

NeuroGeriatric 2010; 7 (1): 32–34

# Körpererleben in der Pflege geriatrischer Patienten

E. Corbic

Wichern-Krankenhaus im Evangelischen Johannesstift

Alte Menschen werden oft noch als geschlechtslose Menschen betrachtet. Auch besteht in unserer Gesellschaft das Vorurteil, ältere Menschen würden keinerlei sexuelle Gefühle mehr kennen. Der Pflegewissenschaftler *Alex Comfort* sagte: »Ältere Menschen wurden noch nie über ihre sexuellen Aktivitäten befragt, weil jeder annahm, sie hätten keine – und jeder nahm an, sie hätten keine, weil man sie nie befragt hat« [1]. Und so sie nun doch noch sexuelle Gefühle haben, besteht in unseren Köpfen und unseren Empfindungen immer noch die Vorstellung, dass sich Sexualität im Alter »nicht gehört«. Wenn alte Menschen in der Öffentlichkeit Zärtlichkeiten austauschen, wird dies oft als abweichendes, nicht normgerechtes Verhalten betrachtet. Es ist nicht leicht, wirklich zu akzeptieren, dass Sexualität bis ins hohe Alter zur Individualität des Menschen gehört. Auch auf unserer Station erntete ein sich küssendes älteres Paar von jungen und älteren Mitarbeitern viele missbilligende Blicke und Bemerkungen. Auf diese Weise versucht man, sexuelle Äußerungen zu ignorieren oder zu sanktionieren.

## Was ist das Besondere des Pflegeberufes?

Pflege ist eine der intimsten »Dienstleistungen« in unserer Gesellschaft – sie ist oft sogar intimer als intim. Im Privatleben sind wir auf der Toilette allein und schließen uns ein. Insbesondere in der Geriatrie, in der es viele schwerstpflegebedürftige Menschen gibt, muss die Pflegekraft auf der Toilette dabei sein – und oft noch viel dichter: Sie

wechselt das Inkontinenzmaterial und führt die Intimpflege durch, oder wie wir sagen: das »Untenrumwaschen«. Die Pflege muss in Körperöffnungen eindringen und z. B. die Ohren säubern, den Mund mit Mundpflegestäbchen reinigen, beim Essenanreichen den Löffel in den Mund führen oder den Blasen-katheter versorgen. Pflege muss also oft über die Intimität hinausgehen, die Menschen in einer sexuellen Beziehung miteinander haben. Sie ist eine Grenzen überschreitende Dienstleistung und berührt insofern kulturelle Tabus.

Menschen sind nirgends so kränkbar wie im Bereich der Intimität und Sexualität. Das gilt für zu pflegende Menschen, aber umgekehrt auch für die Pflegenden. Wenn Tabus oder bestimmte Normen berührt werden, löst dies oft Scham- und Schuldgefühle aus. »Wenn die Pflegenden in Kontakt mit Dingen geraten, die als Tabu gelten«, so schreibt die schwedische Pflegewissenschaftlerin *Astrid Norberg* [2], »ruft dies bei ihnen unangenehme Gefühle hervor, wie Peinlichkeit, Scham- und Schuldgefühle und sie versuchen, diesen Kontakt zu meiden.«

Es ist deshalb wichtig, dieses Thema zu benennen und diskutabel zu machen. Hier wollen wir Beispiele nennen, wo und wie Pflegekräfte solche Situationen erleben und wie ein konstruktiver Umgang damit aussehen könnte. Bevor an dieser Stelle detailliertere Beispiele geschildert werden, soll ein wenig in die Atmosphäre einer geriatrischen Station eingeführt werden.

Zunächst sei darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, mit der Intimität und Entblößung des Körpers einfühlsam und sorgsam umzugehen. Wie oft etwa wird in einem Mehrbettzimmer an einen

Sichtschutz gedacht? Ist es notwendig, den Körper zum Waschen vollständig zu entblößen oder kann man sensibler vorgehen? Was für eine Beziehung nehme ich dabei auf? Nehme ich die Gefühle des zu pflegenden Menschen und meine eigenen wahr? Beim Umgang zwischen Schwestern und pflegebedürftigen Frauen gibt es seltener Probleme. Es fällt auf, dass diese sich anders verhalten als pflegebedürftige Männer: Sie werden z. B. nicht übergriffig. Manche, insbesondere die, die ohne Beziehung sind, genießen die Versorgung und den Körperkontakt, manche schätzen insbesondere junge Pfleger. Manchmal merken sich sogar demente Frauen den Namen eines jungen Mannes. Andere Frauen wiederum möchten nicht von Männern gepflegt werden. Es gibt Männer, die lieber von der eigenen Frau versorgt werden wollen. Deshalb ist es wichtig, einen angemessenen Umgang mit Intimität und Sexualität zu entwickeln, der sowohl die menschliche Würde als auch das Selbstwertgefühl und die Identität des Menschen erhält und im besten Fall positiv beeinflusst. Bislang machen wir uns das viel zu selten bewusst.

Wie also geht das Pflegepersonal damit um, wenn es unvorhergesehen in Situationen involviert wird? Ein einfaches, zugleich aber doch komplexes Beispiel soll dies anschaulich machen.

## Beispiel 1: Sexualität im Krankenhaus?

Ein Patient Ende 60, Künstler, an Enzephalitis erkrankt, liegt im Einzelzimmer. Er ist oft unruhig, zeitweise zeitlich und örtlich desorientiert. Mehrmals versucht er das Krankenhaus zu verlassen, um nach Hause zu

seiner Lebensgefährtin zu gehen. Sie ist deutlich jünger, besucht ihn regelmäßig. Eines Tages, als eine Schwester unvorbereitet eintritt, liegen die beiden halb ausgezogen gemeinsam im Bett, kuscheln und küssen sich. Die Schwester ist sehr unangenehm berührt, als sie auf diese unerwartete Situation trifft. Sie empfindet die Situation als peinlich und weiß nicht, wie sie zukünftig damit umgehen soll.

Es ist möglich, die Situation im Team zu besprechen. Die Meinungen, wie damit umgegangen werden soll, sind unterschiedlich: »Das gehört nicht ins Krankenhaus!« oder: »Das gehört sich überhaupt nicht!« – »Ich gehe nicht mehr in das Zimmer, ich weiß nicht, was mich dort erwartet.« – »Das ist doch schön, das kann ich gut verstehen.«

Es gibt ein Bedürfnis danach, zu diskutieren, was richtig und was erlaubt ist. Wäre es z. B. vorstellbar, dass vor dem Patientenzimmer – ähnlich wie im Hotel – ein »Bitte nicht stören«-Schild hängt, das den Patienten und Pflegenden schützt? Wie verhält es sich dann mit der Aufsichtspflicht? In solchen Situationen entsteht auch das Bedürfnis nach professioneller und institutioneller Absicherung. Darf man solche Situationen überhaupt zulassen? Was sagen der Chefarzt, der Pfarrer oder die Psychologin dazu? Die Schwester ist unangenehm berührt, weil

- sie ungewollt in den Raum der Intimität eines fremden Paares eindringt,
- dieses Verhalten unter Umständen ihrem eigenen Verhaltenskodex widerspricht,
- sie verunsichert ist, ob sie dies überhaupt zulassen darf oder ob solch ein Verhalten »meldepflichtig« ist,
- und sie unvorbereitet auf eine Situation trifft, für die es kein Verhaltensmuster gibt, weil solche Situationen normalerweise kein Gegenstand der Diskussion in Teamsitzungen oder auf Leitungsebene sind.

Angesichts dieser Situation ist unsere Professionalität gefordert, aber gibt es wirklich eine Lösung?

### Beispiel 2: Das alte Ehepaar

Ein Ehepaar, sie 80, er 90 Jahre, werden gemeinsam ins Krankenhaus aufgenommen. Sie hatten sich im Altenheim kennen und lieben gelernt und geheiratet. Die Frau hat eine Oberschenkelhalsfraktur, er leidet unter einer Demenz und hat verschiedene internistische Probleme. Von Anfang an war im Team klar, dass das Paar in einem Doppelzimmer untergebracht werden soll. Das Pflegepersonal macht auf Wunsch aus den zwei Betten ein Ehebett. Es ist schön zu sehen, dass Bedürfnisse nach Intimität und Sexualität auch im hohen Alter nicht verloren gehen. Beide schlafen nachts eng aneinandergeschult, streicheln und küssen sich auch tagsüber, ohne dass Peinlichkeit entsteht. Der allgemeine Tenor der Schwestern lautet: »Das ist aber süß!« Es wirkt auf alle harmlos. Die Intimität dieses Paares wird befürwortet und gefördert – ganz im Gegensatz zu der des Paares im ersten Beispiel. Es ist offensichtlich, dass das Alter des Paares den Unterschied ausmacht.

Im Verlauf verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Mannes. Er wird zunehmend unruhig, verwirrt und manchmal aggressiv. Der Frau macht der Ehemann Angst, so kennt sie ihn nicht. Er benötigt schließlich immer mehr Hilfe bei der Pflege. Zu unserem Erstaunen reagiert die Ehefrau jetzt bei der Intimpflege und Inkontinenzversorgung des Mannes eifersüchtig. Sie beschimpft ihn heftig. Für sie ist es schwer zu ertragen, dass er es zulässt, dass ich als Schwester intim mit ihm umgehe, ihn wasche, Hautkontakt habe und den Blasenkatheter pflege. Zunächst bin ich überrascht über die Reaktion der Frau, die Situation ist mir peinlich und ich bekomme Schuldgefühle. Mein Problem ist, dass ich offensichtlich durch meine professionelle Tätigkeit die Gefühle der Ehefrau verletze.

In diesem Beispiel bin ich unangenehm berührt,

- weil die Frau die Pflege als Eindringen in ihre Intimsphäre als Paar erlebt;
- auch wenn ich eine klare innere Haltung habe und Respekt zeige

und tue, was ich tun muss, wirkt die Pflege in dieser Situation »grenzüberschreitend«.

Im Team spreche ich darüber, dass es wichtig ist, mit der Ehefrau in erster Linie über die Notwendigkeit der Pflegemaßnahmen zu sprechen. Uns fällt auf, dass es ebenfalls wichtig ist, sie um ihre Erlaubnis zu bitten, dies tun zu dürfen. Damit kann ich zeigen, dass ich mir der Grenzüberschreitung bewusst bin. So kann die Ehefrau diese besser zulassen. Dies ermöglicht schließlich einen besseren Umgang für alle Beteiligten.

### Beispiel 3: Öffentliche Herabsetzung

Eine Angehörige, Anfang 70, klingelt nach der Schwester. Als ich das Vierbettzimmer betrete, sagt sie vor dem im Bett liegenden Ehemann zu mir: »Mein Mann stinkt.« Auch hier entsteht das Gefühl der Peinlichkeit. Ich erlebe, dass der Mann vor meinen Augen und Ohren gekränkt wird. Durch seinen Gesichtsausdruck merke ich, wie unangenehm dies für ihn ist.

Ich bitte die Frau, vor dem Zimmer zu warten, um weitere aggressive Äußerungen ihrerseits zu vermeiden. Während ich ihn versorge, bringe ich ihm Verständnis entgegen und spreche ihn auf seine Situation an. Ich sage ihm, dass es sicher schwer für ihn ist, den Stuhlgang nicht spüren und halten zu können, und habe den Eindruck, dass er sich angenommen fühlt. Außerdem spüre ich Ärger auf die Ehefrau und frage mich, warum diese ihren Mann so verletzend behandelt. Vor der Zimmertür kommt es zu einem Gespräch mit ihr. Ich spreche sie an und frage sie, ob ihr bekannt ist, dass ihr Mann inkontinent ist. Sie ist darüber informiert, habe aber nicht bedacht, was für Ausmaße die Inkontinenz annehme und dass sie es schwer ertragen könne. Es »stinke« ihr einfach zu sehr. Ich bitte sie, dies nicht mehr in seiner Gegenwart auszusprechen, weil es für ihn auch sehr schwer sei, diese Situation zu ertragen. Sie äußert, dass sie in Zukunft überlegter damit umgehen will.

In diesem Beispiel wird die Pflege ungewollt Zeuge einer massiven Störung der Paarbeziehung. Weswegen wir dazu gemacht werden, wissen wir nicht. Deutlich wird jedoch, dass die Frau vor ihrem Mann und der Schwester in unangemessener Weise über ihn redet und ihn damit in seiner Würde verletzt. Aufgabe der Pflege ist es auch, den Patienten und seine Würde zu schützen und dies angemessen zu vertreten. Wenn wir uns das nicht bewusst machen, kommt es oft zur Distanzierung von den Angehörigen, ohne dass ihnen klar wird, weshalb dies geschieht.

#### Beispiel 4 : Unbewusste Übergriffigkeit

Ein dementer Patient Anfang 80 reagiert, wenn eine Schwester das Zimmer betritt, verbal und körperlich übergriffig. Bei jeder pflegerischen Tätigkeit, sei es die Essensvorbereitung oder das Waschen, fasst er die Schwestern »überall« (insbesondere an den sekundären Geschlechtsmerkmalen) an und versucht, sie zu sich ins Bett zu ziehen. Eine Schwester wird von seinem Verhalten so überrascht und ist so perplex, dass sie schreiend aus dem Zimmer läuft und sich weigert, diesen Patienten weiter zu versorgen. Ein männlicher Pfleger steht nicht zur Verfügung. Um uns vor seinen Übergriffen schützen zu können, legen wir fest, nur zu zweit zu ihm zu gehen und ihn anzuweisen, sich an der Bettstange festzuhalten, während wir ihn versorgen. Trotzdem befinden wir uns ständig in einer Habachtstellung und in körperlicher Spannung. Der Patient versteht, dass wir eine Grenze setzen, wir müssen ihn jedoch immer wieder auf deren Einhaltung hinweisen. Die Stationsärztin wird informiert, und im Team sprechen wir darüber.

Bei diesem Patienten sind die gesellschaftlich adäquaten Hemmungen unter der Demenz entfallen, er wird übergriffig, kann aber gleichzeitig nicht dafür verantwortlich gemacht werden. Wir verstehen, dass der Patient ein Bedürfnis nach Körperkontakt hat und er offensichtlich denkt, wenn wir ihn berühren, dürfe er das auch. Mit Recht versuchen wir Schwestern uns zu schützen, Verstär-

kung zu holen und mit Anweisungen den Übergriffen Herr zu werden. Fallen uns aber aus einer größeren Distanz weitere, bessere Lösungen ein?

#### Beispiel 5: Bewusste sexuelle Übergriffigkeit

Ein relativ junger Patient Anfang 60 nach einem Schlaganfall mit einem komplexen rechtshirnigen Störungsbild ist orientiert. Wir zeigen ihm viel Zuwendung, weil er diese besonders braucht. Wir erfahren, dass seine Frau vor kurzer Zeit verstorben ist, worunter er noch immer leidet. Er hat zwei Söhne, die sich seither intensiv um ihn kümmern. Seine Pflege ist mit viel körperlichem Kontakt verbunden. Nach einiger Zeit nutzt er jedoch beim Transfer jede Gelegenheit, die Schwestern sexuell übergriffig zu berühren, und äußert Aufforderungen wie »Komm in mein Bett«. Hatten wir anfangs Verständnis für sein Bedürfnis nach Körperkontakt, so reagieren wir jetzt mit Distanz und wollen ihn nur noch so wenig wie möglich berühren. Als ich ihn das erste Mal so grenzüberschreitend erlebe, kann ich nicht reagieren. Ich gehe hinaus und frage mich, wie er so mit mir umgehen kann; ich bin innerlich empört. Ich setze schließlich eine klare Grenze und sage ihm, dass ich nicht angefasst werden möchte. Er guckt daraufhin sehr böse und beleidigt und sagt nichts mehr. Es kommt zu keinen weiteren Grenzüberschreitungen. Im Team wird über die Übergriffigkeit gesprochen, aber nicht darüber, was sie für die einzelne Schwester bedeutet. Ich selbst gehe auf Abstand zu dem Patienten und rede nicht mehr so viel mit ihm. Diese Distanz hat er gespürt.

Im Gegensatz zum vorherigen Beispiel ist dieser Mann verantwortlich für sein Tun. Der Druck ist noch viel massiver als bei dem übergriffigen dementen Patienten. Es löst Ängste, Wut und Trauer bei mir aus. Es stellt sich die Frage, warum man überhaupt in diesem Beruf tätig ist.

In diesem letzten Beispiel wird deutlich, wie dicht es in der Pflege auch um das persönliche Erleben geht und wie wenig es doch bisher möglich ist,

dies im professionellen Rahmen zu besprechen.

#### Zusammenfassung

Dieser Beitrag soll für ein Thema, das in besonderer Weise die Pflege berührt, sensibilisieren. Für Pflegende ist es wichtig, eine Haltung zu entwickeln, die sich sowohl durch Diskretion und Taktgefühl auszeichnet als auch durch ein gutes Gleichgewicht zwischen Abstand und Anteilnahme. Um mit dem Bedürfnis nach Sexualität und Intimität selbstverständlicher umgehen zu können, muss einerseits das eigene Verhältnis zu Sexualität und Intimität akzeptiert und in das eigene Leben integriert werden. Andererseits sollte jedoch auch daran gearbeitet werden, das Thema zu enttabuisieren, um in geriatrischen Einrichtungen offen darüber sprechen zu können.

#### Literatur

1. Comfort A zitiert nach Platt D. Sexualität im Alter. Dtsch Arztebl 1990; 87: 1438-1440.
2. Norberg A. Nähe und Distanz. Tabu in der Pflege. In: Gero-Care Report 1996; 5: 23-33.

#### Danksagung:

Ich danke besonders Frau Dipl. Psych. Vera Seelig für die Unterstützung bei der Ausarbeitung des Beitrags

#### Korrespondenzadresse:

Edina Corbic  
Stellvertretende Stationsleitung  
Wichern-Krankenhaus im Evangelischen Johannesstift  
Schönwalderallee 26  
13587 Berlin  
E-Mail: edina.corbic@johannesstift-berlin.de