



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Modul 4: Berufspraxis und Ethik

Einführung

Ein erfüllendes und genussvolles Sexualleben kann eine wichtige Rolle für die Beibehaltung von Gesundheit und Wohlbefinden für ältere Menschen spielen. Gute sexuelle Gesundheit trägt zum physischen, mentalen und emotionalen Wohlbefinden von Erwachsenen bei und der Ausdruck von Sexualität, der eine Kernkomponente der menschlichen Interaktion ist, verschwindet nicht mit dem Alter. Während sich die Art, wie Sexualität ausgedrückt wird, vielleicht mit der Zeit aufgrund sozialer und physischer Veränderungen, die im Alter auftreten, ändert, bleiben die Bedürfnisse für emotionale und körperliche Intimität und sexuelle Befriedigung ein wichtiger Aspekt der menschlichen Existenz.

Während vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr, Oralsex und Masturbation oft wichtige Formen von sexuellem Ausdruck bleiben, wenn eine Person altert, definieren viele ältere Menschen Sexualität neu, um weitere Ausdrücke der Intimität, wie Berührung, Streicheln und Händchen halten, einzubeziehen (Gott & Hinchliff 2003; Rheaume & Mitty 2008). Dennoch haben mehrere Studien festgestellt, dass die Bedürfnisse für sexuelle Gesundheit älterer Menschen oft in der Interaktion mit Gesundheits- und Sozialarbeitern übersehen werden. Weiters gibt es oft erhebliche Barrieren beim Zugang zu Pflege und Information in Interaktion zwischen älteren Menschen und Gesundheits- und Sozialarbeitern. Einige der häufigsten Barrieren sind:

- Scham und Verlegenheit auf einer der Seiten
- das Niveau der Gesundheitskompetenzen des Klienten
- Geschlechts- und Altersdifferenzen zwischen dem Gesundheits- und Sozialarbeiter und dem Klienten
- dass sexuelle Probleme oder Fehlfunktionen als normaler Bestandteil des Alters betrachtet werden
- dass Programme für sexuelle Gesundheit als unseriös empfunden werden
- Empfinden von Unbehagen entweder auf einer Seite oder auf Seiten des Gesundheits- und Sozialarbeiters und des älteren Menschen
- fehlende Ausbildung für Gesundheits- und Sozialarbeiter
- wie Gesundheits- und Sozialarbeiter Sexualität im Alter wahrnehmen

(Gott, Hinchliff & Galena 2004; Hinchliff 2011).

Solche Barrieren sind oft verbunden mit und verschlimmert durch Faktoren wie stereotype kulturelle und gesellschaftliche Anschauungen über das Älterwerden, Geschlechtsrollen und Sexualität.



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Einheit 1 (von 4): Kommunikation über Sexualität

Einleitung

Eine der größten Barrieren beim Erreichen einer guten sexuellen Gesundheit im fortgeschrittenen Alter ist fehlende Kommunikation zwischen den Gesundheits- und Sozialarbeitern und deren älteren Klienten aufgrund eines oder mehrerer der oben aufgelisteten Faktoren. Trotz dem Wissen vieler Gesundheits- und Sozialarbeiter über die weitergehende Bedeutung von Sexualität für ältere Klienten/Patienten, wird dieses Feld der Gesundheitsvorsorge oft routinemäßig übersehen. (Gott et al. 2004). Tatsächlich wurde in der Globalen Studie über sexuelle Anschauungen und Verhaltensweisen festgestellt, dass in den letzten 3 Jahren nur 9% der Männer und Frauen bei einem Routinebesuch bei ihrem Gesundheits- und Sozialpfleger nach ihrer sexuellen Gesundheit gefragt wurden. (Moreira et al. 2005).

Wahrscheinlich wichtiger ist, dass es allgemein anerkannt ist, dass ältere Menschen normalerweise keine Konversationen über ihre sexuelle Gesundheit initiieren. Trotzdem reden ältere Menschen oft über ihre sexuellen Bedürfnisse und Sorgen, sobald sie dazu angeregt werden. Gesundheits- und Sozialpfleger sollten deswegen eine proaktive Einstellung dazu haben, sexuelle Bedürfnisse und Sorgen mit ihren älteren Klienten zu besprechen und die beste Richtlinie dazu ist es, dieses Thema zur richtigen Gelegenheit während einer Routineuntersuchung anzusprechen. (Farrell & Belza 2012; Hughes, Rostant & Curran 2014; Kotz 2005; Kuehn 2008).

Kerninformationen

- Sexuelle Aktivität hat viele Vorteile für Gesundheit und Wohlbefinden
- Es gibt viele Barrieren bei der Kommunikation zu Sexualität und sexueller Gesundheit zwischen Gesundheits- und Sozialarbeitern und ihren älteren Klienten
- Ältere Menschen initiieren die Diskussion oft nicht selbst, aber sobald sie danach gefragt werden, schätzen viele die Möglichkeit über ihre Situation, Fragen und Bedenken mit Gesundheits- und Sozialarbeitern zu reden.
- Routineuntersuchungen stellen eine exzellente Möglichkeit für Gesundheits- und Sozialarbeiter dar, um eine Diskussion über sexuelle Angelegenheiten mit ihren Klienten zu beginnen.



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Lernziele

Am Ende dieses Abschnitts sollten Studenten fähig sein:

1. Barrieren zu erkennen um die Diskussion über sexuelle Angelegenheiten vorzuschlagen, die ältere Menschen und Gesundheits- und Sozialarbeiter konfrontieren
2. die Kommunikations- und Ansprechstrategien zu kennen, um ältere Menschen in Diskussionen über Sexualität und sexuelle Gesundheit einzubeziehen
3. Wege zu kennen, alte Menschen durch richtige Kommunikation zu emanzipieren

Inhalt

Ermächtigung, Kommunikation und das PLISSIT-Modell.

Damit dies passieren kann, muss ein Individuum gut informiert sein über die Bedingungen, die notwendig für eine ausgezeichnete Gesundheit und Wohlergehen sind. Durch die Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheits- und Sozialarbeiter und Klient, der Praktiker kann dabei helfen, den Klienten dazu zu ermächtigen, selbst Kontrolle über seine sexuelle Gesundheit zu haben in dem man ihn in die Diskussion einbezieht – und macht Fortschritte um seine sexuellen Bedürfnisse zu erkennen und erfüllen und seine allgemeine sexuelle Gesundheit zu erhalten. Als solches ist das Beginnen eines Gespräches ein wichtiger erster Schritt. Das PLISSIT-Modell wurde in den späten 1970ern entwickelt und bietet einen Ansatz zum Initiieren und Führen eines Gesprächs mit einem Klienten über seine sexuelle Gesundheit.

Das PLISSIT-Modell hat vier miteinander verbundene Teile – Erlaubnis, begrenzte Informationen, spezifische Vorschläge und intensive Therapie.

P	Erlaubnis (Permission) - bitten Sie den Klienten mit ihm über seine sexuelle Gesundheit sprechen zu dürfen.
LI	Begrenzte Informationen (Limited Information) - geben Sie dem Klienten, begrenzte Informationen, die vielleicht auf ältere Menschen zutreffen.
SS	Spezifische Vorschläge (Specific Suggestions) - dem Klienten spezifische Vorschläge dazu machen, wie er seine sexuelle Gesundheit verbessern kann
IT	Intensive Therapie (Intensive Therapy) - einen Spezialisten weiterempfehlen, falls der Klient ein Problem hat, bei dem er nicht weiterhelfen kann.

Für mehr Information über das PLISSIT-Modell und um ein Video von Dr. Meredith Wallace und des Hartford Instituts für Geriatriepflege über das Management und die Beurteilung von sexueller



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Gesundheit von älteren Menschen zu sehen, besuchen Sie: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-10>

Faktoren, die man mit dem PLISSIT-Modell erleichtern kann, um eine Diskussion mit einer älteren Person zu haben:

- Gehen Sie sicher, dass das Gespräch in einem privaten Raum stattfindet und versichern Sie dem Klienten, dass jede Information streng vertraulich behandelt werden.
- Agieren Sie aufgeschlossen und ohne zu urteilen und verwenden sie geschlechtsneutrale Sprache.
- Stellen Sie sicher, dass Ihre eigenen Überzeugungen und Einstellungen die Diskussion nicht in eine bestimmte Richtung lenken.
- Denken Sie daran, dass es möglicherweise kultur- und geschlechterbedingte Unterschiede der Einstellungen zu Sex geben kann. Wenn der Klient/Patient einen anderen kulturellen Hintergrund hat, und man sich nicht sicher ist was angebracht ist, ist es am besten respektvoll und vorsichtig zu fragen.

Rollenspiel

Üben Sie das PLISSIT-Modell mit einem Kollegen oder Freund und verwenden Sie dafür folgende hypothetische Fallstudien :

Mrs. Black ist ein 65 Jahre alte, verheiratete Frau, die ihren Gynäkologen einmal jährlich zur Kontrolluntersuchung besucht. Mrs. Black bekommt seit acht Jahren eine Hormonersatztherapie. Dies hat ihr bereits früher schon beim Problem ihrer Scheidentrockenheit geholfen. Doch im vergangenen Jahr hat sie begonnen, eine niedrige Dosis eines Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers (20mg) nehmen (20 mg) des selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmers (SSRI) Citalopram gegen ihre leichten Depressionen zu nehmen. Seit Beginn der Einnahme erlebt sie einen Rückgang ihrer Libido und macht sich nun Sorgen, wie dies sich auf ihre Ehe auswirken könnte.

Mr. White ist ein 68 Jahre alter, geschiedener Mann. Er sieht sich selbst als homosexuell, nachdem er sein Coming-Out nach seiner Scheidung hatte. Seit fünf Jahren ist er mit seinem aktuellen Partner zusammen. Früher nahm er Medikamente gegen Angstzustände (Xanax), hat aber vor vier Jahren mit der Einnahme aufgehört. Derzeit nimmt er nur Statine, um seinen Cholesterinspiegel im Griff zu behalten, ist aber sonst bei guter Gesundheit. Gelegentlich erlebt er jedoch erektile Dysfunktion.

Fragen zur Erleichterung der Rollenspiele

- Mrs. Black wenn das in Ordnung für Sie ist, würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer sexuellen Gesundheit stellen?



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

- Viele Patienten kämpfen mit zunehmendem Alter mit ihrer sexuellen Gesundheit, wäre es daher in Ordnung wenn ich Sie frage, wie es um ihre sexuelle Gesundheit in letzter Zeit bestellt ist?
- Einige der Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen, können Ihre sexuelle Gesundheit beeinflussen, hätten Sie etwas dagegen, wenn ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer sexuellen Gesundheit stelle?
- Was für Sorgen haben Sie in Bezug auf Ihre sexuelle Gesundheit?
- Wie hat sich Ihre sexuelle Funktion seit der Diagnose von ... verändert?
- Haben Ihre sexuellen Gefühle sich verändert, seit wir mit der neuen Behandlungsmethode begonnen haben?
- Können Sie mir sagen, wie Sie Ihre Sexualität zum Ausdruck bringen?
- Welche Fragen oder Sorgen haben sie in Bezug auf die Fortsetzung Ihrer sexuellen Bedürfnisse?
- Auf welche Weise hat sich die sexuelle Beziehung zu Ihrem Partner mit steigendem Alter geändert?
- Welche Maßnahmen oder Informationen kann ich Ihnen bereitstellen, damit Sie Ihre Sexualität wieder ganz auskosten können?



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Einheit 2 (von 4): Interkulturelle Kompetenz und interkulturelle Kommunikation

Einführung

Die Freizügigkeit der Menschen in Europa ist ein zentraler Part der Politik der Europäischen Union seit ihrer Gründung und nachdem 1985 das Schengen-Abkommen unterzeichnet worden ist, können EuropäerInnen innerhalb der EU unbeschränkt reisen und arbeiten. Gemeinsam mit dem Auswirkungen der Globalisierung und des Postkolonialismus bedeutet dies, dass die europäischen Gesellschaften kulturell vielfältiger geworden sind. Im Jahr 2014 lebten darüber hinaus 33,5 Drittstaatsangehörige in den Mitgliedsstaaten der EU. (Eurostat 2015) So kommt es, dass die EU bei einer Population von über 500 Millionen Menschen eine der sprachlich und kulturell vielfältigsten Flächen der Erde ist. Beispielweise existieren innerhalb der EU-Grenzen drei verschiedene Alphabete, 24 Amtssprachen, 60 andere Sprachen und Menschen aus ungefähr 175 anderen Herkunftsstaaten (EC 2015), die wiederum alle ihr eigenes vielfältiges kulturelles und sprachliches Erbe haben.

Diese Vielfalt kann erhebliche Herausforderungen für im Gesundheits- und Sozialbereich arbeitende Personen erzeugen, speziell natürlich auch die Themen Altern und Sexualität, da diese Bereiche sehr stark vom jeweiligen kulturellen und traditionellen Background beeinflusst werden. Sprachbarrieren können diese Herausforderungen noch verstärken. Aus diesem Grund ist transkulturelle Kommunikation von essentieller Bedeutung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Kerninformationen

- Interkulturelle Kommunikation wird im Gesundheits- und Sozialbereich immer mehr gebraucht.
- Einflüsse der jeweiligen Herkunftskultur machen sich oft gerade bei Themen wie Altern, Sexualität und sexueller Gesundheit bemerkbar
- Menschen, die im Sozial- und Gesundheitsbereich arbeiten sollten auch darauf achten, wie ihr eigener kultureller und/oder religiöse Background ihre Werte und Einstellungen geprägt hat.

Lernziele

1. Sensibilisierung für die Wichtigkeit der Anerkennung von interkulturellen Ansätzen zur Kommunikation
2. Förderung des kulturellen Bewusstseins der im Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigten, damit sie sowohl ihren eigenen kulturellen Background als auch den der Klienten kennen
3. Das Kennen von Strategien, wie man mit Klientengruppen von großer Diversität umgeht



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Inhalt

Das Wort Kultur wurde unzählige Male definiert und die meisten dieser Definitionen sehen Kultur als die Normen, Einstellungen, Werte und soziale Praktiken, die von Menschen desselben nationalen, ethnischen, sozialen oder religiösen Backgrounds geteilt werden. Kultur kann unsere Verhaltens- und Denkweisen und die Art, wie wir mit anderen kommunizieren und interagieren, beeinflussen.

Kulturen sind so vielfältig wie die Menschen, die ihnen angehören. Es wird wahrscheinlich kaum überraschend sein, dass viele Theoretiker der interkulturellen Kommunikation sich des Eisberg-Modells zu bedienen, wenn sie den Begriff Kultur erklären (z.B. Hall 1989). An der Oberfläche gibt es leicht erkennbare Komponenten wie Kleidung, Essen, Musik oder Sprache. Unter dieser Oberfläche, sind jedoch auch noch Elemente, die man nicht gleich sehen und verstehen kann, wie z.B. Grundüberzeugungen und Haltungen, Vorstellungen von Zeit und Verhaltensmuster. (Halle 1989).

Unter dieser „Untergrundaspekten“ der Kultur finden sich auch Einstellungen zu Themen wie Altern, Sexualität und Geschlechterrollen, sowie zur Arzt-Patient-Interaktion, Vorstellungen von Bescheidenheit, Muster der verbalen und nonverbalen Kommunikation und Definitionen von Obszönität – all dies kann einen Einfluss darauf haben, wie eine Person aus einem bestimmten kulturellen Hintergrund mit einem im Gesundheits- und Sozialbereich arbeitenden Menschen interagiert und wie diese Person auf eine Diskussion über sexuelle Gesundheit reagiert. Insbesondere Überzeugungen und Einstellungen über Gesundheit und Krankheiten, Altern und Sexualität können durch den kulturellen Hintergrund einer Person beeinflusst werden. Zum Beispiel sah Roach (2004), dass PflegerInnen von schwedischen Pflegeheimen zu Sexualität eine viel entspanntere Haltung hatten als ihre Kollegen in australischen Pflegeheimen, vor allem aufgrund der liberaleren kulturellen Einstellungen zu Altern und Sexualität, die in Schweden existiert.

Die Kultur- und Gesundheitseinschätzungswerkzeug CHAT (=Culture and Health Assessment Tool) kann als Teil des PLISSIT-Modells verwendet werden, wenn mit einem Klienten/Patienten mit einem anderen kulturellen Background kommuniziert wird. (Rosen et al., 2004) in Verbindung steht. CHAT ist eine Checkliste mit 14 Punkten, die Kleinmans „Fragen um das Erklärungsmodell eines Patienten hervorzulocken“ (Kleinman, Eisenberg & Good 1978) enthält. CHAT ist so konzipiert, dass es in vielen klinischen Situationen verwendet werden kann, aber mit einer leichten sprachlichen Anpassung, wie z.B. durch die Verwendung von "Problem" oder "Angelegenheit" für "Krankheit". Daher eignet es sich perfekt dafür, in das PLISSIT Modell integriert zu werden, wenn Fragen der Sexualität oder der sexuellen Gesundheit mit Kunden aus unterschiedlichen kulturellen und/oder sprachlichen Hintergründen besprochen werden müssen. Die Fragen sind so konzipiert, dass sie die Konversation anregen und dem Arzt/Berater o.ä. "ein besseres Verständnis für das Gesundheitsmodell des Patienten, Gesundheitspraktiken und die Erwartungen an die Behandlung" geben (Rosen et al 2004:127). Fragen, die für den speziellen Fall des Klienten nicht relevant sind, können natürlich weggelassen werden.



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Kultur- und Gesundheitseinschätzungswerkzeug CHAT
(Culture and Health Assessment Tool)

1. Wo es angebracht war habe ich die Rolle des Übersetzers/der Übersetzerin mit dem Patienten/der Patientin und dem/der Übersetzer/in besprochen.
2. Was, denken Sie, hat Ihr Problem verursacht?
3. Warum hat, denken Sie, Ihr Problem/Ihre Krankheit begonnen?
4. Welchen Einfluss hat dieses Problem/diese Krankheit jetzt auf Sie?
5. Wie schlimm, denken Sie, ist dieses Problem/Ihre Krankheit? Wird es Ihrer Meinung nach lange anhalten oder bald besser werden?
6. Welche Ängste haben Sie in Bezug auf Ihre Krankheit?
7. Was sind die größten Probleme, die für Sie durch die Krankheit entstanden sind?
8. Wenn Sie ein Problem haben, bei wem suchen Sie Hilfe?
9. Wen hätten Sie gerne in die weitere Behandlung miteinbezogen?
10. Was haben Sie getan, um Ihre Krankheit zu behandeln/das Problem zu lösen?
11. Welche Behandlung würden Sie gerne erhalten?
12. Was sind für Sie wichtigsten Ergebnisse, die die Behandlung haben sollte?
13. Gibt es einen Aspekt Ihres Lebens, mit dem die Behandlung in einem Interessenskonflikt stehen könnte
14. Fühlen Sie sich mit unserer Entscheidung unwohl oder sind unsicher deswegen?

Reflexion

Eine Reihe von Fragen im Chat-Tool, vor allem die Fragen 6, 7, 8, 9 und 13 beziehen sich auf die Schnittstelle zwischen Pflege und sozialen, kulturellen oder religiösen Einflüssen. Reflektieren Sie jede dieser Fragen und überlegen Sie, wie die Gesellschaft und der kulturelle und/oder religiöse Background die Antworten eventuell beeinflussen könnte.



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Einheit 3 (von 4): Wohnpflegeeinrichtungen und Demenz

Einführung

Das Bedürfnis und der Wunsch, sich sexuell ausleben zu können, enden nicht mit einem bestimmten Alter. Ebenso wenig enden sie, wenn eine Person einen Punkt in ihrem Leben erreicht hat, an dem sie in eine Pflegeeinrichtung ziehen muss, weil sie eventuell an einer altersbedingten kognitiven Beeinträchtigung wie z.B. Demenz oder Alzheimer leidet (Bach et al 2013;. Gott & Hinchliff 2003; Kontula & Haavio-Mannila 2009; Laumann et al 2004;. Lindau et al 2007;.. Moreira et al 2005). Obwohl die Forschung in diesem Bereich noch am Anfang steht, findet man in der vorhandenen Literatur, dass es positive Auswirkungen sowohl auf die psychische, als auch auf die physische Gesundheit hat und viel zum allgemeinen Wohlbefinden der Betroffenen beiträgt, wenn die Patienten in Pflegeeinrichtungen ihre Sexualität leben können. Eine Studie, die unter den Patienten von Pflegeheimen in den USA durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass sexuell aktive Patienten, weniger Medikamente nehmen mussten, ein aktivere Sozialleben hatten, sich mehr sportlich betätigten und generell eine höhere Lebensqualität und Lebenszufriedenheit hatten. Sexuell inaktive Patienten wiederum hatten ein höheres Risiko für Probleme mit der Blase und dem Darm, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz und des weiteren für psychische Erkrankungen (Bach et al. 2013).

Forschungen bestätigen, dass die Rechte einer älteren Person, die in einem Pflegeheim wohnt, auf Selbstständigkeit und auf die Freiheit sich selbst ausdrücken zu können, respektiert werden müssen und nach Möglichkeit auf das Recht, ihre Sexualität auszuleben, erweitert werden sollten (Elias & Ryan 2011; Rheume & Mitty 2008; Tarzia et al 2012). Dennoch ergeben sich für die PflegerInnen und BetreuerInnen solcher Einrichtungen Herausforderungen in Bezug auf das Recht der Bewohner sich sexuell auszudrücken, vor allem, wenn die ältere Person dement ist oder mit einer anderen Formen der kognitiven Beeinträchtigung lebt. PflegerInnen und BetreuerInnen müssen deshalb oft komplexe Themen gegeneinander abwägen: die Autonomie und das Recht sich frei auszudrücken des Patienten gegen Fragen der Einwilligungsfähigkeit und möglicherweise gegen die Gefühle der Familienmitglieder, für die die Vorstellung, dass ihr/e geliebte/r ältere/r Angehörige/r sexuell aktiv ist, unbequem sein kann.

Kerninformationen

- Ältere Menschen in stationären Einrichtungen sehen sich oft zusätzlichen Barrieren gegenübergestellt, was das Ausleben ihrer Sexualität angeht
- Besonders bei älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Pflegeeinrichtungen leben, kann es zu Barrieren kommen



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

- Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können ihre PflegerInnen und BetreuerInnen vor komplexe Herausforderungen stellen, besonders bei Fragen des Einverständnis und der Autonomie

Lernziele

1. Beachten Sie die Barrieren zu einem gesunden Sexualeben in betreuten Wohneinrichtungen
2. Sie besitzen Kenntnisse über die Art, auf die kognitive Beeinträchtigungen die sexuelle Ausdrucksfähigkeit beeinflussen können
3. Sie kennen Strategien, die Menschen im Gesundheits- und Sozialbereich dabei helfen können, ältere Menschen zu ermächtigen

Inhalt

Während viele ältere Menschen Barrieren im Bereich der Sexualität und Intimität erleben, können ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sein.

Häufige Barrieren können sind die folgenden:

- Einstellungen und Wahrnehmungen der Mitarbeiter, häufig aufgrund eines Mangels an adäquater Ausbildung
- Bedenken über Ablehnung oder den Einspruch der Familie
- religiöse, kulturelle und gesellschaftliche Werte in Bezug auf Alter, Behinderung und Sexualität
- Einstellungen und soziale Werte anderer Bewohner
- strukturelle Faktoren, einschließlich Mangel an Privatsphäre oder Doppelbetten
- restriktive Praktiken, Mangel an Richtlinien zu diesem Thema und eine konservative Einstellung

Eine der größten Barrieren ist oft die Einstellung des Pflegepersonals, die meist von mangelnder Ausbildung oder zu wenig Vertrautheit mit dem Thema kommt. Unter diesen Umständen sehen Mitarbeiter Sexualität oft als Problem oder als Verhaltensauffälligkeit und übersehen häufig das Bedürfnis nach Intimität, Liebe und Zuneigung. Die Einstellung der Mitarbeiter zu Sexualität ist oft von gesellschaftlichen Ansichten über Altern, Gebrechlichkeit und Sexualität geprägt und beinhaltet die üblichen Vorurteile. Aufgrund der weit verbreiteten Wahrnehmung, dass ältere Menschen gewissermaßen „asexuell“ sind, denken Mitarbeiter das sexuelle Beziehungen in diesem Alter unangebracht sind. Dies kann durch einen Mangel an Ausbildung und an entsprechenden Richtlinien, wie mit Sexualität in der Einrichtung umgegangen werden soll und wie den Bewohnern ein Sexualeben ermöglicht werden soll, noch verstärkt werden. Wenn kognitive Beeinträchtigungen eines Bewohners/einer Bewohnerin hinzukommen, wird die Situation noch komplexer. Das



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Pflegepersonal hat hier oft Bedenken, dass die Beziehung eher erzwungen ist und dass die Familie des Patienten/der Patientin nicht einverstanden ist und sogar rechtliche Schritte setzt.

Weitere Herausforderungen können für das Pflegepersonal entstehen, wenn es zwischen BewohnerInnen zu sexuellen Beziehungen und Aktivitäten kommt. Das Wichtigste dabei ist es, sicherzustellen das PatientInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihr Einverständnis geben. Bei Patienten mit mäßiger bis fortgeschrittener Demenz, deren stimmliche Fähigkeiten möglicherweise begrenzt sind, kann es besonders schwierig sein, das Einverständnis zu erkennen. Als Folge hiervon, ist eine häufige Reaktion vieler Pflegeeinrichtungen auf sexuelle Beziehungen zwischen BewohnerInnen mit Demenz, die sowohl vom Pflegepersonal als auch von der Familie als problematisch angesehen werden, die daran Beteiligten voneinander zu trennen. Dies kann jedoch auf die betroffenen Menschen negative Auswirkungen haben – es kann ein Gefühl einer Notlage entstehen, weiters kann es möglicherweise ihre physische und psychische Gesundheit schädigen.

Fallstudie

Dorothy ist 82 und Bob ist 95. Beide Bewohner sind der gleichen Pflegeeinrichtung und beide leiden an Demenz. Dorothys Mann starb an einem Herzinfarkt vor sechzehn Jahren und Bob ist bereits dreifacher Witwer. Bob ist unter den weiblichen Bewohnern sehr beliebt, hat aber noch nie ein Interesse seinerseits angezeigt. Als Dorothy in die Pflegeeinrichtung zog, fühlte Bob sich jedoch sofort von ihr angezogen und dies beruhte auf Gegenseitigkeit. Sie begannen zu flirten und immer häufiger zusammen ihre Zeit zu verbringen. Sie spielte Klavier und sie und gemeinsam sangen sie dazu. Nach kurzer Zeit wurde ihre Beziehung auch sexueller und Bob begann, die Nächte in Dorothys Zimmer zu verbringen. Er machte Dorothy sogar einen Heiratsantrag und begann, sie seine Frau zu nennen. Obwohl weder das Pflegepersonal der Wohneinrichtung noch Dorothys Familie ein Problem mit der Beziehung hatte, war Bobs Sohn nicht sehr glücklich, als er davon erfuhr, weil er die beiden eines Tages gemeinsam im Bett überraschte. Er fand, dass sein Vater alt war und lieber im Rollstuhl sitzen sollte und hatte Bedenken, dass Dorothy seinen Vater ausnutzte. Eine der Krankenschwestern, die mit Bob sprach, fand die Beziehung ebenfalls unangebracht. Zuerst hatte sie es süß gefunden, aber als die Beziehung sexueller wurde, begann sie dies aus religiösen Gründen abzulehnen und bat andere PflegerInnen um Hilfe bei ihrem Vorhaben, die beiden voneinander zu trennen. Konflikte entstanden zwischen den Mitarbeitern, was nun die beste Vorgehensweise war. Als Ergebnis begannen Bob und Dorothy sich heimlich zu treffen, wann immer sie konnten und ihre Intimität wurde immer „offensichtlicher und problematischer“. Eines Tages musste der Manager der Pflegeeinrichtung Bob davon abhalten, Dorothy in der Lobby zu befriedigen, während Dorothy ein Kissen geschickt auf ihrem Schoß plazierte hatte. Dorothys Tochter war glücklich, dass die beiden an ihrer Beziehung festhielten und machte sich Sorgen, dass die Versuche, das Paar zu trennen, für ihre Mutter Stress und Aufregung verursachen könnte. Ein Mediator wurde hinzugeholt, um zu versuchen, den Konflikt zu lösen, aber er konnte nichts erreichen. Schließlich ließ Bobs Sohn seinen



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Vater in eine andere Einrichtung verlegen. Dorothy konnte sich nicht einmal verabschieden. Danach begann Dorothys Gesundheit sich massiv zu verschlechtern, sie wurde depressiv und zog sich immer mehr zurück, hörte auf zu essen, verlor neuneinhalb Kilo und musste wegen Dehydrierung ins Krankenhaus. Der Arzt meinte, der Verlust von Bob hätte sie umbringen können, nur der Alzheimer verhinderte dies, da er die Erinnerung an Bob relativ schnell verblasen ließ. (Henneberger, 2008).

Reflexion

Wie hat sich das Fehlen einer klaren Richtlinie für Sexualität auf die Situation ausgewirkt?

Wie hätte man die Kommunikation zwischen allen Parteien erleichtern und verbessern können?

Wie haben kulturelle/religiöse Hintergründe die Situation beeinflusst und wie hätte man das mildern können?

Haben Sie Ideen, welche Handlungen vielleicht zu einem anderen Ergebnis geführt hätten?



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

Einheit 4 (von 4): Sexuelle Gewalt gegenüber älteren Menschen

Einführung

Ältere Menschen, insbesondere solche mit Demenz oder solche die in Pflegeeinrichtungen leben, sind besonders anfällig für sexuelle Gewalt. Probleme mit der Erfassung von sexueller Gewalt gegen ältere Menschen und das Problem des zu späten Erkennens sexueller Gewalt generell, bedeuten intensiven Forschungsbedarf. Die Weltgesundheitsorganisation definiert sexuelle Gewalt als "jede Handlung und jeden Versuch, einen sexuellen Akt ... gegen die Sexualität einer Person, mit Zwang von jeglicher Person ... in in jeglichem Setting zu erzwingen" (WHO, 2015 S. 35).

Kerninformationen

- Ältere Menschen sind besonders anfällig für sexuelle Gewalt, besonders solche, die auch kognitive Beeinträchtigungen haben
- Die Berichterstattung zu diesem Thema ist wenig bis kaum vorhanden, was das Problem noch verstärken kann

Lernziele

1. Seien Sie sich bewusst, dass sexuelle Gewalt und Missbrauch von älteren Menschen weitgehend unterschätzt wird
2. Achten Sie auf die Arten von Missbrauch und potenzielle Indikatoren
3. Kennen Sie Strategien, die im Gesundheits- und Sozialbereich Arbeitenden dabei helfen sollen, auf Anzeichen sexueller Gewalt oder Missbrauchs zu reagieren.

Inhalt

Akte sexueller Gewalt gegen ältere Menschen können sein:

- Vergewaltigung - einschließlich der Penetration von mit anderen Gegenständen
- Belästigung - einschließlich unerwünschte Berührung der Genitalien und gezwungene Masturbation und/oder Oralsex
- Die Anfertigung von sexuellen Fotos der älteren Person ohne deren Zustimmung
- Aufdringliche und unnötige Prozeduren an den Genitalien oder am Rektum
- Exhibitionismus und/oder Voyeurismus – Sich vor der älteren Person auszuziehen oder zu masturbieren oder die ältere Person ohne deren Zustimmung zu beobachten, wenn sie nackt ist



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

- Jegliche unerwünschten sexuellen Berührungen
- Bedrohungen mit sexuellem Missbrauchs und sexueller Belästigung (Chihowski & Hughes, 2008; Ramsey-Klawnsnik, 2004).

Sexuelle Gewalt oder sexueller Missbrauch von älteren Menschen kann durch Partner, Familienmitglieder, Fremde und Betreuer verübt werden. Ältere Menschen mit Demenz und Frauen sind besonders anfällig für sexuellen Missbrauch (Burgess & Phillips, 2006). Sexuelle Gewalt und sexuellem Missbrauch von älteren Menschen kann für die Opfer zu erheblichen psychischen und emotionalen Problemen führen, sowie einen negativen Einfluss auf ihre körperliche Gesundheit und ihr Wohlbefinden haben. Darüber hinaus müssen ältere Menschen eher als jüngere aufgrund sexueller Gewalt ins Krankenhaus und erleiden oft schwere Verletzungen und Genitaltraumata. (Burgess & Philips, 2006; Burgess, Hanrahan & Baker, 2005; Eckert & Sugar, 2008) Bei Patienten mit Demenz, vor allem bei solchen mit begrenzten verbalen Fähigkeiten, kann die Aufdeckung von sexuellem Missbrauch schwierig sein, da durchschnittlich nur einer von acht dazu in der Lage ist, den Missbrauch selbst zu melden. (Burgess & Philips, 2006).

Erkennen der Anzeichen

Wenn das Opfer den sexuellen Missbrauch nicht anzeigt oder anzeigen kann, sollte das Pflegepersonal aufmerksam auf die körperlichen Anzeichen sexueller Gewalt achten. Während Patienten mit Demenz eher physisch gezwungen werden als Patienten ohne Demenz, sollte jegliche Anzeichen eines physischen Traumas bei einem Patienten eingehend untersucht werden.

Zu möglichen körperlichen Anzeichen von sexuellem Missbrauch können gehören:

- Quetschungen an den Armen und Handgelenken von gewaltsamem Festhalten
- Quetschungen oder empfindliche Stellen im Genitalbereich
- Vaginale oder rektale Blutungen
- Abschürfungen, Schwellungen, Rötungen oder Risse im Genital- und/oder Analbereich

Viele ältere Patienten, die kognitiv beeinträchtigt sind und mit Demenz und/oder Alzheimer leben teilen ihre Not durch ihr Verhalten mit, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, verbal zu kommunizieren. (Benbow & Haddad 1993).

Eine Offenbarung durch Verhalten kann auf viele verschiedene Arten auftreten:

- Indirekte Aussagen (wie zum Beispiel in der "Bringen Sie das nicht in meine Nähe!")
- Plötzliche Verhaltensänderungen, zurückgezogen werden, die Verweigerung persönlicher Betreuung, oder der Rückzug in eine fötale Position
- Ängstliche oder ambivalente Reaktion auf den vermutlichen Täter
- Wachsame Antworten wenn über Missbrauch gefragt wird



Sensibilisierungsmaterial für das Recht auf Intimität und Sexualität im dritten Lebensabschnitt

www.intimage.eu

- Verstimmung oder Beunruhigung bei persönlicher Pflege

Strategien zur Bewältigung des Missbrauchspotenzials

Da viele ältere Menschen, vor allem diejenigen mit kognitiven Beeinträchtigungen, ständig von einer Pflegerin/einem Pfleger begleitet werden, kann es für diese besonders herausfordernd sein, über sexuellen Missbrauch zu sprechen, wenn sie einen solchen vermuten. In einem solchen Fall empfiehlt es sich, das vermutete Opfer unter vier Augen und in einer ruhigen Situation darauf anzusprechen (O'Connor et al., 2009). In Fällen, in denen die ältere Person, eine kognitive Beeinträchtigung hat, sollte PflegerInnen folgendes bewusst sein:

- Verwenden Sie klare, direkte und nicht-emotionale Sprache
- Sprechen Sie langsam und deutlich
- Verwenden keine Leitfragen
- Stellen Sie nur eine Frage auf einmal
- Fragen Sie nach Was, Wer, Wo und Wann aber nicht nach dem Warum
- Geduldiges Auftreten und Verhalten
- Verwenden Sie eine der Person vertraute Sprache und Terminologie Beschäftigten
- Verwenden Sie Sehhilfen, wo möglich

(Downes et al, 2013: 16).

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.

