

# Entlastungs- und Schutzräume schaffen

Ethische Fallbesprechungen werden für die Fortbildung in der Altenpflege immer wichtiger, sagt Thomas Alpers. Seit rund 20 Jahren bietet der 61-Jährige aus dem Schwarzwald Seminare über Sexualität, Intimität und Nähe an. Ein Klima von Vertrauen und Offenheit helfe Betroffenen von sexualisierten Grenzüberschreitungen, sensibilisiere aber auch für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen.

Viele Jahre war Sexualität in der Pflege ein Tabu. Das ändert sich allmählich und das Interesse an diesem sensiblen Thema wächst. Als selbstständiger Coach und Supervisor biete ich das Thema „Sexualität, Intimität und Nähe – (k)ein Thema in der Pflege“ für Mitarbeitende in der Pflege an.

Die Erfahrungen aus meinem ersten Workshop zu dem Thema, den ich 1993 zusammen mit einem Facharzt für Psychiatrie aus der Schweiz organisiert habe, machten mir den Bedarf deutlich. Überraschend war für mich dabei, dass auch männliche Pflegekräfte mit Nähe-Phänomenen in der Arbeit konfrontiert waren. Jeder von ihnen konnte von sexuellen Grenzüberschreitungen von Frauen erzählen. Die Übergriffe seien dezent und verschlüsselter als die von Männern gewesen, aber es gab und gibt sie. Auch ich persönlich habe das in meiner Zeit als Krankenpfleger selbst erlebt.

Grenzüberschreitendes sexualisiertes Verhalten erleben Mitarbeitende in der stationären, aber auch in der ambulanten Altenpflege. Die Spielarten reichen von koketten Blicken über Komplimente wie etwa: „Sie erinnern mich an meine verstorbene Frau“, bis hin zu eindeutigen Angeboten und Handgreiflichkeiten: „Können Sie mir nicht mal ihren Busen zeigen, während ich mich selbst befriedige?“ Eine junge Frau, die ihr Freiwilliges Soziales Jahr in einer Altenpflegeeinrichtung absolvierte, erzählte, wie sie mit hochrotem Kopf aus dem Zimmer eines Bewohners gekommen sei, mit den Worten: „Die alte Drecksau, da geh ich nie wieder rein.“ Das war ein durchaus traumatisches Erlebnis für die junge Frau. Leider wurde es im kollegialen Kreis nicht besprochen. Die Leitung beauftragte mich

darauflin mit einem Seminar zu diesem Thema. Alltäglich sind Erfahrungen wie diese sicher nicht, aber ich bin überzeugt, dass Pflegenden weitere Beispiele beisteuern könnten, wenn sie sich denn trauen würden, davon zu erzählen. Dies erfordert Mut und Vertrauen, damit ein Klima der Offenheit entstehen kann, in dem sich Betroffene mit ihrer Scham, Wut oder ihrem Ekel offenbaren können. Das kann gelingen, wenn Kollegen ihnen Rückhalt bieten und Pflegeeinrichtungen hinter ihnen stehen. Das Ziel ist, sich sicherer zu fühlen, auf der persönlichen Ebene, auf der sozialen Ebene im Team, auf der strukturellen sowie institutionellen Ebene. Wenn Leitungen klar vermitteln: „Wir dulden das nicht und schützen unsere Mitarbeitenden“, helfen sie, ein Klima der Offenheit zu schaffen. So kann zu der inneren auch eine äußere Sicherheit erlangt werden.

## Ethische Fallbesprechungen werden wichtiger

Fall-Supervision und ethische Fallbesprechungen werden in meinen Fortbildungen immer häufiger angefragt. Ein Beispiel: Der Ehemann einer Wachkomapatientin kümmert sich rührend um seine Frau, bisweilen fällt den Mitarbeitenden auf, dass er vom Kopfende des Bettes weggeht und sich seine Hose zumacht. Für die Pflegekräfte stellt sich die Frage: Müssen wir das thematisieren, die beiden sind schließlich verheiratet oder muss die Frau geschützt werden?

Ein großer Teil der Fortbildung besteht darin, auf Fragen einzugehen und sie im kollegialen Kreis zu besprechen: „Spuren zu legen“, die in Richtung Entlastung, Schutz und Lösung gehen. Ich bin nicht so vermessen, zu behaupten, dass es einfache oder schnelle Lösungen gibt, aber Schon- und Schutzräume für Mitarbeitende kön-

nen aufgezeigt und Leitungen dafür sensibilisiert werden, dass sie eine Fürsorgepflicht für ihre Mitarbeitenden haben. Was man hingegen auf jeden Fall unterlassen sollte, sind Bemerkungen wie:

- bagatellisieren

„Es war eigentlich nicht schlimm“,

- die betroffene Person verurteilen

„Warum hast du nicht ...“,

- das Gespräch auf sich selbst bringen

„Ich habe so was auch mal erlebt“,

- der betroffenen Person vermitteln, sie habe eigentlich Glück gehabt

„Es hätte dich schlimmer treffen können“,

- dass das zum Beruf gehört,

- auffordern, nicht weiter darüber zu reden

„Es ist nun einmal passiert, du musst wieder nach vorn schauen“.

(In Anlehnung an Huub Buijssen, 2003,

Dipl.-Psych. gerontopsychiatrische Abteilung der Psychiatrischen Klinik Den Dolder, Niederlande)

### Wissen erhöht die Toleranz

Meine Fortbildungen richten sich nach dem Bedarf von den Teilnehmenden. Sie beginnen meist mit einem wissensorientierten Teil, in dem es darum geht, Sexualität nicht nur auf den Geschlechtsakt und den Orgasmus zu reduzieren. Mein Ansatz besteht darin, Verständnis für lebenslange Bedürfnisse zu schaffen. Ein Leitsatz könnte heißen: „Das, was ich verstehe, kann ich besser ertragen.“ Das heißt nicht, dass ich es gut finde. Sexualität hat viele Facetten, sie dient der Fortpflanzung, hat einen psychologischen, sozialen Aspekt und kann auch als ein Kommunikationsmittel verstanden werden.

### Handlungsfähig bleiben

Im nächsten Schritt arbeite ich dann erfahrungsorientiert. Betroffene können in einem geschützten Raum von ihren Erfahrungen berichten. Der Fokus liegt darauf, handlungsfähig zu bleiben,



heraus aus der Lähmung, Aggression oder der Flucht zu kommen. Ich versuche, die Handlungskompetenz der Pflegenden wieder zu stärken. Zugespitzt aus der Perspektive der Pflegenden formuliert: „Muss ich mir so etwas gefallen lassen? Gehört das mit zu meinem Beruf?“ Denn auch solche Rückmeldungen gibt es durchaus aus dem Kollegenkreis.

#### Lernen, sich abzugrenzen und Nein zu sagen

Einfache Übungen dienen dem Erleben und Spüren, was körperliche Nähe bedeutet. Dazu gehört zum Beispiel, die Hand oder den Kopf im Sitzen des Gegenübers für zwei Minuten zu halten. Einige von den Teilnehmenden können dies fast nicht aushalten, weil ihnen das schon zu nahe ist. Andere hingegen haben damit überhaupt kein Problem und empfinden das „Berührt-Sein“ als angenehm. Andere Übungen helfen dabei, sich eindeutig abzugrenzen und Nein zu sagen. Ich mache Mut, dass jeder individuell seine Grenze wahrnimmt und zweifelsfrei ausdrücken kann, mit Worten und eindeutigen nonverbalen Signalen.

Abschließend wechsele ich in der Fortbildung dann die Perspektive: von der pflegenden Seite hin zur Perspektive der Pflegeempfänger: Was mache ich nun mit meinem Bedürfnis? Inwieweit können die Dienstleister auf meinen Kundenwunsch eingehen? Werde ich überhaupt noch als Mann, als Frau, mit meiner Potenz, Libido und erotischen Ausstrahlung wahrgenommen oder bin ich nur noch ein geschlechtsloses Neutrum? Oft geht es in der Pflegebeziehung um das Bedürfnis nach Nähe und Intimität. Dabei gibt es verschiedene Varianten von Nähe:

- Eine gute Nähe, die nährt und trägt, quasi näherbringt (Holding)
- Eine aufdringliche und distanzlose Nähe, also eine Nähe, die oft von Pflegekräften erzwungen wird, um Schaden zu verhindern. Intimwäsche, Katheterpflege und Kontrakturenprophylaxe sind dazu nur einige Beispiele. Dies ist allerdings eine nicht gewollte Nähe, die Distanz schafft und zum Teil Schmerzen bereitet.
- Schließlich eine Nähe, die mehr oder zu viel will. Dies geschieht nicht selten als sexualisierter Übergriff.

Wenn die persönliche Betroffenheit von Pflegenden ausgesprochen und „aufgearbeitet“ ist, kann abstrahiert und problemorientiert agiert werden. Das ist in dem Inhouse-Seminar die Phase, in der Themen wie Sexualassistenz und Sexualbegleitung besprochen werden. Dazu werden auch organisatorische oder räumliche Angebote (Liebeszimmer) diskutiert und konkrete Vorschläge erarbeitet, wie auf Kundenbedürfnisse eingegangen werden kann.

Gerade in der ambulanten Altenpflege, die stark kundenorientiert agieren muss und ganz pragmatisch guckt, was sie anbieten kann, können beispielsweise Adressen von seriösen Sexualassistenten vermittelt werden.

■ *Aufgezeichnet von Dagmar Paffenholz*



#### Zur Person

**Thomas Alpers**, Jahrgang 1956, ist Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, Supervisor (DGSD), staatlich geprüfter Fachwirt für Organisation und Führung sowie Geschäftsführer der eigenen Firma „Personale Kompetenz – Wirkungsvolles Handeln“ und lebt in Waldkirch im Schwarzwald.

[www.thomas-alpers.de](http://www.thomas-alpers.de)

## Prävention und Nachsorge bei Übergriffen

Abhängig vom Gesprächsverlauf, insbesondere von der Einschätzung, ob eine vertrauensvolle Gesprächsbasis vorhanden ist, kann auch direkt nach Stressoren gefragt werden:

„Haben Sie aktuell vor dem Übergriff unter besonderen Belastungen gestanden?“

„Haben Sie früher schon traumatisierende Erlebnisse gehabt?“

Das Interesse sollte aber nicht nur den negativen Erfahrungen und Belastungen gelten, das Gespräch kann auch auf positive Bewältigungserlebnisse gebracht werden:

„Was hat Ihnen bei ähnlichen Ereignissen früher am besten geholfen, damit fertig zu werden?“

„Wer kann Sie in dieser Situation am besten unterstützen?“

„Was können Sie als Nächstes tun, um später wieder in Ihren Alltag zurückzukehren?“

(U. S. Department of Health and Human Services 2005; Young 2006)

Aufgrund der Erfahrungen und Antworten kann dann entschieden werden, ob und gegebenenfalls welche Form von Unterstützung die Betroffenen angeboten bekommen. Bei schwerer traumatisierten Opfern und bei bekannten Vorbelastungen können je nach Bedarf die folgenden Themen angesprochen werden:

### ■ Sicherheit

Neben der physischen Sicherheit durch Verlassen der Station oder Einrichtung kann es unter Umständen notwendig sein, dies auch verbal zu artikulieren, wenn die Betroffenen noch zu sehr unter dem Eindruck des Geschehenen stehen oder Angstattacken erleben:

„Es ist vorbei, Sie sind jetzt in Sicherheit, wir sind bei Ihnen.“

### ■ Soziale Unterstützung

Die Gefahr der Isolation der Übergriffopfer ist unter Umständen relativ groß. Die Betroffenen brauchen das Gefühl, dass die Einrichtung (z. B. das Pflegeheim und ihre Leitung) hinter ihnen steht, dass sie Ansprechpartner haben und dass sie von den Kolleginnen und Kollegen „getragen“ werden:

„Sie sind nicht allein, wir helfen Ihnen und unterstützen Sie, wo es nur geht!“

Diese soziale Unterstützung muss unter Umständen auch aktiv an die Betroffenen herangetragen werden, insbesondere dann, wenn Rückzugs- und Vermeidungsverhalten offensichtlich sind.

Übergriffopfer haben gelegentlich unter dem Eindruck der Traumatisierung ein ganz eigenes, idiosynkratisches (eigentümliches) Erleben des Ereignisses gehabt, das sich nicht mit dem Erleben anderer deckt. Die Sichtweise anderer Be-

teiligter kann hier korrigierend helfen. Dabei behutsam vorgehen!

### ■ Korrekte Attributionen

Betroffene erleben sich bisweilen als Ursache des Ereignisses und geben sich die Schuld, auch wenn dies von anderen nicht so erlebt wurde.

Schulderleben darf unter keinen Umständen in den ersten Stunden verstärkt werden und entspricht zumeist auch nicht dem tatsächlichen Ablauf.

### ■ Informationen über mögliche Traumata und den zu erwartenden Verlauf

Sobald die betroffenen Personen kognitiv in der Lage sind, Informationen adäquat zu verarbeiten, kann über mögliche zu erwartende Phänomene aufgeklärt werden: „Was Sie im Moment erleben, ist eine normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis. Möglicherweise werden Sie diese Gefühle auch in den nächsten Stunden und Tagen noch haben. Wahrscheinlich werden diese Erlebnisse aber immer schwächer im Laufe der Zeit.“

### ■ Tipps zur Selbsthilfe

Neben der Unterstützung durch ein Nachsorge-Team und gegebenenfalls durch therapeutische Hilfe können Betroffene selbst auch erheblich zu einem positiven Verlauf der Verarbeitung des Erlebten beitragen. Zentraler Punkt ist die aktive Suche von sozialer Unterstützung bzw. das Vermeiden sozialer Isolation. Weiterhin können Hinweise über das Vermeiden von Schlafstörungen, über Alkohol- oder Tablettenkonsum und über Stressvermeidung gegeben werden.

Als weitere Ersthilfe-Maßnahmen für den Übergang aus der psychischen Notsituation wird in dem deutschen Ersthelfer-Handbuch Folgendes vorgeschlagen:

„Wenn es der Betroffene wünscht, kann ich ihn zu seinen nächsten Angehörigen oder in seine Wohnung begleiten.“

„Wenn notwendig und gewünscht, begleite ich den Betroffenen zur Abklärung von körperlichen Beschwerden ins Krankenhaus oder zu seinem Hausarzt.“

(Wilk und Wilk 2007, Seite 161)

### Nachsorge nach Patientenübergriffen

Wenn notwendig und gewünscht, wird der Betroffene zur Abklärung von psychischen Belastungen und Symptomen zu einem Psychologischen Psychotherapeuten begleitet.

Wenn es im Konzept vorgesehen ist, soll mit dem Betroffenen die Erreichbarkeit in den nächsten Stunden besprochen werden.

■ Thomas Alpers