



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Sexualität alter Menschen im Pflegeheim“

Verfasserin

Ulrike Füreder

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl: A 057 122

Studienrichtung: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, Oktober 2010

Danke

Mein besonderer Dank gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin Fr. Prof. Dr. Elisabeth Seidl für die geduldige Unterstützung und umfassende Beratung bei meiner Arbeit.

Ganz herzlich möchte ich mich auch bei meinen InterviewpartnerInnen bedanken, die mir offen und aufrichtig über ihre Erfahrungen mit der Sexualität alter Menschen berichteten. Ich bedanke mich für die Gesprächsbereitschaft, das gezeigte Interesse und ihre Zeit!

Meiner Studienkollegin, Fr. Monika Lackner-Seidel, möchte ich aufrichtig danken für den fachlichen Austausch während der gesamten Studienzeit und die Freundschaft, die daraus entstanden ist.

Bei meiner Mutter und in Erinnerung an meinen Vater bedanke ich mich sehr herzlich dafür, dass sie mich schon als Kind gelehrt haben, neugierig auf Neues zu sein und mir so die Freude am Lernen bewahrt haben.

Mein größter Dank gilt aber meiner Familie, meinem Mann Sepp und meinen drei Töchtern Christine, Katharina und Irene. Ohne die großartige Unterstützung, besonders von Sepp und Katharina, wäre für mich dieses Studium nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

1. Kurzfassung	5
2. Abstract	6
3. Einführung	8
 I. THEORETISCHER TEIL.....	 11
4. Alter und Sexualität – Grundlegendes zur Problematik.....	11
4. 1 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen	11
4. 1. 1 Definitionen des Begriffes „Alter“	13
4. 1. 2 Definition des Begriffes „Alterssexualität“	15
4. 2. Die Bedeutung von Sexualität im mittleren und höheren Alter	16
4. 3 Sexualität – Einflussfaktor auf Wohlbefinden und Lebensqualität..	19
4. 3. 1 Dimension sexueller Zufriedenheit	20
4. 3. 2 Emotionale Qualität der Paarbeziehung	21
4. 3. 3 Auswirkungen sexueller Aktivität auf Lebenszufriedenheit und Lebensqualität.....	23
4. 4 Einfluss der sexuellen Biografie älterer Menschen.....	24
4. 4. 1 Keine oder unzureichende Aufklärung über Körper und Sexualität	25
4. 4. 2 Religiöse und moralische Einschränkungen.....	26
4. 4. 3 Sexuelle Gewalterfahrung	28
4. 5 Homosexualität im Alter	30
4. 5. 1 Definition des Begriffes „Homosexualität“	31
4. 5. 2 Historischer Einfluss auf das Leben Homosexueller im Alter	31

4. 6 Gelebte Sexualität.....	33
4. 6. 1 Auswirkungen emotionaler Probleme und belastender Situationen auf das Sexualleben	34
4. 6. 2 Masturbation.....	35
5. Beeinflussung von sexuellem Erleben im sozialen Kontext.....	37
5. 1 Genderspezifische Unterschiede	37
5. 1. 1 Altersbedingte Veränderungen bei der Frau	38
5. 1. 2 Altersbedingte Veränderungen beim Mann	39
5. 2 Kulturspezifische Unterschiede	40
5. 3 Lebensweltspezifische und partnerschaftliche Einflussfaktoren	42
5. 3. 1 Langjährige Partnerschaften.....	43
5. 3. 2 Sexualität im Alter ohne Partner	45
5. 3. 3 Neue Liebe und Partnerschaft im Alter	46
5. 4 Gesundheitsspezifische Aspekte.....	47
5. 4. 1 Diabetes mellitus	48
5. 4. 2 Harninkontinenz	49
5. 4. 3 Depressive Verstimmungen	50
5. 4. 4 Sexualität und Krebserkrankung	51
5. 4. 5 Sexualität und Demenz.....	52
6. Sexualität alter Menschen im Alten- und Pflegeheim	53
6. 1 Rollenerwartung an Pflegepersonen in der Altenpflege	54
6. 2 Sexualität der BewohnerInnen im Kontext professioneller Tätigkeit.....	57
6. 2. 1 Berührung persönlicher Grenzen.....	58
6. 2. 2 Sexuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen	59
6. 3 Sexualität in Abhängigkeit von der Struktur des Altenheimes	60

II. EMPIRISCHER TEIL.....	62
7. Die empirische Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage	62
7.1 Methodologie	63
7.1.1 Grundprinzipien qualitativer Forschung nach Mayer	63
7.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	64
7.1.3 Erhebungsmethoden qualitativer Forschung	65
7.1.4 Ethische Überlegungen.....	66
7.2 Datenerhebung im Forschungsprojekt	68
7.2.1 Auswahl der Methode	68
7.2.2 Beschreibung der InterviewpartnerInnen	68
7.2.3 Durchführung der Interviews	68
7.2.4 Unterstützung durch einen Interviewleitfaden	69
7.3 Datenauswertung.....	70
7.3.1 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring	71
7.3.2 Darstellung der Transkripte	71
7.4 Ergebnisse	72
7.4.1 Sexuelle Bedürfnisse	74
7.4.1.1 Sexuelles Interesse	76
7.4.1.2 Nähe und Berührung	77
7.4.1.3 Kohabitation	78
7.4.1.4 Masturbation.....	79
7.4.1.5 Prostitution	81
7.4.1.6 Pornografie	82
7.4.1.7 Sexuelle Befriedigung mit Unterstützung von Pflegepersonen	84
7.4.2 Gesellschaftliche Normen	85
7.4.2.1 Heimliche Sexualität	85
7.4.2.2 Moralische Einschränkungen	87
7.4.3 Pflegealltag und Sexualität.....	88

7. 4. 3. 1 Körperkontakt als Normalität.....	89
7. 4. 3. 2 Sensibilität im Umgang mit körperlicher Nähe.....	90
7. 4. 3. 3 Abhängigkeitsverhältnis PflegerInnen – BewohnerInnen.....	91
7. 4. 3. 4 Sexuelle Belästigung	93
7. 4. 3. 5 Partnerschaften im Altenheim	96
7. 4. 4 Physische und kognitive Einschränkungen	98
7. 4. 4.1 Sexuelle Abstinenz als Folge körperlicher Gebrechen.....	98
7. 4. 4. 2 Demenzbedingte Regression	99
7. 4. 5 Fachliche Kompetenz des Pflegepersonals	100
7. 4. 5. 1 Theoretische Ausbildung.....	100
7. 4. 5. 2 Wissen über beeinflussende Medikamente	104
7. 4. 6 Soziale Kompetenz des Pflegepersonals	105
7. 4. 6. 1 Nähe und Distanz	105
7. 4. 6. 2 Respekt und Höflichkeit.....	108
7. 4. 6. 3 Persönliche Involviertheit.....	110
7. 4. 7 Einflussnehmende äußere Faktoren auf die Sexualität von HeimbewohnerInnen	111
7. 4. 7. 1 Beeinflussung durch die Institution Heim.....	111
7. 4. 7. 2 Beeinflussung durch MitbewohnerInnen	113
7. 4. 7. 3 Beeinflussung im Zusammenhang mit der finanziellen Situation.....	113
7. 4. 7. 4 Beeinflussung durch das Unverständnis der Angehörigen.....	114
7. 4. 8 Verbesserungs- und Lösungsstrategien	115
7. 4. 8. 1 Selbsthilfe im Team.....	115
7. 4. 8. 2 Fremdhilfe durch Supervision	117
7. 4. 8. 3 Unterstützung durch den Arzt	118
7. 4. 8. 4 Intensive Auseinandersetzung in Theorie und Praxis	119
8. Resümee und Ausblick.....	121
9. Bibliographie.....	128

1. Kurzfassung

Die Problemstellung der vorliegenden Diplomarbeit bezieht sich auf das nach wie vor gesellschaftliche Tabuthema der Sexualität alter Menschen in Pflegeheimen. Das Bedürfnis nach Liebe und Sexualität ist eine Problematik, mit der sich sowohl Angehörige als auch Pflegende auseinandersetzen müssen. In der nachfolgenden Arbeit werden die verschiedenen Aspekte und Sichtweisen dieser Thematik erfasst. Das Hauptaugenmerk wird bewusst auf die Situation der Pflegenden gelegt. Die Arbeit beschreibt die wesentlichen theoretischen Erkenntnisse rund um das Thema „Sexualität alter Menschen“ und beleuchtet im empirischen Teil die Situation aus pflegerischer Sicht.

Im theoretischen Teil werden wesentliche Begriffe definiert, die für das Verständnis der Thematik vonnöten sind. Weiters wird auf die verschiedenen möglichen Einflussfaktoren eingegangen. Einzelne Kapitel widmen sich dabei beispielsweise gender- und lebensweltspezifischen bzw. kulturellen Unterschieden, sozialen Komponenten oder Fragen in Bezug auf Homosexualität im Alter. Auch der Einfluss des Gesundheitszustandes und der Biografie auf die Sexualität wird thematisiert. Ein letzter Abschnitt beschäftigt sich mit der Sexualität von alten Menschen im Kontext professioneller Pflege Tätigkeit.

Im empirischen Teil der Arbeit wurden sechs Pflegepersonen (vier Frauen, zwei Männer) aus zwei verschiedenen Pflegeheimen befragt, von denen vier als SozialfachbetreuerInnen und zwei als diplomiertes Fachpersonal tätig sind. Die Auswahl der Befragten wurde dahingehend gewählt, dass zum einen mehr Frauen und zum anderen mehr SozialfachbetreuerInnen in diesem Bereich beschäftigt sind. Die Personen wurden mittels semistrukturierten Interviews befragt und die Ergebnisse dann in Anlehnung an Mayring ausgewertet.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sexuelle Bedürfnisse alter Menschen in Pflegeheimen sehr wohl vorhanden sind und auch zu Belastungen sowohl auf Seiten des Pflegepersonals als auch auf Seiten der Angehörigen und der Betroffenen selbst führen können. Das Entgegenkommen der Pflegepersonen und ihre Zusammenarbeit mit den Angehörigen und deren Verständnis ermöglichen den BewohnerInnen nicht nur sexuelles Erleben als natürliches und zum Leben gehöriges Bedürfnis, sondern sind auch ein wichtiger Bestandteil von allgemeinem Wohlbefinden. Die theoretische Ausbildung in den

Krankenpflegeschulen in Hinsicht auf die untersuchte Problematik ist defizitär und verbesserungsbedürftig und zeigt den Bedarf an Information und adäquaten Schulungsinhalten. Es hat sich gezeigt, dass Sexualität im Alter für manche Personen in diesem Bereich (Betroffene, Pflegende, Angehörige) nach wie vor ein Tabuthema ist.

2. Abstract

This thesis' problem presentation describes the still existing taboo subject of elderly people's sexuality in residential care homes.

The need for love and sexuality is a problem that needs to be faced not only by care workers but also by the residents' relatives.

Furthermore, the paper describes the different aspects and viewpoints concerning this subject. The focus is deliberately on the specific situation of care workers. Besides, it describes the fundamental theoretical findings concerning the subject of "elderly people's sexuality" and approaches the subject's difficulty from a nursing point of view in its empirical section.

Basic and important terms which are necessary for the topic's understanding are described in the theoretical section. Besides, it reacts to different possible factors of influence. Therefore, particular chapters describe for example gender- and lifespecific as well as cultural differences, social components or questions referring to homosexuality of elderlies. The influence of a person's state of health and biography on their sexuality is also thematised.

The last section puts the sexuality of elderly people in context with professional care taking

The empirical section of the thesis describes the diligent interview of six care attendants (four women, two men) working in different nursing homes with four of them working as social caretakers and two of them as qualified professionals. The selection of interviewees has not only been based on the fact that the majority of care attendants are female but also on the superior number of social caretakers working in this area of expertise. The interviews were done using semi-structured questioning techniques leading up to an interpretation referring to Mayring.

The study's score shows that sexual needs of elderly people in nursing homes are definitely present and could lead to a possible burden for all parties involved.

Not only the understanding of care attendants and the nursing home residents' relatives but also their cooperation allows the residents to experience sexuality as a natural need and therefore makes it a part of person's general wellbeing.

The theoretically oriented education in nursing schools is in view of the evaluated difficulty deficient and also shows areas of improvement. Besides, there's also a need for more information and suitable emphasis in education and trainings.

Moreover, it shows that the subject of sexuality in an advanced age is still a taboo for some people involved in caring (elderly people, care attendants, residents' relatives).

3. Einführung

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit soll das Thema der „Alterssexualität“ mit ihren negativen als auch positiven Aspekten beleuchtet werden. Die Besonderheit gegenüber vielen anderen Altersthemen liegt in der Intimität von Liebesbeziehungen, die nach Ansicht vieler gar nicht existent sind. Es sollen Unterschiede sexueller Beziehungen zwischen Heterosexuellen, Homosexuellen und sexuellen Bedürfnissen von Singles thematisiert und auf diese Weise vielleicht von einigen Stereotypen befreit werden.

Der Begriff der „Alterssexualität“ ist teilweise noch immer mit einem Tabu behaftet. Im täglichen Sprachgebrauch hat ein Tabu immer etwas mit Verboten und Vermeidungsverhalten zu tun. Dies gilt umso mehr für BewohnerInnen von Altenheimen, da auf Grund ihrer Wohnsituation ihre sexuellen Bedürfnisse für die Pflegenden öffentlich werden. Aufgrund meiner mehrjährigen Tätigkeit in einer geriatrischen Einrichtung weiß ich aus Erfahrung, wie belastend und zum Teil auch beschämend alte Menschen ihre Sexualität erleben bzw. erleben müssen. Die Sexualität im Alter wird zwar zunehmend thematisiert, besonders in Heimen aber oft totgeschwiegen, da sie nicht den Moralvorstellungen der Träger entspricht. In der Pflege kann Sexualität älterer Menschen zur Herausforderung werden, aber ebenso zu Problemen führen. Leider wird in der Krankenpflegeausbildung diese Problematik viel zu wenig thematisiert.

Der Sexualforscher Bornemann¹ hat festgestellt, dass Menschen in Altenheimen, in denen es erlaubt ist, dass sich Männer und Frauen in ihren Zimmern gegenseitig besuchen dürfen, im Durchschnitt um sieben Jahre älter werden als BewohnerInnen von Altenheimen, in denen intime Beziehungen durch Besuchsverbote unterbunden werden. Er konnte auch nachweisen, dass der Medikamentenverbrauch um ca. 30% niedriger war als bei Besuchsverbot. Dies gilt auch als deutlicher Beweis dafür, wie sehr sich eine harmonische intime Beziehung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen auswirkt. Daraus kann man schließen, dass Sexualität zu den Grundbedürfnissen menschlichen Lebens zählt.

Ich möchte in meiner vorliegenden Arbeit darauf eingehen, wie wichtig Sexualität für jeden alten Menschen ist. Ich möchte damit aber nicht sagen, dass dies auf das Wohlbefinden jedes

¹ vgl. Bornemann, E.: zitiert nach :Cyran, W./Halhuber. M. J.: Erotik und Sexualität im Alter (1992), S. 1

alten Menschen zutrifft, denn es gibt auch viele, die gerne und freiwillig sexuell abstinenter leben. Auf keinen Fall möchte ich in meiner Arbeit den Eindruck erwecken, dass es Sexualität im Alter um jeden Preis geben muss. Es soll den alten Menschen völlig freigestellt werden, wie sie, diesen Aspekt betreffend, den letzten Abschnitt ihres Lebens gestalten möchten. Der Respekt und der Umgang mit den verschiedensten Bedürfnissen, Vorlieben und die Achtung vor jedem Menschen stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit.

Sexualität ist individuell und wie jedes Verhalten einem Wandel unterworfen. Es ist daher von großer Wichtigkeit, dass sich ältere Menschen über die geänderten Voraussetzungen ihrer Sexualität informieren oder informiert werden, um so beängstigenden Befürchtungen vorzubeugen.

Die Veränderungen der Biologie im Alter bedeuten kein Ende, sondern eine Modifikation sexueller Erfahrung. Sowohl das sexuelle Erleben, als auch die körperlichen Voraussetzungen unterliegen mit zunehmendem Alter gewissen Veränderungen. Aber trotz geschlechtsspezifischer Unterschiede verlieren weder Männer noch Frauen ihre sexuellen Bedürfnisse oder die physiologischen Voraussetzungen dafür.

In der vorliegenden Arbeit gehe ich in differenzierter Weise auch auf die verschiedensten Einfluss nehmenden Faktoren in Hinblick auf die Sexualität ein. Besonders ältere Menschen sind oft mit vielfachen Beeinträchtigungen konfrontiert, die nicht nur ihre Sexualität beeinflussen, sondern auch ihre soziale Beziehung zum Partner. Eng mit dieser Problematik verknüpft ist das Erleben von Konflikten, die die Lebensqualität und das Wohlbefinden beeinflussen. Ein befriedigendes Sexualleben kann aber oft dazu beitragen, auch in anderen Bereichen nach partnerschaftlichen Lösungen zu suchen und Streitthemen nicht unnötig eskalieren zu lassen.

Die Haltung älterer Menschen zur Sexualität ist geprägt von den Erfahrungen, die sie als Kind oder junger Mensch damit gemacht haben. Die heutige ältere Generation ist zu einer Zeit aufgewachsen, in der andere sexuelle Leitbilder galten als die derzeitigen. Besonders Frauen sind traumatisiert von sexueller Gewalterfahrung während des Krieges oder mussten vielleicht Gewalt in einer früheren Ehe oder Partnerschaft erleben. Solche Extremlastungen zeigen auch noch Jahrzehnte später ihre Auswirkungen.

Die sexuelle Entwicklung heute alter Menschen ist in den meisten Fällen auch sehr stark von der traditionellen christlichen Ethik beeinflusst, die lediglich den Zeugungsakt als einzige Form der Sexualität toleriert. Eng damit verbunden sind die damalige Unwissenheit der Frauen und die sexuelle Dominanz der Männer, die häufig dazu führten, dass die Frauen ihre sexuellen Lustgefühle kontrolliert bzw. unterdrückt haben.

Wenn von Sexualität gesprochen wird, wird diese leider häufig als Trieb, der nach Befriedigung drängt, gesehen. Dabei ist Sexualität nicht nur ein biologisches, sondern vielmehr ein soziokulturelles und damit ein humanes Phänomen.

Aufgrund meiner Tätigkeit in einem Altenheim und aus Gesprächen mit BewohnerInnen weiß ich, dass sich die meisten älteren Menschen ebenso nach körperlicher Liebe sehnen wie die jungen.

Ich möchte mit meiner Arbeit eine Sensibilisierung der LeserInnen für die Bedürfnisse alter Menschen erreichen und im Speziellen auch Personen aus dem Pflegebereich dazu ermutigen, mit dem nötigen Hintergrundwissen und der dazu notwendigen Gesprächsbereitschaft auf die Anliegen der alten Menschen einzugehen und ihnen so die Möglichkeit zu geben, ihre sexuellen Interessen und Neigungen zu leben, ohne sie lächerlich zu machen oder moralisch abzuwerten. Wie unterschiedlich alte Menschen ihre Sexualität auch leben, es gebühren ihnen immer der nötige Respekt und ein würdevoller Umgang mit ihrer sexuellen Aktivität.

I. THEORETISCHER TEIL

4. Alter und Sexualität – Grundlegendes zur Problematik

4.1 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen

Um über Sexualität im Alter sprechen zu können, müssen wir zum einen definieren, was wir unter Sexualität verstehen, zum anderen, und das stellt eine weitaus größere Herausforderung dar, muss man sich auf die Festlegung eines Altersbegriffes einigen. Beides sind Komponenten, die individuell verschieden und abhängig von den betreffenden Personen sind, die altern und die Sexualität praktizieren. Stark beeinflusst durch kulturelle Normen ist Sexualität ein bedeutender Lebensbereich, der weit über die Fortpflanzungsfähigkeit hinausgeht. Dies gilt auch für die Sexualität im höheren Lebensalter. Sexualität wird jedoch vorwiegend mit Jugend assoziiert. Dass älteren Menschen Sexualität nur zögernd zugebilligt wird, hängt mit dem immer noch generell negativen Stereotyp vom Alter zusammen.² Nicht unbeachtet darf dabei die Tatsache bleiben, dass die heute über 70-Jährigen nach anderen moralischen, religiösen und sexuellen Vorstellungen erzogen wurden.

Die Gesellschaft erwartet, dass alte Menschen keine sexuellen Gefühle mehr haben; sie werden als asexuelle Wesen erlebt und dementsprechend von ihrer Umwelt behandelt. Vor allem junge Leute können sich Sexualität jenseits der 60 nicht vorstellen. Für Sexualität gibt es jedoch keine Altersgrenze. Derartige Vorurteile werden im Zusammenhang mit einem eher negativen Bild des alten Menschen in unserer Gesellschaft gesehen. Allerdings ist ein Meinungswandel feststellbar, der wohl auch von der Debatte um potenzfördernde Mittel wie Viagra beeinflusst ist.

Auf diese Weise drückt es auch Zapotoczky³ aus, wenn er schreibt: *„In der Art, wie über Sexualität gedacht und wie sie gehandelt – geübt wird, spiegelt sich ein gesellschaftliches Bewusstsein wider.“*

2002 hat Meryn⁴ in Wien die Ergebnisse einer weltweit ersten Studie über Verhalten, Einstellungen und Zufriedenheit alter Menschen bezüglich des Sexuallebens in Partnerschaften - der „Pfizer Global Studies of Sexual Attitudes and Behaviors“ der Presse

² vgl. Kolland, F.: Seniorenbericht 2002: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. S.569ff.

³ vgl. Zapotoczky, H. G.: Alter und Sexualität. In: Grundlagen der Geriatrie (2003), S. 210

⁴ vgl. Meryn, S.: Leben bis 100 (2002), S. 71

vorgestellt. In dieser Studie wurden mehr als 26 000 Männer und Frauen aus 29 Ländern befragt und alle bisherigen Vorurteile widerlegt, wonach Sexualität ab einem gewissen Alter nicht mehr stattfindet. 60% der befragten Frauen und 80% der Männer gaben an, dass Sexualität in ihrem Leben ein wichtiges Element sei. Mehr als die Hälfte, sowohl der Männer als auch der Frauen, stimmten der Aussage „Ältere Leute wollen keinen Sex mehr“ nicht zu. Von Bedeutung ist, dass sowohl die weibliche wie auch die männliche Sexualität nicht isoliert gesehen werden darf. Es gibt eine Wechselbeziehung zwischen Sexualität und emotionaler Beziehung der Paare, die das Erleben ausmacht. Wenn sich auch mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen, die noch Geschlechtsverkehr praktizieren, verringert, so bestehen aber weiterhin sexuelle Wünsche und Fantasien.

Für Cyran und Halhuber⁵ unterscheidet sich die Sexualität im Alter von der jüngerer Menschen insofern, dass sich die sexuellen Bedürfnisse im Laufe des Lebens verändern. Für den älteren Menschen sind Zärtlichkeit, Zuneigung, das Streicheln, eine Umarmung, aber auch das Miteinandersprechen von großer Wichtigkeit und spielen sowohl für die körperliche als auch die seelische Gesundheit eine große Rolle. Nähe wird wichtiger. Das muss nicht durch einen Orgasmus ausgedrückt werden, obwohl die Fähigkeit zur sexuellen Betätigung und die Fähigkeit zum Orgasmus erhalten bleibt, auch wenn es im Laufe der Jahre zu körperlichen Veränderungen der Geschlechtsorgane kommt. Das Wohlbefinden, das Füreinander, das Miteinander und die Geborgenheit rücken in den Mittelpunkt einer Partnerschaft.

Sexualität kann somit einen lebensbestimmenden Faktor und eine Quelle für das physische und psychische Wohlbefinden aller Menschen darstellen, sowohl junger als auch alter. Unter diesem Blickwinkel betrachtet ist es für Cyran und Halhuber⁶ falsch, Sexualität nur auf die körperliche Vereinigung zu reduzieren. Sie basiert vielmehr auf Zuneigung und Vertrauen. Es ist daher von großer Bedeutung, psychosoziale Kontakte sowie harmonische intime Beziehungen zu pflegen. Je älter ein Mensch wird, umso wichtiger wird es für ihn, sich geborgen zu fühlen. Ein Mensch, der sich nicht geborgen fühlt, kann weder glücklich sein noch andere glücklich machen, so die Autoren.

⁵ vgl. Cyran, W./Halhuber, M. J.: Erotik und Sexualität im Alter, (1992), S. 3ff

⁶ vgl. ebenda S. 6

4. 1. 1 Definitionen des Begriffes „Alter“

Jeder Mensch definiert für sich das Alter sehr unterschiedlich in Abhängigkeit von seinem eigenen Alter, seiner Kultur, seinen Erfahrungen, seiner momentanen aktuellen Situation und der Schicht, der er angehört. Ein 15-Jähriger definiert „Alter“ anders als ein 40-Jähriger, ein 50-Jähriger anders als ein 70-Jähriger. Somit sind der Umgang mit dem Alter und das Erleben des Alters sehr variabel.

So unterschiedlich die einzelnen Kulturen auch mit dem Alter umgehen und es gestalten: nach Jaeggi⁷ ist fast in jeder Gesellschaft gegenüber den alten Menschen ziemlich deutlich eine Ambivalenz spürbar, selbst in solchen Gesellschaften, in denen die Menschen nur selten ein hohes Alter erreichen.

Aufgrund dieser verschiedenen Sichtweisen der Problematik möchte ich in diesem Abschnitt unterschiedliche wissenschaftliche Definitionen anführen, die sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede enthalten.

Die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) beispielsweise unterscheidet in „Ältere“ (60 -75 Jahre), „Alte“(75 – 90 Jahre), „Langlebige“ (90 – 100 Jahre) und „Hochbetagte“ (über 100 Jahre).⁸

Nach Baltes et al.⁹ ist das Alter ein Teil der Biografie. Es ist kein isolierter Lebensabschnitt, getrennt von früheren Lebensjahren, sondern in ihm kann der Mensch weiter wachsen. In welchem Maße sich die Entwicklung im Alter einstellt, ist nicht nur von der Person abhängig, sondern auch von der Gesellschaft und der Kultur, in der diese lebt. Durch die Rollen- und Statuszuordnung gliedert die Gesellschaft den Lebenslauf und trennt ihn in einzelne Lebensabschnitte. Dem älteren Menschen werden aber von der Gesellschaft persönlich bedeutsame Rollen genommen, der soziale Status und das Altersbild sind zum Teil negativ geprägt. Durch diese negativen Bewertungen und die Rollenverluste im Alter wird das Alter zu einem Lebensabschnitt.

Ab wann Mann oder Frau alt ist, ist daher nicht ganz einfach zu bestimmen. Geht man von den altersassoziierten hormonellen Veränderungen aus, so kann man diese bereits ab dem 40.

⁷ vgl. Jaeggi, E.: Viel zu jung um alt zu sein (1998), S. 19-22

⁸ vgl. <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/view/subjects/fak11.html> 18. 08. 2006

⁹ vgl. Baltes,P.B./Mittelstraß,J./Staudinger,U.M.(Hrsg.): Alter und Altern, (1994), S. 334-335

Lebensjahr feststellen. Bei der Frau werden diese Phänomene als „Klimakterium“ (Wechseljahre) bezeichnet. Seit einigen Jahren wird aber auch die Möglichkeit der Wechseljahre beim Mann¹⁰ diskutiert. Tatsache ist, dass sich auch beim Mann hormonelle Veränderungen vollziehen; die Produktion des männlichen Sexualhormons Testosteron sinkt. Beiden Konzepten zufolge wäre der alternde Mensch also ein Mensch „danach“: nach Klimakterium oder nach Midlife-Crisis, ein Begriff, der im Gegensatz zum Klimakterium die seelischen Auswirkungen beinhaltet, die im Zusammenhang mit Ängsten und Befürchtungen hinsichtlich des Älterwerdens stehen. Das für beide Geschlechter geltende psychologische Konzept der „Midlife-Crisis“ erklärt die Zunahme von Beschwerden als Folge familiärer, berufsbezogener oder lebensaltersspezifischer Konflikte.

Bei Baltes et al.¹¹ werden die älteren Menschen gleichen Lebensalters in ihren psychischen, physischen und sozialen Kapazitäten beziehungsweise Ressourcen derart unterschieden, dass es wenig sinnvoll erscheint, das chronologische Alter einer Person zu einem umfassenden Maßstab für die gesellschaftliche Steuerung und Strukturierung des Lebensverlaufes zu machen. Ähnlich argumentiert der bekannte Soziologe Rosenmayr¹², der das Alter ebenfalls nicht durch Jahre definiert, sondern es in den Gesamtkontext des Lebenslaufes und der Generationenbeziehungen stellt. Er sieht das Alter nicht als isolierte Phase. Laut Rosenmayr gibt es nicht ein Alter, sondern es gibt viele Alter. An anderer Stelle¹³ konkretisiert er die Situation derart, dass, je älter die Menschen werden, desto später für sie subjektiv „das Alter“ im eigenen Leben beginnt, das bedeutet, dass die Grenze des Älterwerdens mit dem eigenen Alter hinaufrückt.

Die von mir hier angeführten Definitionen sind allerdings nur einige wenige Beispiele für mögliche Festlegungen des Alters. Für die vorliegende Arbeit gilt jedoch, dass immer, wenn von „Alter“ und „alten Menschen“ die Rede ist, die Definition der WHO verwendet wird und somit die Untergrenze des Alters auf 60 Jahre festgesetzt ist. Falls erforderlich, werden auch die darin angeführten Unterscheidungen angewendet.

¹⁰ vgl. Richter, A.: Institut für psychotherapeutische Information und Beratung (2005)
http://www.ipsis.de/themen/thema_midlifecrisis.htm 24.05.2008

¹¹ vgl. Baltes, P.B./Mittelstraß, M./Staudinger, U.M.: Alter und Altern, (1994), S. 16

¹² vgl. Rosenmayr, L.: Altern im Lebenslauf, (1996), S. 7 - 8

¹³ vgl. Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters, (1990), S. 51

4. 1. 2 Definition des Begriffes „Alterssexualität“

Die Sexualwissenschaftlerin Ebberfeld¹⁴ definiert die Sexualität im Alter unabhängig vom kalendarischen Alter als letzte Phase der menschlichen Sexualität. Dieser Abschnitt kann nicht einfach durch ein festgelegtes Alter oder einen Wendepunkt, wie etwa die Pubertät, fixiert werden, da es kein bestimmtes biologisches Alter gibt, ab dem man alt ist und da der Alterungsprozess schon mit dem Augenblick der Geburt einsetzt.

Die alte Auffassung, dass das Ende der Fertilität bei der Frau als ein derartiger Wendepunkt anzusehen ist, muss nach Meinung der Autorin als überholt angesehen werden. Dies begründet sich aus der Tatsache der höheren Lebenserwartung, aus der Möglichkeit der absoluten Trennung von Fruchtbarkeit und Sexualität mittels Empfängnisverhütung, aber auch oder gerade mit der Unanwendbarkeit des Fertilitätskriteriums beim Mann.

Ein gewisser Hormonspiegel, ein gewisses Stadium von Potenz oder eine gewisse Koitushäufigkeit werden ebenso als Indikatoren für Sexualität im Alter angesehen. Zu welchem Zeitpunkt diese Phase beginnt, unterliegt gesellschaftlich-kulturellen Vorstellungen, die wiederum mit der jeweiligen Altersvorstellung selbst verknüpft sind.

Wird nach Vorstellungen oder Einstellungen bezüglich des Sexualverhaltens gefragt, ist damit vorrangig Geschlechtsverkehr gemeint. Dies bedeutet aber eine sehr begrenzte Sichtweise von Sexualität im Alter. Meistens ist die Sicht auf Indikatoren wie sexuelle Aktivität und deren Praktiken ausgerichtet. Als Messfaktor gilt vor allem der Koitus, gefolgt von Masturbation, seltener wird oraler Verkehr oder Homosexualität mit einbezogen. Generell ist Sexualität im Alter geprägt von Zärtlichkeit und Liebkosungen und nicht von Aggressivität oder Perversität.

Ebberfeld¹⁵ drückte es mit anderen Worten sehr treffend aus: *„Eine um die Dimension Zärtlichkeit erweiterte Sexualität kann bis ins hohe Alter glücklich erlebt werden.“*

Da die Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter bereits durch das frühe Erwachsenenalter beeinflusst wird, vermutet von Sydow¹⁶, dass dieser Lebensabschnitt auch Auswirkungen auf die Sexualität im Alter hat. Ihr liegt jedoch nur eine Untersuchung über ältere Frauen dazu vor, in der 77% der Befragten sagten, dass das Älter-Werden ihre Sexualität verändert habe. Die Veränderungen wurden in quantitativer Hinsicht durch die Abnahme von Aktivität,

¹⁴ vgl. Ebberfeld, I.: Es wäre schon schön nicht so allein zu sein, (1992), S. 15-18

¹⁵ vgl. ebenda S. 16

¹⁶ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.32 ff

Potenz des Partners, sowie dem sexuellen Interesse und in qualitativer Hinsicht durch Verbesserungen der Sexualität, z. B. einem erhöhten Genuss, beschrieben. Sie ist der Ansicht, dass die Erlebnisfähigkeit im Alter eine sehr große Rolle, vielleicht auch eine andere, als in jüngeren Jahren, spielt. Erlebnisfähigkeit ist zusätzlich aber auch eine Frage der Persönlichkeit. Viele Dinge werden im Alter vielleicht unter anderen Aspekten gesehen. Die Anzahl der Jahre sagen nur ganz wenig aus, deshalb tritt sie für ein Hinterfragen der Altersgrenzen ein.

4. 2. Die Bedeutung von Sexualität im mittleren und höheren Alter

„*Liebe ist die beste Medizin*“ – betonte schon der berühmte spätmittelalterliche Arzt Paracelsus¹⁷ vor beinahe 500 Jahren.

Die wissenschaftliche Forschung über verschiedene Aspekte der Sexualität begann in den frühen 1920er Jahren. Nun, nach beinahe neun Jahrzehnten sexualwissenschaftlicher Forschung weiß man, wie Cyran und Halhuber¹⁸ schreiben, dass Sexualität bis ins hohe Alter für Mann und Frau nicht nur möglich, sondern auch ein wichtiger natürlicher und gesunder Bestandteil jedes Lebensabschnitts ist. Es ist kein Vorrecht einer bestimmten Altersgruppe.

Lange Zeit war jedoch Sex im Alter ein Tabu. Ältere Menschen erleben die Gefühle des Verliebtseins ebenso heftig wie jüngere. Viele haben aber Angst diese auszudrücken und offen zu zeigen. Dabei drückt Sexualität Vitalität, Lebensfreude, Wertschätzung und ein Gefühl des Glücks aus. Gerade den oft freudlos lebenden älteren Menschen bringt Sexualität Selbstbestätigung, Selbstsicherheit, fördert Gemeinsamkeit und menschliche Kontakte, so Cyran und Halhuber¹⁹. Ein Mensch, der wirklich Lust empfindet, hat auch sexuelle Bedürfnisse – mag er 20, 50 oder 80 Jahre alt sein. Lebenslust und damit auch Sexualität, in welcher Form auch immer, hält jung und geistig wie körperlich fit. Auch wenn Krankheiten oder Potenzschwäche das Erleben mitunter einschränken, muss das keineswegs dazu führen, lustvolle Aktivitäten aufzugeben. Vielmehr gilt es, die sexuellen Handlungen auf das neue Empfinden einzustellen und sich den eigenen Gefühlen und denen des Partners anzupassen. Menschen mit sexuellen Defiziten hingegen sind nach Ansicht der oben angeführten Autoren fast immer auch in ihren menschlichen und sozialen Beziehungen gestört. Sie betonen

¹⁷ vgl. Cyran, W./Halhuber, M.J.: Erotik und Sexualität im Alter (1992), S. 1

¹⁸ vgl. ebenda S. 2

¹⁹ vgl. ebenda S. 2ff

allerdings, dass Sexualität nicht mit Geschlechtsverkehr gleichgesetzt werden sollte. Der Austausch von Zärtlichkeiten, liebevoller Zuwendung, Körperkontakt und die intime Kommunikation werden für ältere Menschen immer wichtiger und sind Ausdruck einer gesunden Beziehung. Eine Beziehung übernimmt nicht nur eine soziale Funktion, sondern auch die Funktion Lust zu bereiten und Geborgenheit zu vermitteln. Je älter ein Mensch wird, umso mehr braucht er dieses Gefühl der Geborgenheit. Menschen, die sich geborgen fühlen, können glücklich sein und andere glücklich machen.

Cyran und Halhuber²⁰ vertreten die Ansicht, dass Sexualität und Lust für viele Menschen eine wichtige Quelle der Existenz Erfahrung bedeuten. Eine intime Beziehung bewirkt Zufriedenheit und Selbstbestätigung. Unabhängig vom Alter führt ein mehrmaliger Misserfolg bei dem Versuch intime Kontakte aufzunehmen leicht zu der Überzeugung, dass der Betroffene unfähig ist, bei einem/r Partner/in Erfolg zu haben. Das Selbstvertrauen wird erschüttert und die Motivation, liebevolle Beziehungen aufzunehmen oder überhaupt noch aktiv zu sein, nimmt immer weiter ab. Aus dieser Inaktivität resultiert leicht eine Ängstlichkeit oder eine Depression. Allerdings können Unterstützung und Hilfe von nahe stehenden Menschen jemandem, der sich unfähig fühlt, wieder zu einer aktiven und erfolgreichen Beziehung verhelfen. Dies unterstreicht die Tatsache, dass der Umgang mit anderen Menschen lebenslang geübt werden muss. Die intime Beziehung ist nur ein besonders intensiv erlebter Sonderfall einer sozialen Beziehung.

Gesellschaftliche Bewertung des weiblichen und männlichen Alterns

Dass mit zunehmendem Alter die Ängste, nicht genügen zu können, beträchtlich ansteigen, erklärt sich Rosenmayr²¹ durch den raschen gesellschaftlichen Wandel. Mangelnde Achtung vor Älteren im sozialen Umgang führt zu Ängsten vor sozialem Selbstwertverlust und in der Folge zu einem häufig unbittlichen, letztlich aber vergeblichen Kampf der Älteren gegen die nachdrängenden Jungen. Besonders betroffen sind davon Frauen, da das Bild der älteren Frau, das in unserer Gesellschaft vorherrscht, tendenziell stärker negativ geprägt ist als das des älteren Mannes. Die Wurzeln dieser Benachteiligung gehen auf ein traditionelles Rollenverständnis zurück. Ältere Frauen waren zu allen Zeiten in den verschiedenen Kulturen

²⁰ vgl. Cyran, W./Halhuber, J.: Erotik und Sexualität im Alter (1992), S. 8-9

²¹ vgl. Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters (1990), S. 96-97

dem Gespött und der Missachtung durch das Umfeld ausgesetzt. Obgleich die Vorstellungen über alte Frauen heute nicht mehr ganz so negativ sind, impliziert das „Alter-Werden“ für Frauen oft schon wegen dieses negativen Stereotyps besondere Probleme, die im Hinblick auf die sexuelle Entwicklung bedeutsam sein können. Dieses Erleben führt besonders bei Frauen zu einer fehlerhaften Einschätzung ihrer sexuellen Bedürfnisse. Zusätzlich, so betont Rosenmayr²² an anderer Stelle, drückt sich die gesellschaftliche Abwertung der Alterssexualität auch in der eigenen Familie aus. Für manche erwachsene Kinder ist es schwierig, Verständnis für das sexuelle Verhalten der alten Eltern aufzubringen, insbesondere dann, wenn sich die Eltern trennen und neue partnerschaftliche Beziehungen eingehen. Trotz dieser gesellschaftlichen Abwertungen der Sexualität in späten Jahren, ist eine Tendenz dahingehend zu beobachten, dass die Akzeptanz für Alterssexualität zunimmt, so Rosenmayr. Dieser Trend ist teilweise auf Organisationen zurückzuführen, die sich die Aufgabe gestellt haben, das Selbstgefühl der Senioren zu stärken und die gleichzeitig vermehrt Gelegenheit bieten, neue Kontakte zu knüpfen. Auch Reisen und Kuraufenthalte spielen zur Kontakthanbahnung eine, wenn auch untergeordnete, Rolle, sofern die finanziellen Mittel vorhanden sind.

Von Sydow²³ spricht in diesem Zusammenhang von einer negativen Norm zur Alterssexualität, die die Form einer „Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung“ annimmt und die intime Beziehungen durch Angst und Schuldgefühle belastet. Sie spricht hier von einem tatsächlichen Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Sexualität im Alter und zum sexuellen Verhalten und Erleben per se. Es darf auch nicht unerwähnt bleiben, dass moralische Normen für Frauen noch bedeutsamer sind als für Männer. Diese hinderlichen Faktoren können sich insofern negativ auf das Verhalten der Betroffenen auswirken, sodass diese Menschen sich scheuen, ihre sexuellen Wünsche und Probleme dem Partner oder dem Arzt anzuvertrauen. In der Folge kann das einerseits zum absoluten Verleugnen der sexuellen Bedürfnisse führen, andererseits aber kann sexuelle Aktivität dadurch dauerhaft von Problemen begleitet sein, die einfach zu beheben wären.

Inwieweit die Attraktivität die Sexualität von älteren und alten Menschen beeinflusst, wurde von Traber²⁴ untersucht. Sie beschäftigte sich in einer Forschungsarbeit mit dem „Einfluss der Attraktivität auf die Sexualität von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte“. Die

²² vgl. Rosenmayr, L.: Eros und Liebe im Alter. In: Baltes, M./Montada, L.: Produktives Leben im Alter (1996), S. 271

²³ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S. 41

²⁴ vgl. Traber, Y.: Einfluss der Attraktivität auf die Sexualität von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. (2003) http://www.steck-abc.ch/attachments/013_attraktivität_sexualität.pdf,13.08.2010

Ergebnisse zeigen, dass speziell Frauen als physisch wenig attraktiv beurteilt werden. Bei Männern hingegen ist das Alter wenig ausschlaggebend. Unter anderem konnte sie auch feststellen, dass sich Frauen mit großer Wahrscheinlichkeit unattraktiv fühlen, sobald sie graue Haare bekommen, ihre Haut faltig wird und ihr Körper seine frühere Festigkeit verliert. Meiner Meinung nach ist das geringe Wissen bzw. das scheinbar geringe Interesse über die Sexualität im mittleren und höheren Alter unter anderem auch durch die Sexualforschung selbst begründet. Europäische Studien zum Wandel der sexuellen Normen und des sexuellen Verhaltens konzentrierten sich meist auf die Auseinandersetzung mit AIDS und legen den Fokus im Speziellen auf Jüngere, Homosexuelle und Sextouristen.

4.3 Sexualität – Einflussfaktor auf Wohlbefinden und Lebensqualität

Die Sexualität des Menschen ist nicht nur ein körperliches Bedürfnis, sondern auch eine Bestätigung, als ganzheitliches Wesen geliebt zu werden. Eine weitere wesentliche Rolle spielen Partnerschaftsaspekte sowie die subjektive Einstellung zum eigenen Körper, zur Gesundheit und zur Sexualität.

In den letzten Jahren hat die psychosoziale Gerontologie, besonders vor dem Hintergrund der sich verändernden demographischen Entwicklung, verstärkt an Bedeutung gewonnen. Verdeutlicht wird dies nicht zuletzt durch eine große Anzahl von Forschungsergebnissen, die sich mit den verschiedensten körperlichen und psychischen Problemen des Alters und des Alterns auseinandersetzen. Verhältnismäßig wenige Forschungsarbeiten beschäftigen sich hingegen mit der Sexualität und der Partnerschaftszufriedenheit. Dass für Lebensqualität und Wohlbefinden in einer Beziehung Intimität, Romantik, Sinnlichkeit und Erotik bedeutende Faktoren sind, vermutet McAuliffe²⁵ in einer Publikation über Barrieren der Sexualität ältere Menschen. Das bedeutet, dass Sexualität eine wichtige Ressource sein kann, um sich physisches und psychisches Wohlbefinden bis ins hohe Alter zu bewahren. Sie vertritt die Meinung, dass Gesundheitsexperten eine entscheidende Rolle zufällt, wenn es um sexuelle Gesundheit und Bedürfnisse alter Menschen geht. Dies betrifft beispielsweise Sexpraktiken, den Einfluss von Krankheit, Operationen, Schmerzen und Medikamenten. Mit dieser Thematik befasste sich auch eine 2008 veröffentlichte Studie²⁶ in Deutschland, wo unter

²⁵ vgl. McAuliffe, L. et al.: Barriers to the expression of sexuality in the older person : the role of the health professional (2007). In: International Journal of Older People Nursing 2, 69-75

²⁶ vgl. Adler, C. et al.: Lebensqualität im Alter – eine kontrollierte qualitative Befragung geriatrischer

anderem die Lebensqualität im Alter in Verbindung mit partnerschaftlicher Funktion untersucht wurde. Nahezu zwei Drittel der Probanden gaben an, das Bedürfnis zu haben, sich gelegentlich mit jemandem auszusprechen. Allerdings wurden von den meisten Befragten sexuelle Aktivitäten im Sinne der Kohabitation abgelehnt. Überraschenderweise war der Anteil ohne sexuelle Bedürfnisse bei Frauen wesentlich größer als der bei Männern (86% vs. 43%). Nicht betroffen davon waren der gelegentliche Austausch von Zärtlichkeiten wie Streicheln oder Küssen. Hier ist anzumerken, dass etwaige Einflussfaktoren auf die Partnerschaftszufriedenheit bisher hauptsächlich in Studien zum (unerfüllten) Kinderwunsch und zum Übergang zur Elternschaft thematisiert wurden und nicht in Bezug auf die Altersproblematik. Bei der Frage, inwieweit Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte determinieren, besteht also noch großer Forschungsbedarf.

4. 3. 1 Dimension sexueller Zufriedenheit

Um die Häufigkeit sexueller Kontakte bewerten zu können, gibt es kein allgemein gültiges Maß. Meist wird die sexuelle Aktivität an bestimmten Normvorstellungen der jüngeren Generation gemessen. Dabei ist es oftmals sinnvoller, nicht die Häufigkeit, sondern die Angaben zur Zufriedenheit mit der Sexualität zu berücksichtigen, da sie spezifische Normen mit einbeziehen.²⁷

Die 2001 von Klaiberg et al.²⁸ erhobene Zufriedenheitseinschätzung von Sexualität und Partnerschaft erfolgte mit Hilfe des „Fragebogens zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ)²⁹. Für die hier angeführte Untersuchung wurden nur die FLZ-Skalen „Ehe und Partnerschaft“ berücksichtigt. Demnach sind Männer, sowohl mit der Sexualität als auch mit der Partnerschaft insgesamt, zufriedener als Frauen. Die Mehrzahl der Männer ist in Bezug auf Sexualität eher zufrieden bis zufrieden, Frauen sind eher unentschlossen. Sie geben an, weder zufrieden noch unzufrieden zu sein. Bezogen auf die Partnerschaft ist der Anteil der Frauen, die sich als zufrieden oder sehr zufrieden bezeichnen, niedriger als der bei den Männern.

Die Zufriedenheit mit der Sexualität wird nach Ansicht der Autoren auch stark determiniert durch die sexuelle Aktivität, wobei keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und

Rehabilitationspatienten. In: European Journal of Geriatrics, Vol. 10 (2008), No. 4, S. 151-156
²⁷ vgl. <http://forum.Sexualaufklaerung.de/index.php?docid=708>; Sexualität des alternden Mannes. 11.08.2010
²⁸ vgl. Klaiberg A./Brähler E./Schumacher J.: Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In: Berberich H./Brähler E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), S. 105-127
²⁹ Der FLZ besteht aus 10 Subskalen, bestehend aus je 7 Items, die auf einer 7-stufigen Ratingskala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ beantwortet werden müssen.

Frauen festgestellt wurden. Beeinflusst wird die sexuelle Aktivität wiederum durch das Vorhandensein einer Partnerschaft, wobei zu erkennen ist, dass das Zusammenleben mit einem Partner oder einer Partnerin die Zufriedenheit deutlich erhöht. So ist bei den 61- bis 70-jährigen Frauen in einer Partnerschaft der Prozentsatz der sexuellen Aktivität achtmal so hoch wie in der Gruppe ohne Partner. Zudem ist anzumerken, dass die sexuelle Aktivität sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit zunehmendem Alter offensichtlich abnimmt. Neben einer vorhandenen Partnerschaft hat auch der subjektive Gesundheitszustand Auswirkungen auf die Zufriedenheit mit der Sexualität. Je besser die Beurteilung des eigenen Gesamtgesundheitszustandes ist, desto höher ist auch die Zufriedenheit mit der Sexualität. Das Alter spielt nach Meinung von Klaiberg et al.³⁰ bei Frauen für die Zufriedenheitseinstellung keine bedeutsame Rolle. Hingegen äußern Männer mit zunehmendem Alter Unzufriedenheit über ihre Sexualität. Soziodemographische Variable wie Wohnsitz, Bildung, Kirchenzugehörigkeit, Urbanität und Haushaltseinkommen sind nicht signifikant bei der Vorhersage der Zufriedenheit mit der Sexualität.

Die Sexualität im Altersprozess ist, genauso wie das Altern überhaupt, beeinflussbar und gestaltbar, so Rosenmayr³¹. Er sieht einen Zusammenhang zwischen einer gelebten Sexualität und einer Steigerung des produktiven Lebens im Alter. Er weist darauf hin, dass sexuell aktive ältere Personen wesentlich weniger depressiv sind und sozial stärker aktiv bleiben und werden. In dem Ausmaß, in dem Sexualität im Alter von der Gesellschaft nicht mehr prinzipiell abgewertet wird, entsteht aber auch die Gefahr überhöhter Erwartungen einzelner alter Menschen an sich selbst, einschließlich der daraus folgenden frustrierten Reaktionen. Dies zeigt, dass kulturelle Wandlungsprozesse auch neue Gefährdungen und Risiken mit sich bringen, so der Autor an dieser Stelle.

4. 3. 2 Emotionale Qualität der Partnerschaft

Nach Schultz-Zehden³² korreliert sowohl die sexuelle Lust als auch ein befriedigendes Sexualleben mit der Qualität der Partnerschaft und der Qualität des Sexuallebens in früheren

³⁰ vgl. Klaiberg A./Brähler E./Schumacher J.: Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In: Berberich H./Brähler E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), S. 105-127

³¹ vgl. Rosenmayr, L. in: Altern im Lebenslauf (1996), S. 105-107

³² vgl. Schultz-Zehden, B.: Sexualität im Alter – ein tabuisiertes Thema. In: Kuhlmeier, A./Rosemeier, H.P./Rauchfuß: Tabus in Medizin und Pflege (2005), S. 223-230

Jahren, wobei die sexuelle Befriedigung nicht primär von der Quantität der Aktivitäten, sondern der Qualität der sexuellen Begegnung abhängig gemacht wird. Die Abnahme der Häufigkeit des sexuellen Verkehrs mit zunehmendem Alter verliert an Wichtigkeit, die Zärtlichkeit in der Sexualität, im Hinblick darauf, sexuelle Lust zu entwickeln, gewinnt an Bedeutung.

Besonders Frauen fühlen sich durch den Wegfall der monatlichen Regelblutungen und der Menstruationshygiene, sowie der Angst vor unerwünschten Schwangerschaften und der Befreiung von Verhütungsproblemen entlastet und freier in ihrer Sexualität. Eine nicht unbedeutende Rolle spielen der Auszug der Kinder aus dem Elternhaus und eine als glücklich eingeschätzte Partnerschaft mit wenigen Sexualproblemen in der Vergangenheit. Diese Frauen haben gelernt, ihr Sexualleben zufriedenstellend zu gestalten und es mit größerer Wahrscheinlichkeit auch noch mit zunehmendem Alter genießen zu können.

Vor allem jene Frauen, die eine positive Einstellung zur Sexualität und Interesse an sexuellen Aktivitäten zeigen, erleben auch im Alter sexuelle Freuden. Nicht die Quantität, sondern die Qualität der sexuellen Begegnung rückt in den Vordergrund. Schultz-Zehden³³ spricht über einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstannahme und positiver Haltung dem eigenen Körper gegenüber und einer als befriedigend erlebten Sexualität. Voraussetzung sind sowohl ein stabiles Selbstwertgefühl, als auch ein Partner, der die Frau und ihren Körper in sexueller Hinsicht wertschätzt. Derart positive Sexualerfahrungen helfen älteren Frauen und Männern, sich nicht durch negative gesellschaftliche Wertmaßstäbe einengen zu lassen.

Dass sich emotionale Beziehung und sexuelle Beziehung gegenseitig beeinflussen, ist aus Paartherapien bekannt. Laut von Sydow³⁴ sind die Forschungsergebnisse zu statistischen Zusammenhängen zwischen emotionaler Beziehungsqualität und Sexualität allerdings inkonsistent, was darauf hindeutet, dass die Wechselbeziehung zwischen beiden Komponenten komplex und zum Teil antagonistisch ist. Es gibt z. B. emotional gestörte Beziehungen mit lustvoller Sexualität, ebenso wie emotional sehr freundliche Beziehungen ohne jede Sexualität.

³³ vgl. Schultz-Zehden, B.: Sexualität im Alter – ein tabuisiertes Thema. In: Kuhlmeier, A./Rosemeier, H.P./Rauchfuß: Tabus in Medizin und Pflege (2005), S. 223-230

³⁴ vgl. von Sydow, K.: Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter – die weibliche Perspektive. In: Berberich, H./Brähler, E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), S.96

Besonders deutlich treten sexuelle Probleme in folgenden Situationen auf:³⁵

- *„wenn Konflikte aus anderen Lebensbereichen (z.B. Haushalt, Kinder Zeiteinteilung) ungelöst schwelen und „auf die Sexualität ausstrahlen“;*
- *wenn Paare einander so sehr verletzt haben, dass ihnen die Lust und der Mut zu körperlicher und seelischer Intimität abhanden gekommen ist;*
- *wenn Partner emotional so nah miteinander leben, dass ihnen die Neugier und das sexuelle Interesse abhanden kommt (z. B. Paare, die alles gemeinsam machen und sich gegenseitig mit „Mutti“ und „Papi“ anreden);*
- *Probleme mit der Bewältigung ernster Erkrankungen;*
- *Schüchternheit/Scheu, die eigenen sexuellen Bedürfnisse zu zeigen“.*

4. 3. 3 Auswirkungen sexueller Aktivität auf Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

Auf der Basis von Daten einer Studie von Kolland und Rosenmayr³⁶ 2002 kann festgestellt werden, dass zwischen Einschätzung der eigenen Gesundheit und der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Sexualleben eine positive Korrelation erkennbar ist, d. h., dass es einen Zusammenhang zwischen einem sehr positiven Gesundheitsempfinden und der Zufriedenheit mit der sexuellen Aktivität gibt. Demnach ist sexuelles Erleben mitverantwortlich für ein positives Körpererleben. Aus den erhobenen Daten ist auch abzulesen, dass ältere Menschen ein positives Selbstbild und ein positives Lebensgefühl aufweisen, wenn Sexualität für sie von großer Bedeutung ist. Diese Daten belegen weiters, dass eine günstige Bewertung der Sexualität, unabhängig vom Gesundheitsempfinden, einen positiven Einfluss auf das Lebensgefühl hat und dass bei positivem Gesundheitsempfinden der Einfluss stärker ist als bei einem ungünstigen Gesundheitsempfinden. Wird die eigene Gesundheit als ungünstig eingestuft, so zeigt das negative Auswirkungen auf die Sexualität und in der Folge auch auf das Lebensgefühl. An anderer Stelle weist Rosenmayr³⁷ noch einmal auf den positiven Zusammenhang zwischen gelebter Sexualität und Lebensqualität hin, wenn er meint, dass durch mehr Kenntnis über sich selbst und den Partner enorme Gewinne an Gefühlen der Nähe

³⁵ vgl. von Sydow, K.: Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter – die weibliche Perspektive. In: Berberich, H./Brähler, E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), S.97

³⁶ vgl. Kolland, F./Rosenmayr, L.: Sexualität und Lebensqualität im Alter(n). In: Lust und Liebe – Sexualität im Alter. Die Grünen 50Plus (Hrsg.), (2006), S. 31 u. 32

³⁷ vgl. Rosenmayr, L.: Altern im Lebenslauf (1996), S.106

und wechselseitiger Lusterfüllung entstehen können. Dies bedeutet, dass der Liebe und den gemeinsamen Aktivitäten ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Aus medizinischer Sicht zeigt sich, dass sexuell aktive ältere Menschen nicht nur weniger depressiv sind, sondern auch sozial stärker aktiv und produktiver sind.

4. 4 Einfluss der sexuellen Biografie älterer Menschen

Bei derzeit lebenden älteren Menschen spielt die Lebensbiografie in ihrer Sexualität eine bedeutende Rolle. Sie sind in einer Zeit aufgewachsen und erzogen worden, in der andere sexuelle Leitbilder galten als die heute üblichen. Ihre Haltung gegenüber Sexualität wird beeinflusst von den Erfahrungen, die sie in ihrer Kindheit, als junger Mensch und in mittleren Jahren gemacht haben. Die biografischen Erlebnisse wirken sich zum Teil bis ins mittlere und hohe Alter aus. Die meisten Menschen eignen sich zwar im Lauf ihres Lebens mehr und mehr Informationen über Sexualität an und werden auch in moralischer Hinsicht toleranter, die wenigsten aber können oder wollen über ihren Schatten springen und ihr Wissen anwenden. Man kann also sagen, dass es auch heutzutage für ältere Menschen schwierig ist über Sexualität zu sprechen, manchmal vielleicht auch deshalb, weil sie darüber doch zu wenig umfangreich informiert sind.

Die moralischen Standards älterer Menschen sind nur in wenigen Fällen so streng, dass sie Sexualität nur zur Zeugung tolerieren. Bestimmt wird die gemeinsame Sexualität in Partnerschaften heute alter Menschen meistens von den Männern. Dies ist zurückzuführen auf das Alter und auf die Biografie bzw. die zeitgeschichtlichen Einflüsse, die diese geprägt haben.³⁸

Beeinflusst durch die Frauenbewegung, die Pille und die so genannte „sexuelle Revolution“ in den 1960er Jahren hat sich die Haltung vieler Menschen zur Sexualität Erwachsener deutlich verändert. Eine Teil der älteren Menschen hat jedoch an der Sicht ihrer Kindheit und Jugend festgehalten und im Alter massive Schuldgefühle wegen Selbstbefriedigung oder sogar ehelicher sexueller Kontakte nach den Wechseljahren.³⁹

³⁸ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.47

³⁹ vgl. von Sydow, K.: Sexuelle Probleme im höheren Lebensalter – die weibliche Perspektive. In: Berberich, H./ Brähler, E.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), S.96-97

4. 4. 1 Keine oder unzureichende Aufklärung über Körper und Sexualität

Die Sexualerziehung der im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts geborenen Menschen war geprägt durch ein Totschweigen der körperlichen Abläufe. In einer von von Sydow⁴⁰ durchgeführten Studie über 1895 bis 1936 geborenen Frauen haben 44 % der Probandinnen ihre Eltern und Geschwister niemals unbekleidet gesehen. Befragt über Aufklärung bewerteten sie diese zu 1 % als gut, zu 15 % als ausreichend und zu 54 % als unzulänglich. 30 % gaben an, keinerlei adäquate Informationen über Schwangerschaft, Geburt, Menstruation und Zeugung/Sexualität erhalten zu haben. Viele Frauen haben davon erst sehr spät in ihrem Leben erfahren. 37 % der Befragten erlebten ihre erste Menstruationsblutung als sehr beängstigende Erfahrung. Blut war für sie gleichbedeutend mit Krankheit, da sie auch von der Menstruation der erwachsenen Frauen nie etwas bemerkt hatten. Diese Frauen haben oft nicht gelernt, über Sexualität und ihre Ängste zu sprechen; nicht mit ihren Eltern, aber auch nicht mit älteren Geschwistern.

Viele Frauen, die vor der Ehe Geschlechtsverkehr hatten, waren sich nicht bewusst, dass das zu einer Schwangerschaft führen könne. Manche Frauen hingegen hatten große Angst vor einer vorehelichen, ungewollten Schwangerschaft. Manchmal jedoch waren diese Befürchtungen unbegründet und nur durch mangelhafte Informationen ausgelöst, denn 11 % aller Befragten gaben an, eine Schwangerschaft könne durch Küsse oder Auf-dem-Schoß-Sitzen verursacht werden.

Erst nach und nach haben sich die meisten Männer und Frauen von dieser Unwissenheit befreit, stark beeinflusst von van de Veldes⁴¹ Aufklärungsfilm „Die vollkommene Ehe“ und von der so genannten „sexuellen Revolution“ der 1960er Jahre, die zu einer explosionsartigen Vermehrung von Illustrierten und Filmen führte. Von Sydow⁴² ist der Ansicht, dass manche Menschen sich dennoch mit dieser Thematik wenig beschäftigt haben und selbst im Alter von 80 oder 90 Jahren kaum über ihren eigenen Körper und seine sexuellen Reaktionen Bescheid wissen. Sie stellt auch einen Zusammenhang zwischen der Aufklärung in jungen Jahren und der Sexualität im Alter von 50 Jahren her: *„Frauen, die relativ frühzeitig aufgeklärt wurden, sind in mittleren Jahren stärker sexuell interessiert und genießen sexuelle Aktivität mehr als andere – das Ausmaß der sexuellen Aktivität wird hiervon jedoch nicht beeinflusst.“*

⁴⁰ vgl. von Sydow, K. in: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.47-50

⁴¹ Thodoor van de Velde (holländischer Gynäkologe): 1926 erschien das Buch „Die vollkommene Ehe“ (von der röm. kath. Kirche auf die Liste der verbotenen Bücher gesetzt), als Aufklärungsfilm 1968 in Deutschland gezeigt.

⁴² vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.50

Sie vermutet, dass dieser Effekt auch für das höhere Erwachsenenalter und für Männer gilt.

4. 4. 2 Religiöse und moralische Einschränkungen

Die Beziehung zwischen Sexualität und Religion wird laut Aussage von Sydow⁴³ durch den Grad des religiösen Engagements mitbestimmt. Ob die Art der Konfession auch in Zusammenhang mit der Sexualität steht, wurde jedoch kaum überprüft. Für Männer und Frauen mit hohem religiösen Engagement wird sexuelle Aktivität meist nur innerhalb der Ehe ausgeübt, hingegen bei keinem oder niedrigem religiösen Engagement werden homosexuelle/lesbische Kontakte, Selbstbefriedigung, voreheliches Petting, vor-, außer- und nachehelicher Geschlechtsverkehr beschrieben. In Bezug auf sexuelle Aktivitäten lassen sich genderspezifische Unterschiede feststellen, d. h., bei Männern, nicht aber bei Frauen, besteht ein Zusammenhang zwischen Religion und ehelichem Geschlechtsverkehr oder dem Auftreten von Orgasmusträumen. Bezogen auf die sexuelle Aktivität nimmt diese bei sehr religiösen Frauen mit zunehmendem Alter tendenziell stärker ab als bei weniger religiösen. Dies betrifft aber nicht nur die sexuelle Aktivität, sondern auch das sexuelle Interesse und den sexuellen Genuss. Von Sydow vermutet, dass Ähnliches auch auf Männer zutrifft und sieht die Ursache in einer stark religiösen Erziehung bereits im Kindesalter. Im Gegensatz zu heute war der Einfluss der christlichen Religionen und ihrer traditionell christlichen Ethik besonders zu Beginn des 20. Jahrhunderts von prägender Bedeutung.

Besonders verbreitet waren folgende Ideale:⁴⁴

- *„Als höchstes Gut gilt Keuschheit und Jungfräulichkeit, Ehe nur als Kompromiß.*
- *Die einzige Form der Sexualität, die toleriert wird, ist der Zeugungsakt. Bei diesem Geschlechtsakt ist nur eine „Minimallust“ zugelassen. Empfängnisverhütung ist bis heute in der katholischen Kirche weitgehend verboten (der Papst lehnt sogar zur AIDS-Prophylaxe Kondome ab!).*
- *Geschlechtsverkehr darf ausschließlich innerhalb der Ehe stattfinden, vor-, außer- und nacheheliche Sexualität ist streng verboten.*
- *Diese Sichtweise impliziert natürlich, dass ältere Menschen sexuell enthaltsam leben sollten, da zumindest die Frauen keine Kinder mehr bekommen können.*

⁴³ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S. 50-53

⁴⁴ vgl. ebenda S.50-53

- *Jede Form der nicht dem Zeugungsakt dienenden Sexualität wird sanktioniert. Besonders stark werden Selbstbefriedigung und Homosexualität abgelehnt. Sexuelle Kontakte unter Gleichgeschlechtlichen galten lange Zeit als Todsünde, gegen die nur Beichte, Buße und mitunter die Todesstrafe helfen kann“.*

Sexualität wurde nur in einer bestimmten Lebensspanne als angemessen angesehen, nämlich während der jungen Ehejahre, nicht im Kindes- und Jugendalter, nicht im reiferen Erwachsenenalter. Ebenso war Sexualität während der Menstruation, der Schwangerschaft und während, sowie nach den Wechseljahren, verboten. Auswirkungen der religiösen Erziehung auf die Sexualität sind besonders bei Frauen in Bezug auf sexuellen Genuss und sexuelles Interesse feststellbar. Zu Beginn des letzten Jahrhunderts galt eine Frau als krank, wenn sie Freude am ehelichen Geschlechtsverkehr - oder gar an einer außerehelichen Begegnung - hatte, so Perner.⁴⁵ Rückblickend ist es verständlich, dass Frauen von ihren Eltern verheiratet wurden, um zum einen die Tochter versorgt zu wissen und zum anderen einen Esser weniger im Hause zu haben. Liebe oder sexuelle Erfüllung spielten eine untergeordnete oder gar keine Rolle bei der Suche nach einem geeigneten Ehemann. Der Schwiegersohn bekam eine tüchtige, fleißige und vor allem gehorsame Frau. Für ihn galt allerdings die Doppelmoral: *„offiziell pflichtbewußte und anständige Familienväter, geheim jede Gelegenheit - Mägde, Dienstboten, Prostituierte, auch Kinder - ergreifende Lebemänner. Schwängernd. Ansteckend. Geschlechtskrankheiten waren weitverbreitet.“*

Beeinflusst wird die Alterssexualität auch stark von der katholischen Richtlinie, Geschlechtsverkehr nur zu erlauben, um ein Kind zu zeugen. Keuschheit und Treue hatten deshalb einen sehr hohen Stellenwert, da diese Attribute eine legitime Nachkommenschaft sicherten. Die Frau als Geschlechtswesen definierte sich damals ausschließlich über ihre Fortpflanzungsfähigkeit. Aber nicht nur die Katholische Kirche, sondern auch die NS-Zeit hat manche Menschen aus der heutigen alten Generation diesbezüglich sehr geformt. Sexualität diente dabei wiederum nur der Fortpflanzung: *„Der Führer braucht Soldaten“.*⁴⁶

⁴⁵ vgl. Perner, R.: Scham macht krank (1997), S.174f

⁴⁶ vgl. ebenda S.174f

4. 4. 3 Sexuelle Gewalterfahrung

In der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen erleben nach Meinung von Gill⁴⁷ lebenslang psychische Schmerzen mit schwerwiegenden Auswirkungen nicht nur auf ihr späteres Sexualleben, sondern auf ihr gesamtes Leben. Diese Frauen können nur schwer vertrauen, sich kaum verteidigen, haben Probleme sich anzupassen und verleugnen, verharmlosen oder rationalisieren den Missbrauch. Obwohl sie sich nur zum Teil an das Geschehene erinnern, löst diese Erinnerung Ärger, Wut, Scham und Angst aus. Ihr Selbstwertgefühl ist meist stark beeinträchtigt und ihre Fähigkeit, eine intime Beziehung zu einem Partner aufzubauen, ist oft vermindert. Um diese Erfahrungen verarbeiten zu können, müssen sich die Betroffenen von alten Verhaltensmustern lösen und lernen, mit Aggressionen und Konflikten konstruktiv und verantwortlich umzugehen. Nur wenn sie alte Schutzmechanismen aufgeben, können sie sich neue Möglichkeiten schaffen und sich der eigenen Kraft bewusst werden. Partner und ev. auch Geschwister sollen deshalb in den Entwicklungsprozess eingebunden werden. Haben sie den Missbrauch in der Familie erlebt, ist es für die Opfer besonders schwierig, sich von den Eltern zu lösen, da sie sich anstatt Schutz zu bekommen von ihnen nie geliebt fühlten.

All diese Aspekte spricht auch Grond⁴⁸ an. Er ist der Meinung, dass es durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter ebenso zu psychisch massiven Belastungen kommen kann. Beispiele dafür sind Vergewaltigung in der Ehe, von der Kirche lange als eheliche Pflicht bagatellisiert, genauso wie Vergewaltigungen durch Fremde und Zwangsprostitution, die oft nicht nur zu unerwünschten Schwangerschaften führten, sondern schweren, oft lebenslangen Selbstwertverlust zur Folge hatten. Die Wurzeln der sexuellen Gewalt sieht er zum Teil in der Erziehung. Mütter haben ihre Söhne patriarchal erzogen (z. B. Gewalt zu bagatellisieren), so haben viele Männer nie gelernt, über ihre Gefühle zu sprechen und erlebten als Kind selbst, wie der Vater die Mutter geschlagen hat. Im Gegensatz dazu wurden Frauen dazu erzogen, nachzugeben und die Opferrolle zu übernehmen. Ein Argument der Duldung dieser Verhaltensweisen sieht Grond unter anderem auch in der Abhängigkeit der Frauen. Zum einen waren sie früher mehr als heute finanziell abhängig, zum anderen waren sie auch emotional mehr an den Partner gebunden. Die heute alte Frau ließ alles über sich ergehen, weil sie Angst hatte, anderer körperlicher Gewalt schutzlos ausgeliefert zu sein. Zudem fühlte

⁴⁷ vgl. Gill, E.: Dem Schmerz entwachsen (2000), zitiert von Grond, E. In: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S.59

⁴⁸ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S.60-62

sie sich in der Opferrolle dem Partner moralisch überlegen („*Der Klügere gibt nach*“)⁴⁹, wertete ihn so ab, verursachte bei ihm Schuldgefühle und übte so auch auf ihn eine gewisse Macht aus.

Folgen der sexuellen Gewalterfahrung:⁵⁰

- Die Betroffene vermeidet Erinnerungen, weil sie eng mit Scham und Schuldgefühlen verbunden sind. Die Sexualität blieb oft Zeit ihres Lebens gehemmt.
- Auftreten von Angstzuständen: Angst vor Fixierung im Altenheim, vor Ohnmacht und Schutzlosigkeit in der Pflege.
- Intimpflege durch Männer kann Erinnerungen an Kriegserlebnisse oder Zwangsprostitution wachrufen.
- Erlebte Traumata können beim abendlichen Ausziehen panische Angst und aggressives Verhalten auslösen.
- Für manche Frauen kann das Heim alte Erinnerungen wachrufen, wenn Pflegende und Ärzte sie beherrschen, ihre Selbstbestimmtheit, ihre Privatheit eingeschränkt oder ihr Aufgaben entzogen werden, obwohl sie sich wehrt. Sie wird wieder zum Opfer.
- Chronische Schmerzen, besonders Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Muskelverspannungen oder Schwindel als körperliche Beschwerden bei Altersschwermut bleiben oft viele Jahre unerkannt.
- Aufdrängende Erinnerungen können Verwirrtheit und Gedächtnisstörungen hervorrufen, die als Demenz diagnostiziert werden. Für die Betroffene bedeutet dies aber Angstbewältigung.
- Das jahrelange Verdrängen von Gewalterfahrungen kann zu Depressionen mit apathischem Rückzug führen, ohne erkannt zu werden.
- Verfolgungswahn, ausgelöst bei der Intimpflege durch Männer, beim Verabreichen von Zäpfchen, beim Einführen eines Katheters, bei einem Einlauf, verursacht bei der missbrauchten Frau Angst.

Da sexuelle Gewalterfahrungen zu schweren Kränkungen und Verletzungen der Psyche führen, schlägt Grond⁵¹ für Pflegepersonen folgendes Verhalten vor:

⁴⁹ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S.60

⁵⁰ vgl. ebenda S.61f

Um eine vertrauensvolle Beziehung und eine Basis für ein offenes Gespräch aufzubauen und um über Erinnerungen und Gefühle sprechen zu können, sind die Selbstpflege im Intimbereich und die Selbstbestimmung bis zuletzt zu ermöglichen und zu respektieren. Bei psychischen Auffälligkeiten alter Frauen, besonders bei Aggressionen und Depressionen sollten die Pflegenden immer auch an durchlebte Traumata denken, da Frauen, die den Missbrauch verdrängt haben, noch im Alter an den Folgen der sexuellen Gewalterfahrung leiden.

Anzumerken wäre, dass auch Männer betroffen sein können, jedoch ist auffällig, dass besonders Frauen in sexueller Hinsicht missbraucht und misshandelt wurden. Täter sind fast ausschließlich Männer.

4.5 Homosexualität im Alter

Allgemein ist heute das Thema Homosexualität kein Tabu mehr. Die Akzeptanz von homosexuellen Menschen ist jedoch in gesellschaftlichen Bereichen, ländlichen Regionen und in Städten, sowie in den Generationen sehr unterschiedlich. Jugendliche gehen mit Schwulen und Lesben meist unbefangener um als die ältere Generation. Trotz der heutigen Toleranz gegenüber Homosexuellen ist auffällig, dass in den Medien fast ausschließlich über Homosexuelle unter 40 Jahren berichtet wird.

Ich glaube, dass Ringel⁵² Recht hat, wenn er dafür eintritt, dass Menschen, die in der Sexualität ein von der „Norm“ abweichendes Verhalten zeigen, dennoch anzunehmen sind. Aus heutiger Sicht hat Homosexualität nichts mehr mit einer abnormen Veranlagung oder einer hormonellen Entgleisung zu tun. Ringel weist auf familiär gegebene Konstellationen (z. B. das Fehlen des gleichgeschlechtlichen Elternteils oder eine Ablehnung des Geschlechts des Kindes durch die Eltern) hin, die ein Kind veranlassen, das ihm von Geburt an zugewiesene Geschlecht psychologisch nicht zu bejahen. Ringel betont auch die Wichtigkeit von Respekt und Verständnis anstatt herablassender Toleranz. Jedoch ist Ringel's Ansicht zum Einfluss der Familiensituation auf die sexuelle Ausrichtung eines Kindes aus heutiger Sicht zu hinterfragen.

⁵¹ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 62

⁵² vgl. Ringel, E.: Die österreichische Seele (1984, Neuauflage 2005), S.165 u. 166

4. 5. 1 Definition des Begriffes „Homosexualität“

Homosexualität ist das Geschlechtsempfinden, das auf das eigene Geschlecht gerichtet ist.⁵³

4. 5. 2 Historischer Einfluss auf das Leben Homosexueller im Alter

Um alte Schwule und Lesben zu verstehen, muss man berücksichtigen, welche Zeit sie durchlebten. Früher gab es für Homosexuelle kaum Möglichkeiten, ihre Sexualität offen zu leben. Die christlichen Kirchen haben von einer Sünde wider die Natur gesprochen. Von der Sexualforschung und der Psychoanalyse wurden die Homosexuellen als krankhaft stigmatisiert, als pervers und persönlichkeitsgestört diagnostiziert und als abnorm abgestempelt. Während der NS-Zeit erlebten sie Verfolgung und Diskriminierung und viele von ihnen kamen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung in Konzentrationslager.

Was die Rechtslage betrifft, so waren (und sind zum Teil heute noch) Homosexuelle lange Zeit benachteiligt:⁵⁴ In Österreich gab es bis 1971 ein totales Verbot für Homosexualität. Das so genannte „Werbeverbot“, aufgrund dessen man nicht positiv über Homosexualität sprechen durfte, sowie das Versammlungsverbot für Homosexuelle wurden erst 1996 außer Kraft gesetzt. Erst 2002 wurde das Gesetz, das ein ungleiches Schutzalter bei männlicher Homosexualität festgeschrieben hatte, aufgehoben.

Dies bedeutete für gleichgeschlechtlich empfindende Menschen ein Klima von Angst und Schrecken.

Lebensrealitäten, die lesbische und schwule SeniorInnen erlebt haben, sind geprägt von der Kriegs- und Nachkriegszeit, im Besonderen durch die schreckliche Verfolgung während der NS-Zeit. Junge Männer wurden Ersatzpartner für ihre Mütter. Es gab für sie kein öffentliches Ritual, sich von der Herkunftsfamilie zu lösen, wie es die Ehe für Heterosexuelle war. Viele flüchteten sich in eine Schutzehe oder begingen Selbstmord. Persönliche Empfindungen und Bedürfnisse mussten zurückgestellt und verschwiegen werden, was sehr oft zu fehlenden sozialen Einbindungen und in der Folge zu Isolation, Verzweiflung und Einsamkeit führte. Es war für sie fast unmöglich, mit Gleichgesinnten in Kontakt zu kommen. Das führte oft zu verborgener Sexualität, z. B. mit Strichern und in der Folge zu Angst vor Denunziation und Erpressung.

⁵³ vgl. DUDEN Das Fremdwörterbuch (1990), S. 316

⁵⁴ vgl. Wahala, J.: Homosexualität und Alter. In: Die Grünen 50Plus(Hrsg.): Lust und Liebe – Sexualität im Alter (2006), S. 16-22

Was die Situation homosexueller SeniorInnen in Österreich angeht, so ist zu sagen, dass mit der steigenden Lebenserwartung in der Folge auch die Anzahl der älteren Lesben und Schwulen zunimmt. Wahala⁵⁵ ist wohl zuzustimmen, wenn er anmerkt, dass trotz rechtlicher Verbesserungen die weiterhin vorherrschende Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung auf die Lebensgestaltung insbesondere älterer Lesben und Schwulen konkrete Auswirkungen hat. Von der lesbisch-schwulen Emanzipationsbewegung profitieren nur jüngere Homosexuelle. Sie zeigen zunehmend ein Selbstbewusstsein und pflegen soziale Kontakte innerhalb der lesbisch-schwulen Community. Ältere Homosexuelle sind gerade durch den in der Schwulenszene gelebten „Jugendwahn“ ausgeschlossen. Dies betrifft sowohl die Lokalszene, als auch die in den letzten Jahren zunehmende Internet-Szene. Die Generation, die in den Jahren zwischen 1930 bis 1971 aufgewachsen ist und massive Diskriminierung, lebensbedrohliche Gewalt und strafrechtliche Verfolgung erlebt hat, empfindet die Begriffe „lesbisch“ und „schwul“ immer noch als Schimpfwörter.

Lesben und Schwulen, die diese Zeit erlebt haben, gelang es und gelingt es oft bis heute nicht, ihre Homosexualität zu leben, sie anzunehmen und entsprechende Wünsche und Bedürfnisse ihrer Umwelt mitzuteilen. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen und Erlebnisse ist es verständlich, dass eine große Angst besteht, in einem Abhängigkeitsverhältnis, wie die Pflegesituation eines darstellt, erneut einen Teil ihrer Identität verheimlichen zu müssen, so Wahala.⁵⁶

Eine 2005 am Institut für Soziologie an der Universität Wien durchgeführte Studie⁵⁷ über „Religion und Kirche“ macht deutlich, dass sich alle untersuchten Gruppen (Atheisten, Taufscheinchristen, soziale Kirchengänger, Spirituelle, moderate Gläubige und Traditionelle) von den, von der katholischen Kirche eingeforderten, Werthaltungen entfernen. In Bezug auf Homosexuelle bedeutet dies nach Datler et al.⁵⁸, dass die Eheschließung zwischen Homosexuellen schlimmer empfunden wird als die sexuelle Beziehung zwischen Erwachsenen gleichen Geschlechts. Die Möglichkeit einer Adoption von Kindern durch Homosexuelle wird von den Befragten durchgängig noch etwas stärker abgelehnt. Angehörige von religiösen Gruppen lehnen Homosexualität deutlicher ab als Angehörige

⁵⁵ vgl. Wahala, J.: Homosexualität und Alter. In: Die Grünen 50Plus (Hrsg.): Lust und Liebe - Sexualität im Alter (2006), S. 16-22

⁵⁶ vgl. ebenda S. 16-22

⁵⁷ vgl. Datler, G./Kerschbaum, J./Schulz, W. : SWS-Rundschau (45.Jg.) Heft 4/2005, S.1-23

⁵⁸ vgl. ebenda S. 21-23

nicht religiöser Gruppen. Oben angeführte Autoren weisen darauf hin, dass die katholische Kirche nach wie vor eine strikte ablehnende Haltung gegenüber Homosexualität vertritt.

4.6 Gelebte Sexualität

Partnerschaft ist eine lebenslange Aufgabe. Wird Partnerschaft als eine solche wahrgenommen, so besteht nach Cyran⁵⁹ auch die Möglichkeit einer lebenslangen Entwicklung. Paaren, denen es in früheren Lebensjahren nicht gelungen ist, Konflikte und Auseinandersetzungen zu verarbeiten, wird es nicht möglich sein, eine beglückende sexuelle Beziehung im Alter zu erleben. Dies bedeutet, dass die Fähigkeit, Konflikte zu bereinigen und auszutragen, ist eine Voraussetzung und Vorbereitung für ein harmonisches Intimleben im Alter ist.

Inwiefern sich Sexualität im Alter ändert, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Hornung⁶⁰ kommt in einer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass der Partnerstatus eine der wichtigsten Determinanten für den Rückgang der sexuellen Aktivität darstellt. Menschen, die in einer festen Partnerschaft leben, sind nachweislich sexuell aktiver. In diesem Zusammenhang lässt sich auch der stärkere Rückgang der sexuellen Aktivitäten bei Frauen erklären, da deren Lebenserwartung höher ist als die der Männer ist, und dies zu einem Mangel an sexuellen Partnern im höheren Alter führt. Zudem spielt die unterschiedlich ausgeprägte gesellschaftliche Akzeptanz und Toleranz gegenüber einem sexuell aktiven älteren Mann und einer sexuell aktiven älteren Frau eine nicht unwichtige Rolle. Ebenso beeinflussen die biografische Prägung der Sexualität, die persönliche Bedürfnis- und Beziehungsgeschichte, insbesondere aber das Erleben der eigenen Geschlechtlichkeit als Mann oder Frau das sexuelle Interesse und die sexuelle Aktivität in einem nicht unwesentlichen Ausmaß. Vielfach wird aber unterschätzt, dass im Alter wesentliche, besonders durch Erziehung geprägte Persönlichkeitsmerkmale vom Partner anders, mitunter unangenehmer als in früheren Jahren wahrgenommen werden, so Stolz⁶¹. Beeinflusst werden diese Probleme stark durch das ungewohnte dauernde Zusammensein ab dem Eintritt ins Pensionsalter und durch die sinkende Bereitschaft, mit Kritik vom Partner oder der Partnerin

⁵⁹ vgl. Cyran, W./Halhuber, J.: Erotik und Sexualität im Alter (1992), S. 38 u. 39

⁶⁰ vgl. Hornung, R.: Determinanten der sexuellen Aktivität und Zufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte.
<http://www.altern.de/sexualitat-im-alter/alte-menschen-sind-nicht-asexueller/...> 10.08.2010

⁶¹ vgl. Stolz, H.: Alte Liebe rostet nicht. Liebe, Sex und Partnerschaft im Alter. In: PFLEGE AKTUELL 1/2002 S.16-18

konstruktiv umzugehen. Einen wesentlichen Grund für Probleme in der Partnerschaft sieht Stolz im Ausscheiden aus dem Berufsleben, da der gegenseitige Kontakt schlagartig zunimmt, die Bereitschaft zur partnerschaftlichen Kritik allerdings nachlässt. Kinder, die oft die stärkste Bindung zwischen den Partnern waren, sind aus dem Haus, d. h., sie beeinflussen die Partnerschaft nur mehr begrenzt. Sexuelle Bedürfnisse der Eltern werden von ihnen nicht, oder meist nur abschätzend wahrgenommen. Gemeinsame Langeweile, familiäre Routine, beengte Wohnverhältnisse oder nur ein einziges Zimmer im Altenheim führen nicht selten zum Erlöschen der sexuellen Aktivität. Aus einstigen Liebessehen werden mehr oder weniger nette Kameradschaftsehen, Sex oft nicht mehr inkludiert. Liebe zeigt sich dann vor allem in der Kompromissbereitschaft und in der Fähigkeit und Bereitschaft, zurückzustecken, auch wenn man glaubt, im Recht zu sein. Nähe, Geborgenheit, Vertrauen, gegenseitige Hilfe und Aufmerksamkeit stehen im Vordergrund.

Zapotoczky⁶² ergänzt die oben angeführten Eigenschaften für eine befriedigende Partnerschaft noch und stellt die Seele in den Mittelpunkt. Er sagt: „ *Je älter ein Mensch wird, umso mehr entfernt sich seine Sexualität von der Stimulusorientierung und wendet sich den erotischen Bedürfnissen zu – den eigenen, wie denen des Partners.*“ Zärtliche Aktivität, Zufriedenheit, Verständnis auch in sexuellen Belangen, Emotionalität und Vertrauen rücken in den Vordergrund des Interesses. Dieses Verlangen nach Intimität kann sich ausdrücken in längerem Vorspiel und verlängertem Nachspiel bei sexuellen Aktivitäten. Es geht also nicht nur um Geschlechtsverkehr, manuelle genitale Stimulation und orale Kontakte, sondern um Offenheit, Zärtlichkeit und um Umarmungen. Zapotoczky spricht in diesem Zusammenhang auch von seelischen Umarmungen. Diese Intimität ist eingebunden in eine Anzahl und Vielfalt von Wünschen, Träumen und realen Beziehungsstrukturen.

4. 6. 1 Auswirkungen emotionaler Probleme und belastender Situationen auf das Sexualleben

Vielen Menschen, die traumatisiert sind, und/oder die aus lebensgeschichtlichen Erfahrungen heraus das Vertrauen zu anderen Menschen verloren haben, ist es oft unmöglich, liebevolle Regungen zuzulassen. So werden z. B. sexuelle Dysfunktionen nach der Theorie von Perner⁶³ weitgehend seelischen Zuständen von Angst oder Aggression zugeordnet. Wie aus der

⁶² vgl. Zapotoczky, H. G.: Alter und Sexualität. In: Grundlagen der Geriatrie (2003), S.211

⁶³ vgl. Perner, R.: Liebe macht gesund (2004), S. 61-65

Biografie vieler alter Menschen erkennbar, wird der Grundstein für ihre sexuellen Probleme bereits in der Kindheit und Jugend gelegt. In die Überlegungen einzubeziehen ist aber auch die patriarchale Erziehung der Söhne, eine Erziehung, die die Frauen in die Opferrolle gedrängt hat, d. h., sie gelehrt hat, immer nachzugeben. Dies erzeugte in der Folge häufig ein instabiles Selbstwertgefühl, das es schwierig machte, den anderen so sein zu lassen wie er ist und nicht, wie ein Elternteil in der Herkunftsfamilie, zu versuchen, den anderen den eigenen Erwartungen anzupassen. In der Folge fühlt sich der eine abgelehnt, der andere bedrängt.

Viele Männer, seltener Frauen, sind unfähig, die Grenzen in der sexuellen Vereinigung zu ertragen, so Perner⁶⁴ weiter. Besonders wichtig sind das gegenseitige Vertrauen, das Interesse und das Bedürfnis, über derartige Probleme miteinander zu sprechen. Die Unfähigkeit aber, die eigenen Erwartungen und Gefühle zum Ausdruck zu bringen, macht es dem Partner häufig unmöglich, diese zu erkennen und bei seinem eigenen Verhalten zu berücksichtigen. Dies führt dazu, dass es dem Partner übel genommen wird, wenn er sich nicht so verhält, wie es erwartet wird. So kommt es zu Spannungen und Enttäuschungen, die eine beglückende intime Begegnung unmöglich machen. Bei Auftreten solcher Probleme scheint es sinnvoll, gemeinsam eine Beratung aufzusuchen. Ein verständnisvoller Berater hilft, das, was oft jahrzehntelang unausgesprochen blieb, endlich auszusprechen oder eine bestehende Angst vor sexuellem Versagen bei Mann oder Frau abzubauen.

4. 6. 2 Masturbation

Die moralische Sicht zum Thema sexuelle Selbstbefriedigung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten entscheidend geändert. Geprägt durch jüdisch-christliche Moraleinstellungen wurde und wird Selbstbefriedigung als Sünde verdammt. Der von Papst Johannes Paul II. approbierte und von Benedikt XVI. weiter beworbene „Katechismus der Katholischen Kirche“⁶⁵ brandmarkt Masturbation noch immer als eine schwere ordnungswidrige Handlung. Allerdings werden Milderungsgründe angeführt, die man gegenüber Masturbationssündern und -sünderinnen bezüglich einer moralischen Beurteilung geltend machen kann:

- affektive Unreife
- die Macht eingefleischter Gewohnheiten

⁶⁴ vgl. Perner, R.: Liebe macht gesund (2004), S. 133

⁶⁵ <http://www.50plus.at/sexualitaet/selbsbef.htm> 06.04.08

- Angstzustände
- psychische und gesellschaftliche Faktoren

Im Gegensatz zur Katholischen Kirche sehen Sexualtherapeuten und Ärzte die Selbstbefriedigung als ein wichtiges Instrument um Spannungen abzubauen und den Hormonhaushalt zu regulieren und so zum körperlichen Wohlbefinden beizutragen.

Eine 2001 von der Universität Koblenz-Landau durchgeführte Studie⁶⁶ zeigt, dass 87 Prozent der Befragten in der Masturbation keine Ersatzhandlung sehen, sondern eine eigenständige Form von Sexualität.

Von Sydow⁶⁷ weist ebenfalls darauf hin, dass dieses mehr als 5000 Jahre alte Tabu, das vom Christentum geprägt wurde, teilweise durch Drohungen sozialer und medizinischer Art (Gehirnabbau, Schizophrenie, etc.) verstärkt wurde. Sogar Sigmund Freud⁶⁸, der in vielerlei Hinsicht revolutionär neue Sichtweisen der Sexualität propagierte, hat Selbstbefriedigung vollkommen abgelehnt, weil er davon überzeugt war, dass diese Praktik zu psychischen Störungen, Impotenz, Kinderlosigkeit und Frigidität führe.

Die moralische Bewertung der Selbstbefriedigung bei älteren Menschen bezeichnet von Sydow⁶⁹ als uneinheitlich. Sie ist der Ansicht, dass besonders die BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen diese Praktik stark ablehnen und sie als Sünde und Gefahr für ihre Gesundheit sehen. Oft sind damit Scham- und Schuldgefühle, Ekel und Ängste verbunden. Gerade bei älteren Menschen sitzen diese Moralvorstellungen noch tief.

Das Thema Masturbation führt uns auch zurück zu Generationsbesonderheiten. Eine von Schmidt und Matthiesen⁷⁰ 2002 durchgeführte Studie unterscheidet zwischen der „vorliberalen Generation“ (befragt wurden 60-Jährige – Jahrgang 1942, die ihre Jugend in den späten 1950er Jahren und frühen 1960er Jahren erlebten) und der „Generation der sexuellen Revolution“ (um 15 Jahre später geborene Generation). Die meisten 60-Jährigen, Männer ebenso wie Frauen, lehnen die Masturbation in festen Beziehungen ganz ab oder akzeptieren sie bestenfalls als Ersatz, wenn der Geschlechtsverkehr in der Partnerschaft nicht häufig genug ist. Für einen Großteil der 45-jährigen Männer und Frauen ist die Masturbation

⁶⁶ vgl. <http://www.menshealth.de/sex/penis/masturbation-ist-gesund.18074.htm> 06.04.08

⁶⁷ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.107-109

⁶⁸ vgl. Freud, S.: zitiert nach von Sydow, K. In: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.107

⁶⁹ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), S.107-108

⁷⁰ vgl. Schmidt, G./Matthiesen, S.: Spätmoderne 60-Jährige. In: Brähler, E./Berberich, H. (Hrsg.): Sexualität und Partnerschaft im Alter (2009), S. 157ff

hingegen eine eigene Form der Sexualität, die auch dann praktiziert werden kann, wenn der partnerschaftliche Sex häufig und befriedigend ist. Schmidt und Matthiesen schließen aus diesen Einstellungen zur Selbstbefriedigung, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zumindest teilweise kulturell beziehungsweise generationsbedingt sind.

5. Beeinflussung von sexuellem Erleben im sozialen Kontext

5.1 Genderspezifische Unterschiede

Mit zunehmendem Alter kommt es, vor dem Hintergrund der persönlichen sexuellen Biografie, der gesellschaftlichen Normen und Rollenerwartungen, für beide Geschlechter zu einschneidenden körperlichen und psychosozialen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Sexualität der einzelnen Partner. Die Art und Weise, wie sich die Wandlungen im Bereich der Sexualität vollziehen, sind abhängig vom Geschlecht, der Hormonlage, dem Gesundheitszustand, der Lebenssituation und den eigenen Vorstellungen. Dies stellt für beide Geschlechter eine große Herausforderung dar. Auch wenn sich die Geschlechtsorgane sowohl beim Mann als auch bei der Frau verändern, bleibt doch das Bedürfnis nach Zuneigung, Zärtlichkeit, liebevoller Bestätigung und Sexualität erhalten.

Eine 2003 von Buddeberg⁷¹ von der Abteilung für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich durchgeführte Studie, an der rund 1 500 Männer und Frauen im Alter zwischen 45 und 91 Jahren teilgenommen haben, untersuchte Determinanten des sexuellen Interesses, partnerschaftliche sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte.

Die Resultate der Studie zeigen, dass Sexualität bis ins hohe Lebensalter von großer Bedeutung ist. Das sexuelle Interesse und die tatsächliche sexuelle Aktivität nehmen aber allmählich ab. Aber erst ab ca. dem 75. Lebensjahr ist ein starkes Absinken bemerkbar.

⁷¹ vgl. Buddeberg, C.: Sexual Health and Gender (2005), http://www.gesund/Lust_Liebe/Lust_Liebe_Sex-Gesundheit.htm 19.04.2006

5. 1. 1 Altersbedingte Veränderungen bei der Frau

Durch die Reduzierung der Sexualhormone während und nach der Menopause wird die sexuelle Empfindungsfähigkeit nicht notwendigerweise beeinträchtigt. Diese führt jedoch zu Veränderungen der Sexualorgane der Frau. In der Folge kann die Klitoris kleiner und schmerzempfindlicher werden, die Schamlippen können schrumpfen, langsamer und weniger schwellen und oft trocken bleiben, sodass der Koitus schmerzhafter werden kann. Das Absinken des Östrogenspiegels verursacht ein Nachlassen der Lubrikation, eine Verminderung der Elastizität und Feuchtigkeit der Scheidenschleimhaut. Dies kann beim Koitus zu Verletzungen, zur Bildung von kleinen Rissen in der Schleimhaut und damit zu Schmerzen und zu einem beeinträchtigten Erleben führen. Die dünner gewordene Vaginalwand bietet weniger Schutz für die Blase und verursacht beim Koitus nicht selten eine Drang-Inkontinenz. Ebenso sind im Alter die sexuellen Reaktionsphasen verlangsamt und weniger intensiv d. h., alte Frauen brauchen nicht nur stärkere Stimulation als jüngere, sondern auch länger, um den Höhepunkt zu erreichen.⁷²

Pedersen⁷³ berichtet über eine Untersuchung von Segraves&Segraves, die sich 1995 auf biologische Barrieren sexueller Aktivität älterer Frauen und auf die Menopause konzentrierten und die vermuteten, dass die Abnahme von Östrogen und Progesteron die Ursache für eine verminderte sexuelle Aktivität sein könnte. Das Ergebnis der Untersuchung war aber nicht überzeugend. Nur eine Minderheit der Frauen berichtete über eine Abnahme der sexuellen Aktivität, die Mehrzahl der befragten Frauen sprach von sexuellem Interesse und Aktivität. Als ernsthafte Barriere stellten sich das Vorhandensein eines Partners, soziale Gewohnheiten und kulturelle Einstellungen heraus. Da Frauen dazu neigen, Männer zu heiraten, die älter als sie selbst sind und die Lebenserwartung der Frauen höher ist als die der Männer, sind ältere Frauen häufig verwitwet. Für ältere Frauen ist es daher schwierig, einen neuen Partner zu finden.

Die weit verbreitete Ansicht, dass das sexuelle Verlangen von Frauen mit Beginn der Menopause abnimmt, kann widerlegt werden. Eine von Schultz-Zehden⁷⁴ von der Freien

⁷² vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter, (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 44-46

⁷³ vgl. Segraves&Segraves: zitiert nach Pederson, J. B.: Sexuality and Aging. In: Nordhus I. H. et al.: Clinical Geropsychology (1998), S. 141-145

⁷⁴ vgl. Schultz-Zehden, B.: http://web.fu-berlin.de/presse/wissenschaft/pdw04/pdw_04_008.html 19.04.2006

Universität Berlin durchgeführte Erhebung unter rund 500 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren zeigt, dass die sexuellen Bedürfnisse älterer Frauen vom täglichen Wunsch nach sexuellem Kontakt bis hin zur völligen Ablehnung reichen.

Frauen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr wünschen sich durchschnittlich mehrmals im Monat Sex; die Hälfte der Frauen zwischen 65 und 70 Jahren möchte gar keine sexuelle Beziehung mehr. Schultz-Zehden konnte aber auch feststellen, dass der Wunsch nach sexuellen Kontakten größer war als die tatsächlich gelebte Sexualität. Sie begründet dies ähnlich wie Pedersen⁷⁵ bei Segraves&Segraves und ergänzt ihre Argumente aber noch mit der Tatsache, dass viele alleinlebende Frauen seltener bereit sind, sich erneut zu binden. Im Folgenden spricht sie davon, dass manche Frauen aber ganz bewusst, nachdem sie jahrelang ohne Lust sexuell verkehrt haben, sexuell abstinenter leben. Aus dem Ergebnis der Befragung kann man schlussfolgern, dass die Qualität der Partnerschaft mit der Qualität des Sexuallebens in früheren Jahren positiv korreliert.

Die Häufigkeit des sexuellen Verkehrs verliert mit zunehmendem Alter an Wichtigkeit, die Zärtlichkeit in der Sexualität gewinnt an Bedeutung, auch im Hinblick darauf, sexuelle Lust zu entwickeln.

Das Ausleben und Artikulieren sexueller Wünsche ist, unabhängig vom Alter, für Frauen schwierig. Frauen entwickeln häufig Ängste, wenn sie sich in der Sexualität aktiv verhalten:⁷⁶

- *„die Angst, gegen tradierte Rollenvorstellungen zu verstoßen*
- *die Angst, vor dem eigenen weiblichen Begehren*
- *die Scham, sich zu offenbaren, wenn die eigene Lust größer ist als die des Partners*
- *die Angst vieler Frauen vor Ablehnung und Liebesverlust, wenn sie sich sexuell sehr aktiv zeigen.“*

5. 1. 2 Altersbedingte Veränderungen beim Mann

Beim Mann beginnt der sexuelle Alterungsprozess im vierten Lebensjahrzehnt. Es kommt zu einer Verminderung des Libidohormons Testosteron und in der Folge zur kontinuierlichen

⁷⁵ vgl. Segraves&Segraves: zitiert nach Pederson, J. B.: Sexuality and Aging. In: Nordhus I. H. et al.: Clinical Geropsychology (1998), S. 141-145

⁷⁶ vgl. Schultz-Zehden. B.: Sexualität im Alter – ein tabuisiertes Thema. In: Kuhlmeier.A./Rosemeier.H.P./Rauchfuß.M.: Tabus in Medizin und Pflege (2005), S. 223ff

Abnahme der Erektionsfähigkeit. Das Gewebe des Penis verliert zunehmend an Elastizität. Bei Erektion erhöht sich die Durchblutungsgeschwindigkeit nicht mehr in dem Ausmaß wie bei Jüngeren, es wird weniger Blut im Penis ausgetauscht. Diese Veränderungen können dazu führen, dass sich Erektionen weniger schnell und spontan entwickeln. Der Penis wird weniger fest und hart, oft erst nach manueller direkter Stimulation. Weniger Samen vermischt sich mit Sekret und wird weniger kräftig und mit geringerer Geschwindigkeit ausgestoßen. Die Fruchtbarkeit kann aber bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Die Erschlaffung des Penis erfolgt schneller als bei jüngeren Männern und die Refraktärzeit kann bei den meisten alten Männern länger, oft Tage, dauern. Die Intensität des Erlebens nimmt ab. Das appetitive Verhalten (=Erregung) zeigt bei alten Frauen und Männern tageszeitliche Unterschiede: Frauen sind abends leichter erregbar, alte Männer morgens.⁷⁷

5. 2 Kulturspezifische Unterschiede

Sprenger⁷⁸ beschäftigt sich aus ethnologischer Sicht mit der traditionellen Annahme, dass Sexualität ein einheitlicher, naturgegebener und universal festgelegter Teil menschlichen Daseins ist. Sie definiert Sexualität als Konstruktion des modern-westlichen Denkens, deren Einzelaspekte in anderen Kulturen anders begründet und motiviert werden. Jede Gesellschaft muss sich fortpflanzen; der Begriff Sexualität umfasst aber wesentlich mehr – Vorstellung von Trieb und Lust, Bedürfnis und Neigung, Fantasie und Identität, ebenso Freiheit und Unterdrückung. Nach Sprenger wird zur Fortpflanzung mehr als der Körper benötigt; Sexualität findet im Kopf statt. Durch die unterschiedlichen Inhalte der Köpfe der Menschen verschiedener Kulturen, kann man nicht wissen, ob Sexualität überall gleich definiert und verstanden wird.

„Wenn Sexualität aber natürlich und allen Menschen gemeinsam ist, wie kommt es dann, dass im Grunde allein die westlich-modernen Gesellschaften einen so ausgeprägten Begriff dafür gefunden haben? Liegt es nicht näher anzunehmen, dass es sich bei der Abstraktion „Sexualität“ um eine Konstruktion handelt, eine Bündelung von Ideen, Erfahrungen und Vorstellungen, die sich speziell in unserer Gesellschaft findet?“⁷⁹

⁷⁷ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 44-51

⁷⁸ vgl. Sprenger, G.: In: Alex, G./Klocke-Daffa, S. (Hrsg.) Sex and the body (2005), S. 11-36

⁷⁹ vgl. ebenda S. 11-36

Das bedeutet, dass die Phänomene, die wir als Sexualität beschreiben und das erotische Begehren in anderen Gesellschaften einen anderen Stellenwert haben. Sprenger⁸⁰ vertritt die Meinung, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit „Sexualität“ und „Kultur“ eng an Moraldebatten geknüpft ist. Sieht man Sexualität und Geschlechtlichkeit als Teil einer spezifischen Gesellschaft, so ist auch die Debatte „Natur“ und „Kultur“ anders zu diskutieren und zu hinterfragen. Erotisches Begehren wird nicht als Naturtrieb wie Hunger gesehen, sondern als eine Anlage wie z. B. Sprechen. Sprenger vergleicht die Sprache mit der Anlage, Methoden erotischer Erregung, Methoden des Geschlechtsaktes und genitale Befriedigung zu erlernen. Trotz der Unterschiedlichkeit der Sprachen scheint es für jeden Menschen möglich zu sein, seine Neigung zu nützen und eine Sprache zu lernen. Eine Bedingung dafür ist aber das Leben in einer Gemeinschaft, die diese Sprache teilt.

Ein Beispiel dafür, dass auch in unserem Kulturkreis die Sexualität lange von den herrschenden Gesellschaftsstrukturen geprägt wurde ist die frühere Vorstellung von der Ehe. Gemäß Simpson⁸¹ wurde die Liebe zwischen älteren Menschen noch vor 70 Jahren als etwas Anstößiges empfunden. Die Moralvorstellungen glichen denjenigen des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Frauen hatten nur die Wahl zwischen der Rolle einer Ehefrau oder als der einer alten Jungfer. Eine Wiederverheiratung etwa, war gesellschaftlich nur dann akzeptiert, wenn ein Witwer eine Stiefmutter für seine halbverwaisten Kinder suchte. Konform mit dem Ansteigen der Lebenserwartung um etwa 25 Jahre seit 1900 ist die Zahl der Witwen und Witwer enorm gestiegen. Verwitwete alte Menschen zogen zu Zeiten vor dem Ersten Weltkrieg großteils zu ihren Kindern. In den Nachkriegsjahren, die gekennzeichnet waren durch eine Tendenz zu kleineren Häusern und Wohnungen und zur Auflösung der Großfamilien, lebten Witwen und Witwer zunehmend allein. Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen hat sich dieses Verhalten jedoch hin zu mehr Individualität geändert und Verwitwete denken heute vermehrt als Alternative zum Alleinsein an eine erneute Partnerschaft oder Eheschließung. Früher war die Ehe nur für diejenigen eine Alternative, die mutig genug waren, sich gegen gesellschaftliche Konventionen aufzulehnen. Sie begründeten eine späte Ehe mit dem Wunsch nach Gesellschaft. Heute stehen Paare vermehrt zu ihrem Bedürfnis nach emotionaler Nähe und sexueller Intimität.

⁸⁰ vgl. Sprenger, G.: In: Alex, G./Klocke-Daffa, S. (Hrsg.) Sex and the body (2005), S. 30-34

⁸¹ vgl. Simpson, E.: Die späte Liebe (1996), S. 10-12

Die Problematik, wie mit älteren Witwen umgegangen wird, scheint sich nicht auf die westliche Welt zu beschränken, sondern sie wird in den verschiedenen Kulturen unterschiedlich gehandhabt. Denkt man kulturvergleichend, so weist Rosenmayr⁸² darauf hin, dass traditionelle Gesellschaften, z. B. in streng moslemischen Ländern, das Problem der Partnerlosigkeit älterer Frauen durch die Leviratsehe lösten oder zum Teil immer noch lösen. Das bedeutet, dass ein gläubiger Moslem nach dem Tod eines Bruders dessen Frau zu sich nehmen muss, um so ihrer sexuellen und ökonomischen Vernachlässigung vorzubeugen.

Rosenmayr⁸³ ist der Meinung, dass jede Beurteilung des Status der Älteren und Alten, ihr gesellschaftliches Ansehen und ihre Macht auf der Grundlage der jeweils herrschenden Strukturen der Gesellschaft und der dominierenden Werte der Kultur erfolgen.

In unserer Kultur werden abwertende Einstellungen gegenüber der Alterssexualität besonders auf dem Rücken der alten Frauen ausgetragen, von denen man annimmt, dass ihre Sexualität mit dem Klimakterium ende. Hingegen ist es bei Männern toll und schicklich, bis ins hohe Alter sexuell aktiv zu sein und mit ihrer anscheinend nie versiegenden Potenz zu prahlen. Stark beeinflusst wird diese Annahme von der katholischen Richtlinie, dass Geschlechtsverkehr nur erlaubt ist, um ein Kind zu zeugen. Geschlechtsverkehr erlebten die heute alten Frauen meist nur als Pflichterfüllung und nicht als Lustempfinden. Das hatte zur Folge, dass die Frauen das Klimakterium als Vorwand nahmen und sich so dem Geschlechtsverkehr entzogen haben und zum Teil immer noch entziehen. Ebenso haben überholte Moralvorstellungen ihren Teil dazu beigetragen, dass alte Menschen ihre Sexualität schon lange begraben haben oder trotz des legitimen Wunsches danach, nicht mehr über ihren Schatten springen können und sich de facto wiederum den heute gültigen Standards der Gesellschaft unterordnen.⁸⁴

5. 3 Lebensweltspezifische und partnerschaftliche Einflussfaktoren

Frauen haben eine ca. sieben Jahre höhere Lebenserwartung als Männer⁸⁵, deshalb besteht in

⁸² vgl. Rosenmayr, L.: Eros und Liebe im Alter . In: Baltes,M./Montada,L.: Produktives Leben im Alter (1996), S. 266

⁸³ vgl. Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters (1990), S. 41

⁸⁴ vgl. Frank, M.: Sexualität im Alter-ein Tabu? In: Gerontologische Pflege-Pflegeberatung (2003), S. 129ff

⁸⁵ vgl. von Sydow, K.: Die Sexualität älterer Frauen: Der Einfluss von Menopause, anderen körperlichen sowie gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Faktoren. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 94, 223-229

der Gruppe der über 65jährigen eine Unausgewogenheit der Geschlechter. Verschärft wird diese Problematik oft dadurch, dass ältere Männer mit jüngeren Frauen eine Beziehung eingehen. In der Folge führt dies dazu, dass etwa 75% der über 65jährigen Männer verheiratet sind, bei den gleichaltrigen Frauen gilt dies lediglich für 28%. Der größte Anteil der Frauen in diesem Alter ist bereits verwitwet. Insofern ist es für ältere Frauen schwieriger als für ältere Männer einen neuen Partner zu finden. Erschwert wird die Partnersuche durch den so genannten „double standard of aging“, den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Doppelstandard des Alterns. Das bedeutet, dass für Männer zwei Schönheitsideale gelten (der Knabe/junge Mann und der Herr mit den grauen Schläfen), für Frauen gibt es hingegen nur ein Schönheitsideal (das Mädchen). Altes Aussehen (z. B. Falten, weiße Haare) gilt bei Frauen stärker attraktivitätsmindernd als bei Männern. Von Sydow spricht auch davon, dass bei Frauen bei der Partnersuche körperliche Attraktivität wichtiger ist als bei Männern. Daher ist besonders bei älter werdenden Frauen ein gesundes Selbstbewusstsein, das nicht allein auf körperlicher Attraktivität beruht, von großer Wichtigkeit.

Dies bestätigt auch Schultz-Zehden⁸⁶, die sagt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Selbstannahme und positiver Haltung dem eigenen Körper gegenüber und einer als befriedigend erlebten Sexualität existiert. Dies bedeutet einerseits, dass sich Frauen von den vorherrschenden Schönheitsnormen und negativen gesellschaftlichen Wertmaßstäben nicht beeinflussen lassen, und andererseits auch, dass sie einen Partner haben, der die Frau und ihren Körper in sexueller Hinsicht wertschätzt. Der gesellschaftliche Wandel hat es erst ermöglicht, dass weibliche Sexualität im Alter überhaupt zur Kenntnis genommen wird. Die Entwicklung neuer Wertmaßstäbe und sexueller Entfaltungsmöglichkeiten älterer Frauen sollen gesellschaftliche Sanktionen unterbinden, wenn sie sich einen jüngeren Partner suchen. Leider ist das Beratungsangebot speziell für ältere Frauen noch nicht ausreichend.

5. 3. 1 Langjährige Partnerschaften

Eine, über viele Jahre bestehende Partnerschaft, ist für einen Großteil der Menschen ein erstrebenswerter Idealzustand. Langjährige Beziehungen versprechen immer noch Glück, Geborgenheit und Vertrauen. Das erfolgreiche Gelingen einer partnerschaftlichen Beziehung ist für viele Paare verbunden mit einer befriedigenden, aktiv gelebten Sexualität.

⁸⁶ vgl. Schultz-Zehden, B.: http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01/04_01_schultz-zehden...27.01.2007

Partnerschaftsprobleme in langjährigen Beziehungen sind häufig durch eine Abnahme der Sexualität bedingt. Nach Schultz-Zehden⁸⁷ sind die Gründe für sexuelle Inaktivität in Partnerschaften zum einen auf Erkrankungen zurückzuführen, zum anderen reduzieren generelle Beziehungsprobleme die Libido der Frauen, mit der Folge, dass einige Frauen in ihrer sexuellen Beziehung unbefriedigt bleiben. Im Laufe der Jahre ist es in manchen Partnerschaften zu einer Form der Abnützung gekommen oder das Paar hat jahrelang ohne Lust sexuell verkehrt, und so nützen diese Frauen das Älterwerden, um sich der Verpflichtung zu sexueller Aktivität zu entziehen. Eine hingegen als glücklich eingeschätzte Partnerschaft mit nur wenigen Sexualproblemen in der Vergangenheit führt mit größerer Wahrscheinlichkeit auch zu einem zufrieden stellenden Sexualleben im Alter.

Die Sexualität des Menschen ist ein kompliziertes Zusammenspiel verschiedener biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und Umwelteinflüsse. Nach Nordhus⁸⁸ et al. führen sexuelle Probleme verschiedenster Art häufig zu psychischen Reaktionen oder zu einer Verkettung psychischer Reaktionen, die zu einer unnötigen Beendigung aller sexuellen Aktivitäten führen. Sind die Probleme biologisch verursacht, sind sie gut medikamentös behandelbar. Allerdings erweist sich die soziale Einstellung der Gesellschaft oft als Barriere für sexuelle Aktivität im Alter, dieses Hindernis kann jedoch durch Veränderungen im kulturellen Klima verringert werden. Weiters sind sie der Meinung, dass es das wichtigste jetzt und in der Zukunft sein wird, eine realistische Sicht und ein umfangreiches Wissen über Sexualität und Alter zu entwickeln, die älteren Menschen besser über die vermeidbaren und unvermeidbaren Veränderungen in der sexuellen Reaktionsfähigkeit und in ihrem sexuellen Verhalten aufzuklären.

Zu beachten ist, dass der Trend in der sexuellen Entwicklung denselben Trend zeigt wie auf anderen Gebieten, wie z. B. in der psychomotorischen oder kognitiven Entwicklung, so Nordhus et al⁸⁹:

- eine Abnahme der Anzahl von älteren Menschen geht mit einer gleichzeitigen Erhöhung der Gruppe der alten Menschen einher
- eine Verlangsamung in der Reaktionsfähigkeit
- eine Verminderung in Stärke und Ausdauer

⁸⁷ vgl. Schultz-Zehden, B.: http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01/04_01_schultz-zehden...27.01.2007

⁸⁸ vgl. Nordhus I. H. et al.: Clinical Geropsychology (1998), American Psychological Association, Washington, DC S. 142-145

⁸⁹ vgl. ebenda S. 145

- stärkere sensorische Stimulation um eine Reaktion hervorzurufen
- ernsthafte Schwierigkeiten, Auswirkungen des Alters per se von spezifischen Veränderungen zu unterscheiden (z. B. Verletzung, Krankheit, verschiedene degenerative Prozesse, die möglicherweise mit der Zeit, durch kulturell oder sozial veränderte Strukturen entstehen)

Stolz⁹⁰ hingegen, der sich ebenfalls mit dieser Thematik befasst hat, macht Partnerschaft in späteren Lebensjahren vor allem davon abhängig, wie sich diese im mittleren Lebensalter entwickelt und wie der Einzelne gravierende Rollenveränderungen verarbeitet hat. Verfestigte Persönlichkeitsqualitäten vom Partner werden in anderer, wie oben schon erwähnt, mitunter unangenehmeren Weise als in früheren Jahren, wahrgenommen. Zum einen deshalb, weil die Häufigkeit der gegenseitigen Kontakte nach Ausscheiden aus dem Berufsleben schlagartig steigt, zum anderen aber auch deshalb, weil die Bereitschaft, partnerschaftliche Kritik anzunehmen, sinkt. Stolz vertritt zudem die Ansicht, dass der Beziehungsebene, d. h., wie gut die Partner miteinander reden können, eine bedeutende Rolle zukommt. Echte Partnerschaft ist geprägt von gemeinsamem Erleben, von Problem-, Schwierigkeits- und Konfliktbewältigung, vom gemeinsamen Meistern von Notsituationen. Dies bedeutet, dass die vereinfachte Vorstellung von Partnerschaft im Alter, im Sinne einer stabilen und langjährigen Ehe⁹¹, zu wenig aussagekräftig ist; vielmehr sind dynamische Entwicklungsverläufe vor dem Hintergrund einer langjährigen Beziehungsbiographie zu beachten. Kinder beeinflussen die Partnerschaft nur noch am Rande. Sexuelle Bedürfnisse ihrer alten Eltern werden häufig belächelt und als unangemessen und absurd empfunden.

5. 3. 2 Sexualität im Alter ohne Partner

Das Geschlechterverhältnis ist ein soziales Merkmal, das die Sexualität älterer Menschen beeinflusst. So wird die hohe Single-Rate älterer Frauen besonders durch demographische Faktoren bestimmt. Schmidt und Matthiesen weisen auf eine Studie hin, die von Bucher⁹² 2002 durchgeführt wurde und die belegt, dass soziale Faktoren sexuelles Verhalten wesentlich stärker beeinflussen als das Alter selbst. Die wichtigsten sozialen Faktoren sind dabei

⁹⁰ vgl. Stolz, H.: Alte Liebe rostet nicht. Liebe, Sex und Partnerschaft im Alter. In: PFLEGE AKTUELL (1/2002), S. 16-18

⁹¹ Stolz verwendet in diesem Kontext dezidiert den Begriff „Ehe“ und nicht „Partnerschaft oder Beziehung“.

⁹² vgl. Bucher, T.: zitiert nach Schmidt, G./ Matthiesen, S: Spätmoderne 60-Jährige. (2003) In: BZgA FORUM 1/2-2003 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). S. 16-24.

Partnersituation und Beziehungsdauer sowie Generationszugehörigkeit. Die Partnersituation, ob als Single oder in fester Beziehung lebend, beeinflusst das sexuelle Verhalten entscheidend, insbesondere bei älteren Singles, die meist ein karges Sexualleben haben.

Die Sexualität allein stehender Männer und Frauen nimmt oft problematische Dimensionen an. Zapotoczky⁹³ weist darauf hin, dass es diesbezüglich gravierende Geschlechtsunterschiede gibt. Frauen, die sozialer eingestellt, auch kontaktfreudiger sind als Männer, beschaffen sich Surrogate: ein Schoßhündchen, betreuen Enkelkinder, werden Ersatzgroßmütter oder gehen in Seniorengruppen. Männer hingegen bemühen sich um jüngere Frauen (oft vergeblich), ändern dann nicht selten ihre Gewohnheiten. Sie ziehen sich zurück und vereinsamen, tendieren zum Alkohol oder begehen dann unerwartet Selbstmord. In der Gesellschaft werden die Nöte von älteren Menschen, die unfreiwillig sexuell abstinert leben, heruntergespielt oder verdrängt. Jüngere Menschen zeigen gegenüber der Sexualität der älteren wenig Verständnis. Sie sehen sie als Lüstlinge an, die im Geheimen ihren Neigungen nachgehen, während sie öffentlich zu sexuellen Restriktionen neigen. Jedoch erweisen sich ältere Menschen meist als viel liberaler gegenüber sexuellen Problemen als jüngere glauben.

5. 3. 3 Neue Liebe und Partnerschaft im Alter

Senioren haben heute viele Möglichkeiten einen Neuanfang zu wagen. Die Vorteile einer lockeren Beziehung werden entdeckt und späte Partnerschaften werden durchwegs positiv beurteilt. Eine neue Liebe im Alter ist meist dann dauerhaft möglich, wenn die Beteiligten zusammen sind, ohne zusammen zu leben, d. h., viele alte Menschen entdecken einen neuen Lebensstil: das Zusammenleben in getrennten Wohnungen. - „Living apart together“⁹⁴ als Alternative zur konventionellen Ehe im gemeinsamen Haushalt. Obwohl Liebe und Erotik eine wichtige Rolle spielen, wollen sich die Paare nicht zu eng aneinander binden. Da alte Menschen ausgeprägte Lebensgewohnheiten haben, ist es oft schwierig, sich mit einem neuen Partner oder Partnerin eine gemeinsame Wohnung zu teilen. Rosenmayr⁹⁵ spricht deshalb von einer guten Chance, ein gemeinsames Leben mit Abstand und Freiräumen zu versuchen. Manchmal beginnt dieser Neuanfang mit der Suche nach der verlorenen Jugendliebe. Es ist

⁹³ vgl. Zapotoczky, H.G.: Sexualität im Alter aus Sicht des Psychiaters (2003). In: Journal für Menopause. 10 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich), S. 10-11

⁹⁴ vgl. http://www.welt.de/politik/article1084992/Spaete_Heirat_nicht_unbedingt_ausgeschl... 13.05.2008

⁹⁵ vgl. Rosenmayr, L.: In: http://www.de/politik/article1084992/Spaete_Heirat_nicht_unbedingt_ausgeschl... 13.05.2008

sehr verlockend, die vertraute Jugendliebe zu suchen, weil es mit einem vermeintlich geringeren emotionalen Risiko verbunden ist. *„Die große Herausforderung im Alter aber ist, die Einsamkeit zu überwinden und sich auf einen neuen Menschen einzulassen“*, betont der Autor. Wie allerdings die künftigen Alten leben und lieben werden, ist heute nur schwer vorherzusagen. Allein schon durch die steigende Anzahl der Single-Haushalte wird sich die zukünftige Altengeneration verändern. Die Erfahrung im dauerhaften Zusammenleben wird diesen Männern und Frauen fehlen und das „Living apart together“ könnte daher in der nächsten Generation von alten Menschen noch mehr an Bedeutung gewinnen, da mit dem Alter auch die Chancen sinken, Erfahrungsdefizite auszugleichen und doch noch ein gemeinsames, erfülltes Liebesleben zu finden.

5. 4 Gesundheitsspezifische Aspekte

Mit fortschreitendem Alter wird der Körper anfälliger für Krankheiten, Auswirkungen des Lebensstils machen sich bemerkbar. Viele dieser Krankheiten und deren medikamentöse Behandlung führen zu sexuellen Funktionsstörungen. Aber das grundlegende Bedürfnis nach Liebe, Nähe, Wärme und zärtlichen Intimitäten unterscheidet sich nicht von dem Bedürfnis gesunder Menschen. Attraktivitätsverlust, Verlust des Selbstwertes und der Autonomie bewirken letztendlich sogar eine Infragestellung der eigenen Sexualität, der Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, zu führen und aufrecht zu erhalten. Dies bedingt eine völlig neue Definition des eigenen Körperbildes und auch der eigenen Sexualität. In Folge sind eventuell Kompromisse einzugehen, zu denen man als gesunder Mensch auf keinen Fall bereit gewesen wäre. Durch die Auseinandersetzung mit den oben angeführten Punkten besteht die Möglichkeit der Neufindung der eigenen sexuellen Identität und führt dadurch zu einer Zunahme der Lebensqualität.⁹⁶ Beim 2006 stattfindenden 9. Kongress der „European Society of Sexual Medicine“⁹⁷ (ESSM) in Wien wurden die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse rund um die Sexualmedizin thematisiert und mehr Zusammenarbeit der medizinischen Disziplinen gefordert. Mittlerweile ist erwiesen, dass die von einer sexuellen Funktionsstörung betroffene Person nicht alleine darunter leidet, sondern der Partner oder die Partnerin ebenfalls eine Reduktion von sexuellem Verlangen erfährt. Im folgenden Abschnitt

⁹⁶ vgl. <http://www.gesundheit.de/medizin/alter-und-pflege/altwerden/sexualitaet-im-alter-gib...> 07.10.2009

⁹⁷ vgl. European Society of Sexual Medicine: <http://www.innovations-report.de/html/berichte/veranstaltungen-bericht-73753.html> 14.05.2008

werde ich auf Krankheiten, die häufig auftreten und das Sexualleben bedeutend beeinflussen, eingehen. Alle übrigen zu erwähnen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

5. 4. 1 Diabetes mellitus

Laut Bericht des ESSM⁹⁸ leiden bis zu 50 % der DiabetikerInnen unter sexuellen Störungen. Ob aber tatsächlich bei DiabetikerInnen häufiger Sexualstörungen auftreten als bei der nichtdiabetischen Bevölkerung, konnte bis dato nicht eindeutig geklärt werden.

Merfort⁹⁹ spricht davon, dass Sexualstörungen in der Diabetologie immer noch häufig als Befindlichkeitsstörungen abgetan und in der Folge auch nicht als therapiebedürftig angesehen werden. Da DiabetikerInnen häufiger und in einem früheren Lebensalter von Sexualstörungen betroffen sind als Nicht-DiabetikerInnen und diese auch eine eindeutige Einschränkung der Lebensqualität darstellen, soll eine therapeutische Behandlung ermöglicht werden, um eine solche negative Beeinflussung der Lebensqualität zu vermeiden. Ein eindeutiger wissenschaftlicher Beleg ist allerdings sehr schwierig. Besonders zu Sexualstörungen bei diabetischen Frauen gibt es häufig gegensätzliche Meinungen. Einerseits wurde in der Vergangenheit den sexuellen Problemen bei diabetischen Frauen wenig Aufmerksamkeit geschenkt, andererseits stellt sich die Frage, wieweit diesbezüglich Studien repräsentativ sind, da bei derartigen Studien Diabetikerinnen teilnehmen, die meistens der Mittelschicht angehören, häufiger einen höheren Intelligenzgrad haben, eine bessere Blutzuckereinstellung und in den meisten Fällen auch ein größeres sexuelles Selbstbewusstsein zeigen, so Merfort.¹⁰⁰ Er ist auch der Ansicht, dass bei Frauen ein geringerer Leidensdruck besteht als bei Männern und dass, wenn auch mit Einschränkungen, bei bestehenden Sexualstörungen Kohabitation möglich ist, die Frauen ihre sexuellen Probleme seltener mitteilen und dass Ärzte sich mehr scheuen als bei Männern, Sexualprobleme anzusprechen. Über Art und Häufigkeit sexueller Störungen bei diabetischen Männern liegen im Gegensatz zu sexuellen Störungen bei diabetischen Frauen zahlreiche gesicherte Daten vor. Vorrangig wird hier die Erektile Dysfunktion genannt, die mit großem Abstand als häufigster Folgeschaden von Stoffwechselerkrankungen anzusehen ist.

⁹⁸ vgl. European Society of Sexual Medicine: <http://www.innovations-report.de/html/berichte/veranstaltungen-bericht-73753.html> 14.05.2008

⁹⁹ vgl. Merfort, M.: Diabetes und Sexualität. In: Blickpunkt der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit (2/2004), S.18-23

¹⁰⁰ vgl. ebenda S.18-23

Libidoverlust, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Zu erwähnen ist, dass die Erektile Dysfunktion auch in der Gesamtbevölkerung eine weit verbreitete Gesundheitsstörung darstellt.

5. 4. 2 Harninkontinenz

Harninkontinenz unterscheidet sich von anderen Krankheitsstörungen dadurch, dass sie mit vielen Vorurteilen behaftet ist, in der Öffentlichkeit praktisch nicht darüber gesprochen wird, und dass vor allem ein mangelndes Verständnis für ihre Ursache vorhanden ist. Füsgen und Niederstadt¹⁰¹ bezeichnen die Harninkontinenz als unterschätztes und extrem tabuisiertes Leiden. Insbesondere ältere Menschen sind der Überzeugung, dass Inkontinenz ein normaler Bestandteil des Alterungsprozesses und eine Behandlung deshalb weder notwendig, noch Erfolg versprechend ist. Betroffene zeigen deshalb nur geringe Bereitschaft, sich behandeln zu lassen. Als Folge von Inkontinenz beobachtet Stifter¹⁰² eine schwere Kränkung des Selbstwertes mit zum Teil psychischen Folgen für die Betroffenen, die nicht nur in sozialer Isolation endet, sondern auch zu koitaler Anorgasmie und zu sexueller Abstinenz führen kann. Alte Menschen scheuen intime Situationen aus Angst, das peinliche Erlebnis des unfreiwilligen Harnabgangs beim Koitus nicht verhindern zu können. Dies führt zur besorgten Selbstbeobachtung, zu Stress und in der Folge zur Blockade sexueller Erregung. Betroffene ziehen sich nicht selten sogar völlig aus der Partnerschaft zurück, da sie sich nicht mehr so liebenswert finden und beim Partner durchaus auch Abscheu und Ekelgefühle auftreten können. Nicht selten ist diese Angst bei Frauen unbegründet, so Stifter¹⁰³, da es sich bei der vermeintlichen Harninkontinenz nicht um den Abgang von Urin, sondern um das sexologisch normale Phänomen der „weiblichen Ejakulation“ handelt, eine Flüssigkeit aus den paraurethralen Drüsen. Obwohl es weder dem Geruch noch der Farbe des Urins ähnelt, wird es häufig mit Inkontinenz verwechselt.

Das „Darüber-Sprechen“ und das Wissen, nicht alleine davon betroffen zu sein, erleben nach

¹⁰¹ vgl. Füsgen, I., Niederstadt, C.: Das unterschätzte Tabuthema. In: Geriatrie Journal (2/2004). S.14-17

¹⁰² vgl. Stifter, K. F.: Inkontinenz und Sex. In: Journal für Urologie und Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft 4), S. 21 -23

¹⁰³ vgl. ebenda S. 21 -23

Aussagen von Steinbeiß¹⁰⁴ manche Betroffene als sehr entlastend. In einigen Fällen ist eine psycho- oder sexualtherapeutische Hilfe empfehlenswert, um diese Menschen für einen längeren Zeitraum professionell zu unterstützen. Für TherapeutInnen ist es eine lohnende Herausforderung, das Thema „Inkontinenz und Sexualität“ in Beratungsgesprächen aufzugreifen, Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen und den Kreislauf des Verschweigens, des Versteckens und des Leidens zu durchbrechen.

5. 4. 3 Depressive Verstimmungen

Depressionen, insbesondere bei Frauen im Zusammenhang mit hormonellen Veränderungen, veranlassen GynäkologInnen, sich auch mit der antidepressiven Therapie auseinander zu setzen. Die Erkrankung selbst oder die Therapie mit Antidepressiva führt häufig zu Libidoverlust, deshalb sollte nach Meinung von Tapià¹⁰⁵ mit einer allgemeinen Anamnese begonnen werden, um so eine sexuelle Dysfunktion unter Antidepressivatherapie abklären zu können. Von Frauen wird diese belastende Störung in der Arztpraxis meist nicht angesprochen. Dies ist von Bedeutung, weil auch Konflikte mit dem Partner, die sexuelle Dysfunktion des Partners und Alltagsstress neben krankheits- oder therapiebedingten Gründen sehr häufige Ursachen für eine Libidominderung der Frau sein können. Das Erkennen und die Behandlung einer belastenden Libidostörung unter Antidepressivatherapie sind laut Clayton¹⁰⁶ deshalb so wichtig, weil viele Betroffene die verordneten Antidepressiva ohne Wissen des behandelnden Arztes wegen dieser Begleiterscheinung absetzen. Ebenso belastet viele depressive Menschen das nachlassende Interesse an Sexualität und die Beeinträchtigung der sexuellen Funktionen und verstärken so zusätzlich ihr mangelndes Selbstwertgefühl. Bessert sich die Depression, nimmt auch die Freude an der Sexualität wieder zu. Zu beachten ist, dass Antidepressiva zu sexuellen Dysfunktionen bei beiden Geschlechtern führen können.

Neben Depressionen bewirken auch Angstzustände eine Dämpfung des Sexualverhaltens und führen zur Beeinträchtigung des sexuellen Interesses und der Erlebnisfähigkeit. Wie beim

¹⁰⁴ vgl. Steinbeiß, M.: Geriatrie Praxis 06/2005

<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=69713&dspaid=538...> 20.04.08

¹⁰⁵ vgl. Tapià, J.E.: Antidepressive Therapie und Libidoverlust. In: Gynäkologie (2/2006). S. 11-13

¹⁰⁶ vgl. Clayton, A.H.: Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. Current Women's Health Reports 2002; 2(3), S. 182-187

ESSM-Kongresses von Meryn¹⁰⁷ bemängelt wird, sind sexuelle Störungen auch in Arztpraxen immer noch ein Tabuthema, obwohl diese als Symptom einer anderen Krankheit oder als Nebenwirkung einer Behandlung auftreten können. Das Gespräch mit dem Partner oder dem Arzt fällt den Betroffenen aber meist schwer und somit werden mögliche wirksame Hilfen nicht wahrgenommen.

5. 4. 4 Sexualität und Krebserkrankung

Krebs und Krebsbehandlung hinterlassen nach Ansicht von Bischof Delaloye¹⁰⁸ nicht nur tiefe Spuren im Leben eines Menschen, sondern verschieben auch die Lebensprioritäten von einem Tag auf den anderen. Vieles, was bisher Gültigkeit hatte, wird in Frage gestellt, so auch die Sexualität und das sexuelle Beisammensein. Unsicherheit, Angst, ein verändertes Körperbild, aber auch Beschwerden wie Müdigkeit und Schmerzen beeinträchtigen die Partnerschaft. Die Lust auf sexuelle Beziehungen kann durch die körperlichen und seelischen Folgen der Behandlung reduziert sein oder es kann durch sie sogar zu einem völligen Desinteresse an einer sexuellen Beziehung führen. Das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Sinnlichkeit und Zärtlichkeit bleibt jedoch bestehen oder verstärkt sich sogar. Eine Krebserkrankung kann manches, was Betroffenen bisher Sicherheit gab, zerstören. In der Folge können Gewohnheiten, Rituale und das sexuelle Beisammensein mit einem/r Partner/in zu einer Veränderung der bisherigen Rolle in der Beziehung führen. Da unsere Sexualität geprägt ist von zahlreichen sowohl gesellschaftlichen als auch individuellen Wertvorstellungen, kommt es durch Einflüsse wie Krebs und Krebsbehandlung zur Änderung gewohnter Normen und damit häufig zu Verunsicherung und zum Teil auch zu Selbstvorwürfen. Es gibt aber keine Normen, wie oft und auf welche Weise sexuelle Beziehungen stattfinden sollten, da Sexualität auf vielfältige Weise ge- und erlebt werden kann. Manchmal sind gewisse Umstellungen angezeigt und gewöhnungsbedürftig, die vorübergehend oder auch von Dauer sein können. Besonders bei an Krebs erkrankten Frauen kann durch die Behandlung der Erkrankung das Selbstbild derart beeinträchtigt werden, dass sie sich im eigenen Körper wie Fremde fühlen. Mit Hilfe von wiederherstellender oder

¹⁰⁷ vgl. Meryn, S.: European Society of Sexual Medicine (ESSM-Kongress 2006)
<http://www.innovations-report.de/html/berichte/veranstaltungen/bericht-73753.html> 14.05.2008

¹⁰⁸ vgl. Bischof Delaloye, A. et al.: Weibliche Sexualität bei Krebs. (Hrsg. Krebsliga Schweiz Bern). (2006), S. 5-27

plastischer Chirurgie, Prothesen, Kosmetik usw. erscheinen Veränderungen aber – auch solche im Gesicht – weniger dramatisch. Für das allgemeine Wohlbefinden und für ein befriedigendes Sexualleben ist es jedoch wichtig, dass die Betroffenen lernen, mit derartigen Veränderungen zu leben und sie in ihr Selbstbild integrieren.

Gerade im Fall einer onkologischen Erkrankung wäre es wichtig, den Betroffenen von Seiten der Ärzte eine Gespräch anzubieten, da ein Großteil der Erkrankten von sich aus nie das Thema „Sexualität“ aufgreift. Bei einem im Mai 2010 stattfindendem Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Radioonkologie¹⁰⁹ über „Krebs und Sexualität“ wurde deutlich, dass sich besonders Ärzte scheuen, dieses Thema mit ihren PatientInnen anzusprechen. (Von hundert anwesenden Teilnehmern waren nur zehn männlich.) Diese Scheu oder vielleicht auch vorhandenes Desinteresse der Ärzte und der daraus resultierende Informationsmangel wirken sich stark auf die Psyche der Betroffenen aus, da selbst in einer lange bestehenden Partnerschaft die Kommunikation über diese belastende Situation sich als überaus schwierig herausstellt oder zum Teil unmöglich wird, besonders, wenn es in früheren Jahren vermieden wurde, über sexuelle Belange zu sprechen.

5. 4. 5 Sexualität und Demenz

Demenzleiden führen nicht nur zu einer Reduzierung der geistigen Leistungsfähigkeit, sondern auch zu Veränderungen des Sexualverhaltens. Manche Demenzkranke verlieren gänzlich das Interesse, bei anderen kommt es zu unpassendem Sexualverhalten. Das kann sich durch eine sexuelle Enthemmung darstellen und in der Folge, so betont von Sydow¹¹⁰ zu erschwerenden Problemen für den Partner oder die Partnerin und die Umwelt führen. Wie häufig es zu derartigem Verhalten kommt, kann nicht gesagt werden, da kaum systematische Untersuchungen dazu vorliegen. Dies mag darin begründet sein, dass sich viele nicht vorstellen können, dass Sexualität in der Beziehung zu einem/r dementen Partner oder Partnerin noch eine wichtige Rolle spielen kann. Ähnlich argumentiert auch Zapotoczky¹¹¹, und er ergänzt, dass die Situation für den/die gesunden PartnerIn nicht einfach ist, da eine außereheliche Beziehung Schuldgefühle verursachen und es in der Folge dadurch zu einer

¹⁰⁹ vgl. Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Radioonkologie <http://www.medical-tribune.at/dynasite.dfm?dsmid=102474&dspaid=839442>... 01.09.10

¹¹⁰ vgl. von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. (1994), S. 29

¹¹¹ vgl. Zapotoczky, H. G.: Sexualität im Alter aus der Sicht des Psychiaters. In: Journal für Menopause 2003; 10 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich), S. 10-11

brüsken Ablehnung des Erkrankten kommen kann. Es kann jedoch durch die sexuellen Wünsche an den dementen Partner auch ein Gefühl entstehen, ihm nicht gerecht zu werden oder ihn sogar zu missbrauchen. Beide Autoren sind der Meinung, dass der emotionale Begegnungsaspekt eine bedeutende Rolle spielt. Zuneigung, Zärtlichkeit und Berührungen sind für demente Menschen von großer Bedeutung, da die Fähigkeit zur sinnlichen Kommunikation länger erhalten bleibt als die sprachliche Ausdrucksmöglichkeit.

6. Sexualität alter Menschen im Alten- und Pflegeheim

Mit Alten- und Pflegeheimen verbindet man die schwierige Thematik von Sterben und Tod. Die scheinbaren Gegensätze von „Sexualität und Tod“ verursachen bei den Pflegepersonen eine erhebliche Spannung, verbunden mit Gefühlen des Unbehagens, des Ekels und der Scham.

Besonders in baulich alten Pflegeheimen, die noch mit Mehrbettzimmern ausgestattet sind, sind die Intimität und der individuelle Freiraum eingeschränkt und dadurch ist es stark erschwert oder sogar unmöglich, sexuelle Kontakte zu pflegen. Intimer und sexueller Kontakt ist ein sehr menschliches Bedürfnis. Es muss als Grundbedürfnis alter Menschen erkannt werden, welches sogar bei extremen Rahmenbedingungen, nämlich in der Institution Altenheim, nicht unterdrückt werden darf. Auch wenn es besonders für das jüngere Pflegepersonal schwierig ist, sich vorzustellen, dass sexuelles Interesse und Verlangen bei alten Menschen vorhanden sind, muss von Seiten des Pflegepersonals, aber auch seitens der Angehörigen, Verständnis für die HeimbewohnerInnen aufgebracht werden.

Rosenmayr¹¹² spricht hier von einem Sonderfall der gesellschaftlichen Abwertung der Alterssexualität in Pflegeheimen, da der körperlich und oft auch geistig eingeschränkte alte Mensch in der Heim- bzw. Pflegesituation seine Sexualität nicht verliert. Der Bereich, den er braucht, um seine Sexualität zu leben, wird aber oft beträchtlich und unnötig eingeschränkt. Nicht selten wird Ehepaaren ein gemeinsames Zimmer verweigert, bzw. durch bauliche Gegebenheiten - Einzelzimmer für langjährige Ehepartner - intime Nähe erschwert.

¹¹² vgl. Rosenmayr, L.: Eros und Liebe im Alter. (1996) S. 271. In: Baltes, M./Montada, L.: Produktives Leben im Alter.

Auch nach Meinung von Re¹¹³ spielt das Thema Partnerschaft, insbesondere Sexualität im Alltag der stationären Altenpflege, eine bedeutende Rolle. Im institutionellen Kontext sind für Re vier Aspekte der Thematik von Bedeutung:

1. Neu entstehende Partnerschaften im Alten- und Pflegeheim werden oft kaum zur Kenntnis genommen oder belächelt. In diesem Umfeld haben es ältere Menschen schwer, ihre Bedürfnisse offen zu artikulieren bzw. sie zu leben.
2. Situationen, in denen HeimbewohnerInnen bei sexuellen Handlungen „erwischt“ werden, resultieren oft aus mangelnder Einhaltung der Privatsphäre und führen sowohl bei BewohnerInnen als auch bei PflegerInnen zu Unsicherheit und Schamgefühl.
3. Unbeabsichtigte sexuelle Erregungen von BewohnerInnen während Pflegehandlungen bzw. während der Intimpflege bringen diese in eine sehr unsichere und ungeschützte Situation. Meist wissen weder die BewohnerInnen noch die Pflegepersonen damit angemessen umzugehen. Solche Situationen erfordern von den Betreuungspersonen ein hohes Maß an Sensibilität.
4. Ein adäquater Umgang mit BewohnerInnen nach Situationen sexueller Enthemmung, wie sie insbesondere bei dementiell erkrankten Menschen vorkommen, ist sehr schwierig. Für manche BewohnerInnen ist es kaum möglich, ihre Sehnsüchte zum Ausdruck zu bringen, und wenn doch, dann geschieht es auf unangemessene bzw. verletzende Weise. MitarbeiterInnen ergreifen meist die Flucht aus solchen Situationen oder versuchen diese in Zukunft zu vermeiden. Selten ergreifen sie aversive Maßnahmen. Für die Angehörigen älterer Menschen, die sexuelle Enthemmungen zeigen, sind derartige Vorkommnisse mit viel Scham verbunden. Die MitarbeiterInnen empfinden oft weniger Scham als Entsetzen, Unsicherheit oder Ekel.

6. 1 Rollenerwartung an Pflegepersonen in der Altenpflege

Die zu betreuenden Menschen erleben ihre Erkrankungen, Behandlung und Betreuung in ihrer Rolle als BewohnerInnen und in ihrer Rolle bezogen auf ihre Identität als Männer und Frauen. Sie gehören verschiedenen Kulturen an, die hetero- oder homosexuelle Beziehungen

¹¹³ vgl. Re, S.: Entwicklungsformen der Partnerschaft im Alter. (2001), S. 26ff. In: Bucher et al.: Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte.

bevorzugen und zusätzlich durch somatische und/oder psychische Erkrankungen sowohl körperlich wie auch geistig in ihren Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Das bedeutet, dass die jeweils individuellen Unterschiede und das Besondere der einzelnen Gruppen die Pflegekräfte vor spezielle Probleme stellen. Da aber, wie unter anderem eine Untersuchung¹¹⁴ an der Universität Chicago zeigt, sexuelle Wünsche im Alter nicht nur vorhanden sind, sondern auch bei entsprechender Gelegenheit zu sexuellen Aktivitäten führen, wird von Pflegenden erwartet, die Bedürfnisse der alten Menschen nicht nur zu respektieren, sondern auch in ihren Entscheidungen und in ihrem Handeln zu berücksichtigen. Konkret bedeutet dies u. a., dass Sexualität im Pflegealltag nicht ausgeklammert werden darf, sondern als Gegenstand pflegerischen Interesses anzuerkennen ist. Laut Stemmer¹¹⁵ wird dieser Teilbereich der Pflege jedoch vernachlässigt und sie begründet dies mit ungenügendem Wissen der Pflegepersonen oder ungünstigen äußeren Bedingungen (z. B. eingeengte Privatsphäre). Weitere Begründungen, warum Sexualität im Pflegealltag wenig Berücksichtigung findet, sieht Stemmer zum einen darin, dass schwere Erkrankungen vorliegen können, zum anderen werden sexuelle Themen unter Kolleginnen und Kollegen im Pflgeteam kaum thematisiert. Neben schweren Erkrankungen beeinflussen auch, wie oben schon erwähnt, sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit, im Besonderen auch Erlebnisse während der Kriegszeit, den Pflegealltag. Viele Pflegepersonen fühlen sich überfordert, ein Gespräch mit sexuell missbrauchten Frauen über ihr Erleben zu führen. Unzureichende Kenntnisse in Bezug auf Techniken der Gesprächsführung erschweren es, ein als heikel erlebtes Thema anzusprechen. Um speziell auf sexuelle Fragestellungen in der Betreuungsfunktion eingehen zu können, bietet das von Annon entwickelte „PLISSIT-Modell“¹¹⁶ Hilfe in der Strukturierung von Gesprächen über Sexualität. Dieses Modell unterscheidet vier Stufen, die in professioneller Weise das Thema aufgreifen und ansprechen, aber auch auf Grenzen hinweisen, um Überreaktionen zu vermeiden. Dies bedeutet, dass das PLISSIT-Modell einen Rahmen für einen akzeptierenden Umgang mit Sexualität bietet und sich daher in Übereinstimmung mit dem von der WHO vertretenen Verständnis über sexuelle Gesundheit befindet:

„freedom from fear, shame, guilt, false beliefs and other psychological factors inhibiting sexual response and impairing sexual relationships.“¹¹⁷

¹¹⁴ vgl. Tesser Lindau, St./et al.: New England Journal of Medicine (2007): Bd. 357, Nr. 8, S. 762,

¹¹⁵ vgl. Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), S. 22-27

¹¹⁶ vgl. Annon, J.: zitiert nach Thür, G.: In: Professionelle Altenpflege (2004), S. 92-95

¹¹⁷ vgl. Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), S. 28

➤ P – Permission: (Erlaubnis/Beruhigung)

Permission beschreibt das Aufgreifen und Annehmen des Problems und vermittelt die Bereitschaft über sexuelle Belange mit dem Betroffenen zu sprechen. (Viele Sexualstörungen lassen sich auf Angst, Schuldgefühle und Hemmungen zurückführen.) Diese Bereitschaft ist unter anderem in der Pflegeanamnese, in der auch Fragen zur Sexualität aufgenommen werden, erkennbar.

Annon spricht von einem Bewusstseinsbildungsprozess, der auf einer Einstellung und Werthaltung beruht, die sich im Umgang mit den alten Menschen ausdrückt (Intimsphäre wahren, vor Betreten des Zimmers anklopfen, erst nach Aufforderung eintreten,...). Die betreuende Person kann aber auch dem Betreffenden direkt zu verstehen geben, dass sie bereit ist, mit ihm über sexuelle Belange und Unterstützungsmöglichkeiten zu sprechen.

➤ LI – Limited information: (begrenzte Information)

Die angemessene Information beinhaltet mögliche Auswirkungen der Erkrankungen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder Behandlungen auf die Sexualität von Betroffenen, sowie die Möglichkeit, Fehlvorstellungen und Wissensdefizite zu erkennen und abzubauen. (z. B. Nebenwirkungen, die Libido betreffend, Information über die Wiederaufnahme von sexuellem Kontakt nach einer gewissen Therapie, ...). Nach Annon¹¹⁹ führt dies in der Folge zu einer realistischen Erwartungshaltung und damit zum Abbau von Ängsten.

➤ SS- Specific suggestions: (spezifische Anregungen/spezifische Empfehlungen)

Falls individuelle Fragen offen geblieben sind, gibt die Pflegeperson direkte und klare Ratschläge und Anleitungen, um ein sexuelles Problem zu lösen. (z. B. Verwendung von lubrikativen Gels bei Dyspareunie)

¹¹⁸ vgl. Annon, J.: zitiert nach Thür, G.: In: Professionelle Altenpflege (2004), S. 92-95

¹¹⁹ vgl. ebenda S. 92-95

➤ IT – Intensiv therapy: (intensive Therapie)

Intensive therapeutische Intervention wird notwendig, wenn bei schweren sexuellen Störungen (Traumata, soziale Ängste, Konflikte...) das Gespräch oder die Beratung nicht ausreicht. Aufgabe der Pflegeperson ist es, die Lage richtig einzuschätzen, die eigenen Grenzen zu erkennen und eine Überweisung an eine Spezialistin bzw. einen Spezialisten anzubieten (Sexualtherapie, Psychotherapie)..

Die Rollenzuteilung an Pflegepersonen ist sehr vielschichtig und speziell. Durch die Entwicklung hin zu multikulturellen Gesellschaften kommen die Pflegepersonen mit Angehörigen unterschiedlichster Ethnien in Kontakt. Für Stemmer¹²⁰ sind diese Begegnungen für pflegerisches Handeln nur dann hilfreich und unterstützend, wenn diese unter Beachtung kulturspezifischer Wertschätzung, Gepflogenheiten und mit dem Bewusstsein kultureller Differenzen stattfindet. Sie vertritt auch die Ansicht, dass, unabhängig von der Kulturzugehörigkeit, niemandem das Anrecht auf Sexualität und Erotik, in welcher Form auch immer, abgesprochen werden darf.

Ebenfalls von großer Wichtigkeit ist ihrer Ansicht nach die Information und die Beratung zu Aus- und Nebenwirkungen von Erkrankungen und Therapien, weshalb sie auch jedem Betroffenen anzubieten sind. Insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern, ist ihre Sexualität in Abhängigkeit von ihren Vorerfahrungen zu berücksichtigen.

6. 2 Sexualität der BewohnerInnen im Kontext professioneller Tätigkeit

In der Pflege stellen Genitalität, Körperkontakte und Beziehungsaufnahmen einen selbstverständlichen Aspekt der pflegerischen Begegnung dar. In der gegebenen Beziehung zwischen HeimbewohnerInnen und Pflegeperson wird Sexualität praktisch und ganzheitlich in den ATL's¹²¹ untergebracht. Vorrangig natürlich in der ATL „Sich als Mann oder Frau fühlen“. Die Körperpflege der BewohnerInnen stellt eine der alltäglichsten Pflegesituationen dar. Pflegenden machen sich jedoch kaum noch Gedanken, wie diese Situation auf einen pflegebedürftigen alten Menschen wirkt. Auch wenn Berührungen der Intimzonen in der

¹²⁰ vgl. Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), S. 29-30

¹²¹ Fachbegriff aus dem Pflegebereich; ATL= Aktivität des täglichen Lebens

Pflege als ganz normal erscheinen, ist Duerr¹²² der Meinung, dass die Durchführung der Körperpflege durch einen fremden Menschen problematischer ist, als allgemein angenommen wird. Nirgends sind Menschen so verletzbar wie in diesem Bereich, da Körperpflege mit Abhängigkeit, Grenzverletzung, Intimität, Ekel, Scham, Entblößung, aber auch mit Sexualität zu tun hat. Ähnlich drückt es auch Kleinevers¹²³ aus, wenn sie sagt, dass körpernahe Pfllegetätigkeiten sexuelle Assoziationen und Irritationen auslösen können und so zum Verschwimmen der Grenzen zwischen Sexualität und Pflege beitragen.

Stemmer¹²⁴ spricht in diesem Zusammenhang von Sexualität als implizite Begleitung pflegerischer Aktivitäten. Sie meint, dass die Interaktion der Menschen, die sich in einer Pflegesituation begegnen, nicht nur durch die Übernahme verschiedener Rollen, sondern auch durch ihre Existenz als Geschlechtswesen beeinflusst wird. Ihrer Ansicht nach kommt es in der Pflege über Berührungen immer wieder zu nahem körperlichen Kontakt, auch an intimsten Stellen, die normalerweise für persönliche, innige Freunde tabuisiert sind. Für Pflegepersonen stellt aber die angenommene oder reale Konfrontation mit der Sexualität von Pflegebedürftigen oft eine Belastung dar. Diese Situation kann aber auch für die zu Pflegenden ebenso furchtbar und peinlich sein. Pflegende weichen dieser Situation aus, indem sie versuchen, die Flucht zu ergreifen, die Intimwäsche nicht fortsetzen und sich wortlos entfernen. Sie ist allerdings auch der Auffassung, dass bei der Pflege hergestellte Nähe bei Pflegekräften zu lustvollen Empfindungen und in der Folge wiederum zu belastenden und beschämenden Gefühlen führen kann.

6. 2. 1 Berührung persönlicher Grenzen

Der Verlauf der Grenze zwischen Sexualität und Pflege umschließt die Annäherungen, die Abgrenzungsbemühungen und die verschiedensten Überschneidungen der beiden Aspekte Sexualität und Pflege.

Stemmer¹²⁵ weist darauf hin, dass Pflegepersonen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in vielfältiger Weise mit Sexualität in Berührung kommen, und dass es zum einen um all jene mit Sexualität assoziierten Situationen, in denen eine Pflegeperson involviert ist, zum anderen jedoch auch um Fragen der Begebenheiten, in denen die Bedeutsamkeit der sexuellen

¹²² vgl. Duerr, H.P.: Der Mythos vom Zivilisationsprozeß (1999), S. 69f

¹²³ vgl. Kleinevers, S.: Sexualität und Pflege (2004), S. 51

¹²⁴ vgl. Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), S. 36ff

¹²⁵ vgl. ebenda S. 72

Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen aus professioneller Distanz zum Inhalt der Überlegungen für die Pflege, geht. Durch den Kontakt der Pflegepersonen mit der Sexualität der BewohnerInnen werden besonders dann Situationen als schwierig empfunden, wenn Pflegende in einer Weise berührt werden, die den beruflichen Rahmen übersteigt, wenn sie sich in einer Weise berührt fühlen und sich unerwartet und ungewollt ihrer eigenen Sexualität bewusst werden. Es stellt sich die Frage, welche Form der Annäherung oder des Kontaktes unter welchen Bedingungen zugelassen werden kann. In beruflich notwendigen Situationen, die es schwierig gestalten, die Abgrenzung zwischen Sexualität und pflegerischem Handeln aufrecht zu erhalten, kann es zu erotischen und intimen Begegnungen von Pflegenden und BewohnerInnen kommen. In diesem Zusammenhang spricht Stemmer¹²⁶ von einer Grenzüberschreitung, die so lange positiv bewertet wird, wie diese Situation als spielerisch angesehen wird. Diese Argumentation erweitert Grond¹²⁷, indem er sagt, dass sexuelle Gefühle auch Schuld, Scham und Angst verursachen können. Angst, die Kontrolle zu verlieren, Angst, wegen der Rollenverletzung kritisiert zu werden, Angst, die berufliche Karriere aufs Spiel zu setzen oder Frust, weil die aufkeimenden sexuellen Wünsche nicht erfüllt werden dürfen. Besonders die zunehmende Nähe kann lustvolle Empfindungen auslösen, die die Intimität vertiefen und den Wunsch verstärken, die Grenzen zu überschreiten und die sexuellen Fantasien ausleben zu können. Die Gefahr, die Macht über die Pflegebedürftigen zu missbrauchen um eigene sexuelle Bedürfnisse befriedigen zu können, ist gegeben. Mutter- und Vaterbeziehungen der Pflegenden spielen laut Grond insofern eine Rolle, dass elterliche Liebe nachgeholt bzw. fehlende elterliche Liebe gerächt wird. Die Pflegenden sollten sich dies wieder bewusst machen und Distanz in der pflegerischen Berührung aufrechterhalten, um so einer gegenseitigen Abhängigkeit entgegen zu wirken. Für das Pflegepersonal ist es aber durchaus angezeigt, Grenzen zu setzen, wenn es selbst ein Objekt der Begierde wird und sich in eigenen sexuellen Empfindungen verletzt fühlt.¹²⁸

6. 2. 2 Sexuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen

Die Tatsache, dass Sexualität meist in jedem Pflegekonzept verankert ist, wird zum Teil vollständig von den Pflegepersonen ausgeklammert oder verdrängt; die sexuellen Bedürfnisse

¹²⁶ vgl. Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), S. 73

¹²⁷ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 110

¹²⁸ vgl. Thür, G.: Professionelle Altenpflege (2004), S. 90

der alten Menschen werden für manche Pflegende unwichtig. Leider ist immer wieder zu beobachten, dass alte Menschen belächelt oder unfreundlich behandelt werden, wenn sie ihre sexuellen Bedürfnisse äußern oder bei sexuellen Aktivitäten „erwischt“ werden. Es ist Perner¹²⁹ nur beizupflichten, wenn sie meint:

„Wenn ältere Menschen sexuelle Bedürfnisse außerhalb einer Dauerbeziehung äußern, sei es auf der Suche nach Körperkontakt, sei es auf der Suche nach Bestätigung von sexuellem Ansehen, sind wir herausgefordert, eine respektvolle Umgangsform zwischen Akzeptanz der Person und Wahrung unserer eigenen Grenzen zu finden anstatt unwirsch oder demütigend zu reagieren.“

In diesem Zusammenhang stellt sich Thür¹³⁰ die Frage, inwieweit Pflegepersonen ihre BewohnerInnen bei der Befriedigung ihrer sexuellen Bedürfnisse unterstützen sollen, wenn diese selbst nicht mehr dazu in der Lage sind. Bei allen Berührungen, die über die pflegerische Betreuung hinausgehen, gilt für Thür¹³¹ das Prinzip der Freiwilligkeit und der Akzeptanz auf beiden Seiten. Eine bewährte Methode, um dieser Problematik zielführend zu begegnen, sieht sie in der Möglichkeit der validierenden Pflege.

6.3 Sexualität in Abhängigkeit von der Struktur des Altenheimes

Die Sexualität im Altenheim wird stark beeinflusst durch die Rahmenbedingungen, die in einem Heim vorherrschen, sowie durch die sexuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen, aber auch durch die Pflegenden und deren Einstellung zur eigenen Sexualität und zur Sexualität alter Menschen. Frank¹³² spricht sich dafür aus, in Altenheimen räumliche Bedingungen und Organisationsstrukturen zu ändern oder zu schaffen, um dem Thema Alterssexualität gerecht zu werden. Seiner Meinung nach müsste im Team der Pflegepersonen eine Atmosphäre herrschen, die es möglich macht, über eigene Gefühle, Probleme und individuelle Erfahrungen zu sprechen und sich auszutauschen. Grond¹³³ erweitert die sexuelle

¹²⁹ vgl. Perner, R.: Scham macht krank – Sexualpädagogik, Sexualberatung, Sexualtherapie (1997), S. 190

¹³⁰ vgl. Thür, G.: Professionelle Altenpflege (2004), S. 90

¹³¹ vgl. ebenda S. 91

¹³² vgl. Frank, M.: Sexualität im Alter - ein Tabu? In: Gerontologische Pflege - Pflegeberatung (2003), S. 135

¹³³ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 73

Handlungsfreiheit der BewohnerInnen, indem er den Aspekt der Einstellung der Angehörigen noch miteinbezieht.

Er fasst diese Thematik sehr klar und deutlich zusammen, wenn er sagt: „*Wer noch sexuelle Bedürfnisse hat, lebt noch und wer kein sexuelles Bedürfnis mehr hat, will noch geliebt werden.*“

Um die von Frank und Grond geforderten Strukturen zu schaffen, sind folgende Punkte als notwendige Parameter zu beachten, ohne aber dabei den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:¹³⁴

- Sexualität im Altenheim darf nicht verschwiegen, sondern muss von den Pflegenden, gemeinsam mit den BewohnerInnen und wenn notwendig mit den Angehörigen thematisiert werden. Nur so ist einer Tabuisierung entgegenzuwirken.
- Räumliche Gegebenheiten (Einzelzimmer) sind vorhanden.
- Die Privatsphäre wird gewahrt (PflegerInne klopfen vor Betreten des Zimmers an und lassen den BewohnerInnen genügend Zeit, darauf zu reagieren).
- Es darf kein Besuchsverbot für anders-, bzw. auch gleichgeschlechtliche MitbewohnerInnen geben.
- Fortbildungen und Gespräche über Sexualität müssen eingeplant werden.
- Sexuelle Aktivitäten der BewohnerInnen müssen mit Respekt gesehen werden.
- Bei Pflegemaßnahmen wird darauf geachtet, dass das Schamgefühl nicht verletzt wird. Achten, ob gegengeschlechtliche Intim- und Körperpflege erwünscht ist.
- PflegerInne sorgen für Rückzugsmöglichkeit (Türschild: bitte nicht eintreten).
- Jeder hat Recht auf Menschenwürde!

¹³⁴ vgl. Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege (2001), S. 72f

II. EMPIRISCHER TEIL

7. Die empirische Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage

Neben dem theoretischen Teil werden im Zuge der Diplomarbeit das Erleben der sexuellen Bedürfnisse alter Menschen im Pflegeheim sowie die damit verbundene Problematik, sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für das Pflegepersonal empirisch untersucht. Zunächst wird auf die theoretischen Ausführungen zu qualitativer Forschung allgemein, zur Vorgehensweise des im Forschungsprozess angewandten problemzentrierten Interviews und zur Auswertung der Daten eingegangen.

Mit Hilfe des Interviews soll versucht werden, die Aufgaben und die Probleme des Pflegepersonals in Bezug auf sexuelle Bedürfnisse alter Menschen im Pflegeheim aufzuzeigen und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Der empirische Teil dieser Arbeit konzentriert sich deshalb auf die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen:

- Schätzen Sie das Thema „Sexualität in der Pflege alter Menschen“ für bedeutsam in der Altenpflege ein?
- Wie erleben Sie als pflegerische Fachkräfte sexuelle Bedürfnisse alter Menschen in der Langzeitpflege?
- Welche Verbesserungs- bzw. Lösungsvorschläge werden den HeimbewohnerInnen und den Pflegenden geboten um speziellen Herausforderungen adäquat begegnen zu können?

Im folgenden Teil der Arbeit sollen der Untersuchungsplan genau dargestellt und die Forschungsfragen beantwortet werden. Die nächsten Kapitel befassen sich mit der Beschreibung des gewählten Forschungsansatzes, der ausgewählten Stichprobe, den ethischen Überlegungen sowie den Aspekten der Datengewinnung und der Datenauswertung.

7. 1 Methodologie

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen habe ich den qualitativen Forschungsansatz gewählt.

Nach Mayer¹³⁵ wird in der qualitativen Forschung der Mensch ganzheitlich betrachtet. Menschen werden als komplexe Wesen gesehen, die sich durch ihren persönlichen Ausdruck voneinander unterscheiden, d. h., Ganzheitlichkeit, Komplexität und Individualität des Menschen finden Beachtung. Da jeder Mensch die Dinge anders wahrnimmt und anders interpretiert, kann es keine objektive Wahrheit geben, die für alle verallgemeinerbar ist. Qualitative Forschung geht also von der subjektiven Sichtweise des Einzelnen aus und untersucht die Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, sind nicht oder kaum standardisierte Erhebungsmethoden notwendig.

7. 1. 1 Grundprinzipien qualitativer Forschung nach Mayer¹³⁶

Qualitative Forschung ist:

- induktiv: vom Speziellen ausgehend werden Hypothesen für das Allgemeine generiert
- theoriebildend: Ziel ist die Entwicklung von Konzepten und Theorien
- ideographisch: das Einmalige, Einzigartige beschreibend
- interpretativ: der Mensch wird nicht losgelöst von seiner Umwelt, sondern in seinem gesamten Lebenszusammenhang betrachtet
- bezogen auf das Relevanzsystem des Betroffenen: Verlauf und Inhalt der Forschung werden weitgehend von der Sicht des Betroffenen bestimmt
- holistisch: ganzheitlich
- subjektiv: wie von den Betroffenen wahrgenommen
- offen und flexibel im Vorgehen: offen gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, der Theoriebildung und der Methode; flexibel im Forschungsprozess und in der Methodik

¹³⁵ vgl. Mayer, H.: Einführung in die Pflegeforschung (2002), S. 71

¹³⁶ vgl. ebenda S. 72 ff

7. 1. 2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Ergebnisse einer Forschungsarbeit auf ihre Qualität hin überprüfen zu können, sind gewisse Standards notwendig. Diese so genannten Gütekriterien sind nach Mayring¹³⁷ folgendermaßen beschrieben:

➤ **Verfahrensdokumentation**

Bei der qualitativen Forschung ist das Vorgehen sehr spezifisch auf den jeweiligen Gegenstand abgestimmt. Aus diesem Grund ist es meist erforderlich, die Methoden für die Untersuchung des Gegenstandes speziell zu entwickeln oder abzuändern. Um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar zu machen, muss das genaue Verfahren detailliert dokumentiert werden. Durch die dargestellte Abhandlung des theoretischen Vorverständnisses, der Beschreibung der Methodik sowie der Datenerhebung und -analyse kann diesem Anspruch gerecht werden.

➤ **Argumentative Interpretationsabsicherung**

Da Interpretationen in der qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle spielen, aber nicht beweisbar sind, müssen sie mit Argumenten begründet werden. Diese Argumentation muss in sich schlüssig und somit intersubjektiv nachvollziehbar sein.

➤ **Regelgeleitetheit**

Zwar wird in der qualitativen Forschung ein möglichst offenes und flexibles Vorgehen postuliert, dennoch muss sie sich an bestimmte Regeln halten. So muss das Material systematisch und nicht willkürlich oder unsystematisch bearbeitet werden.

➤ **Nähe zum Gegenstand**

Wenn man wissen möchte, wie jemand ein bestimmtes Ereignis erlebt, muss man den Betroffenen in seiner Lebenswelt aufsuchen, da qualitative Forschung an konkreten sozialen Problemen ansetzen will.

Diesem Anspruch konnte im Zuge dieser Forschungsarbeit nachgekommen werden, da die Interviews an einem von den Befragten gewählten Ort, vorwiegend an ihrem Arbeitsplatz, stattfanden.

¹³⁷ vgl. Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung (2002), S. 144 ff

➤ **Kommunikative Validierung**

Die Ergebnisse können dahingehend geprüft werden, indem man diese den Betroffenen vorlegt und mit ihnen darüber diskutiert.

Um eine nochmalige Belastung der Pflegenden durch weitere Inanspruchnahme ihrer Zeit zu vermeiden, wurde diesem Gütekriterium in dieser Arbeit nicht nachgekommen.

➤ **Triangulation**

Durch Heranziehen verschiedener Datenquellen, Theorieansätze, Methoden usw., ist es möglich, unterschiedliche Lösungswege für die Fragestellung zu finden und durch Einblenden anderer Ergebnisse die Stärken und Schwächen des eigenen Vorgehens zu erkennen.

7. 1. 3 Erhebungsmethoden qualitativer Forschung

In der qualitativen Forschung lassen sich Forschungsansätze in vielerlei Perspektiven unterscheiden. Zum einen betrifft dies die Methode der Datenerhebung, zum anderen die Methode der Datenauswertung.

Mayer¹³⁸ weist darauf hin, dass in den Human- und Sozialwissenschaften grundlegende Techniken wie die Befragung, die Beobachtung sowie die Inhalts- oder Dokumentenanalyse häufig eingesetzt werden, um soziale Daten zu erheben.

Die Auswertung¹³⁹ dieser qualitativen Daten erfolgt interpretativ-explikativ und interpretativ-reduktiv. Das bedeutet, dass man auf die Suche nach Strukturen und Bedeutungen geht, die zwar vorhanden, aber auf den ersten Blick nicht sichtbar sind oder man bleibt beim Offensichtlichen, bei dem, was gesagt wurde bzw. niedergeschrieben ist.

Für die von mir gewählten Forschungsfragen wurde das Führen und die Analyse von qualitativen Interviews als zum Ziel führend erachtet, wobei zur Datenerhebung das qualitative, halbstrukturierte Interview gewählt wurde. Die Auswertung der geführten Interviews erfolgte reduzierend mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring.

¹³⁸ vgl. Mayer, H.:Einführung in die Pflegeforschung (2002), S. 111

¹³⁹ vgl. ebenda S. 166

7. 1. 4 Ethische Überlegungen

Nach Mayer¹⁴⁰ dürfen für die Pflegeforschung keine anderen ethischen Grundsätze gelten als für die praktische Pflege. Sie betont: „Der Grundsatz, Gutes zu tun und vor Schaden zu schützen, ist **ethische Pflicht** auch in der Pflegeforschung.“ Es ist daher wichtig und notwendig, sich mit ethischen Aspekten auseinander zu setzen, um belastende Nebenwirkungen für eine, an einer Forschung teilnehmende Person, auszuschließen. Ethik in der Forschung will, dass die Interessen der Forschung nicht höher stehen dürfen als die Interessen des Menschen, dass ihnen kein Leid oder Schmerz zugefügt wird und dass die Rechte derjenigen, die an Forschungsstudien teilnehmen, nicht verletzt werden. Allgemein gültige Richtlinien sollen gewährleisten, dass die Rechte der Menschen, die an der Forschung der Pflege beteiligt sind, gewahrt werden. Jeder Forschende muss aber für einzelne Situationen immer wieder Entscheidungen treffen und dafür auch Verantwortung übernehmen.

Nachstehend sollen drei wesentliche Faktoren des Persönlichkeitsschutzes beleuchtet werden, an denen sich der Forscher bei ethischen Fragen orientieren kann:

1. Umfassende Information und freiwillige Teilnahme:

Damit man überhaupt von einer freiwilligen Teilnahme sprechen kann, müssen laut Mayer¹⁴¹ vier grundlegende Aspekte beachtet und eingehalten werden:

- Die Untersuchungsteilnehmer haben das Recht auf Informationen, die für eine Zustimmung oder eine Ablehnung notwendig sind. Sie müssen mündlich und /oderschriftlich über das Ziel und den Zweck der Studie, über das Vorgehen, über die Rolle und über mögliche Risiken informiert werden.
- Die Information hat in einer Sprache zu erfolgen, die die betreffende Person versteht und die es möglich macht, ohne Druck eine Entscheidung zu treffen.

¹⁴⁰ vgl. Mayer, H.:Einführung in die Pflegeforschung (2002), S. 55

¹⁴¹ vgl. ebenda S. 56

¹⁰⁹ vgl. ebenda S. 57

- Die betreffende Person muss in der Lage sein, ihre Einwilligung zu geben. Ist diese Person nicht (oder zurzeit nicht) in der Lage, diese Einwilligung zu geben, zum Beispiel Kinder, verwirrte alte Menschen, Behinderte oder Menschen im Koma, so kann diese Entscheidung ein gesetzlicher Vertreter treffen. In manchen Situationen, so Mayer¹⁴², lassen sich jedoch keine allgemein gültigen Regeln aufstellen. Für diese Einzelfälle müssen Lösungen gesucht werden.
- Die Entscheidung zur Teilnahme darf vom Forscher nicht erzwungen werden. Die TeilnehmerInnen müssen über ihr Recht aufgeklärt werden, die Teilnahmeverweigerung zu können, jederzeit aus der Untersuchung aussteigen zu können und sie müssen die Sicherheit haben, dass sie keine Nachteile erleiden. Die Untersuchungsteilnehmer können dann ihre Zustimmung schriftlich abgeben. Man spricht dabei von einer aufgeklärten Einwilligung oder „informed consent“.

2. Anonymität:

Dem Prinzip der Anonymität wird Rechnung getragen, wenn den TeilnehmerInnen absolute Diskretion im Umgang mit persönlichen und erhobenen Daten zugesichert wird. Dies muss bei der Information über das Forschungsprojekt zugesichert werden. Sämtliche Daten (Protokolle, Tonbänder, Videoaufzeichnungen, Fragebögen, Adressen, Teilnehmerlisten) müssen so aufbewahrt werden, dass sie nur den ForscherInnen zugänglich sind. Die sorgfältige Aufbereitung und Codierung der Daten muss gewährleisten, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen werden können.

3. Schutz des Einzelnen vor eventuellen physischen und psychischen Schäden:

Bei der Planung einer Untersuchung können nicht alle möglichen Risiken und Nebenwirkungen berücksichtigt werden. In der Folge kann dies bei TeilnehmerInnen mitunter körperliche (körperliches Unbehagen bis hin zu sichtbaren Schäden) oder psychische Schäden (emotionale Belastung) verursachen. Um die Risiken und Nebenwirkungen möglichst gering zu halten, ist es notwendig, die Untersuchung genau zu planen und so den Schutz vor Schäden zu gewährleisten; wenn notwendig, ist die Untersuchung unverzüglich abubrechen.

¹⁴²vgl. Mayer, H.: Einführung in die Pflegeforschung (2002), S. 57

7. 2 Datenerhebung im Forschungsprojekt

7. 2. 1 Auswahl der Methode

Als Erhebungsmethode für die gewählte Thematik und das Forschungsanliegen dieser Arbeit schien das qualitative Interview¹⁴³, welches das Ziel verfolgt, die Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen und ihre eigene, subjektive Deutung von Ereignissen und Erlebnissen zu erfassen, als geeignet. Die gewählte Form entspricht einem halb standardisierten (oder semistrukturierten) Interview. Mit Hilfe eines Interviewleitfadens war es einerseits möglich auf bestimmte Themen im Interview hinzulenken, wobei die Fragestellung in der Reihenfolge und in der Wortwahl flexibel erfolgte, andererseits diente er als Orientierung im Gespräch und machte es möglich, bei Abweichungen vom Thema durch die GesprächspartnerInnen zu diesem zurückzufinden. Durch großteils offene Fragen wurden die interviewten Personen ermutigt, weitgehend frei zu erzählen.

Die Anzahl der Interviews wurde vor Beginn des Forschungsprozesses mit ca. sechs bis acht Interviews geplant. Da es im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht darum geht, Repräsentativität durch eine große Anzahl von Interviews zu erreichen, sondern darum, in einer bestimmten Situation möglichst typische Handlungen herauszufinden, entspricht die geringe Anzahl der Interviews durchaus der Grundannahme der qualitativen Forschung. Laut Mayer¹⁴⁴ ist durch die geringe Stichprobenzahl im Besonderen darauf zu achten, welche TeilnehmerInnen die gewünschten Informationen so umfangreich liefern können, dass man die Forschungsfrage umfassend und detailliert beantworten kann.

7. 2. 2 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Bei der Auswahl der Probanden wurde auf das Prinzip der Nützlichkeit und auf das Prinzip der Angemessenheit geachtet. Ein Auswahlkriterium für die Durchführung eines Interviews war eine mindestens fünfjährige Pfl egetätigkeit in einem Altenheim. Die Befragungen wurden in zwei verschiedenen Heimen durchgeführt. In einem Heim wurde die Bitte, eine Befragung

¹⁴³ vgl. Mayer, H.:Einführung in die Pflegeforschung (2002), S. 126

¹⁴⁴ vgl. ebenda S. 192

durchführen zu dürfen, mit der Begründung abgelehnt, *dass sie mir darüber sicher nichts sagen könnten.*

7. 2. 3 Durchführung der Interviews

Die Forschungsarbeit erfolgte in zwei verschiedenen Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich. Die Genehmigung zu dieser Untersuchung wurde von den jeweiligen Heimleitungen eingeholt. Zunächst wurde mit diesen telefonisch Kontakt aufgenommen und das Anliegen kurz vorgestellt. Problemlos wurde die Erlaubnis erteilt, die Interviews führen zu dürfen. Die zuständige Pflegedienstleitung hat im Vorfeld geklärt, welche Pflegepersonen sich bereit erklären, mit mir ein Interview zu führen. Daraufhin wurden die betreffenden Personen von mir telefonisch kontaktiert und ein Termin für ein Treffen vereinbart. Es wurden alle Befragungen in den betreffenden Altenheimen geführt, lediglich ein Interview wurde bei einer Teilnehmerin zu Hause geführt. Das Setting der Interviews kann man in allen Fällen als adäquat bezeichnen. Die Interviews fanden zwischen Jänner 2009 und Juli 2009 statt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt eine Stunde.

Für dieses Forschungsprojekt wurden sieben Personen befragt, wobei das erste Interview nicht in die Auswertung mit einbezogen wurde, da sich im Laufe des Gesprächs herausstellte, dass mein Interviewpartner sehr lange in einem Heim für psychiatrisch erkrankte Menschen, die größtenteils um Vieles jünger waren, arbeitete und er im Gespräch immer wieder auf die Sexualität dieser Bewohner Bezug nahm.

Ich habe vier Frauen und zwei Männer interviewt, zwei davon waren diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, vier waren SozialfachbetreuerInnen. Diese Verteilung habe ich zum einen gewählt, weil für die Pflege alter Menschen mehr SozialfachbetreuerInnen als diplomiertes Personal zuständig sind und zum anderen, weil die weiblichen Betreuerinnen in der Pflege alter Menschen stärker vertreten sind.

In allen Fällen wurde zunächst das Anliegen der Untersuchung kurz erklärt, den TeilnehmerInnen absolute Anonymität zugesichert und sie gebeten, das Interview mittels Tonband aufnehmen zu dürfen. Weiters wurden sie darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist, dass sie jederzeit das Recht haben, das Interview zu beenden und dass sie keine unangenehmen Konsequenzen befürchten müssen.

Die Interviews wurden Leitfaden gestützt durchgeführt. Nach dem ersten, nicht ausgewerteten Interview, wurde der Leitfaden etwas modifiziert, um vor allem zusätzlich Informationen über die schulische Ausbildung zu erhalten. Mit dieser Version wurden dann die weiteren Interviews geführt.

7. 2. 4 Unterstützung durch einen Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden bildete die Basis des Gesprächs und wurde aus den Forschungsfragen heraus logisch entwickelt. Er diente lediglich als Gedächtnisstütze und wurde dem Gesprächsverlauf flexibel angepasst. Die Einstiegsfrage habe ich nach den Auswahlkriterien nach Froschauer/Lueger¹⁴⁵ gewählt und berücksichtigt, dass sie die konkrete Lebenswelt der interviewten Person mit einschließt, in engem Zusammenhang zum interessierenden Thema steht und einen weiten Antwortrahmen bietet, ohne diese zu überfordern und ohne dass sich diese benützt oder missbraucht fühlen.

Durch die Abschlussfrage hatten die interviewten Personen die Möglichkeit, noch nicht Gesagtes zu erwähnen. Meinerseits wurde die Bitte ausgesprochen, bei eventuell auftretenden ergänzenden Fragen, dies in einem weiteren Gespräch oder kurzem Telefonat zu klären.

7. 3 Datenauswertung

Für die Auswertung qualitativer Daten sollte immer ein Verfahren gewählt werden, das geeignet ist, die Forschungsfrage zu beantworten. Um die durchgeführten Interviews auszuwerten, wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring¹⁴⁶ bestimmt. Diese Art der Auswertung ist eine Methodik systematischer Interpretation, die qualitative Bestandteile durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht. Dabei wird durch Reduktion eine überschaubare Materialmenge erhalten, in der dennoch wichtige Inhalte zu finden sind und die sich in induktiv gebildeten Kategorien widerspiegeln.

¹⁴⁵ vgl. Froschauer, U./Lueger, M.: Das qualitative Interview (2003), S. 69

¹⁴⁶ vgl. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse (2008), S. 42

7.3.1 Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring¹⁴⁷

1. **Schritt:** Analyseeinheiten werden bestimmt: am Transkript werden inhaltstragende Teile unterstrichen.
2. **Schritt:** Paraphrasierung: inhaltstragende Textstellen werden ohne Ausschmückungen und Wiederholungen in eine grammatikalische Kurzform gebracht.
3. **Schritt:** Generalisierung: Aussagen werden auf eine bestimmte Abstraktionsebene verallgemeinert.
4. **Schritt:** Reduktion durch Selektion: inhaltsgleiche Generalisierungen, die mehrfach vorkommen, werden gestrichen, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst.
5. **Schritt:** Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration: Überbegriffe und Kategorien aller Interviews werden zusammengefasst und durch eine neue Aussage wieder gegeben.
6. **Schritt:** Zusammenstellung der Aussagen in einem neuen Kategoriensystem. Anhand der generalisierten Aussagen werden knappe, allgemeine Kategorien gebildet.
7. **Schritt:** Rücküberprüfung des zusammenfassenden Categoriesystems: die neuen Aussagen werden am Ausgangsmaterial rücküberprüft.

7.3.2 Darstellung der Transkripte

Die Interviews wurden vollständig auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Transkription orientiert sich am Schriftdeutsch, dennoch wurden manche Dialektausdrücke übernommen, um das Interview nicht zu verzerren. Außerdem wurden zusätzliche Informationen wie zum Beispiel Pausen, Lachen oder Betonungen der Befragten in den Transkriptionen festgehalten. Die Zeilennummerierung wurde linksbündig durchgeführt.

¹⁴⁷ vgl. Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse (2008), S. 60

7.4 Ergebnisse

In der Folge werden die Ergebnisse in Hinblick auf die gestellten Forschungsfragen empirisch beantwortet. Das Erleben der sexuellen Bedürfnisse der alten Menschen in stationären Einrichtungen wird vor allem in drei Dimensionen dargestellt:

- pflegeorientiert
- bewohnerInnenorientiert
- Interaktion HeimbewohnerInnen/PflegerInnen/Angehörige

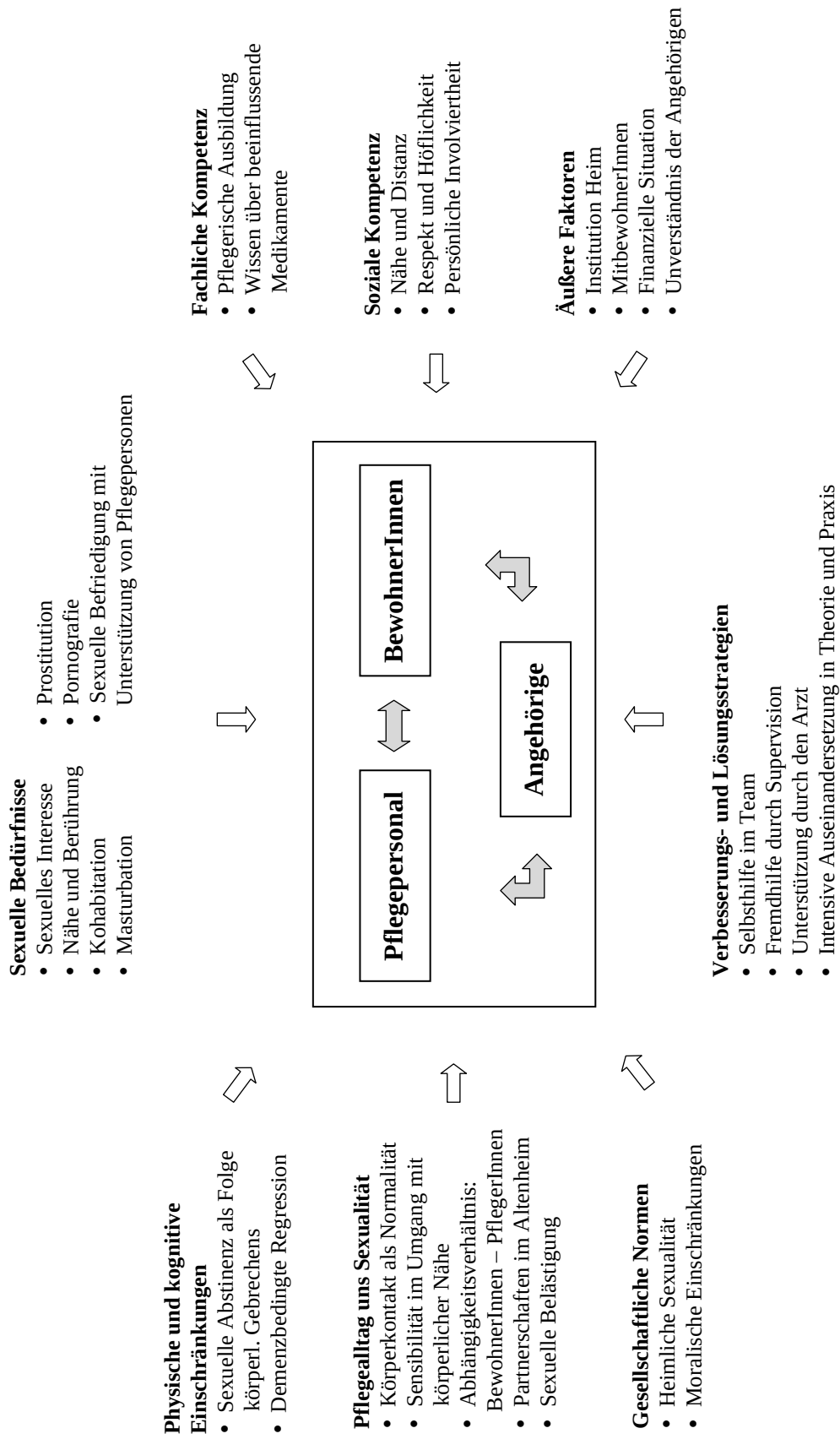
Diese werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die auf alle betroffenen BeziehungspartnerInnen in unterschiedlichem Ausmaß einwirken. Seitens der HeimbewohnerInnen handelt es sich hierbei unter anderem um soziale und physische Faktoren und um Faktoren, die durch äußere Bedingungen gegeben sind, sowie um das Vorhandensein und das Erleben sexueller Bedürfnisse. Seitens der PflegerInnen ist die Beeinflussung durch soziale und fachliche Kompetenz, aber ebenso durch äußere Faktoren vorhanden.

Mit beeinflusst wird die Interaktion zwischen BewohnerInnen und PflegerInnen jedoch auch durch die Angehörigen, denen zum einen als außenstehende Dritte, zum anderen als stark involvierte TeilnehmerInnen eine oft entscheidende Rolle zukommt.

Die oben beschriebenen einflussnehmenden Faktoren auf die Sexualität alter Menschen im Pflegeheim werden in der nachfolgenden Grafik gezeigt.

Anschließend wird die inhaltliche Beschreibung der einzelnen Kategorien mit Originalzitaten aus den Interviews verdeutlicht und im Detail dargestellt.

Einflussfaktoren auf die Sexualität alter Menschen im Heim



Legende: Einfluss überwiegend in eine Richtung
wechselseitiger Einfluss

7. 4. 1 Sexuelle Bedürfnisse

Die Auseinandersetzung mit den sexuellen Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen ist einerseits durch individuelle Einstellungen und persönliches Erleben der HeimbewohnerInnen selbst, andererseits durch die sexuelle Wahrnehmung der Pflegepersonen, beeinflusst. In Gesprächen mit den InterviewpartnerInnen wird deutlich, dass es Unterschiede in den jeweiligen Heimen gibt und dass es Pflegenden schwer fällt, das sexuelle Interesse ihrer BewohnerInnen einzuschätzen.

Sexualität ist ein zutiefst menschliches Bedürfnis, das auch in institutionellen Einrichtungen, wie einem Altenheim, nicht unterdrückt werden darf. Die InterviewpartnerInnen berichten über diesbezügliche Erfahrungen und über ihre Anliegen, den HeimbewohnerInnen das Befriedigen sexueller Bedürfnisse uneingeschränkt zu ermöglichen und beschreiben Sexualität als zum Leben dazugehöriges Grundbedürfnis jedes Menschen.

„Sie können ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben. Wir möchten einfach, dass es ihnen gut geht und das gehört nun einmal auch dazu.“

In einem Interview wird sehr deutlich angesprochen, dass Frauen eher weniger über ihre sexuellen Bedürfnisse sprechen als Männer und damit wird wieder auf eine Tabuisierung hingewiesen. Männer hingegen artikulieren diese Bedürfnisse häufig in einer sehr unanständigen und anrühigen Form.

„Ich bin mir sicher, dass das eher von Männern ausgesprochen wird. Frauen reden sehr wenig darüber. (...) oder es wird dann manchmal auch mit sehr deftigen Worten angesprochen. Es werden oft zweideutige Witze gemacht.“

Eine Gesprächspartnerin sieht im unterschiedlichen Verhalten von Männern und Frauen ein in unserer Gesellschaft genderdifferentes Abweichen, wobei abermals Sexualität bei Frauen als Tabu gesehen werden kann.

„Männer zeigen es offensichtlicher, was in ihnen vorgeht. Bei Frauen weiß man es nicht.“

Ein möglicher Grund, dass sexuelles Verlangen unterdrückt wird, könnte dem Gesprächspartner zufolge daran liegen, dass körperliche Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen.

„...dass die körperlichen Wehwehchen zwar sehr stark im Vordergrund stehen, (...) dass bei einem Viertel unserer Bewohner schon noch sexuelles Interesse vorhanden ist.“

Sehr deutlich wird zum Ausdruck gebracht, dass körperliche Handicaps nicht gleichbedeutend sind mit dem Verlust sexueller Empfindungen bzw. dem Verzicht auf sexuelle Aktivitäten. Ein selbstbewusstes Anrecht auf das (Aus)leben ihrer Sexualität hat sich nicht entwickelt und das „Sich ertappt fühlen“ bei verbotenen Handlungen weist abermals auf eine gesellschaftliche Tabuisierung der Sexualität alter Menschen hin.

„Wir haben einmal ein Paar bei uns im Heim gehabt, die beide nur mehr mit Hilfe mobil waren.

...obwohl ich angeklopft habe, waren sie so mit sich beschäftigt, dass sie nicht gehört haben, wie ich ins Zimmer gekommen bin. Sie ist auf seinem Schoß gesessen und, ich möchte fast schon sagen, wie eine Gazelle herunter gesprungen. Ich habe die Frau vorher und nachher nie mehr so schnell gesehen.“

In den Gesprächen wird deutlich, dass es nicht allen BewohnerInnen möglich ist, Sexualität zu leben. Begründet wird dies durch das Fehlen des oft Jahrzehnte langen Partners oder durch den Mangel an geeigneten neuen Partnern.

„Ich habe einmal gehört, wie eine Frau gesagt hat, mein Mann geht mir schon recht ab. Da ist es um das Verheiratet sein gegangen, um Witwen, um das Zu Bett gehen. Ich glaube, (...) dass da schon die körperliche Nähe angesprochen war.“

„Es mangelt natürlich an passenden Partnern, besonders bei Frauen.“

Dass das Wohlbefinden eines Bewohners oder einer Bewohnerin zum Teil von der Anwesenheit eines Partners oder einer Partnerin abhängig ist, spricht eine Bewohnerin sehr deutlich aus.

„...weil ich gefragt habe, ob ihr etwas fehlt, weil sie andauernd geläutet hat und eigentlich nichts war, und die hat dann gesagt: freilich, mir fehlt ein Mann.“

„...Meist mangelt es ja am Partner. (...) Hin und wieder erzählen sie auch von früher, wie schön es war in der Jugend, erzählen auch von der ersten großen Liebe und kommen so richtig ins Schwärmen.“

7. 4. 1. 1 Sexuelles Interesse

Die Pflegepersonen merken, dass Sexualität noch immer ein Tabu ist und vermuten, dass es BewohnerInnen gibt, die zwar nicht oder kaum darüber sprechen, aber sehr wohl darüber nachdenken oder sexuelle Bedürfnisse in Form von ordinären Witzen äußern. Aus diesem Verhalten schließen sie auf das sexuelle Interesse. Wobei es interessant ist, festzustellen, dass beide GesprächspartnerInnen mit denselben BewohnerInnen arbeiten, das sexuelle Interesse jedoch sehr unterschiedlich einschätzen.

„...weil, da sind einige, die das immer im Kopf haben. Der Rest, glaube ich, ist eine Dunkelziffer, die reden halt nicht darüber, aber denken sehr wohl nach darüber. Ich würde sagen 30%.“

„... eigentlich reden sie kaum darüber. Manchmal werden nur (...) ordinäre Witzchen darüber gemacht. Ich glaube, das Bedürfnis hat ein jeder. Ich schätze, so 40-50% werden es schon sein, wo noch sexuelles Interesse vorhanden ist.“

Die Tatsache, dass die Schwankungsbreite (zwischen 15 und 35%) sehr groß ist, weist darauf hin, dass es sehr schwierig ist, sexuelles Interesse einzuschätzen.

„...das Interesse ist schon noch bei vielen vorhanden. Vielleicht sind es 30, ev. 35%, ich weiß es nicht.“

„Das ist schwer zu sagen. Vielleicht sind es 15%, vielleicht auch 20%, ich kann es nicht sagen.“

Die Annahme, dass etwa ein Viertel der HeimbewohnerInnen sexuell interessiert ist, unterstützt die These, dass sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind. In Gesprächen mit InterviewpartnerInnen wird festgestellt, wie die betroffenen alten Menschen selbst ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit definieren und welche Begrifflichkeiten sie für ihre Bedürfnisse finden.

Von den Pflegenden wird das Bedürfnis nach Sexualität als vollkommen normal gesehen.

„...wenn wer das Bedürfnis hat, warum nicht.“

Das Thema Sexualität verliert auch bei immobilen und kognitiv eingeschränkten BewohnerInnen scheinbar nicht an Bedeutung.

„Ich glaube, das Bedürfnis hat ein jeder, ganz egal, ob der im Bett liegt oder egal wie dement der ist.“

Eine Gesprächspartnerin schildert Beobachtungen, denen zu Folge sich das Verhalten und das Erscheinungsbild der Heimbewohnerinnen verändern, wenn sie Interesse an einem gegengeschlechtlichen Mitbewohner zeigen.

„Es gibt einen attraktiven älteren Herrn und die Bewohnerinnen verändern ihr Verhalten. Sie werden gesprächiger, sie lachen mehr, sie werden eitler und legen einfach mehr Wert auf ihr Äußeres.“

7. 4. 1. 2 Nähe und Berührung

Im Zusammenhang mit Sexualität werden von einem Großteil meiner GesprächspartnerInnen sexuelle Bedürfnisse fast ausschließlich in Form von Nähe und körperlicher Berührung wahrgenommen und Ähnlichkeiten mit Bedürfnissen von Kindern festgestellt.

„... ich glaube, die Streicheleinheiten, (...) auch Zuwendung, Umarmungen (...) das ist das, wonach sich ein Baby schon sehnt; ebenso als Erwachsener, warum dann als alter Mensch nicht?“

„Aber ich glaube, dass die Zärtlichkeit eine ganz große Rolle spielt. Ich sage jetzt einmal (...) Umarmen, das spielt eine große Rolle, und das bekommen sie meistens sehr selten (...)“

Den Aussagen einiger InterviewteilnehmerInnen zufolge korreliert das Bedürfnis, mit einem Menschen ein nahes Verhältnis einzugehen mit dem Wunsch nach Zweisamkeit.

„Für sie ist es wichtig, einen Menschen zu haben, mit dem sie sprechen können, mit dem sie Zeit verbringen können; Zeit haben sie ja genug - ganz einfach einen Menschen haben, der zu ihnen gehört.“

„...Händchen halten, streicheln, sich anlehnen können, (...) vor allem aber nicht alleine sein.“

Ähnlich wird in diesem Zusammenhang von einem Gesprächspartner argumentiert, dass Vertrauen eine ebenso große Rolle spielt wie körperliche Nähe.

„Auch alte Menschen brauchen das noch, wenn jemand ihre Hand hält. Es ist einfach wichtig, dass wer da ist, dem sie vertrauen können, jemanden haben, der ihnen alleine gehört.“

7. 4. 1. 3 Kohabitation

Mit großer Übereinstimmung äußern die Gesprächspartner ihre Ansicht, dass sexuelle Bedürfnisse im Alter nicht gleich bedeutend sind mit Geschlechtsverkehr.

„Ich glaube, dass sie eher nicht den Geschlechtsverkehr meinen.“

„Für alte Menschen, glaube ich, bedeutet Sexualität nicht Leidenschaft, nicht Geschlechtsverkehr, nicht Potenz, (...)“

Begründet wird die oben angeführte Ansicht unter anderem auch damit, dass es durch körperliche Bedingungen nicht möglich ist, Geschlechtsverkehr auszuüben.

„...sie haben es im Kopf, weil es anders eh nimmer geht. (...) Ich meine jetzt Geschlechtsverkehr.“

„Bewohner, wie wir sie im Heim haben, sind gesundheitlich schon so schlecht beieinander, dass das eigentlich nicht mehr möglich ist.“

7. 4. 1. 4 Masturbation

Sexuelle Aktivitäten werden von allen interviewten MitarbeiterInnen der Altenheime immer wieder beobachtet, aber nie als Problem empfunden. Im Besonderen wird über Masturbation während der Nacht berichtet. Dass HeimbewohnerInnen auf diese Weise ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen, wird von den Pflegepersonen diskret übersehen und als persönliches Recht der Betroffenen respektiert.

„Selbstbefriedigung kommt natürlich manchmal vor. Besonders im Nachtdienst fällt es mir auf. Mich stört das aber nicht. Sie haben auch das Recht dazu. Ich mache halt die Tür dann leise wieder zu und tue, als ob ich nichts bemerkt hätte.“

Die Annahme, dass alte Menschen noch sexuelle Bedürfnisse haben und diese auch ausleben, beweist die Tatsache, dass selbst Hochbetagte beobachtet werden, wie sie ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen. Für Pflegepersonen mit streng religiösen Moralvorstellungen wird diese Situation als negativ erlebt und führt zu verbalen Sanktionen dem betroffenen alten Menschen gegenüber.

„...eine Dame fällt mir ein, die war 101 Jahre, die hat immer nur Röcke und Strümpfe getragen und ist immer von einer Schwester (Ordensschwester) geschimpft worden, wenn sie die Finger bei der Scheide gehabt hat und sich selbst befriedigt hat. (...) Das ist überhaupt kein Problem, nein, gar keines.“

Pflegende werden häufig im Nachtdienst zu unfreiwilligen BeobachterInnen bei sexuell konnotierten Handlungen. Durch respektvolles Wegschauen wird aber vermieden, dass BewohnerInnen in der für sie als unangenehm empfundenen Situation bloßgestellt werden. Die Angst vor Peinlichkeit weist darauf hin, dass Sexualität für diese Betroffenen noch immer etwas Heimliches ist.

„Das kommt häufiger vor. Besonders im Nachtdienst. Wenn man durch die Zimmer geht kennt man schon die gewissen Leute, wo man sich wirklich hinein schleicht, weil's denen sonst natürlich peinlich ist.“

Angesprochen auf die Häufigkeitsverteilung von Masturbation bei Männern und Frauen herrscht eine unterschiedliche Einschätzung. Frauen wird unterstellt, dass sie es „heimlicher“ machen und man es daher nicht so merkt.

„Es kommt häufiger bei Männern vor.“

„Wir haben zwar sehr viele Frauen, mehr als Männer, aber im Verhältnis gesehen, würde ich schon sagen, dass es bei Frauen häufiger vorkommt.“

„Ich glaube schon, dass mehr Männer masturbieren. Vielleicht merkt man es auch bei Frauen nicht so.“

Die Aussage „dabei erwischt worden“ weist ebenso wie oben darauf hin, dass Sexualität als etwas Heimliches gesehen wird. Die Tatsache aber, dass es Bewohnerinnen gibt, die Vibratoren verwenden, zeigt, dass sie diesbezüglich ein für ihre Generation doch schon sehr liberales Verhalten aufweisen.

„Es sind schon Bewohner dabei erwischt worden. Wir haben z. B. auch Damen, die Vibratoren haben.“

Das Grundbedürfnis nach Sexualität zeigt sich nicht nur im Austausch von Zärtlichkeiten, sondern zeigt auch verschiedene kreative Formen sexuellen Erlebens.

„Sie haben sich berührt, sind zärtlich gewesen. (...) Der Mann hat von mir gewollt, dass ich ihn im Intimbereich rasiere oder zumindest die Haare zurückschneide, das habe ich auch gemacht. Was sie dann im Zimmer gemacht haben, dass weiß ich nicht.“

In einem Gespräch wird von einer anderen Form der sexuellen Befriedigung einer Bewohnerin berichtet, die sich mit Hilfe eines Katheters und unter dem Vorwand der

medizinischen Notwendigkeit sexuell befriedigt. Überlegungen, ihr die Katheter zu nehmen, wurden vom Team abgelehnt, um das Verwenden anderer Mittel zu verhindern.

„Eine Frau haben wir, die führt sich abends einen Harnkatheter ein. Sie selber sagt, sie will den Restharn entleeren, damit sie in der Nacht nicht aufs Klo gehen muss. Es ist dann überlegt worden, ihr die Katheter zu nehmen, aber (...) im Team waren wir uns einig, dass es besser ist, ihr den Katheter zu lassen, als sie nimmt vielleicht einen Strohhalm.“

Das Katheterisieren zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse wurde auch von einem anderen Gesprächspartner in einem anderen Heim beobachtet.

„Wir haben gewusst, dass sich die Dame öfters selbst befriedigt. Und das Katheterisieren war im Prinzip auch nichts anderes als eine Befriedigung.“

7. 4. 1. 5 Prostitution

Das sexuelle Verhalten im Alter lässt Rückschlüsse auf die Beziehungsbiografie zu, d. h., Männer hatten Macht über Frauen und haben früher nie für Liebesdienste einer Frau bezahlt. Vereinzelt wird von den PflegerInnen vom Besuch einer Prostituierten berichtet. Darüber, wer den Besuch von Prostituierten organisiert, herrscht Uneinigkeit.

„...Sie sind in einer Zeit aufgewachsen, da haben sie sich vielleicht einfach eine Frau geschnappt, wenn sie eine wollten, aber zahlen dafür, nein, das haben sie nicht gemacht.“

Die Möglichkeit, eine Prostituierte oder Sexhelperin für BewohnerInnen zu organisieren ist für die Gesprächspartnerin vorstellbar, ebenso sieht sie das Organisieren dieser Art der Unterstützung als Pflegeangelegenheit.

„Dann hat man gesagt, dass es Sexhelperinnen gibt, dass es Prostituierte gibt, die spezialisiert sind auf Behinderte. (...) kann mir vorstellen, dass man die auch ins Haus holt. Ich glaube, das Organisieren ist sogar eine Pflegesache.“

Die oben angeführte Aufgabe des Organisierens einer Prostituierten wird von einem weiteren Gesprächspartner insofern eingeschränkt, dass diese Aufgabe nur dann den Pflegepersonen zufällt, wenn es keine Angehörigen gibt.

„Das Organisieren einer Prostituierten übernehmen die Angehörigen, außer es gibt keine, dann übernimmt es die Pflege.“

Es wird allerdings abgelehnt, dass Prostituierte zu mobilen Bewohnern ins Haus kommen. Immobile Bewohner werden für den Besuch der Prostituierten von den PflegerInnen vorbereitet.

„Wenn der Bewohner bettlägrig ist, wäre es kein Problem, ihn vorzubereiten, (...) und hinterher zu waschen. Ist der Bewohner aber noch so weit mobil, dass er noch zu Prostituierten gebracht werden kann, dann glaube ich, ist es besser, wenn sie nicht ins Haus kommt.“

Vereinzelt gibt es Bewohner, denen es noch möglich ist, ihre sexuellen Interessen noch selbständig wahrzunehmen und in ein Bordell zu fahren.

„Wir haben einen Bewohner gehabt, der ganz klar gesagt hat, dass er Sex haben möchte. Er ist dann auch mit einem Taxi in ein Bordell gefahren.“

7. 4. 1. 6 Pornografie

Um diverse Filme bzw. auch Striptease ansehen zu können, schauen einzelne Bewohner bis spät nach Mitternacht und manchmal schon zeitig in der Früh fern, um so, wie man vermuten kann, Beobachtungen durch das Pflegepersonal und Peinlichkeiten zu vermeiden.

„...Da schauen sie dann bis spät nach Mitternacht und merken oft gar nicht, dass man nachschauen kommt. Oder sie schauen schon sehr bald in der Früh, (...) Es sind ja eh oft harmlose Sachen, aber ein bisschen Striptease gefällt ihnen schon hin und wieder.“

Das Befriedigen sexueller Bedürfnisse durch Ansehen von Pornofilmen oder Pornoheften wurde von einer Interviewpartnerin nicht beobachtet, lediglich das Ansehen erotischer Filme im Fernsehen, wobei sie davon ausgeht, dass das nicht zielgerichtet war.

„Dass jemand gezielt einen Pornofilm angesehen hätte, das ist mir noch nie untergekommen. Sicher, so diverse Filme, so erotische Filme, die im Fernsehen zu sehen sind, werden schon geschaut, aber nicht gezielt. Pornohefte sind mir nie untergekommen.“

Auf ähnliche Weise argumentiert eine Kollegin, allerdings mit der Einschränkung, dass es keine Bereitschaft seitens der Angehörigen gibt, einen Videorecorder bzw. diverse Filme zu besorgen und somit die Möglichkeit gar nicht gegeben ist, solche Filme anzusehen.

„...dass jemand solche Filme schaut, das wäre mir nie aufgefallen. Einen Videorecorder hat kaum jemand von unseren Bewohnern und außerdem müsste ihnen diese Filme auch jemand besorgen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das jemand von unseren Angehörigen machen würde.“

Diese oben angeführten Aussagen können von einem anderen Gesprächsteilnehmer nicht vollkommen bestätigt werden, da es bei körperlich gesünderen BewohnerInnen, die während der Nacht nicht regelmäßig kontrolliert werden, doch hin und wieder beobachtet wird, dass sie Pornofilme schauen oder Pornohefte lesen.

„Es ist selten, aber es kommt doch hin und wieder vor, dass sich Bewohner Pornofilme anschauen oder diverse Zeitschriften lesen. Meistens sind das Bewohner, denen es noch relativ gut geht, wo man in der Nacht nicht bei jedem Rundgang nachschauen muss.“

Wiederum wird von einer Interviewpartnerin festgestellt, dass das Ansehen diverser Filme, um sexuelle Befriedigung zu erlangen, meistens nachts stattfindet. Sexualität also wieder als etwas Heimliches gesehen und wahrgenommen wird.

„...es bietet das Fernsehen jede Nacht so viele Sachen an, und das schaut er halt. Wenn ich jetzt so darüber nachdenke, eigentlich findet sexuelle Befriedigung meist nachts statt, so wie früher, es ist immer noch etwas Heimliches.“

7. 4. 1. 7 Sexuelle Befriedigung mit Unterstützung von Pflegepersonen

Die aktive Unterstützung von Pflegepersonen, damit BewohnerInnen sexuelle Befriedigung erlangen, wird zwar befürwortet, die Durchführung aber von den Befragten mit sehr großer Abneigung begründet und abgelehnt. Bei körperlicher Behinderung sind sie zur Unterstützung bereit, bei sexuellen Handlungen würden sie das Zimmer allerdings verlassen.

„...ich könnte das nicht. Nein, das wäre für mich so eine Überwindung. Ich finde es eine gute Idee, wenn das jemand kann, aber ich, nein. Dass ich ein Paar unterstütze, wenn sie nicht alleine zurechtkommen, weil sie vielleicht irgendwie behindert sind, das würde ich machen. Dann würde ich aber aus dem Zimmer gehen und sie alleine lassen.“

„Das hat noch keiner von uns angesprochen, aber das ist eine gute Idee. (...) Das wäre für mich eine wahnsinnige Überwindung. Ich weiß nicht, ob ich das könnte.“

Eine Gesprächspartnerin begründet ihre ablehnende Haltung zur aktiven Mithilfe zur sexuellen Befriedigung der BewohnerInnen mit persönlicher Überforderung, obwohl sie die Idee als positiv bewertet.

„Ich persönlich könnte mir das gut vorstellen. Nur ich selber würde das nicht machen, das wäre nicht mein Thema; nein, nein, auf gar keinen Fall. Ich glaube, damit wäre ich überfordert.“

Der persönlichen Ablehnung gegenüber steht die Überlegung, ob diese Art der Betreuung für die BewohnerInnen gut ist. Es ist zu überlegen, ob diese Dienstleistung von Mitarbeiterinnen eines anderen Heimes sinnvoller wäre, damit sich die hauseigenen Pflegepersonen gut abgrenzen können.

„Ich kann mir das nicht vorstellen. Ich bin aber im Zwiespalt, ob das wirklich gut ist von Seiten der Pflege (...) Es wäre einfacher, wenn sie von auswärts, vielleicht von einem anderen Heim kommt. (...) die Differenzierung für den Bewohner wäre nicht so schwierig; die tut es, die tut es nicht.“

7. 4. 2 Gesellschaftliche Normen

Die Pflegesituation im Altenheim in Bezug auf Sexualität wird von vielen Faktoren beeinflusst. Sie stellt sich für jede Heimbewohnerin und für jeden Heimbewohner unterschiedlich dar und ist geprägt durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, mit dem situationsbezogenen professionellen Handeln und den in der Gesellschaft vorherrschenden Normvorstellungen.

7. 4. 2. 1 Heimliche Sexualität

Über Sexualität zu sprechen, fällt vielen HeimbewohnerInnen schwer. Bedingt durch die meist sexualfeindliche Erziehung, die fehlende Aufklärung in der Jugend, verschiedenen sexuellen Missbrauchserlebnissen und einem nur rudimentären Wissen über Sexualität allgemein fällt es besonders Frauen schwer, sexuelle Bedürfnisse anzusprechen bzw. Worte für ihre Bedürfnisse zu finden. Sexualität und Lust waren etwas Heimliches, worüber nicht gesprochen wurde. Diesen Menschen fehlen auch heute die Worte für ihre sexuellen Bedürfnisse. Diese Einschätzung kommt in folgenden Zitaten zum Ausdruck:

„Ich glaube, dass das immer noch ein sehr großes Tabuthema ist. Die Frauen sind einfach so erzogen worden. Es wurde in der Generation einfach nicht viel darüber gesprochen. Dazu kommt auch noch, dass besonders während der Kriegszeit doch einige(...) vielleicht auch viele, in Bezug auf Sexualität Schlimmes erlebt haben. Wenn man sich Biografien anschaut, kommt es gar nicht so selten vor, dass Frauen von Vergewaltigungen erzählen. Wobei ich glaube, nicht alle Frauen erzählen das. Es wurde einfach über Sexualität nicht offen gesprochen, oder über Lust, oder was auch immer. Die wenigsten, denke ich, wurden aufgeklärt, es war etwas Heimliches.“

Eine andere Gesprächspartnerin sieht nicht nur die Erziehung und das biografische Erleben, sondern auch das Schamgefühl als Hindernis, die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken.

„Die Erziehung, die biografische Erfahrung, ah (...) das Schamgefühl und dass sie nicht wissen oder keinen Weg finden, wie sie ihre Sexualität ausleben können.“

In allen Gesprächen wird aber deutlich, dass Sexualität ganz eng mit Heimlichkeit, mit schlimmen sexuellen Missbrauchserfahrungen, ja sogar mit Verboten verknüpft ist. Besonders für Frauen sind diese Erlebnisse so prägend, dass sie meist nicht einmal nach Jahrzehnten darüber sprechen können. Männern hingegen fällt es nicht so schwer, über Sexualität zu sprechen. Allerdings fällt auf, dass dies nicht in liebevoller Weise, sondern eher in deftiger Sprache thematisiert wird.

„Es wird eigentlich kaum von ihnen ausgesprochen. Aber das ist irgendwie verständlich und aus der Biografie zu sehen. Sexualität war immer etwas Heimliches, vielleicht für viele sogar etwas Verbotenes. Durch die Biografiearbeit wissen wir, dass doch einige Bewohnerinnen diesbezüglich Schlimmes erlebt haben. So wissen wir von Vergewaltigungen während des Krieges oder oft auch von den eigenen Ehemännern. Wenn aber über Sexualität gesprochen wird, dann hauptsächlich von Männern, und dann in sehr deftiger Sprache.“

Aber nicht nur das Sprechen über Sexualität, sondern allgemein Interesse oder sexuelles Interesse an einem Mann zu zeigen, war für diese Generation von Frauen unmöglich, es war sogar tabu, sich für einen Mann schön zu machen.

„Wie gesagt, ich stelle mir das so vor, dass es ganz verwerflich war, zu der Zeit sich für einen Mann zurecht zu machen oder erkennen zu lassen, ich möchte dich jetzt als Mann (...) Ja, das glaube ich schon.“

In ähnlicher Weise drückt das ein anderer Interviewpartner aus, wenn er meint, dass der Anstand das nicht anders erlaubt hat.

„Ich glaube, dass das im Zeitgeist verankert ist. Zu der Zeit war das einfach so, das hat man nicht zu tun gehabt oder sie haben nicht erkennen lassen dürfen, so, ich bin jetzt zu haben.“

Sexualität war für diese Menschen zwar Wirklichkeit, aber es war kein Thema.

„...weil sie immer so gelebt haben. Die heute älteren Leute haben sicher nie viel über Sexualität geredet oder (...) wenn sie verheiratet waren, Sexualität gehabt haben, Kinder bekommen haben, aber geredet über Sexualität haben sie sicher nie viel.“

7. 4. 2. 2 Moralische Einschränkungen

Das Ausleben sexueller Gefühle steht immer mit der gelebten Sexualität in früheren Jahren in Zusammenhang und ist geprägt durch ethische Normen, moralische Wertevorstellungen und durch allgemein gültige Regeln ihrer Zeit, die oft bis ins hohe Alter Gültigkeit besitzen. „Das gehört sich nicht mit diesem Alter, das ist unanständig und dafür muss man sich schämen“, das ist der übereinstimmende Tenor aller InterviewpartnerInnen. Die jungen Menschen dürfen über Sexualität sprechen, den alten wird es nicht zugestanden.

„Vielleicht der Anstand. Das gehört sich nicht mehr mit dem Alter.“

Selbst wenn es nicht um Sexualität geht, getrauen sich alte Menschen nicht einmal sagen, dass sie verliebt sind.

„...glaube ich, schämen sich viele, wenn sie im Alter, ich spreche hier von 80Jährigen, noch verliebt sind.“

Sie getrauen sich kaum einmal den Wunsch, den legitimen Wunsch, nach einer Partnerschaft aussprechen. Hier stellt sich die Frage, ob es die Gesellschaft wirklich nicht gerne sieht oder ob das nur die alten Leute glauben.

„Manche sagen auch, dass sie schon gerne jemanden hätten, aber wie schaut denn das aus? Ich in meinem Alter.“

Besonders auffällig ist die moralische Sichtweise der MitbewohnerInnen. Eine neue Partnerschaft findet meist keine Akzeptanz von ihnen oder wird sogar negativ bewertet.

„Sagen wir, gerade wenn sich Zwei finden (...) weil es die anderen nicht zulassen und schimpfen und sagen, so etwas macht man nicht mehr und was glaubt ihr überhaupt, schämt ihr euch nicht!“

Die Heimlichkeit, das Tabu bleibt bis ins Alter bestehen und Sexualität wird nach wie vor als negativ, als etwas Unanständiges gesehen. Aus Scham ist es den Betroffenen oft nicht

möglich, über ihre Bedürfnisse zu sprechen und die Nähe eines Mannes zu suchen ohne die Angst, dass sie mit hässlichen Worten belegt werden.

„...Es war immer alles heimlich, es ist in dem Alter einfach unanständig, und in dem Alter macht man das einfach nicht mehr.“

„...weil sie sich nicht als Luder outen wollen. Es ist verpönt, sich dem Mann anzubieten.“

7. 4. 3 Pflegealltag und Sexualität

Um über sexuelle Gefühle und Erinnerungen zu sprechen, fehlen besonders weiblichen Bewohnerinnen die Worte. Deren Verhalten bei bestimmten Pflegehandlungen, wie Intimpflege, weist aber auf sexuelle Gedanken hin.

„...eine Frau bei der Intimpflege, beim Waschen im Schambereich (...) da hab ich gemerkt, die Frau greift mir auf die Hüfte, zärtlich auf die Hüfte. Dann habe ich schon geglaubt, jetzt sind Erinnerungen geweckt worden.“

Befragt nach sexuellen Empfindungen von Pflegenden gegenüber HeimbewohnerInnen, wurde das von den Befragten fast durchwegs als nicht vorstellbar verneint, bzw. noch nie bei Kollegen bemerkt.

„Gibt es vielleicht. Bei uns wäre mir das noch nie aufgefallen. Aber so wie ich meine Kollegen kenne, gibt es das bei uns nicht.“

„Glaube ich nicht, das ist mir nie aufgefallen, das kann ich mir nicht vorstellen. Ich gehe jetzt natürlich von mir selber aus, was meine Kollegen denken, weiß ich nicht.“

„Mir ist eigentlich derartiges nicht bekannt. Ich kann es mir nicht vorstellen.“

Wie oben erwähnt, wird auch in diesem Gespräch sehr deutlich, dass es nicht vorstellbar ist, dass sich PflegerInnen bei BewohnerInnen sexuelle Befriedigung holen. Einschränkend wird jedoch von einem sehr störenden Verhalten einer Kollegin berichtet, die sehr unpassende verbale Äußerungen diesbezüglich macht.

„Ich kann mir nicht vorstellen, dass sich da vom Personal jemand sexuelle Befriedigung holt. Es gibt zwar eine, die manchmal zu einem Bewohner sagt, dass sie ihn heiratet. Mich stört das jedes Mal, wenn ich das höre. Aber dass da irgendwelche Gefühle sind,(...)nein, das kann ich mir nicht vorstellen.“

In einem Fall wurden allerdings sexuelle Gefühle einer Pflegerin gegenüber BewohnernInnen von KollegInnen beobachtet und als anormal gewertet. Auffällig war das ablehnende Verhalten der BewohnerInnen gegenüber dieser Pflegerin.

„Ja, aber ich glaube, das kommt sehr selten vor und ist nicht normal. Eine Altenfachbetreuerin hat einige BewohnerInnen regelrecht abgeschmust, sodass die mit ihr nicht mehr baden gehen wollten oder von ihr gewaschen werden wollten.“

7. 4. 3. 1 Körperkontakt als Normalität

Pflegende werden auf verschiedenste Art und Weise mit der Sexualität der HeimbewohnerInnen konfrontiert. Durch alltägliche Pflegesituationen wie Körperpflege, Intimpflege oder auch während des Badens entsteht eine Vertrauenssituation, die dem Geheimsten des Menschen sehr nahe kommt. Es ist deshalb Aufgabe der Pflegepersonen, eine Atmosphäre der Geschütztheit zu schaffen und mit dem entgegengebrachten Vertrauensbeweis sehr vorsichtig umzugehen.

„Man hat einfach sehr viel Körperkontakt mit ihnen, und Sexualität hat sehr viel mit Berührung zu tun.“

Da der Pflegealltag in einem Altenheim im Speziellen geprägt ist von körperlichem Kontakt, von Nähe, Berührung und in den Arm nehmen, besonders wenn BewohnerInnen traurig sind oder wenn sie keine Angehörigen haben, sind PflegerInnen auch ein Ersatz für die Familie.

„ Es gehört im Heim einfach dazu, dass man einen alten Menschen auch einmal in den Arm nimmt, wenn er traurig ist oder wenn es ihm nicht gut geht. Da ist es aber oft schwierig, die nötige Distanz zu wahren. Besonders bei BewohnerInnen, die keine Angehörigen haben.“

Eine andere Gesprächspartnerin schließt sich der oben angeführten Meinung an, wenn sie sagt, dass es in der Pflege nicht immer um Sexualität geht. Sehr häufig geht es in der Pflege um Trost, wobei Nähe und Berührung aber eine sehr große Rolle spielen.

„Wenn es jemandem nicht gut geht, dann legt man auch einmal den Arm um den Bewohner oder nimmt ihn in den Arm.“

7. 4. 3. 2 Sensibilität im Umgang mit körperlicher Nähe

Für eine Pflegerin ist es von großer Wichtigkeit, wie sie im Pflegealltag mit ihren Bewohnern umgeht, wie sie überlegt mit Berührungen arbeitet. Schon harmlose Späße können bei den Bewohnern sexuelle Empfindungen auslösen und zu peinlichen Situationen führen. Erfahrene Mitarbeiterinnen sind aber doch in der Lage, mit dieser Thematik umzugehen und darüber auch mit den Betroffenen zu sprechen.

„Wenn man zu ihm in der Früh hineingegangen ist, dann haben wir geblödet, ich habe ihn ein wenig gekitzelt, dann war er einfach gut aufgelegt, weil er war sehr oft schlecht drauf. Und das habe ich halt wieder gemacht, und auf einmal hat er so eine Erektion bekommen, dass mir das total peinlich war. Ich habe dann mit ihm geredet und gesagt: F., ich mache das nicht mehr, weil ich die Wünsche, die du hast, die kann ich dir einfach nicht erfüllen. Ich bin dann hinausgegangen, bis er sich beruhigt hat.“

Bei wenig erfahrenen Pflegerinnen führt die direkte Konfrontation mit sexuellen Empfindungen von Bewohnern zu Bestürzung und momentaner Ratlosigkeit. Sie brauchen eine bestimmte Zeit sich zu orientieren, wie sie mit dieser Situation umgehen sollen, um dann ihre Tätigkeit fortsetzen zu können.

„Bei der Intimpflege am Morgen hat ein alter Herr einmal eine Erektion gehabt. Ich war so überrascht und habe momentan gar nicht gewusst, wie ich reagieren soll. Ich habe halt dann die Decke darüber gegeben und bin kurz hinausgegangen und habe ihn etwas später fertig gewaschen.“

Bezug nehmend auf die Biografie ist in manchen Situationen zu überlegen, ob eine Frau oder ein Mann die Pflege übernimmt um so vorhandenen Ängsten und Scham entgegenzuwirken.

„...gerade, wenn ich die Leute im Intimbereich wasche und so, muss ich Rücksicht nehmen, ob ich da vielleicht einen Mann hineinschicken kann oder darf.“

Der Wandel in der Pflege durch die steigende Anzahl an männlichen Pflegern in der Altenbetreuung zeigt Änderungen im Verhalten der Bewohnerinnen. Manche Frauen bevorzugen männliche Pfleger beim Waschen und artikulieren ihre sexuellen Bedürfnisse manchmal in Form von direkten Angeboten.

„Wenn ich mich zurück erinnere, als ich in diesem Beruf zu arbeiten begonnen habe, gab es viele Frauen, die sich von einem Pfleger nicht haben waschen lassen. Inzwischen ist es so, dass es bestimmte Frauen gibt, die sich jetzt lieber von einem Pfleger waschen lassen als von einer Schwester. Da kann es schon vorkommen, dass man ein sehr direktes Angebot bekommt, dass man sich doch ein wenig zu ihnen legen soll.“

Die Übernahme der Körper- bzw. Intimpflege durch männliche Pfleger wird von manchen Bewohnerinnen als angenehm und freudvoll erlebt. Sie genießen es, ihren Körper nackt vor Pflegern zur Schau zu stellen.

„Mir fällt auf, dass sich die Frauen sehr gerne von Männern die Intimpflege machen lassen und sich auch von Männern sehr gern nackt sehen lassen. Und das mit Freude.“

7. 4. 3. 3 Abhängigkeitsverhältnis PflegerInnen – BewohnerInnen

Dass das Abhängigkeitsverhältnis zwischen PflegerInnen und HeimbewohnerInnen die Sexualität beeinflusst, ist im Besonderen bei immobilen BewohnerInnen gegeben. Die Tatsache, dass körperliche Defizite ein Erleben sexueller Bedürfnisse oft beinahe unmöglich machen, erfordert eine sensible Unterstützung seitens der PflegerInnen. Für BewohnerInnen stellt eine diesbezügliche Bitte an das Pflegepersonal aber eine oft nur schwer überwindbare Hürde dar, die generationenbedingt erklärt wird.

„Wenn z. B. ein Bewohner noch mobil ist, geht er hinüber in die Trafik und kauft sich eine Sexzeitung.“

„Oder wie das Pärchen einmal war, die hätten sich nicht gegenseitig helfen können, dass sie auf die Couch kommen; das hätten sie einfach nicht gekonnt wegen ihrer Halbseitenlähmung. Also sie sind schon abhängig, und das ist sicher oft auch schwer für sie, dass sie uns deswegen ansprechen, obwohl sie auch wissen, dass wir das gut meinen und dass wir uns freuen, wenn jemand Sexualität noch ausleben kann. Aber es fällt ihnen sehr schwer. Das ist einfach die Generation, die nicht kommt und sagt: Schwester, bitte!“

Durch die Zuständigkeit für immer die gleichen BewohnerInnen kommt es auf Grund von Erfahrungen ebenfalls zu einer erhöhten Abhängigkeit. Um die von den BewohnerInnen auch ausgesprochenen Besitzansprüche an einzelne Pflegepersonen zu vermeiden und die so entstandene Belastung für die PflegerInnen zu reduzieren, ist man von dieser Art der Betreuung abgekommen.

„Bei uns war das früher so, dass wir immer für die gleichen Bewohner zuständig waren. Nach einiger Zeit haben wir damit aber aufgehört, weil die Bewohner so abhängig geworden sind von uns, uns das fast erdrückt hat.

...manche Bewohner am Vortag gefragt haben: Hast eh morgen wieder Dienst?

...ob ich nicht eine Viertelstunde früher im Dienst sein könnte. Er müsste ja schon aufs Klo gehen, er hätte mich dann für sich alleine.“

Im Gespräch wurde auch der Vergleich der Abhängigkeit von den Eltern damals und von den PflegerInnen heute hergestellt. Für BewohnerInnen ist schon allein das Verliebtsein ein Gefühl, für das sie sich schämen, zum einen vor MitbewohnerInnen, zum anderen aber auch vor dem Pflegepersonal, das zusätzlich noch als Autoritätsperson erlebt wird.

„Ich kann mir vorstellen, dass die Pflegepersonen als Autorität gesehen werden. Früher waren sie von den Eltern abhängig, jetzt von uns. Manchmal habe ich das Gefühl, dass es ihnen schon peinlich ist, wenn wir oder auch andere Bewohner merken, dass sie vielleicht verliebt sind.“

Selbst bei einfachen, alltäglichen Tätigkeiten, wie dem Einschalten des Fernsehers, um sich erotische Filme oder Pornofilme ansehen zu können, sind immobile BewohnerInnen auf die Hilfe durch Pflegepersonen angewiesen. Dieses Abhängig sein lässt die BewohnerInnen oft sogar darauf verzichten, gewisse Dinge anzuschauen, weil sie sich schämen und weil es schwierig ist für sie, um derartige Dinge bitten zu müssen.

„Ein Bewohner ist oft schon bei so banalen Dingen wie Ein- bzw. Ausschalten des Fernsehers abhängig. Ich kann mir vorstellen, dass er vielleicht hin und wieder gar nicht sagt, dass er schauen möchte, weil ihm das peinlich ist oder weil es ihm schwer fällt, darum zu bitten und dann einfach darauf verzichtet, obwohl er das gerne möchte.“

Aber nicht nur die Abhängigkeit mancher BewohnerInnen von den Pflegepersonen, sondern auch die von ihren Angehörigen beeinflusst deren Leben derart, dass ein Ausleben ihrer sexuellen Bedürfnisse oft unmöglich wird.

„Wir haben einmal einem Herrn angeboten, dass er sich über seine Angehörigen so eine Dame kommen lassen kann. Leider war es dann so, dass sich da die Angehörigen (...) Sagen wir so, sie wollten zwar eine organisieren, haben es dann aber doch nicht getan. Er hat oft bei der Körperpflege eine Erektion gehabt.“

7. 4. 3. 4 Sexuelle Belästigung

Eine Tendenz zu Schwierigkeiten entwickelt sich erst dann, wenn sich MitbewohnerInnen und Pflegepersonen belästigt fühlen. Den Aussagen der GesprächspartnerInnen zufolge wird den Betroffenen aber die Freiheit zugestanden, ihre sexuellen Bedürfnisse uneingeschränkt auszuleben.

„Solange sich das ganze für andere nicht belästigend auswirkt, soll er das ausleben können. Wenn er seine Partnerin hat, oder sie, das auf einen richtigen Weg auslebt, ist das kein Problem. Wenn es eine Belästigung für andere Bewohner oder auch Mitarbeiter wird, dann wird es meistens zu einem Problem.“

Mitarbeiterinnen haben Angst, wenn sie Bewohner (es wird ausschließlich von männlichen Bewohnern gesprochen) betreuen müssen, von denen sie sich sexuell belästigt fühlen. Um dieses Problem zu lösen, weigern sich die Pflegerinnen, bei dem betreffenden Bewohner die Körperpflege durchzuführen.

„Wir haben Übergriffige auch schon gehabt. Da haben wir uns gefürchtet, wenn wir hineingegangen sind. (...) da haben wir Frauen gesagt, wir waschen ihn nicht mehr, weil er uns überall angreift. Er hat uns gezwickt und wehgetan.“

Die einzige Möglichkeit, einem derartigen Problem zu begegnen, war, den betreffenden Bewohner durch männlichen Kollegen zu betreuen.

„...Es war eigentlich nichts dagegen zu machen. Wir haben dann einfach gewechselt und Männer hineingeschickt.“

Besonders problematisch wird es aber, wenn es sich um junge Mädchen handelt, die im Rahmen ihrer Ausbildung im Heim arbeiten, da im Team selbst oft Uneinigkeit herrscht, wann es sich wirklich um eine sexuelle Belästigung handelt. Unklarheit besteht auch darüber, wie weit sie verpflichtet sind, die betroffenen Mädchen zu schützen.

„Wir haben eine Volontärin gehabt, die ist von einem Bewohner sexuell belästigt worden. Da sind die Meinungen in unserem Team sehr auseinander gegangen. Wo fangen die sexuellen Belästigungen an, und wie weit sind wir verpflichtet, (...) wir von den ausgebildeten Pflegekräften, wie weit sind wir verpflichtet, die jungen Mädchen zu schützen.“

Die Vorgehensweise bei sexueller Belästigung, im Besonderen, wenn sie häufiger vorkommt und wenn es sich dabei um orientierte Bewohner handelt, beinhaltet zuerst das persönliche Gespräch. Bleibt das Verhalten des Bewohners unverändert, wird die Pflegedienstleitung und Heimleitung um Unterstützung gebeten. Erst wenn dieses Gespräch und eine ausgesprochene Verwarnung auch nichts nützen, wird in äußerstem Notfall die Polizei eingeschaltet.

„...Es war ja mehrmals (...), wobei ich dazu sagen muss, es war ein orientierter Bewohner, also (...) wir haben zuerst einmal mit ihm gesprochen; das hat gar nichts genützt, dann sind

wir zu den Chefinnen gegangen (...) sogar mehrmals. (...) es ist immer wieder vorgekommen, dann haben wir die Polizei geholt. Auch die haben mit ihm gesprochen. Dann ist er verwarnt worden, dass er vom Haus verwiesen wird, wenn das noch einmal vorkommen sollte. Das hat er sich scheinbar zu Herzen genommen.“

Das Miteinbeziehen der Polizei bewirkt meist, dass diese Bewohner ihr belästigendes Verhalten einstellen. Die Ursache der Verhaltensänderung wird in der Angst vor der Polizei gesehen bzw. in der Angst, dass er vom Heim verwiesen wird.

„Es ist dann aber nicht mehr vorgekommen. Ich glaube, dass er die Polizei schon gefürchtet hat, oder dass er sich gefürchtet hat, dass er doch vom Haus verwiesen wird.“

Ob die Sexualität von den Pflegepersonen eher positiv oder negativ bewertet wird ist eng verknüpft mit dem Verhalten der BewohnerInnen. Sexuell belästigendes Verhalten wie Grapschen, wird von den Betroffenen als sehr negativ empfunden.

„Ob sexuelle Gefühle positiv oder negativ gesehen werden, glaube ich, hängt davon ab, wie die BewohnerInnen ihre sexuellen Gefühle zeigen. Wenn sie grapschen, werden sie sicher nicht positiv gesehen. Ansonsten ist es für die Pflege sicher positiv.“

Das oben angeführte sexuell belästigende Verhalten wird auch von einem anderen Interviewpartner angesprochen. Er bemerkt, dass die Grenze zwischen „normaler“ Nähe und sexueller Belästigung verschwommen ist und sich langsam entwickeln kann.

„Wir haben schon Bewohner gehabt, die, wenn wir sie in den Arm genommen haben, (...) bei den ersten paar Mal war das in Ordnung, (...) aber dann hat er z. B. der Schwester auf den Hintern gegriffen und solche Sachen. Das war natürlich ein Schritt zu weit, das war dann schon eine Belästigung (...)“

Derselbe Gesprächspartner spricht auch von der Schwierigkeit der verschiedenen Pflegepersonen im Umgang mit dieser Thematik und davon, wie verwirrend es für den oder die BewohnerIn ist, sein/ihr Verhalten auf die unterschiedlichen Pflegepersonen abzustimmen.

„Wir haben Mitarbeiter, die sich, wenn sie sexuell belästigt werden, als Schutzmaßnahme darüber lachen und auch nicht wissen, wie sie sich adäquat verhalten sollen. (...) Das kann natürlich zu Problemen führen, weil der Bewohner dann sagt, bei der Schwester darf ich das machen und bei der anderen nicht, (...)“

7. 4. 3. 5 Partnerschaften im Altenheim

Durch den Mangel an männlichen Heimbewohnern ist es für Frauen schwierig, einen Partner im Heim zu finden. Dieser Männermangel bewirkt auch verstärkt Neid und Konkurrenz.

„Männer im Heim sind ja meist, ich möchte fast sagen, Mangelware. Hat dann eine Frau im Heim einen Partner gefunden, dann muss sie richtig aufpassen auf ihn, bei der großen Konkurrenz.“

Eifersucht spielt ebenso wie bei jungen Menschen eine bedeutende Rolle, allerdings sehe ich einen deutlichen Unterschied zur Eifersucht junger Menschen; nämlich, dass die Eifersucht der alten Menschen als lustig empfunden wird.

„Es ist für uns oft lustig zuzuhören, wenn gestritten wird, weil eine andere Frau ihrem Partner zu Nahe gekommen ist. Es ist sogar vorgekommen, dass manche Damen den Speisesaal verlassen haben, wenn sie nicht neben ihm sitzen konnten.“

Wenn der Wunsch nach einem Partner oder einer Partnerin bemerkbar ist oder direkt ausgesprochen wird, sind die Pflegenden auch gerne dazu bereit, innerhalb des Heimes einen Partner zu vermitteln, obwohl die Meinung vorherrscht, dass dies nicht in den Aufgabenbereich der Pflege fällt.

„Dass ich die Partnersuche außerhalb des Heimes unterstütze, kann ich mir nicht vorstellen. Da möchte ich mich schon abgrenzen. Ich glaube, es fällt auch nicht mehr in den Aufgabenbereich der Pflege.“

Auch eine andere Interviewpartnerin erklärt, dass sie bereit ist, bei der Partnersuche vermittelnd einzugreifen und zu unterstützen. Insbesondere, weil sie aus Erfahrung weiß, dass sich mitunter sehr schöne Freundschaften entwickeln.

„Es ist einmal eine Bewohnerin zu mir gekommen, die mich gefragt hat, ob ich nicht jemanden weiß für sie. Ja, dann schaut man natürlich, horcht ein bisschen herum, vielleicht geht es jemand anderem genau so...“

„Man weiß ja, wer sich sehr alleine fühlt im Heim oder wer vielleicht auch jemanden sucht oder brauchen würde (...) da würde ich dann schon schauen, ob ich nicht irgendwie vermitteln könnte. Das kommt gar nicht so selten vor und oft entwickeln sich daraus sehr schöne Freundschaften oder vielleicht mehr.“

Es wird nicht nur von schönen Freundschaften, sondern auch von Beziehungen berichtet, von sexuellen Beziehungen, die im Heim eingegangen und von den Pflegepersonen auch gefördert wurden.

„...wir haben schon öfters Bewohner gehabt, die Beziehungen eingegangen sind im Heim. Wir haben zwei Pärchen gehabt, die haben Sexualität auch gelebt.“

Von derartigen Begebenheiten wird auch aus einem anderen Heim berichtet. Auch hier findet der Austausch von Zärtlichkeiten durch das Pflegepersonal große Akzeptanz.

„Was aber hin und wieder vorkommt, ist, dass sich Bewohner hier im Heim finden. Der Mann ist dann immer ins Zimmer gegangen zur Frau und die haben sich einfach immer nur geküsst, einfach Zärtlichkeiten ausgetauscht. Das war einfach so, und das war auch in Ordnung so.“

Dass die Anwesenheit eines(r) Partner(in)s wesentlich zum Wohlbefinden der alten Menschen beiträgt, wird auch bei dementen BewohnerInnen beobachtet. Von den Pflegepersonen wird das allerdings manchmal missinterpretiert und die BewohnerInnen werden als böse und anstrengend wahrgenommen.

„Wir haben nur eine Frau, die in der Nacht einmal gesagt hat zu mir, weil ich gefragt habe, ob ihr etwas fehlt, weil sie andauernd geläutet hat und eigentlich nichts war, und die hat dann gesagt, freilich, mir fehlt ein Mann.“

...Sie läutet andauernd, ist böse, beschimpft uns, und jetzt ist ihr Mann zur Kurzzeitpflege da und es geht ihr viel besser,(...) sie schläft in der Nacht jetzt sogar durch.“

Wie schon oben erwähnt, drücken demente BewohnerInnen nicht nur das Bedürfnis nach Sexualität, sondern auch den Wunsch nach einem(r) PartnerIn sehr deutlich aus. Offen bringt diese demente Bewohnerin ihre Freude und ihr Wohlbefinden über ihre Beziehung zum Ausdruck.

„...Aussagen wie: mein Geliebter kommt! Entzückend! Sie war eine demente Bewohnerin, er war ihr Zimmernachbar und immer sehr charmant zu ihr; sie hat sich immer sehr auf ihn gefreut.“

7. 4. 4 Physische und kognitive Einschränkungen

7. 4. 4 .1 Sexuelle Abstinenz als Folge körperlicher Gebrechen

Wenn BewohnerInnen ins Heim kommen, sind die körperlichen Gebrechen so stark im Vordergrund, dass auf Grund dessen wahrscheinlich Geschlechtsverkehr kaum mehr möglich ist. Es wird vermutet, dass zärtliche Berührungen für die alten Menschen auch wichtiger sind.

„...Bewohner, wie wir sie im Heim haben, sind gesundheitlich schon so schlecht beieinander, dass das eigentlich nicht mehr möglich ist (Anm.: Geschlechtsverkehr). Im Vordergrund steht meiner Meinung nach Zärtlichkeit.“

Ein körperlich massiv eingeschränkter Bewohner artikuliert sehr klar, dass der Wunsch nach Sexualität, der Wunsch nach einer Beziehung zu einer Frau stark vorhanden ist, dass ihm etwas fehlt.

„Wir haben einen Bewohner mit sehr starken Kontrakturen gehabt, den ich gefragt habe, was er sich zu Weihnachten wünscht. Er hat gesagt, er wünscht sich eine Frau.“

In einem weiteren Gespräch wird deutlich, dass sich ein Mensch verändern kann, wenn er seine Sexualität nicht mehr ausleben, seine Bedürfnisse nicht mehr befriedigen kann. Wenn selbst Zärtlichkeiten immer seltener werden oder dann überhaupt keine Berührungen mehr Liebe und Wichtigsein/Wertsein vermitteln, dann findet sexuelle Befriedigung nur mehr auf Basis einer verbalen Mitteilung statt.

„...Dann hat er halt nur mehr davon reden können. Er hat sich sehr verändert, Sexualität im Sinne von Geschlechtsverkehr war dann nicht mehr möglich. (...) Zärtlichkeiten hat es natürlich hin und wieder gegeben, aber das ist auch immer weniger geworden, und diese Freundin ist dann auch verstorben.“

7. 4. 4. 2 Demenzbedingte Regression

Eine Interviewpartnerin betont sehr stark, dass trotz kognitiver Einschränkungen sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind und dass die Betroffenen diese auch ohne Hemmungen artikulieren.

„Gerade die Dementen (...) Ja, die sprechen sehr wohl darüber, weil sie durch ihre Krankheit ja enthemmt sind.“

Es wird vermutet, dass die kognitive Einschränkung bei dementen Menschen gravierende Auswirkungen auf das Sexualleben der nicht dementen Partner hat. Beeinflusst wird das jedoch durch die Art und Weise, wie das Paar die Sexualität früher gelebt hat. Inwieweit es aber tatsächlich zu sexuellen Aktivitäten eines solchen Paares kommt, kann von den Befragten nicht beantwortet werden. Dass demente Menschen aber ein starkes Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Berührung haben, wird deutlich ausgesprochen.

„Demente Menschen haben ein sehr starkes Bedürfnis nach Zärtlichkeit, nach Umarmung, körperlicher Nähe. Bei unseren dementen Bewohnern leben eigentlich bei fast allen noch die Frauen. (...) Da wissen wir nicht, ob es irgendwelche Intimitäten gibt, wenn die da sind oder wenn die Männer einmal einen Nachmittag bei ihnen zu Hause sind. Es spielt, glaube ich eine große Rolle, wie das Paar die Sexualität früher gelebt hat. Für den betreffenden Partner ist das sicher sehr schwierig.“

Der oben angeführten Aussage, dass auch bei dementen BewohnerInnen sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind, schließt sich auch eine andere Interviewpartnerin an. Sie betont, dass demente BewohnerInnen ihre Bedürfnisse sehr klar und deutlich aussprechen. Selbst wenn die Erfüllung dieser Bedürfnisse von den Pflegepersonen erwartet wird, würden sich diese dadurch nie sexuell belästigt fühlen.

„Ja, natürlich sind bei Dementen sexuelle Bedürfnisse noch genau so vorhanden. Ich finde, der Unterschied besteht darin, dass sie noch viel direkter darüber reden. Da kann es schon vorkommen, dass man am Kaffeetisch einen direkten Liebesbeweis bekommt. Von diesen Bewohnern fühle ich mich dadurch aber sicher nicht belästigt.“

Pflegepersonen vertreten auch die Meinung, dass es sich bei alten dementen Menschen nicht um geschlechtslose Wesen handelt und dass durch ihr kognitives Defizit die Hemmschwelle, über ihre Bedürfnisse zu sprechen, wesentlich niedriger ist als bei nicht Dementen. Das Recht, ihre Bedürfnisse zu äußern wird ihnen vom Pflegepersonal zugestanden, ohne dass sie darüber verärgert sind.

„Na ja, demente BewohnerInnen sind ja auch keine asexuellen Wesen. Sie sagen oft sehr direkt, was sie möchten. Da ist auch niemand böse oder verärgert...“

„Bei dementen Menschen ist dann praktisch die Schranke weg, die früher einmal vorhanden war und dann kommt das Bedürfnis sehr deutlich zum Vorschein.“

7. 4. 5 Fachliche Kompetenz des Pflegepersonals

7. 4. 5. 1 Theoretische Ausbildung

Kenntnisse im Umgang mit Sexualität alter Menschen im Heim werden im Unterricht als erforderlich und notwendig erachtet, die Vermittlung dieser Kompetenzen wird allerdings ignoriert und von den Auszubildenden als nicht ausreichend bewertet. Verhaltensmöglichkeiten werden im Team diskutiert.

„Es ist uns nur gesagt worden, dass wir Sexualität fördern sollen, also, wenn sich zwei finden oder so, aber wie wir das machen sollen, so richtig darauf eingegangen ist niemand. Okay, wir reden halt unter den Kollegen miteinander, wie wir damit umgehen, halt nicht hineingehen, wenn zwei beieinander sind, wir das halt so machen und so ...“

„Damit man bei sexuellen Problemen der Bewohner Gespräche führen kann, ist die Ausbildung nicht ausreichend.“

Eine angemessene Schulung durch Lehrpersonen würde es den Pflegepersonen erleichtern, mit Belastungen durch sexuelle Belästigungen adäquat umzugehen. Das Fehlen dieser Information einerseits und die Abgabe der Verantwortung an die Pflegedienstleitung andererseits bestätigt wiederum ein Fehlen der fachlichen Kompetenz der Schule.

„...in der Ausbildung reden sie sich halt alle so leicht, dass man sagt, man muss sich nicht alles gefallen lassen. Aber was soll ich denn machen, ich muss den pflegen, ich kann nicht sagen, ich muss mir das nicht gefallen lassen (...) Es ist knallhart gesagt worden, ihr müsst euch nicht in die Brust zwicken oder zwischen die Beine greifen lassen, dann müsst ihr halt zur Pflegedienstleitung gehen, aber die wäscht ihn ja auch nicht.“

Dass die aktuellen Inhalte der schulischen Pflegeausbildung keinen ausreichenden Beitrag zur Unterstützung der Pflegenden leisten, wird von einer Interviewpartnerin betont. Aus der Tatsache, dass bei alten Menschen sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind, wird das Anliegen der Pflegeperson dahingehend präzisiert, dass Vorschläge und Möglichkeiten in Bezug auf Problembewältigung und Enttabuisierung, aber auch die richtige Art der Gesprächsführung im Lehrplan enthalten sein sollen.

„Meine Ausbildung liegt zwar schon einige Jahre zurück, aber aus Gesprächen mit jungen Kollegen und Kolleginnen weiß ich, dass sich diesbezüglich eigentlich kaum etwas geändert hat. (...) Es wird halt dann gesagt, dass es eigentlich immer noch ein Tabuthema ist, dass es aber doch sexuelle Bedürfnisse alter Menschen gibt, und dass man es ihnen im Heim ermöglichen soll, ihre Sexualität zu leben. Für uns wäre es aber wichtig, dass wir wissen, wie wir bei Problemen umgehen, oder wie man solche Gespräche führen soll.“

Ähnliches berichtet auch ein anderer Gesprächspartner über seine Ausbildung in Bezug auf Sexualität und auf Problemlösungsansätze.

„In meiner Ausbildung habe ich gar nichts gehört, wie man mit Problemen sexueller Natur umgehen soll. Man hat gehört, Sexualität ist ein Thema, aber das war es dann auch schon. In meiner Ausbildung war das noch nicht drinnen und was die jungen KollegInnen so erzählen, wird heute auch nicht sehr viel darüber gesprochen.“

Wie schon oben angeführt, werden auch hier Ausbildungsdefizite angesprochen und klar gefordert, dass die Thematik „Sexualität“ in die Ausbildung integriert werden muss. Tragende Inhalte des Lehrplans sollen intensive Auseinandersetzung mit der persönlichen Grenzziehung sowie der Form der Gesprächsführung aufzeigen.

„Ganz wichtig wäre, dass man lernt, Grenzen zu setzen. Das ist für mich noch in Ordnung, das ist für mich nicht mehr in Ordnung, und dass ich das auch sagen kann, sich das dann auch getraut zu sagen. Vor allem aber, wie sage ich es.“

Für die Bewältigung der Probleme bei sexuell auffälligen BewohnerInnen wird es als Aufgabe der Lehrpersonen gesehen, im Rahmen der Ausbildung Praxis bezogene Strategien zu vermitteln.

„Während der Ausbildung wird meiner Meinung nach zu wenig für die Praxis vermittelt. Ich denke mir, für die normalen sexuellen Bedürfnisse, da wissen wir eh, wie wir umgehen müssen. Aber leider kommt es aber öfter auch einmal zu Problemen, und da wird es dann schwierig für uns.“

In Unkenntnis von Lösungsmöglichkeiten kritisiert eine andere Interviewpartnerin ebenso wie jene oben, die mangelnde theoretische Ausbildung.

„Ich habe nicht gewusst, was ich hätte sagen sollen. Sehen Sie, das sollten sie uns während der Ausbildung sagen, wie man darauf reagiert.“ (Anm.: Ein Bewohner hatte bei der Intimpflege eine Erektion.)

In ähnlicher Weise, nämlich mit der niedrigen Stundenanzahl im Unterricht, begründet eine andere Gesprächspartnerin die unzureichende Ausbildung in Bezug auf die Sexualthematik alter Menschen. Der medizinische Unterricht rückt in den Vordergrund dessen, was sich die Auszubildenden von der Schule erwartet haben.

„Ich glaube nicht einmal, dass es Stunden waren, vielleicht waren es Minuten, in denen über Sexualität gesprochen wurden. Es war auf jedem Fall bei weitem nicht ausreichend. Im

medizinischen Unterricht haben wir gelernt, wie es zu einer Erektion kommt, zu einer Schwangerschaft kommt, (...) aber das war es dann auch schon.“

In landläufigem Sinn wird den Menschen jenseits von 50 oder 60 Jahren die Sexualität abgesprochen. Aus Erfahrungen des Pflegepersonals sind allerdings sexuelle Gefühle und Bedürfnisse an kein Lebensalter gekoppelt. Eine Auseinandersetzung mit dem Umgang und dem Erleben sexueller Bedürfnisse der BewohnerInnen, aber auch eine Auseinandersetzung mit der Frage von persönlichen Grenzen fehlen im Unterricht. Es gibt kein Patentrezept im Umgang mit problematischen Situationen, jedoch würde das Durchspielen von immer wiederkehrenden Fallbeispielen für die Pflegepersonen hilfreich sein.

„...man sagt, ab 50 oder 60 spielt sich eh nichts mehr ab. Es ist aber anders, und das müsste man unterrichten. Sie sollen wissen oder erfahren, was in diesen Menschen vorgeht und was sie brauchen. Sie sollen lernen, dass es Sexualität im Alter noch gibt und dass das eine ganz natürliche Sache ist, und sie sollen lernen, wie sie sich verhalten sollen, wenn sie sexuell belästigt werden. (...) Es wäre sicher sinnvoll, wenn in der Ausbildung verschiedene, meist sind es ja immer wiederkehrende, Beispiele durchgespielt werden.“

Eine mögliche Ursache, dass junge Schülerinnen sexuell assoziierte Probleme mit BewohnerInnen haben, könnte auch in den bisher erlebten Erfahrungen der Betroffenen und nicht so sehr in der Ausbildung begründet sein. Obwohl mein Interviewpartner bestätigt, dass Antworten auf Probleme im Umkreis von Sexualität von der Schule nicht geboten werden.

„Wenn junge Schülerinnen Probleme mit Bewohnern haben, würde ich es nicht so sehr auf die Ausbildung schieben, sondern eher auf die Erfahrung oder auch auf die Lebenserfahrung. (...) Wenn ich mich aber noch an meine Ausbildung erinnere, haben wir diesbezüglich nicht wirklich was gelernt.“

Als belastend kommt für die Auszubildenden die fehlende praktische Erfahrung hinzu. Dieses Defizit soll einerseits durch das allgemeine Wissen über Alterssexualität, andererseits durch das Durchspielen von realitätsnahen Fallbeispielen ausgeglichen werden.

„Was mir aber doch in meiner Ausbildung gefehlt hat, waren Fallbeispiele, aus der Praxis weiß man gar nichts. Wie kann das ausschauen, wenn jemand Sexualität leben will? Was stellt sich der Bewohner vor? Heißt das, er darf nackte Haut berühren, heißt das (...) was auch immer. Das ist natürlich niemals angesprochen worden. Was fällt überhaupt unter Sexualität oder was fällt noch unter alltägliche Berührungen?“

Das geringe Wissen über die Alterssexualität wird in einer Sprachlosigkeit durch gehemmtes Verhalten gesehen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenpflegeschulen Erfahrungsberichte, betreffend die sexuelle Thematik, nicht im Unterricht integrieren.

„Ich glaube, dass deswegen nicht viel bekannt ist über die Alterssexualität, weil nicht viel geredet wird darüber. (...) die alten Leute haben da massive Hemmungen. In der Schule hat es auch keine Erfahrungsberichte gegeben.“

In einem Dilemma befinden sich jene SchülerInnen, die eine umfassende Ausbildung von der Schule einfordern, da diese facettenreiche Thematik rund um die Alterssexualität ein großes Maß an Offenheit und Courage voraussetzt.

„Stellen Sie sich einmal vor, da sitzt eine Klasse mit 20 Leuten und dann stellt einer Fragen. Ah, die Gefahr ist groß, dass der dann (...) weil er ja gehänselt wird. (...) weil viele Leute damit überfordert sind. Eigentlich müssten sie ja froh sein, wenn einer fragt, aber das würden sie nie zugeben. (...)“

7. 4. 5. 2 Wissen über beeinflussende Medikamente

Auf die Sexualität einflussnehmende Medikamente sind einigen befragten Pflegepersonen nicht bekannt. Dieses Wissen wird auch dem behandelnden Arzt abgesprochen.

„Medikamente, die sich auf die Sexualität auswirken, sind mir nicht bekannt. Ich weiß nur, dass der Arzt da auch noch nie etwas verordnet hat.“

„...nein, wüsste nicht, dass es derartige Medikamente gibt. Aber ich glaube, das weiß dann der Arzt auch nicht. Ich kann mich zumindest nicht daran erinnern, dass er diesbezüglich einmal etwas verordnet hätte.“

Angesprochen auf eine medikamentöse Therapie bei sexuell auffälligen BewohnerInnen, erklärt meine Gesprächspartnerin, dass es Medikamente gibt, die das Verlangen nach Sexualität heben, dass ihr jedoch Medikamente, die dieses Verlangen senken, mit einer einzigen Ausnahme, aber nicht bekannt sind. Auch sie spricht Zweifel darüber aus, dass der Arzt diesbezügliche Medikamente kennt.

„Ja, ich kenne Medikamente, die sich auf die Sexualität auswirken. Z. B. Medikamente bei Parkinson, die machen sie ziemlich (...) die heben das Verlangen. Medikamente, die das Verlangen senken kenne ich nicht. Aber ich kann einmal den Arzt fragen, wenn er es selber weiß. (...) Einmal kann ich mich erinnern, da hat der Bewohner Brom bekommen, (...) aber der war zu den Schwestern auch irgendwie furchtbar, und deshalb hat er halt das Brom bekommen.“

Das Wissen um Sexualität beeinflussende Medikamente ist zwar vorhanden; die Verabreichung wird aber im Vergleich mit Insassen eines Gefängnisses genannt. Für die BewohnerInnen lehnt die Interviewpartnerin allerdings die Verordnung und die Einnahme von triebhemmenden Medikamenten ab.

„Ja, ich kenne Medikamente, die sich auf die Sexualität auswirken. Aber die werden in Gefängnissen verwendet. (...) Ich täte aber nicht wollen, dass der Hausarzt medikamentös einen Trieb hemmt.“

7. 4. 6 Soziale Kompetenz des Pflegepersonals

7. 4. 6. 1 Nähe und Distanz

Selbst wenn die Pflegende gerne Nähe zulässt, ist die Gefahr einer Grenzüberschreitung schon bei einfachen Berührungen gegeben. Im Besonderen wird das grenzüberschreitende Verhalten eher bei Männern beobachtet.

„Ich z. B. habe überhaupt keine Angst vor Nähe. Ich nehme sie auch gerne in den Arm, wenn ich merke, dass sie traurig sind oder alleine. Das ist aber so eine Grenze, wo man wahnsinnig aufpassen muss, dass es gerade bei den Männern nicht aufgefasst wird als - na ja, jetzt kann ich eh meine Hand am Po herunterrutschen lassen oder in den Ausschnitt schauen, vielleicht einmal hineingreifen.“

Schätzungsweise ist ein großer Teil der Pflegepersonen bereit, Nähe zuzulassen. Um aber eine Grenzverletzung zu vermeiden, ist es notwendig, bei körperlicher Nähe oder bei Zuwendung sehr sensibel und achtsam vorzugehen.

„Man muss einfach sehr vorsichtig sein, wenn man Nähe zulässt. Ich getraue mich zu sagen, dass sicher 80% meiner Kollegen und Kolleginnen Nähe zulassen. Sie nehmen unsere BewohnerInnen in den Arm, gehen auf sie ein, reden mit ihnen, und da muss man sehr vorsichtig sein.“

Wenn es zum Wohlbefinden des Bewohners oder der Bewohnerin beiträgt, wird auch intensiver körperlicher Kontakt von der Pflegeperson gestattet. Kommt es allerdings zu übergriffigen Handlungen, wird das vehement abgelehnt und klare Grenzen gesetzt, damit ihr eigenes Wohlbefinden und die Privatsphäre gewahrt bleiben.

„(...) ich sage einmal, der oder die kann, wenn es ihnen schlecht geht, sogar bei mir am Schoß sitzen, ist mir das egal, (...) wenn sie sich an mich kuschelt wie ein Kind, weil sie sich so alleine fühlt, oder auch er, ist mir völlig egal. (...) wenn dann jemand übergriffig wird, und der denkt sich, super, da kann ich dann auch am Po greifen, dann muss ich eine Distanz schaffen, dass es mir gut geht dabei.“

Körperliche Nähe und die notwendigen Berührungen des Bewohners oder der Bewohnerin werden auch von der Pflegeperson sehr positiv empfunden.

„(...) er legt seinen Kopf auf meine Schulter, er darf sich wenn notwendig auch ausweinen. Ich glaube, es ist auch ein großer Vertrauensbeweis des Bewohners gegenüber der Pflegeperson, (...)“

Bei BewohnerInnen ohne Angehörige gestaltet sich die Grenzziehung oft schwierig.

„(...) Da ist es aber oft schwierig, die nötige Distanz zu wahren. Besonders bei BewohnerInnen, die keine Angehörigen haben.“

Zum einen ist es aus Sicht der Pflegeperson notwendig, sich bei wiederholtem Verlangen nach körperlichem Umsorgtwerden seinen persönlichen Schutzraum abzugrenzen, zum anderen muss aber die Pflegeperson auch spüren, wenn es gilt, diesen Schutzraum dem Bewohner oder der Bewohnerin zuzugestehen.

„Distanz, damit sich der Pflegende wohl fühlt, finde ich, ist angebracht, wenn ein Bewohner sehr fordernd ist oder sogar übergriffig wird. Einmal hat mir eine Dame ein sehr eindeutiges Angebot gemacht, (...) Wenn das nur einmal vorkommt, dann überhört man das, wenn das aber häufiger vorkommt, muss man sich natürlich abgrenzen. Ich muss aber auch als Pflegender spüren, wenn der Bewohner Distanz braucht.“

Mit dem Hinweis auf eine eigene Partnerschaft ist es möglich, eine Distanz zu schaffen.

„Um Distanz zu schaffen sage ich halt dann, dass ich zu Hause einen Mann habe und das einfach nicht geht.“

Um sich von den BewohnerInnen abzugrenzen, ist die Wahl der richtigen Worte von großer Bedeutung, damit persönliche Verletzungen vermieden werden, da sie sehr deutlich spüren, wie ehrlich diese Worte gemeint sind. Überdies ist mein Gesprächspartner der Meinung, dass es ihm persönlich sehr gut gelingt, sich abgrenzen zu können.

„Ich sage halt dann, dass ich das doch nicht machen kann, dass ich aber sehr gerne zu ihr hereinkomme, um mit ihr ein bisschen zu plaudern. (...) Man muss da sehr aufpassen, damit man sie nicht verletzt. Ich denke, sie spüren auch sehr deutlich, ob man ehrlich zu ihnen ist. Im Großen und Ganzen gelingt es mir aber gut, mich abzugrenzen.“

Um persönliche Grenzen zu wahren und belastenden Verhaltensweisen für eine gewisse Zeit aus dem Weg zu gehen, ist die Unterstützung im Team ein bestimmender Faktor.

„Man bespricht sich mit den Kollegen, man tauscht vielleicht mit einem Kollegen das Zimmer, d. h., die Pflege übernimmt für eine gewisse Zeit jetzt einmal wer anderer.“

Da verbale Grenzziehung meist von den angesprochenen BewohnerInnen ignoriert wird, ist bei intensivem Kontakt mit ihnen darauf zu achten, dass einerseits die Grenze des Tolerablen für die Pflegeperson nicht überschritten wird, dass aber andererseits die wichtige und wohlfühlende Nähe der BewohnerInnen nicht unberücksichtigt bleibt.

„Zuerst wird einmal mit ihm gesprochen, dass das nicht so geht. Das hilft aber meist nicht. Man muss sich einfach schützen, indem man aufpasst, wenn man bei ihm Pflegehandlungen macht, dass er uns halt nicht begripschen kann. (...) Man muss ihm natürlich auch Nähe geben, man muss ihn berühren.“

Wie schon oben erwähnt, wird auch von dieser Gesprächspartnerin die Problematik zwar angesprochen, die Unterstützung durch männliche Pfleger wird aber als einzige Lösungsmöglichkeit gesehen. In abgeschwächter Form stellt sich dieses Problem dar, wenn die Pflege von älteren Mitarbeiterinnen übernommen wird.

„ (...) indem ich einfach über die Probleme spreche, (...) schauen wir, dass da männliche Pfleger hingehen. (...) Ich tue mich da vielleicht ein bisschen leichter, weil ich schon etwas älter bin, da haben sie dann doch mehr Respekt.“

7. 4. 6. 2 Respekt und Höflichkeit

Meine Interviewpartnerin spricht die Thematik klar und deutlich aber liebevoll an, indem sie dem Bewohner mit Respekt zu verstehen gibt, wo sie die Grenzen setzt, ohne ihn jedoch zu erniedrigen oder zu verletzen. Im Gegenzug dazu wird auch der Hinweis auf ihre eigene Partnerschaft von den Bewohnern immer akzeptiert.

„Ich sage, dass ich ihn sehr gerne mag, und dass ich ihn auch verstehe, dass er allein ist und dass er auch immer kommen kann, wenn es ihm schlecht geht. Für gewisse Sachen bin ich einfach nicht zuständig. (...) Ich hätte nie jemanden verletzt, indem ich gesagt hätte: Von

einem so hässlichen alten Mann lass ich mich nicht angreifen. Ich beziehe mich immer auf meinen Partner. Und das wird eigentlich immer akzeptiert. “

Gesprächsbereitschaft und Kommunikationsfähigkeit sind die Voraussetzung für wertschätzendes Verhalten im Gespräch über sexuelle Themeninhalte.

„Es kommt auch immer auf den Bewohner an. Mit manchen kann man versuchen, darüber zu sprechen, wichtig ist aber, dass man niemanden verletzt dabei. “

Die Befragte sieht die Sexualität alter Menschen als zum Leben gehörig, die Tatsache aber, dass diese Menschen die Sexualität auch leben, wird zwar als Normalität gesehen, allerdings wird ihnen nicht immer mit dem nötigen Respekt begegnet. Im Allgemeinen steht aber das Bemühen um einen wertschätzenden Umgang im Vordergrund.

„Es wird auf keinen Fall belächelt oder erschwert. Sexualität kann man auch im Alter nicht ausklammern. Wir haben z. B. ein Ehepaar gehabt, wo wir auch den Rahmen geschaffen haben, dass sie ihre Sexualität leben haben können. (...) Es war für uns eine ganz normale Sache. Na ja, ich muss zugeben, belächelt wird es schon hin und wieder. (...) Das ist aber dann so, dass der Bewohner das nicht merkt. Wenn das aber eine sehr intime Situation ist, dann wird das nicht belächelt. Da sind wir schon sehr bemüht, dass wir ihn ernst nehmen. Ich glaube schon, dass wir einen sehr wertschätzenden Umgang mit unseren Bewohnern haben. “

Sexuell auffällige Pflegebedürftige erfahren den nötigen Respekt und ein sensibles Vorgehen im Erleben ihrer sexuellen Bedürfnisse und Gefühle.

„Bei uns ist es auf jeden Fall möglich, Sexualität zu leben. Das eine Paar, dass es sehr offensichtlich gemacht hat, (...) da haben wir dann meistens geschaut, dass sie im Zimmer sind oder wir haben sie hineingebracht. “

„Nein, nein, belächelt nicht. Das war einfach so. Sie waren ein Pärchen und das ist respektiert worden. Sie waren teilweise auch ganz ganz lieb miteinander. “

Die Privatsphäre der HeimbewohnerInnen wird absolut eingehalten.

„Und speziell, wenn wir Pärchen haben und ich weiß, der ist jetzt drinnen im Zimmer, dann gehe ich halt nicht hinein.“

Das von Respekt getragene Vorgehen der Pflegenden wird von meinem Gesprächspartner als Selbstverständlichkeit gesehen.

„Wir schleichen uns wieder aus dem Zimmer hinaus, und das möglichst unbemerkt. Das ist ja sein Zimmer, seine Wohnung.“

7. 4. 6. 3 Persönliche Involviertheit

Mein Gesprächspartner vermutet, dass es Pflegepersonen gibt, die mit der eigenen Sexualität Probleme haben. Im Besonderen wirkt sich die sexualfeindliche Erziehung manch älterer MitarbeiterInnen auf den Umgang und auf das Verstehen der Sexualität der HeimbewohnerInnen aus. Ekelgefühle auf Seiten der Pflegenden verhindern ein konstruktives Arbeiten und einen wertschätzenden Umgang mit den betroffenen alten Menschen.

„(...) Vielmehr glaube ich, dass sie (Anm.: die Kollegen) oft mit ihrer eigenen Sexualität Probleme haben. Wir haben viele ältere Mitarbeiter, die selbst sehr, ich möchte fast sagen, sexualfeindlich erzogen worden sind. Über gewisse Dinge spricht man einfach nicht. (...) Der Bewohner hat bei der Körperpflege eine Erektion gehabt, und die betreffende Kollegin hat sich furchtbar aufgeregt darüber, wie ekelig das ist. Sie hat sich dann lange Zeit geweigert, zu ihm waschen zu gehen.“

Das ablehnende Verhalten wird zwar von den KollegInnen akzeptiert, stößt aber auf Unverständnis. Der Vorwurf der Zimmerlichkeit wird dann sogar direkt ausgesprochen. Es wird vermutet, dass die betreffende Pflegerin nicht situationsgerecht auf sexuelle Begebenheiten reagieren kann.

„Ja, das wird natürlich akzeptiert, wenn dann die Betreffende für längere Zeit nicht hineingehen will. Verstehen tun wir es meist nicht. Da kann es dann schon vorkommen, dass jemand zu ihr sagt, sie soll doch nicht so zimmerlich sein. Wahrscheinlich weiß sie nicht, wie sie damit umgehen soll oder wie sie darauf reagieren soll.“

Vereinzelte sexuelle Probleme eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin senken die Bereitschaft, die BewohnerInnen bei ihren Bedürfnissen nach sexueller Befriedigung zu unterstützen.

„Na ja, wenn z. B. ein Mitarbeiter selber mit der Sexualität Probleme hat, dann wird er vielleicht auch nicht so bereit sein, den Bewohner dabei zu unterstützen, damit er seine sexuellen Bedürfnisse ausleben kann. Gott sei Dank kommt das aber eher selten vor.“

7. 4. 7 Einflussnehmende äußere Faktoren auf die Sexualität von HeimbewohnerInnen

7. 4. 7. 1 Beeinflussung durch die Institution Heim

Die Voraussetzung, um Sexualität in den Pflegealltag zu integrieren, wird im Pflegekonzept festgelegt. Demnach sind Pflegende verpflichtet, sich mit den sexuellen Gefühlen ihrer BewohnerInnen auseinander zu setzen, um den Bedürfnissen dieser alten Menschen gerecht zu werden. Allerdings wird dieses Bedürfnis von den alten Menschen selbst oft negiert.

„Es gibt bei uns im Pflegekonzept den Aspekt „Sich als Mann oder Frau fühlen“, damit ist Sexualität gemeint, (...) d. h., es ist verankert, wird allerdings weitgehend ausgeklammert. (...) nicht von den Mitarbeitern; nein, von den Bewohnern selber. Das ist eine ganz intime Geschichte.“

Die Auseinandersetzung mit der Sexualität als zum Leben zugehöriges Element gesteht den BewohnerInnen die Möglichkeit zu, ihre sexuellen Bedürfnisse zu leben.

„Unser Pflegekonzept heißt „Leben in der Normalität“; Sexualität ist eigentlich Normalität, insofern ist sie eigentlich auch verankert im Pflegekonzept. Man umschreibt das ganze halt ein bisschen, (...) weil es auch in der heutigen Zeit immer noch ein Tabuthema ist, obwohl man heute offener ist als früher.“

Die Skepsis einer Interviewpartnerin überwiegt, wenn es darum geht, ob die Heimleitung zustimmt, dass ein Partner, der nicht im Pflegeheim wohnt, ins Haus kommt. Das Erleben und

die Bewältigung von Konflikten sexueller Natur haben scheinbar Auswirkungen auf die Entscheidung der Heimleitung im Hinblick auf sexuelle Freiheit der BewohnerInnen.

„Ich würde es nicht verhindern, wenn ein Partner von auswärts zu einem/einer BewohnerIn ins Heim kommt. (...) Ob die Heimleitung das allerdings auch so sieht, bezweifle ich, da einmal etwas war, was dem Haus einen großen Imageschaden zugefügt hat.“

BewohnerInnen sind in ihrer Entscheidung zur freien Partnerwahl von Seiten des Heimes sehr eingeschränkt.

„Es ist kein Problem, wenn der Partner vom Haus ist, wenn er von auswärts wäre, wäre es sicher schwierig.“

Die Rahmenbedingungen im Heim und das Denken und Handeln der Pflegepersonen werden der Situation gerecht, sexuelle Aktivitäten zuzulassen.

„Da wir nur Einbettzimmer haben, ist es für jeden Bewohner möglich, seine Sexualität leben zu können. (...) Wir von der Pflege wissen ja, wo oder wann wir nicht hineingehen dürfen und darauf wird auch Rücksicht genommen.“

„Ich glaube, dass die sexuelle Selbstbestimmung im Heim eher selten behindert ist. Wir haben fast nur Einzelzimmer, und außerdem klopfe ich bei jedem Zimmer an, bevor ich hinein gehe, (...) und das tut jeder.“

Kreativität und Respekt der Pflegepersonen garantieren eine Atmosphäre von Intimität und Toleranz im Zusammenhang mit Sexualität.

„Wir haben z. B. ein Ehepaar, wo wir auch den Rahmen geschaffen haben, dass sie ihre Sexualität leben haben können. Wir haben für sie ein Schild gemacht - „Bitte nicht stören“ - und daran haben wir uns auch gehalten und sind selbstverständlich nicht hinein gegangen.“

Die Heimleitung rechtfertigt ihr Verbot mit dem Hinweis darauf, dass es rechtliche Schwierigkeiten gibt, wenn Personen von auswärts bei HeimbewohnerInnen übernachten.

„(...) aber über Nacht bleiben darf er nicht, er darf bis 10 Uhr bleiben - von der Heimleitung aus nicht. Es ist halt rechtlich auch schwierig.“

7. 4. 7. 2 Beeinflussung durch MitbewohnerInnen

Erschwerend kommt hinzu, dass tradierte Regeln und Normen, gepaart mit Neid und Eifersucht, das Liebesleben der Betroffenen beeinflusst.

„Es ist schon vorgekommen, dass sich ein Paar im Heim gefunden hat. (...) Die Mitbewohner haben eher skeptisch, lästernd reagiert. So Aussagen, wie „Schau dir die alte Schachtel an, die auf ihre alten Tage (...). Ich kann mir auch vorstellen, dass da auch eine Spur Eifersucht dabei ist.“

„Sagen wir, gerade wenn sich zwei finden (...), das ist oft ein riesiger Kampf, weil es die anderen nicht zulassen und schimpfen und sagen, so etwas macht man nicht mehr und was glaubt ihr überhaupt, schämt ihr euch nicht.“

Auch eine andere Interviewpartnerin spricht einerseits von einem Spannungsfeld zwischen MitbewohnerInnen und den betreffenden alten Menschen, die einen Partner gefunden haben, andererseits auch von der großen Belastung, der diese Betroffenen ausgesetzt sind.

„Ich glaube, dass sich da einige Leid sehen. Es wird mit der Zeit zwar selbstverständlich, wenn zwei zusammen gehören, aber ich bin überzeugt, dass es nicht so wenige gibt, die auch gerne einen Geliebten oder einen Verehrer hätten, ein bisschen neidisch sind. Für die Betroffenen ist das schon eine Belastung.“

7. 4. 7. 3 Beeinflussung im Zusammenhang mit der finanziellen Situation

Erschwerend kommt hinzu, dass den Angehörigen die Bereitschaft abgesprochen wird, eine Prostituierte aus eigenen Mitteln zu bezahlen.

„Schaun’s, die Leute, die da wohnen, die haben ja wirklich nicht viel. Darum glaube ich nicht, dass die Angehörigen eine Prostituierte aus der eigenen Tasche bezahlen.“

„Meistens ist das so, dass die Bewohner den Wunsch nach einer Prostituierten aussprechen, es würde ihnen einmal gefallen. Da das natürlich auch mit Kosten verbunden ist, müssen wir die Angehörigen einbinden.“

Die finanziell stark eingeschränkte Situation macht es für BewohnerInnen oft unmöglich, sich Pornofilme oder eine Prostituierte zu leisten.

„(...) das Geld spielt immer eine große Rolle, ganz gleich, ob es um Pornofilme oder Prostituierte geht. Unsere Bewohner haben zum Teil sehr wenig Geld zur Verfügung.“

Ausdrücklich wird aber darauf hingewiesen, dass sich Angehörige nicht gänzlich aus der Situation der Zuständigkeit für ihre Eltern lösen können, insbesondere, wenn es um finanzielle Entscheidungen geht.

„Ich glaube, man darf auch die Angehörigen nicht ganz aus der Verantwortung nehmen, besonders dann ist es wichtig, wenn es ums Geld geht.“

7. 4. 7. 4 Beeinflussung durch das Unverständnis der Angehörigen

Überholte Moralvorstellungen und Unverständnis der Angehörigen in Bezug auf sexuelle Bedürfnisse ihrer alten Eltern erschweren die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Angehörigen.

„Im Allgemeinen ist es schwierig, mit Angehörigen über die Sexualität ihrer Eltern zu sprechen. Viele können sich gar nicht vorstellen, dass es das überhaupt in so einem Alter noch gibt.“

Die oben angeführte Erfahrung teilt auch eine andere Gesprächspartnerin. Die Verantwortung für die Auseinandersetzung mit den sexuellen Bedürfnissen wird an die Pflegepersonen

abgegeben. Dieses Unverständnis und die empfundene Peinlichkeit der Angehörigen lassen wiederum auf die Tabuisierung dieser Thematik schließen.

„Der Mann ist dann immer ins Zimmer gegangen zur Frau und die haben sich einfach immer nur geküsst, einfach Zärtlichkeiten ausgetauscht. (...) Schlimm war es für die Angehörigen. Sie haben immer nur gesagt, dass sie ja schon so alt sind, und wie schaut denn das aus. Dass da noch ein Bedürfnis sein kann, haben sie nicht verstanden. (...) Also wir Pfleger hätten drauf schauen sollen, dass nicht zu viel gekuschelt wird oder nicht zu viel (...). Aber ich glaube, die Angehörigen haben sich geschämt.“

Um aber Angehörige in den Prozess der Problemlösung mit einzubeziehen ist es unumgänglich, sie in die vielfältige Schattierung des Pflegealltags durch Gespräche einzubinden.

„Man müsste wahrscheinlich auch mit den Angehörigen mehr reden. Es ist aber oft schwierig. Man kennt ja auch die Angehörigen und man weiß, gewisse brauche ich bei Problemen, die irgend etwas mit Sexualität zu tun haben, gar nicht anreden. Die sind höchstens ungehalten.“

7. 4. 8 Verbesserungs- und Lösungsstrategien

7. 4. 8. 1 Selbsthilfe im Team

Als vorrangige Hilfe wird der Austausch und die Vernetzung innerhalb des Pfllegeteams angeführt, wodurch professionelles Handeln ermöglicht und so die Belastungen der einzelnen Pflegepersonen kompensiert wird.

„Wir müssen uns selber helfen. Wir helfen uns in gemeinsamen Gesprächen beim Kaffee und wie gesagt, wir wechseln uns ab, dass nicht immer der Gleiche hineingehen muss oder wir gehen zu zweit hinein.“

Eine Gesprächspartnerin spricht über die enge Verknüpfung der Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse mit einer emotionslosen, respektvollen und wertfreien Diskussion, um die Betroffenen im Erleben ihrer sexuellen Wünsche zu unterstützen.

„Wichtig für uns im Heim ist, dass wir, wenn uns bei einem Bewohner auffällt, dass sexuelle Bedürfnisse da sind, wir das auch ansprechen und doch versuchen einen Weg zu finden (...) Man muss einfach offen die Probleme ansprechen. Offen und ehrlich.“

Um die Arbeitsbedingungen in der Auseinandersetzung mit der Sexualität alter Menschen für die Pflegepersonen zu erleichtern, ist zum einen eine offene Diskussion innerhalb des Teams, zum anderen aber auch eine kooperative Zusammenarbeit mit den Angehörigen gefordert, um so eine hinreichende Lösungen zu finden.

„Um in meinem Arbeitsumfeld etwas verbessern zu können, ist es das wichtigste, im Team ehrlich darüber zu reden, die Probleme anzusprechen, nach Lösungen zu suchen (...) und versuchen, die Angehörigen mit einzubeziehen.“

Die Realität zeigt aber, dass selbst die intensivste Kommunikation innerhalb des Teams nicht ausreicht, um adäquat den Sehnsüchten der alten Menschen zu begegnen. Es wird ein Mangel an speziellem Wissen und fachgemäßer Gesprächsführung angesprochen.

„Wir setzen uns dann halt zusammen und sprechen ausführlich darüber. Aber eigentlich müsste man es ja in der Situation gleich wissen und nicht nachher beratschlagen, was man hätte sagen können.“

In der Kommunikation mit einer speziell ausgebildeten Pflegedienstleitung ist es für MitarbeiterInnen möglich, sich Rat und Unterstützung zu holen und so auf das Verhalten bei sexuellen Konflikten der BewohnerInnen zu reagieren.

„Wir können auch zur Pflegedienstleitung gehen, die hat eine Coachingausbildung und mit der können wir auch darüber sprechen.“

Wenn eine Situation als grenzüberschreitend wahrgenommen worden ist, wird durch einen Wechsel der Bezugsperson versucht, einer Wiederholung vorzubeugen bzw. es wird die Strategie der Wachsamkeit gewählt.

„(...) Wenn es irgendwie geht, geht halt ein männlicher Pfleger hinein und sonst muss man halt aufpassen.“

7. 4. 8. 2 Fremdhilfe durch Supervision

In der Praxis wird bei grenzverletzendem Verhalten dem Pflegepersonal seitens des Heimes keine professionelle Hilfe angeboten. Für sie bleibt letztendlich wieder nur das Gespräch mit den Kollegen und Kolleginnen als einzige Möglichkeit einer realitätsgerechten Problembewältigung.

„Nein, eine Supervision gibt es nicht.“

„Nein, bei uns im Heim gibt es keine Supervision. Wir reden halt mit den Kollegen darüber, aber Supervision, nein.“

Nicht im Detail erläutert wird, warum die Pflegepersonen noch nie eine Supervision gefordert haben und sie die Tatsache, dass sexuell konnotierte Probleme vorhanden sind, ignorieren oder als gegeben hinnehmen. Eine rein spekulative Begründung meinerseits ist, dass es ihnen peinlich ist, „öffentlich“ über diese Thematik zu sprechen.

„(...) aber gefordert haben wir eine Supervision eigentlich auch noch nie.“

„(...) vielleicht auch doch einmal eine Supervision zu verlangen.“

Gegenteiliges berichtet ein Interviewpartner des anderen Heimes, in dem individuelle Beratung und Unterstützung der MitarbeiterInnen als selbstverständliche Konfliktbewältigung geboten werden.

„Wir haben pro Jahr viermal Supervision für alle Mitarbeiter. Wir haben sogar eine Großgruppe. Sollte einmal ein Thema anstehen oder sollte jemand eine Supervision brauchen, dann passiert das je nach Bedarf auch als Einzelsupervision.“

Einerseits sind Verantwortungsgefühl und Courage älterer Kollegen und Kolleginnen bei sexuellen Belästigungen junger Pflegepersonen gefordert, andererseits ist aber auch konsequentes Verhalten seitens der Heimleitung und Pflegedienstleitung in Form von Stationswechsel bzw. psychischer Betreuung wesentlich.

„Das war ein sehr schüchternes Mädchen. Zuerst ist es einer Mitarbeiterin aufgefallen. Erst wie wir sie darauf angesprochen haben, dann hat sie selber etwas gesagt. (...) Sie ist dann natürlich sofort in eine andere Gruppe gekommen. (...) In diesem Fall war es so, dass das Mädchen psychologische Betreuung bekommen hat. Sie ist selbst aus sehr sozial schwachen Verhältnissen gekommen.“

7. 4. 8. 3 Unterstützung durch den Arzt

Die Notwendigkeit, den Arzt für eine therapeutische Maßnahme beizuziehen, wird von den Pflegepersonen gar nicht in Betracht gezogen. Der wertschätzende Umgang mit den BewohnerInnen und ihren sexuellen Bedürfnissen und sexuellen Handlungen wird dem Arzt abgesprochen. Es wird überlegt, dieses Defizit auszugleichen und den Arzt in den Kontext dieser Diskussion einzubinden.

„Wenn es Probleme sexueller Natur mit Bewohnern gibt, holen wir uns eigentlich keine Hilfe und Unterstützung beim Arzt. Nein, auf diese Idee wäre ich noch nie gekommen. (...) aber das ist eine gute Idee. Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass das der Arzt Ernst nimmt.“

„(...) Vielleicht wäre es eine gute Idee, den Arzt da öfter mit einzubinden.“

Alle oben angeführten Aspekte bzgl. der Unterstützung durch den Arzt werden von den folgenden GesprächspartnerInnen um den Aspekt des Desinteresses des Arztes erweitert.

„Ich glaube, dass die Hausärzte wenig Interesse daran haben, wie es den Bewohnern mit ihren sexuellen Bedürfnissen geht. Von wegen, das sind ja alte Leute, das zählt sich überhaupt nicht mehr aus.“

„Tja, wenn ich mir das jetzt so vorstelle, dann erwarte ich mir vom Arzt, dass er mich auf jeden Fall mit den Bewohnerbedürfnissen ernst nimmt. Ich glaube aber, dass die Hausärzte aber wenig Interesse daran haben.“

7. 4. 8. 4 Intensive Auseinandersetzung in Theorie und Praxis

Die Bewältigung spezifischer Probleme mit der Sexualität der HeimbewohnerInnen setzt voraus, dass eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik stattfindet. Unterschiedliche Meinungen der Pflegepersonen erwecken den Eindruck, dass das Wissen um die Thematik im Allgemeinen und der persönliche Bezug zur Sexualität stark voneinander abweichen.

„Es wäre einfach einmal interessant, dass man sich mit dem Thema Sexualität intensiver auseinandersetzt, finde ich. Weil ja auch im Team die Meinungen oft sehr auseinander gehen.“

Um den Anforderungen bei der Bewältigung von Berufsrollen- und Abgrenzungskonflikten gerecht zu werden, sollte das Thema „Sexualität im Alter“ durch hausinterne Weiterbildungsveranstaltungen wieder vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken um so Möglichkeiten der Problembewältigung zu entwickeln.

„Es wäre sicherlich auch gut, eine hausinterne Veranstaltung über Sexualität im Alter durchzuführen. Und einfach wieder einmal mehr über dieses Thema nachdenken.“

„(...) was ich ganz wichtig finde, eine Fortbildung über Sexualität im Alter für alle Mitarbeiter im Heim veranstalten, wo man anhand von Beispielen bespricht, wie man damit umgehen soll.“

Ebenso sind die Vorgaben, die durch das Pflegekonzept festgelegt sind, vermehrt ins Bewusstsein zu bringen.

„Da es ja in unserem Pflegekonzept verankert ist, muss man dem wieder mehr Aufmerksamkeit schenken.“

Da nach Meinung eines Gesprächspartners das allgemeine Wissen um die Sexualität alter Menschen als nicht ausreichend beurteilt wird, ist die Bewusstmachung dieser Thematik unumgänglich.

„Damit es im Umgang mit der Sexualität zu Verbesserungen kommt, müsste man vielleicht mehr darüber wissen. Wir alle wissen wenig. Es wäre schon gut, wenn man sich mehr bewusst macht, dass es Sexualität bei alten Menschen auch noch gibt.“

Die Behebung dieses Wissensdefizits wird insbesondere von den Krankenpflegeschulen erwartet, die aufgefordert werden, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um situationsgerechtes Handeln und damit professionelle Pflege zu ermöglichen. Praxisbezogene Beispiele und der Ablauf von zielführenden Gesprächen würde es den Pflegepersonen erleichtern, befriedigende Lösungen sowohl für die BewohnerInnen und deren Angehörigen als auch für sich selbst zu finden.

„In der Ausbildung wird uns immer nur gesagt, dass wir uns derartige Dinge nicht gefallen lassen müssen. Ich würde mir wünschen, dass sie uns anhand von Beispielen zeigen, wie wir vorgehen können, wenn Probleme auftreten, wie solche Gespräche mit den Bewohnern ablaufen sollen, damit eine möglichst befriedigende Lösung heraus kommt. Ganz wichtig wäre es aber auch, dass wir wissen, wie wir solche Gespräche mit Angehörigen führen sollen.“

Die Ausbildung in der Schule wird auch von einer anderen Gesprächspartnerin als sehr bedeutsam eingeschätzt, da besonders bei jungen Pflegepersonen eine erfolgreiche Problemlösung durch Erfahrung nicht kompensiert werden kann.

„(...) besonders für die jungen Schwestern ist es wichtig, dass sie damit umgehen lernen, und das ist Aufgabe der Schule. Wir Älteren haben damit ja doch schon Erfahrung und es gelingt uns meist doch, uns diesbezüglich abzugrenzen.“

8. Resümee und Ausblick

Im abschließenden Teil dieser Arbeit werden eine Zusammenfassung sowie die Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis der empirischen Erhebung gegeben und die Erkenntnisse und Erfahrungen der Pflegepersonen mit Aspekten von Sexualität in ihrem pflegerischen Alltag einbezogen.

Stark beeinflusst wird die Auseinandersetzung mit der sexuellen Situation und den sexuellen Bedürfnissen durch die individuelle Einstellung und dem persönlichen Erleben der HeimbewohnerInnen, aber auch dadurch, wie die Pflegepersonen die sexuellen Neigungen und Wünsche der Pflegebedürftigen wahrnehmen. Unterschiedliche und zum Teil stark abweichende Angaben finden sich zur Einschätzung des sexuellen Interesses der Betroffenen. Diese Divergenzen können vermutlich dadurch erklärt werden, dass BewohnerInnen nicht oder kaum ihre sexuellen Wünsche äußern bzw. sich diesbezüglich nicht jedem anvertrauen. Daher ist es schwierig, sexuelles Interesse objektiv einzuschätzen. Die Annahme aber, dass etwa ein Viertel der HeimbewohnerInnen noch sexuell interessiert ist, unterstützt die These, dass sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind. Das Äußern sexueller Wünsche fällt besonders Frauen schwer, Männer artikulieren ihre Bedürfnisse meist in sehr unanständiger und anrühriger Form. Dieses genderdifferente Abweichen erklären sich die interviewten Personen insofern, dass Sexualität besonders bei alten Frauen noch immer mit einem großen gesellschaftlichen Tabu behaftet ist.

Für alle Befragten wird jedoch der Wunsch nach sexueller Aktivität bei alten Menschen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, nicht nur als vorhanden angegeben, sondern auch als vollkommen normal angesehen, selbst bei immobilen und kognitiv eingeschränkten BewohnerInnen. Seine Aufgabe sieht das Pflegepersonal darin, ihnen im Besonderen durch das Wahren der Intimsphäre das Befriedigen ihrer sexuellen Bedürfnisse zu ermöglichen. Des Weiteren wird von allen Befragten berichtet, dass Kohabitation und Leidenschaft zweitrangig sind, hingegen Nähe, Zärtlichkeit, Berührung und Zweisamkeit in den Vordergrund der sexuellen Kommunikation rücken.

Die Pflegesituation im Altenheim, in Bezug auf Sexualität, wird von vielen Faktoren beeinflusst. So lässt das sexuelle Verhalten im Alter Rückschlüsse auf die Beziehungsbiografie zu. Ein Großteil der befragten Personen macht die sexualfeindliche Erziehung, Missbrauchserlebnisse, die fehlende Aufklärung und das damit verbundene

Wissensdefizit über Sexualität allgemein dafür verantwortlich, dass es alten Menschen schwer fällt, Begrifflichkeiten zu finden, die ihre Bedürfnisse ausdrücken. Der daraus resultierende Konflikt prägt besonders Frauen, denen es meist nicht einmal nach Jahrzehnten möglich ist, über ihre sexuellen Erfahrungen zu sprechen. Im Pflegealltag stellt sich daher oft die Frage, ob eine Frau oder ein Mann die Pflege übernimmt um so vorhandenen Ängsten und Scham entgegenzuwirken. Es ist jedoch zu erwähnen, dass der Wandel in der Pflege durch die steigende Anzahl an männlichen Pflegern eine Änderung des Verhaltens bei einigen Bewohnerinnen zur Folge hat. Manche Frauen bevorzugen männliche Pfleger und artikulieren ihre sexuellen Wünsche zum Teil auf sehr direkte Weise. Für die Mehrheit jedoch gelten die ethischen Normen, moralischen Wertevorstellungen und die allgemein gültigen Regeln ihrer Zeit. Besonders auffällig ist die moralische Sichtweise der MitbewohnerInnen, für die partnerschaftliche Beziehungen im Heim einen Normbruch darstellen. So ist es nicht verwunderlich, dass der legitime Wunsch nach einer Partnerschaft kaum ausgesprochen wird. Von Dementen hingegen wird der Wunsch nach einem/r PartnerIn oder das Bedürfnis nach Sexualität, nach körperlicher Nähe klar ausgesprochen. Pflegepersonen sehen das als Indiz dafür, dass durch das kognitive Defizit die Hemmschwelle, über ihre sexuellen Bedürfnisse zu sprechen, wesentlich niedriger ist als bei nicht Dementen. Es wird vermutet, dass es in langjährigen Partnerschaften durch das Wegfallen dieser Schranke zu gravierenden Auswirkungen auf das Sexualleben der nicht dementen PartnerInnen kommen kann. Die Erfahrungen der Pflegepersonen machen deutlich, dass sich ein Mensch verändern kann, wenn er seine Sexualität nicht mehr ausleben und seine Bedürfnisse nicht mehr befriedigen kann. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass sexuelle Befriedigung deshalb nur mehr auf Basis einer verbalen Mitteilung stattfindet, da Zärtlichkeiten seltener werden oder es zu gar keinen Berührungen mehr kommt und Liebe und Wichtigsein/Wertsein verloren gehen.

Als vermittelnde Instanz wird es von den Pflegekräften als Herausforderung gesehen, eine Atmosphäre der Geschütztheit zu schaffen und mit entgegengebrachtem Vertrauen seitens der HeimbewohnerInnen vorsichtig umzugehen. Da sich PflegerInnen zum Teil auch als Ersatz für Familien erleben, sehen sie Nähe und Berührung häufig als Trost und sind bemüht, durch professionelles Wissen und Handeln, sexuell konnotierte Situationen zu vermeiden und wenn notwendig, auch mit den Betroffenen darüber zu besprechen. Bei unerfahrenen Pflegern führt jedoch die direkte Konfrontation mit sexuellen Empfindungen häufig zu Bestürzung und vorübergehender Unsicherheit. Die Vorstellung, dass Pflegekräfte sexuelle Gefühle ihren HeimbewohnerInnen entgegenbringen, wird von den Befragten fast durchwegs als nicht

denkbar abgelehnt. Einschränkend wird aber betont, dass es natürlich vorkommen kann, dies aber als nicht normal gewertet wird.

Mangels einer Partnerschaft in höherem Lebensalter ist eine befriedigende Sexualität oft nur in Form von Selbstbefriedigung möglich. HeimbewohnerInnen, die auf diese Weise ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen, wird dies von den Pflegepersonen als persönliches Recht zuerkannt. Im Besonderen werden Pflegende im Nachtdienst zu unfreiwilligen Beobachtern sexuell konnotierter Handlungen. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass Sexualität für die Betroffenen noch immer etwas Heimliches ist. Die Aussage eines Gesprächspartners, dass es Bewohnerinnen gibt, die Vibratoren verwenden, lässt auf für diese Generation seltenes, doch schon sehr liberales Verhalten schließen. Im Mittelpunkt der Schilderungen in Bezug auf Selbstbefriedigung steht die Masturbation, wobei Frauen unterstellt wird, dass sie es „heimlicher“ machen und es deshalb vom Pflegepersonal eher unbemerkt bleibt. Das Anschauen von Pornofilmen und Pornoheften, ebenso der Besuch einer Prostituierten, spielen eine eher nebensächliche Rolle. Diese Formen der sexuellen Befriedigung finden beim Pflegepersonal zwar Akzeptanz, jedoch herrscht Uneinigkeit, wer für das Besorgen von Pornomaterial und das Organisieren eines Prostituiertenbesuches zuständig ist. Den Aussagen einiger GesprächspartnerInnen zufolge, wird seitens der Angehörigen dieser Thematik kaum Beachtung geschenkt. Der Wunsch der BewohnerInnen nach und die Entscheidung für einen Prostituiertenbesuch bzw. für den Kauf von Pornofilmen und Pornoheften stoßen bei den Angehörigen fast immer auf Ablehnung. Spekulative Überlegungen über das Unverständnis der Angehörigen lassen sich in überholter Moralvorstellung und den knappen finanziellen Ressourcen der Betroffenen begründen und die Bereitschaft der Angehörigen, dies aus eigenen Mitteln zu bezahlen, wird als sehr gering erlebt.

Die Unterstützung durch Pflegepersonen, ähnlich wie bei Sexhelferinnen, damit BewohnerInnen sexuelle Befriedigung erlangen, wird von ihnen jedoch strikt abgelehnt, mit großer Abneigung und persönlicher Überforderung begründet und dem pflegerischen Aufgabenbereich als nicht zugehörig verstanden.

Im Pflegealltag kann die Sexualität der BewohnerInnen für das Pflegepersonal zum Problem werden. Im Besonderen werden sexuelle Belästigungen durch männliche Bewohner angesprochen. Dies kann sogar bis zur Verweigerung von Pflegehandlungen durch weibliche Pflegerinnen führen. Um dieses zudringliche Verhalten zu umgehen wird die Pflege von männlichen Kollegen durchgeführt. Ob es sich bei derartigen Aufdringlichkeiten aber

tatsächlich um eine Belästigung handelt oder lediglich um eine harmlose Annäherung, lässt sich nicht objektiv feststellen. Es kommt dabei immer auf die Interpretation des/der Einzelnen an. Besonders problematisch ist es bei jungen Mädchen, die im Rahmen ihrer Ausbildung im Heim arbeiten und sich scheuen, dieses für sie belastende Verhalten anzusprechen. Die Aussagen der Befragten können dahin interpretiert werden, dass Pflegende gerne Nähe zulassen, die Gefahr einer Grenzüberschreitung jedoch schon bei einfachen Berührungen gegeben ist. Um diese jedoch zu vermeiden ist es notwendig, bei körperlicher Nähe oder bei Zuwendung sehr sensibel und achtsam vorzugehen. Damit persönliche Verletzungen vermieden werden und ein Gefühl der Wertschätzung und Anerkennung aufrecht bleibt, ist die Wahl der richtigen Worte von großer Bedeutung. Um sexuell motivierten Grenzüberschreitungen entgegenzutreten, werden primär die Unterstützung im Team und das Gespräch mit den Betroffenen gesucht. Gesprächsbereitschaft und Kommunikationsfähigkeit sind die Voraussetzungen für wertschätzendes Verhalten im Gespräch über sexuelle Themeninhalte. Führt dies jedoch zu keiner Verhaltensänderung, so wird die Pflegedienstleitung bzw. die Heimleitung um Unterstützung gebeten. In sehr seltenen Fällen wird die Polizei mit einbezogen oder als letzte und seltene Konsequenz, ein Heimwechsel angedroht.

Schwierigkeiten im Umgang mit der Sexualität der Pflegebedürftigen haben aber auch vermehrt ältere PflegerInnen. Dies kann sowohl im Kontext der Durchführung von Pflegehandlungen als auch in der Beziehungsgestaltung zu Problemen führen. Ein Großteil der Befragten sieht dies in einer sexualfeindlichen Erziehung manch älterer PflegerInnen begründet, die sich negativ auf die Vorgehensweise und das Verstehen von sexuellen Wünschen der Pflegebedürftigen auswirken. Ekelgefühle verhindern ein konstruktives Arbeiten und einen wertschätzenden Umgang mit den betroffenen alten Menschen und senken die Bereitschaft, die BewohnerInnen bei ihren Bedürfnissen nach sexueller Befriedigung zu unterstützen.

Dass das Abhängigkeitsverhältnis zwischen PflegerInnen und HeimbewohnerInnen die Sexualität beeinflusst, ist im Besonderen bei immobilen BewohnerInnen gegeben. Körperliche Defizite, die ein Erleben sexueller Bedürfnisse fast unmöglich machen, erfordert von Pflegepersonen eine sensible Unterstützung, da schon eine Bitte der Betroffenen an die PflegerInnen eine für sie oft schwer überwindbare Hürde darstellt. Selbst bei einfachen,

alltäglichen Tätigkeiten wie das Einschalten des Fernsehers, um sich erotische Filme ansehen zu können, sind immobile BewohnerInnen auf Hilfe angewiesen. Die Abhängigkeit von Angehörigen wird, wie oben schon erwähnt, besonders deutlich, wenn es um finanzielle Angelegenheiten, wie etwa den Kauf von Pornomaterial oder den Besuch einer Prostituierten, geht. Im Gespräch mit den InterviewpartnerInnen wird Abhängigkeit von den Eltern damals im Vergleich mit den PflegerInnen und den erwachsenen Kindern heute hergestellt. Überdies vertreten sie die Meinung, dass die Verantwortung, sich mit den sexuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen auseinanderzusetzen, von den Angehörigen an die Pflegepersonen abgegeben wird. Diesem Spannungsfeld ist nur mit Gesprächen zwischen Pflegepersonen und Angehörigen zu begegnen.

Im Weiteren werden die Voraussetzungen für sexuelle Freiheit in den betreffenden Institutionen von den Befragten mehrheitlich als förderlich beurteilt. In der Entscheidung zur freien Partnerwahl, wenn es sich um hausfremde PartnerInnen handelt, sind sie von Seiten des Heimes jedoch stark eingeschränkt. Das Verbot von nächtlichen Besuchen rechtfertigt die Heimleitung mit dem Hinweis, dass es rechtliche Schwierigkeiten gibt, wenn hausfremde Personen übernachten. Besuche von HeimbewohnerInnen untereinander werden nicht in Frage gestellt. Negative Konsequenzen einer Liebesbeziehung innerhalb des Heimes erfahren die Betroffenen allerdings durch MitbewohnerInnen, die durch tradierte Regeln und Normen, gepaart mit Neid und Eifersucht das Liebesleben erschwerend beeinflussen.

Hinsichtlich der Belastungsbewältigung und -verarbeitung wird von den Befragten der Austausch und die Vernetzung innerhalb des Pflgeteams angeführt, dadurch professionelles Handeln ermöglicht und so die Belastungen der einzelnen Pflegepersonen kompensiert. Um die Arbeitsbedingungen in der Auseinandersetzung mit der Sexualität alter Menschen für die Pflegenden zu erleichtern, haben eine offene Diskussion innerhalb des Teams und eine kooperative Zusammenarbeit mit den Angehörigen oberste Priorität. Wird eine Situation als sehr grenzüberschreitend wahrgenommen, wird durch den Wechsel der Bezugsperson einer Wiederholung vorgebeugt. Sollte dies nicht möglich sein, wird die Strategie der Wachsamkeit gewählt. Hilfreich wäre eine speziell ausgebildete Pflegedienstleitung, die beratend und unterstützend bei sexuellen Konflikten eingreift. Von einer unterschiedlichen Vorgehensweise berichten die Befragten im Zusammenhang mit externer Unterstützung zur realitätsgerechten Problembewältigung. Während von einem Heim berichtet wird, dass individuelle Beratung

und Unterstützung als selbstverständliche Konfliktbewältigung geboten wird, wird im zweiten befragten Heim keine professionelle Hilfe geboten bzw. von den Pflegepersonen auch nicht gefordert. Das kann derart interpretiert werden, dass seitens der Heimleitung dadurch anfallende Kosten und seitens der Pflegepersonen Peinlichkeiten vermieden werden, wenn über diese Thematik offen gesprochen wird. Die Einbindung des Arztes zur Lösung und Unterstützung bei sexuellen Angelegenheiten wird von den Befragten mit der Begründung abgelehnt, dass der wertschätzende Umgang mit den BewohnerInnen in dieser Angelegenheit nicht gegeben ist, diese Begründung sogar um den Aspekt des Desinteresses des Arztes erweitert wird.

Die Thematik Sexualität und Pflege ist weiters von der diesbezüglichen Informiertheit der Pflegepersonen abhängig. Einheitlich kritisieren alle Interviewten die aktuellen Inhalte der schulischen Pflegeausbildung als unzureichend. Aus der Tatsache, dass bei alten Menschen sexuelle Bedürfnisse vorhanden sind, wird das Anliegen der Pflegenden dahingehend präzisiert, dass Vorschläge und Möglichkeiten in Bezug auf Problembewältigung und auf die richtige Art der Gesprächsführung im Lehrplan enthalten sein sollten. Der Vermittlung dieser Kompetenzen wird aber nur notdürftig nachgekommen. Eine intensive Auseinandersetzung mit der persönlichen Grenzziehung und ein Vermitteln Praxis bezogener Strategien im Umgang mit sexuell auffälligen BewohnerInnen würde es den Pflegepersonen erleichtern, mit Belastungen durch sexuelle Belästigungen adäquat umzugehen. Den Befragten ist klar, dass es kein Patentrezept im Umgang mit problematischen Situationen geben kann, jedoch würde ein Durchspielen von immer wiederkehrenden realitätsnahen Fallbeispielen für die Pflegenden, besonders für junge und noch unerfahrene, hilfreich sein. Angesprochen auf eine medikamentöse Therapie bei sexuell auffälligem Verhalten wird von den Befragten zwar bestätigt, dass es auf die Sexualität einflussnehmende Medikamente gibt, um welche Medikamente es sich dabei allerdings handelt, ist ihnen nicht bekannt. Dieses Wissen wird aber auch den behandelnden Ärzten abgesprochen.

Um den Anforderungen bei der Bewältigung von Berufsrollen- und Abgrenzungskonflikten gerecht zu werden, sollte nach Meinung aller Befragten, das Thema „Sexualität im Alter“ durch hausinterne Weiterbildungsveranstaltungen vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken und so Problemlösungsstrategien entwickelt werden, da die unterschiedlichen Meinungen der Pflegepersonen den Eindruck erwecken, dass das Wissen um die Thematik im

Allgemeinen stark voneinander abweicht. Dieses Wissensdefizit zu beheben wird von den Pflegepersonen nicht nur vom Heim selbst eingefordert, sondern wie schon oben erwähnt, auch von den Krankenpflegeschulen, da besonders bei Auszubildenden eine erfolgreiche Problemlösung durch Erfahrung nicht kompensiert werden kann.

Um im Sinne einer konstruktiven Weiterentwicklung dieser Thematik ein der Zeit und den Betroffenen angepasstes Verständnis über sexuelles Erleben alter Menschen zu bewirken, sehe ich vorrangig die Krankenpflegeschulen gefordert. Im Besonderen ist es für die Auszubildenden hilfreich, Beispiele aus der Praxis zu besprechen und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Dies ist meiner Meinung nach nur denkbar, wenn es kontinuierlich Kontakte zwischen den Altenheimen und den Krankenpflegeschulen gibt. Nur so ist gewährleistet, dass die Ausbildung der Pflegepersonen sich den ändernden Bedürfnissen in der Altenbetreuung anpasst. Als Aufgabe der Altenheime sehe ich, ebenso wie meine InterviewpartnerInnen, im Akutfall ein unterstützendes Eingreifen durch die Heimleitung und die Pflegedienstleitung als notwendig. Bei einem belastenden Vorfall in einer Wohngruppe erachte ich es sinnvoll, dass das notwendige Vorgehen nicht nur in der jeweiligen Gruppe, sondern auch in den anderen Wohnbereichen diskutiert wird um so bestmöglich aus der Situation zu lernen. Letztendlich hat die Bearbeitung des Themas deutlich gezeigt, dass auch die Angehörigen nicht aus der Verantwortung genommen werden dürfen. Durch eine gute Gesprächsbasis, Kommunikationsbereitschaft und durch einfühlsame Berücksichtigung der sexuellen Wünsche der alten Menschen können die Angehörigen gemeinsam mit den Pflegepersonen nicht nur zum sexuellen, sondern auch zum allgemeinen Wohlbefinden der BewohnerInnen beitragen.

9. Bibliographie

Adler,C. et al.: Lebensqualität im Alter - eine kontrollierte qualitative Befragung geriatrischer Rehabilitationspatienten (2008), in: European Journal of Geriatrics, Vol. 10, No.4

Alex,G./Klocke-Daffa,S.: (Hrsg.) Sex and the Body (2005). Transcript Verlag, Bielefeld

Baltes,P./Mittelstraß,J./Staudinger,U.M.(Hrsg): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie (1994), Sonderausgabe des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts der Akad. der Wiss. zu Berlin. Verlag Walter de Gruyter&Co., Berlin

Baltes,M./Montada,L.: Produktives Leben im Alter (1996), Campus Verlag, Frankfurt/Main

Berberich H./Brähler E. (Hrsg.): Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), Psychosozial-Verlag, Gießen

Bischof Delaloye,A.: Weibliche Sexualität bei Krebs (2006), Krebsliga Schweiz (Hrsg.)

Brähler,E./Berberich,H.: Sexualität und Partnerschaft im Alter (Hrsg.) (2009), Psychozial-Verlag, Gießen

Bucher, T. et al: Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Erste Ergebnisse einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz. In: Berberich, Hermann/ Brähler, Elmar (Hrsg.): Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte (2001), Psychosozial -Verlag Gießen

Buddeberg,C.: Sexual Health and Gender (2005).
http://www.gesund/Lust_Liebe/Lust_Liebe_Sex-Gesundheit.htm

Böhmer, F./Rhomberg, H. P./Weber,E. (Hrsg.): Grundlagen der Geriatrie (2003), Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien

Clayton, AH.:Female sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. Curren Women´s Health Reports 2002; 2(3): 182-187

Cyran, W./Halbhuber, M.J.: Erotik und Sexualität im Alter (1992), Gustav Fischer Verlag
Stuttgart – Jena – New York

Datler, G./Kerschbaum, J./Schulz, W.: SWS-Rundschau (45.Jg.) Heft 4/2005

DUDEN: Das Fremdwörterbuch (1990), Verlag Bibliographisches Institut & F. A.
Brockhaus AG, Mannheim

Duerr, H.P.: Der Mythos vom Zivilisationsprozeß (1999). Suhrkamp Verlag,
Frankfurt/Main

Ebberfeld, I.: Es wäre schön nicht so allein zu sein (1992). Campus Verlag, Frankfurt/Main

Frank, M.: Gerontologische Pflege - Pflegeberatung (2003), Kozon Vlastimil/ Fortner
Norbert, (Hrsg.), Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien

Froschauer, U./Lueger, M.: Das qualitative Interview (2003), Facultas Verlags- und
Buchhandels AG, Wien

Füsgen, I./ Niederstadt, C.: Das unterschätzte Tabuthema (2004), Geriatrie Journal,
6.Jahrgang, Heft 2

Gill, E.: Dem Schmerz entwachsen (2000), Matthias-Grünewald Verlag, Mainz

Grond, E.: Sexualität im Alter. (Kein) Tabu in der Pflege (2001), Brigitte Kunz Verlag,
Hagen

Hornung, R.: Determinanten der sexuellen Aktivität und Zufriedenheit in der zweiten
Lebenshälfte.

<http://www.alter.de/sexualitat-im-alter/alte-menschen-sind-nicht-asexuell/>

Jaeggi, E.: Viel zu jung um alt zu sein (1998), Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, Reinbek
bei Hamburg

Kleinevers, S.: Sexualität und Pflege (2004), Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover

Kolland, F.: Seniorenbericht 2002: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich

Kolland, F./Rosenmayr, L.: Lust und Liebe - Sexualität im Alter (2006), Die Grünen 50Plus (Hrsg.), Verlag der Grünen Bildungswerkstatt OÖ, Attnang-Puchheim

Kuhlmei, A./Rosemeier, H.P./ Rauchfuß, M.: Tabus in Medizin und Pflege (2005), Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main

Mayer, H.: Einführung in die Pflegeforschung (2002), Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung (2002), Beltz Verlag; Weinheim und Basel

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse (2008), Beltz Verlag; Weinheim und Basel

McAuliffe, L. et al.: Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional (2007). International Journal of Older People Nursing 2

Merfort, M.: Blickpunkt der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit (2004); 2 (2),

Meryn, S.: Leben bis 100 (2002), Verlag Carl Ueberreuter, Wien

Meryn, S.: European Society of Sexual Medicine (ESSM-Kongress 2006)
<http://www.innovations-report.de/html/berichte/veranstaltungen/bericht-73753.html>

Nordhus, I. H. et al.: Clinical Geropsychology (1998). American Psychological Association, Washington, DC

Perner, R. A.: Scham macht krank – Sexualpädagogik, Sexualberatung, Sexualtherapie (1997), aaptos Verlag, Wien

Perner, R. A.: Liebe macht gesund.(2004), aaptos Verlag, Matzen

Richter, A.: Institut für psychotherapeutische Information und Beratung (2005)

http://www.ipsis.de/themen/thema_midlifecrisis.htm

Ringel, E.: Die österreichische Seele (1984, Neuauflage 2005), Buchverlage Krenmayr & Scheriau/Orac, Wien

Rosenmayr, L.: Die Kräfte des Alters (1990), Wiener Journal Zeitschriftenverlag Ges.m.b.H., Wien

Rosenmayr, L.: Altern im Lebenslauf (1996), Verlag Vandenhoeck&Ruprecht Göttingen-Zürich

Rosenmayr,L.:

http://www.de/politik/article1084992/Spaete_Heirat_nicht_unbedingt_ausgeschlossen

Schmidt, G./ Matthiesen, S.: Spätmoderne 60-Jährige (2003) BZgA FORUM 1/2-2003 (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Schultz-Zehden, B.: [http://www.fu-berlin.de\(presse/wissenschaft/pdw04/pdw_04_008.html](http://www.fu-berlin.de(presse/wissenschaft/pdw04/pdw_04_008.html)

Schultz-Zehden, B.: http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01_schultz-zehden

Simpson, E.: Die späte Liebe (1996), Rowohlt Taschenbuchverlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Steinbeiß, M.: Geriatrie Praxis 06/2005

<http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=69713&dspaid=538>

Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege (2001), Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Stiehler, M. / Klotz, T. (Hrsg): Männerleben und Gesundheit (2007), Juventa Verlag Weinheim und München

Stifter, Karl F.: Journal für Urologie und Urogynäkologie (2005); 12 (Sonderheft 4) (Ausgabe für Österreich)

Stolz, H.: Liebe, Sex und Partnerschaft im Alter. PFLEGE AKTUELL 1/2002

von Sydow, K.: Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen (1994), Ernst Reinhardt Verlag München Basel, 2., verbesserte Auflage

von Sydow, K.: Die Sexualität älterer Frauen: Der Einfluss von Menopause, anderen körperlichen sowie gesellschaftlichen und partnerschaftlichen Faktoren (2000), Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung

Tapià, Jorge E.: Antidepressive Therapie und Libidoverlust. In: Gynäkologie (2/2006).

Tesser Lindau, St./ et al. : New England Journal of Medicine: Bd. 357, Nr. 8, S. 762, (2007)

Thür, G.: Professionelle Altenpflege (2004), Springer – Verlag Wien

Traber, Y.: Forschungsarbeit: Einfluss der Attraktivität auf die Sexualität von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte. (2003)

http://www.steck-abc.ch/attachments/013_attraktivität_sexualität.pdf

Wahala, J.: Lust und Liebe – Sexualität im Alter (2006), Die Grünen 50Plus (Hrsg.), Verlag der Grünen Bildungswerkstatt OÖ, Attnang-Puchheim

Zapotoczky, H.G.: Sexualität im Alter aus Sicht des Psychiaters. In: Journal für Menopause. (2003). 10 (Sonderheft 2) (Ausgabe für Österreich)

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie: In: Geriatrie Praxis (02/2007)
<http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dssid=4285&dsmid=80061&dspaid=6230>

Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Radioonkologie:
<http://www.medical-tribune.at/dynasite.dfm?dsmid=102474&dspaid=839442>

<http://edoc.ub.uni-muenchen.de/view/subjects/fak11.html>

http://www.fu-berlin.de/presse/wissenschaft/pdw04/pdw_04_008.html

http://www.fu-berlin.de/presse/publikationen/fundiert/2004_01/04_01_schultz-zehden

<http://www.geriatrieonline.at/dynasite.cfm?dssid=4285&dsmid=74386&dspaid=5785>

<http://www.50plus.at/sexualitaet/selbsbef.htm>

<http://www.menshealth.de/sex/penis/masturbation-ist-gesund.18074.htm>

<http://forum.Sexualaufklaerung.de/index.php?docid=708; Sexualität des alternden Mannes>

<http://www.gesundheit.de/medizin/alter-und-pflege/altwerden/sexualitaet-im-alter-gib>

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Ulrike Füreder
Wohnsitz: Weinzierlerbrücke 45
4560 Kirchdorf/Krems
Geburtsdaten: 22. 11. 1956
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: verheiratet

Ausbildung

1963-1967 Volksschule Pregarten
1967-1971 Hauptschule Pregarten
1971-1973 Handelsakademie Freistadt
1973-1976 Krankenpflegeschule Steyr: Ausbildung zur
dipl. Gesundheits- und Krankenschwester
2000 Berufsreifeprüfung (Fachbereich Gesundheits- und
Krankenpflege)
2001-2002 Ausbildung zur Geriatriefachschwester
Seit 2002 Studium Pflegewissenschaft, Universität Wien
2007 Ausbildung zur QAP-Moderatorin

Berufspraxis

1977-1982 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
1982-2000 Karenz und Kinderpause
2000-2004 Bezirksseniorenheim Kirchdorf/Krems
2004-2006 Klinikum Wels-Grieskirchen
2006-2010 Seniorenwohnhaus Schloss Hall