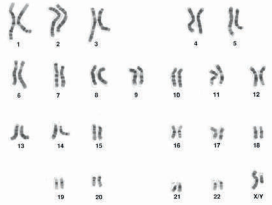
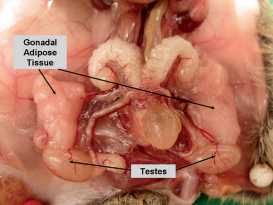
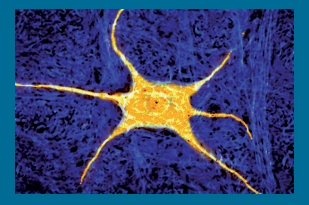


Chromosomal	Gonadal	Hormonal
		
<p>a) XX-Chromosomenpaare führen dazu, dass aus Embryonen Frauen werden, XY-Chromosomenpaare führen zu männlichen Embryonen.</p>	<p>b) (Innere Geschlechtsorgane) Sechs Wochen nach Befruchtung wird das männliche Hormon Androgen ausgeschüttet, das eine Geschlechtsdifferenzierung auslöst.</p>	<p>c) Das Hormon Testosteron führt zur Ausbildung von Penis und Hodensack beim Mann. Bleibt das Hormon aus, so entwickeln sich Vulva und Klitoris.</p>

Tab. 2.1: Insbesondere Hormone sind im Lebensverlauf nachhaltig für sexuelle Lust und sexuelle Erregung mit verantwortlich.

2.3 Begriffsannäherung aus psychoanalytischer Perspektive

Sigmund Freud befasste sich Anfang des 20. Jahrhunderts intensiv mit dem Seelenleben der Menschen. Bei seinen Untersuchungen stellte er fest, dass die Menschen der damaligen Zeit wenig positiven Zugang zu ihrer eigenen Sexualität besaßen und daher häufig krank wurden. Er war einer der ersten Wissenschaftler, der behauptete, dass alle Menschen Sexualität besitzen, sogar Kinder. Freuds Theorien sind heute stark umstritten, dennoch konnten Wissenschaftler viel von ihm lernen. Die psychoanalytische Forschung hat sich in der Vergangenheit viel damit befasst, wie der Mensch zu seinem Geschlechtsbewusstsein kommt. Wie kommt es, dass sich der Mensch als Junge/Mann bzw. Mädchen/Frau wahrnimmt oder aber auch als keines von beidem?

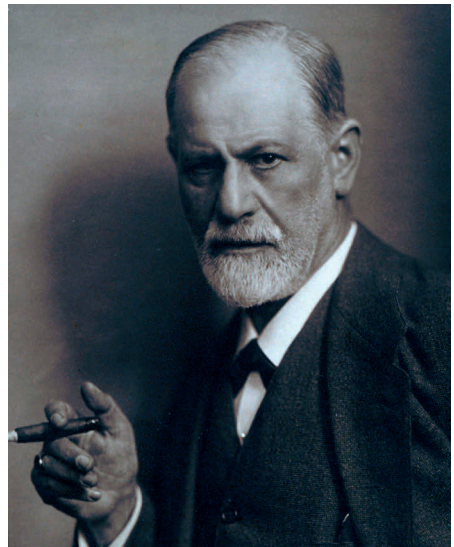


Abb. 2.3: Sigmund Freud (1856–1939) ist der Begründer der Psychoanalyse.



Abb. 2.9: Ludwig Erhard (1897–1977)



Abb. 2.10: Beate Uhse (1919–2001)

Beate Uhse, die im Oktober 1919 geboren wurde, war zunächst Mitglied der Luftwaffe im Dritten Reich, aber nie Mitglied der NSDAP. Nach Flucht vor dem „Endkampf“ in Berlin geriet sie in englische Kriegsgefangenschaft. Nach der Entlassung verdiente sie sich als Landarbeiterin ihr Geld, was vorrangig aus Naturalien bestand. Auf dem Land zeigte sich das große Elend der Frauen, mit denen sie in Kontakt kam. Viele von ihnen waren ungewollt schwanger. Abtreibung fand aufgrund des § 218 illegal (5 Jahre Haft konnten verhängt werden) und geheim statt, mit teilweise tödlichen Folgen für die Frauen (vgl. Grossmann 1995; Usborne 2007). Die Zahlen waren beträchtlich.

Aleine für Schleswig-Holstein wurden 1950, nach offiziellen Statistiken der Bundesärztekammer, auf 10 000 Einwohner 22 Abtreibungen vollzogen. Zum Vergleich: In den Kriegsjahren war es, bezogen auf Lübeck, von 20 000 Einwohnern eine Abtreibung (vgl. Bundesärztekammer 1956). Jährlich starben rund 10 000 Frauen an den Folgen von Abtreibungen (vgl. Bundesärztekammer 1954). Diese Umstände führten letztlich dazu, dass Beate Uhse sich entschied, sich im Bereich der „**Ehehygiene**“ zu etablieren. Zunächst ließ sie eine Postwurfsendung der **Schrift X** erstellen. In Schrift X bezog sich Uhse auf die **Knaus-Ogino-Verhütungsmethode** (Kalendermethode)²⁹. Die Methode war schon seit 1928 bekannt, aber durch die Naziverbote kaum in die Gesellschaft gedrungen. Uhse machte sich das zu eigen, kopierte diese Erkenntnisse in ihre Schrift und ließ diese an Haushalte in Husum, Heide und anderen großen Städte verteilen. Da Papier zu der Zeit noch streng limitiert war, „schmierte“ sie die Drucker mit Lebensmittelmarken und Bargeld (vgl. Steinbacher 2011).



Abb. 2.11: Margaret Sanger (1879–1966)

²⁹ Eine recht ungenaue Verhütungsmethode, bei der die fruchtbaren bzw. unfruchtbaren Tage der Frau mittels Abzählen ermittelt werden (vgl. Sigusch 2009).

Merke

Auch das von Sydow vorgestellte Modell ist kritisch zu betrachten, da dieses Modell, wenn es auch stärker auf europäische bzw. deutsche Spezifika eingeht, immer noch stark an heteronormativen³⁶ Mustern orientiert ist und nicht fragt, wie sich sexuelle Skripte auch für Männer und Frauen, inter- und transsexuelle Menschen und jene, die sich keinem Geschlecht zuordnen können oder wollen, erlebt wird (vgl. Stein-Hilbers et al. 2000).

3.9.3 Sexuelle Identität als individuelles Phänomen – biografische Zugänge zur Sexualentwicklung von Frauen

Die oben ausgeführten Modelle dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie lediglich einen groben Anhaltspunkt zu den sexuellen Entwicklungen der einzelnen Individuen geben können. So können zwar allgemeinere Angaben über eine Generation gemacht werden, diese ist aber in ihrer Aussagekraft stark beschränkt, insofern, dass innerhalb der jeweiligen Generation jedes Individuum für sich Entscheidungen trifft. Oder anders ausgedrückt, jedes Indi-

viduum ist Produkt seiner eigenen Biografie (vgl. Böhnisch 1999). Dies bedeutet dann aber auch, dass gemachte Lebenserfahrungen und Krisen individuell durch das Subjekt bearbeitet, reflektiert und in die eigene Biografie eingeschlossen werden müssen (vgl. Opitz 1998).

Durch diese individuellen Erfahrungen und deren eigene Ein- und Zuordnung, werden für das Individuum eigene sexuelle Frei- und Erfahrungsräume möglich (vgl. Böhnisch 1997).

„Menschen entwickeln sich aufgrund ihrer lebenslang erworbenen individuellen Erfahrungen durch Interaktion mit ihrer Umwelt. Vor diesem Hintergrund zeigt sich Sexualität als eine vielfältige Größe, die zahlreiche biografische Gestaltungsspielräume beinhaltet. Fragen zu Bedeutung von Sexualität, sexuellen Präferenzen, sexueller Aktivität, sexuellem Interesse, sexueller Selbstbestimmung, sexuellem Erleben, sexuellen Beziehungen etc. können

³⁶ Unter heteronormativ werden in der Wissenschaft die Annahmen verstanden, dass auch (sexual-)wissenschaftliche Erkenntnisse nicht im luftleeren Raum entstehen, sondern sozial und kulturell eingebettet sind. Dabei stellt die Norm immer das Primat der Heterosexualität, da im deutschen Kulturkreis Heterosexualität als Maß aller Dinge in geschlechtlichen Fragen herangezogen wird, an dem sich alle Abweichungen messen lassen müssen. Dieser Umstand wird erst in allerjüngsten Publikationen thematisiert und kritisch reflektiert. Die hier herangezogenen Quellen müssen daher immer unter dem Aspekt der heteronormativen Forschung kritisch gelesen werden.

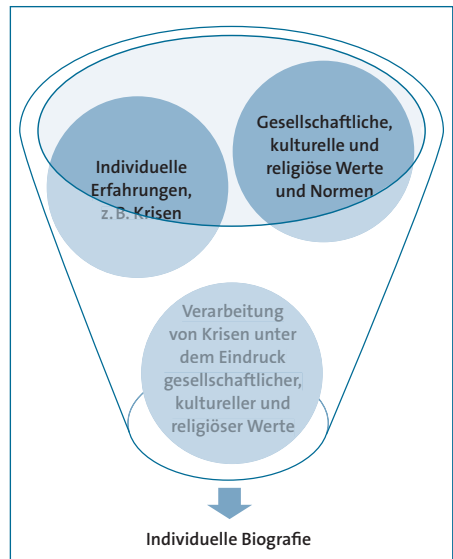


Abb. 3.7: Individuelle Biografie

4.1 Sexualität des älteren Mannes

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Sexualität der älteren Frau differenziert dargestellt. Es existieren aber auch einige Untersuchungen in Bezug auf männliche Sexualität im Alter. Die prominenteste stammt aus den 1960er-Jahren von **Newman/Nicols**. Sie untersuchten 250 Männer zwischen dem 60. und 90. Lebensjahr. 149 waren verheiratet bzw. in einer Partnerschaft. 54% gaben an, sexuell aktiv zu sein, zwischen einmal im Monat und dreimal die Woche. Dabei zeigte sich, dass die Männer im Schnitt sexuell aktiver waren als die Frauen. Interessant war, dass die soziale Schicht einen entscheidenden Einfluss auf das Sexualverhalten der Männer hatte. Je höher die gesellschaftliche Schicht der Männer war, desto weniger sexuelle Kontakte suchten sie. Bei der retrospektiven³⁷ Befragung der Männer wurde festgestellt, dass jene Personen, die in der Jugend stark sexuell aktiv waren, später auch aktiver waren als jene, die schon in der Jugend weniger sexuelle Aktivitäten an den Tag legten (vgl. Newman/Nicols 1960; Springer-Kremser/Leithner 1997).

Bretschneider/McCoy untersuchten 202 gesunde Personen im Durchschnittsalter von 86 Jahren und stellten fest, dass 63% regelmäßig zärtliche Kontakte zum anderen Geschlecht hatten und 30% regelmäßigen Geschlechtsverkehr vollzogen (vgl. Bretschneider/McCoy 1988).

³⁷ retrospektiv = lateinisch retrospectare und bedeutet soviel wie zurückblicken. In retrospektiven Studien werden Menschen befragt mit der Bitte, in ihre Vergangenheit zu schauen. Mithilfe dieser Untersuchungsmethode werden häufig biografische Studiendesigns gestaltet (vgl. Deinzer 2007).

Merke

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der **Häufigkeit** der Sex-Frequenz in jungen Jahren und im Alter. Wer häufig Geschlechtsverkehr in jungen Jahren hatte, wird dies im Alter weiter fortsetzen.

Veränderte Sexualphysiologie

Besonders **Masters/Johnson** (1970) versuchten, die Fragen der Sexualphysiologie des Menschen zu beantworten. In der Literatur gehen die 1960er- und 1970er-Jahre als Jahrzehnte der „Vermessung der Sexualität“ ein. So konnten sie feststellen, dass die Erektion bei Männern nach dem 50. Lebensjahr erst sehr viel später eintritt als in der Jugendphase und auch geringer ausfällt. Das bedeutet, dass der Penis zwar steif wird, allerdings nicht mehr so hart wie noch in der Jugend. Die beiden Forscher gingen in ihren Erkenntnissen noch weiter und luden sich jüngere und ältere Menschen in ihr Labor ein, um den Probanden beim Sex zuzusehen. Dabei entwickelten die beiden den sogenannten „sexuellen Reaktionszyklus“, der in der Populärliteratur häufig als Orgasmuskurve betitelt wird.

Dabei stellten Masters/Johnson fest, dass sich der Orgasmus bei Menschen zwar prinzipiell individuell entwickelt, aber dennoch gewissen Gesetzmäßigkeiten unterlegen ist. So teilten sie den sexuellen Akt in verschiedene Phasen auf:

1. Erregungsphase
2. Plateauphase
3. Orgasmusphase
4. Rückbildungsphase

In der 1980 durchgeführten Fragebogenuntersuchung mit 285 Teilnehmenden, die älter als 45 Jahre alt waren, bezog sich **Schneider** auf die sexuellen Einstellungen dieser Alterskohorte. Dabei unterteilte Schneider seine Befragten in zwei Gruppen.

Gruppe 1: jüngere Gruppe (45–64 Jahre)

Gruppe 2: ältere Gruppe (>64 Jahre)

Auffallend war, dass in der jüngeren Gruppe der Geschlechtsverkehr überproportional häufig als wichtigster Indikator für ein positives Sexualleben angegeben wurde. Die Dimension Zärtlichkeit und Intimität folgten weit abgeschlagen.

Bei der älteren Gruppe stand Zärtlichkeit an erster Stelle. Der Geschlechtsverkehr hingegen kam lediglich auf Platz drei (vgl. Schneider 1980). Daraus folgt, dass in höherem Lebensalter Sexualität weniger auf den Geschlechtsakt als solches verengt wird, als vielmehr die soziale Dimension der Zärtlichkeit und Zuwendung an Bedeutung gewinnt (vgl. Kockott 1997).

Merke

Mit erhöhtem Alter rückt die Dimension der **Zärtlichkeit und Zuneigung** in den Mittelpunkt des sexuellen Interesses. Das Interesse an Geschlechtsverkehr sinkt und wird als nicht mehr zentrales Merkmal guter und erfüllter Sexualität gewertet.

4.2 Partnerschaften älterer Menschen

Partnerschaft im christlich-abendländischen Kontext ist gegenwärtig vorrangig durch Zweierbeziehungen gekennzeichnet. In jüngerer Zeit gelangen auch Konzepte wie Polyamorie (Mehrpartnerliebe) sowohl bei Prominenten, wie Bertrand Russell,

Amelia Earhart, William Moulton Marston und Bertolt Brecht, als auch bei „Durchschnittsbürgern“ mehr in das gesellschaftliche Bewusstsein (vgl. Russel 1929; Russel 1954; Kebir 1999; Brecht 1995; Lattmann 1988). Für die Mehrheit der Gesellschaft gilt, dass sie im Laufe ihres Lebens eine Ehe eingegangen sind. Für Frauen im Alter verändert sich die Lebenswelt drastisch, da sie im Schnitt 6–7 Jahre älter werden als Männer. Ihre Lebenserwartung beträgt im Durchschnitt rund 79 Jahre. Männer werden hingegen nur ca. 73 Jahre alt. Statistiker nennen dieses Phänomen „Frauenüberschuss“. Aus heterosexuell-weiblicher Perspektive handelt es sich aber eher um einen Männermangel. Dies wird noch verstärkt unter dem Aspekt, dass Frauen in der Regel ältere (Ehe-)Partner wählen. Dies führt dazu, dass 75% der über 65-jährigen Männer verheiratet sind, während knapp $\frac{3}{4}$ der gleichaltrigen Frauen verwitwet leben (vgl. Sydow 1994).

Trotz der statistisch sinkenden Wahrscheinlichkeit für Frauen, im Alter noch einen gleichaltrigen bzw. älteren Partner zu finden, ist der Wunsch nach Partnerschaft auch im höheren Lebensalter gegeben. So wünschen sich 45% der Frauen ein kameradschaftliches Verhältnis zu einem Mann. 50% hätten gerne erneut eine erotisch-sexuelle Beziehung, die aber keine Ehe mehr sein soll und die auch eine räumliche Trennung aufweist (vgl. Sydow 1994).

Partner/-in vorhanden	Männer	Frauen
50–59 Jahre	83 %	77–96 %
60–69 Jahre	78–86 %	39–60 %
70–79 Jahre	62–79 %	18–46 %
80+ Jahre	55 %	8–10 %
Insgesamt	52 %	19–44 %

Tab. 4.1: Partnersituation über 50-Jähriger (Brähler/Unger 1994; Statistisches Bundesamt 1991; Sydow 1995)

5.10 Bisexualität

Im Zusammenhang mit der Frauen- und Homosexuellenbewegung in den 1960er-Jahren kamen zeitgleich bisexuelle Aktivistinnen/Aktivistinnen auf, die ebenso wie die Homosexuellen forderten, ihre sexuelle Identität anzuerkennen. Es gibt auch für die Entstehung von **Bisexualität** keine wissenschaftliche Erklärung. Bislang wird vermutet, dass dieses „Schicksal“ wie Homo- und Heterosexualität auch ein Konglomerat⁵⁵ aus Anlage-Umwelt-Interaktionen ist. Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive wurde Bisexualität zunächst als transitiv (Übergangsform von Heterosexualität zur Homosexualität) verstanden (vgl. Reiche 1990). Diese Ansicht ist allerdings wissenschaftlich umstritten, da sie in der Wahrnehmung stark verengt ist und voraussetzen würde, dass es eine Dichotomie⁵⁶ zwischen Hetero- und Homosexualität gibt. Schon Kinsey verweist darauf, dass es Übergänge gibt und keine klare Abgrenzung zwischen den sexuellen Identitäten. Zwar mag es zutreffen, dass einige Betroffene zunächst heterosexuelle Partnerschaften führen, um später homosexuelle Partnerschaften einzugehen, dies gilt aber bei Weitem nicht für die Mehrheit (vgl. Fiedler 2004). „Bisexuelle und monosexuell differenzierte Menschen unterscheiden sich vor allem dadurch, dass die Bisexuellen eine doppelte, eine homosexuelle und eine heterosexuelle Option haben“ (Fiedler 2004: 105).

Gerade aufgrund von Bisexualität als eigenständiger (Denk-)Kategorie, können Hetero- und Homosexualität miteinander

verbunden werden. Im positiven Sinne formuliert, sind bisexuelle Menschen in der Lage, „das Beste beider Welten in Erfahrung zu bringen“ (Zink 1985: 9). Durch den Umstand, dass in der Gesellschaft gegenwärtig nicht mehr von klassischer Monogamie gesprochen werden kann – die meisten Menschen haben mehrere Partner/-innen im Laufe ihres (Sexual-)Lebens – muss heute von serieller Monogamie ausgegangen werden. Durch die immer wieder neuen Partnerschaftskonstellationen „sind sie [die Bisexuellen] in dem Sinn flexibel, dass sie sich entscheiden können, periodenweise monosexuell zu leben, ohne ihre bisexuelle Option aufgeben zu müssen“ (Goss 2003: 63).

Merke

Bisexualität als eigenständiges sexuelles Konzept ist bislang in der wissenschaftlichen Diskussion umstritten. Es gibt aber einige gewichtige Hinweise darauf, dass Bisexualität kein Durchgangsstadium zwischen Hetero- und Homosexualität darstellt, sondern eine eigene sexuelle Identität ist. Sie beinhaltet die Option, beide sexuellen Identitäten in sich zu vereinen und zu verbinden.

Bisexuelle sind, wie Schwule und Lesben, häufig gesellschaftlichen Repressionen ausgeliefert. Für diese Gruppe ist es allerdings einfacher, sich nicht eindeutig bekennen zu müssen. Sie haben prinzipiell die Möglichkeit, in heterosexuellen Paarkonstellationen zu leben. Für den Pflegebereich gilt, dass sie bisher kaum bedacht werden.

⁵⁵ Konglomerat = lat. conglomerare „zusammenballen“; Zusammenhang aus vielen verschiedenen Teilen

⁵⁶ Dichotomie = griechisch dichótomos, halbgeteilt

schwer therapierbar (vgl. <http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/a-h/allgemeinmedizin/?full=3056>).

Bei dieser Störung ist die Erektion nicht beeinträchtigt (vgl. <http://www.chirurgieportal.de/urologie/erektile-dysfunktion-impotenz.html>). Teilweise kann es zu einem völligen Ausbleiben der Ejakulation kommen (**Impotentia ejaculandi**).

In aller Regel wird mithilfe von Psychotherapie versucht, das Leiden der Patienten zu lindern.

6.4 Männer & Frauen: Sexuelle Appetenzstörung (Lustlosigkeit, Alibidinie)

Frauen wurde häufig in der Vergangenheit unterstellt, mit einem „gewissen Alter“ eine Form der Lustlosigkeit zu entwickeln und sich daher jedweden sexuellem Werben des Partners/der Partnerin zu entziehen.

Diese Ansicht gehört jedoch eher in den Bereich der „sexuellen Märchen“. Was jedoch stimmt, ist, dass Frauen häufiger

von sexueller Lustlosigkeit betroffen sind als Männer. Dabei hat **sexuelle Lustlosigkeit** verschiedenste Ursachen, die in jeder Altersgruppe, jeder sozialen Schicht und jeder Kultur auftreten können. Psychotherapeutisch betrachtet gehören **sexuelle Appetenzstörungen** zu den sexuellen Funktionsstörungen. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Form von Störungen sowohl psychologisch als auch physiologisch entwickelt. Häufig vermengen sich organische, hormonelle, gynäkologische, urologische, neurologische und psychische Aspekte. Dabei können sich Appetenzstörungen bis hin zu Ekel, Angst, Sich-belästigt-Fühlen und Panik vor dem Beischlaf ausweiten (vgl. Lieb et al. 2009).

6.5 Männer & Frauen: Dyspareunie

Dyspareunie bezeichnet den Umstand von Schmerzempfinden beim Koitus. Diese Form kommt sowohl bei Männern als auch bei Frauen vor. Verschiedene Umstände können hierbei zum Tragen kommen. So

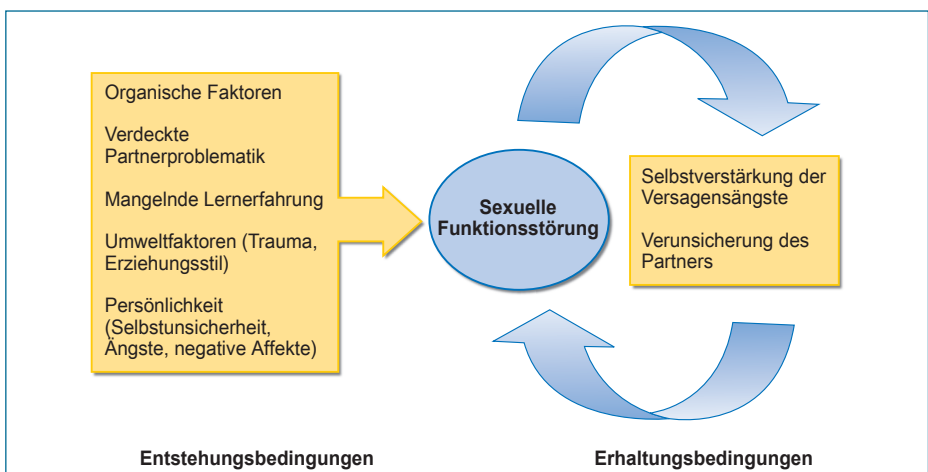


Abb. 6.2: Entwicklung einer Appetenzstörung

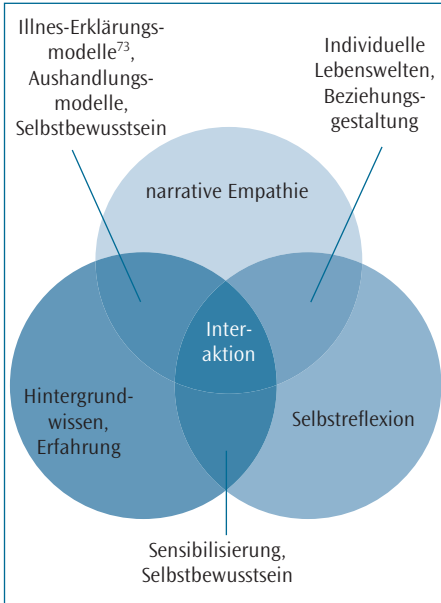


Abb. 7.3: Domenig zeigt in ihrer Abbildung, dass transkulturelle Kompetenz als Schnittmenge zwischen Selbstreflexion, Empathie und Wissen zu verstehen ist. Daraus folgt, dass der Pflegende zunächst sich und seine Wertehaltung hinterfragen muss. Auch die Hinwendung zum Gegenüber ist unerlässlich, um denjenigen in seinem interkulturellen Kontext verstehen zu können. Um wiederum Handlungen, Einstellungen und auch Sichtweisen des Gegenübers verstehen zu können, ist aber auch das Wissen über die andere Kultur notwendig. Erst aus dem Zusammenhang dieser Aspekte erwächst schließlich interkulturelle Kompetenz. (vgl. Domenig 2007)

Eine Hauptkritik an der Pflegeausbildung ist, dass in medizinischen Kontexten häufig noch eine starke Distanz zum Pflegenden von den Pflegefachkräften abverlangt wird. Zu starke Nähe wird häufig mit unprofes-

sionellem Handeln gleichgesetzt. Um aber Menschen mit Migrationshintergrund gerecht werden zu können, so Domenig, ist es unerlässlich, neugierig, aufgeschlossen und kontaktfreudig zu sein, um Barrieren und Ängste überwinden zu können.

Zusammenfassend kann Domenigs Ansatz so beschrieben werden: Transkulturell ist, wer „die Fähigkeit [besitzt], individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig, 2007: 187).

7.3 Sexualität im interkulturellen Kontext

Klassische Studien zum Umgang mit Sexualität von Menschen mit Migrationshintergrund in höherem Alter liegen gegenwärtig keine vor. Untersuchungen für Jugendliche hingegen gibt es. Auch wenn sich diese Studien nicht eins zu eins auf ältere Menschen mit Migrationshintergrund übertragen lassen, geben sie einen kleinen Einblick in jene Lebenswelt. In den 1990er-Jahren erhobene Studien von männlichen türkischen Jugendlichen konnten zeigen, dass:

- Stadien sexueller Intimität in gleicher Reihenfolge von den türkischstämmigen Jungen durchlebt wurden, wie von deutschen Jungen. Das bedeutet, dass sowohl deutsche als auch türkische Jungen fast zeitgleich erste sexuelle Kontakte haben.
- Türkischen Jungen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, sind personale Werte wie Verstehen, Vertrauen, Rücksichtnahme und Liebe weniger wichtig als deutschen Jugendlichen.
- Türkische Jungen die (noch) keine deutsche Freundin hatten, neigen tendenziell

⁷³ Beim Illness-Erklärungsmodell geht es um die Perspektive des Kranken auf sein individuelles Kranksein. Dabei wird Kranksein nicht nur als biomedizinisches Problem gesehen, sondern auch psychische, soziale und kulturelle Ebenen des individuellen Leidens mit in die Betrachtung einbezogen (vgl. Frey 2015).

Exkurs**Kleine Geschichte des Alzheimers/
Demenz**

Im 18. Jahrhundert wurde der Begriff „Demenz“ durch die Jurisprudenz für alle Formen der geistigen Störung verwandt. Erst 1827 trennte **Jean-Étienne Esquirol** zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn und führte *démence* als medizinischen Terminus für Letzteren ein.

Bis in die jüngste Vergangenheit wurde in der deutschsprachigen Psychiatrie nur das Endstadium des intellektuellen Verfalls als Demenz bezeichnet. Im Jahr 1916 beschrieb **Eugen Bleuler** das unspezifische hirnorganische Psychosyndrom mit den Merkmalen kognitive Störung, emotionale Veränderung und Persönlichkeitsveränderung als psychopathologische Folge chronischer Gehirnerkrankungen. Bleulers Sohn **Manfred Bleuler** grenzte 1951 davon das hirnlokale Psychosyndrom ab und wies auf seine Ähnlichkeit mit den endokrin verursachten psychischen Störungen hin (vgl. Förstl o. J.).

Alois Alzheimer beschrieb die Krankheit 1907 aufgrund des Falls der Patientin Auguste Deter in Frankfurt am Main. 1910 wurde sie das erste Mal unter dem Namen „Alzheimer'sche Krankheit“ erwähnt (vgl. Müller 2013).

**10.2 Sexuelle Störungen im
Kontext von Demenz**

Bei der Betrachtung von **Sexualität und Demenz** müssen drei grundlegende Gedanken beachtet werden:

1. Die Definitionen der sexuellen Störungen sind in der Wissenschaft stark umstritten und nicht einheitlich.
2. Bisherige Studien zum Thema Sexualität und Demenz bzw. Demenz und Hypersexualität sind bislang nur mit kleinen Stichproben erforscht worden.
3. Sexualität im Alter und im Zusammenhang mit Demenz sind schon von vornherein pathologisiert thematisiert. Das bedeutet, den Dementen wird implizit keine gleichwertige Sexualität durch die Medizin zugesprochen.

Problematisiert wird Demenz und Sexualität häufig deshalb, da innerhalb des Krankheitsverlaufs der Betroffenen oft pflegende Angehörige oder Pflegefachkräfte sexualisierten Situationen ausgesetzt sind.

Innerhalb des medizinisch-psychologischen Kontexts wird daher häufig von **Hypersexualität** gesprochen: „Unter Hypersexualität bei Demenz wird sowohl gesteigertes sexuelles Interesse wie auch unangebrachtes sexuelles Verhalten zusammengefasst. Das auffällige Verhalten wird erst nach dem Auftreten kognitiver Defizite manifest und hat in der Regel nichts mit vorbestehenden sexuellen Neigungen zu tun“ (Faust 2015: 4).

Häufig äußert sich dieses Verhalten in folgenden Handlungen:

- Onanieren, sowohl privat wie auch in der Öffentlichkeit
- anzügliche Bemerkungen; Betatschen der Brüste oder anderer intimer Körperregionen von Pflegenden, Angehörigen oder Mitpatienten/-patientinnen

- unsittliche Offerten (Angebote)
- sich in der Öffentlichkeit entblößen bis hin zu sexuellen Handlungen mit Personen entgegen deren Willen

Letztlich stellt sich die Frage, was kann bei Demenzerkrankten getan werden, die unangemessenes sexuelles Verhalten an den Tag legen, ohne ihnen ihre Würde zu nehmen? Vorweg sei darauf hingewiesen, dass ein pharmakologischer Eingriff (Medikamentengabe), wenn auch aus praktischen Erwägungen verständlich, das allerletzte Mittel der Wahl darstellen darf. Medikation gegen den Willen der Betroffenen stellt immer einen **schwerwiegenden Eingriff** gegen die Person dar.

Tipp

Literatur

- Groen, S. C.: Leben. Lieben. Altern.: Umgang mit Sexualität und Demenz, Hamburg: Diplomatica Verlag GmbH, 2015
- Bernhardt, B. et al.: Lust auf Sex – Sexualität im Alter, Science Factory, 2013

Internet

- <https://www.curendo.de/pflege/was-tun-bei-sexueller-enthemmung-bei-demenzkranken/>
- <http://www.vitanet.de/krankheiten-symptome/demenz-alzheimer/ratgeber-selbsthilfe/sexualitaet>
- <http://www.geriatrienetzwerk-ost-sachsen.de/demenz/demenz-und-sexualitaet>

Fortbildungsangebote

- <https://www.deutsche-alzheimer.de/termine/fortbildungstermine.html>

Tipp

Überlegungen der Pflegefachkräfte:

- Thematisierung von Übergriffen im Team
- Supervision zu diesem Themenfeld beantragen
- konsequente Bezugspflege
- gleichgeschlechtliche Pflege
- Ankündigung aller Arbeitsschritte bei der Grundpflege
- klare Hinweise auf unangemessenes Verhalten
- eindeutiges Auftreten
- Distanz wahren
- Grenzen klar und nachvollziehbar ziehen
- Kleidungsstil beachten
- Verlegung des zu Betreuenden auf eine andere Station
- Kleidung tragen, die sich nicht leicht ausziehen lässt
- einheitliche Haltung aller Pflegenden
- erwünschtes Verhalten verstärken, unerwünschtes ignorieren
- sexuell übergriffiges Verhalten ist nicht gegen die Pflegenden gerichtet, sondern ein Teil der Erkrankung
- Grenzen setzen im täglichen Umgang
- Schlafplätze ggf. trennen
- Werden in der Öffentlichkeit einem Dritten anstößige Angebote unterbreitet, ist es sinnvoll die Situation zu erklären. Die meisten Menschen können dann auch Verständnis aufbringen (vgl. Meury 2012).

Reflexionsfragen für pflegende Angehörige

- Kann/will ich als Partner/-in weiterhin eine sexuelle Beziehung pflegen?
- Sollte die (Intim-)Pflege durch Pflegefachkräfte übernommen werden?

Tipp

Was kann die Pflegefachkraft tun, wenn der/die zu Pflegende bei der Intimpflege erregt wird?

- Durchatmen! Sowohl für den/die zu Pflegenden als auch für die Pflegefachkraft ist dies immer eine besondere Situation.
- Wenn eine Erregung erkennbar ist, hilft es, kurz aufzuhören und evtl. das Thema und auch die Tätigkeit zu wechseln.
- Nachfragen, ob der/die zu Pflegende kurz seine/ihre Ruhe haben möchte und ggf. Zeit geben, damit sich derjenige beruhigen kann.

11.3 Intimpflege beim Mann

Die Intimpflege kann für Männer besonders unangenehm werden, wenn sie im Laufe der Intimpflege eine **Erektion** bekommen. Hier gilt es, besonders einfühlsam mit der Situation umzugehen. In der Praxis haben sich besonders drei Vorgehensweisen bewährt:

- Intimpflege vorher ankündigen
- sicher in der Durchführung sein
- ablenkendes Gespräch bei der Intimpflege führen

Wie bei der Frau auch, wird gerade bei bettlägerigen Männern eine wasserfeste Unterlage unter das Gesäß gelegt. Der Mann wird gebeten die Beine zu spreizen.

Zunächst wird die **Vorhaut** vorsichtig zurückgezogen und die Eichel gereinigt. Dabei wird vom Eingang der Harnröhre zur Vorhaut hin gereinigt, im Anschluss wird die Eichel trocken getupft und die Vorhaut wieder vorsichtig vorgeschoben.

Danach werden Penis, **Hodensack** und Leistenbeuge gewaschen und anschließend trocken getupft.

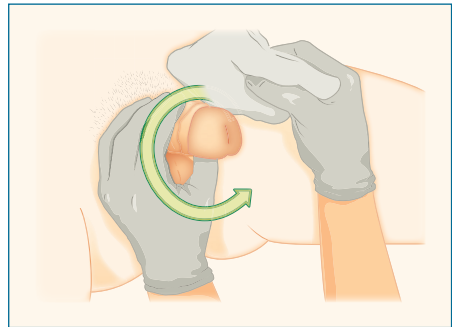


Abb. 11.2: Intimpflege beim Mann

Sollte es dennoch zu einer Erektion kommen, so kann es sinnvoll sein, die Intimpflege zu unterbrechen. Je nach Beziehungsebene zum zu Pflegenden kann ein Witz die Situation auch auflockern und sie im wahrsten Sinne des Wortes entspannen.

Merke

Auch die Intimpflege muss dokumentiert werden:

- Zeitpunkt und Durchführung der Intimpflege
- Auffälligkeiten, z.B. Entzündungen, Pilzbefall, Schmerzáußerungen
- Wünsche zur Intimpflege durch den zu Pflegenden
- Zwischenfälle während der Situation

(vgl. Berkefeld in Zenneck et al. 2014)

Emotionale Bindungen aufbauen

Die Täter/-innen sind bemüht, eine möglichst **emotionale Beziehung** zu ihren Opfern aufzubauen und zu halten. Oft werden diese sozialen Beziehungen so weit intensiviert, dass die Täter/-innen als eine der wichtigsten Bezugspersonen für das jeweilige Opfer werden (vgl. Bullens 1995; Berliner/Conte 1990).

Gerade dann, wenn die Täter/-innen nicht direkt zum nächsten Familiensystem gehören, spähen sie die sozialen Kontexte, in denen sich die Klienten bewegen, systematisch aus. Auch die Beziehung, die die Klienten zu ihren Angehörigen haben, wird systematisch analysiert (vgl. Enders 2001; Karremann 2010). Dieser Ausspä- und Erkundigungsprozess wird in der Literatur häufig mit dem Begriff „**Grooming Process**“ beschrieben (vgl. Bullens 1995). Berliner und Conte (1990) konnten nachweisen, dass dieser Grooming Process in aller Regel ziemlich erfolgreich verläuft.

Verhalten im Entdeckungsfall

Selbst wenn die Täter/-innen und ihre Taten publik werden, verhalten sie sich strategisch geschickt. Auch hier versuchen sie systematisch, ihre Taten zu verdecken. Dies geschieht teilweise dahingehend, dass sowohl Angehörige und/oder die Opfer als Lügner bezeichnet werden. Auch versuchen die Täter/-innen Fürsprecher für sich und ihren Leumund zu finden, um so die Opfer und ihre Angehörigen als unglaublich dastehen zu lassen. Deegener konnte in seiner Längsschnittuntersuchung feststellen, dass viele Täter/-innen bei zu großer Gegenwehr dazu neigen, einige Grenzverletzungen zuzugeben und diese aber als einmalige Aktionen zu deklarieren. Deegener bezeichnet dieses Vorgehen als „**Verantwortungs-Abwehr-System**“. Es soll im Grundsatz von den eigentlichen Taten

ablenken und das Selbstbild der Täter/-innen aufrechterhalten (vgl. Deegener 1995).

Merke

Täter/-innen sind sehr bemüht, enge, emotionale **Abhängigkeitsverbindungen** zu ihren Opfern herzustellen. Dazu kundschaften sie systematisch das soziale Umfeld des Opfers aus (**Grooming Process**). Im Entdeckungsfall neigen die Täter/-innen dazu, entweder alles abzustreiten oder aber leichte Grenzüberschreitungen zuzugeben, die sie nachträglich herunterspielen (**Verantwortungs-Abwehr-System**).

E.6 Folgen sexualisierten Missbrauchs

Die **Folgen** eines sexualisierten Missbrauchs sind vielfältig und individuell unterschiedlich. Dennoch konnte festgestellt werden, dass Essstörungen, vor allem bei Frauen, aber auch Alpträume und Flashbacks, beides Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung, sowie retardiertes Verhalten, wie Wieder-Einnässen, als auch Sprachstörungen gegeben sein können (vgl. Bange 1992; Richter-Appelt 1995). Bei erwachsenen Männern konnte nachgewiesen werden, dass sie häufig auch sexuelle Funktionsstörungen aufwiesen (vgl. Richter-Appelt 1995).

E.7 Präventionsstrategien

Prävention in seiner Wortbedeutung „Vorbeugung, Verhütung“ hat das Anliegen, vorbeugend zu wirken (vgl. Dieterich/Rietz 1996). Da, wie oben bereits ausgeführt, sexualisierter Missbrauch vielfältig ist, müssen auch die **Präventionsstrategien** vielfältig sein.