äußeren Bereich der Sexualität. Das sind allgemeine Verhaltensweisen in menschlichen Beziehungen, wie Blicke, Gespräche, Anteilnahme, Gesten der Zuneigung, usw.. Also alles, was wir zunächst noch lange nicht mit Sexualität in Verbindung bringen.

Der **mittlere Kreis**, also der mittlere Bereich der Sexualität, steht für Zärtlichkeit, Erotik, Sinnlichkeit, Berührungen, Streicheleinheiten usw., sowie den ganzen Gefühlsbereich.

Allein der **innerste – kleinste! - Kreis**, steht für den genitalen Bereich der Sexualität, also das was gemeinhin als «richtiger Sex» bezeichnet wird.

Damit gehört Sexualität zur Persönlichkeit eines jeden Menschen (unabhängig vom Alter / Geschlecht) und wird zu einem wichtigen Faktor, der sowohl von Einstellungen zur eigenen Person als auch vom Verhalten und die Beziehung zu anderen Menschen beeinflusst wird.

Sexuelles Verhalten wird wie jedes andere Verhalten in der Kindheit gelernt, die ersten Erfahrungen von Zärtlichkeit, Vertrauen, Zuneigung und das Gefühl geliebt zu werden, werden in der Kindheit gewonnen. Es entsteht eine „Beziehungsfähigkeit“, die nach Rosemeier dazu führt, dass man sich anderen Menschen liebevoll zuwenden kann, Nähe zuzulassen ohne die eigenen Grenzen zu missachten. **Da die gemachten Erfahrungen in der Kindheit so einen entscheidenden Einfluss auf den Umgang mit Sexualität und Intimität in späteren Jahren haben, wirken sich auch Enttäuschungen, Verletzungen, Vertrauensbruch oder gar sexueller Missbrauch so verheerend aus, und führen zu bleibenden Störungen der Persönlichkeit, wenn diese nicht bearbeitet werden. Siehe auch Folie 4**

Wenn Sexualität ein so umfassender und wichtiger Teil des Lebens ist, der Körper, Geist und Seele gleichermaßen nähren soll, darf er auch im Alter nicht ausgeklammert werden, und auch dann nicht, wenn Menschen nicht mehr selbstständig für sich sorgen können, Beachtung finden .

Pflege ist ein Berührungsberuf, körperliche Berührungen, was eine Überschreitung intimer Körpergrenzen einschließt, gehören zur Pflege unabdingbar dazu. Sexuelle Normen werden u. a. durch Erziehung der herrschenden Gesellschaft geprägt, Menschen lernen seit frühester Kindheit, was sich gehört und was man zu lassen hat. Werden jetzt bei der Pflege unwissentlich Grenzen verletzt, so kann das leicht zu Missverständnissen führen und die daraus resultierende Konflikte die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen erschweren oder behindern. Denn nicht nur der alte Mensch, sondern auch die jüngere Pflegekraft übernimmt die gesellschaftliche Sichtweise zum Thema Sexualität und Sexualverhalten im Laufe ihrer Sozialisation und verinnerlicht diese. Deshalb nimmt dieses Thema in der Pflege als einen Beruf, der sowohl mit Kommunikation, als auch in hohem Maße mit Berührung eng verbunden ist, eine große Bedeutung ein und muss natürlich auch in der Ausbildung von Pflegeberufen eine Rolle spielen.

Warum ist Sexualität alter Menschen so ein „schwieriges“ Thema?

Versuch einer Klärung

Übersicht: Siehe auch Folie 5

1. Betrachtung aus Sicht der Pflegekräfte

Im beruflichen Alltag von Pflegefachkräften wird die Kluft zwischen dem Anspruch, alte Menschen über die letzte Phase des Lebens individuell zu begleiten („Kunden-Verständnis“) und auf der anderen Seite die Fülle von Aufgaben unter einem erheblich zunehmenden Kosten- und Personaldruck zu schaffen, so dass nur noch ein reines Versorgen möglich ist, immer größer. **Viele Patienten werden gewaschen, durch bewegt, verbunden, bekommen Nahrung, Flüssigkeit und Medikamente, werden nach gültigen Skalen eingeschätzt..., um die psychosozialen Bedürfnisse kümmert man sich als Pflegenden erst, wenn denn noch Zeit dafür übrig bleibt (vergleiche Koch-Straube, 2003). Siehe auch Folie 6**

Viele Pflegekräfte sehen immer weniger Erfüllung in ihrer Arbeit, nehmen eine Abwehrhaltung ein und steigen nach kurzer Zeit aus dem Beruf wieder aus, weil die persönliche Unzufriedenheit ein erträgliches Maß übersteigt.

Pflege heißt auch Aufbau einer vertrauten Beziehung, was voraussetzt, dass sich Pflegende mit den Biografien und Lebenskonzepten der alten Menschen beschäftigen. Beziehungsarbeit beinhaltet, sich auch mit dem eigenen Älterwerden auseinandersetzen, um die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen erkennen zu können. Ebenso müssen die eigenen Grenzen definiert und geschützt werden. Erst dann wird es möglich sein, vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen und zu erhalten und mit den Widersprüchen, die aus den beruflichen Ansprüchen erwachsen, adäquat umzugehen.

Verletzung persönlichster Grenzen Pflegebedürftiger gehört quasi zum Berufsauftrag hinzu. Siehe auch Folie 7

Pflegende müssen im Rahmen von Pflegehandlungen in sehr intime Bereiche des Körpers vordringen. Das ist für viele beruflich Pflegende auf Dauer nur schwer auszuhalten.

So werden in der Altenpflege/ Krankenpflege nach wie vor oft sexuelle Gefühle tabuisiert, weil anders der dauernde Umgang mit unbedeckten Körpern, Ausscheidungen in der Öffentlichkeit und grenzüberschreitende Pflegehandlungen nicht zu ertragen ist.

Die Bewohner erscheinen vielfach als „geschlechtslose Wesen“, was eben neben Zeiteinsparung auch den Schutz der eigenen Grenzen erleichtert und den persönlichen Schutzraum vergrößert (Koch-Straube, 2003).

Untersuchungen haben gezeigt, dass viele Schwierigkeiten Pflegender mit der unklaren Definition eigener Grenzen im Zusammenhang stehen.

Studien zeigen:
Bewohner, die in Pflegeeinrichtungen leben, empfinden sich häufig als machtlos und schutzbedürftig und passen sich nach kurzer Zeit äußeren Gegebenheiten widerspruchslos an. Sie fühlen sich für eigene Belange immer weniger zuständig und „verlernen“ für sich zu sorgen und zu entscheiden. (vgl. Koch- Straube, 2003)

Sie geben sich auf!

Ethiknetzwerk 25. März 2011 - Frankfurt – Diplom-Berufspädagogin (Pflege) Dorothea Meudt 8

In besonders körpernahen, intimen Pflegesituationen können sexuelle Gefühle sowohl beim Pflegebedürftigen als auch beim Pflegenden auftreten. **Je geringer der Altersabstand zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem, besonders wenn es sich um gegengeschlechtliche Pflege handelt, desto leichter können auch erotische Gefühle entstehen, die nur schwer einzuordnen sind.** *Siehe auch Folie 9* Gleichzeitig muss die Pflegekraft Distanz wahren, um sowohl die Integrität des Pflegebedürftigen als auch die eigenen Grenzen nicht zu verletzen. In diesem Spannungsfeld fühlen sich Pflegende häufig überfordert.

Die erlebten Gefühle können sich zudem noch mit Emotionen wie Scham, Wut, Ekel oder Angst, die Situation nicht mehr beherrschen zu können, mischen oder abwechseln, was professionelles Handeln bei Pflegenden noch mehr erschwert, und auch Pflegebedürftige stark verunsichern und zu unvorhergesehenen Verhaltensweisen führen kann.

Erklärung zu Scham:

Ursprung: -skam- indogermanische Silbe = sich verbergen, zudecken (Neckel, 1991)

Scham ist eine Empfindung großer Profanität und gehört zum Menschsein. Sich schämen ist eine existentielle Grunderfahrung und ist wie ein Schock, durch den unser Bewusstseinszustand plötzlich verändert wird. Wir bringen keinen vernünftigen Satz mehr zustande, wollen in den Boden versinken, erröten vor Scham, wollen uns in ein Mausloch verkriechen, schlagen Augen nieder, ... Das sogenannte Reptiliengehirn übernimmt die Regie. Es ergeht der Befehl: sofortige Flucht aus der Situation, Verstecken oder Angriff zur Schamabwehr und Schutz der eigenen Persönlichkeit.

Scham ist eine Empfindung großer Profanität,
und gehört zum Menschsein.
Sich schämen heißt, sich zu verachten, sich
selbst fremd geworden zu sein.
(Dr. Stephan Marks)

Intimitäts-Scham

Gewissens-Scham

Empathische-Scham

Ethiknetzwerk 25. März 2011 - Frankfurt - Diplom-Berufspädagogin (Pflege) Dorothea Meudt 10

Sich schämen heißt, sich zu verachten, sich selbst fremd geworden zu sein.

Wir sehen uns nicht nur mit eigenen Augen, sondern auch immer mit den Augen der anderen, deshalb sind wir in schamhaften Situationen über uns erstaunt, befremdet, peinlich berührt.

Scham ist nach Lynd eine Erfahrung, „die das ganze Selbst erfasst und mit dem ganzen Selbst erfasst wird“. Auch Scham gehört zu den Gefühlen, die in früher Kindheit bereits gelernt werden.

Gleichzeitig ist Scham etwas Objektives, wir schämen uns, wenn unser aktuelles Selbst von unserem idealen Selbstbild abweicht und das Über-Ich diese Diskrepanz signalisiert.

Scham tritt regelmäßig dann auf, wenn ein machtvolleres Ich-Ideal nicht erreicht wird, d.h. wenn Ich-Ideal und Selbstwahrnehmung in Spannung zueinander geraten. (vgl. Gröning, 2001).

Intimitäts-Scham schützt unsere körperlichen und seelischen Grenzen und sorgt dafür, dass wir uns kontrollieren (was wir von uns zeigen, in welchem Maße wir uns „bedeckt“ halten). Haben wir zuviel von uns gezeigt oder kommt es zur Verletzung der intimen Grenzen, können Schamgefühle ausgelöst werden.

Schamgefühle treten auch dann auf, wenn wir etwas nicht können, was wir oder Zuschauer von uns erwarten.

Die **Gewissens-Scham** sorgt dafür, dass wir uns „auch morgen noch im Spiegel anschauen können“. Wenn wir nicht in Einstimmung mit unserem Gewissen handeln und unsere Werte und Normen verletzt haben, können Schamgefühle zurückbleiben (Verletzung von Grenzen anderer, dem anderen etwas schuldig bleiben,...).

Auch Handlungen anderer, die wir gar nicht verantworten, können uns zutiefst beschämen und wir können uns selbst als entwertet empfinden, uns quasi „fremd schämen“. (**empathische Scham**).

Alle Arten von Schamgefühlen treten mitunter in Pflegesituationen auf.

Die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen tut also Not, um in der Pflege professionell mit Nähe und Distanz umgehen zu können, denn wie bereits erwähnt, sexuell konnotierte Momente gehören zum Pflegealltag. Pflegende müssen die eigene Situation reflektieren, um nicht unbewusste Bedürfnisse auf Pflegeempfänger zu übertragen, und mit widersprüchlichen Anforderungen adäquat umgehen zu können.

Voraussetzung für professionelles Handeln ist also die Klärung eigener Gefühle und eigener Grenzen. Nur so können sie bewahrt, geschützt und Irritationen auf beiden Seiten vorgebeugt werden.

In der Ausbildung von Pflegefachkräften wird das Thema Intimität und Sexualität gewöhnlich nur sehr kurz abgehandelt, und diese sehen sich dann nach bestandem Examen diesem Thema in der Praxis hilflos gegenüber. In anderen Pflegeberufen scheint das ähnlich zu sein, wie Forschungsergebnisse aufzeigen:

Renate Stemmer forschte schon 1998/1999 zu dem Thema „Sexualität als Grenzbereich der Pflege“.

Sie untersuchte in einer qualitativen Studie Auszubildende in der Pflege zu der Frage, inwieweit Sexualität im Pflegealltag tabuisiert wird und sich damit belastend auf die Auszubildenden auswirkt. Dabei geht sie von einem sehr weiten Begriffsverständnis von Sexualität aus (Genitalität, Körperkontakte, Beziehungsaufnahme, Empfinden, Fantasien,...).

Ergebnis der Studie:

Vorhandene sexuelle Gefühle bei der Pflege wurden zwar nicht mehr verschwiegen und geleugnet, es bereitete den Untersuchten aber Schwierigkeiten, beruflichen Alltag und privaten Bereich eindeutig voneinander abzugrenzen. Besonders im Rahmen gegengeschlechtlicher Pflege fiel es den SchülerInnen zum Teil schwer, beruflichen Auftrag und persönliche sexuelle Gefühle strikt zu trennen, besonders wenn sich Patient und Pflegekraft im Alter sehr nahe standen. Allerdings wurde dieses von den weiblichen Untersuchten nicht in dem Maße als Problem erkannt, da es ja von jeher üblich ist, dass Frauen Männer pflegen. Wenn Männer Frauen pflegen wollen (Gynäkologie), gilt das auch heute noch nicht überall als selbstverständlich und wird anders bewertet.

Auch verwiesen Pflegende bei Beratungsbedarf zu Fragen die Sexualität betreffend sehr schnell an Ärzte (Hausärzte, Stationsärzte, Gynäkologen, Urologen oder Mitarbeiter von pro familia) und waren der Meinung, dass diese Aufgabe durch andere Berufsgruppen und nicht durch Pflegende übernommen werden sollte.

Nach Stemmer handelt es sich beim Thema Sexualität ähnlich wie beim Thema „Tod und Sterben“ um Grenzerfahrungen, die situationsbezogenes professionelles Handeln erfordern und die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität voraussetzen. Stemmer meint, dass diesem Thema nach wie vor in der Pflegeausbildung nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird mit der Folge, dass der Zusammenhang von pflegerischer Beziehung und sexuellen Gefühlen nicht anerkannt und tabuisiert wird (vgl. Stemmer, 2001). Als Schlussfolgerung fordert sie, bei

den Auszubildenden Fähigkeiten zu entwickeln, mit widersprüchlichen Anforderungen, besonders in sexuell konnotierten Situationen, umgehen zu können, Entscheidungen abzuwägen, aber dabei eigene Grenzen unbedingt zu beachten und zu verteidigen (vgl. Stemmer, 2001)
Siehe auch Folie 11

Overlander untersuchte die Gefühle der Gepflegten als auch der Pflegenden in grenzüberschreitenden Situationen, wobei auch hier die Pflegenden im Zentrum ihrer Untersuchungen standen. Sie beschreibt die Folgen der Gefühlslast (Gefühle von Peinlichkeit, Scham,) mit „berufsbedingter Deformationen des Selbst“ (Overlander, 2002) und den entsprechenden Auswirkungen wie Motivationsverlust, Aggression und Autoaggression bis zum Burnout. Als Konsequenz fordert auch sie, schon in der Berufsausbildung emotional belastende Themen anzusprechen und rechtzeitig nach Reflexionsmöglichkeiten und Interventionsmaßnahmen zu suchen.

Eine weitere beherrschende Emotion, die in pflegerischen Situationen besonders im Zusammenhang mit Sexualität eine Rolle spielt, ist das Gefühl von Ekel.

Auch **Ekel** gehört wie Scham zu den in der Pflege tabuisierten Themen.

Sowinski untersuchte Grenzsituationen in der Pflege- und befragte 30 Pflegemitarbeiterinnen in der stationären Altenpflege unter anderem zu Scham und Ekel. Die Untersuchung wurden im Rahmen ihrer Diplomarbeit durchgeführt und veröffentlicht.

Aus den Interviews der Probanden konnte sie verschiedene Abstufungen für das Maß des Ekels, von „unangenehm“ bis „grauenhaft“ beschreiben (vgl. Ringel, 2000).

Ekel ist eine Schutzfunktion des Körpers, wenn Dauer und Intensität eines unangenehmen Reizes ein erträgliches Maß überschreitet. Physiologisch kommt es zu Abwehrreaktionen wie ansteigende Kopfdurchblutung, vermehrte Speichelsekretion und ein auftretender Würge- oder Brechreflex. Nach Sowinski empfindet man Ekel, wenn „ kulturell erworbene Grenzen verletzt werden“ (z.B. frisches Ejakulat im Bett, Ausscheidungen außerhalb der Toilette, verletzende Tischmanieren,), man mit absterbendem Gewebe“ oder mit „Verunreinigungen des Mundes vor allem mit Kot, Erbrochenem und Schleim“ konfrontiert wird.

Im Umgang mit Ekel gibt es keine eindeutigen Strategien. Im pflegerischen Alltag können Abscheu und Ekel gewöhnlich nur bewältigt werden, indem MitarbeiterInnen versuchen, den Abstand zum Pflegebedürftigen zu vergrößern, schneller zu arbeiten und den Pflegenden möglichst wenig zu berühren. Zurück bleibt ein Gefühl der Unvollkommenheit gepaart mit dem Eindruck, keine gute pflegerische Arbeit zu leisten. (vgl. Sowinski, 1996). Damit wird die Diskrepanz zwischen äußeren Anforderungen und subjektiven Gefühlen oft unerträglich hoch, was dem Burnout in der Pflege ungeheuer Vorschub leistet.

Sexualisiert konnotierte Situationen beschränken sich nicht allein auf Kontakte in Pflegesituationen zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekraft, sexualisiertes Verhalten tritt auch unter Kolleginnen und Kollegen im beruflichen Alltag auf. Auch hier fällt die Abgrenzung zwischen Beobachtung, „Anmache“, zufälliger Berührung, Belästigung und Missbrauch schwer (vgl. Stemmer, 2001).

Pflege wird nach wie vor hauptsächlich von Frauen ausgeübt, und gerade in Betrieben mit hohem Frauenanteil ist sexuelle Belästigung keine Seltenheit. (vgl. Stemmer, 2001)

Bereits im 19. Jahrhundert wurde das Verhältnis zwischen männlich geprägter Medizin und weiblich geprägter Pflege verwurzelt. Auch heute noch wird die Pflege oft im Kontext hausarbeitsnaher Tätigkeit und der weiblichen Fähigkeit zu besonderer Emotionalität, Sorge und Hingabe angesehen. Medizin als Naturwissenschaft oder Betriebswirtschaft verlangen dagegen die männlichen Attribute Entscheidungsfreude, Zielstrebigkeit und Rationalität. Gesellschaftliche Machtverhältnisse zwischen Männern und Frauen spiegeln sich auch im Gesundheitswesen wider, in dem männlich Pflegekräfte schneller Karriere machen und oft höhere Positionen besetzen. So spielt - wie in anderen Arbeitsbereichen - auch im Pflegebereich die Thematik sexuelle Belästigung eine Rolle. Das ambivalente Bild einer stets dienenden und sorgenden weiblichen Pflegekraft („Schwester“) wird von vielen Männern in den sexuellen Bereich übertragen und in der Öffentlichkeit durch die Medien verstärkt (vgl. Stemmer 1999).

2. Betrachtung aus Sicht des alten Bewohners / Klienten in der stationären Pflege

Wenn Menschen ins Altenpflegeheim umziehen müssen, sind Abschied und Endlichkeit das beherrschende Thema der letzten Lebensphase: Abschied von der gewohnten Umgebung, von den Nachbarn, der eigenen Wohnung, von Selbstbestimmung und Lebensidealen. Nicht immer beschließt der alte Mensch freiwillig, diesen Weg zu gehen, und nicht selten werden viele betagte und kranke Menschen aufgrund zunehmender Pflegebedürftigkeit zu dem folgenschweren Schritt gezwungen oder werden von Familienangehörigen dahin gedrängt. Und es wird oft schwer, die „Privatsphäre“ in die neue Leben hinüber zuretten.

- Aufgrund beschränkter finanzieller Mittel wird es für viele alte Menschen wieder üblich, in Doppelzimmern zu wohnen, die Zimmer sind oft nicht abzuschließen.
- Die Intimsphäre wird oft nicht gewahrt, weil Pflegenden nach dem kurzen Anklopfen vorschnell das Zimmer betreten, bevor denn eine Genehmigung ausgesprochen werden konnte.
- Bei der Körperpflege werden Menschen unnötig lange entblößt oder mangelhaft bekleidet über den Flur ins Badezimmer geschoben.
- Die schöne Seidenunterwäsche wird nach kurzer Zeit gegen kochfeste Unterwäsche ausgewechselt, damit diese ohne Extraaufwand und –kosten in der Wäscherei gewaschen werden kann.
- Über sexuelle Bedürfnisse alter Menschen wird nicht gesprochen, weil es noch immer als unästhetisch und peinlich gilt oder als Bedürfnis gar nicht erkannt wird. (Grond)
- Pflegekräfte haben kaum Zeit für ein vertrautes Gespräch, schon gar nicht bei einem Thema, bei dem man sich erst „warm“ reden muss, weil man sich doch schämt, „die Dinge“ gerade heraus anzusprechen.

Ein Ausleben sexueller Gefühle fällt unter diesen Rahmenbedingungen schwer. Bewohner, die Lustgefühle spüren und diesen nachgehen, werden aufgrund mangelnder Intimsphäre oft geradezu in ein Fehlverhalten wie öffentliche Masturbation oder Exhibitionismus hinein gedrängt, werden vom Personal dann als „alter Lüstling“ betitelt und belächelt. Wie kann sich ein - vielleicht an Demenz erkrankter - Mensch vor übler Nachrede schützen?

Folgendes ist in Altenpflegeheimen immer wieder zu beobachten: Je länger ein Mensch im Altenpflegeheim lebt, desto stärker wachsen im allgemeinen Hilflosigkeit, Ohnmacht und das Gefühl, für die eigenen Wünsche und Belange nicht mehr zuständig zu sein. Das gilt übrigens für fast alle in Menschen, die in institutionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens untergebracht sind. Die BewohnerInnen empfinden sich häufig als machtlos und schutzbedürftig und passen sich nach kurzer Zeit äußeren Gegebenheiten widerspruchslos an. Sie fühlen sich für eigene Belange immer weniger zuständig und „verlernen“ für sich zu sorgen und zu entscheiden. Das daraus folgende reduzierte Selbstbild verhindert einen freundlichen, offenen Umgang miteinander, Kontakte zu anderen Bewohnern werden oft von gegenseitiger Missgunst geprägt. Obwohl sie in einer Gemeinschaft leben, grenzen sich Bewohner zunehmend ab und geraten in eine innere Isolation. (Koch-Straube, 2003).

Der Wunsch nach intensiver Berührung und Zuneigung besteht aber weiterhin. Körperliche Berührungen bei der Pflege korrespondieren mit diesem Verlangen und wecken Wünsche nach Berührt werden wollen, nach körperlichem Umsorgt werden wollen, nach Zärtlichkeit. Körperliche Erkrankungen, Schmerzen und Medikamente beeinträchtigen zwar das Sexualleben und die Freude an sexueller Befriedigung. Allerdings weiß man, dass der Wunsch nach zärtlicher Körperberührung und intensiver Zuwendung bei den meisten alten Menschen bestehen bleibt, selbst bei schwerer Krankheit (von Sydow, 1994).

Vielen Menschen ist es aufgrund körperlicher und gesundheitlicher Einschränkungen unmöglich, sich frei zu bewegen und den verordneten Platz aus eigenem Antrieb zu verlassen. Viele betagte Bewohner sind gezwungen sich tagsüber im Gemeinschaftsraum aufzuhalten. Hier werden sie in Abständen von den Pflegekräften gesehen (und kontrolliert) oder kurz angesprochen, wenn diese schnell durch den Raum eilen, um ihrer weiteren Arbeit nachzugehen. Die notwendigen regelmäßigen Kontakte zu den Pflegenden erschöpfen sich meist in pflegerischen Handlungen wie Unterstützung bei der Körperpflege am Morgen, Begleitung zur Toilette und den Wechsel von Inkontinenzmaterialien. Flüchtige und routinierte Bewegungen, Pflegehandlungen unter Zeitdruck verstärken aber eher das Gefühl, ein nahezu willenloses Wesen zu sein. Wir wissen als Pflegenden alle, dass oberflächliche Bewegungen leicht verunsichern und einen Lustgewinn durch intime Kontakte eher verhindern. Ist das gar so gewollt?

Gelingt es einem alten Menschen trotz ungünstiger Rahmenbedingungen dennoch, eine Partnerin zu finden (was selten geschieht, denn das Alter ist weiblich, die Mehrheit der alten Männer ist verheiratet, die älteren Frauen sind meist allein!), leidet die Beziehung häufig unter Argwohn und Neidgefühlen der anderen Bewohner. Das Paar muss sich „verstecken“, um nicht Anlass zum Gerede zu bieten.

3. **Betrachtung aus Sicht des alten Bewohners / Klienten in der ambulanten Pflege**

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit sind zuerst die nächsten Angehörigen gefordert, die Pflege und Betreuung sicherzustellen. Dankbarkeit und Pflichtgefühl bilden die häufigste Motivation zur Pflegeübernahme (nach einer Studie von Schmidtke) besonders von pflegenden Töchtern und Schwiegertöchtern, die den größten Anteil der pflegenden Angehörigen ausmachen.

Häufig ändert sich mit der Pflegeübernahme die Familiendynamik und Rollenverteilung in den Familien. **Kinder werden zu den „Eltern der Eltern“ (Koch-Straube). Siehe auch Folie 12** Probleme können sich zeigen, wenn der Rollenwechsel dem bis dahin gelebten Bild vollkommen widerspricht: Kinder pflegen den einst sehr dominierenden Vater und verletzen seine intimen

Grenzen, was Schamgefühle und Abwehr auf beiden Seiten auslösen kann, denn in vielen Familien war es nicht üblich, sich unbekleidet / sich nackt zu zeigen.

Und „unter den bis 1936 geborenen Frauen haben 44% der Befragten ihre Eltern ... niemals nackt gesehen“.

(vgl. v. Sydow, 1994)

Siehe auch Folie 12

Die gelebte Sexualität der eigenen alten Eltern wird damit in einen unvorstellbaren Bereich verschoben, was zu Sprachlosigkeit und zu unterschwelligem Konflikten führen kann. Zudem kann die gemeinsame Biografie von Eltern und Kindern, nicht bearbeitete Verletzungen und Enttäuschungen aus vergangenen Zeiten die aktuelle Situation belasten: Die Ehefrau pflegt beispielsweise den Ehemann, von dem sie über Jahre zum Geschlechtsverkehr gezwungen wurde, denn Vergewaltigung in der Ehe galt lange nicht als Straftatbestand.

Zudem stehen die pflegenden Angehörigen oft in einer Lebensphase, dass große Kinder endlich aus dem Elternhaus gehen und der Traum von Unabhängigkeit, noch einmal „was vom Leben haben“ die Zukunft verschönert. Dann werden die Eltern pflegebedürftig. Nicht selten geraten nun gerade Frauen in eine erneute Abhängigkeit, was dem Gefühl vom „Leben im Gefängnis auf unbestimmte Zeit“ nahe kommt. Dass daraus Zustände der Überforderung erwachsen und damit zu familiären Konflikten führt, ist gut vorstellbar, zumal sich der gesundheitliche Zustand des zu pflegenden Angehörigen trotz großer Anstrengung nicht verbessert und die Situation perspektivisch eher verschlechtert. (Gröning, 2007).

Die Pflegefachkraft eines ambulanten Dienstes gerät in ein Beziehungsdreieck zwischen dem eigentlichen Klienten auf der einen und den pflegenden Angehörigen auf der anderen Seite. Nach Steiner sind Dreieckskonstellationen immer besonders konfliktanfällig. Wenn Abhängigkeiten eine Rolle spielen, kann es schnell zu Machtspielen mit unbewussten Neid- und Eifersuchtsgefühlen kommen, die sich auf das Beziehungssystem auswirken. Im Zentrum steht dann die pflegebedürftige Person, mit der der Pflegevertrag geschlossen wurde. **Angehörige aber halten sich für unausgesprochenen Experten und wissen, was der Mutter, dem Vater gut tut und erbringen schließlich einen beträchtlichen Anteil der Pflegeleistung. Sie erwarten natürlich auch Respekt und Anerkennung für die geleistete Arbeit. Siehe auch Folie 13** Oft können die unterschiedlichen Erwartungen der Beteiligten nicht in Einklang gebracht werden, und Konflikte bleiben nicht aus, wenn Scham und Ekelgefühle, missgedeutete Verhaltensweisen und geheime

Pflege als Chance für mehr Lebensqualität

Pflege bewegt sich also immer im Grenzbereich und steht zwischen verschiedenen Anforderungen und Wünschen der Beteiligten. In den letzten Jahren wurde vermehrt der Versuch unternommen, eine Ethik für die Pflege zu begründen, die sich mit dem moralischen Handeln in der Pflege auseinandersetzt. Besonders Fragen des beruflichen pflegerischen Selbstverständnisses und der professionellen Beziehungsgestaltung standen immer wieder im Zentrum der Diskussionen. **Nach Schwerdt erschöpft sich eine Ethik für Pflegenden aber nicht allein in der professionellen Beziehungsgestaltung und in der Interaktion zwischen Gepflegten und Pflegenden, sondern sie fordert ein Menschenbild, das Autonomie und Menschenwürde des schwächerwerdenden Menschen achtet und fördert und ihn als Persönlichkeit sieht. Eingeschlossen ist für sie der Wert des Alterns an sich im Gegensatz zum Bild eines defizitären Erwachsenen, der Verantwortung, die Solidarität und die Sorge für den zu pflegenden Menschen. Siehe auch Folie 14**

Menschliches Leben ist nur in Gemeinschaft möglich und bedingt ein Zusammenleben von Menschen unabhängig von Herkunft, Religion, Rasse oder körperlichen oder geistigen Einschränkungen. Pflege hat die Intention, den Pflegeprozess als solchen zu steuern, was u.a. beinhaltet, dass sich Beziehung entwickelt, auch wenn sich die Partner in der Regel nicht ausgesucht haben. So gilt es, den alten Menschen als Person anzunehmen, ihn in Würde zu achten und zu fördern. Pflege muss angemessen gestaltet werden, was nur möglich ist, wenn gegenseitiges Vertrauen und Achtung einen angemessenen Platz finden.

Werden sexuelle Gefühle grundsätzlich akzeptiert, können sie besonders in der Pflege alter Menschen als positive Aspekte in der Pflegebeziehung genutzt werden und eine Bereicherung für Pflegende und Gepflegte darstellen. Zärtliche Berührungen wie Streicheln der Hände, des Bauches oder des Brustkorbes führen besonders bei ängstlichen und unruhigen Patienten oft zu mehr Ruhe und Entspannung, auch wenn die Pflegekraft in diesem Moment intime Grenzen des Pflegebedürftigen überschreitet. Die sexuelle Handlung verliert hier den Charakter als genitale Sexualität, wird zur sexuell getönten Geste, wie zwischen Eltern und Kindern und kann so die Pflegebeziehung bereichern (vgl. Klitzing, 1997).

Ähnliche Erkenntnisse werden von Karin Daebritz in ihrer Diplomarbeit unter dem Titel: „*Sexualität und körperliche Behinderung als Herausforderung in der Sozialen Arbeit*“ abgeleitet. Sie verweist auf Untersuchungen, dass angenehme körperliche Berührungen und ein bewusstes Umgehen mit sexuellen Gefühlen zu einer deutlichen Erhöhung der Lebensqualität führen, die Menschen zugänglicher und offener sind und weniger aggressive Umgangsformen aufweisen.

Es kommt also auf das Maß und die Interpretation pflegerischen Handelns an. Was kann ich an körpernahen Berührungen und Handlungen als Pflegekraft nutzen, um Lebensqualität zu steigern ohne jedoch meine Grenzen oder die Grenzen des Gegenübers zu verletzen?

Eine Klärung eigener Grenzen ist in der pflegerischen Arbeit- wo auch immer - unabdingbar. *Siehe auch Folie 15*

So lassen sich folgende Kompetenzen beruflichen Handelns zum Thema Intimität und Sexualität ableiten: *Siehe auch Folie 16*

- Die Pflegenden fühlen sich der Integrität des alten Menschen verpflichtet und sind sich des Überschreitens persönlicher Grenzen in der Pflege bewusst.
- Sie sind in der Lage, Bedürfnisse nach Sexualität (Berührung, Nähe, Körperkontakt, Zuneigung,...) bei Pflegebedürftigen zu erkennen, zu thematisieren und entsprechende Pflegeziele mit dem alten Menschen auszuhandeln, ohne eigene Grenzen zu überschreiten. Dazu gehört natürlich, die eigenen Grenzen erst einmal zu erkennen.
- Die Pflegenden sind sich der eigenen Grenzen bewusst und sorgen für die Erhaltung der persönlichen Integrität.
- Sie sind in der Lage, hindernde Faktoren, die dem Ausleben sexueller Bedürfnisse des Bewohners entgegenstehen, zu erkennen, zu analysieren und mögliche Veränderungen anzuregen.
- Sie können Beziehungen zu anderen Menschen unter dem ausgewogenen Verhältnis von Nähe und Distanz aufbauen und erhalten
- Die Pflegenden setzen sich mit belastenden Situationen des beruflichen Alltags auseinander und sind in der Lage, das eigene Handeln zu reflektieren und im Team zu thematisieren.

Nina de Vries – Pionieren im Bereich der Sexualassistenz

Sexuelle Bedürfnisse flammen bei Dementen oft heftig auf. Frauen wie Nina de Vries helfen mit professioneller Zärtlichkeit.

Das Treffen mit Josef K. beginnt jedes Mal wieder auf ähnliche Weise. "Hallo, ich bin Nina, ich mache Massage" stellt sich die Endvierzigerin vor, auch bei ihrem zehnten Besuch. "O ja, schön", antwortet der Mann. Josef K. ist Mitte sechzig und lebt in einem Berliner Pflegeheim. Nina de Vries besucht ihn etwa alle sechs Wochen, jedes Mal lernt er sie neu kennen.

Josef K. ist dement. Obwohl die Begegnungen mit Nina de Vries wohl zu den besonderen Momenten seines Alltags gehören, vermag sein Gedächtnis die Erinnerung an die Frau mit dem herzlichen Lächeln nicht zu bewahren.

Die beiden ziehen sich für eine Stunde in das Zimmer des Mannes zurück. Im Verlauf dieser Stunde werden sie Tee trinken, Musik hören, reden, lachen. Die Frau wird den Mann massieren, irgendwann werden beide nackt sein, sie werden sich umarmen, anfassen, und Josef K. wird einen Orgasmus haben.

Nina de Vries ist Sexualassistentin, sie bietet Gespräche an, Beratung, aber eben auch Zärtlichkeit und Massagen. Geschlechtsverkehr, Oralsex und Küssen gehören nicht zu ihrem Angebot, das ist eine unumstößliche Grenze. Ihre Klienten sind Menschen mit schweren physischen und psychischen Beeinträchtigungen, Schwerst- und Mehrfachbehinderte, in aller Regel sind es Männer.

Noch stellen Demenzkranke eine relativ neue Klientel für Sexualassistentinnen dar. Aber das ändert sich gerade. Denn ihre Lust zeigen Demente völlig ungeniert; die Krankheit spült alle Hemmungen aus dem Gehirn. Angehörige und Pflegepersonal kann das vor Probleme stellen.

Nicht selten entflammt im Zuge der Erkrankung die Sexualität neu, und bisher verschüttete Bedürfnisse drängen an die Oberfläche. Für den jeweiligen Partner oft eine schwierige Situation. Wie für die 80-jährige Frau aus Süddeutschland, die bei Nina de Vries telefonisch Rat suchte - ihr Mann verlangte seit Ausbruch seiner Demenz jede Nacht nach Sex. "Die Frau war damit völlig überfordert", sagt de Vries. "Für sie war das Kapitel Sexualität eigentlich abgeschlossen."

Die Generation der 80-Jährigen, vermutet sie, sei in ihrem Leben häufig sexuell eher unterversorgt gewesen, möglicherweise auch ein Grund dafür, dass sich diese Bedürfnisse im Alter mit Macht zurückmeldeten. "In der Demenz versagen die Kontrollmechanismen", sagt sie, "das sexuelle Verlangen wird nicht mehr von Konventionen oder Moralvorstellungen kanalisiert und drängt ungefiltert heraus." Ein Verlangen, das meist nicht ausgelebt werden kann. Und da neben der Impulskontrolle oft auch die Mitteilungsfähigkeit stark vermindert ist, kann es zu Masturbation in der Öffentlichkeit oder sexualisierten, manchmal nötigen Handlungen kommen.

Trotzdem zögern Pflegeeinrichtungen und Familien häufig, die Hilfe einer Fachkraft in Anspruch zu nehmen. "Vor allem Angehörige wollen sich oft nicht mit der Tatsache auseinandersetzen, dass der 80-jährige Vater oder Großvater noch sexuelle Wünsche hat", sagt de Vries - und das, obwohl die Erfahrung zeige, dass regelmäßige Besuche einer Sexualassistentin sexualisiertes Verhalten meist deutlich reduziere und das Wohlbefinden des Klienten verbessere.

Manche ihrer Kolleginnen nennen sich Berührerin, das klingt poetischer, weniger nach Prostitution. Nina de Vries hat da keine Scheu. "Was ich tue, ist eine sexuelle Dienstleistung ebenso wie die Prostitution, auch wenn es natürlich Unterschiede gibt. Ich bin nichts Besseres", sagt sie. Die tiefe Überzeugung, nichts Besseres zu sein, ist so etwas wie der Grundpfeiler ihrer Arbeit, auch im Umgang mit ihren Klienten.

Ein Hinterhof in Potsdam-Babelsberg, Nina de Vries wohnt im Erdgeschoss eines Altbaus, die Zweizimmerwohnung ist voll mit lachenden Buddhas und bunten Skulpturen, neben dem niedrigen Couchtisch eine Schale mit Duftöl. Nina de Vries, schwarz gekleidet, sitzt auf ihrem Sofa, die Füße mit den rotlackierten Nägeln untergeschlagen. Sie lacht gern und häufig. Ihre Sprachmischung aus holländischem Akzent und Berliner Zungenschlag klingt charmant.

Immer wieder kanalisiert sie ihren Redeschwall, wägt ihre Worte. Ihr Metier, sagt sie, sei für viele ein kontroverses Thema. "Sexualassistenz ist eine Dienstleistung für Menschen mit einer Beeinträchtigung, die auch in anderen Lebensbereichen Assistenz benötigen und für die sexuelle Begegnungen sonst schwer möglich sind", sagt sie. Diese Möglichkeit zur Begegnung möchte sie bieten, in einem würdevollen Rahmen. Mit Mitleid habe das nichts zu tun. Mitleid würde nur ein Gefälle zementieren und sei eine ungeeignete Motivation für ihren Beruf. Gutmenschentum und Helfersyndrom sind ihr eher suspekt.

Wichtigste Voraussetzung für ihre Arbeit sei aufrichtiges Interesse an den Menschen, Behutsamkeit, Achtung und Respekt - dem anderen gegenüber, aber auch den eigenen Grenzen. "Wenn man Sex nicht nur als etwas rein Körperliches, auf die Genitalien Beschränktes begreift, muss man sorgfältig mit sich selbst und dem anderen umgehen." Ihre Arbeit erfordert ein hohes Maß an Sensibilität und Empathie, denn viele ihrer Klienten sind nicht in der Lage, verbal zu kommunizieren.

Die Holländerin ist eine Pionierin auf ihrem Gebiet. Sie hat in der Schweiz und in Potsdam Sexualassistentinnen ausgebildet, hält Vorträge in Pflegeeinrichtungen und auf Kongressen. Ihre Lebensgeschichte scheint sie für diese Arbeit zu prädestinieren.

Nina de Vries wächst in den Niederlanden auf, ihr Vater ist Lehrer, die Mutter Hausfrau. Die Eltern sind politisch engagiert, Anti-Vietnam-Kriegs-Demonstrationen, Dritte-Welt-Laden, Amnesty International, die Themen der Zeit spielen im Familienalltag eine große Rolle.

Sie ist 16, als ihre Mutter Selbstmord begeht, nach jahrelangen Depressionen. Der Moment, der ihren Lebensweg entscheidend geprägt hat, wird Nina de Vries 30 Jahre später sagen. Ihre Welt bricht auseinander, sie sucht Orientierung.

Nach dem Abitur studiert sie Sozialarbeit, aber an der Universität findet sie nicht, was sie sucht. Mit 22 beginnt sie eine therapeutische Ausbildung in einem buddhistisch geprägten Institut, das auf intensive Selbsterfahrung setzt. Im Anschluss absolviert sie eine Massageausbildung.

Mit 29 zieht sie nach Berlin, dort arbeitet sie zunächst als Grafikerin und freie Künstlerin, wenn das Geld nicht reicht, kellnert sie. Ein Jahr lang arbeitet sie in einem Reha-Zentrum für Menschen mit Behinderungen. Als ihr dort eine Festanstellung angeboten wird, lehnt sie ab. Die Rolle des Pflegers, spürt sie, liegt ihr nicht.

Mitte der neunziger Jahre sucht ein Massagestudio, in dem eine ihrer Freundinnen arbeitet, Frauen. Kurz entschlossen sagt Nina de Vries zu. Sie massiert Männer, nackt, bis zum Orgasmus, Verkehr findet nicht statt. Die Arbeit fühlt sich überraschend gut an. "Ich habe

damals viel gelernt", sagt sie. "Über Kommunikation, darüber, Grenzen zu setzen und einzuhalten, und über mich selbst." Sie macht auch Hausbesuche, erlebt die ersten sexuellen Kontakte mit behinderten Kunden. Berührungängste hat sie keine, im Gegenteil. "Das waren spannende Erfahrungen - wie gehe ich mit jemandem um, der keine Beine hat? Oder inkontinent ist und Windeln trägt?" Die Besuche bei behinderten Klienten gehören für sie oft zu den angenehmsten Kundenbegegnungen.

Nach einem halben Jahr macht sie sich selbständig. Zufällig ist ihre Wohnung rollstuhlgerecht. Sie beschließt, schwerpunktmäßig mit Behinderten zu arbeiten. Kontaktiert die Prostituiertenorganisation Hydra, die Mitarbeiterin dort ist zunächst skeptisch - hat da jemand eine vermeintliche Marktlücke entdeckt und ist nur auf das schnelle Geld aus? Nina de Vries gelingt es, die Zweifel zu zerstreuen.

Mit Demenz macht sie auch jenseits der Arbeit Erfahrungen: Ihr Vater erkrankt früh an Alzheimer, bis zu seinem Tod besucht sie ihn regelmäßig. Die Geräusche, die sie heute bei ihren Besuchen in Pflegeheimen aus den Patientenzimmern hört, die Echolalie eines ihrer Klienten, der wie eine Schallplatte mit Sprung ständig die gleichen Worte wiederholt, das alles kennt sie von ihrem Vater.

Bevor sie einen Termin vereinbart, informiert sich Nina de Vries genau über demente Klienten. "Ich muss wissen, wie der Mann auf Verbote reagiert, ob er zu verbalen oder körperlichen Aggressionen neigt", sagt sie. "Ob er versteht, dass es sich um eine bezahlte Dienstleistung handelt, oder ob er denkt, ich sei seine Freundin." In ihrer Arbeit sei es unerlässlich, dass ihr Gegenüber die Grenzen respektiere. Deshalb ist es ihr wichtig, die Vorstellungen und Erwartungen des Klienten zu kennen. "Gerade in der älteren Generation ist es oft so, dass Männer Sex mit Geschlechtsverkehr gleichsetzen", sagt sie. Sollte das der Fall sein, könne sie nur den Besuch eines Bordells empfehlen. Auch die in der Kriegsgeneration nicht seltenen sexuellen Traumata, die der Klient meist nicht thematisieren kann, erschweren manchmal den Kontakt.

In den meisten Fällen allerdings empfindet Nina de Vries ihre Arbeit als beglückende Erfahrung. Einer ihrer Klienten, Ende sechzig, am Korsakow-Syndrom erkrankt, dement und sprachlich sehr stark eingeschränkt, sei bei ihrem ersten Treffen hochgradig depressiv und verschlossen gewesen. "Zuerst hat er gar nicht auf mich reagiert, dann irgendwann war er wie verwandelt, leidenschaftlich, lebendig, hat mich angelacht", erinnert sie sich. "So etwas erleben zu dürfen ist toll, ich bin dankbar, wenn jemand mir sein Vertrauen schenkt und so eine Erfahrung ermöglicht."

Literaturempfehlung

- Böhmer, M. (2001). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Sander, H- und Johr, B. (2006). BeFreier und Befreite. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag
- Stemmer, R. (2001). Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag

Literaturverzeichnis

- Böhmer M. (1999). „Darüber spricht man nicht...“. In: Altenpflege 10/99 S.42-44
- Böhmer, M. (2001). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Daneke, S. (2001). Tabubrüche und Schamgefühle. In: Altenpflege 6/2001, S.21
- Däbrtiz, K. (2005). Sexualität und körperliche Behinderung als Herausforderung in der Sozialen Arbeit. www.nicolai-vista.de/sozial
- Gröning, K. (2001). Entweihung und Scham. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag GmbH
- Grond, E. (2001). Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege. Hagen: B. Kunz Verlag
- Klitzing, W. v. (1997). Eine echte Herausforderung. In: Altenpflege 11/97, S. 24-25
- Klitzing, W. v. (1997). Die Nähe zum Patienten kann angst machen. In: Pflegezeitschrift 8/97, S.459 – 464, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Koch-Straube, U. (2003). Fremde Welt Pflegeheim. Göttingen: Verlag Hans Huber
- Koch-Straube, U. (1992). Von der Angst, den Kopf zu verlieren. In: Forum Sozialstation 61/1992, S.13-16
- Koch-Straube, U. (1995). Die stille Angst vor dem Tag X. In: Forum Sozialstation 75/1995, S.50-51
- Marks, St., (2010). Menschenwürde und Scham. In Praxis Pflegen 3/2010, S. 38-41
- McKenna, H. /McCann, K. (1994). Pflegen heißt auch berühren. In: Altenpflege Forum, Jahrg. Nr.3, S.66-73
- Meudt, D. , (2006). Sexualität in der Pflege alter Menschen. Köln: KDA
- Overlander, G. (2002). Die Last des Mitfühlens. In: Heilberufe 1/2002, S.20 – 21
- Overlander, G. (1996). Die Last des Mitfühlens. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Ringel, D. (2000). Ekel in der Pflege - eine „gewaltige“ Emotion. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag GmbH
- Schwartze, G. (1998). Beziehungen und Gefühle in der Pflege. München: Verlag Urban & Schwarzenberg
- Schwerdt, R. (1998). Eine Ethik für die Altenpflege. Göttingen: Verlag Hans Huber
- Sander, H- und Johr, B. (2006). BeFreier und Befreite. Frankfurt a. M.: Fischer Verlag
- Spiegel: „Die Pionierin“<http://www.spiegel.de/spiegelwissen/0,1518,680226-2,00.html>
- Sporken, P. http://www.beraten-und-beruehren.ch/html/link_sexualitat.html
- Stemmer, R. (1999). Professionalität ist, darüber reden zu können, In: Pflegezeitschrift 7/99, S.505 – 509, Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Stemmer, R. (2001). Sexualität in der Pflege: Tabu? In: Heilberufe 1/2002, S.8 – 19
- Stemmer, R. (2001). Grenzkonflikte in der Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag
- Sydow, K. v. (1994). Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München: Verlag Ernst Reinhard