



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Sensibilität und Scham im Alter: Herausforderungen  
für die (professionelle) Pflege von älteren Frauen“

verfasst von / submitted by

Sophie Glaser, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the  
degree of  
Master of Arts (MA)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Interdisziplinäres Masterstudium  
Ethik für Schule und Beruf

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sigrid Müller

## **Plagiatserklärung**

„Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Textpassagen und Gedankengänge sind durch genaue Angabe der Quelle in Form von Anmerkungen bzw. In-Text-Zitationen ausgewiesen. Dies gilt auch für Quellen aus dem Internet, bei denen zusätzlich URL und Zugriffsdatum angeführt sind. Mir ist bekannt, dass jeder Fall von Plagiat zur Nicht-Bewertung der gesamten Lehrveranstaltung führt und der Studienprogrammleitung gemeldet werden muss. Ferner versichere ich, diese Arbeit nicht bereits andernorts zur Beurteilung vorgelegt zu haben.“

---

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während des Verfassens dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst gebührt mein Dank Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Sigrid Müller, die meine Masterarbeit betreut und begutachtet hat. Besonders für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik, die mir halfen, den Fokus meiner Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren.

Danke auch an die Vortragenden der Universität Wien, die mich in ihren Lehrveranstaltungen zum Thema dieser Arbeit inspiriert haben.

Ein großer Dank gilt auch zwei wunderbaren Frauen: meiner Mama, die meine Masterarbeit mehrmals korrekturgelesen hat und Lucia, die mir half, die richtigen Formulierungen zu finden und mich bei Unsicherheiten stets motivierte.

Abschließend möchte ich mich bei all den wichtigen Menschen in meinem Leben bedanken, die immer ein offenes Ohr für mich haben und mir einen starken emotionalen Rückhalt geben.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Einleitung: Intimität und Sexualität als Bereiche menschlicher Würde ..</b>	<b>3</b>
1.1. Problemstellung und Erkenntnisinteresse.....	3
1.2. Zielsetzung und Forschungsstand.....	5
1.3. Methodisches Vorgehen und Gliederung der Arbeit .....	6
1.4. Der Begriff der Würde.....	7
<b>TEIL 1: PERSÖNLICHE HERAUSFORDERUNGEN IM UMGANG MIT INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON FRAUEN IM PROZESS DES ÄLTERWERDENS .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Alter, Altern.....</b>	<b>11</b>
2.1. Begriffserklärungen und Definitionen aus interdisziplinärer Perspektive .....	11
2.2. Erkrankungen im höheren Alter .....	15
2.3. Die ältere Frau.....	19
<b>3. Tabuthemen im Zusammenhang mit älteren Personen .....</b>	<b>23</b>
3.1. Häufige Tabus unserer Gesellschaft.....	23
3.2. Tabuisierung im Prozess des Alterns bei Frauen.....	27
<b>4. Intimität und Intimpflege.....</b>	<b>31</b>
4.1. Begriffserklärungen und Definitionen.....	31
4.2. Intimität bei älteren Frauen .....	35
4.3. Intimität als Thema der professionellen Pflege .....	39
<b>5. Sexualität im Kontext von Pflegesituationen.....</b>	<b>43</b>
5.1. Begriffserklärungen und Definitionen von Sexualität im Alter.....	43
5.2. Sexualität bei älteren Frauen.....	48
5.3. Sexualität im Alter als Thema der professionellen Pflege .....	52
<b>6. Interkultureller Kontext.....</b>	<b>56</b>
6.1. Kulturelle Auseinandersetzung mit Tabuthemen bei älteren Frauen .....	56
6.2. Tabuthemen im Kontext von Religion bei älteren Frauen .....	61

ZWISCHENFAZIT: PERSÖNLICHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE WÜRDEVOLL GELEBTE INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON FRAUEN IM PROZESS DES ÄLTERWERDENS .....	67
<b>TEIL 2: PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN IM UMGANG MIT INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON ÄLTEREN FRAUEN .....</b>	<b>72</b>
<b>7. Professionelle Pflege für ältere Frauen .....</b>	<b>72</b>
7.1. Der Beruf Pflege .....	72
7.2. Aktuelle Situation des Pflegeberufes .....	77
7.3. Problematiken und Herausforderungen in der professionellen Pflege bei älteren Frauen .....	80
<b>8. Pflege durch Angehörige .....</b>	<b>85</b>
8.1. Aufgaben Angehöriger .....	85
8.2. Konfliktfeld Angehörigenpflege: Herausforderungen in der Pflege bei älteren Frauen .....	89
ZWISCHENFAZIT: PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE RESPEKTVOLLE PFLEGE ÄLTERER FRAUEN IM BEREICH VON INTIMITÄT UND SEXUALITÄT .....	93
<b>9. Schlusskapitel: Würdevoller Umgang mit Intimität und Sexualität im Leben älterer, pflegebedürftiger Frauen - Ethische Reflexionen .....</b>	<b>96</b>
<b>10. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>103</b>
<b>11. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>104</b>
<b>12. Zusammenfassung / Abstract .....</b>	<b>115</b>

## **Vorwort**

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Masterstudiengangs „Ethik für Schule und Beruf“ an der Universität Wien, welchem ich mich nach meiner Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin widmete. Die Konfrontation mit Situationen in meinem Beruf, die eine ethische Auseinandersetzung verlangen, motivierten mich, nach Erklärungen und Lösungsansätzen zu suchen, die moralische Grundwerte berücksichtigen und erträglich für die Beteiligten erscheinen.

Auslöser für die Wahl des Themas dieser Arbeit ist sicherlich mein privater Zugang zu älteren Frauen. Eine Person, die eine wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielt, ist meine 90-jährige Großmutter, zu der ich ein enges Verhältnis pflege. Obwohl in meiner Familie ein relativ offener Umgang mit Tabuthemen, Intimität und Sexualität besteht, bemerkte ich besonders in Beziehung zu meiner Großmutter schambehaftete Szenarien, über die auf beiden Seiten meist geschwiegen wird. Das bewegte mich dazu, mich mit den Hintergründen dieser Momente auseinanderzusetzen, die für manche Personen als unangenehm empfunden werden.

Ein weiterer Grund, warum ich diese Thematik gewählt habe, war die Vorlesungsreihe „Eine von fünf“, welche bereits seit einigen Jahren von der Medizinuniversität Wien angeboten wird. Als ich im Wintersemester 2019/2020 zum Thema „Gewalt an älteren Frauen“ teilnahm, stand mein Entschluss zur Themenwahl meiner Masterarbeit schnell fest.

Durch meine Berufswahl stehe ich immer wieder vor moralisch herausfordernden Situationen, die nach näherer Auseinandersetzung auch anders hätten laufen können. Bereits während meiner Ausbildung musste ich in manchen Praktika mitansehen, wie unwürdig mit älteren Personen und besonders älteren Frauen zuweilen umgegangen wird. Doch es muss nicht unbedingt der Mensch dafür verantwortlich sein, der sich um die Pflegebedürftigen kümmert. Eher stellt sich mir die Frage nach der Verantwortung eines Systems, das für die Gegebenheiten zuständig ist.

Ich denke, die meisten Pflegepersonen haben sich bewusst für ihren Beruf entschieden und nicht um Menschen zu demütigen oder zu unterdrücken. Jede professionelle Pflegekraft hat sich in ihrer Ausbildung mit menschenwürdiger

Kommunikation und Interaktion auseinandersetzen müssen. Doch erscheint es mir, dass gerade Personen, die diesen Beruf gewählt haben, von einem System enttäuscht oder daran gehindert werden, ihre Profession richtig auszuüben. Der Personalmangel, der Zeitdruck und die geringe Entlohnung für eine in meinen Augen bemerkenswerte Aufgabe, sind nur Beispiele, die für die hohe Fluktuation in diesem Arbeitsfeld sorgen.

Anhand der aktuellen Corona Pandemie kann die Überforderung in diesem Beruf meiner Ansicht nach nicht mehr weggeschwiegen werden. Einmal mehr wurde deutlich, wie wichtig die Erhaltung von Pflegekräften ist, die nur durch die richtigen Arbeitsbedingungen und dem Respekt auch in ihrem Beruf bleiben können. Wenn die dafür nötigen Grundlagen nicht gegeben werden, wird sich an dieser Lage wahrscheinlich nicht viel ändern.

Auch wenn meine persönliche Leidenschaft für meinen Beruf hier etwas spannungsgeladen wiedergegeben wurde, möchte ich den Blick nun auf eine wesentliche Auseinandersetzung lenken, welche den Inhalt meiner Masterarbeit bildet. Mit wachsamem Aufmerksamkeit soll sich nun sensiblen Themen im Zusammenhang von älteren Frauen gewidmet werden. Sie sind diejenigen, die einige von uns großgezogen und uns vieles auf unseren Lebenswegen mitgegeben haben. Sie sind Teil unserer Gesellschaft und sollen hier einmal mehr die Aufmerksamkeit bekommen, die sie vielleicht nur selten oder nie erfahren konnten. Widmen wir uns nun den älteren Frauen.

## **1. Einleitung: Intimität und Sexualität als Bereiche menschlicher Würde**

Im Folgenden werden die Hintergründe und die Motivation zur vorliegenden Arbeit erläutert (Kapitel 1.1.). Über die Formulierung einer Zielsetzung (Kapitel 1.2.) werden die Methodik und die Unterteilungen der Kapitel kurz umrissen (Kapitel 1.3.). Abschließend widmet sich diese Einleitung dem Begriff der Würde, die als wesentlicher Berührungspunkt in diese Arbeit eingebettet werden soll (Kapitel 1.4.).

### **1.1. Problemstellung und Erkenntnisinteresse**

Ältere Menschen sind ein großer Teil unserer Bevölkerung, denn durch medizinische Erkenntnisse und hygienische Fortschritte stieg im Laufe der menschlichen Entwicklung die durchschnittliche Lebenserwartung. Aufgrund dessen müssen wir uns mit neuen Thematiken auseinandersetzen, die uns im Zuge einer immer älter werdenden Gesellschaft vor Herausforderungen stellt. Die Gewährleistung einer passenden Hilfeleistung im Alltag von älteren Personen beschäftigt Gesundheitssysteme und es bedarf einer großen Anzahl an Pflegekräften und Angehörigen, die sich tagtäglich mit der Unterstützungsbedürftigkeit und den Bedürfnissen älterer Menschen auseinandersetzen müssen. Obwohl eine gute Grundpflege oft gegeben ist, gibt es noch immer viele Vorurteile und Tabuthemen gegenüber Älteren, die meist durch diskriminierendes Verhalten überspielt oder weggeschwiegen werden. Besonders Frauen werden im Alter oft mit einer gesellschaftlichen Etikette versehen, die abwertend sein kann und ihre Individualität und Autonomie einschränkt.

Das Altern wird von der Gesellschaft als ein Prozess anerkannt, der zunehmend spezielle Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitseinrichtungen erfährt und mit individuellen Therapiebeziehungsweise Betreuungsmöglichkeiten einhergeht. Der mediale Diskurs sowie der professionelle Fokus vieler Ausbildungen konzentrieren sich mittlerweile intensiver auf ältere Menschen als früher. Dennoch gibt es noch immer Themen, über die nicht gern geredet wird und die weiterhin tabuisiert werden. Das hängt mit gesellschaftlichen Normen- und Werteinstellungen

zusammen. Dies trifft insbesondere auf das Thema der Sexualität zu. Beispielsweise besteht die Annahme, dass ältere Menschen nicht sexuell aktiv sind oder in dieser Hinsicht keine Bedürfnisse mehr hätten. Intimität wird besonders im Alter nicht ernst genommen oder verdrängt, weshalb es in der Pflege dieser Personengruppe zu einem Verhalten kommen kann, bei dem die Würde und Bedürfnisse der Gepflegten nicht geachtet werden. Das betrifft nicht nur die Sexualität, sondern auch andere alltägliche Handlungen, die Betroffene früher vielleicht allein oder in einem geschützten Rahmen vollzogen haben. Durch die Unterstützung von außen kommt es zu Grenzüberschreitungen, die aber womöglich durch das Ausnutzen von Autoritätsverhältnissen seitens der Pflegeperson, Schamgefühl und fehlende Kommunikation nicht als Problem thematisiert werden (vgl. Bach 2011, 159-162).

Die Tabuisierung der Sexualität und Intimität scheint besonders Frauen stärker zu betreffen. Während es mittlerweile im westlichen Raum für Männer fast selbstverständlich scheint, dass sie ihre Sexualität auch im Alter weiterhin ausüben, unter anderem mithilfe von medikamentöser Unterstützung, werden sexuelle Bedürfnisse von Frauen tabuisiert oder häufig negativ dargestellt. Darauf weisen empirische Untersuchungen hin. Eine deutsche Studie von Gruchalla und Debus (2006) untersuchte anhand von 102 Probandinnen „Selbstbild, Körperempfinden, sexuelle Kommunikation und Sexualität von Frauen zwischen 50 und 82 Jahren“ (Gruchalla & Debus 2006, 9). Die Ergebnisse zeigten, dass knapp die Hälfte der Befragten nicht über Sexualität sprechen und im familiären Umfeld schon gar nicht. Das hängt auch mit der Tabuisierung der Thematik in der jugendlichen Entwicklung zusammen. Nicht mal zehn Prozent der Frauen sprechen mit ihrer\*ihrem Gynäkolog\*in darüber, aber auch seitens der Ärzt\*innen besteht häufig eine Hemmschwelle. Die Studie zeigt, dass Gewalt und Missbrauch auch eng in Verbindung mit sexueller Bedrohung stehen. Fast ein Viertel der Teilnehmerinnen ist sexuell genötigt worden oder könnte sexuell genötigt worden sein, da keine genaueren Angaben in der Befragung dazu gemacht wurden (vgl. ebd., 8-12).

Diese Problematik ist auch deshalb nicht unbedeutend, da die überwiegende Zahl der älteren Menschen Frauen sind. Mit Stand 01.01.2019 gab es laut Statistik Austria in Österreich 500.658 Frauen, die über 75 Jahre oder älter

waren (vgl. Statistik Austria 2019). Insgesamt verzeichneten mobile Betreuungsdienste 2018 zirka 153.500 betreute Personen, Pflegeeinrichtungen 95.100 und betreute Wohnformen in etwa 3.500 Bewohner\*innen. Kurzzeitpflege hatten ungefähr 9.900 Betroffene in Anspruch genommen. „Mehr als zwei Drittel der betreuten/gepflegten Personen waren Frauen (Ende 2018)“ (Statistik Austria 2020).

Das bedeutet, dass von den mehr als 500.000 älteren Frauen in Österreich rund 175.000 in professioneller Pflege sein müssten. Die Dunkelziffer liegt wahrscheinlich weit höher, da auch viele Personen zuhause von Angehörigen betreut werden. Laut oesterreich.gv.at (2020) werden „[e]twa 80 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Österreich [...] zu Hause durch Angehörige gepflegt“ (oesterreich.gv.at 2020).

## **1.2. Zielsetzung und Forschungsstand**

Die vorliegende Arbeit legt einen klaren Fokus auf Tabuthemen, die besonders bei älteren Frauen bestehen. Gleichzeitig soll ein Zusammenhang zur Pflege dieser Personengruppe hergestellt werden, da dieser besonders relevant für die Praxis erscheint. Die ethische Auseinandersetzung mit dieser Thematik kann nicht nur im Bereich der Pflege lösungsorientierte Ansätze näher betrachten, sondern bietet auch anderen Gesundheitsberufen oder Personen, die mit Frauen im höheren Alter in Kontakt treten, Grundlagen zur Diskussion. Das betrifft nahezu jede\*n, die\*der sich mit dem eigenen Alterungsprozess beschäftigt oder sich in einem Umfeld bewegt, das die Begegnung mit älteren Frauen beinhaltet.

Vor Beginn dieser Arbeit wurde somit eine Literaturrecherche durchgeführt, die die oben beschriebene Thematik enthalten sollte. Die Beschäftigung mit themenbezogenen Quellen führte somit zu einer Literaturarbeit, die der Frage nachgehen soll, welche ethischen Herausforderungen sich für die (professionelle) Pflege von älteren Frauen in Bezug auf Tabuthemen und Intimität ergeben.

Der Fokus liegt dabei hauptsächlich auf Frauen im europäischen Raum, um den Rahmen der Arbeit eingrenzen zu können. Dennoch werden interkulturelle

Unterschiede miteinbezogen, da sie für das Thema der Arbeit ethisch relevant erscheinen.

Sexualität im Alter wurde in den letzten Jahren bereits in diversen Arbeiten diskutiert, dennoch erschien es nicht unwichtig, auch diesem Bereich ein eigenes Kapitel zu widmen, um die allgemeinen Reflexionen als Hintergrund für den speziellen Kontext der Pflege heranziehen zu können. Demnach werden sich die unterschiedlichen Abschnitte mit dem Alter, Tabuthemen, Intimität, Sexualität, kulturellen Hintergründen, professioneller Pflege sowie Angehörigenbetreuung beschäftigen.

### **1.3. Methodisches Vorgehen und Gliederung der Arbeit**

Das methodische Vorgehen erfolgt in einer Kombination von drei Blickwinkeln. Vorerst durch den ethischen Zugang aus einer Perspektive der Würde, welcher die Klammer der Arbeit bildet. Würde soll dabei in zwei unterschiedlichen Aspekten verwendet werden: Zunächst als Begriff für die unhintergehbare Werhaftigkeit jedes Menschen, die ganzheitlich zu verstehen ist und auch ein Recht auf Wahrung von Intimität und einen angemessenen Umgang mit der eigenen Sexualität betrifft. Aus dieser subjektiven Perspektive wird der erste Teil der Arbeit mit der Untersuchung der Herausforderungen für ältere Frauen in diesem Bereich gestaltet.

Im zweiten Abschnitt wird der Begriff der Würde im praktischen Sinn beleuchtet, nämlich durch die Frage, inwiefern das Handeln von Menschen die Würde anderer Personen respektiert und unterstützt oder ihr zuwiderhandelt. Dieser Aspekt des Würdebegriffs steht für den zweiten Teil der Arbeit, der sich der Pflege älterer Frauen widmet, im Hintergrund.

Die ethische Klammer wird durch die Einleitung und das Schlusskapitel gebildet. Im ersten Kapitel (Einleitung) erfolgen die Erläuterung des Würdebegriffs im Allgemeinen mit den genannten beiden Aspekten sowie die Verortung von Intimität und Sexualität im Kontext von Würde. Im Schlusskapitel werden aus den Untersuchungen des Pflegekontexts die ethischen Herausforderungen konkreter benannt.

#### 1.4. Der Begriff der Würde

Die Bezeichnung der Würde reicht bis in die Antike zurück, wo sie von Cicero bereits als eine Art Pflicht beschrieben wird, die jemand gegenüber sich selbst hat. Demnach können Menschen durch Reflexion ihres Verhaltens auf die eigenen Triebe ihre Würde durch vernünftiges Handeln aufrechterhalten. „Würde bedeutete für die römische Antike die Umschreibung eines inneren Wertes, der Achtung verlangt“ (Maio 2017, 33). Dennoch bezog sich der Begriff der Würde damals nur auf sich selbst und nicht auf andere. Diese Komponente wird erst von Kant aufgegriffen, die sich bis zu den heutigen Menschenrechten und der modernen Bezeichnung von Würde hin fortsetzt. Demzufolge beschreibt Würde nicht nur den Umgang mit sich selbst, sondern auch die Pflicht der Achtung gegenüber anderen (vgl. ebd., 32-39).

Hildt (2019) beschreibt Würde nach Kants Auffassung als „etwas, das jedem Menschen zukommt, und zwar letzten Endes aufgrund seiner Fähigkeit zur Autonomie“ (Hildt 2019, 188). Menschsein beinhaltet demnach Eigenverantwortung, was eine Person von anderen Lebewesen der Natur differenziert. Das Wesen eines Menschen ist moralisch und vernünftig. In dieser Würde gründet der Anspruch, dass man andere (und sich selbst) auch gemäß der eigenen Würde behandeln soll (vgl. ebd., 188ff).

Die Vereinten Nationen erklärten 1948 in den allgemeinen Menschenrechten diese Universalität der Menschenwürde folgendermaßen: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ (Vereinte Nationen 1948, 2).

Die Menschenwürde gilt vielerorts als höchster moralischer Leitsatz, dennoch kann sie besonders mit Zunahme des Alters und den damit verbundenen Änderungen in den Hintergrund geraten. Rüegger (2013) unterscheidet zwischen zwei Formen der Würde: der „normativen Menschenwürde“ und der „empirischen Handlungs- und Situationswürde“ (vgl. Rüegger 2013, 14-16).

Die normative Menschenwürde ist unveränderlich, von Anfang an bei jeder Person vorhanden und kann nie verloren gehen. Sie ist somit nicht abhängig von wahllosen Gegebenheiten und für alle gleich. Sie wird auch als „inhärente Würde“, „Seinswürde“ oder „Wesenswürde“ bezeichnet und fordert eine „menschenwürdige Behandlung durch andere“ (ebd., 17).

Die empirische Handlungs- und Situationswürde ist - im Gegensatz dazu - von äußereren Komponenten abhängig. Jemand ist beispielsweise seinem Alter würdig, wenn sie\*er sich bestimmtes Wissen und Reife im Leben angeeignet hat, das andere als weise erachten. Sie wird auch „kontingente Würde“ genannt und beinhaltet „menschenwürdige[s] Verhalten“ gegenüber anderen (ebd.). Auf eine Pflegehandlung bezogen bedeutet das, dass die Aktion selbst die Patient\*innenwürde miteinbezieht und achtet. Die Würde einer Situation entsprechend respektieren meint, die Umstände und die Umgebung für Patient\*innen so zu gestalten, dass die Betroffenen selbstbestimmt und angemessen leben können.

Gleichzeitig macht Rüegger auf die unterschiedliche Betrachtung der Qualität des einzelnen Lebens und der Menschenwürde aufmerksam. Die Lebensqualität unterliegt einer subjektiven Bewertung und kann nur von einem Individuum selbst eingeschätzt werden. Egal wie alt, krank oder pflegebedürftig eine Person ist. Niemand kann über andere urteilen oder bestimmen, wie wertvoll und lebenswürdig deren Leben ist. Die normative Menschenwürde hingegen ist für alle gleich viel wert und, unabhängig von der persönlichen Bewertung der Lebensqualität, nicht auf- oder abzuwerten (vgl. ebd., 14-19).

Mit der Würde wird aber auch der Begriff der Autonomie häufig in Zusammenhang gebracht. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Würde und muss für einen respektvollen Umgang miteinbezogen werden. Ein selbstbestimmtes Leben kann dann erfolgen, wenn persönliche Bedürfnisse berücksichtigt und Entscheidungen des Individuums respektiert werden. Dennoch kann die Verantwortung, die jemand für sich selbst aufbringen muss, um selbstbestimmt zu leben, auch überfordern. Darüber hinaus kann es sein, dass besonders ältere Personen abhängig von anderen sind, um autonome Entscheidungen ausführen zu können (vgl. ebd., 25f).

Selbständigkeit in Bezug auf Würde spielt auch bei Bieri (2013) eine große Rolle. Menschen tendieren dazu, von anderen nicht abhängig sein zu wollen und Entscheidungen selbst zu treffen: „Situationen der Unselbständigkeit, der Abhängigkeit und der Ohnmacht sind Situationen, in denen wir das Gefühl haben, daß [sic] unsere Würde verloren geht“ (Bieri 2013, 19). Doch in gewisser Weise ist jede\*r von anderen abhängig und kann nicht nur im Alleingang

handeln. Deshalb stellt die Abhängigkeit nicht automatisch eine Gefahr für die Würde dar. Wichtige Aspekte dabei sind die Beziehung, in der eine Person einer anderen ihre Schwächen näherlegen muss, und die Selbstauffassung bezüglich der eigenen Probleme. Es ist einerseits ein großer Schritt, sich die eigene Hilflosigkeit einzustehen, aber andererseits auch eine Überwindung, sie einer anderen Person anzuvertrauen (vgl. ebd., 19-64).

Dem Verhältnis von aktiven, passiven und reflexiven Elementen des würdevollen Umgangs geht der Philosoph Peter Bieri nach. Er ordnet die Würde drei Bereichen zu: Zunächst beschreibt er den Zugang, wie andere mit meinem Leben umgehen, damit die Würde geschützt bleibt. Dann stellt er den eigenen Umgang und die Auffassung darüber dar, wie anderen Leben begegnet und die Würde anderer gewahrt wird. Und zuletzt „geht [es] um die Art, wie ich zu mir selbst stehe“ (ebd., 13), um Würde zu erleben. Dennoch ist es wichtig zu wissen, wie unterschiedlich diese Erfahrungen sind und wie vielfältig und gegensätzlich die jeweiligen Blickwinkel bezüglich der Menschenwürde sein können (vgl. ebd., 11-17).

Besonders im Rahmen der eigenen Intimität kann die Würde durch äußere Faktoren verletzt werden. Es gibt einen schmalen Grat zwischen dem, was für Außenstehende bestimmt ist und dem, was eine Person nur für sich behalten möchte. Diese Grenze variiert von Mensch zu Mensch und kann sich aufgrund unterschiedlicher Kulturen, Religionen oder Lebensalter verändern. Sie bezieht sich auf verschiedenste Bereiche, die für jedes Individuum ein intimes Element darstellen können:

„Das Bedürfnis nach dieser Trennung [zwischen Öffentlichem und Intimem] kann sich auf ganz unterschiedliche Dinge beziehen: unser Tun und Können, unseren Besitz, unser Aussehen und unsere Gesundheit, unser Denken und Fühlen, unsere Wünsche, Begierden und Leidenschaften, unsere Vorstellungen und Träume. Bei all diesen Dingen gibt es solches, das wir sehen lassen und sogar zeigen, und anderes, von dem wir möchten, daß [sic] es im verborgenen [sic] bleibt.“ (ebd., 157)

Wird das von Bieri beschriebene Verborgene für andere unfreiwillig sichtbar, kann die Würde der betroffenen Person verletzt werden.

Außerdem unterscheidet er zwei Arten, Intimität zu verspüren. Zunächst aufgrund eines „Makel[s]“, den jemand als unangenehm empfindet und verstecken möchte, wie zum Beispiel eine Erkrankung oder eine Schwäche, die zurückgehalten wird. Wenn dieser Makel mit der Außenwelt konfrontiert wird, kann bei der betreffenden Person ein Schamgefühl entstehen. Genauso kann aber auch ein Verlangen nach Abgrenzung vorhanden sein, um für andere unerkennbar und unberührt zu bleiben. Wird diese Schwelle ohne Erlaubnis übertreten, schafft das eine Wahrnehmung von seelischer „Entgrenzung“ (vgl. ebd., 157f).

Um den Begriff nicht unkommentiert zu lassen, betrachtet Bieri die Entstehung eines Makels näher. Er macht darauf aufmerksam, dass es sich hierbei nicht um eine objektive Ansicht handelt, sondern um eine Bewertung, die von der Gesellschaft geformt wird: „Makel ist keine Kategorie des Objektiven, [sondern] bloß [des] Tatsächlichen. Es ist eine bewertende Kategorie, eine Kategorie des negativen, ablehnenden Urteils“ (ebd., 162). Darüber hinaus wird unterschieden, ob die betreffende Person verantwortlich für ihren Makel ist oder nicht. Wenn die eigene Verantwortung dabei eine Rolle spielt, gibt es einen Unterschied, ob lediglich etwas vergessen, verpasst oder nicht erreicht wurde oder eine Handlung mit gravierenden Folgen dieses Schamgefühl hervorruft.

Das Erlebnis, welches mit der Offenbarung eines Makels einhergeht, ist ähnlich dem, wenn etwas Wichtiges verloren geht. Es kommt zu einem Verlust von Respekt, Autorität und Hochachtung gegenüber einer Person. Die Betroffenen erfahren dabei ein Gefühl von Ausgeliefertsein und Demütigung. Diese Situation der Entwürdigung kann zwar überwunden werden, indem offen über die beschämende Tatsache gesprochen wird. Dafür muss die betroffene Person aber selbst ihren Makel anerkennen und dazu stehen.

Das Verlangen nach einer persönlichen Grenze und dem Schutz des Unberührbaren, das für jemanden essenziell ist, um die eigene Würde zu wahren, ist individuell unterschiedlich ausgeprägt. „Wir brauchen diesen Abstand, um daraus, durch Lockerung des Verschweigens, Intimität zu gestalten“ (ebd., 212). Wenn alles über eine Person bekannt wäre, könnte laut Bieri stückchenweise ein Verlust der Würde folgen (vgl. ebd., 157-177).

## TEIL 1: PERSÖNLICHE HERAUSFORDERUNGEN IM UMGANG MIT INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON FRAUEN IM PROZESS DES ÄLTERWERDENS

### **2. Alter, Altern**

Das erste Kapitel dieses Abschnittes beschäftigt sich mit dem Alter und dem Prozess des Alterns. Es scheint wichtig, zunächst ein Bild davon zu bekommen, mit welchen Gegebenheiten sich die betroffene Personengruppe in ihrer Lebensphase auseinandersetzen muss. Vorerst werden Begriffe aus unterschiedlichen Quellen beschrieben (Kapitel 2.1.). Danach werden Erkrankungen aus medizinischer Perspektive dargelegt, die im höheren Alter häufig auftreten können (Kapitel 2.2.). Das letzte Unterkapitel legt den Fokus auf die ältere Frau (Kapitel 2.3.).

#### **2.1. Begriffserklärungen und Definitionen aus interdisziplinärer Perspektive**

„Das Alter ist kein statistisches Faktum; es ist Ende und Verlängerung eines Prozesses“ (Beauvoir 2008, 15). Die Betrachtung des Alters und des Alterns ist eine komplexe Aufgabe und verlangt den Einbezug von verschiedenen Blickwinkeln. Als Grundbaustein könnte die biologische Sichtweise herangezogen werden. Beauvoir (2008) beginnt in ihrer Auseinandersetzung mit dem Alter mit den körperlichen Veränderungen, die neben dem Lebensprozess einhergehen. Der Körper als Organismus entwickelt sich beim Menschen bis hin zum 20. Lebensjahr und verändert sich ab diesem Zeitpunkt eher rückbildend. Doch wird in diesem Alter nicht von Altern gesprochen, da körperlichen Mängeln zu diesem Zeitpunkt meist entgegengewirkt werden kann, bevor eine sichtbare Degeneration erkennbar wird. Zeitgleich kann neben der physischen Instandhaltung dem Gebrauch des Alterungsbegriffs durch Wissen und Intelligenz entgegengewirkt werden. Dennoch verlaufen die körperlichen und geistigen Prozesse nicht unbedingt in die entgegengesetzte Richtung beziehungsweise auch nicht immer synchron. Eine Person kann bereits psychisch abgebaut haben, während sich ihr Körper weiterhin in einem gesunden Zustand befindet. Demgegenüber kann jedoch der physische Abbau

bereits vor dem intellektuellen Verfall beginnen. Es gibt somit verschiedene Ansichten, Menschen in unterschiedliche Altersgruppen einzuteilen, aber „es gibt keine, die allgemein anerkannt [werden] würde“ (ebd., 17). So könnte festgehalten werden, dass Alter nicht nur von der Natur abhängig ist, sondern auch von der Kultur und den gesellschaftlichen Vorstellungen (vgl. ebd., 13-18). Aus Sicht der Soziologie lassen sich im Alter besonders Veränderungen im Rollenverständnis erkennen. Durch den Eintritt in die Pension sind ältere Personen nicht mehr erwerbstätig und verlieren somit ihren Status als Verdiener\*innen. Die Beziehungen zum sozialen Umfeld reduzieren sich vermehrt und zentrale Kontakte sind häufig Familienmitglieder. Das liegt vor allem daran, dass viele Personen aus dem Freundes- und Beziehungskreis der Betroffenen meist ebenso älter werden und sterben können (vgl. Kohli & Künemund 2010, 309ff).

Die Soziologen Künemund und Schroeter gehen davon aus, dass „das, was wir unter Alter, Altern, Altsein oder Altwerden verstehen, steht in irgendeiner Form sozial konstruiert“ (Künemund & Schroeter 2010, 394) ist. Alter und Altern sind Begriffe, die weit mehr als einen körperlichen Prozess beschreiben und über die Biologie hinausgehen. Sie werden auch gesellschaftlich konstruiert und gehen mit einem kulturell entwickelten Begriffsverständnis einher. So spielt in einigen Kulturen zum Beispiel das kalendarische Alter eine wichtige Rolle. Dennoch lassen sich auch hier Unterschiede zwischen den Individuen erkennen. Während manche Personen vielleicht schon älter als ihr Kalenderalter aussehen, haben sich andere noch jung gehalten. Die Anzahl der Jahre kann somit nicht einheitlich für den Gesundheitszustand oder das physische Aussehen gelten.

Häufig wird Alter auch in „biologisches, psychisches und soziales Alter“ (ebd., 398) getrennt. Dabei bezieht sich die biologische Ansicht auf die Zellentwicklung und -auflösung zwischen dem Zeitpunkt, an dem ein Lebewesen geboren wird, und dem Tag, an dem es stirbt. Die psychische Betrachtung orientiert sich an der persönlichen Ebene und an dem Wissen und der Erfahrung, die jemand im fortschreitenden Alter besitzt. Der soziale Blickwinkel ist abhängig von den Altersabschnitten, die von der jeweiligen

Gesellschaft geformt und zugeteilt werden. Meistens richtet sich diese grobe Einteilung der drei Bereiche nach dem Kalender (vgl. ebd., 396-399).

Pichler (2010) beschreibt auch die Möglichkeit einer Einteilung der älteren Gesellschaft in Jung und Alt:

„So wird von den ‚jungen‘, ‚aktiven‘ und ‚produktiven‘ Alten gesprochen, den ‚Best Agers‘ oder ‚Golden Oldies‘, denen die Möglichkeit offen steht, erfolgreich und autonom das Leben im Alter zu gestalten. Diese werden entweder als konsumfreudig und reiselustig dargestellt oder als Potenzial für die Gesellschaft, die mit ihrem ehrenamtlichen Engagement ihren Beitrag für die Gemeinschaft noch leisten können und sollen. Als andere Seite der Medaille kommen jedoch auch Bilder hochaltriger, oft pflegebedürftiger und dementer Menschen zum Vorschein.“ (Pichler 2010, 415)

Es scheint, als ob den hier dargestellten „jungen Alten“ eher positive Eigenschaften zugewiesen werden, die durch ihre Selbständigkeit unterstrichen werden. Während die „alten Alten“ eher negativ, aufgrund ihrer Abhängigkeit von anderen, der Kategorie der unselbständigen Personen gleichgemacht werden.

Die „jungen Alten“ werden in der Wissenschaft der Sozialgerontologie durch aktive, erfolgreiche, produktive, selbstgestaltende und autonome Merkmale charakterisiert. Dennoch gibt es auch Kritik an dieser Zuordnung. Negative oder einschneidende Erlebnisse werden hierbei ausgelassen und Leistung mit jener einer erwerbsfähigen Person gleichgesetzt. Das schließt unter anderem die Möglichkeit aus, dass ein\*e junge\*r Alte\*r auch pflegebedürftig sein kann oder Unterstützung im Alltag braucht.

Als die „alten Alten“ werden häufig die Personen bezeichnet, die nicht dem Schema der „jungen Alten“ entsprechen und übrigbleiben. Es scheint, dass Autonomie nur mit Selbständigkeit und Unabhängigkeit einhergeht. Doch gerade hier sollte ein Umdenken stattfinden, indem auch einer hilfsbedürftigen Person Selbstbestimmung zugeschrieben wird und eigenständiges Handeln auch passives Verhalten impliziert (vgl. ebd., 415-424).

Ähnlich beschreiben Brauchbar und Heer (1993) eine Einteilung von älteren Menschen in drei Gruppen nach kalendarischem Alter. „Junge Alte“ seien

Personen zwischen 55 und 75, darauf folgen „alte Alte“ oder „Betagte“ und die Bezeichnung „Hochbetagte“ betrifft jene, die älter als 85 sind (vgl. Brauchbar & Heer 1993, 26).

„Der Wiener Soziologe Leopold Rosenmayr hat folgende, auch von der WHO verwendete, Einteilung vorgeschlagen: ältere Menschen (60-75 Jahre), Alte (75-90 Jahre), Hochbetagte (über 90 Jahre), Langlebige (100 und mehr Jahre).“ (ebd.)

Nach den Medizinern Steidl und Nigg (2014) ist das kalendarische Alter nicht aussagekräftig genug, vielmehr ist das Altern ein individueller Prozess. Sichtbar seien vermehrt körperliche und geistige Unterschiede, aber auch Veränderungen von Charaktereigenschaften, die mit dem Fortschreiten der Lebensjahre einhergehen. Diese Entwicklungen können durch verschiedenste Lebenssituationen oder -ereignisse und Schicksalsschläge beeinflusst werden (vgl. Steidl & Nigg 2014, 14).

Es gibt keinen bestimmten Auslöser für das körperliche Alter. Altern ist Teil eines Prozesses, den alle Organismen durchlaufen. Es kommt dabei zu einer Veränderung von Gewebe und die Körperzellen werden langsamer oder nicht mehr erneuert. Von außen sind Körperveränderungen im Alter sichtbar. Die Haare verändern ihre Farbe, können weniger werden oder an bestimmten Körperstellen stärker wachsen. Falten entstehen durch Wasserverlust und geringerer Elastizität und Zähne können ausfallen. Ohren und Nase können sich vergrößern und schlaffere Lider und Falten unter den Augen werden deutlicher erkennbar. Auch die Körpergröße verkleinert sich (vgl. Beauvoir 2008, 21-32).

In dieser Arbeit wird sich nicht auf eine Definition von Alter beschränkt, da eine Einschränkung diesbezüglich schier unmöglich ist. Wichtiger erscheinen eher die respektvolle Haltung und Achtung der Leser\*innen gegenüber Menschen, welche in ihrem Auge alt wirken. Aus diesem Blickwinkel heraus, sollen die folgenden Seiten beschrieben werden.

Der Prozess des Alterns kennzeichnet sich durch Veränderungen, die auf ein Menschenleben einwirken können. Diese werden im nächsten Abschnitt näher erläutert.

## 2.2. Erkrankungen im höheren Alter

Mit dem Alter steigen funktionelle Beeinträchtigungen unter anderem durch Veränderungen des Körpers. Das betrifft einerseits die Sensorik, wie die Seh- und Hörfähigkeit und den Tastsinn, die abnehmen können. Anderseits ändert sich auch die Motorik, die durch verminderte Kraft in den Muskeln zum Beispiel Gehbeschwerden hervorrufen kann und durch ein verlangsamtes Zusammenspiel der Sensomotorik die Körperkontrolle abnimmt.

Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit von psychischen Leiden zu. Diese äußern sich zum Beispiel durch „Unsicherheit und Hilflosigkeit durch subjektiven Kontrollverlust“, „Verwirrtheit“ und „Agitiertheit“ (vgl. Steidl & Nigg 2014, 54-60). Bei Agitiertheit handelt sich um einen Zustand, der von Unruhe geprägt ist und von unterschiedlichen Ursachen ausgelöst wird. Das können beispielsweise Schmerzleiden, zu wenig Luft oder ein Flüssigkeitsverlust sein. Aber auch Harnwegsinfektionen, Verstopfung oder die falsche Medikation können dafür verantwortlich sein, dass jemand unruhig wird. Andere altersbedingte Veränderungen können das vermehrte Auftreten von „Aggression“, und „Regression“ beziehungsweise die Verringerung der „Konzentrationsfähigkeit“, „Gedächtnisstörungen“, ein verändertes „Schlafverhalten“, „soziale Isolierung und Vereinsamung“ sein (vgl. ebd., 60-64).

Nach Kulbe (2018) teilen die Geriatrie (Altersmedizin) und die Gerontopsychiatrie (Alterspsychiatrie) Erkrankungen im Alter verschiedenen Bereichen zu (vgl. Kulbe 2018, 69).

Zum einen treten im Alter vermehrt „[g]eriatrische Syndrome“ (ebd.) auf. Häufig kommt es zu Bewegungseinschränkungen durch Gelenksabnützungen oder Herzinsuffizienz und die Betroffenen neigen aufgrund von Gleichgewichts- und Kreislaufbeschwerden oder Schwindelanfällen vermehrt dazu, zu stürzen. Ein kognitiver Abbau kann zu Vergesslichkeit oder Demenz führen. Weiters leiden ältere Menschen oft an Inkontinenz durch geschwächte Muskeln oder Erkrankungen der Prostata, sowie an Impotenz und das Immunsystem ist anfälliger auf Krankheitserreger. Durch Appetitverlust kann es zu Gewichtsabnahmen und Unterernährung kommen. Darüber hinaus ziehen sich ältere Personen oftmals aus dem sozialen Leben zurück, da der persönliche

Kontaktradius meist kleiner wird. Die Verletzlichkeit oder auch Vulnerabilität ist aufgrund einer niedrigeren Anpassungsfähigkeit gesteigert.

Zum anderen nehmen „[g]eriatrische und medizinische Problembereiche“ (ebd.) Einfluss auf die Hauptaufgaben in der Pflege von alten Menschen. Sie implizieren häufig Funktionseinschränkungen oder -verluste, die Betroffene unsicher, ängstlich und abhängig machen können, weshalb sie zunehmend Hilfe oder Pflege im Alltag brauchen. Diese Problembereiche beinhalten vor allem die erhöhte Gefahr zu stürzen, Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen durch eine vermehrte Medikamenteneinnahme, aber auch Folgen durch Operationsnarkosen. Das sind beispielsweise eine veränderte Kognition, Anzeichen von Verwirrung oder eine fehlende Orientierung, die auch auf Dauer bestehen können. Meistens leiden ältere Personen an verschiedenen Krankheiten zeitgleich. Diese Multimorbidität bringt überdies chronische Krankheitsverläufe mit sich, die aufgrund eines schwachen Immunsystems und der erhöhten Vulnerabilität den Betroffenen bis zum Lebensende folgen können. Ein häufiger Begleiter im Alterungsprozess sind Schmerzen. „Etwa 50% der über 75-Jährigen leiden an dauerhaften Schmerzen [..., die] oft nicht erkannt oder [unbehandelt] bleiben“ (ebd., 74). Zu den Problembereichen im Alter nennt Kulbe wieder Beispiele wie die Inkontinenz und die Demenz, die sie bereits bei den geriatrischen Syndromen erwähnt. Außerdem gehören dazu eine gestörte Heilung von Wunden und Dekubitus (ein Wundliege- oder Druckgeschwür durch Bettlägerigkeit) und Altersdepression (vgl. ebd., 69-75). Kulbe unterscheidet darüber hinaus noch zwischen körperlichen und seelischen Erkrankungen im Alter. Zu den physischen Krankheiten zählen diverse „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“, wie „Koronare Herzkrankheiten“, „Herzrhythmusstörungen“, die „[c]hronische Herzinsuffizienz“ und „Bluthochdruck“ (ebd., 78). Aber auch verschiedene Tumorerkrankungen, die bei Frauen vor allem „Brust, Darm, Haut, Gebärmutter [und] Bauchspeicheldrüse“ (ebd.) betreffen, während bei Männern eher „Lunge, Darm, Magen, Prostata, Blase und Haut“ befallen werden (ebd.). Zu den somatischen Erkrankungen im Alter gehören ebenso Krankheiten, die den Bewegungsapparat betreffen. Das sind zum Beispiel „Knochenabbau, Verschleiß, Arthrose [...] und Osteoporose“ (ebd.), die besonders Knie- und

Hüftgelenke betreffen und Knochenbrüche begünstigen. Zu einem erhöhten Bewegungsmangel tragen außerdem Unsicherheiten beim Gehen, Schwindelgefühl und Übergewicht bei. Zusätzlich steigt im Alter das Risiko, an Diabetes Mellitus, Morbus Parkinson oder Grauem beziehungsweise Grünem Star zu erkranken und die Schlaganfallgefahr erhöht sich (vgl. ebd., 75-79).

Der Altersdiabetes beziehungsweise Typ II des Diabetes Mellitus ist eine chronische Erkrankung im Alter. Der Blutzucker der betroffenen Personen kann dabei entgleisen und folglich einen hyperglykämischen Schock, also eine Überzuckerung, oder einen hypoglykämischen Schock, eine Unterzuckerung, hervorrufen. Ursache dafür ist eine verminderte Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse.

„Diabetes mellitus führt häufig zu gesundheitlichen Komplikationen und Folgeerkrankungen. In der Regel sind diese durch Veränderungen an kleinen und großen Gefäßen bedingt, die zu Erkrankungen an Augen (Retinopathie), Nieren (Nephropathie) und Nerven (Neuropathie) und im Extremfall zur Erblindung, Dialysepflichtigkeit und Amputation von Gliedmaßen führen können.“ (Griebler et al. 2013, III)

Frauen sind, statistisch gesehen, häufiger von Diabetes Mellitus betroffen (vgl. ebd., III-V). Laut Bericht der österreichischen Diabetesgesellschaft 2013 erhalten etwa 12,7 Prozent Personen, die zwischen 60 und 74 Jahre alt sind, die ärztliche Diagnose Diabetes. Bei den über 75-Jährigen sind es sogar knapp über 21 Prozent (vgl. ebd., 13).

Morbus Parkinson äußert sich durch Bewegungsarmut, Muskelsteifheit und Muskelzittern. Zusätzlich treten kognitive Störungen auf, die das Gedächtnis, das visuelle und räumliche Verständnis und folglich auch die verbale Ebene betreffen können. Im Fortschreiten des Alters kommen außerdem Syndrome ähnlich wie die Demenz oder Beeinträchtigungen, die die Motorik betreffen, hinzu (vgl. Riepe 2008, 101). Grund dafür ist die eingeschränkte Produktion von Dopamin im „Schaltzentrum des oberen Hirnstamms“ (Fornadi et al. 2012, 1112), das normal für die Stimulierung der Nervenzellen verantwortlich ist. Die neurologische Erkrankung äußert sich meist nicht vor einem Alter von 60 und weist keine geschlechtsspezifischen Häufungen auf (vgl. ebd.).

Der Graue Star ist eine Erkrankung, die mit einer trüben Linse des Auges einhergeht. Der Grüne Star hingegen impliziert einen erhöhten Innendruck im Auge, der entweder langsam oder sehr plötzlich im Alter auftreten kann.

Ein Schlaganfall (Apoplex) wird meist durch Blutgerinnsel oder Blutungen im Gehirn verursacht, die für die Blutunterversorgung ausschlaggebend sind. Risikofaktoren stellen dabei vor allem Bluthochdruck, Diabetes, Zigarettenkonsum, verschlechterte Blutfettwerte und Ablagerungen in den Arterien dar (vgl. Kulbe 2018, 79).

Zu den psychischen Erkrankungen im Alter zählen die „Verwirrtheit (Delir)“, „Altersdepression und Alterssuizid“ sowie die „Demenzen“ (vgl. ebd., 80f).

Die vermehrte Konfrontation mit dem Tod und dem Abschied von Menschen in ihrem sozialen Umfeld oder der Verlust des vertrauten Zuhause kann bei älteren Personen Depressionen hervorrufen. Hinzu kommt häufig ein Mobilitäts- und Kräfteleverlust, der den Alltag der Betroffenen stark beeinträchtigt. All diese Veränderungen lösen negative Gefühle aus, die mitunter verantwortlich für depressive Verstimmungen sind. Dennoch werden die meisten nicht behandelt, weshalb die Selbstmordrate im Alter steigt.

Die demenzielle Erkrankung ist ein Überbegriff für Krankheiten, die

„den fortschreitenden, degenerativen Abbau von Nervenzellen im Gehirn mit Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Gehirnleistungen (Rechnen, Lesen, Schreiben, Merkfähigkeit, Sprache, Orientierung, Erinnern), sowie Veränderungen in der Persönlichkeit“ (ebd., 84)

aufweisen. Mit fortschreitendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Aufgrund des höheren Durchschnittsalters sind Frauen allerdings häufiger davon betroffen. Die am meisten verbreitete Form der Demenz ist Morbus Alzheimer, bei der das Absterben von Nervenzellen durch Ablagerungen von Eiweiß beeinflusst wird. Sie schreitet im Gegensatz zur vaskulären Demenz eher langsam voran. Diese muss sich nicht unbedingt immer verschlechtern, sondern kann sich manchmal symptomatisch auch wieder verbessern. Bei der vaskulären Demenz besteht im Gehirn eine Störung der Blutversorgung aufgrund von Gefäßverkalkungen, Blutungen, einem Hirnschlag oder erhöhtem Blutdruck. Leider gibt es keine Therapie, die die

Demenz heilen kann, allerdings können viele Symptome durch Medikamente reduziert werden und Demente mit Hilfe eines respektwürdigen und angepassten Verhaltens begleitet werden. Dabei sollten die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen berücksichtigt und das soziale Umfeld sowie die räumlichen Gegebenheiten miteinbezogen werden (vgl. ebd., 80-92).

Diese Erkrankungen betreffen meist alle Personen im Alterungsprozess. Dennoch scheint es für diese Literaturarbeit wichtig, Veränderungen im Alter einer Frau näher zu betrachten.

### **2.3. Die ältere Frau**

Gesundheitlich gesehen, werden Frauen in der Regel älter als Männer, dennoch sind sie häufiger durch Erkrankungen beeinträchtigt. Das hängt nicht nur mit der unterschiedlichen Veranlagung von Biologie und Genetik zusammen, sondern betrifft auch die Lebensumstände einer Person, wie Beruf und Familie, oder die noch immer teils voneinander abweichenden Verhaltensmuster in Bezug auf Gesundheit und Krankheit. Das zeigt sich in Unterschieden bei Risikofaktoren wie dem Konsum von Alkohol oder Zigaretten und Gewohnheiten bezüglich Ernährung oder Sport. Zudem zeigen sich oft auch Gegensätze in der psychischen Belastbarkeit und im Umgang mit der Bewältigung und Akzeptanz von Beschwerden.

Zum Beispiel gibt es bereits einen geschlechtsspezifischen Unterschied bei Herzinfarktpatient\*innen. Die Häufigkeit, einen Myokardinfarkt zu erleiden, ist bei Frauen zwar geringer, aber sie zeigen auch andere Symptome im Gegensatz zu Männern. Allerdings neigen Frauen wiederum vermehrt dazu, an einer Demenz zu erkranken (vgl. Babitsch 2008, 144-150).

Eine körperliche Veränderung im Alterungsprozess stellt für viele Frauen das Klimakterium dar. Die Wechseljahre beschreiben einen Zeitpunkt, der von der Gesellschaft häufig mit dem Älterwerden in Verbindung gesetzt wird. Mit dem Ausbleiben der Menstruation soll demnach ein neuer Lebensabschnitt bei Frauen beginnen. Diese Meinung festigt wiederum ein Stigma, welches den Zusammenhang von Altern bei Frauen erklären soll und Unfruchtbarkeit in ein negatives Licht rücken kann (vgl. Bascha 2015, 237-240).

Straßburger-Lochow und Waldmann-Rex (2011) beschreiben „[d]as Klimakterium (Wechseljahre) [...] ein[en] physiologische[n] Alterungsprozess zwischen dem 40. - 60. Lebensjahr der Frau“ (Straßburger-Lochow & Waldmann-Rex 2011, 25). Die Funktion der Eierstöcke und der Hirnanhangsdrüse nimmt allmählich ab, weshalb das weibliche Geschlechtshormon Östrogen weniger produziert wird. Dadurch kommt es zu Veränderungen, die sich auf physischer, psychischer und vegetativer Ebene äußern. Die Menstruation wird unregelmäßiger, die Haut dünner, die Porosität der Knochen nimmt zu und erhöht das Risiko an Knochenbrüchen. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems steigen durch Gefäßveränderung an und es kommt zur Rückentwicklung von Gebärmutter und Eierstöcken. Außerdem treten Symptome wie „Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Nervosität, Schlafstörungen und Leistungsverminderung“ (ebd.) auf und die Frauen können leicht reizbar, empfindsam oder auch depressiv verstimmt werden.

Die Wechseljahre werden in drei Stadien eingeteilt. Die „Prämenopause“ beschreibt die Zeitspanne ab dem Punkt, wo die Fähigkeit sich fortzupflanzen abnimmt, bis zur letzten Blutung. „Menopause“ selbst wird die letzte Regelblutung genannt und die Zeit, die darauffolgt, ist die „Postmenopause“. Diese endet ungefähr zwischen 60 und 65. Es können dennoch Blutungen bei älteren Frauen nach dem Klimakterium auftreten, die oft Symptome für Tumore in der Gebärmutter darstellen. Deshalb ist die regelmäßige gynäkologische Untersuchung auch im höheren Alter nicht unwichtig (vgl. ebd., 25f).

Neben den körperlichen Veränderungen im Alterungsprozess sollen auch die soziale Position und Themen, die den Alltag einer älteren Frau einnehmen, nicht unerwähnt bleiben.

Beauvoir (2008) stellt fest, dass das Altern, von dem häufig in der Literatur die Rede ist, seinen Fokus meist ausschließlich auf Männer legt. Das liegt unter anderem daran, dass die Machtverhältnisse früher unterschiedlich verteilt waren und Frauen besonders in der Öffentlichkeit deutlich weniger zu sagen hatten als Männer. Dieses Rollenverständnis blieb meist unabhängig vom Alter bestehen (vgl. Beauvoir 2008, 113).

Mit der Zeit hat sich die damalige Position der Frau gebessert. Beauvoir betrachtet den weiblichen Abschnitt des Alterns näher und versucht, diese Inhalte herauszuarbeiten. Sie beschreibt eine Rollenveränderung im Alterungsprozess der Frau. Durch die, vor allem früher häufige, Tätigkeit als Hausfrau habe sie es leichter, sich an die Situation des Alters anzupassen. Auch ihre Aufgabe als Großmutter leistet dabei große Hilfe, sich von den Veränderungen abzulenken. Der älteren Frau wird in dieser Hinsicht mehr Respekt und Achtung zugesprochen als der jüngeren. Gleichzeitig scheint der Ruhestand des Partners, in einer Ehe zwischen einer Frau und einem Mann, für die Frau zur Last zu werden. Sie verbringt nun mehr Zeit mit ihm und muss sich gleichzeitig über die Veränderungen wie Einkommen und Lebensqualität Gedanken machen (vgl. ebd., 337-346).

Im Hinblick auf das Sexualleben haben es ältere Frauen meist schwerer, ihre Bedürfnisse mit einem männlichen Sexualpartner zu stillen. In unserer Gesellschaft besteht vermehrt die Auffassung über ein Frauenbild, das wenig sexuelle Attraktivität im Alter beinhaltet (vgl. ebd., 450). Näher betrachtet wird das Thema Sexualität bei älteren Frauen in Kapitel 5.2..

Beauvoir weist in ihrem Essay auch darauf hin, dass die ältere Frau bereits im Mittelalter Spott und Abneigung ertragen musste. In zeitgenössischer Literatur findet sie immer wieder negative Darstellungen des Alters, die hauptsächlich Bezug zu Frauen herstellen. Der Begriff der „Hexe“ wird damit nicht selten in Verbindung gebracht und das Bild einer abstoßenden und unschönen Person geschaffen (vgl. ebd., 186-192).

Auch Bascha (2015) erwähnt, dass der Alterungsprozess im Mittelalter von männlichen Künstlern als etwas Weibliches dargestellt wurde. Der Frauenkörper als Darstellung des physischen Verfalls durch Falten, schlaffer Haut und Ausgezehrtheit. Aristoteles vertrat die Meinung, dass Frauen im Alter „stetig an Feuchtigkeit und damit ihren Lebenssaft [verlieren]. Weswegen sie angeblich nicht nur schneller als Männer alterten, sondern sich dabei auch stärker veränderten“ (Bascha 2015, 33). Als Bestätigung dieser Auffassung galten die Wechseljahre, in denen Frauen nicht mehr bluten würden. Diese Theorie der Trockenheit bei älteren Frauen besteht teilweise auch noch in der modernen Literatur. Auch Freud fokussiert sich in seinen Arbeiten „auf junge

weibliche Patientinnen. Frauen ab 40 hielt Freud für nicht mehr therapiefähig. Die seien erstarrt und unfähig, sich zu verändern“ (ebd., 41). Somit hat sich das negative Bild der alten Frau bereits jahrhundertelang in der Kultur- und Kunstszene sowie der Wissenschaft manifestiert.

Auch heute bestehen Stereotype, wie zum Beispiel die Vorstellung einer gutmütigen, liebevollen und enkelliebenden Großmutter. Der Begriff „Oma“ wird oft als Synonym für die ältere Frau missverstanden. Doch nicht jede alte Frau ist automatisch auch Großmutter. Die negative Darstellung des Alters bei Frauen hat sich über viele Jahre entwickelt und es scheint schwierig, von diesem gesellschaftlich geprägten Vorurteil loszukommen.

Vor etwa 70 Jahren wurde eine Frau bereits mit 25 als alt abgestempelt. Das hat sich heute vor allem durch die höhere Lebenserwartung und ein verstärktes Gesundheitsbewusstsein nach hinten verschoben. Es gibt dennoch kein einheitliches kalendarisches Alter in der Literatur, ab dem eine Frau als alt definiert wird. Meist hängt die Alterserfassung mit einem subjektiven Gefühl zusammen. „[A]uch die jetzige Generation 70-Jähriger lässt sich nicht mehr so einfach in Schablonen von früher pressen. In westlichen Gesellschaften altern Menschen heute eben langsamer und anders“ (ebd., 54). Gleichzeitig versucht die Schönheitsindustrie der alten Frau durch Verjüngungsbehandlungen, wie Botox oder Anti-Aging Produkten, die Möglichkeit zu geben, langsamer zu altern. Das passt insofern nicht mit der gesellschaftlichen Tendenz zusammen, ältere Frauen mit ihrer eigenen natürlichen Attraktivität und Selbstbewusstsein in Verbindung zu bringen (vgl. ebd., 32-57).

Der Körper spielt auch im Alter keine unwesentliche Rolle. Für viele Frauen ist es manchmal belastend, die äußeren Veränderungen beim Älterwerden zu akzeptieren und sich daran zu gewöhnen. Besonders die Unterstützung in Bezug auf ihren Körper wird häufig schwer angenommen. Das Bild der älteren Frau wird von der Gesellschaft oftmals in ein negatives Licht gerückt und wird auch von den Betroffenen selbst als weniger positiv betrachtet. Sie werden „von Einsamkeit, Schmerzen [...], Verlassenheit, körperlichen Einschränkungen, Verlusterfahrungen, ernsthaften Erkrankungen, Angst vor dem Sterben, Würdeverlust, Demenz oder Krebserkrankungen geprägt“ (Windisch 2011, 179). Gleichzeitig besitzen sie aber meist eine bemerkenswerte Stärke und

Erfahrung, die es ihnen erleichtert, mit Schwierigkeiten und herausfordernden Situationen umzugehen (vgl. ebd., 178-180).

Durch die Unterschiede, die ein älterer Körper gegenüber einem jüngeren oft aufweist, kann die Schwelle zur Würde einer Person übertreten werden. Das kann durch Symptome einer Erkrankung oder den altersbedingten sichtbaren Veränderungen verstärkt werden. Dabei kann das Individuum in seinen Bedürfnissen und seiner Selbstbestimmung beeinträchtigt werden (vgl. ebd., 152f).

Auch Rüegger (2013) ist der Ansicht, dass „[d]urch solche Entwicklungen [...] in unserer Gesellschaft eine schleichende Entwürdigung des Alters [...] statt[findet]“ (Rüegger 2013, 14). Der Begriff der Würde neigt dazu, mit dem Prozess des Alterns an Gleichwertigkeit zu verlieren. Deshalb scheint es nicht unwichtig, die Inhalte und Ansätze von Selbstbestimmung und Würde, im Zusammenhang mit älteren Personen, in den Vordergrund zu heben (vgl. ebd.). Im kommenden Kapitel liegt der Fokus daher auf Themen, die in Bezug auf das Alter noch immer tabuisiert werden (Kapitel 3.). Mit dieser Auseinandersetzung gelingt es womöglich besser, für diese Personengruppe mehr Verständnis aufzubringen und sich ihnen gegenüber würdevoller zu verhalten.

### **3. Tabuthemen im Zusammenhang mit älteren Personen**

Um zu verstehen, wie Herausforderungen im Zusammenhang mit Sexualität und Intimität entstehen, kann die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Erwartungen und Normen bei älteren Menschen helfen. Dieses Kapitel beschreibt zunächst Tabus, die durch die Gesellschaft häufig entstehen können (Kapitel 3.1.). Anschließend wird die Situation von älteren Frauen im Kontext von Tabuthemen genauer betrachtet (Kapitel 3.2.).

#### **3.1. Häufige Tabus unserer Gesellschaft**

Die Bezeichnung Tabu entwickelte sich aus dem polynesischen Begriff *tapu*, der im 18. Jahrhundert mit James Cook nach Europa gebracht wurde. In seiner eigentlichen Bedeutung „bezeichnet *tapu* [Hervorhebung im Original] die Bindung an eine göttliche Kraft“ (Guzy 2008, 17). Diese Beschreibung wurde

Personen zugesprochen, die privilegiert gegenüber anderen waren und welchen anderen Personen untergeben waren. Somit kann *tapu* in seiner ursprünglichen Bedeutung mit heilig, kraftvoll, gefährlich oder auch verboten umschrieben werden. Mit der europäischen Form „Tabu“ lässt sich vor allem etwas Verbotenes oder etwas, das vermieden werden sollte, bezeichnen (vgl. ebd., 17f).

Nach Benthien und Gutjahr (2008) wird Tabu meist mit „verboten, unverletzlich, unberührbar oder heilig“ (Benthien & Gutjahr 2008, 7) umschrieben.

„Umgangssprachlich bezeichnen Tabus Handlungen, Artikulationsweisen oder Verhaltensformen, die der Sitte nach untersagt und nicht selten auch per Gesetz verboten sind. [...] Tabus markieren implizite Normen einer Kultur, deren Übertretung mit Sanktionen einhergeht, übernehmen kulturelle Regelungsfunktionen und dienen der Sicherung einer Wertegemeinschaft in ihrer spezifischen Formation.“ (ebd.)

Kulturelle Vorstellungen und Anforderungen haben sich über einen langen Zeitraum gebildet und unterliegen somit einem gewissen Schutz. Sie lassen sich nicht so einfach verändern. Ein Tabubruch wird nach außen von einer Gesellschaft verurteilt, die bestimmte Tabus bewertet, aber löst auch von innen, bei den Betroffenen selbst, ein Schuld- oder Schamgefühl aus. Tabus können bereits einzelne Begriffe betreffen, die in verschiedenen Kulturen oder Wertevorstellungen unterschiedlich geordnet werden.

Benthien und Gutjahr (2008) beschreiben einen besonders starken kulturabhängigen Unterschied bei geschlechtsbezogenen Tabus. Im Fokus liegt dabei immer wieder die Sexualität. Als Beispiele können außerdem die „(männliche) Impotenz“, das „Verheimlichen von Fehlgeburten“ und „Themen wie Abtreibung, Masturbation oder „Sexualität im Alter“ (ebd., 12f) genannt werden (vgl. ebd., 7-12).

Auch Guzy (2008) meint, „dass ein Tabu stets die jeweiligen körperlich verinnerlichten gesellschaftlichen Werte vermittelt“ (Guzy, 2008, 17). Tabus stehen ihrer Ansicht nach auch immer eng im Bezug zu Körper und Unreinheit. Sie entstehen aufgrund bestimmter moralischer Vorstellungen einer Gesellschaft, die oft wenig hinterfragt werden. Kulturelle Gegebenheiten können sozusagen eine Grenze vorgeben, welches Verhalten innerhalb der Norm- und

Wertauffassungen liegt und somit erlaubt ist und was wiederum nicht geduldet wird (vgl. ebd., 19f).

Adler (2018) beschreibt in ihrem Buch Tabuthemen, die sich besonders auf den Körper beziehen. Als Ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten wird sie täglich mit Themen konfrontiert, die für viele Personen unangenehm sind. Dazu zählen Körpergerüche und unterschiedliche Körpergeräusche oder auch Hautunreinheiten. Tabuisiert werden viele Themen, die mit der Sexualität und dem Genitalbereich zusammenhängen. Das sind beispielsweise diverse Geschlechtskrankheiten, Verhütung, aber auch Orgasmen bei Frauen, Menstruation oder Inkontinenz. Tabuthemen im Alter sind neben der Sexualität auch die Wechseljahre der Frau, Depressionen, Körperveränderungen und der oft miteinhergehende Versuch einer Optimierung dieser Alterserscheinungen (vgl. Adler 2018, 7-17).

Ein weiteres häufiges Tabu unserer Gesellschaft im Zusammenhang mit älteren Personen stellt die Pflegebedürftigkeit im Alter dar. Das liegt womöglich daran, dass „die Auseinandersetzungen mit dem Körper oder Leib vor allem kulturell geprägt sind“ (Büscher & Dorin 2014, 51). Dabei dürfen auch der individuelle Umgang und die Akzeptanz des eigenen Körpers nicht außer Acht gelassen werden. Meist werden diese Themen erst zu einem Zeitpunkt sichtbar, wenn die körperlichen Funktionen nicht mehr wie gewohnt funktionieren und fremde Hilfe involviert werden muss. Ein oftmals privater Bereich, wird somit für die Öffentlichkeit zugänglich. Von anderen abhängig zu sein, aufgrund von körperlichen Einbußen, ist in der Gesellschaft noch weitgehend verbreitet und meist eng mit Schamgefühlen verbunden. Es wird vermutet, dass dies mit dem zunehmenden Autoritätsverlust zusammenhängt, welcher durch diese Art der Abhängigkeit häufig deutlich sichtbar wird. Die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen kann unterschiedliche Machtverhältnisse hervorrufen, die Missbrauch und Vernachlässigung tabuisieren (vgl. ebd., 48-53).

Eine Schweizer Studie von Lacher et al. (2016) beschäftigte sich mit unterschiedlichen Bildern und Risikofaktoren von Gewalt gegenüber Älteren und stellte besonders im familiären und häuslichen Setting eine Häufung an Misshandlungen fest. Durch die meist körperliche oder finanzielle Abhängigkeit der Betroffenen bleibt die Thematik oft verborgen und die Angst vor einem

Wohnortswechsel in eine Institution lässt viele ihr Leid ertragen. Wenn die Täter\*innen aus der häuslichen Umgebung entfernt werden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die ältere Person ihr gewohntes Umfeld verlassen muss (vgl. Lacher et al. 2016, 1).

Die retrospektive Analyse schloss 903 Fälle im Zeitraum von nicht ganz fünf Jahren ein, welche bei einer unabhängigen Beschwerdestelle in Zürich auflagen. Davon konnten 150 Vorfälle mit Missbrauch oder Vernachlässigung in Zusammenhang gebracht werden. Die Opfer waren im Durchschnitt 82 Jahre alt und 63,3 Prozent davon weiblich. Als häufigste Risikofaktoren zählten der Unterstützungs- und Pflegebedarf und die Diagnose Demenz. Wenn die Betroffenen zuhause betreut wurden, waren die meisten Täter\*innen aus der eigenen Familie. In pflegerischen Institutionen ging die Gewalt meist von professionellen Fachkräften aus. Überwiegend handelte es sich bei den Missbräuchen um psychische Gewalt, wie zum Beispiel Beleidigungen oder Drohungen. Darauf folgte die finanzielle Ausnützung anhand von Eigentum oder Vermögen der betroffenen Personen. An dritter Stelle trat die körperliche Misshandlung.

Die Stichprobe dieser Studie ist relativ klein und beinhaltet nur gemeldete Fälle. Sie lässt vermuten, dass die Dunkelziffer von Gewalt an älteren Personen weitaus höher ist (vgl. ebd., 1-7).

Hörl (2010) beschäftigt sich mit Gewalt an alten Menschen in Österreich und stellt dabei fest, dass diese meist zuhause und im Kreis der eigenen Familie zu finden ist. Als Risikofaktoren werden hierbei besonders die gezwungene Abhängigkeit einer alten Person von einem Familienmitglied, vergangene Familiengeschichten, die nicht aufgearbeitet wurden oder Verwahrlosung in Kombination mit Substanzmissbrauch beschrieben (vgl. Hörl 2010, 421-431).

Sucht wird auch bei Weber (2011) als Tabuthema im Prozess des Älterwerdens beschrieben. Das bezieht sich vor allem auf die Medikamenten-, Nikotin- und Alkoholabhängigkeit. Diese Süchte werden oftmals nicht nur von den Betroffenen selbst verschwiegen oder ignoriert, sondern auch von Personen tabuisiert, die mit den Suchtkranken in Kontakt stehen. Diese können die Abhängigkeit durch Schweigen, finanzielle Mittel oder durch das Besorgen dieser Produkte fördern (vgl. Weber 2011, 5).

Die Angehörigen sind meist überfordert oder gestresst und können auf Probleme in der Beziehung zur älteren Person mit Gewalthandlungen reagieren (vgl. Hörl 2010, 430). Generell kann festgehalten werden, dass Gewalt an älteren Menschen von „Pflegebeziehungen zu Hause über kriminelle Handlungen bis zur Freiheitseinschränkung in Institutionen und zur Diskriminierung und verächtlichen Worten im öffentlichen Raum reicht“ (ebd., 431).

Mit der Pflegebedürftigkeit im Alter entstehen aber nicht nur Tabus in Bezug auf Gewalt und Missbrauch, sondern auch gegenüber der palliativen Betreuung.

Mayer (2003) beschreibt zum Beispiel, dass von der Gesellschaft Themen, wie chronische Erkrankungen, das Altern selbst und der damit verbundene Prozess des Sterbens, tabuisiert werden. Die Medizin wird häufig mit ihren wissenschaftlichen Errungenschaften und Behandlungsmöglichkeiten in Zusammenhang gebracht. Palliative Behandlungsmethoden werden aber oft für Außenstehende weniger in den Vordergrund gerückt, obwohl sie für die Betroffenen wichtig sind. Hierbei geht es vor allem um Symptomlinderung und Erhaltung der Lebensqualität anstatt um Heilung. Das würdevolle Sterben ist ebenso ein Teil der Medizin, mit dem sich jede\*r auseinandersetzen sollte (vgl. Mayer 2003, 17f).

Dass das Alter, der Sterbeprozess und der Tod einer Person Themen sind, die weiterhin von der Gesellschaft tabuisiert werden, darauf weist auch Spitzer (2010) hin. Meistens wird versucht, von diesen Angelegenheiten Abstand zu halten, da es häufig ein Gefühl von Angst hervorruft. Das Auseinandersetzen mit dem Sterbeprozess oder dem Tod ist für viele noch immer herausfordernd und sollte daher ein fester Bestandteil des Bildungssystems sein (vgl. Spitzer 2010, 458-470).

Tabus, die besonders bei älteren Frauen bestehen, werden im nächsten Kapitel näher beschrieben (Kapitel 3.2.).

### **3.2. Tabuisierung im Prozess des Alterns bei Frauen**

Mit Frauen werden viele Tabus mit dem Älterwerden in Verbindung gebracht. Sie würden, im Gegensatz zu Männern, mit dem Alter an sexueller Attraktivität sowie an privaten und beruflichen Erfolgen abbauen. Zum Beispiel wird ein

älterer Mann gesellschaftlich weniger kritisiert, wenn er eine\*n junge\*n Partner\*in hat, als umgekehrt eine ältere Frau. Sie dürfte nur jemanden in ihrem Alter wählen oder jemanden, die\*der älter ist. Bascha (2015) verweist in ihrem Buch auf ein Tabu, dass in vielen Teilen der Gesellschaft noch ähnlich gedacht wird:

„Frauen werden über ihren Körper definiert. Ihr Körper ist ihr Kapital. Dieser Körper muss jung und fruchtbar sein, um dem Weiblichkeitideal zu entsprechen. Doch es ist zuallererst der Körper, der sichtbar altert. Mit der Jugend und Fruchtbarkeit ihres Körpers verlieren Frauen somit das, was angeblich entscheidend für ihren Wert ist. Und für ihre Identität.“ (Bascha 2015, 15)

Auch sie formuliert den Zusammenhang von Geschlechtervorstellungen oder -erwartungen mit bestimmten Normen und Werten einer Kultur. Obwohl Frauen in den letzten Jahrzehnten für ihr Recht auf Bildung und soziale Gleichstellung gekämpft haben und in der Hinsicht viel erreichen konnten, gibt es für die ältere Frau noch immer Nachteile. Weiterhin stark tabuisiert bleiben aber die körperlichen Veränderungen, die sich die Schönheitsindustrie zum Geschäft macht (vgl. ebd., 12-24).

Nach Rüegger (2013) sollte besonders Kritik an „der Anti-Aging-Bewegung“ oder „dem latenten gesellschaftlichen Ageismus“ (Rüegger 2013, 20) geübt werden. Durch die daraus entstandenen Stereotype werden ältere Personen entwürdigt und abgewertet. Viel eher sollte ein Bild vertreten werden, das Personen je nach Alter spezielle Funktionen, Perspektiven und Gelegenheiten zuschreibt, ohne sie mit Jüngeren oder Älteren zu vergleichen. Die Würde eines Menschen muss ohne Berücksichtigung auf das Alter ernstgenommen und anerkannt werden (vgl. ebd.).

Die negative Darstellung von Frauen aufgrund ihres Äußeren ist keine Vorstellung, die erst im 21. Jahrhundert entstanden ist. Bereits in den Siebzigern schreibt Sontag (1972), dass Frauen im Alter mehr ihrem Status verfallen, da sie im Alterungsprozess mehr an Attraktivität verlieren würden. Für eine Frau wird ihr Geburtsjahr nach ihrer Kindheit zu etwas Privatem oder Geheimnisvollem. Sie spricht von einer Art Doppelmoral beim Altern von Frauen – „a double standard about aging“ (Sontag 1972, 31). Durch die

Kombination aus Sexismus und „Ageismus“ wird diese These besonders verstärkt. Ausgehend von einer Beziehung zwischen einem Mann und einer Frau, wird sexuelle Untreue ihrer Meinung nach bei Männern mehr toleriert als bei Frauen. Sie finden auch im Alter schneller wieder eine neue Frau, die meist jünger ist als sie selbst. Frauen haben es hingegen schwerer, im Alter noch einen Partner zu finden, der sich im gleichen Alter befindet. Schönheit ist ein Adjektiv, das die Gesellschaft den Frauen meist nur in jungen Jahren zuschreibt. Schönheit im Alter wird negiert. In den Vorstellungen der Menschen wird kein Platz für eine schöne alte Frau gelassen, die wie eine alte Frau aussieht. Demnach kann Altern bei Frauen auch als ein Tabu verstanden werden. Nebenbei sei es ihnen auch vorenthalten, im Alter an Weisheit hinzuzugewinnen. Weiblichkeit wird oft mit Inkompetenz, Hilflosigkeit, Passivität und Nichtwettbewerbsfähigkeit identifiziert. Diese Vorurteile haben sich über Jahre manifestiert und weiterhin im Denken der Gesellschaft verankert. Auch „nett sein“ wird oft als weibliche Eigenschaft genannt und als Schwäche dargestellt. Nicht nur Männer, sondern auch Frauen selbst sind von diesen Stigmata voreingenommen. Nach Sontag könnte diesem Tabu entgegengewirkt werden, indem Frauen selbstbewusst und stark mit ihrem Alter umgehen und zeigen, dass die Veränderungen im Alterungsprozess auch attraktiv sind und durchaus auch so gesehen werden können (vgl. ebd., 31-38).

Ein noch immer bestehendes Tabu der Gesellschaft sind Themen wie die Menstruation, die Wechseljahre oder sexuelle Bedürfnisse bei Frauen.

Mit dem Klimakterium können bei der Frau verschiedene Symptome auftreten, die für die Betroffenen physisch sowie psychisch eine Belastung darstellen. Hinzu kommt die Annahme, dass Frauen mit diesen Veränderungen „an Jugendlichkeit, Attraktivität, Sex-Appeal und Leistungsvermögen“ (Bascha 2015, 237) verlieren. Kulturell bedingt bestehen noch immer stigmatisierte Abneigungen gegenüber Sexualität und Fertilität bei Frauen, welche sich durch Unterdrückung und Abwertung kennzeichnen. Die Ablehnung besteht meist im Zusammenhang mit der Blutung, die bis zum Klimakterium meist monatlich stattfindet. Sie wird in vielen Kulturen noch immer als minderwertig und krankhaft dargestellt. Aber auch mit den Wechseljahren entstehen Vorurteile,

die den weiblichen Körper mit einem Abbauprozess in Verbindung bringen. Das bezieht sich womöglich auf die gesellschaftliche Vorstellung, dass

„[e]in gesunder Körper [...] sich nicht [verändert]; er ist von Kontinuität und nicht von Wechsel geprägt. Gesundheit wird mit Stabilität, Gleichgewicht und dem angeblich unveränderlichen männlichen Körper verbunden. Alles andere gilt als pathologisch.“ (ebd., 240)

Aber auch bei Männern kommt es hormonbedingt zu Veränderungen im Alter, die sogar über eine längere Zeitspanne stattfinden, allerdings atypischer verlaufen. Das wird meist weniger mit dem Prozess des Alterns in Verbindung gebracht. Der Begriff Wechseljahre ist meist mit etwas Negativem besetzt und wird sehr häufig dem weiblichen Geschlecht zugeordnet (vgl. ebd., 237-256).

Ebenso ist auch das Empfinden von Lust, Selbstbefriedigung und Orgasmen für viele alte, sowie auch für einige junge Frauen noch immer ein Tabu. Das hat meistens damit zu tun, dass die Thematik bereits in der Erziehung tabuisiert wird. Die Fähigkeit, sexuell erregt zu werden oder einen Orgasmus zu erleben, ist aber auch im Alter noch vorhanden. Das Tabu über sexuelle Befriedigung bei älteren Personen und ein damit verbundenes Gefühl von Scham, verstärkt die Vorurteile von Sexualität im Alter (vgl. Delisle 2011, 24-28).

Es scheint, dass die Tabuisierung von Sexualität und Intimität im Alter besonders Frauen häufiger trifft. Die Studie von Gruchalla und Debus (2006), auf die bereits in der Einleitung genauer Bezug genommen wurde, zeigt, dass diese Thematik noch immer ein Tabu für die Gesellschaft darstellt. Bei dieser empirischen Erhebung wurden knapp 100 Frauen im Alter zwischen 50 und 82 befragt. Ungefähr die Hälfte der Studienteilnehmerinnen redet nicht über Sexualität. Besonders innerhalb der Familie wird dieses Thema tabuisiert. Aber auch im professionellen Rahmen und unter ärztlicher Schweigepflicht wird die Sexualität der älteren Frau selten angesprochen. Nicht nur von den Betroffenen selbst, auch unter den Gynäkolog\*innen wird dem Thema häufig ausgewichen. Ein weiterer Punkt, der sich aus dieser Befragung herauskristallisierte, war der enge Zusammenhang von Bedrohung und Missbrauch mit sexualisierter Gewalt. Beinahe ein Viertel der Teilnehmerinnen wurde schon einmal sexuell genötigt oder es besteht die Vermutung, dass sie sexuell genötigt worden sind,

da keine genaueren Angaben dazu in der Befragung gemacht wurden (vgl. Gruchalla & Debus 2006, 8-12).

Mit der Intimität wird auch Nacktheit oder Nacktsein oft als Tabu verstanden. Ein Einfluss kommt vermutlich aus dem religiös-kulturellen Kontext. Beispielsweise wird in manchen Strömungen des Christentums „der weibliche Körper [...] sowohl mit sexueller Verführung [...] als auch daran anschließend mit Sünde, Schuld und Scham“ (Gernig 2002, 14) in Verbindung gebracht. Gleichzeitig spielen auch bestimmte Kleidervorschriften in unterschiedlichen Kulturen eine wichtige Rolle bezüglich der Nacktheit. Das bedeutet aber, dass Nacktsein auch Körper mit Kleidung miteinschließen kann. Dennoch steht, vor allem aus religiösen Kontexten heraus, der nackte Körper eng im Zusammenhang mit etwas Intimem und wird als unmoralisch und sündhaft betrachtet. Folglich hat sich in der Gesellschaft ein Tabu manifestiert, das bei Nacktheit oder Intimität Schamgefühle assoziieren kann (vgl. ebd., 14-20). Ein näheres Augenmerk auf das Thema Intimität soll besonders im nächsten Kapitel geworfen werden (Kapitel 4.).

#### **4. Intimität und Intimpflege**

Die Intimität als eine der Hauptgegenstände dieser Arbeit, verlangt nach einer genaueren Betrachtung ihres Inhalts. Im folgenden Kapitel werden zunächst Begriffe in Bezug auf Intimität und Intimpflege erläutert (Kapitel 4.1.). Daraufhin werden intime Themen bei älteren Frauen genauer betrachtet (Kapitel 4.2.) und die Intimität im pflegerischen Aspekt beleuchtet (Kapitel 4.3.).

##### **4.1. Begriffserklärungen und Definitionen**

Intimität ist in vielerlei Hinsicht an etwas Privates gekoppelt. Es ist ein Bereich, der von der Öffentlichkeit getrennt wird und häufig im Verborgenen bleibt. Dennoch darf oder muss er manchmal auch sichtbar gemacht werden. Das kann sich kulturell oder altersbedingt unterscheiden und wird von Individuum zu Individuum anders empfunden. Um die Würde vor der Intimität einer Person zu wahren, bedarf es nach Bieri (2013) einer klaren Trennung zwischen dem, was verborgen bleiben soll und dem, was sichtbar gemacht werden darf. Das kann

unterschiedliche Umstände im Leben betreffen. Zur Erinnerung, wurde bereits in der Einleitung Bieri zitiert, der damit „unser Tun und Können, unseren Besitz, unser Aussehen und unsere Gesundheit, unser Denken und Fühlen, unsere Wünsche, Begierden und Leidenschaften, unsere Vorstellungen und Träume“ (Bieri 2013, 157) nennt. Intimität beinhaltet Dinge, die jemand für sich behalten möchte und die für andere schwer zugänglich sind. Die genauere Auseinandersetzung mit Intimität aus der Sicht Bieris ist im Kapitel zum Begriff der Würde (Kapitel 1.4.) nachzulesen.

Sich schämen und bloßgestellt werden wird häufig mit dem Gefühl von Nacktsein verglichen. Auch Denninger (2018) beschreibt, dass sich Intimität häufig auf Nacktheit oder Nacktsein bezieht. Es besteht bei vielen Personen eine Ablehnung gegen den entkleideten Körper. Als unangenehm empfinden viele besonders das Bild anderer nackter Menschen. Oft wird auch ein korpulenter Körperbau, Falten oder generell ein alter Körper mit einem Schamgefühl in Zusammenhang gebracht und verachtet. Die Abneigung zu diesen Körpereigenschaften steht meist in Verbindung mit einem Gefühl von Ekel (vgl. Denninger 2018, 103ff).

Aber auch der Anblick des eigenen Körpers lässt gesellschaftliche Ideale in die Bewertung einfließen. Das individuelle Körperbild wird kritisch betrachtet und Makel, die von der Gesellschaft als negativ beurteilt werden, werden häufig mit Scham verbunden (vgl. ebd., 157ff).

Hilpert (2018) meint, „[s]ich schämen ist ein stark moralisch aufgeladenes Gefühl, das unausweichlich mit unserem Ich, unseren Idealen und den vielfältigen Arten, wie wir uns selbst im Verhältnis zu anderen erleben können, zu tun hat“ (Hilpert 2018, 107). Er beschreibt ein Beispiel aus dem „Vernichtungslager Sobibor und Treblinka“ (ebd.), wo Menschen durch gezwungene Entblößung bereits bei ihrer Ankunft enteignet und gedemütigt wurden. Sie mussten sich nackt ausziehen und sich somit von dem trennen, was sie von außen her individuell und einzigartig gemacht hat. Somit verloren sie ihre Eigenschaften, die sie von der Masse einerseits hervorheben und andererseits in diese eingliedern würden. Dieses extreme Beispiel zeigt, dass Scham gewissermaßen auch mit Bloßstellen und Entblößen zu tun hat. Nacktheit und das damit verbundene Schamgefühl macht eine Person

verletzlich. Gleichzeitig kann Entblößung aber auch freiwillig geschehen und das Individuelle und Persönliche eines Menschen offenbaren. Beispielsweise wenn sich zwei Personen für sexuelle Intimität mit gegenseitigem Konsens entscheiden. Das Nacktsein in diesem Sinne wird ebenso als Entblößung vor einer anderen Person betrachtet und stellt sogleich die Verletzlichkeit mit dieser Offenbarung in den Vordergrund. Dennoch kann das Schamgefühl voreinander weichen, wenn das Intime geteilt und gemeinsam respektiert wird.

Das Schamgefühl ist nach Hilpert mit einer „unsichtbaren Hülle oder ein[em] Alarmsystem“ (ebd., 112) vergleichbar. Wenn darin mit Gewalt vorgedrungen wird, kann die Würde der betroffenen Person verletzt werden. Auf der anderen Seite kann jemand aber auch selbst entscheiden, diese Hülle abzulegen oder das Alarmsystem zu entsichern, wenn die Sicherheit besteht, dass es zu keiner Entwürdigung kommt.

Auch Hilpert schreibt, dass Intimität und das damit oft verbundene Gefühl von Scham nicht immer die Nacktheit im körperlichen Sinn betrifft. Andere Beispiele sind etwa

„unpassende Kleidung bei bestimmten Anlässen [...], eine Leistung, die hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist, eine physische Schwäche. Aber auch Träume, Gefühle, Lebensjahre, die aus heutiger Sicht verpatzt waren, Ängste, [...] Krankheiten, die Höhe des eigenen Einkommens, Armut, wirtschaftliche Verschlechterung [...], religiöse [...] Gebärden [...] oder die Ergebnisse einer Psychotherapie [...].“ (ebd., 114)

Das Wissen über diese intimen Dinge gibt anderen die Gelegenheit, die Betroffenen auszunutzen und zu demütigen, sie ihrer Scham auszusetzen oder Druck auszuüben (vgl. ebd., 107-115).

Ebenso ist Bieri (2013) der Ansicht, dass der Eintritt in die Intimsphäre eines Menschen, diesen Menschen auch selbst verletzbar macht. Das Preisgeben von intimen Dingen birgt auch die Gefahr des Ausgeliefertseins. Diejenigen, die das Verborgene, Intime und Private einer Person kennen, können es auch gleichzeitig gegen die\*den Betroffene\*n verwenden. Mit der Offenlegung der Intimität vor anderen, findet bei der betroffenen Person ein Würdeverlust statt. Gleichzeitig wird ein Vertrauen missbraucht (vgl. Bieri 2013, 197ff).

Die Intimsphäre wird von Jochum et al. (2012) als „ein Bereich persönlichen Erlebens, über den [die\*]der Einzelne üblicherweise nicht spricht und den [sie\*]er der Umwelt gegenüber [...] sorgfältig abschirmt“ (Jochum et al. 2012, 530) beschrieben. Dem sollte mit Respekt begegnet werden, indem Tabubereiche berücksichtigt und unterschiedliche Grenzen von Scham wahrgenommen und beachtet werden. Schamgefühle treten besonders bei Themen auf, die von der Gesellschaft tabuisiert werden. Häufig entstehen sie im Zusammenhang mit Sexualität. Dennoch stammt das Gefühl sich zu schämen nicht aus einem sexuellen Ursprung. Viel eher steht nach Jochum et al. die Sorge über den Verlust der eigenen Ehre im Vordergrund (vgl. ebd., 529f).

Die Intimität auf einer professionellen Ebene ist Thema eines Beitrags von Buschmeyer und Tolasch (2014), der sich an Ergebnissen orientiert, die aus „einem qualitativen Forschungspraktikum für Master-Studierende der Soziologie an der LMU München“ (Buschmeyer & Tolasch 2014, 9f) hervorgingen.

Die Autorinnen finden in der Intimität keine Eindeutigkeit, da der Begriff meist im Zusammenhang mit anderen Themenbereichen steht. Einerseits wird etwas Persönliches oder Privates auf einer Beziehungsebene beschrieben, andererseits wird häufig die Verbindung zu einer sexuellen Ebene hergestellt. Intimität kann aber auch zwischen zwei Individuen stattfinden, die sich weniger gut kennen. „Intimpflege, Intimrasur oder Intimsphäre deuten wiederum an, dass ‚intim‘ solche Dinge oder Handlungen sind, die nicht öffentlich geteilt werden“ (ebd., 9). Nach der Auseinandersetzung mit dem Thema Intimität im professionellen Setting kommen die Autorinnen zu einer eigenen Definitionsmöglichkeit. Demnach hat Intimität keine statischen Eigenschaften, sondern steht immer in einer Interaktion. Dabei wird zwischen etwas Privatem und Professionellem unterschieden. Die Intimität auf einer professionellen Ebene ist nach ihrer Erkenntnis von einem einseitigen Erlebnis gekennzeichnet. Die Person, die eine Dienstleistung ausführt, erzeugt Intimität für die Person, die diese Dienstleistung erhält. Es besteht hierbei aber das Risiko, dass diese Intimität als persönliche oder sexuelle Intimität missinterpretiert wird (vgl. ebd., 9-22).

Die Intimpflege in einem medizinisch-pflegerischen Kontext bezieht sich nach Korečić (2005) auf die Körperregionen vom Bauchnabel „abwärts, Leisten sowie das obere Drittel der Oberschenkel, die äußeren Genitalien und das Gesäß“ (Korečić 2005, 116). Sie ist Bestandteil der regelmäßigen Pflege des Körpers und sollte jeden Tag mindestens einmal und besonders bei inkontinenter Personen häufiger durchgeführt werden. Wenn die Betroffenen auf die Pflege von anderen angewiesen sind, ist es angemessen, ein Vertrauen aufzubauen, um unvorsichtiges Eindringen in meist private Körperzonen zu vermeiden. Intimität steht eng in Verbindung mit Vertrauen und Vertrautheit. Deshalb kann die Auseinandersetzung mit individuellen Angewohnheiten, Gefühle von Scham und Angst hilfreich sein. Sich zu schämen ist meist Bestandteil von Erziehungsfolgen und gesellschaftlich weit verbreitet. Das Wissen darüber und das Hineinversetzen in die Schamgefühle einer anderen Person sind besonders für die Pflegehandlung von großer Bedeutung (vgl. ebd.).

Intimität bei älteren Frauen und Intimität als Thema der professionellen Pflege wird in den folgenden Kapiteln näher betrachtet (siehe Kapitel 4.2. und Kapitel 4.3.).

## **4.2. Intimität bei älteren Frauen**

Besonders die heutige ältere Generation verknüpft Intimität und Sexualität noch immer mit Scham, da diese Themen in ihrer Erziehung damals sehr stark tabuisiert wurden. Geschlechtsverkehr wurde meist hinter verschlossenen Türen im Rahmen einer Ehe vollzogen. Meist musste sich die Frau dem Mann fügen und ihre sexuellen Bedürfnisse an seine anpassen. Sex außerhalb der Ehe galt als moralisch verwerflich.

Heutzutage betreffen aber auch unterschiedliche Einschränkungen im Alter, wie zum Beispiel Gelenksschmerzen, Inkontinenz oder eine Brustamputation aufgrund eines Tumors, intime Bereiche bei Frauen. Das kann das Ausleben der Sexualität, aber auch die Intimpflege erschweren, da diese eng mit dem Gefühl von Scham behaftet sind.

Für viele Frauen trägt besonders im Alterungsprozess ein kultiviertes Auftreten zu einer höheren Lebensqualität bei. Beispielsweise kann angemessene

Kleidung und ein gepflegtes Aussehen die weibliche Identität stärken (vgl. Bruckler 2013, 88-127).

In einer Befragung von Denninger (2018) wurden ältere Personen über ihren Umgang mit ihren Körpern und verschiedener Körperbilder interviewt. Mit 13 Frauen überwog der weibliche Anteil den männlichen der Teilnehmer\*innenanzahl von insgesamt 16 Personen (vgl. Denninger 2018, 81). Zu Beginn der Befragung stellte das Alter selbst keine Problematik dar, da durch unterschiedliche Umgangsformen der Alterungsprozess für viele akzeptiert werden konnte. Dennoch manifestierte sich im Laufe des Interviews eine Abneigung gegenüber Bereichen des Körpers, die sichtlich gealtert waren, und gewisse Vorstellungen für schönes Aussehen im Alter traten in den Vordergrund (vgl. ebd., 188f).

Beispielsweise scheint für viele ein angemessenes Auftreten von großer Bedeutung. Sich selbst für andere zurechtzumachen und gepflegt auszusehen wirkt wie eine Schutzschicht nach außen. Der Prozess vom Aufstehen am Morgen bis zu dem Zeitpunkt, wo eine andere Person den Körper sehen wird, wirkt wie ein intimer Vorgang, der für die Betroffenen von der Öffentlichkeit verborgen wird. Die passende Kleidung kann dabei ein Gefühl von Sicherheit geben. Im Hintergrund steht meist die Annahme, dass von der Gesellschaft ein bestimmtes Erscheinungsbild erwartet wird. Das hängt wiederum mit dem Status zusammen, den manche Betroffene in der Vergangenheit gewohnt waren und den sie mit dem nötigen Respekt und Ansehen auch im Alter beibehalten wollen.

Der Körper und seine Veränderungen im Alter ist auch bei älteren Frauen ein Thema, das oft im Verborgenen bleibt. Neben der Nacktheit selbst sind bestimmte Körperregionen für andere tabu. So werden zum Beispiel häufig, neben dem Genital- und Brustbereich bei Frauen, der Bauch, die Oberarme oder Knie als intime Zonen gesehen. „Das Verdecken der alternden Haut – vor dem Hintergrund des Normwissens von Jugendlichkeit – dient auch dem Verbergen des individuellen Versagens, der Norm nicht gerecht zu werden“ (ebd., 147). Das steht vor allem in Verbindung mit einem Schamgefühl, das durch gesellschaftliche Schönheitsideale hervorgerufen wird.

Neben dem Aspekt des Schämens für einen alternden Körper nennt Denninger aber auch das Tabu der Sexualität bei älteren Frauen. Diese Annahme wird besonders von der jüngeren Gesellschaft verstärkt, indem zum Beispiel erotische Kleidung an älteren Menschen als unangemessen bewertet und ein angepasstes Verhalten erwartet wird. Sexuelle Bedürfnisse, Attraktivität und Erotik der alten Frau sind noch immer Bereiche, die tabuisiert werden (vgl. ebd., 136-150).

Das Thema Sexualität und Intimität wird auch von Seiten der Professionen häufig übergangen. Obwohl der Wunsch nach einer aufklärenden Beratung über Sexualität im Alter bei älteren Frauen besteht, verhindert eine Kommunikationsbarriere auf beiden Seiten ein angemessenes Gespräch. Eine Aufklärung zu den altersbedingten Veränderungen im Funktionsbereich der Sexualität wäre für viele Betroffene bereits hilfreich. Nach Neises (2001) geht es dabei meist nicht um die Fachkompetenz der Gynäkolog\*innen, sondern darum, dass jemand die körperlichen und seelischen Belastungen verstehen kann. Nachdem diese oft intime Themen für ältere Frauen darstellen, wäre der Zugang und die Offenheit durch die behandelten Ärzt\*innen meist eine große Hilfe, um auftretende Schamgefühle überwinden zu können (vgl. Neises 2001, 330).

Neben der eigenen Intimität, ist auch der Eingriff in die Intimität der\*des Partnerin\*Partners für ältere Frauen eine schwierige Situation. Frauen sind häufiger von der Angehörigenpflege belastet und es gibt in heterosexuellen Partnerschaften auch viele ältere Frauen, die ihren Mann zuhause pflegen. Der Rollenwechsel von der Ehefrau oder Lebenspartnerin zur Pflegerin wird oft als Belastung und Gefährdung der Beziehung erlebt. Die Übernahme von Pflegeaufgaben erfordert viel Geduld und Kraft und kann auf längere Zeit als Erschwernis im Alltag vorkommen. Besonders die Intimpflege kann für Angehörige eine Herausforderung darstellen.

„Wenn nun pflegende Angehörige bei der Pflege eines nahestehenden - erwachsenen - Menschen plötzlich mit dieser ungewohnten Intimität konfrontiert werden, so wird das oft von beiden Seiten als eine unangenehme Grenzüberschreitung wahrgenommen.“ (Brügger et al. 2015, 120)

Nachdem die Pflege noch immer ein Bereich ist, der mehr mit Frauen in Verbindung gebracht wird, bekommen weibliche Angehörige im Gegensatz zu männlichen weniger Hilfe von außerhalb. Es besteht noch immer das Vorurteil, dass die Pflege ein Aufgabengebiet der Frau sei und es in ihrem Naturell läge, andere Personen zu pflegen. Doch gerade diese Erwartungshaltung an Frauen kann für viele eine Belastung darstellen. Der meist chronische Verlauf von Erkrankungen im Alter bietet wenig Hoffnung auf Genesung und verschlechtert die Situation der betroffenen Pflegenden erheblich (vgl. ebd., 117-123). Der Fokus auf das Thema Angehörigenpflege soll allerdings in einem anderen Kapitel (Kapitel 8.) noch näher beleuchtet werden.

Als intimes beziehungsweise schamhaftes Thema könnte auch ein „niedrige[r] ökonomische[r] Status“ (Schaffer 2014, 176) bei Frauen genannt werden. Eine Studie von Iecovich et al. (2011) aus Jerusalem stellte fest, dass bei Frauen die Sterblichkeit höher war, wenn sie, wirtschaftlich gesehen, in schlechteren Verhältnissen lebten. Zwischen 1990 und 2008 wurde der Einfluss von Einsamkeit und sozialer Unterstützung auf die Sterblichkeit von 605 älteren Menschen in Wohngemeinschaften beobachtet. Bei Männern stand vermehrt die Einsamkeit durch Verlust enger Beziehungen, die Umsiedlung in ein Pflegeheim oder der schlechte gesundheitliche Zustand als Indikator für ihre Mortalität. Wobei die Studie auch anmerkt, dass die Einsamkeit nicht unbedingt eine Bedingung für die erhöhte Sterblichkeit darstellte, aber sie dennoch im Zusammenhang mit der Morbidität nicht außer Acht gelassen werden sollte. Frauen konnten mit diesen Faktoren besser leben, da sie durchschnittlich gesehen eine bessere soziale Unterstützung erhielten. Für sie kristallisierte sich vermehrt die Komorbidität, der Funktionsstatus und der wirtschaftliche Status als Einflussfaktor bezüglich ihrer Sterblichkeit heraus (vgl. Iecovich et al. 2011, 243-258).

Das verweist auf „von sozialer Ungleichheit bestimmte biographische Erfahrungen“ (Schaffer 2014, 180). Laut Statistik Austria (2020) bekommen Frauen in Österreich bis zu 50 Prozent weniger Pension als Männer.

„Da Frauen im Schnitt niedrigere Erwerbseinkommen haben und ihre Versicherungsverläufe vor allem durch Kindererziehung Lücken aufweisen, liegen auch die Pensionen der Frauen unter jenen der Männer. Dies

bewirkt eine höhere Armutgefährdung von alleinlebenden Pensionistinnen.“ (Statistik Austria 2020)

Auch Becker und Gulyas (2012) weisen auf eine Verbindung von Status und Schamgefühl hin. Scham ist ihrer Ansicht nach eine Emotion, die von Person zu Person unterschiedlich wahrgenommen und erlebt wird, dennoch entwickelt sich ein Schamgefühl aus gesellschaftlichen Normen und Abwertung gewisser Faktoren. In der Gesellschaft besteht weiterhin ein Stigma, dass sozialer Abstieg beschämend sein kann. Das führt dazu, dass sich jemand zum Beispiel aufgrund von Erfolgslosigkeit oder Armut unterlegen oder minderwertig fühlen kann (vgl. Becker & Gulyas 2012, 94).

Aufgrund der oben beschriebenen Annahmen wird vermutet, dass ein geringer ökonomischer Status durch biographische Ungleichheiten im bildungs- und erwerbsfähigen Alter bei Frauen häufiger auftritt. Folglich leiden ältere Frauen vermehrt an Armut und sind wirtschaftlich schlechter versorgt. Diese Situation kann für viele Betroffene ein intimer Punkt sein und tabuisiert werden.

#### **4.3. Intimität als Thema der professionellen Pflege**

Die Intimität im Bereich der Pflege meint meistens den Genitalbereich. Wird von Intimpflege gesprochen, geht es hauptsächlich um die Region vom Bauchnabel abwärts bis zu den Oberschenkeln.

Die Pflege des Intimbereichs steht meist im Zusammenhang mit Schamgefühlen und ist sensibel durchzuführen. Gerade wenn zwischen einer Pflegeperson und der\*dem Gepflegten noch kein Vertrauen aufgebaut wurde, kann dieser Vorgang zur Herausforderung für beide Beteiligten werden (vgl. Bruckler 2013, 88ff).

Der Intimbereich von Frauen erfährt im Alter einige Veränderungen. Blasen- und Niereninfekte werden durch eine anatomisch kurze Harnröhre bedingt, da Bakterien einen kürzeren und einfacheren Weg zurücklegen müssen. Der Beckenboden kann durch das Austragen und Gebären eines Kindes vermehrt belastet worden sein und die Gebärmutter Druck auf die Blase ausüben. Gleichzeitig kann die Blase nicht mehr so viel Flüssigkeit behalten und die Elastizität ihres Schließmuskels nimmt ab. Das begünstigt besonders Inkontinenz im Alter. Der unkontrollierte Harnverlust ist für die Betroffenen meist

ein intimes Thema, da sich viele dafür schämen, ihren Körper nicht mehr richtig kontrollieren zu können. Einige Personen, die an Inkontinenz leiden, vermeiden es, sich von ihrem Zuhause zu entfernen. Oft ist es für sie zu ungewiss, wo sie bei plötzlich auftretendem Harndrang eine Toilette auffinden können. Das kann zu einem eingeschränkten Sozialleben und Isolation führen.

Aber auch die Pflege bei Stuhlgang und/oder Stuhlinkontinenz ist für viele Betroffene beschämend. Die Tatsache das jemand anderer die eigenen Ausscheidungsprodukte entfernen muss, löst bei vielen ein unangenehmes Gefühl aus (vgl. ebd., 99ff).

Laut Steinbeiß (2011) wird die Pflege während ihrer Ausbildung zu wenig auf Themen wie Sexualität oder Intimität vorbereitet.

„So fehlt eine eingehende Auseinandersetzung mit grundlegenden Ansätzen wie *lebensgeschichtliche Entwicklung und Bedeutung der Sexualität* oder *Auswirkungen gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten.*“ (Steinbeiß 2011, 141, Hervorhebung im Original)

Meist werden die Pflegekräfte erst vor vorhandene Tatsachen gestellt, wenn sie im Berufsleben stehen. Sie müssen von einer Sekunde auf die andere mit der Situation umgehen können und eigenständig richtig handeln. Dabei wäre es wichtig, dass sie sich selbst vorher damit beschäftigen, wie sie sich in dieser Situation fühlen und wie sie unter diesen Umständen behandelt werden würden. Die Intimität ist immer abhängig von einem sicheren Umfeld, in dem sich jemand geborgen und vertraut fühlen kann.

Intimität wird in vielerlei Hinsicht unterschiedlich wahrgenommen und ist auf kultureller oder religiöser Ebene anders zu interpretieren, als manche gesellschaftlichen Regeln und Wertevorstellungen, die vorherrschen. Auch die Erziehung spielt eine wichtige Rolle in der Auffassung von Intimität und wie damit umgegangen wird. Deshalb können auch unter Pflegepersonen verschiedene Meinungen und Empfindungen bestehen. Durch unterschiedliche Interpretationen und der mangelhaften Beschäftigung mit Intimität in der Ausbildung, können Situationen, die die Intimsphäre betreffen, unangenehm werden. Dadurch entstehen auch Schwierigkeiten in der Kommunikation oder enttäuschende Erlebnisse (vgl. ebd., 141f).

Eine portugiesische Studie von Zangão und Mendes (2014) beschäftigte sich mit dem Lernprozess von Pflegestudent\*innen bezüglich Intimität und Schutz der Privatsphäre von Patient\*innen. Intimität ist Teil einer zwischenmenschlichen Beziehung und somit auch in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient\*innen vorhanden. Ein grundlegender Bestandteil der Pflege ist die Privatsphäre von Patient\*innen, der im Rahmen des Pflegeprozesses kontinuierlich mit Respekt begegnet werden sollte. Anhand von Interviews wurden 19 Teilnehmer\*innen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Körperpflege für viele Student\*innen eine Herausforderung darstellt. Dabei muss der Körper der\*des Behandelten manipuliert und sich einer intimen Zone genähert werden. Das ist kein Vorgang, der mechanisch ablaufen kann, da die\*der Patient\*in dabei in ihrer\*seiner Gesamtheit miteinbezogen und respektiert werden muss. Die Intimsphäre eines Individuums ist somit nicht nur im Moment der Tätigkeit selbst zu beachten, sondern auch während der gesamten Betreuung, in der indirekter oder direkter Kontakt und verbale Kommunikation stattfindet. Das bedeutet, dass die Thematik im Unterricht immer wieder aufgegriffen werden sollte, um die Wichtigkeit von Intimität und Privatsphäre von Patient\*innen verinnerlichen zu können (vgl. Zangão & Mendes, 2014, 172-176).

Jochum et al. (2012) nennen die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit dem eigenen Schamgefühl und der eigenen Intimität als Voraussetzung für die Intimpflege. Das eigene Gefühl muss nicht immer jenem einer anderen Person entsprechen. Es gibt Menschen, für die diese Themen mehr, aber vielleicht auch weniger tabuisiert sind. Es ist von großer Bedeutung, dass die Pflege sensibel und taktvoll mit Patient\*innen umgeht, besonders in Bezug auf intime Bereiche. Daher sollten Pflegende, vor Beginn der Intimpflege die Person darüber in Kenntnis setzen und vorbereiten. Eine Erklärung zum Pflegevorgang ist hilfreich, um die Betroffenen nicht zu überfordern. Gerade im öffentlichen Bereich wie zum Beispiel im Krankenhaus, wenn die Möglichkeit besteht, von anderen Personen gestört zu werden, sollten Schutzmaßnahmen getroffen werden. Beispielsweise eine Trennwand oder ein Vorhang zum Schutz der Privatsphäre. Soweit es noch zumutbar ist, können die Patient\*innen die Intimpflege auch selbst durchführen. Wenn es nötig ist, können schambehaftete

Vorgänge auch thematisiert und Verständnis für die unangenehmen Tätigkeiten ausgesprochen werden (vgl. Jochum et al. 2012, 529f).

Intimität beziehungsweise Scham wurde auch schon früher aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich verbannt. Scham im Zusammenhang von Nacktheit oder entkleidet zu sein durfte gar nicht auftreten. Es besteht teilweise auch heute noch die Annahme, dass nur Menschen in dieser Position arbeiten können, die sich nicht schämen. Immenschuh und Marks (2014) meinen aber, dass gerade das Schamgefühl helfen kann, persönliche Grenzen und die anderer zu schützen. Gerade im Pflegekontext sollten Emotionen nicht unterdrückt werden, da sonst Frustration oder Wut entstehen können. Es kann jedoch oft zur Überforderung führen, wenn in die Intimsphäre eingedrungen werden muss. Vor allem in der Pflege ist es wichtig, Gefühle nicht zu negieren, sondern professionell damit umzugehen, das eigene Empfinden zu reflektieren und auch mit anderen zu diskutieren und auszuarbeiten, wie damit umgegangen wird. Pflegende müssen sich aber neben ihren persönlichen Emotionen auch mit denen anderer auseinandersetzen. Das können nicht nur Patient\*innen selbst sein, sondern auch Angehörige. Denn gerade im Beruf der professionellen Pflege müssen häufig intime Grenzen überschritten werden (vgl. Immenschuh & Marks 2014, 72-75). Die Überschreitung der Schambarriere und dem damit verbundenen beschämenden Gefühl kann Pflegekräfte überfordern. Gleichzeitig sind sie aber auch dafür verantwortlich, diesen Umständen so professionell gegenüberzutreten, dass die Betroffenen sich weniger unwohl fühlen. Das ist allerdings keine leichte Aufgabe und kann besonders in Stresssituationen weniger gelingen. Deshalb sollte diese Fähigkeit bereits innerhalb der Ausbildung thematisiert und trainiert werden (vgl. ebd., 86-94).

Wie bereits im vorigen Kapitel beschrieben, ist auch die Gewalt beziehungsweise die sexuelle Gewalt ein intimes Thema, das häufig tabuisiert wird (Kapitel 3.1.). Gerade in der Intimpflege scheint es hilfreicher, über gewaltbehaftete Vorkommnisse Bescheid zu wissen, um der betroffenen Person besonders sensibel gegenüberzutreten zu können.

Besonders die Biographie der aktuellen älteren Generation beinhaltet vermehrt „Misshandlung, sexuelle Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigung im Krieg, in der Ehe [...]. Ein Mantel des Schweigens hat sich jahrzehntelang über die

Generationen ausgebreitet“ (Windisch 2011, 94). Die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit von älteren Personen kann helfen, verschiedene Verhaltensmuster oder Persönlichkeitszüge besser zu verstehen. Es scheint essentiell, ausreichend Schutz gerade in Bezug auf intime Themen zu gewährleisten und zu helfen, verborgene Gewalt aufzudecken (vgl. ebd., 94ff). Die Pflege wird in ihrer Tätigkeit verschiedenen Situationen gegenübergestellt, die Schamgefühle auslösen können. Besonders wenn diese Momente nicht thematisiert werden, können unangepasstes Verhalten oder Konflikte erzeugt werden (vgl. Immenschuh & Marks 2014, 85). Intimität wird dabei oft in Zusammenhang gebracht.

Intimität wird in der Literatur häufig mit Sexualität verbunden oder als ein Bereich der Sexualität aufgegriffen. Diese soll in folgendem Kapitel näher betrachtet werden (Kapitel 5.).

## **5. Sexualität im Kontext von Pflegesituationen**

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Sexualität. Es wird angenommen, dass Sexualität im Hinblick auf Intimität und Tabuisierung eine Rolle spielt. Deshalb werden vorerst Begrifflichkeiten näher betrachtet (Kapitel 5.1.). Danach wird das Thema Sexualität im Kontext mit älteren Frauen beschrieben (Kapitel 5.2.) und mit dem Bezug zur professionellen Pflege abgeschlossen (Kapitel 5.3.).

### **5.1. Begriffserklärungen und Definitionen von Sexualität im Alter**

Der Begriff Sexualität ist grundsätzlich von Sex im Sinne von Geschlechtsverkehr zu unterscheiden. Loewit (2013) beschreibt

„Sexualität als Geschlechtlichkeit, d.h. Frau- und Mann-Sein mit allen individuellen, gesellschaftlichen, kulturellen, etc. Verflechtungen [...]  
Dabei ist das eigentliche Geschlechtsorgan das Gehirn. Sexualität wird gelernt und spielt sich im Kopf ab.“ (Loewit 2013, 200)

Das bedeutet seiner Ansicht nach, dass Sexualität immer als etwas Ganzheitliches betrachtet werden muss. Es geht dabei nicht nur um die eigenen sexuellen Bedürfnisse, sondern Sexualität beinhaltet auch eine

Erziehungsperspektive und die Erwartungshaltung einer Gesellschaft im Hintergrund. Sexualität wird auch heute noch in einigen Kulturen tabuisiert und Tabuisierung wird von gewissen Geboten einer Religion und unterschiedlichen Moralvorstellungen unterstützt. Gerade im Christentum gibt es Tabus hinsichtlich sexueller Einstellungen, die durch Erziehungsinhalte bestimmt wurden. Loewit beschränkt die Sexualität in der christlichen Tradition hauptsächlich auf die Fortpflanzung (vgl. ebd., 201f).

Dennoch sollte erwähnt werden, dass es innerhalb einer Glaubensrichtung mehrere Ziele von Sexualität gibt. Am Beispiel vom orthodoxen Judentum beschreibt Koš (2021) Sexualität auch als ein göttliches Gebot. Der sexuelle Akt dient nicht nur zur Fortpflanzung, sondern soll auch in seiner Heiligkeit wahrgenommen werden. Der ganze Körper ist ein Geschenk Gottes und beinhaltet neben den Sexualorganen auch die Sexualität. Sexuelles Begehen ist erlaubt, aber muss gleichzeitig auch kontrollierbar sein. Der wichtigste Aspekt der Ehe ist nicht unbedingt die Fortpflanzung, sondern die Intimität und die Treue zueinander. Gegenseitige Unterstützung und Liebe sollten im Vordergrund stehen und Sexualität dient in einer Ehe auch der gemeinsamen Stärkung. Das Ausleben der Sexualität soll auf Gegenseitigkeit beruhen und nicht nur die eigenen Bedürfnisse erfüllen (vgl. Koš 2021, 84ff).

Ähnlich beinhaltet Sexualität auch bei Loewit „Fortpflanzung, Lust und Bindung bzw. Beziehung“ (Loewit 2013, 201). Oftmals werden Liebe und Sex als Kontrahenten gesehen. Daher besteht oftmals die Auffassung, dass Sex beziehungslos gelebt und Liebe durch Zuwendung, Geborgensein, Zuneigung und Nähe zueinander beschrieben wird. Sexualität steht jedoch meist eng im Zusammenhang mit Liebe. Die Dimension der Bindung und Beziehung kann Liebe und Sex vereinen und die Interaktion einer Beziehung auf eine intime Ebene bringen.

Mit der erhöhten Lebenserwartung ist auch die Sexualität im Alter vermehrt zum Thema geworden. Sexuelle Bedürfnisse werden im Alterungsprozess nicht automatisch weniger, sondern sind weiterhin vorhanden. Doch es scheint, dass sie schwieriger zu erfüllen sind, weil sie meist durch bestimmte Vorstellungen einer Gesellschaft zum Tabuthema werden. Frauen sind von dieser Ansicht besonders stark betroffen. Die Einstellung zur Asexualität bei älteren Personen

kommt aus dem jahrhundertelangen Vorenthalten von Sexualität im Alter. Unterstrichen werden diese Stereotype durch die körperlichen Veränderungen und verschiedenen Krankheiten im Alter, die eng mit dem Gefühl von Scham in Verbindung stehen.

Im Gegensatz zu den Umstellungen, die der Körper im Alter erfährt, nehmen die Funktionen, die die Sexualität im Sinne der Lustempfindung und Ausübung von praktiziertem Sex betreffen, viel langsamer ab. Dennoch können Alterserscheinungen und vermehrt auftretende Erkrankungen davon ablenken. Loewit sieht sogar „[n]eue Chancen durch altersbedingte Veränderungen“ (ebd., 204). Ältere Personen wären demnach ungebundener und würden in bestehenden Beziehungen intimer miteinander umgehen durch das lange Vertrauen, das sich über einige Zeit aufgebaut hat. Durch eine meist entschleunigte sexuelle Funktion können Sensibilität und Intimität in der gemeinsamen Interaktion vermehrt genossen werden. Beim Mann verlängert sich häufig die Zeit von der Erregung bis zum Samenerguss und es wird angenommen, dass weniger körperliche Leistung erbracht werden muss. Hinzu kommt beim sexuellen Akt zwischen Frau und Mann der Wegfall von Verhütungsmitteln, die eine unbeabsichtigte Schwangerschaft verhindern würden. Zusätzlich wirkt sich die Ausübung von Sex positiv auf „Herz-Kreislauf-System, Stoffwechsel, Aktivierung des syndyastischen Systems im Gehirn, Hormon-, Neurotransmitter-, Endorphinfreisetzung“ (ebd.) aus, wirkt der Bildung von Stress entgegen und stärkt den Körper (vgl. ebd., 200-204).

Auch Höllinger und Müller (2017) beschreiben in ihrer Auseinandersetzung mit sexueller Aktivität im Alter neue Umgangsformen, die besonders das qualitative Erlebnis von Sexualität vorziehen. Dennoch schließen sie einen Rückgang der praktizierten Sexualität im Alterungsprozess nicht aus (vgl. Höllinger & Müller 2017, 114f).

Auch die Wissenschaft beschäftigt sich mit der Alterssexualität nur beschränkt und konzentriert sich häufiger auf die körperlichen Umstellungen, die im Alter stattfinden. Doch gerade im psychosozialen Kontext passieren im Alter vermehrt Veränderungen, die für Betroffene belastbar sein können. Frauen sind oft durch die Bewertung der Gesellschaft hinsichtlich ihrer Attraktivität und Sexualität verunsichert, Männer eher aufgrund ihrer veränderten Potenz. Die

Libido kann zwar auch im Alter abnehmen, aber die Wahrnehmung und das Bedürfnis nach Sexualität bleiben weiterhin erhalten.

Als Gründe für die Abnahme sexueller Aktivität nennen Höllinger und Müller zum einen die konservative Erziehung, die viele ältere Personen in ihrer Jugend erlebt haben. Sexualität wurde damals bereits tabuisiert und als Gesprächsthema ausgeschlossen. Zum anderen können sexuelle Bedürfnisse durch das Ausbleiben der Kommunikation über intime Themen innerhalb einer Beziehung untergehen.

Alternativ zur sexuellen Interaktion entwickeln sich im Prozess des Alterns andere Formen der Sexualität. Im Fokus liegen vermehrt Geborgenheit und Zärtlichkeit, die allerdings ein Verständnis und die Fähigkeit, sich in die andere Person hineinzufühlen, verlangen. Das erfordert allerdings eine längere Auseinandersetzung und den regelmäßigen Austausch über Gefühle und Bedürfnisse zweier Personen. Dann ist es möglich, auch im Alter gemeinsam seine Sexualität ausleben zu können.

In einer theologisch-ethischen Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter ziehen Höllinger und Müller den Religionspädagogen Bartholomäus heran. Er beschreibt vier Anhaltspunkte, die Sexualität in einem vielfältigen Sinn verstehen lassen (vgl. ebd., 111-116).

Bartholomäus (1987) versucht, sich von der biologischen Eigenschaft der Sexualität zu entfernen. Sexualität ist demnach nicht nur zur Fortpflanzung da, sondern muss verschiedene Bezüge miteinbeziehen. Er nennt den „Identitätsaspekt“, den „Beziehungsaspekt“, den „Lustaspekt“ und den „Fruchtbarkeitsaspekt“ (vgl. Bartholomäus 1987, 210).

Der Identitätsaspekt bezieht sich auf das Zulassen und Akzeptieren eines Selbstwertgefühls im Kontext der Sexualität. Der Beziehungsaspekt beschreibt das Wohlbefinden und die Nähe zueinander, die während einer sexuellen Interaktion entstehen. Der Lustaspekt deutet auf das Lustempfinden, aber auch auf den Genuss und die Zuwendung der anderen Person hin. Der Fruchtbarkeitsaspekt hängt nicht nur mit der Fortpflanzung selbst zusammen, sondern weist auch auf die Freude am Leben und das Lebendige hin.

„Sexuelles Glück scheint nur dann möglich zu sein, wenn alle vier Sinnaspekte der Sexualität zum Zuge kommen und kein Aspekt kategorisch ausgeschlossen

wird“ (ebd.). Somit kann Sexualität in unterschiedlichen Formen stattfinden und soll verschiedene Funktionen und Ebenen des Erlebens miteinbeziehen (vgl. ebd., 210-232).

Müller und Morciniec (2021) gehen hier noch einen Schritt weiter, indem sie auf die kontinuierliche Gefährdung des Sexualitätsbegriffs hinweisen. Gerade aus sexualpädagogischer Sicht scheinen eine regelmäßige Anpassung des Begriffs an die aktuellen Gegebenheiten und die Aufklärung über Sexualität in ihrer Ganzheit erforderlich (vgl. Müller & Morciniec 2021, 12f). Die Sexualethik ist dabei als Gegenstand der Sexualpädagogik zu sehen.

„Selbstwert, Autonomie, Annahme der eigenen Leiblichkeit, emotionale wie kognitive Entwicklung, Beziehungsfähigkeit und sexuelle Identität sind [...] ebenso wichtige Aspekte, um gute ethische Entscheidungen für sich treffen zu können, also moralische Kompetenzen zu erwerben.“ (ebd., 20f)

Um den Blick auf eine ganzheitliche Darstellung von Sexualität lenken zu können, bedarf es nicht nur der Berücksichtigung der eigenen Haltung, sondern auch den Einbezug von Bedürfnissen einer\*eines Partnerin\*Partners sowie das Wissen über gesellschaftliche soziale Normen. Begleitet wird diese Ansicht in der „Achtung vor der Würde der Person“ (Valtl 1998, 14, zit. n. Müller & Morciniec 2021, 23) und in der gelungenen Beziehung zwischen zwei Individuen unter Rücksichtnahme der kontinuierlichen Veränderungen, die in einer Beziehung auftreten können (vgl. Müller & Morciniec 2021, 16-28).

Die Sexualität wird mit dem Alter nicht automatisch beendet, sondern bekommt vielmehr eine höhere Bedeutung. Sie sollte ganzheitlich betrachtet und Veränderungen sollten berücksichtigt und angenommen werden. Nach Höllinger und Müller (2017) sollte eine intensivere Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter stattfinden und die Thematik auch bei jüngeren Menschen in den Vordergrund gerückt werden. Zusammenfassend lassen sich essentielle Punkte dazu festhalten: Es verlangt womöglich eine Neuinterpretation von Sexualität im Zusammenhang mit Identität. Sexualität kann demnach im Selbstfindungsprozess unterstützen, ein positives Bild von sich selbst zu kreieren. Außerdem scheint besonders die Kommunikation untereinander und das Vermitteln von Nähe und Freude aneinander eine überzeugende Komponente für eine funktionierende Beziehung im Alter zu sein. Wichtig ist,

dass auch Menschen im höheren Alter sexuelle Bedürfnisse empfinden, Lust erleben können und Fruchtbarkeit im Sinne von Erleben stattfinden kann (vgl. Höllinger & Müller 2017, 117ff).

Wylie et al. (2013) beschäftigen sich neben der Alterssexualität von heterosexuellen Personen auch mit den Veränderungen der Sexualität im Alter bei Homosexuellen, Bisexuellen und Transgender in Großbritannien. Zusammenfassend kann dabei gesagt werden, dass generell nur etwa die Hälfte mit einer\*einem vertrauensvollen Ärztin\*Arzt über ihre sexuelle Orientierung reden. Meistens zeigen Pflegeheime oder betreute Wohneinrichtungen für Ältere noch immer wenig Offenheit gegenüber Homosexualität, Bisexualität und Transsexualität. Viele Betroffene haben Angst vor körperlicher Gewalt in Pflegeinstitutionen. Problematisch ist auch die oftmals diskriminierende Einstellung gegenüber angehörige\*n Partner\*innen, die von manchen Einrichtungen nicht als Angehörige anerkannt werden (vgl. Wylie et al. 2013, 228).

Auch Bruckler (2015) beschreibt das Bedürfnis nach Lust und körperlicher Berührung und Nähe von älteren Personen. Dennoch ist Sexualität noch immer ein weit verbreitetes Tabuthema in der Gesellschaft. Das Verheimlichen und Vorenthalten von Sexualität hat bereits in der Jugendzeit von heutigen Älteren stattgefunden. Somit bestehen noch immer Hemmungen gegenüber sexuellen Bedürfnissen im Alter. Demgegenüber kann aber zum Beispiel bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, das Verlangen nach Zärtlichkeit und sexueller Befriedigung verstärkt auftreten. Das passiert meist sehr offenherzig und kann andere Personen überfordern. Besonders bei Betroffenen, die ihre sexuellen Bedürfnisse nicht stillen können, kann es vermehrt zu Aggressions- und Gewaltausbrüchen kommen (Bruckler 2015, 126-129). Wie mit diesen Erregungen umgegangen werden kann, wird in Kapitel 5.3. näher betrachtet.

## 5.2. Sexualität bei älteren Frauen

Die Hauptthemen bei älteren Frauen in Bezug auf ihre Sexualität sind vor allem Gefühle, sich geborgen zu fühlen und aufmerksames Interesse zu erfahren. Als Herausforderung steht bei vielen die Einsamkeit im Vordergrund, wenn die\*der Partner\*in bereits verstorben ist. Die Hausärztin Windisch (2011) bemerkt die

Schwierigkeit in Gesprächen mit älteren Frauen, über Sexualität im Alter zu reden. Das passiert eher noch, wenn sie sich von sexuellen Kontaktversuchen gestört fühlen und keine Lust auf körperliche Nähe verspüren (vgl. Windisch 2011, 86).

Beauvoir (2008) beschreibt eine geringere Beeinträchtigung der Sexualität im Alter bei Frauen als der bei Männern. Zwar kann es sein, dass Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten, wenn dieser selten vollzogen wird. Dennoch ist das Bedürfnis nach sexuellen Zärtlichkeiten auch im Alterungsprozess weiterhin vorhanden. Dabei ist für einige Frauen das Erreichen eines Orgasmus nicht so essentiell, wie das Vorspiel selbst. Dennoch sind Frauen im Alter meist weniger sexuell aktiv als Männer. „Das liegt daran, dass in unserer Gesellschaft der Mann in jedem Alter Subjekt und die Frau Objekt, also abhängig, ist“ (Beauvoir 2008, 450). Gerade am Beispiel einer heterosexuellen Ehe oder Beziehung kann die Frau eine höhere Abhängigkeit von ihrem Partner erfahren. Dieser verliert häufig mit dem Alter das sexuelle Verlangen oder orientiert sich an jüngeren Frauen. Ältere Frauen haben es hingegen schwerer, außerhalb der Ehe einen Partner zu finden. Es besteht oft ein negatives Vorurteil über die Attraktivität bei Frauen im Alter. Erotik im Alter einer Frau ist noch immer tabuisiert und der gesellschaftliche Druck kann für sie sehr frustrierend sein (vgl. ebd., 449f).

Doch auch Frauen haben im höheren Alter das Bedürfnis nach sexueller Lust und Befriedigung. Beauvoir beschreibt anhand der Betrachtung von homosexuellen Frauen vermehrte Ausübung von Sex im Alter. Demnach werden Frauen besonders in heterosexuellen Beziehungen „als erotisches Objekt unterworfen“ (ebd., 452), sofern sie sich in einer abhängigen Situation zu ihrem Partner befinden. Erfahren sie männliches Begehr, scheint der körperliche Alterungsprozess besser angenommen zu werden als bei Distanzverhalten. Das zeigt sich beispielsweise auch in der Offenheit gegenüber jüngeren Männern, die ihnen Aufmerksamkeit schenken (vgl. ebd., 452f).

Das Vorurteil der Asexualität bei älteren Menschen betrifft auch bei Deutsch (2010) vor allem Frauen. Es besteht oft noch immer die Annahme, „dass die weibliche Sexualität mit dem Klimakterium endet“ (Deutsch 2010, 388). Diese

Auffassung hat sich womöglich durch Ansichten gefestigt, die die Fruchtbarkeit von Frauen mit einer Pflicht anstatt mit Lust in Zusammenhang bringen. Durch die geringe Konfrontation und Auflehnung gegenüber dieser Stereotypen werden solche Wert- und Normvorstellungen in der Gesellschaft verstärkt und reproduziert (vgl. ebd.).

Die meisten Veränderungen der Sexualfunktionen bei Frauen beginnen mit den Wechseljahren. Durch die Hormonumstellung ist die Frau nicht mehr fruchtbar und kann somit keine Eizellen mehr bilden. Es kann sein, dass sich die Hormonveränderung auch auf die Libido auswirkt. Das bedeutet aber nicht, dass die Fähigkeit, einen Orgasmus zu verspüren, oder das sexuelle Verlangen generell abnimmt. Mit dem Klimakterium werden die Schleimhäute trockener und das Gewebe der Vaginalwände dünner. Das „kann wiederum zu einer Reizblase, zu Harninkontinenz oder zum Harndrang während des Koitus führen“ (ebd., 393) oder schmerzen. Die Dauer des Orgasmus ist bei älteren Frauen aber auch bei Männern kürzer als bei jungen. Die sexuelle Empfindsamkeit bleibt aber auch im Alter weiterhin vorhanden. Je höher die sexuelle Aktivität ist, desto weniger problematisch werden die Veränderungen des Körpers im Alterungsprozess wahrgenommen (vgl. ebd., 392f).

Loewit (2013) beschreibt, neben dem Fruchtbarkeitsverlust und den Veränderungen des Körpers mit dem Klimakterium, auch ein verändertes Selbstwertgefühl und den Rückgang der sexuellen Interaktion der Frau. Wichtig ist, dass die Funktionen, die die Sexualität betreffen, primär nicht durch die hormonelle Umstellung beeinträchtigt werden. Es kann länger dauern, bis der Höhepunkt erreicht wird und die Verletzbarkeit der Vagina beim Geschlechtsverkehr ist durch die Gewebsveränderung erhöht. Aber auch die Brustwarzen als erogene Zone können in ihrer Sensibilität abnehmen. Zusätzlich verändert sich durch den Östrogenverlust und der Abnahme der Elastizität die Anatomie der Brüste. Demnach können bei Frauen im Alter „Lustlosigkeit, fehlendes sexuelles Interesse, erschwertes sexuelle Erregbarkeit, zu geringe bis fehlende Lubrikation, Dyspareunie, Anorgasmie und Abnahme genital-sexueller Aktivität“ (Loewit 2013, 203) auftreten. Bei der Lubrikation handelt es sich um die Gleitfähigkeit der Scheide. Die Dyspareunie beschreibt

Schmerzen beim Sex. Grundsätzlich kann diesen Beschwerden aber mit Hilfe von Gleitgel oder Östrogentherapien entgegengewirkt werden (vgl. ebd.).

Blickenstorfer (2017) geht davon aus, dass die Umstellungen und Veränderungen des Körpers mit dem Klimakterium nicht alleine als Belastung für die Frau gesehen werden können. In dieser Phase des Lebens verändert sich meist nicht nur der Körper selbst, sondern auch die Umstände in beruflicher oder familiärer Hinsicht. Das kann psychisch sehr einschneidend sein und sich auf die Sexualität auswirken (vgl. Blickenstorfer 2017, 200).

Wichtig scheint hier auch der Fokus auf die zeitliche Dauer von körperlichen Veränderungen im Klimakterium. Diese passieren nicht innerhalb von Monaten, sondern dauern oft über Jahre an.

„Bereits zehn Jahre vor der Menopause zeigen sich erste hormonelle Veränderungen in Form von häufiger auftretenden anovulatorischen Zyklen und einem daraus resultierenden Progesteronmangel bei einem relativen Überwiegen der Östrogene. Dies zeigt sich in Zyklusstörungen wie Oligo- und Polymenorrhö sowie in Mastodynies, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gewichtsveränderungen und Stimmungsschwankungen.“ (ebd.)

Dadurch, dass der Eisprung öfters ausbleibt, wird weniger Progesteron gebildet. Das bringt den weiblichen Zyklus durcheinander und führt häufig zu Unregelmäßigkeiten der Menstruation, Schmerzen im Brustbereich oder psychischen Belastungen.

Aus psychosozialer Sicht kommt es in diesem Lebensabschnitt auch häufig zu Umstellungen innerhalb der Familie. Beispielsweise ziehen zu diesem Zeitpunkt gerade die Kinder aus oder die eigenen Eltern bekommen eine Erkrankung diagnostiziert oder sterben. Das stellt die Betroffenen vor Herausforderungen und kann sich auch auf ihre Beziehungen auswirken (vgl. ebd., 200f).

Die Querschnittsstudie von Gruchalla und Debus (2006) beschäftigte sich nicht nur mit der Sexualität von älteren Frauen, sondern auch mit deren Körperempfinden und dem Blick auf sich selbst. Von den 102 teilnehmenden Frauen gaben 53,9 Prozent an, noch aktiv ihre Sexualität auszuleben. Außerdem geht aus der Studie hervor, dass die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Attraktivität eng mit der aktuellen psychischen Verfassung in Verbindung steht. Das positive Empfinden der eigenen Attraktivität hängt

wiederum mit einem vermehrten sinnlichen Erlebnis zusammen. Problematisch ist noch immer die gesellschaftliche Tabuisierung, da die Thematik sogar von Gynäkolog\*innen selten angesprochen wird.

Das bedeutet, dass Sexualität auch für Frauen im höheren Alter wichtig bleibt und die Wahrnehmung der eigenen Attraktivität notwendig für ein psychisches Gleichgewicht ist (vgl. Gruchalla & Debus 2006, 8-12).

Im Vergleich dazu nennt eine Studie von Thomas et al. (2015) aus den USA die psychosozialen Faktoren als wesentlichen Einfluss in Bezug auf Sexualität bei älteren Frauen (vgl. Thomas et al. 2015, 336). Mit Hilfe einer repräsentativen Querschnittsanalyse, die die Entwicklungen im mittleren und höheren Lebensalter zwischen 2004 und 2006 eruierte, konnte die Häufigkeit von sexueller Aktivität bei älteren Frauen näher betrachtet werden. Von den knapp über 2.000 Frauen, die hinsichtlich ihrer praktizierten Sexualität befragt wurden, gaben 61,8 Prozent an, dass sie im vergangenen halben Jahr sexuell aktiv waren. Grundsätzlich nimmt die Zahl dieser Personen aber mit dem Alter ab. Bei Frauen ab 60, die in Beziehungen lebten, war die Wahrscheinlichkeit höher, sexuell aktiv zu sein. Außerdem konnte ein Zusammenhang von der Erfüllung sexueller Bedürfnisse mit einer harmonierenden Beziehung, ausgewogener Kommunikation und der Wichtigkeit von Sex hergestellt werden. Das Alter selbst war kein relevanter Faktor für sexuelle Aktivität von älteren Frauen (vgl. ebd., 336-339).

Sexualität wird auch im Alter zum Thema und sollte in der Betreuung von älteren Menschen beachtet werden. Im nächsten Kapitel (Kapitel 5.3.) liegt der Fokus besonders auf dem Umgang der professionellen Pflege mit der Thematik.

### **5.3. Sexualität im Alter als Thema der professionellen Pflege**

Das Handlungsfeld der Pflege erstreckt sich auf viele einzelne Bereiche. Es wird meist erwartet, dass sie einfühlsam und liebenswert mit den zu behandelten Personen umgehen kann. Gleichzeitig soll sie dabei professionell und unempfindlich reagieren. Anziehende Emotionen oder erregende Gedanken, sowie Abscheu und Schamgefühle sollen unterbunden und ignoriert

werden. Die Problematik zeigt sich hiermit schon in dem Verhältnis von Nähe und Abstand, welche meist parallel eingefordert werden (vgl. Grond 2011, 89). Grond (2011) meint auch, dass Pflegepersonen häufig voraussetzen, dass sich ältere Personen mit Asexualität identifizieren. Meist werden dabei persönliche Vorstellungen miteinbezogen, um sich daraus ein Normgerüst zu erbauen. Verdrängt wird dabei aber oft die Tatsache, dass auch Ältere das Bedürfnis nach Akzeptanz und Nähe verspüren. Zugleich werden viele Emotionen meist ausgeklammert und wenig besprochen. Deshalb sollten bestimmte Themen regelmäßig, auch mit Einbezug von Kolleg\*innen, benannt und reflektiert werden (vgl. ebd., 90-94).

„Pflegekräfte beurteilen das sexuelle Bewohnerverhalten [...] anhand der Wertmaßstäbe ihrer Institution und orientieren sich gern dabei am Defizitmodell, nach dem sexuelle Bedürfnisse im Alter abgebaut und bei Pflegebedürftigkeit erloschen seien. Sexualität von Bewohner[\*inne]n wird nur dann thematisiert, wenn sich Pflegekräfte sexuell belästigt fühlen.“  
(Grond 2011, 84)

Grond sieht die Pflege in einem Zwiespalt im Kontext von Sexualität. Sie greift während vieler Pflegetätigkeiten tief in einen intimen Bereich ein und kann für manche Betroffene aber als aufreizend missinterpretiert werden. Die Unsicherheit bezüglich Regeln zur Sexualität in der Institution veranlasst manche dazu, Bewohner\*innen zu überprüfen. Wenn sich diese selbstbefriedigen oder pornographische Inhalte konsumieren, werden sie dafür verurteilt (vgl. ebd., 84f).

Gleichzeitig rückt hier auch das Thema Gewalt, beziehungsweise sexuelle Gewalt, durch die Pflege in den Vordergrund. Besonders weibliche Patient\*innen sind davon vermehrt betroffen. Eine Pflegemaßnahme kann bereits unangenehm und peinigend wirken, wenn sie grob und rücksichtslos durchgeführt wird. Das betrifft vor allem Handlungen beim Waschen oder wenn Katheter und Einläufe gesetzt werden. Auch das Nacktsein vor anderen kann Schamgefühle auslösen, wenn durch die Pflegekraft kein angemessener Schutz gegeben wird. Zusätzlich kann vergangener sexueller Missbrauch „posttraumatische Belastungsstörungen“ (ebd., 37) hervorrufen. Das kann besonders bei Pflegehandlungen im Intimbereich auftreten, beispielsweise

wenn männliche Pfleger weibliche Patientinnen im Genitalbereich waschen. Das äußert sich durch verschiedene Verhaltensmuster. Die Betroffenen wirken ängstlich, gereizt oder auch aggressiv, können an Schmerzen und Depressionen leiden oder haben Beschwerden beim Schlafen. Auf bestimmte Maßnahmen, die ihre Erinnerungen an eine Gewalterfahrung wieder hervorbringen, können verbale Reaktionen folgen oder handgreifliche Abwehrmechanismen ausgelöst werden (vgl. ebd., 36f).

Zusätzlich bestehen aber auch noch immer Vorurteile gegenüber Sexualität im Alter. Neben der Ablehnung von Alterssexualität wird Liebe häufig mit einem sexuellen Reiz gleichgesetzt. Hat ein älterer Mann beispielsweise eine Erektion, wird diese häufig mit einer attraktiven Frau assoziiert. Ältere Männer werden meist mit einem ständigen sexuellen Verlangen verbunden, während älteren Frauen eher sexuelle Lustlosigkeit zugeschrieben wird (vgl. ebd., 19f).

Die Sexualität beziehungsweise Situationen, welche die Sexualität betreffen, werden in der Ausbildung der Pflegenden häufig zu wenig thematisiert. Dennoch können bereits kleine Veränderungen eine Pflegehandlung erleichtern oder für die betreffenden Personen angenehmer wirken. Indem zum Beispiel Körperbereiche überdeckt werden, kann ein Schutz der Schamzone vor der Pflegekraft aber auch vor anderen gewahrt werden (vgl. ebd., 85f).

Sexualität im Alter stellt ein Teilgebiet der pflegenden Profession dar, über welches sich regelmäßig ausgetauscht werden sollte. Es ist gesamtheitlich zu sehen und bezieht die „Menschenwürde, „[b]iologische Aspekte“, „[p]sychologische Aspekte“, [s]oziale Aspekte“ und „[s]pirituelle Aspekte“ (ebd., 11) mit ein. Das bedeutet, dass auch ältere Menschen sexuell aktiv sein dürfen, dass praktizierte Sexualität gesundheitsfördernd beziehungsweise -erhaltend sein kann und das Verlangen nach Liebe und Zuwendung stillt sowie die Akzeptanz einer Person als Mann oder Frau unterstreichen kann (vgl. ebd., 10f).

Nähere Inhalte dazu werden in der Auseinandersetzung mit dem Beruf der Pflege erläutert (Kapitel 7.3.). Es soll im Folgenden dennoch darauf hingewiesen werden, dass in der Beziehung von Pflegekräften und älteren Patient\*innen auch die Pflegepersonen grenzüberschreitende Sexualität erfahren müssen.

Koller und Spörhase (2019) haben im Rahmen einer Studie versucht, Handlungsmuster von Pflegekräften zu eruieren, die von grenzübergreifender Sexualität im Bereich der Langzeitpflege betroffen sind. Anhand von Interviews wurden neun Pflegende (acht weibliche, ein männlicher) zu Sexualität im stationären Bereich generell, überschreitenden Formen der Sexualität in der Altenpflege und Perspektiven zur Unterstützung seitens der Pflegekräfte befragt (vgl. Koller & Spörhase 2019, 9f).

Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegepersonen immer wieder durch sexuelles übergreifendes Verhalten von Bewohner\*innen belästigt werden. Das konnten verbale Äußerungen sein, aber auch intime Berührungen. Der Umgang damit seitens der Professionen war unterschiedlich. Einerseits wurde darauf direkt mit klaren Aussagen reagiert, andererseits aber auch mit undefinierten Reaktionen, wenn zum Beispiel manche Pflegende das Verhältnis der\*dem Bewohner\*in gegenüber nicht verletzen oder das übergreifende Verhalten beschwichtigen wollten.

Schließlich schlagen Koller und Spörhase die Notwendigkeit von „sexualpädagogischen Qualifikationsangeboten“ (ebd., 9) vor. Nicht nur zum Schutz der Pflegekräfte, sondern auch als Berücksichtigung der sexuellen Bedürfnisse der Patient\*innen. Wichtig dabei sind der regelmäßige Austausch über unterschiedliches Rollenverhalten, sowie das Festhalten eigener Grenzen und der Beschäftigung mit den Ursachen für sexuell übergriffiges Verhalten (vgl. ebd., 9-13).

Immenschuh und Marks (2014) beschreiben ebenso die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit sexuellen Themen in der professionellen Pflege. Auch wenn Sexualität noch immer ein tabuisiertes Phänomen in der Gesellschaft darstellt, sollen natürliche sexuelle Neigungen und Wünsche von älteren Personen respektiert werden. Das kann zwar Schamgefühle auslösen, aber erfordert trotzdem einen professionellen Umgang mit der Thematik. Besonders in Langzeitpflegeeinrichtungen können Pflegende häufig mit sexuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen konfrontiert werden. Meistens wird in diesen Institutionen aber zu wenig bis gar nicht auf die Sexualität der Patient\*innen geachtet (vgl. Immenschuh & Marks 2014, 81).

Grond (2011) unterstreicht diese Aussage. Oftmals wird die Intimität von Bewohner\*innen zu wenig gewahrt. Beispielsweise, wenn nach dem Anklopfen nicht gewartet wird oder generell Zimmertüren offenbleiben. Sexuelle Bedürfnisse sind in vielen Einrichtungen ein Tabuthema und es wird häufig erwartet, dass ältere Menschen keine Sexualität mehr ausüben können oder wollen. Im schlimmsten Fall „werden sexuelle Beziehungen als unerwünscht bezeichnet“ (Grond 2011, 81) oder gar verboten. Meist werden die Pflegekräfte zu wenig geschult oder bekommen gar keine Möglichkeit, Weiterbildungen in diese Richtung zu machen, weil gerade an dieser Stelle eingespart wird. Aber auch einzelne Institutionen, die durch religiöse Gemeinschaften gefördert werden oder mit ihnen zusammenarbeiten, haben Angst vor dem Bild, das durch sexuelle Vorkommnisse auf sie entstehen könnte (vgl. ebd., 81). Die Auseinandersetzung mit religiösen und kulturellen Inhalten erfolgt im nächsten Kapitel (Kapitel 6.).

## **6. Interkultureller Kontext**

Der interkulturelle Zusammenhang der Forschungsfrage scheint insofern wichtig, da Diversität und Herkunft auch bei älteren Frauen unterschiedlich miteinfließen. Das letzte Kapitel des ersten Abschnittes beschäftigt sich daher mit Tabuthemen im kulturellen Rahmen (Kapitel 6.1.) und soll in einem weiteren Unterkapitel den Bezug zu religiösen Tabus herstellen (Kapitel 6.2.).

### **6.1. Kulturelle Auseinandersetzung mit Tabuthemen bei älteren Frauen**

Die Bedeutung von Kultur findet sich in unterschiedlichen Verwendungen und kann nicht auf eine Definition reduziert werden. Lenthe (2016) gibt einen Überblick von Kultur als Begriff in verschiedensten Zusammenhängen. Es wird dabei zwischen „Hochkultur“, „Kultur als Lebensstil“, „fremde Kultur“ und „Natur und Kultur“ unterschieden (vgl. Lenthe 2016, 21). Hochkultur umschreibt den Kontext von Kultur im religiösen, künstlerischen, philosophischen oder wissenschaftlichen Sinn. Die Kultur als Lebensstil bezeichnet eine Lebensweise, die sich nach Erziehung und Bildung orientiert. Der Gebrauch von fremder Kultur hängt meist mit Brauchtum, religiösen Überzeugungen und

Sittenvorstellungen zusammen und äußert sich oft durch bestimmte Verhaltensweisen. Kultur im Zusammenhang mit Natur meint zum Beispiel Bakterien- oder Monokulturen (vgl. ebd. 21f).

„Nach ursprünglichem Verständnis werden unter Kultur die bekannten Äußerungen des Menschen wie Sprache, Glaubensvorstellungen, Kunst und Wissenschaft, Lebensgewohnheiten und Umgestaltung zusammengefasst.“ (ebd., 22)

Der Begriff „interkulturell“ selbst beschreibt den kommunikativen und interaktiven Dialog zwischen verschiedenen Kulturen. Im Gegensatz dazu wird unter „multikulturell“ das Bestehen von unterschiedlichen Kulturen in einer Gesellschaft verstanden, die nebeneinander funktionieren (vgl. ebd., 16).

Kultur ist aber auch eng verbunden mit Migration. Sie steht damit im Zusammenhang, sich an eine andere Kultur anzupassen. Wenn dabei die eigene Kultur in den Hintergrund gestellt werden muss und verschiedene gewohnte Handlungsstrategien und -muster mit den neuen Gegebenheiten nicht mehr übereinstimmen, wird meist von einem Kulturschock gesprochen. Neue Werte- und Regelsysteme dringen in eigene Vorstellungen ein und sind manchmal auch schwer nachzuvollziehen. Migration beschreibt Personen, die ihren dauerhaften Wohnort für mindestens ein Jahr über Ländergrenzen hinweg wechseln (vgl. ebd., 89-100).

Im Rahmen dieser Arbeit wird Kultur eher als eine Lebensweise betrachtet, welche sich neben Erziehung auch an Traditionen und religiösen Vorstellungen orientiert. Die Beschreibung von Lenthe kann zum Teil übernommen werden, denn Kultur beinhaltet auch eine Sprache, einen Lebensstil und eine Wissenschaft. Darüber hinaus scheint Kultur auch immer in Bewegung zu sein und Veränderung zu durchleben.

Nach Statistik Austria gab es im Jahr 2019 in Österreich durchschnittlich 174.500 Frauen mit Migrationshintergrund, die 60 Jahre oder älter waren. Im Vergleich dazu betrug der Anteil an älteren Männern 142.700. Hierbei sollte aber angemerkt werden, dass die Bezeichnung „Personen mit Migrationshintergrund“ (Statistik Austria 2020) Personen meint, deren Geburt beider Eltern außerhalb von Österreich verzeichnet wurde. Das kann wiederum noch aufgeteilt werden in „Personen, die selbst im Ausland geboren wurden“

und „Kinder von zugewanderten Personen, die aber im Inland zur Welt gekommen sind“ (ebd.).

Durch verschiedenste Ereignisse in der Geschichte ist auch die österreichische Bevölkerung von Migration beeinflusst worden. Reinprecht (2010) beschreibt besonders das 20. Jahrhundert als „Zeitalter der Migration“ (Reinprecht 2010, 159). Einerseits aufgrund von Vertreibung und Flucht, andererseits aus einer Freiwilligkeit heraus. Besonders die älteren Menschen in Österreich repräsentieren eine Generation, die unterschiedliche Episoden an Unruhen miterlebt haben.

„Zerfall der Monarchie und erster Weltkrieg, Weltwirtschaftskrise und NS-Herrschaft, politische Neuordnung Europas und Wirtschaftsaufschwung der Nachkriegszeit mit wachsender Arbeitskräftenachfrage, samtene Revolution in Mitteleuropa und Jugoslawienkrieg, europäische Integration und Globalisierung.“ (ebd.)

Das Alter im Kontext der Migration spielt allerdings selten eine Rolle in themenbezogenen Auseinandersetzungen. Vielmehr konzentriert sich die Migrationsforschung meistens auf die Ursachen einer Wanderungsbewegung oder auf die Bedingungen, die von den Betroffenen zur Immigration erforderlich sind. Der Alterungsprozess dieser Personen wird dafür wenig betrachtet (vgl. ebd., 159f).

Nicht unerwähnt sollten die Probleme bleiben, die sich für ältere Personen aus anderen Regionen meist ergeben, wenn diese nach Österreich kommen. Ein oftmals niedriger Bildungsstand und die fehlende Aufklärung erschweren den Betroffenen oft den Zugang an Leistungs- und Gesundheitsinstitutionen, da sich diese weniger mit regionalspezifischen Bedürfnissen und Verhaltensformen beschäftigen. Sprachbarrieren und ein Mangel an Wissen seitens der Migrant\*innen erschweren die Kommunikation zusätzlich.

Einen wichtigen Rückhalt für ältere Personen mit Migrationshintergrund stellt die Familie dar. Besonders in der Pflege älterer Familienmitglieder wird die Betreuung durch Angehörige zum Thema, meistens durch Frauen. Die Altenpflege durch die Familie steht in anderen Kulturen oft im Zusammenhang mit einer Pflicht. Im Unterschied zur österreichischen Kultur gibt es häufig eine höhere Kinderanzahl und Haushalte über mehr Generationen sind keine

Seltenheit. Dennoch erwarten Personen mit Migrationshintergrund meist eine Hilfestellung ihrer Familie im Alter. Im Zusammenhang damit wird aber auch die Tatsache tabuisiert, dass die Angehörigen diverse Dienstleistungen gar nicht erbringen können (vgl. ebd., 164-168).

Tabus treffen nicht immer in allen Kulturen gleich zu, sondern sind unterschiedlich wichtig und verschieden zu betrachten. Schröder (2008) meint:

„Von Bedeutung sind Unterschiede hinsichtlich der jeweils tabuisierten Bereiche. So sind oft nicht nur die mehr oder weniger universal geltenden Tabus in den Bereichen Religion, Sexualität, Tod, Krankheit und Körperfunktionen betroffen, sondern ebenso viele Alltagsroutinen, wie zum Beispiel Tauschbeziehungen (Geschenke) und Essgewohnheiten.“  
(Schröder 2008, 64)

Diese Tabus sind oft kommunikations- und sprachabhängig und können in verschiedenen Kulturen anders interpretiert werden. Das können Unglückszahlen sein, aber auch Symbole, Tiere, Gestik oder Körperhaltung. Unterschiedliche Körperregionen oder -seiten werden kulturspezifisch unterschiedlich als Tabus behandelt (vgl. ebd., 62-66).

Ein Beispiel für kulturell bedingtes Verhalten gibt Helen Coltons (1983) Vergleich von Frauen aus verschiedenen Kulturen auf die Situation, bei der eine Frau ohne Kleidung beim Körperbad einem fremden Mann ungewollt begegnet. Eine muslimische Frau würde daraufhin mit ihren Händen ihr Gesicht bedecken, eine laotische Frau die Brüste, eine Frau aus Sumatra ihre Knie, eine Frau aus Samoa ihren Bauchnabel, eine chinesische Frau würde ihre Füße verbergen und Europäerinnen und Amerikanerinnen würden Brüste und Vagina mit je einer Hand bedecken (vgl. Colton 1983, zit. n. Payer 2006).

Tabus halten eine Kultur gewissermaßen stabil, indem sie eine Basis für angemessenes Verhalten vorauslegen. Gleichzeitig bewirkt ein Tabubruch dynamische Bewegungen in einer Gesellschaft. Mit unterschiedlichen Tabuthemen sollte allerdings sensibel und respektvoll umgegangen werden, denn für manche Personen ist die Achtung kultureller Normen und der Umgang mit spezifischen Tabus von höchster Bedeutung (vgl. Schröder 2008, 67ff).

Auch Lenthe (2016) beschreibt Tabus in Gesellschaften als selbstverständliche Regeln, die untereinander gelten und als Vorgabe für Verhalten in bestimmten

Situationen dienen (vgl. Lenthe 2016, 121). Beispielsweise existiert in vielen Gesellschaften häufig ein Oberhaupt in Familien, die\*der als Entscheidungsträger\*in gilt. Hier können die betroffenen Personen nicht selbst entscheiden, welcher Behandlung sie sich zum Beispiel unterziehen wollen. Häufig sind es Männer, die diese Aufgaben übernehmen, oder ältere Personen. In Teilen von Mittelamerika, Afrika und auch Asien gilt zum Beispiel „die älteste Frau der Familie [...] entscheidende Instanz“ (ebd., 127).

Generell ist in vielen Kulturen die Anwesenheit von Familienmitgliedern bei Patient\*innen, die medizinische oder pflegerische Versorgung benötigen, eine Selbstverständlichkeit. Das kann zu Konflikten während einer Behandlung führen, aber auch einen höheren Aufwand seitens der Professionen herbeiführen (vgl. ebd., 125-128).

Alter und Altern als Tabuthema wird kulturell betrachtet unterschiedlich bewertet. Sontag (1972) war bereits vor einigen Jahrzehnten der Ansicht, dass Industriegesellschaften mehr von Zahlen heimgesucht werden und sich fast zwanghaft an Jahreszahlen klammern. Je höher das Alter, desto negativer erscheint die Einstellung der Menschen (vgl. Sontag 1972, 31).

Auch Immenschuh und Marks (2014) beschreiben das Alter und Altern in westlichen Kulturen meist als Tabuthema. Andere Gesellschaften verehren hingegen ihre Älteren aufgrund ihrer Lebenserfahrung (vgl. Immenschuh & Marks 2016, 48). Besonders in der Pflege von älteren Menschen, sollte auf die individuelle Vergangenheit Rücksicht genommen werden. Viele Personen mit Migrationshintergrund erhoffen sich einen respektvollen Umgang seitens der Professionen in Bezug auf ihre „kulturellen und religiösen Bedürfnisse“ (ebd., 51). Sie wollen genauso Wertschätzung und Würdigung erfahren wie sie es bei Menschen ohne Migrationshintergrund erwarten. Aber auch ältere Pflegebedürftige, die beispielsweise die nationalsozialistische Herrschaft befürwortet haben, können in der Pflege eine Herausforderung darstellen. Auf rassistische Bemerkungen richtig zu reagieren ohne die betroffene Person dabei zu verletzen, kann für Unsicherheiten sorgen. Es sollte dabei klar zwischen Handlung und Mensch getrennt werden und der nötige Respekt für die Person selbst aufgebracht werden, ohne ihre Einstellung zu berücksichtigen (vgl. ebd., 48-55).

Gerade in der Pflege steht im transkulturellen Umgang mit Tabuthemen das Tabu der Berührung meist im Vordergrund. Eine Trennung von Geschlechtern ist in manchen Religionen unabdingbar und sollte im Pflegeprozess berücksichtigt werden (vgl. Lenthe 2016, 121).

Das nächste Unterkapitel soll seinen Fokus primär auf religiöse Zusammenhänge im Kontext von Tabuthemen legen (Kapitel 6.2.).

## **6.2. Tabuthemen im Kontext von Religion bei älteren Frauen**

Dieses Kapitel kann nur einen kurzen Abriss über Religionen und Weltanschauungen beinhalten und jeweils einen kleinen Bruchteil an Aspekten betrachten, weil sie sonst den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Dennoch konnte nicht darauf verzichtet werden, da Religionen in vielen Kulturen ein Fundament für das soziale Verhalten und die Entwicklung von Verhaltensregeln sind.

Bis heute gelten noch viele Religionsgesetze als oberstes Gebot im Zusammenleben von verschiedenen Gesellschaften. Dabei sollte beachtet werden, dass Religionen in sich nicht an Vorstellungen und Regeln einheitlich sind, sondern jede wiederum in einzelne Strömungen gegliedert werden kann. Diese beinhalten meist wieder ihre eigenen Gesetze und Gebote (vgl. Lenthe 2016, 57).

Im Folgenden wird nun versucht, einen Überblick über größere Religionen zu geben, um ein besseres Verständnis von unterschiedlichen Glaubensrichtungen zu bekommen. Anhand von Lenthes Zusammenfassung werden grundsätzliche Inhalte zum Christentum, zum Islam, zum Hinduismus, zum Buddhismus und zum Judentum umrissen. Zusätzliche Literatur dient zwischendurch zum besseren Verständnis und zur Konzentration auf Tabuthemen bei älteren Frauen.

Das Christentum verzeichnet mit 2,2 Milliarden Personen die größte Religion auf der Welt. Dabei weist die Verteilung in Europa, Lateinamerika und Afrika die größte Häufung an Anhänger\*innen des Christentums auf, es besteht seit ungefähr 2.000 Jahren und orientiert sich an der Bibel. Besonders das Neue Testament beinhaltet die Lehre des Christentums. Nach christlicher Vorstellung,

sind alle Menschen mit ihrer Geburtsstunde an eine Erbsünde gebunden, „die durch den von Adam und Eva verursachten Sündenfall entstand“ (ebd., 59f). Eine Begnadigung der Sünden kann durch „den Weg der Erlösung“ (ebd., 60) angestrebt werden, der mit dem Eintritt in die Glaubensgemeinschaft durch die Taufe beginnt. Durch das Anstreben eines Lebens nach christlicher Vorstellung und unter Einhaltung der zehn Gebote, kann es gelingen, auf Sünden zu verzichten. Mit dem Glauben an Jesus Christus wird den gläubigen Christ\*innen Erlösung „durch die Gnade Gottes“ (ebd.) gebracht. Bekannte Vertreterinnen des Christentums sind zum Beispiel die protestantische oder die katholische Kirche, wobei besonders letztere streng hierarchisch mit dem Papst als männlichem Oberhaupt aufgestellt ist (vgl. ebd., 58-61).

Laut Grabner-Haider (2015) waren Frauen und Männer zu Beginn des Christentums meist gleichgestellt. Erst mit „der zweiten und dritten Generation der Christen verloren [...] die Frauen [...] viele Funktionen in den Gemeinden und mussten sich in der Ehe den Männern unterordnen“ (Grabner-Haider 2015, 68). Die Sexualität ist besonders im europäisch-christlichen Raum abgewertet worden und nicht alle Strömungen des Christentums haben es geschafft, das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern auszugleichen oder homosexuelle Beziehungen nicht als sündhaft anzusehen (vgl. ebd., 66-75).

In der katholischen Kirche gibt es aber zum Beispiel seit „dem Zweiten Vatikanischen Konzil (1962-1965)“ (Marschütz 2011, 45) wesentliche Veränderungen in der Lehre über die Ehe. Unter anderem ist die Fortpflanzung nicht mehr dem Wohl der Partner\*innen als Sinn der Ehe übergeordnet. Das bedeutet, dass Sexualität in einer Ehe nicht nur dazu dient, Nachkommen zu schaffen, sondern vielmehr als Darstellung von Liebe fungieren soll. Gleichzeitig wird die Frau dem Mann gleichgestellt und ist ihm in der Ehe nicht mehr untergeordnet. Beispielsweise unterliegt die Kindererziehung der Verantwortung beider Elternteile. Trotzdem lässt sich laut Marschütz (2011) mit dem Zweiten Vatikanischen Konzil nicht ausschließen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern vermehrt Familienaufgaben zugeordnet werden (vgl. ebd., 48-52).

Grabner-Haider (2015) beschreibt im Zusammenhang mit einigen christlichen Strömungen eine Sexualität, welche eng mit spirituellen und religiösen

Eigenschaften verbunden ist. Diese so bezeichneten „Kulturchristen“ behandeln ihre Partner\*innen dabei ebenbürtig und gewaltfrei. Dennoch werden Frauen als „Lehrmeisterinnen der zärtlichen Liebe“ (Grabner-Haider 2015, 125) beschrieben.

Während das Christentum die meisten Anhänger\*innen in Europa aufzeigt, ist der Islam vor allem bei der Bevölkerung „in Asien, [...] im Mittleren Osten und in Nordafrika [...] in Subsahara-Afrika“ (Lenthe 2016, 62) zugegen. Nach Lenthe (2016) gibt es insgesamt 1,6 Milliarden muslimische Gläubige auf der Welt. Die monotheistische Religion besteht seit ungefähr 1.400 Jahren. Die Aufgabe der Muslimas\*Muslimen ist es, ihrem Gott Diener\*innen zu sein. Sie beinhaltet das Glaubensbekenntnis, die Durchführung der Gebete fünf Mal täglich, die Einhaltung des Fastens, eine Steuer für Arme und die Pilgerreise nach Mekka. Die Belohnung mit dem Paradies oder die Bestrafung mit der Hölle erfolgt mit der Vergeltung und Abwägung der guten und schlechten Lebenshandlungen nach dem Tod. Zur Orientierung im Islam dient der Koran, der Allahs Offenbarungen durch die Verkündung Mohammeds beinhaltet. Zusätzlich schreibt die Scharia, „der islamische Rechtskodex“ (ebd., 64) vor, wie muslimische Anhänger\*innen ihr Leben führen sollen, damit es mit dem Koran übereinstimmt.

Im Islam wird meist das verboten, was als „unrein“ gilt. Das können bestimmte Tiere sein, die nicht gegessen werden dürfen, aber auch alle Ausscheidungen des Körpers oder die linke Hand, die für den Waschvorgang im Intimbereich genutzt werden soll. Die Kleidung soll bei Muslimas\*Muslimen den Körper so verhüllen, dass keine Figur zu sehen ist. Frauen dürfen nur das Gesicht und die Hände unbedeckt lassen. Ein Kopftuch soll auch ihre Haare verstecken, da diese häufig als anziehend gelten (vgl. ebd., 62-67).

Calmez (2011) beschreibt das Verhüllen von Frauen im öffentlichen Raum als Schutzfunktion. Der Körper einer nackten Frau ist ein Tabu im Islam. Genauso wie die Sexualität ein privates Thema ist, weshalb sie besonders vor und außerhalb der Ehe tabuisiert wird. Gerade für eine arrangierte Ehe wird es als wertvoll geschätzt, wenn eine Frau noch Jungfrau ist. Es werden zwar mittlerweile oft die Wünsche einer Tochter berücksichtigt, wenn sie verheiratet werden soll, dennoch haben Männer meist mehr Handlungsspielraum, was ihre

Sexualität anbelangt. Häufig sind Brüder für ihre Schwestern verantwortlich und übernehmen die Entscheidungsposition in der Familie. Die muslimische Mutter steht für ihre Söhne jedoch meist als weibliche Instanz an erster Stelle. Die Rollenverteilung ist bei Muslimas\*Muslimen oft klar geregelt und schreibt beispielsweise die Kindererziehung den Frauen zu (vgl. Calmez 2011, 188-196).

Im Gegensatz zum Monotheismus im Islam und im Christentum sind die meisten Hinduist\*innen Polytheist\*innen. Hauptsächlich verteilt in Ostasien, gibt es in etwa 900 Millionen hinduistische Gläubige. Die Religion richtet sich nach den Sanskrit-Texten, „die als die Veden (göttliches Wissen) bezeichnet werden“ (Lenthe 2016, 69). Diese wurden zum besseren Verständnis kommentiert und interpretiert. Im Hinduismus besteht der Glaube an einen „ewigen Geburtenkreislauf“ (ebd., 70). Jedes Lebewesen wird wiedergeboren in einer Stufe, die dem vorigen Leben gerecht wird. Das Karma jeder Person setzt sich aus den moralisch guten und schlechten Taten eines Lebewesens zusammen und bestimmt, als was es im nächsten Leben geboren wird. Dieser Prozess hat weder einen Beginn noch ein Ende, außer wenn jemand in seelischer Erlösung ankommt und das Göttliche erreicht. Daran orientiert sich auch das Kastensystem, das im 20. Jahrhundert eigentlich unterbunden wurde, aber dennoch in vielen Gemeinschaften weitergelebt wird. Demnach stehen Gelehrte über den Adeligen und Krieger\*innen, die wiederum den Mittelstand unter sich haben. Die vierte Kaste stellt vor allem die Schicht der Arbeiter\*innen. Darüber hinaus stehen Mönche über der obersten Kaste und die „Unberührbaren“ unter der letzten Kaste. Dabei handelt es sich um Menschen, die Professionen betreiben, „die mit Geburt und Tod zu tun haben oder mit Verschmutzung in Berührung kommen“ (ebd., 71). Sie gelten als unrein (vgl. ebd., 69ff).

Heller (2008) weist darauf hin, dass hinduistische Frauen von Wissen und Bildung meist ausgeschlossen werden. Ihnen wird eher die Rolle der Hausfrau zugeschrieben. Zusätzlich wird ihnen oft vorgeworfen, dass sie nicht treu und ehrlich, sondern ungezügelt, bösartig und triebhaft sein können. Das würde Männer davon abhalten, ihre Spiritualität zu entfalten. Die hinduistische Frau soll sich vielmehr ihrem Ehemann untergeben. „Stirbt der Ehemann, stirbt auch

seine Frau rituell und sozial“ (Heller 2008, 116). Frauen seien sozusagen in die unterste Kaste einzuordnen (vgl. ebd., 111-116).

Görgen (2015) macht darauf aufmerksam, dass Sexualität auch im Hinduismus ein weitgehend tabuisiertes Thema ist. Die sexuelle Aktivität reduziert sich hauptsächlich auf die Reproduktion. Darüber hinaus ist es zum Beispiel auch verboten, mit einer menstruierenden Frau zu sprechen oder als Frau den Tempel zu betreten, wenn sie ihre Regelblutung hat (vgl. Görgen 2015, 153f).

Ähnlich wie der Hinduismus hat sich der Buddhismus hauptsächlich in Asien verbreitet. Die religiöse Gemeinschaft ist in etwa 500 Jahre vor Christus entstanden und es gibt heute zirka 450 Millionen Personen, die sich zum Buddhismus bekennen. Nach der buddhistischen Vorstellung hat jeder Mensch einen Leidensweg, von dem sie\*er sich aber loslösen kann, indem ein Leben nach dem „Edlen achtfachen Pfad“ (Lenthe 2016, 74) verfolgt wird. Alle sind im Buddhismus gleichgestellt und es gibt weder Anfang noch Ende, da jedes Lebewesen den Kreislauf der Wiedergeburt durchläuft. Positives oder negatives Karma bestimmt dabei, als was jemand wiedergeboren wird. Gutes Karma wird bedingt durch Meditation, die Entwicklung von Weisheit und den Willen, moralisch vollkommen zu sein. Ziel ist es, sich aus dem Zyklus der Wiedergeburt zu befreien und im Nirvana anzukommen. „Nirvana ist ein Zustand vollkommener Ruhe und absoluten Friedens“ (ebd., 74) in dem Erlösung stattfindet (vgl. ebd., 73f).

Laut Lehnert (2008) zentriert sich der Buddhismus grundsätzlich am Mann. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind vor allem in Ordenssystemen zu bemerken. Der Eintritt in einen Orden ist für eine Nonne nur durch die Zustimmung ihres Ehemanns oder Vaters möglich. Jeder Frauenorden ist an einen Mönchsorden gebunden, weshalb sie den Männern nicht nur institutionell unterworfen sind. Auch manche Verbote gelten für Nonnen verstärkt. Sexuelle Aktivitäten werden bei beiden Geschlechtern bestraft, indem sie aus dem Orden ausgeschlossen werden. Der Umgang mit Frauen fällt dabei strenger aus. Gerade in Ordensgemeinschaften gilt es, den Körper als etwas Unreines anzusehen. „[W]obei die Darstellung von Frauen bei weitem verächtlicher ausfällt“ (Lehnert 2008, 135) und es erwartet wird, dass sich auch die Nonnen aus einer männlichen Perspektive heraus betrachten (vgl. ebd., 134f).

Auch Norsworthy (2004) macht darauf aufmerksam, dass Frauen bereits zu Beginn der buddhistischen Lehre diskriminiert wurden und androzentrische Eigenschaften den Buddhismus prägen. Die Texte waren oft im Interesse von Mönchen dokumentiert worden (vgl. Norsworthy 2004, 104).

Tsomo (2004) unterstreicht diese Feststellung und macht darauf aufmerksam, dass Frauen im Buddhismus meist weniger zu sagen haben als Männer. Dennoch gibt es bereits Maßnahmen, die sich für buddhistische Frauen einsetzen, ihnen Zugang zu Bildung ermöglichen und die vollständige Teilnahme an der traditionellen Praxis und Theorie zulassen. Trotzdem bestehen noch konventionelle Bilder von treuen und keuschen Frauen und Müttern, die sich nicht im öffentlichen Raum aktiv bewegen sollen (vgl. Tsomo 2004, 2ff).

Im Vergleich zu den bereits erwähnten größeren Religionen hat das Judentum die wenigsten Angehörigen mit 14 Millionen Personen. Die meisten davon leben in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Israel. Die Glaubensorientierung stellen die Tora, welche „die fünf Bücher des Moses“ beinhaltet (Lenthe 2016, 80) und der Talmud, eine Vielzahl an Kommentaren, die den Glauben interpretieren und erläutern. Sie umfassen Gebote und Regeln für das gemeinsame Zusammenleben. Für Jüdinnen\*Juden besteht die Pflicht, sich dem Gotteswillen zu unterwerfen und ihr Leben an die Gesetze anzupassen, die diesem Willen gerecht werden.

Scham ist im orthodoxen Judentum kein Fremdwort. Besonders für Frauen ist es wichtig, dass sie ihren nackten Körper nur vor anderen Frauen zeigen. Sie dürfen auch keine männliche Kleidung, wie zum Beispiel Hosen, tragen, und müssen ihre Kopfhaare bedecken, sobald sie verheiratet sind. Wenn sie einen Sohn gebären, gelten sie für eine Woche lang als unrein. Bei einem Mädchen sogar zwei (vgl. ebd., 80-84).

Goldmann (2011) beschreibt, dass eine jüdische Frau auch als unrein gilt, wenn sie menstruiert. Sexualität selbst wird im jüdischen Glauben nicht tabuisiert, sondern ist sogar vertraglich in der Ehe verankert. Dennoch sind sexuelle Aktivitäten durch „Disziplin, Mäßigung, moralischer Zurückhaltung und Selbstkontrolle“ (Goldmann 2011, 132) reglementiert. Außerdem ist es verboten, seine\*n Ehepartner\*in zu betrügen, Geschlechtsverkehr mit Kindern

oder Familienmitgliedern zu praktizieren oder homosexuelle Beziehungen zu führen. Obwohl die Sexualität im Judentum kein Tabu darstellt, sollte sie dennoch mit Diskretion behandelt werden. Es handelt sich um ein intimes Thema, das im privaten Bereich bleiben sollte. Teilweise ist auch festgelegt, wie häufig ein Mann mit seiner Ehefrau sexuell verkehren soll oder, dass die Frau während des Geschlechtsaktes unten liegen sollte. Meist ist auch die Kleidung während des Geschlechtsverkehrs verboten. Daher können Verhütungsmittel wie Kondome beispielsweise auch verweigert werden. Wie auch in vielen anderen Religionen gilt es auch im Judentum als Tabu, vor der Ehe sexuell aktiv zu sein (vgl. ebd., 132-136).

Vor allem im Christentum, im Islam und im Judentum stand und teilweise steht das Patriarchat noch immer im Vordergrund und „Frauen mussten sich den Männern bedingungslos unterordnen“ (Grabner-Haider 2015, 123). Meistens dient Sexualität nur zur Fortpflanzung und Beziehungen, die nicht der heterosexuellen Vorstellung entsprechen, sind verpönt. Tabuisiert wird nicht nur die Homosexualität, sondern auch nichtehelicher Sex oder Selbstbefriedigung (vgl. ebd., 123f).

King (2008) meint, „[ü]ber Jahrtausende hinweg sind Frauen vieler Religionen in ihrem Wesen, ihren Rollen, ihren Bildern von männlich geleiteten religiösen Institutionen definiert worden“ (King 2008, 38). Sie ist aber auch der Ansicht, dass für Frauen, durch die Erkenntnis und aktive Kritik, eine anerkannte Definition der weiblichen Integration in ihrer Religion möglich ist. Besonders in den Wissenschaften der Religionen gibt es bereits viele kritische Auseinandersetzungen mit der Gender-Thematik, die womöglich in Zukunft Religionsinhalte beeinflussen können (vgl. ebd., 29-38).

#### **ZWISCHENFAZIT: PERSÖNLICHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE WÜRDEVOLL GELEBTE INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON FRAUEN IM PROZESS DES ÄLTERWERDENS**

Mit dem ersten Teil dieser Arbeit ist eine allgemeine Geringschätzung des Alters in der westlichen Kultur beobachtbar. Um ein konzentrierteres Bild von der Gefährdung der Würde bei älteren Menschen zu bekommen, werden im Folgenden diese Inhalte nochmals verknüpft. Daraufhin wird die besondere

Position der älteren Frau erläutert und anschließend sollen lösungsorientierte Punkte zusammengetragen werden, die ein würdevolles Leben im Alter unterstützen können.

Zunächst lässt sich eine vorwiegend nachteilige Betrachtung des Alters feststellen. Besonders in den oft bezeichneten westlichen Teilen der Bevölkerung ist der Alterungsprozess ein Thema, das meist unerwünscht erscheint. Altern ist nicht nur ein natürlicher körperlicher Vorgang, sondern meist auch gebunden an eine kulturelle Vorstellung und das soziale Konstrukt einer Gesellschaft. Ältere Menschen werden häufig mit Unselbständigkeit, Abhängigkeit und im weiteren Sinne auch mit Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang gebracht. Betroffene Personen können daher in ihrem Alltag eingeschränkt sein und haben oft mit einem Autonomieverlust zu kämpfen.

Gleichzeitig werden neben dem Alter Themen wie chronische Erkrankungen, Sterben und Tot tabuisiert. Geschlechtsbezogene Tabus betreffen meist die Sexualität, die auch im Prozess des Alterns häufig ausgeklammert wird. Konservative Erziehung begünstigt die Entwicklung von Stereotypen zu Sexualität allgemein und zu Sexualität im Alter. Folglich werden auch heute Themen wie zum Beispiel Geschlechtsverkehr, Nacktheit, Lustempfindung, sexuelle Bedürfnisse oder auch Attraktivität im Alter tabuisiert. Auch im Bereich der Pflege besteht noch häufig die Ansicht, dass ältere Menschen automatisch asexuell sind.

Eine besondere Geringschätzung besteht bei älteren Frauen aufgrund des Vergleichs mit Standards jüngerer Frauen. Dabei spielen vor allem Attraktivität und Fruchtbarkeit eine große Rolle. Ein Auslöser für den Übergang von jung zu alt scheint das Klimakterium zu sein. Damit verliert die Frau nicht nur ihre Fortpflanzungsfähigkeit, sondern nach gesellschaftlicher Vorstellung auch ihr jugendliches Aussehen. Die negative Darstellung von Fruchtbarkeit und der körperlichen Veränderung im Alter beruht auf Ansichten, denen sich bereits im Mittelalter bedient wurde. Spätestens mit den Wechseljahren begann demnach der physische Verfall der Frau und der Verlust ihrer Attraktivität. Bis heute bestehen Vorurteile, die das Aussehen von älteren Frauen kritisieren. Dieser Auffassung bedient sich vor allem die Schönheitsindustrie, die sich daraus ihr Geschäft macht.

Neben der körperlichen Abneigung wird der älteren Frau aber auch oft unterstellt, dass sich im Alter ihr Leistungsvermögen abbaut und ihr beruflicher und privater Erfolg darunter leidet. Sie wird dadurch inkompakter und hilfloser dargestellt als jüngere Frauen oder Männer. Nur für die Pflege von Angehörigen oder Familienmitgliedern scheint die Frau gut zu sein. Das Klischee, dass Pflege Frauensache sei, besteht auch heute noch.

Eine alte Frau erfährt auch mehr Abwertung bezüglich ihrer Sexualität. Das Erleben eines Orgasmus oder Selbstbefriedung werden häufig tabuisiert. Die Toleranz von sexuellen Bedürfnissen, Attraktivität, sexueller Attraktivität oder Erotik im Alter hält sich auf Seiten der Gesellschaft in Grenzen. Gleichzeitig wird die sexuelle Untreue von Frauen weniger toleriert als von Männern.

Diese Vorurteile gegenüber älteren Menschen und speziell älteren Frauen neigen dazu, die Würde dieser Personen zu gefährden. Beobachtbar ist das in der Unterdrückung und Abwertung dieser Menschen. Durch den erhöhten Pflegebedarf steigt auch die Gewaltbereitschaft, die Ausnützung und die Vernachlässigung der Betroffenen. Diese Diskriminierung kann sich außerdem durch psychische und körperliche Gewalt oder sexueller Nötigung äußern. Die Kenntnis über Intimes birgt die Gefahr mit sich, dass Vertrauen missbraucht oder die Würde von Menschen bloßgestellt werden. Die hierarchische Unterordnung von Frauen, die in manchen Kulturen noch immer besteht, kann ein Risiko für die Gefährdung ihrer Würde darstellen.

Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, bedarf es einiger Rahmenbedingungen, die helfen können, einen würdevollen Alterungsprozess zu erleben. Generell lassen sich dazu einige Punkte festhalten, die positiv auf das Selbstwertgefühl wirken.

Zunächst ist eine allgemein intensivere Auseinandersetzung mit Tabuthemen erforderlich, wie zum Beispiel Alter, Sexualität, Sterben und Tod. Diese Inhalte sollten nicht nur auf professioneller Ebene im Bereich der Pflege und Medizin stärker diskutiert werden, sondern verlangen eine Etablierung im Bildungssystem und auf gesamtpolitischer Ebene. Es sollte vermehrt ein positiveres Verständnis von Alter und Alterungsprozessen entstehen. Dazu scheint Rüeggers (2013) Hinweis auf unterschiedlich gewichtete Motive und

Anforderungen in den verschiedenen Altersabschnitten passend. Er lehnt sich damit gegen die Vorurteile, die im Bezug auf das Alter häufig entstehen.

„Demgegenüber ist auch unter ethischem Gesichtspunkt mit einer in der Gerontologie weithin gängig gewordenen Lebenszyklus-Perspektive ernst zu machen, die das Leben eines Menschen als Abfolge verschiedener Lebensphasen versteht, die alle ihre je eigenen Möglichkeiten und Grenzen, Aufgaben und Herausforderungen haben, alle aber in sich gleich wertvoll und bedeutsam sind.“ (Rüegger 2013, 20)

Es muss klar sein, dass auch eine pflegebedürftige Person selbstbestimmt und eigenständig leben kann, wenn die Gegebenheiten angepasst werden.

Es benötigt dazu nicht nur die gesellschaftliche Aufklärung und Akzeptanz von Veränderungen, die im Prozess des Alterns entstehen. Besonders Frauen müssen ermutigt werden, selbstbewusster im Umgang mit ihrem Alter zu werden und sich der Attraktivität ihrer körperlichen Veränderungen bewusstwerden. Das noch immer vorherrschende Weiblichkeitsideal, jung und fruchtbar, braucht eine gesellschaftliche Überarbeitung. Dazu bedarf es nicht nur eines offeneren Zugangs durch Ärzt\*innen im Rahmen von aufklärenden Gesprächen über altersbedingte Veränderungen. Auch in Pflegeberufen und anderen Professionen, die mit älteren Frauen zusammenkommen, ist ein Dialog auf Vertrauensebene nötig und kann Betroffene in ihrem Selbstwertgefühl stärken. Besonders beim Überschreiten der Schwelle zur Intimsphäre, ist ein sensibler Umgang mit der Würde der Frauen unabdingbar. Dazu müssen Schamgrenzen vorab wahrgenommen und Tabubereichen mit Respekt begegnet werden.

Im Hinblick auf die Sexualität ist nicht nur eine Anpassung des Begriffs selbst nötig. Eine Auseinandersetzung aus ganzheitlicher Perspektive scheint auf mehreren Ebenen sinnvoll, um der Tabuisierung der Sexualität entgegenzuwirken. Die Beschäftigung mit der Bedeutung von Sexualität unter gesellschaftlichen Normen und der eigenen Sexualität und Intimität kann den Umgang damit erleichtern.

Letzten Endes ist eine kulturspezifische Betrachtung aus der Thematik nicht auszuschließen. Die Tatsache, dass in einigen Kulturen das männliche Geschlecht meist die dominante Rolle in der Familienaufstellung übernimmt, ist

nicht zu leugnen. Der sehr stereotype Überblick über die Religionen und Weltanschauungen lässt erkennen, dass es kulturell unterschiedliche Tabuisierungen von Sexualität insbesonders bei Frauen gibt, die für den konkreten Fall der Pflege relevant sein können. Dennoch zeigt die geschichtliche Entwicklung auch eine positive Bewegung zur kritischen Auseinandersetzung mit der Unterdrückung der Frau in verschiedenen Lebensbereichen und manchen religiösen Strömungen.

## TEIL 2: PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN IM UMGANG MIT INTIMITÄT UND SEXUALITÄT VON ÄLTEREN FRAUEN

### **7. Professionelle Pflege für ältere Frauen**

Die Arbeit der Pflege trägt insofern zur Forschungsfrage bei, als dass sie einen großen Teil der Verantwortung trägt, indem sie der Intimsphäre von älteren Frauen sehr nahe kommt. Das erste Kapitel in diesem zweiten Teil gibt einen Überblick über die Ausbildung und Berufsinhalte der Pflege (Kapitel 7.1.). Daraufhin wird die aktuelle Lage der Profession geschildert (Kapitel 7.2.) und anschließend Herausforderungen im Kontext der professionellen Pflege bei älteren Frauen dargestellt (Kapitel 7.3.).

#### **7.1. Der Beruf Pflege**

Um ein besseres Verständnis von der Pflege im Zusammenhang mit älteren Frauen zu bekommen, scheint die Auseinandersetzung mit der Profession selbst ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit zu sein. Im Folgenden wird daher der Blick auf die Ausbildung und die Geschichte des Berufes in der österreichischen Pflege gerichtet.

Als Begründerin der Pflegewissenschaft wird in der Literatur häufig Florence Nightingale genannt. Die Engländerin, die aus einer vermögenden Familie stammt, hatte die Möglichkeit, sich ausreichend zu bilden. Sie näherte sich bereits im 19. Jahrhundert der Theorie und Praxis der Pflegewissenschaften an, obwohl ihre Eltern aufgrund der damals schlechten Position des Pflegeberufes diesem ablehnend gegenüberstanden. Durch die gute Verbindung ihrer Familie zu einflussreichen Personen, konnte Nightingale „Material über Krankenhauswesen [...] studieren, eigene Statistiken [...] erstellen und Gesundheitseinrichtungen im In- und Ausland [...] besuchen“ (Lademann 2018, 69). Sie erreichte damit eine Aufwertung der englischen Pflegeausbildung und noch heute sind ihre Gedanken zu Themen wie „Organisation, Hygiene, Wohlbefinden [...] wegweisend“ (ebd., 70). Die Pflege verband Nightingale mit etwas Künstlerischem, das dennoch Studium und Wissenserwerb bedarf (vgl. ebd., 69f).

Erste Versuche, die Krankenpflege in Österreich aufzuwerten, fanden mit der medizinischen Entwicklung im 18. Jahrhundert statt. Zu diesem Zeitpunkt gab es allerdings noch keine Ausbildung für den damals bezeichneten Wartdienst. Die Pflege wurde in dieser Zeit auch oft von Ordensgemeinschaften übernommen. In Österreich standen die „Barmherzigen Brüder“, die „Elisabethinen“ und mit dem 19. Jahrhundert auch die „Barmherzigen Schwestern“ (vgl. Messner 2017, 121) im Dienst der Pflege. Nachdem sich die Ordensschwestern mit einem relativ niedrigen Lohn und den miserablen Zuständen ihres Arbeitsumfeldes zufriedengaben, war es für die sogenannten Wärter\*innen schwierig, ihren Beruf aufzubessern. 24 Stunden Schichten und Bereitschaftsdienste sind Beispiele für eine Vorstellung dieser Arbeitsbedingungen. Mitunter erlangte die Pflege immer mehr den Status einer weiblichen Profession. Frauen wurden als reinlicher und mitfühlender bezeichnet.

Erst 1882 entstand in Österreich die erste Schule zur Krankenpflegeausbildung im Rudolfinerhaus. Damit konnte zwar eine ernsthafte Qualifizierung des Berufes erreicht werden, „aber zu diesem Zeitpunkt gab es für die Ausbildung keine gesetzlichen Grundlagen“ (ebd., 126). 1914 wurde die Pflege erst im Gesetz verankert und als „Beruf mit geregelter Ausbildung“ (ebd., 129) anerkannt. Innerhalb der nächsten Jahrzehnte änderten sich immer wieder Inhalte und Bedingungen der Berufslehre hinsichtlich der Dauer, der Theorie- und Praxisstunden. Erste Verbände, Vereinigungen und Gewerkschaften, welche sich für die Pflege einsetzen, entstanden. „Mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wurden die Tätigkeitsbereiche der Pflege definiert und wurde auch die Ausbildung erneut verändert“ (ebd., 135). Dennoch gab es in Österreich keine universitäre Anbindung des Berufes, ebenso wie in vielen anderen europäischen Ländern zu diesem Zeitpunkt. Das Diplomstudium entwickelte sich erst ab den 2000ern und wurde mit dem „Gesundheits- und Krankenpflegegesetz[...] 2016“ (ebd., 136) als „Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege [...] an Fachhochschulen“ (ebd.) gesetzlich festgelegt (vgl. ebd., 119-136).

Dennoch soll die Ausbildung zur\*zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger\*in (DGKP) an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, mit

einer Dauer von drei Jahren, bis 2024 bestehen. Seit 2008 gibt es diese Fachausbildung parallel auch als Studium mit Bachelorabschluss. Mit zwei Jahren Ausbildungsdauer gibt es außerdem seit der Gesetzesnovelle von 2016 die Profession der Pflegefachassistent (PFA) und „die einjährige Pflegehilfeausbildung in Pflegeassistent (PA)“ (Potzmann & Korbel-Schindler 2019, 23).

Die Pflegeassistent arbeitet unter Anweisung und Kontrolle der diplomierten Pflegekraft oder von Ärzt\*innen. Die Pflegefachassistent kann die Tätigkeiten der Pflegeassistent eigenverantwortlich durchführen und hat zusätzlich einen erweiterten Aufgabenbereich im Gegensatz zur Pflegeassistent. Die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson hat unabhängig von ihrer Ausbildung an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule oder an einer Fachhochschule denselben Tätigkeitsbereich. Dieser beinhaltet die „mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen“ (ebd., 25). Inmitten dieser durchaus unterschiedlichen Teilbereiche steht der Pflegeprozess, der von der diplomierten Pflegekraft durchgeführt wird. Sie stellt dafür Pflegediagnosen, plant und organisiert die Pflege, führt sie durch und kontrolliert beziehungsweise evaluiert sie anschließend regelmäßig.

Es gibt außerdem einige Sonderausbildungen in der Pflege. Der Kinderintensivbereich, Stoma- und Wundmanagement oder die palliative Pflege sind Beispiele dafür (vgl. ebd., 23ff).

Büker (2018) beschreibt die Pflege als die Profession, die den engsten Bezug zu Menschen, die krank oder auf Pflege angewiesen sind, hat. Sie muss in den meisten Institutionen rund um die Uhr verfügbar sein und ist die wichtigste Ansprechperson, wenn es um die Anliegen der Patient\*innen geht. „Pflegerische Versorgung findet in allen Phasen des menschlichen Lebens statt“ (Büker 2018, 16). Die Tätigkeitsfelder der Pflege sind sehr unterschiedlich und abwechslungsreich. Das können rehabilitative Bereiche, die Versorgung in Langzeit- oder Palliativeinrichtungen oder aber auch die Prävention und Förderung der Gesundheit sein. Innerhalb dieser Sektoren gibt es wiederum verschiedene Abteilungen, in denen Pflegearbeit geleistet wird.

Im Fokus liegt dabei immer die\*der Patient\*in als Individuum, welches im eben genannten Pflegeprozess eingebunden wird.

„Dabei gilt es, den individuellen Pflegebedarf [einer\*]eines [Patientin\*]Patienten zu erheben, [ihre\*]seine Pflege zu planen, sie durchzuführen und zu evaluieren. Die schriftliche Fixierung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses erfolgt in der Pflegedokumentation.“ (ebd., 18f)

Die zentralen pflegerischen Aufgaben lassen sich in die „allgemeine und spezielle Pflege“ (ebd., 19) einteilen. Mit allgemein sind Handlungsfelder gemeint, die „die Aktivitäten des täglichen Lebens [betreffen], wie Kommunikation, Körperpflege, Bewegung, Ernährung, Ausscheidung etc.“ (ebd., 20). Für diese Tätigkeiten ist die professionelle Pflegekraft selbst verantwortlich. Im Gegensatz dazu fällt die spezielle Pflege unter die „ärztliche Anordnungsverantwortung und [...die] pflegerische[...] Durchführungsverantwortung“ (ebd.). Sie beinhaltet etwa die Versorgung von Wunden und Sonden oder das Verabreichen von Medikamenten.

Neben diesen Aufgabenbereichen gehört aber auch das Beraten und Schulen von Patient\*innen dazu, um diese in ihrer Eigenverantwortung zu unterstützen. Die Pflege assistiert auch bei medizinisch-therapeutischen Verfahren wie zum Beispiel endoskopischen Eingriffen, Herzkatheter, Operationen und Anästhesie. Eine weitere Möglichkeit bietet die Arbeit im Entlassungsmanagement, in Lehr- und Leitungspositionen nach einer gewissen Berufserfahrung oder wie bereits erwähnt in der „Gesundheitsförderung und Prävention“ (ebd., 23). Besonders durch das Studium der Pflegewissenschaften ergeben sich auch Handlungsfelder im Forschungsbereich (vgl. ebd., 16-23).

In all diesen Bereichen scheint besonders die Kommunikation im Zentrum der Pflegearbeit zu liegen. Sie ist Bestandteil der Aktivitäten des täglichen Lebens und sollte im Rahmen der Ausbildung vermittelt und mit dem Einstieg in den Beruf vermehrt gefestigt werden (vgl. Jochum et al. 2012, 514f).

Laut Müller (2018) ist der Mensch selbst eine zentrale Position in der Pflegearbeit. Die Pflegeperson muss sich für das Individuum interessieren, im weitesten Sinne auch für dessen Befinden, Ansuchen, Zustand und Wohlergehen. Es sollte klar sein, dass der Mensch auch verletzlich sein kann.

„Gegenstand von Pflege ist die Unterstützung von Menschen mit Krankheit bei der Bewältigung und Gestaltung ihres täglichen Lebensalltages“ (Müller 2018, 83). Die Profession soll Betroffenen beistehen und sie fördern, mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und Änderungen umgehen zu können. Das kann denjenigen helfen, autonom, selbstbestimmt und weitgehend auch unabhängig zu leben (vgl. ebd., 82f).

In der Literatur wird öfters das Konzept „Caring“ als Eigenschaft der Pflege genannt. Auf Deutsch könnte es mit Fürsorge, sich sorgen oder „professioneller Sorge“ (ebd., 88) umschrieben werden. Es beschreibt aufmerksames, achtsames und empathisches Handeln auf einer zwischenmenschlichen Ebene. Jedoch eher aus Sicht der Pflegeperson, da die pflegerische Leistung nicht eine Vergütung der Patient\*innen erwarten kann. Es muss sozusagen der Wille da sein, sich für das Wohlbefinden einer anderen Person einzusetzen und verantwortungsvoll für sie zu handeln. Als Voraussetzung dafür sollte auf beiden Seiten Vertrauen bestehen. Grundlage dieser Verantwortung sollte eine ausreichende Auseinandersetzung mit den ethischen Werten und den eigenen moralischen Vorstellungen sein. Die innere Einstellung muss bestehen, um professionell fürsorglich agieren zu können (vgl. ebd., 88ff).

Gröning (2014) beschreibt „Pflege als Arbeit, die Würde schafft“ (Gröning 2014, 104). Sie passt somit nicht in veraltete Arbeitstheorien, die den Beruf der Pflege als abwertend bezeichnen. Viel eher bedarf es der Einordnung in eine Tätigkeit, „die zwingend zu einem menschenwürdigen Leben gehört“ (ebd., 107). Dabei bezieht sich Gröning auf Martha Nussbaums „primäre[...] Güter“ (ebd.), die notwendig sind, um würdig zu leben und unabdingbar sind. Die Philosophin ist der Meinung, dass die Pflege für jeden verfügbar sein muss, damit sie oder er Mensch sein und Würde erfahren kann. „Ohne [...Pflege] wäre ein menschenwürdiges Leben nicht führbar, weil sie unmittelbaren Schutz, Resonanz und eine sichere Basis bietet“ (ebd.).

Die Profession Pflege ist eine umfangreiche Berufung, die viele Kompetenzen auch auf persönlicher und zwischenmenschlicher Ebene verlangt. Im folgenden Kapitel soll nun die derzeitige Position des Berufes näher betrachtet werden, um eine Vorstellung davon zu bekommen, unter welchen Voraussetzungen die professionelle Pflege aktuell arbeitet (Kapitel 7.2.).

## 7.2. Aktuelle Situation des Pflegeberufes

Die Akademisierung der Pflege hebt nicht nur die Qualität der Ausbildung selbst an, sondern gibt dem Beruf auch eine „fachlich-wissenschaftliche Basis“ (Lademann 2018, 68). Die Weiterentwicklung einer Profession auf dem Fundament der Wissenschaft macht den Beruf anspruchsvoller und kann mehr Respekt davor schaffen. Die pflegewissenschaftliche Bewegung ist auch in Deutschland noch sehr jung, aber in den letzten Jahren hat sich dort ebenfalls das Studienangebot hinsichtlich der Pflegeausbildung geändert. In Deutschland steht seit 2017 die Ausbildung auf Hochschulniveau im Gesetz (vgl. ebd., 68-75).

Trotz der steigenden Zahlen an Studierenden, konnten in deutschen Einrichtungen dennoch weniger Pflegepersonen mit akademischem Abschluss „in der direkten Patient[\*inn]enversorgung“ (Dieplinger et al. 2018, 32) verzeichnet werden. Deshalb wird vermutet, dass die bestehenden Schwierigkeiten in der Praxis nicht ausreichend bearbeitet oder verändert werden. Es mangelt derzeit noch an fachlichen Strukturen, die aufgrund der fehlenden Fachkräfte nicht greifen können.

Auch in Österreich wird eine Veränderung der pflegerischen Praxis gewünscht, da der Pflegebedarf und die Ansprüche an die professionelle Pflege stetig steigen. Das Bachelorstudium wurde 2016 gesetzlich auf universitäre Ebene gebracht und der Tätigkeitsbereich, mit der Übernahme von bestimmten ärztlichen Aufgaben, erweitert. Zusätzlich bedarf es laut Dieplinger et al. (2018) auch an Ausbildungsmöglichkeiten mit Master- oder Doktoratsabschluss für „höhere[...] fachliche[...] Positionen“ (ebd.).

„Das Ziel muss eine Versorgung der Patient[\*inn]en auf höchstem pflegerischem Niveau sein. Um diesen Auftrag zu erfüllen, bedarf es eines Kompetenz- und Qualifikationsmixes (Skill und Grademix) in der Pflege, um auch zukünftig dem Pflegebedarf der Patient[\*inn]en bei gleichzeitig geringeren Personalressourcen gerecht zu werden.“ (ebd.)

Im Gegensatz zu Österreich und Deutschland gab es das Pflegestudium in den USA und in Großbritannien bereits schon vor 1900. Dort werden heutzutage auch Tätigkeiten in der primären Versorgung von der Pflege übernommen. Ähnliche Spezialisierungen gibt es auch in den skandinavischen Ländern. Laut

der Weltgesundheitsorganisation WHO muss die deutsche und österreichische Pflege noch viel aufholen.

Dieplinger et al. meinen, dass die österreichische Versorgung im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren sehr gefordert und besonders die Pflege davon betroffen sein wird. Chronische Erkrankungen und Krankheiten, die durch das Alter bedingt sind, treten vermehrt auf. Viele praktische Ärzt\*innen sind der Pension schon nahe, während die jüngere Generation veränderte Strukturen im Familien- und Arbeitsumfeld lebt. Beispielsweise gibt es mehr Singleeltern oder -haushalte und das Bedürfnis nach Flexibilität bei Arbeitszeiten steigt. Gleichzeitig verändert sich auch die Gesellschaft aufgrund von digitalen Ressourcen und neuen Möglichkeiten im Berufsleben. Die medizinischen Fachkräfte werden zum Beispiel mit Patient\*innen konfrontiert, die ihre Diagnosen via Internet vorab festgelegt haben und Therapien kritisch hinterfragen.

Es scheint wichtig, sich mit diesen Herausforderungen auseinanderzusetzen und den Mangel der Gesundheitsversorgung auszubessern. Tatsache ist, dass Defizite besonders in Bereichen entstehen, die sich überschneiden. Das kann unterschiedliche Berufsgruppen oder auch verschiedene Abteilungen betreffen. Die Kommunikation und Verknüpfung dieser Schnittstellen funktioniert nicht immer einwandfrei und einheitliche Strukturen fehlen in der Dokumentation und bei Qualitätsstandards. Das Ziel sollte ein interdisziplinäres und aufeinander abgestimmtes Gesundheitssystem sein.

Auch die Primärversorgung ist in Österreich noch ausbaufähig. Pflegekräfte könnten eine große Unterstützung für praktische Tätigkeiten im niedergelassenen Bereich werden und das Leistungsangebot der Ärzt\*innen erweitern. Die fachlichen Kompetenzen reichen von Wundversorgung über Injektions- und Infusionsverabreichung zu aufklärender Beratung und Anleitung bei Hilfsmitteln.

Im internationalen Vergleich ist durch die Akademisierung der Pflege eine Verbesserung im Gesundheitssystem zu beobachten. Besonders in der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten und in der Erweiterung der Handlungsbereiche könnte in Österreich noch einiges gelernt werden. Die Selbständigkeit von Pflegekräften sollte gefördert und primäre

Versorgungseinrichtungen ausgebaut werden. Dieplinger et al. sehen einen Verhandlungsbedarf, um die Eigenständigkeit der Pflege zu verbessern und letztendlich ein Umdenken in der Politik und bei Leistungsträger\*innen zu erreichen, damit Patient\*innen vom österreichischen Gesundheitssystem weiterhin profitieren können (vgl. ebd., 32-35).

Mit der Reformierung der Pflege beschreiben Potzmann und Korbel-Schindler (2019) neue Berufsbereiche, die mit dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 2016 festgelegt wurden. Es soll somit in Österreich eine Gesundheitskrankenpflege für Familien und Schulen geben, die besonders Kompetenzen zur Gesundheitsförderung stärken. Bis jetzt existieren aber noch keine expliziten Strategien und ausreichende Bedingungen zur Umsetzung. Ebenso ist es Pflegefachkräften nicht möglich, eine „Weiterverordnung von Medizinprodukten“ (Potzmann & Korbel-Schindler 2019, 25) durchzuführen, obwohl diese laut Gesetz bereits möglich sein sollten. Diese Leistung kann mit den Krankenkassen noch immer nicht abgerechnet werden (vgl. ebd.).

Auch Benedix und Kathmann (2019) vergleichen das österreichische Gesundheits- und Ausbildungssystem der Pflege mit dem in Deutschland. Sie heben den genauen gesetzlichen Rahmen in Österreich als positiv hervor. Es ist mit der Novelle 2016 klar geregelt, welche Kompetenzen der Pflegeberuf beinhaltet und wie die Ausbildung selbst strukturiert ist. Zusätzlich gibt es eine Aufgliederung der Berufsmöglichkeiten in Assistenztätigkeiten und deren Handlungsbereiche. Das Gesetz enthält außerdem die Voraussetzungen und Bedingungen der Spezialisierungen im Pflegeberuf. Geregelt sind auch medizinische Aufgaben, die, bis auf die Weiterverordnung von Hilfsmitteln, der Anordnung durch Ärzt\*innen unterliegen.

Problematisch gesehen werden jedoch die erneuerten Ausbildungen im Assistenzbereich. Nach Benedix und Kathmann könnte der qualifizierte Beruf der Pflege dadurch wieder entwertet werden. Zusätzlich sehen sie auch wenig Veränderung in der Wertschätzung des Pflegeberufes, obwohl die Fachkräfte mittlerweile auf Hochschulniveau ausgebildet werden. In der österreichischen Gesellschaft scheinen diese Veränderungen von der Gesellschaft noch wenig anerkannt zu sein (vgl. Benedix & Kathmann 2019, 99f).

In Bezug auf die aktuelle Situation des Pflegeberufes sollte auch die unverhältnismäßige Geschlechterverteilung der Profession nicht vergessen werden. Die Pflege ist nach Bechter (2010) weiterhin hauptsächlich durch Frauen vertreten. Die Klassifizierung von beinahe 200 Jahren, dass es sich hierbei um einen weiblichen Beruf handelt, besteht auch noch im 21. Jahrhundert. Mit den Erwartungen an das Gesundheitssystem und einer vermehrt älter werdenden Gesellschaft kann die Pflege jedoch nicht nur von Frauen getragen werden. Der Personalmangel besteht bereits jetzt und die Profession selbst verliert durch die hohe Belastung und die weniger attraktiven Gegebenheiten immer mehr an Pflegekräften.

„Belastende psychische und körperliche Arbeitsbedingungen, ungünstige Arbeitszeiten, geringe Karrierechancen, niedriger Lohn, schlechtes Image der Pflege, um nur einige Faktoren zu nennen, werden in diesem Zusammenhang öffentlich gemacht, doch wird die *geschlechterhierarchische* Arbeitsteilung im Praxisfeld Pflege als möglicher (Mit-) Austrittsgrund in die Problemdarstellung selten miteinbezogen.“ (Bechter 2010, 18, Hervorhebung im Original)

Laut Bechter ist eine „grundlegende Umstrukturierung“ (ebd., 22) erforderlich, um den Beruf der Pflege für die Zukunft zu sichern. Dafür müssten die Nachteile, die derzeit besonders Frauen betreffen, abgeschafft und geschlechtsspezifische Konstruktionen verändert werden. Meistens sind es noch immer Männer, die vermehrt Leitungspositionen einnehmen. Daher sollte eine geschlechtskritische Auseinandersetzung bereits in der Ausbildung etabliert werden, um die Wahrnehmung im Beruf selbst aus einer Genderperspektive betrachten zu können (vgl. ebd., 17-23). Unter den aktuellen Bedingungen soll nun ein Bild zur professionellen Pflege von älteren Frauen entstehen. Im folgenden Kapitel werden Probleme diesbezüglich hervorgehoben (Kapitel 7.3.).

### **7.3. Problematiken und Herausforderungen in der professionellen Pflege bei älteren Frauen**

Kulbe (2018) beschreibt die Pflege von älteren Menschen als eine Rolle, die von der pflegenden Person viel fordert. „Die geduldige Betreuung und eine

zugewandte menschliche Versorgung des alten/dementen uns ‚ausgelieferten‘ Menschen (weil hilflos, desorientiert, verwirrt ...) kann als berufliche Herausforderung gesehen werden“ (Kulbe 2018, 53). Die Konfrontation mit Erkrankungen, physischen und psychischen Prozessen, die besonders im höheren Alter auftreten, kann die eigene Unsicherheit in Bezug auf das Alter bestärken. Die Unheilbarkeit einer Krankheit und die Nähe zum Tod kann bei pflegenden Personen ein Gefühl von Hoffnungs- und Machtlosigkeit auslösen. Sie erleben den Fortschritt von körperlicher und geistiger Schwäche und die Abhängigkeit von pflegebedürftigen Menschen. Die Realität, wie verletzlich jemand im Laufe des Alters sein kann und die Gegenüberstellung mit dem Lebensende, löst häufig die Auseinandersetzung mit diesen Prozessen an der eigenen Person aus.

Besonders in der Betreuung von älteren Personen wird neben fachlichen Kompetenzen auch ein emotionales Verständnis erwartet. Der gepflegte Mensch muss der Pflegeperson vertrauen können und baut häufig eine Beziehung zu ihr auf. Das erfordert nicht nur Empathie, sondern auch eine Abgrenzung zu den eigenen Gefühlen (vgl. ebd., 53-56).

Auch Korečić (2005) sieht es als Herausforderung in der Pflege von älteren Menschen ein gesundes Gleichgewicht von persönlichem Abstand und Nähe zu den Patient\*innen zu erreichen. Sie beschreibt außerdem auch die Machtlosigkeit, welche häufig entsteht, wenn das Lebensende nah scheint und keine Möglichkeiten einer Heilung bestehen, als fordernd. Überdies müssen Pflegepersonen mit Scham und Ekel umgehen können und ihre Arbeit meist unter Personal- und Zeitmangel verrichten. Hinzu kommen oft das Fehlen von qualifizierten Fachkräften und ein erhöhter Aufwand von Verwaltungsaufgaben. Die Wertschätzung der Gesellschaft gegenüber dem Beruf ist meist gering und kann frustrierend für die Pflegeperson sein. Neben dem psychischen Druck leiden viele Pflegende überdies meist auch unter der körperlichen Last, die mit der Pflege von älteren Menschen besonders verbunden ist (vgl. Korečić 2005, 65).

Hirschberg und Kähler (2015) schreiben von sogenannten Stressoren, die Pflegekräfte belasten können. Sie verstehen Stress im Zusammenhang mit drastischen Belastungen, die den Körper und die Psyche betreffen können.

Dazu gehören Situationen, in denen Spannungen entstehen, die das eigene Wohlbefinden und die Beziehung einer Person zu ihrer sozialen Umgebung beeinträchtigen. Diese Belastungen können von außen oder von innen kommen, woraufhin die Betroffenen oft gestresst reagieren und sich anpassen müssen. Wenn Pflegende diesen Stresssituationen kontinuierlich ausgesetzt werden, ist die Psychosomatik ständig belastet und chronische Krankheiten, die zum Beispiel das Herz-Kreislaufsystem betreffen, wirken sich negativ auf die Leistung und das Wohlergehen aus. Hirschberg und Kähler beschreiben hier insbesondere „[a]ufgabenbezogene Stressoren“ (Hirschberg & Kähler 2015, 171), die sich auf die Zunahme von Aufgaben aufgrund des vermehrten Bedarfs von Pflegeleistungen beziehen. Die Anzahl an pflegebedürftigen Personen und der Anstieg an Krankheiten, die gleichzeitig im Alterungsprozess auftreten können, nehmen stetig zu. Parallel ist die Anzahl von Pflegekräften an die Pflegebedürftigen nicht angepasst worden. Zusätzlich besteht meist die Bewältigung von Schichtarbeiten, krankheitsbedingten Personalengpässen und andauernden Veränderungen im Team (vgl. ebd., 169ff).

Ähnlich wie Kulbe und Korečić sieht auch Grond (2011) die Herausforderung in einem angemessenen Verhältnis von Nähe und Abstand der professionellen Pflegekraft zu älteren Patient\*innen. Besonders im Hinblick auf die Sexualität können in der Beziehung von Pflegeperson und Patient\*in Spannungen entstehen. Die Pflegekraft muss häufig in die Intimsphäre der pflegebedürftigen Person eingreifen. Sie soll dabei einen sozialen Kontakt aufbauen und gleichzeitig professionell mit der Sexualität der fremden und der eigenen Person umgehen können.

„Die Pflegekraft als unbekannte Hilfsperson, als Mutter- und später in Kliniken als Geschwisterersatz [...] darf keine sexuellen Gefühle haben. Sie soll aber im Heim die starke Mutterfigur sein, die ihren pflegebedürftigen Vater im Doppelsinn des Wortes ‚auf den Arm nimmt‘, ihn am Busen hält, ihn zum Kind macht.“ (Grond 2011, 90)

Die Balance zwischen beruflichen Anforderungen und privater Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität kann für Pflegepersonen sehr herausfordernd sein. Bei einer Unausgeglichenheit neigen die Betroffen dazu,

überfordert und frustriert zu werden. Das kann sich im schlimmsten Fall auf die Gesundheit auswirken (vgl. ebd., 89-93).

Herausfordernd in der Pflege älterer Frauen scheinen nach Grond die Veränderungen der Sexualität, die Biographie jeder Frau und mögliche vergangene Gewalterfahrungen zu sein. Neben dem fehlenden sexuellen Kontakt, der mit dem Alter häufiger wird, und körperlichen Einschränkungen bleibt meistens auch die zärtliche Nähe aus. Gleichzeitig werden Gewalt und sexueller Missbrauch meist tabuisiert. Zum Beispiel haben manche Zeitzeug\*innen während des Zweiten Weltkrieges Vergewaltigungen und sexualisierte Gewalt erleben müssen und diese bis heute nicht aufarbeiten können. Außerdem sollten Pflegepersonen wissen, dass Gewalt von Männern an Frauen auch noch heute stattfindet. Daher bedarf es eines behutsamen Umgangs mit Pflegehandlungen bei älteren Frauen. Beispielsweise können beim Waschen, beim Legen eines Katheters oder der Stuhlabführung Traumata erneut erlebt werden. Auch die Pflege einer Frau durch einen Mann kann Ängste bei den Betroffenen hervorrufen. Die Patientinnen können darauf gereizt reagieren, die Pflegeperson anschreien oder auch schlagen (vgl. ebd., 33-38).

Böhmer (2012) weist darauf hin, dass diese Symptomatik nicht einfach als Hinweis für Erkrankungen im Alter hingenommen, sondern vielmehr traumatische Erlebnisse der betroffenen Frauen berücksichtigt werden sollten. Wichtig in der Pflege Betroffener ist die Vermittlung von Vertrauen und Selbstbestimmung. Die Pflegekraft sollte dabei aufmerksam sein und der Frau ein Gefühl von Sicherheit kommunizieren (vgl. Böhmer 2012, 31).

Im Zusammenhang mit Migrantinnen macht Grond auf die Konfrontation mit Beschneidungen im Genitalbereich und Genitalverstümmelung aufmerksam. In manchen Kulturen ist es noch immer Tradition, Frauen zu beschneiden. Meistens sind sie bereits im Kindesalter beschnitten worden und die Verarbeitung von schmerzhaften Geburten oder die dadurch entstandenen Furcht können während einer Pflegehandlung hervortreten (vgl. Grond 2011, 38).

Lenthe (2016) hebt im Kontext der transkulturellen Pflege besonders die Problematik der Interaktion und der unterschiedlichen Erwartungen aufgrund verschiedener Kulturhintergründe hervor. Meistens kommt es zu

Missverständnissen aufgrund von Kommunikations- und Sprachverständnisproblemen. In manchen Kulturen ist der Augenkontakt tabu oder es sind „[Körperliche Berührungen [...] mit einem Eindringen in den intimen Bereich des Menschen verbunden“ (Lenthe 2016, 113). Es handelt sich demnach um verbale aber auch nonverbale Kommunikationsprobleme (vgl. ebd., 107-113).

Herausforderungen für die Pflege von älteren Menschen aus unterschiedlichen Kulturen scheinen auch die Tabus, die bereits in Kapitel 6 behandelt wurden, zu sein.

Eine Berührung zwischen unverheirateten oder nicht miteinander verwandten Personen ist beispielsweise sowohl im Islam aber auch im Hinduismus verboten. Besonders das Enthüllen von Frauen gegenüber Männern ist tabuisiert. Daher sollte die Pflege nur durch eine gleichgeschlechtliche Person durchgeführt werden (vgl. ebd., 121f).

Nach Koch-Straubes (2007) Auseinandersetzung mit Migrant\*innen in der Altenpflege können einige Punkte zusammengefasst werden, die als Anforderung an die professionelle Pflege, aber gleichzeitig auch als Herausforderung gesehen werden können. Es muss ein Bewusstsein für kulturelle Unterschiede unter Einbezug der jeweiligen Biographie bestehen. Damit sollte eine Offenheit entwickelt werden, um unterschiedliche Vorstellungen vom Leben akzeptieren zu können. Soziale, politische, kulturelle und gesellschaftliche Zusammenhänge müssen berücksichtigt werden. Dabei darf es nicht zu Verallgemeinerungen kommen. Koch-Straube macht auf die Situation der Sprachbarriere aufmerksam, die nicht nur die Kommunikationskompetenzen von Pflegekräften fordert, sondern auch die Einbindung von Personal mit Migrationshintergrund anerkennt. Ältere Personen aus unterschiedlichen Kulturen sollten eine Art der Pflege erfahren, die ihre Herkunft im Alltag berücksichtigt (vgl. Koch-Straube 2007, 420f).

Anhand von Dreißigs (2005) Auseinandersetzungen zur Interaktion zwischen Patient\*innen mit Migrationshintergrund und medizinischem Personal lassen sich Bewältigungsstrategien zur Kommunikation auch allgemein herausfiltern. Sie empfiehlt Fortbildungen und Supervisionen, die sich besonders auf herausfordernde Bereiche konzentrieren und alternative Optionen im Dialog mit

Patient\*innen anbieten. Auf interkultureller Ebene bezeichnet zwar auch Dreißig „das Wissen über andere Kulturen als Schlüssel“ (Dreißig 2005, 234) der Kommunikation. Sie macht aber auch auf die Unmöglichkeit aufmerksam, über alle Kulturen aufgeklärt zu sein. Stattdessen schlägt sie vor, in der Interaktion neugierig zu sein, Patient\*innen einfach zu fragen und Interesse an der jeweiligen Person und an ihren kulturellen Hintergründen zu zeigen (vgl. ebd., 233-236).

Die Anforderungen an eine professionelle Pflege von älteren Frauen wirken herausfordernd und komplex. Dennoch scheint auch eine Auseinandersetzung mit der Pflege durch Angehörige relevant, da die Zahl an Angehörigen, die zuhause ältere Personen betreuen, sehr hoch geschätzt wird. Demnach widmet sich das folgende Kapitel der Angehörigenpflege (Kapitel 8.).

## **8. Pflege durch Angehörige**

Ältere Frauen erfahren nicht nur eine Pflege durch professionelle Pflegekräfte, sondern werden auch meist zuhause von Angehörigen begleitet. In diesem Kapitel werden Inhalte zur Angehörigenpflege näher dargelegt. In einem ersten Schritt soll ein Einblick in die Anforderungen und Aufgaben an pflegende Angehörige gegeben werden (Kapitel 8.1.). In einem zweiten Schritt werden Konflikte und Herausforderungen, die sich im Pflegesetting zuhause ergeben können, näher betrachtet (Kapitel 8.2.).

### **8.1. Aufgaben Angehöriger**

Die Angehörigenpflege meint nach Bold und Deußen (2013) die Betreuung und Unterstützung eines pflegebedürftigen Angehörigen durch eine Person, die den Betroffenen meist vertraut ist und nahe steht. Dabei handelt es sich häufig um eine einzelne Person, die für ihre Tätigkeit nicht bezahlt wird. Sie ist meist nicht nur für die Pflege der betreuten Person zuständig, sondern muss auch der Immobilität der Betroffenen mit regelmäßigm Körpertraining entgegenwirken. Sie kann auch die Verantwortung für Aufgaben im Haushalt oder den Einkauf übernehmen oder muss bei finanziellen Schwierigkeiten unterstützen.

Personen, die eine Angehörigenpflege übernehmen, müssen nicht unbedingt mit den Pflegebedürftigen verwandt sein. Es gibt genauso pflegende Angehörige, die den Betroffenen durch Freundschaft, Nachbarschaft oder aus dem Bekanntenkreis kennen. Die Hintergründe dazu sind verschieden. Meistens haben die pflegenden Personen mit den Angehörigen, die sie betreuen, vorher schon zusammengewohnt. Häufig besteht ein Gefühl der Verpflichtung, sich die Betreuung der Pflegebedürftigen zuzumuten. Oft liegt es auch daran, dass sie die Gepflegten vor Außenstehenden schützen und deren beziehungsweise auch den eigenen persönlichen Lebensbereich aufrechterhalten wollen. Gleichzeitig wissen auch viele nicht, auf welche Möglichkeiten professioneller Hilfe sie zurückgreifen können.

Die pflegenden Angehörigen haben meist eine gemeinsame Vergangenheit mit der pflegebedürftigen Person, weshalb die Betreuung durch ein Beziehungsverhältnis beeinflusst wird. Sie können aber oft, aufgrund einer fehlenden Ausbildung oder mangelndem Fachwissen, keinen Ersatz für eine professionelle Pflege darstellen. Zeitgleich kann auch die Auseinandersetzung mit Erkrankungen der Pflegebedürftigen oder deren Sterbeprozess ein Hindernis darlegen. Das Bewusstwerden einer Verschlechterung der Symptome und des Unterstützungsbedarfs kann Angehörige belasten. Laut Bold und Deußen besteht bei Angehörigen häufig auch ein Zeitproblem, das eine Betreuung rund um die Uhr fast unmöglich macht. Dennoch kann die Pflege von Angehörigen für die Betreuenden auch eine Aufgabe sein, welche diese im positiven Sinne erfüllt (vgl. Bold & Deußen 2013, 15-18).

Das österreichische Gesundheits- und Pflegesystem scheint auf pflegende Angehörige angewiesen zu sein. Aufgrund des Fachkräftemangels könnte die Betreuung von pflegebedürftigen Personen zuhause durch professionelle Pflege allein nicht gedeckt werden. Laut oesterreich.gv.at (2020) werden 80 Prozent der Pflegebedürftigen im eigenen Heim durch Personen betreut, die ihnen nahestehen. „Pflege ausschließlich durch professionelle Kräfte könnte sich der Staat nicht leisten“ (oesterreich.gv.at 2020). Allerdings gibt es Unterstützungsangebote, die Schulungen zur Angehörigenpflege anbieten und Angehörige untereinander vernetzen können. Dadurch können sie nicht nur persönliche Erfahrungen austauschen, sondern auch Beratung und Information

zu Diensten erhalten, die sie unterstützen können. Zugleich kann der Erhalt von Pflegegeld als Entlastung von Finanzproblemen dienen (vgl. ebd.).

Der Anspruch auf Pflegegeld besteht in Österreich seit 1993. Je nach Pflegebedarf können Betroffene in sieben unterschiedlichen Bezugsstufen eingeteilt werden. Diese finanzielle Unterstützung ist nicht von persönlichem Kapital oder Zuschüssen abhängig, sondern bezieht sich nur auf den individuellen Bedarf der Pflege (vgl. Statistik Austria 2021).

Ähnlich wie in Österreich hängt auch in Deutschland die Betreuung der pflegebedürftigen Personen von Angehörigen ab. Ehrlich und Kelle (2019) stellen fest, dass „es sich bei pflegenden Personen in großen Teilen um Privatpersonen [handelt]“ (Ehrlich & Kelle 2019, 176). Die Angehörigenpflege sei sogar von der Politik beabsichtigt. Der Personalmangel im Pflegebereich wird auch im deutschen Gesundheitssystem in nächster Zeit nicht bewältigt werden können und ist auf die Hilfe von pflegenden Angehörigen angewiesen. Gleichzeitig besteht bei vielen pflegebedürftigen Menschen auch das Bedürfnis nach einer Betreuung zuhause durch Personen, die ihnen nahestehen.

In einer Untersuchung von Ehrlich und Kelle lag der Fokus auf Personen, die die Pflege von Angehörigen übernehmen. Außerdem sollten Ablauf und Funktion dieser Betreuung ermittelt werden (vgl. ebd., 175f). „Datengrundlage für die Analysen bildet die Innovations-Stichprobe des Sozio-ökonomischen Panels“ (ebd., 183), welche jährlich in Deutschland erhoben wird. Diese enthält unterschiedliche Befragungsmodule, die „von Privathaushalten in Deutschland [...] über ein Standard-Random-Verfahren“ (ebd., 184) beantwortet werden. Für diese Untersuchung wurde der Bereich der informellen pflegerischen Betreuung miteinbezogen (vgl. ebd.). Die Ergebnisse zeigten, dass die meisten pflegenden Angehörigen weiblich sind. Im eigenen Zuhause ist es meist die\*der Ehepartner\*in, sonst pflegen Kinder oder Schwiegerkinder ihre pflegebedürftigen Eltern beziehungsweise Schwiegereltern. Besonders die Pflege im selben Haushalt scheint zeitintensiver zu sein, aber erhält im Gegensatz zu getrennten Haushalten weniger professionelle Hilfe (vgl. ebd., 196ff).

In manchen Kulturen ist die Unterstützung von außerhalb aber oft gar nicht gewünscht. Beispielsweise bei Menschen mit türkischer Migrationsbiographie.

Tezcan-Güntekin (2017) zeigt am Beispiel von Deutschland, dass die meisten pflegebedürftigen Personen, die aus der Türkei stammen, zuhause im Kreis der Familie gepflegt werden.

„Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen werden nur in geringem Maß in Anspruch genommen, was neben Scham und Isolation auf fehlende Informationen, sprachliche und kulturelle Barrieren, Diskriminierungserfahrungen durch deutsche Institutionen, aber auch der fehlenden Bedürfnisorientierung vorhandener pflegerischer Angebote zurückzuführen ist.“ (Tezcan-Güntekin 2017, 409)

Oft ist der Ablauf im ambulanten Bereich ein Stressfaktor für Pflegebedürftige und deren Familie, da die eigene Tagesroutine gestört wird. Zusätzlich gibt es auch finanzielle Zusammenhänge, die gegen eine professionelle Unterstützung sprechen. Darüber hinaus werden besonders Erkrankungen wie zum Beispiel Demenz in türkeistämmigen Familien tabuisiert, da sie oft mit einer Bestrafung der Sünden in Verbindung gebracht wird. Hier scheint eine Umgestaltung und Verbesserung zu Hilfsangeboten, Aufklärung und Beratung, besonders für Menschen mit Migrationshintergrund, noch ausbaufähig (vgl. ebd., 409f).

Nach dem österreichischen Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019) gibt es schätzungsweise 947.000 Personen in Österreich, die in die informelle Pflege eingebunden sind. Das sind knapp 10 Prozent der österreichischen Bevölkerung. Das geht aus einer Studie hervor, welche die Angehörigenpflege zuhause und in Institutionen näher betrachtete. Gemeinsam mit dem „Institut für Pflegewissenschaft“ führte das „Institut für Soziologie der Universität Wien“ (BMASGK 2019, 9) diese Untersuchung durch, um genauere Daten zur Situation der Angehörigen zu erheben.

In einem quantitativen Teil konnten 3.246 Fragebögen verwendet werden, die vorab durch Zufall an pflegende Angehörige geschickt wurden. Die Ergebnisse dieses Studienteils zeigten, dass noch immer mehr Frauen ihre Angehörigen zuhause und im institutionellen Setting pflegen. Die Personen sind im Durchschnitt 60 Jahre alt und 30 bis 40 Prozent haben zusätzlich einen Job. Die Betroffenen sind meist einer hohen Belastung ausgesetzt, aber viele pflegende Angehörige sehen auch eine positive Komponente in der

Beziehungsintensivierung mit der Person, die zuhause gepflegt wird. Meist bekommen sie dadurch ein Gefühl, dass sie gebraucht werden oder etwas ausgleichen können. Die pflegenden Personen, die in einem anderen Haushalt leben, suchen ihre Angehörigen meist regelmäßig auf. Ein Drittel sogar mehrfach am Tag. Ungefähr 20 Prozent pflegen ihre Angehörigen ohne weitere Unterstützung.

Anhand von Interviews wurden in einem qualitativen Teil der Studie unter anderem die Aufrechterhaltung der Pflege im Angehörigensetting und die Problematik der Angehörigenpflege näher betrachtet. Als Resultat daraus lässt sich neben der Individualität der Angehörigenentlastung, auch die Beratung und die Entmutigung zur professionellen Hilfe festhalten (vgl. ebd., 9-15).

Der Fokus auf Herausforderungen in der Angehörigenpflege wird im nächsten Kapitel (Kapitel 8.2.) gelegt.

## **8.2. Konfliktfeld Angehörigenpflege: Herausforderungen in der Pflege bei älteren Frauen**

Mit einer Gesellschaft, die immer älter wird, steigen auch die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen und der Bedarf an Pflege. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel (Kapitel 8.1.) hingewiesen wurde, nehmen pflegende Angehörige einen großen Anteil der pflegenden Personen ein. Die Betreuung von älteren Personen kann sehr herausfordernd und zeitaufwendig sein und scheint gerade für Nahestehende belastend. Meistens mangelt es an fachlichem Verständnis und Strategien zum Umgang mit diesen Stressfaktoren. Stollmayer und Großschädl (2019) untersuchten dazu belastende Faktoren, die sich in der Betreuung von Personen im letzten Lebensabschnitt für informelle Pflegende ergeben. Dafür wurden unterschiedliche Studien miteinbezogen und anhand eines Assessments zur Bewertung möglicher Belastungen entnommen. Die Ergebnisse wurden in allgemeine, körperliche, emotionale, soziale und sonstige Bereiche eingeteilt (vgl. Stollmayer & Großschädl 2019, 46)

Allgemein kann festgehalten werden, dass der Prozess des Sterbens meistens etwas Negatives für pflegende Angehörige darstellt. Aufgrund der fehlenden Hilfe und der vielfachen Herausforderungen, entsteht für viele Betroffene ein Zustand der Isolation. Angehörigenpflege ist oft unberechenbar und geballt,

kann Angst auslösen, aber auch berührend und ergreifend sein. Gleichzeitig können Begrenzungen in sozialer Hinsicht und auf Beziehungsebene durchbrochen werden und das gegenseitige Vertrauen auf die Probe gestellt werden.

Auf körperlicher Ebene fallen besonders Belastungen durch die andauernde physische Leistung an, die anstrengend sein kann und die Betroffenen in ihrer Gesundheit beeinträchtigen.

„[P]flegende Angehörige [leiden] vor allem unter emotionalem und posttraumatischem Stress [...], Schlafentzug [...] oder unter den mit dem Sterben einhergehenden, veränderten Gemütszuständen der pflegeabhängigen Personen.“ (ebd.)

Als psychische Belastung werden auch unbekannte Krankheitszeichen der Pflegebedürftigen, wie zum Beispiel Beschwerden beim Atmen, gesehen.

In sozialer Hinsicht können pflegende Angehörige besonders in ihrem persönlichen Lebensbereich eingeschränkt werden. Das kann sich auf finanzieller Ebene auswirken, bezieht sich aber auch auf die Verbindlichkeit, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen. Manche Personen wollen überdies keine fremde Unterstützung annehmen.

In den sonstigen Bereich fallen zum Beispiel die Organisation von Medikamentenbeschaffung und -verabreichung, aber auch das Wissen zu deren Wechsel- oder Nebenwirkungen (vgl. ebd.).

Stollmayer und Großschädl stellen außerdem fest, dass sich viele pflegende Angehörige von ihrer Außenwelt isolieren und vermehrt „gesundheitliche[...] Schäden (Depression, Schlafstörungen, Essstörungen und chronische Erkrankungen)“ (ebd., 47) davontragen. Gleichzeitig bleibt vielen aufgrund des Zeitaufwandes nichts anderes übrig, als sich in ihrem eigenen Beruf und ihrem Privatleben zurückzunehmen (vgl. ebd., 46f).

Büscher und Dorin (2014) sehen im Tätigkeitsbereich von pflegenden Angehörigen keine einheitliche Struktur. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben, die sich in der Betreuung von Pflegebedürftigen ergeben, weisen sie darauf hin, dass die Beschreibung von Angehörigenpflege durch einzelne Tätigkeiten weniger sinnvoll sei. Viel eher sehen sie eine Schutzfunktion, die Angehörige für nahestehende Menschen übernehmen, als Hintergrund für ihr

Handeln. Also kann angenommen werden, „dass es eher die Intention für eine Tätigkeit ist, die das Handeln pflegender Angehöriger beschreibt, als die Tätigkeit selbst“ (Büscher & Dorin 2014, 62).

In der Öffentlichkeit werden besonders psychische und körperliche Herausforderungen der Angehörigenpflege in den Vordergrund gerückt. Büscher und Dorin verweisen auf eine hohe Anzahl an Studienergebnissen, die sich mit diesen Belastungen auseinandersetzen. Jedoch können sich besonders die Veränderungen im Verhalten von Pflegebedürftigen negativ auf die Gesundheit der Angehörigen auswirken. Die Autor\*innen gehen davon aus, dass Personen, die demente Menschen betreuen, viel mehr belastet werden. Gleichzeitig kritisieren sie aber auch die mangelnden Hinweise in Studien auf die hohe Zufriedenheit in der Pflege von Angehörigen (vgl. Büscher & Dorin 2014, 61ff).

Eine Studie von Mair et al. (2010) untersuchte Belastungsfaktoren und Entlastungsmöglichkeiten informeller Pflegender, die Menschen mit Demenz in Tirol betreuten. Frauen sind von dieser Erkrankung mehr betroffen als Männer. Als Grund dafür sehen die Autorinnen den Unterschied in der Lebensdauer. Anhand von Interviews konnten 62 Personen befragt werden, die demente Angehörige pflegten. Die Ergebnisse zeigten eindeutig mehr weibliche Pflegende, etwa die Hälfte war in einem erwerbsfähigen Alter und vier Teilnehmer\*innen waren sogar über 80 Jahre alt. Zirka die Hälfte der Stichprobe waren eigene „Kinder [...]“ bzw. „Schwiegerkinder [...]“ (Mair et al. 2010, 11), die ihre dementen Eltern oder Schwiegereltern pflegten. Ungefähr ein Drittel der Teilnehmer\*innen betreuten die\*den eigene\*n Partner\*in zuhause. Die größten Belastungen sahen pflegende Angehörige im psychischen Verfall der Erkrankten, im großen Hilfsbedarf und in der veränderten Kommunikation. Zusätzlich kann die Beziehung zwischen der Angehörigen und der pflegebedürftigen Person leiden, wenn sich die Persönlichkeit der\*des Dementen verändert. Hinzu kommen Herausforderungen in persönlichen und beruflichen Beziehungen der Angehörigen. Das Verständnis von Außenstehenden ist meist nur gering vorhanden und viele Angehörige müssen im eigenen Beruf Einbußen hinnehmen.

In Bezug auf Entlastung bestand vermehrt der Wunsch nach „professionelle[r] Beratung“, „stundenweise[r] Betreuung“, „leistbare[r] Kurzzeitpflege“ und einem „leistbare[n] Tagesbetreuungsangebot“ (ebd.). Es wurde auch vermutet, dass eine vermehrte Aufklärung über die Erkrankung Demenz bei vielen Menschen nötig wäre (vgl. ebd., 9-13).

Immenschuh und Marks (2014) beziehen sich in der Angehörigenpflege besonders auf Herausforderungen, die Schamgefühle bei den Betroffenen auslösen können. Diese entstehen meistens, wenn sich die gepflegte Person vor der anderen entblößen muss und Unterstützung bei Körperpflege und Toilettengang benötigt. Gerade durch den Eingriff in die Intimsphäre eines Menschen können Grenzlinien durchbrochen werden, die zwischen zwei Individuen bestehen, auch wenn sie sich nahestehen. Dadurch können vergangene Konfliktsituationen hervorgerufen werden, die die Pflege beeinträchtigen. Scham kann bereits entstehen, wenn eine Person von einer anderen plötzlich abhängig ist und sich hilflos fühlt.

Laut Immenschuh und Marks steht Scham aber auch eng in Verbindung mit Aggression. Schamgefühle können bei pflegenden Angehörigen zum Beispiel auch durch Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken auftreten. Die Herausforderung besteht hier vor allem im Verhältnis zwischen dem Zulassen von Selbständigkeit und Autonomie der Erkrankten und dem Erkennen von Schwächen und Unterstützungsbedarf. Beschämend kann auch eine finanzielle Not sein, aufgrund deren Pflegekosten nicht übernommen werden können. Häufig wird die Angehörigenpflege von Einzelpersonen durchgeführt, die ohne fachliche Unterstützung überfordert sein können. Kommt es zu Komplikationen durch eine falsche Pflege, kann das für die Betroffenen sehr unangenehm sein. Auf der anderen Seite besteht die Angst davor, von anderen kritisiert zu werden, wenn sie eine pflegebedürftige Person in eine Einrichtung geben, und kann bei pflegenden Angehörigen ein Gefühl des Versagens auslösen (vgl. Immenschuh & Marks 2014, 76f).

Böhmer und Griese (2016) beschreiben auf Seiten der Angehörigenpflege aber auch im professionellen Pflegebereich ein Gefühl von Hilflosigkeit, wenn Frauen im höheren Alter Unsicherheit und Ängstlichkeit ausstrahlen. Diese Emotionen hängen meist mit vergangenen Gewalterlebnissen zusammen, die durch

Krankheit, Beeinträchtigung und Rückgang der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung im Alter wieder ausgelöst werden können (vgl. Bömer & Giese 2016, 23f). Böhmer et al. (2016) beschäftigen sich mit Trauma bezogenen Situationen und Gewalt an älteren Frauen. Böhmer (2016) stellt fest, dass Tätigkeiten, die frühere Traumata oder vergangene Belastungen auslösen können, in der Pflege älterer Frauen nicht auszuschließen sind. Oft sind diese Erlebnisse unbekannt, weshalb es bei der Unterstützung von betroffenen Frauen „immer wieder zu Grenzüberschreitungen kommen kann. So ist ja schon Körperpflege an sich grenzüberschreitend“ (Böhmer 2016, 41). Als Beispiel wird die anale Temperaturmessung genannt. Das kann bei Frauen, die sexuell misshandelt oder gewaltvoll behandelt wurden, Trauma-aktivierend wirken. Aber grundsätzlich stellt eine Rektaluntersuchung „für jede Frau eine schwerwiegende Grenzverletzung“ (ebd.) dar.

Auch Wilhelm (2016) hält fest, dass besonders die weibliche Generation im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg unterschiedliche Ereignisse erfahren hat, die sich traumatisierend auf die Frauen auswirken. Diese sind meist noch immer tabuisiert und nur wenige sprechen über diese Erfahrungen. Die Auswirkungen dieser Erlebnisse können im Kontext von pflegerischen Handlungen unterschiedlich in den Vordergrund treten. Beispielsweise kann die Eliminierung von Essensvorräten, die die Betroffenen sammeln, einen Streit auslösen. Oder um die Abhängigkeit von anderen nicht zugeben zu müssen, können Pflegebedürftige fremde Hilfe verweigern. Wilhelm nennt insbesondere die Pflege des Intimbereichs einer Frau, die Gewalterlebnisse in ihrer Biographie aufweist, als unangenehm und heikel für die Pflegenden (vgl. Wilhelm 2016, 53-59).

#### **ZWISCHENFAZIT: PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE RESPEKTVOLLE PFLEGE ÄLTERER FRAUEN IM BEREICH VON INTIMITÄT UND SEXUALITÄT**

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Intimität und Sexualität bei älteren Frauen stellt nicht nur professionelle Pflegekräfte vor Herausforderungen. Auch pflegende Angehörige können durch Grenzüberschreitungen und den Eintritt in eine fremde Intimsphäre überfordert sein.

Im zweiten Teil dieser Arbeit wurde versucht, ein Zugang zu Problematiken herzustellen, die sich in der Pflege von älteren Frauen ergeben. Diese können nicht nur Angehörige und Pflegende belasten, sondern auch die Würde der behandelten Personen gefährden. Nachfolgend werden diese Risikofaktoren zusammenfassend betrachtet und anschließend Lösungsansätze dargestellt, die eine würdevolle Pflege anstreben.

Durch ein Aufrollen der inhaltlichen Aspekte des Pflegeberufes ist besonders das schwierige Verhältnis von Distanz und Nähe in den Vordergrund getreten, welches in der Betreuung von älteren Menschen häufig auftritt. Besonders unter dem Aspekt der Sexualität können oft Spannungen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden entstehen. Durch den Eingriff in die Intimsphäre wie zum Beispiel bei der Körperpflege kann es zu Grenzüberschreitungen kommen, welche nicht nur unangenehm für Pflegende, sondern vor allem auch für Gepflegte sind. Manche Pflegeinterventionen können für ältere Frauen entblößend wirken und peinlich berührend sein.

Die Problematik stellt sich auch durch die Umstände dar, unter denen Pflegekräfte oft arbeiten müssen. Personal- und Zeitmangel sind Gründe für den Stress und die Frustration, die in diesem Beruf leider häufig vorkommen. Meist mangelt es an Wissen zu biographischen und kulturellen Hintergründen der Patient\*innen, die aber zum Beispiel im Fall von Gewalt oder Missbrauch zur Traumabewältigung nötig wären. Aufgrund dessen können Pflegehandlungen die Würde von Menschen verletzen, die Traumata wie beispielsweise eine Beschneidung verarbeiten müssen.

Im Bereich der Angehörigenpflege scheint neben der erhöhten physischen und psychischen Belastung auch der Wissensmangel als gefährdend für Pflegebedürftige zu sein. Das geringe Wissen zu fachlichen Hintergründen und Bewältigungsstrategien sowie zum richtigen Umgang mit Stress kann aber auch für Angehörige belastend sein. Unter diesen Umständen kann die Pflege von Angehörigen leiden und sich verletzend für die Beziehung zueinander auswirken. Die hohe Beanspruchung der Angehörigen ruft Emotionen hervor und löst bei der gepflegten Person im schlimmsten Fall einen Autonomieverlust durch ihre Abhängigkeit aus. Das Überschreiten von intimen Grenzen kann

neben Scham auch Aggression erzeugen und die Würde der Pflegebedürftigen gefährden.

Als Profession, die einen sehr engen Kontakt zum Menschen herstellt, scheint das Interesse am Individuum eine der höchsten Instanzen der Pflege darzustellen. Das setzt auch die Auseinandersetzung mit moralischen Vorstellungen und ethischen Werten voraus und verlangt nach einem Bewusstsein für individuelle Hintergründe. Kommunikation und Biographiearbeit können helfen, traumatische Erlebnisse von Patient\*innen zu verstehen und diese in der Pflege von betroffenen Personen zu berücksichtigen. Dabei hilft es, neugierig zu sein und Mut zu machen, über Belastendes zu reden. Die Aufmerksamkeit an einer Person und das Vermitteln von Vertrauen und Sicherheit kann die Selbstbestimmung fördern. Unterstützung im beruflichen Alltag stellen regelmäßige Fortbildungen und Supervisionen dar, die alternative Vorgehensweisen im Umgang mit älteren Frauen anbieten können.

Neben der Pflege selbst braucht es aber auch die nötigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem, die den regelmäßigen Austausch und den interdisziplinären Kontakt unterstützen.

Im Bereich der Angehörigenpflege ist nicht nur eine professionelle Betreuung und Beratung erwünscht, welche aufklärt und informiert, sondern auch die Umgestaltung und Verbesserung der gegebenen Hilfsangebote ist gefragt. Besonders die Unterstützung von Personen mit Migrationshintergrund verlangt eine Ausweitung ihrer Ressourcen. Pflegende Angehörige benötigen Förderung und Beistand in ihrer Arbeit, um sie selbst zu entlasten und die Würde der pflegebedürftigen Personen zu schützen.

Eine respektvolle Pflege ist ein Schritt zu mehr Lebensqualität und unabdingbar für das würdevolle Leben eines Menschen. Denn Pflege schützt und gibt Sicherheit und Anerkennung.

## **9. Schlusskapitel: Würdevoller Umgang mit Intimität und Sexualität im Leben älterer, pflegebedürftiger Frauen - Ethische Reflexionen**

In dieser Arbeit werden Problemstellungen untersucht, die sich in der Pflege von älteren Frauen ergeben können. Dabei liegt der Fokus vor allem auf Tabubereichen, die besonders im Alter bestehen. Diese umfassen nicht nur Standpunkte älterer Menschen allgemein, sondern konzentrieren sich auch auf Inhalte im Kontext von Frauen. Gegenstand dieser Literaturarbeit sind darüber hinaus auch Thematiken, die auf Seiten der Pflege tabuisiert werden.

Die Würde, als zentrales Kriterium der Frage nach dem Umgang mit Intimität in der Pflege, dient als Orientierungshilfe für eine ethische Betrachtung der Auseinandersetzung.

Kant sieht in der Befähigung des Menschen zur Autonomie den Grund für seinen Würdeanspruch. Jede Person zeichnet sich durch ihre Einzigartigkeit aus und hat ein moralisches Wesen. Diese Würde fordert eine Behandlung aller Menschen, auch sich selbst, entsprechend der eigenen Würde (vgl. Hildt 2019, 188ff). Aufbauend auf diese Auslegung scheint hier besonders der Würdebegriff aus der Sicht Rüegggers (2013) zutreffend. Die „normative Menschenwürde“ beschreibt er als eine Eigenschaft, die jedem Menschen innewohnt. Sie ist unabhängig und gleich für alle und definiert sich durch ihre Beständigkeit. Aufgrund des Menschseins selbst und seiner Einzigartigkeit hat jedes Individuum eine „unverlierbare“ und „unantastbare Würde“ (Rüegger 2013, 14). Die Doppeldeutigkeit der Würde manifestiert sich durch die „empirische Handlungs- und Situationswürde“, die die Verantwortung gegenüber dem würdevollen Leben anderer meint. Sie kennzeichnet sich durch einen respektvollen Umgang damit, indem eine Handlung mit Achtung vor der Würde der\*des anderen durchgeführt wird (vgl. ebd., 14-17).

Diese Konnotation des Würdebegriffs repräsentiert sich auch weitläufig in beiden Teilen dieser Arbeit. Der erste Teil stellt die normative Menschenwürde in seiner Akzeptanz von Intimität und Sexualität von älteren Frauen dar. Im zweiten Teil wird die empirische Handlungs- und Situationswürde im Tätigkeitsfeld der Pflege und im Umgang mit älteren Frauen stärker reflektiert.

Die Würde ist ein unumgänglicher Wert, der in seiner Ganzheitlichkeit zu verstehen ist und nicht getäuscht werden darf. Das Recht auf Würde ist in den allgemeinen Menschenrechten festgeschrieben und erklärt die Gleichwertigkeit jeder\*jedes Einzelnen. Würdevolles Verhalten spiegelt sich in der respektvollen Gestaltung des Umfelds anderer, die deren Autonomie wahrt und ein selbstbestimmtes Leben zulässt.

Die Hinführung zu einem würdevollen Umgang mit Intimität und Sexualität von älteren Frauen verlangte nach einer Betrachtung von möglichen Faktoren, die Herausforderungen im Zusammenhang mit Intimität und Sexualität bedingen. Dabei schien eine Auseinandersetzung mit Tabuthemen nötig, da diese häufig im intimen Kontext und mit Sexualität in Verbindung gebracht werden.

Guzy (2008) beschreibt eine kulturell abhängige Vorstellung von Verhaltensnormen, die in einer Gesellschaft anerkannt oder tabuisiert werden. Tabus sind dabei meist Themen, die Körper mit Unreinheit verbinden (vgl. Guzy 2008, 19f). Konkreter legt Adler (2018) Tabubereiche fest, die eng im Zusammenhang mit der Sexualität und dem Genitalbereich stehen. Im Alter werden neben der Sexualität aber auch die Wechseljahre der Frau, Depressionen, Körperveränderungen und der Versuch diese Alterserscheinungen zu optimieren, tabuisiert (vgl. Adler 2018, 7-11). Ebenso ist die Pflegebedürftigkeit im Alter meist mit Schamgefühlen behaftet. Ein Grund für diese Tabuisierung könnte, wie Büscher und Dorin (2014) formulieren, der plötzliche Eintritt in die Privatsphäre einer Person und die miteinhergehende Abhängigkeit von anderen sein (vgl. Büscher & Dorin 2014, 51f). Schamgefühle entstehen in unserer Gesellschaft aber auch im Zusammenhang mit Nacktheit und Nacktsein (vgl. Gernig 2002, 14).

Die Stereotypisierung von älteren Menschen kann entwürdigen und abwerten. Um diesen Vorurteilen entgegenzuwirken, kann das Bewusstsein und die Achtung vor „verschiedene[n] Lebensphasen [...], die alle ihre je eigenen Möglichkeiten und Grenzen, Aufgaben und Herausforderungen haben, alle aber in sich gleich wertvoll und bedeutsam sind“ (Rüegger 2013, 20), helfen. Die Menschenwürde muss unabhängig vom Alter respektiert und ernstgenommen werden.

Mit der Auseinandersetzung von gesellschaftlichen Tabus kristallisierten sich im Kontext von älteren Frauen unter anderem Themen wie das Empfinden von Lust, Selbstbefriedigung und Orgasmen heraus. Von der Tabuisierung der Sexualität und Intimität im Alter sind besonders Frauen stärker betroffen.

Unterschiedliche Körperveränderungen im Alterungsprozess können sich unangenehm auf ein positives Körpergefühl auswirken. Beispiele sind Inkontinenz oder eine Brustumputation. Besonders die Intimpflege wird durch diese Aspekte erschwert und erfordert eine behutsame Vorgehensweise (vgl. Bruckler 2013, 87-99). Viele Autor\*innen nennen, in Bezug auf ältere Frauen, die Veränderung des Körpers und die gesellschaftlichen Vorstellungen von idealer Schönheit als Herausforderung im Alter.

Ein würdevoller Umgang mit der Intimität von älteren Frauen lässt sich von Bieris (2013) Erläuterung zur Wahrung der Intimität einer Person ableiten. Es ist eine klare Trennung erforderlich zwischen dem, was sichtbar gemacht werden darf und dem, was verborgen bleiben sollte. Intimität ist etwas, das geschützt werden muss und für andere schwer zugänglich sein sollte (vgl. Bieri 2013, 157). Gleichzeitig scheint ein Bewusstsein für mögliche Gefahren, die die Intimsphäre verletzen können, nötig, um einen Würdeverlust zu vermeiden und Vertrauen nicht zu missbrauchen (vgl. ebd., 197ff).

Die Pflege von älteren Frauen sollte genug Wissen über sensibles Vorgehen beinhalten, damit der Kontakt mit dem Intimbereich eines Individuums nicht schambehaftet sein muss. Jochum et al. (2012) raten zu einem ausreichenden Schutz der betroffenen Person und der Aufklärung über den Pflegevorgang. Das kann helfen, Überforderung und Beschämung aufgrund von Unbehagen entgegenzuwirken (vgl. Jochum et al. 2012, 529f).

Aber auch die Beschäftigung mit der Vergangenheit einer älteren Frau kann förderlich sein, den Charakter und die Verhaltensweisen der Betroffenen besser zu verstehen. „Misshandlung, sexuelle Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigung im Krieg [...] oder] in der Ehe“ (Windisch 2011, 94) sind nur Beispiele für tabuisierte Themen, die besonders im Umgang mit älteren Frauen vergessen werden können.

Nach intensiver Auseinandersetzung kann die Intimität als ein Teil von Sexualität betrachtet werden, welcher meist verborgen bleiben soll. Sexualität

wird von vielen Autor\*innen mit intimen Prozessen in Verbindung gebracht und kann, durch die weiterhin bestehende gesellschaftliche Tabuisierung, Schamgefühle bei Menschen auslösen.

Im Zuge dieser Arbeit scheint Loewits (2013) Definition von Sexualität durchaus passend: „Sexualität als Geschlechtlichkeit, d. h. Frau- und Mann-Sein mit allen individuellen, gesellschaftlichen, kulturellen etc. Verflechtungen“ (Loewit 2013, 200). Sexualität ist weit mehr als das eigene sexuelle Bedürfnis. Es beinhaltet auch eine Erziehung und eine gesellschaftliche Haltung. Gerade für Frauen kann die Sexualität durch religiöse und kulturelle Erwartungen eingeschränkt werden und besonders im Prozess des Alterns scheinen Vorurteile in Bezug auf die Sexualität von Frauen zu bestehen.

Bartholomäus (1987) hat bereits in den 80er Jahren versucht, sich von einem nur biologischen Aspekt der Sexualität zu distanzieren. Stattdessen schreibt er ihr Inhalte wie ein positives Selbstwertgefühl, eine Beziehung zueinander, den Genuss und die Zuneigung sowie die Freude für das Lebendige und das Leben zu. Auch er unterstreicht die Ganzheitlichkeit und Individualität der Sexualität (vgl. Bartholomäus 1987, 210-232).

Eine umfassendere Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter erwarten auch Höllinger und Müller (2017). Neue Umgangsformen und mehr Akzeptanz können zu einem positiveren Bild in der Gesellschaft beitragen (vgl. Höllinger & Müller 2017, 117ff).

Im Zusammenhang mit älteren Frauen ist das Thema Einsamkeit ein Faktor, welcher immer wieder in den Vordergrund tritt. Die Literatur beschreibt, dass im Alter meist der Wunsch nach Geborgenheit und Interesse durch andere besteht. Ein würdevoller Umgang kann durch die Achtung dieser Bedürfnisse gefördert werden. Häufig stehen auch Attraktivität und Selbstwahrnehmung im Hintergrund. Die Studie von Gruchalla und Debus (2006) weist auf die Wichtigkeit der eigenen Attraktivität im Zusammenhang mit einer gesunden Psyche hin. Darüber hinaus besteht auch im Alter das Bedürfnis, die eigene Sexualität ausleben zu können (vgl. Gruchalla & Debus 2006, 8-12).

Ein angemessener Umgang mit der Sexualität von älteren Frauen schließt nach Grond (2011) die regelmäßige Reflexion und Diskussion der Thematik mit ein. Das betrifft auch die eigene Sexualität. Ein ausreichender Schutz vor der

Gefahr, sich mit der eigenen Nacktheit ausgeliefert zu fühlen, scheint essentiell. Das Bewusstsein muss bestärkt werden, dass Sexualität im Alter auch ein Teil der Profession Pflege ist, die die Menschenwürde miteinbezieht (vgl. Grond 2011, 10-91). Unterstützt wird diese Ansicht durch Koller und Spörhase (2019), die eine Notwendigkeit im regelmäßigen Austausch von unterschiedlichem Verhalten und individuellen Grenzen sehen (vgl. Koller & Spörhase 2019, 9-13). Die Ausbildung von professionellen Pflegekräften verlangt neben Selbstreflexivität auch Kommunikationspraxis. Diese Fähigkeiten können durch regelmäßige Bearbeitungen innerhalb von Fortbildungen oder Supervisionen gefördert und weiterentwickelt werden. Anhand von Dreißigs (2005) Vorschlägen zur Kommunikationsverbesserung kann ein gelungener Dialog durch Nachfragen und Ernstnehmen der Person entstehen und so Vertrauen geschaffen werden (vgl. Dreißig 2005, 233-236). Frauen können besser über Bereiche ihres Körpers reden, wenn ihnen mit Achtung und Wertschätzung auf einer vertrauensvollen Ebene begegnet wird. Dazu bedarf es der kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden, welche die betroffenen Frauen aufbauen und ermutigen.

Die professionelle Pflege wird oft als der Beruf bezeichnet, der den engsten Kontakt zu pflegebedürftigen Personen herstellt. Im Zentrum der Pflegearbeit liegt das Individuum Mensch in seiner Gesamtheit und Verletzlichkeit. Ziel ist die Erhaltung und Förderung eines autonomen und selbstbestimmten Lebens. Autonomie steht eng in Verbindung mit Würde, aber wird bei Bieri (2013) dennoch nicht automatisch als Voraussetzung dafür gesehen. Die Abhängigkeit von einer anderen Person stellt nicht immer sofort auch eine Gefahr dar. Abhängig sein muss nichts Negatives sein und kann in einer Beziehung auch auf Gegenseitigkeit beruhen (vgl. Bieri 2013, 43f).

Das Konzept „Caring“ scheint dabei ein Leitmotiv der Pflege darzustellen. Es erwartet die Vereinigung von empathischem, achtsamem und aufmerksamem Handeln auf einer zwischenmenschlichen Ebene, ohne eine Gegenleistung zu erwarten. Fundamental ist hierbei eine umfassende Beschäftigung mit ethischen Werten und der eigenen moralischen Einstellung für fürsorgliches Handeln (Müller 2018, 88ff). Mit Grönings (2014) Worten ist „Pflege [...] Arbeit, die Würde schafft“ (Gröning 2014, 104).

Nachdem der Überblick über die Religionen und Weltanschauungen in dieser Arbeit nur sehr skizzenhaft erfolgen kann, ist eine Stereotypisierung nicht auszuschließen. Besonders bei Frauen bestehen, kulturell gesehen, unterschiedliche Tabuisierungen von Sexualität, welche besonders für die Pflege signifikant sein können. Dennoch ist festzuhalten, dass individuelle Unterschiede immer mitbedacht werden müssen und es deshalb unabdingbar ist, die einzelne Frau nach ihren persönlichen Grenzen und Wünschen zu befragen.

Diese Bedingungen sind nicht nur im professionellen Setting wesentlich, sondern scheinen auch im privaten Umgang mit der Würde von älteren Frauen unumgänglich zu sein.

Als herausfordernd wird in der Literatur allerdings immer wieder das Gleichgewicht zwischen Abstand und Nähe zur pflegebedürftigen Person betont. Befindet sich dieses Verhältnis nicht in einem ausgewogenen Zustand, besteht Gefahr für die Würde eines Menschen. Differenzen können vor allem dann entstehen, wenn in die Intimsphäre eines Individuums eingegriffen wird (vgl. Grond 2011, 89-93). Besonders im Rahmen der transkulturellen Pflegebeziehung kann der würdevolle Umgang von älteren Frauen durch Missverständnisse und Unwissen gefährdet werden. Kommunikationsprobleme auf verbaler aber auch auf nonverbaler Ebene bedingen dieses Risiko (vgl. Lenthe 2016, 107-113). Die Berücksichtigung von kulturellen und sozialen Unterschieden können helfen, eine Pflege zu gewährleisten, die Würde respektiert (vgl. Koch-Straube 2007, 420f). Zusätzlich kann das Vermitteln von Sicherheit und Vertrauen beim Aufarbeiten von bestehenden traumatischen Erlebnissen helfen (vgl. Böhmer 2012, 31).

Mit dem Augenmerk auf ältere Frauen kann Herausforderungen die im Kontext von Intimität und Sexualität bestehen, mit Einbezug dieser Erkenntnisse entgegengewirkt werden. Dennoch steckt auch hinter jeder Person, die im Umgang mit älteren Frauen involviert ist, ein Mensch. Dieser Mensch hat aufgrund seiner beruflichen oder privaten Gegebenheiten auch eine Last mitzutragen. Diese kann die würdevolle Betreuung von älteren Frauen beeinflussen. Daher sollten auch der gesellschaftliche Umgang mit dieser Thematik und die unzureichenden Unterstützungsangebote für Pflegende

kritisch hinterfragt werden. Eine ressourcenorientierte Mitgestaltung und Verbesserung der Forderungen im Pflegealltag scheinen geringe Forderungen an eine Gesellschaft, die ein hohes Alter unter würdevollen Bedingungen anstrebt.

Erschreckend ist die Erkenntnis, die sich nach Bearbeitung dieses Themas herauskristallisiert, dass Frauen selbst in einer Demokratie noch immer keine Gleichberechtigung erleben dürfen. Besonders Frauen im höheren Alter werden noch immer Bedürfnisse abgesprochen, die eigentlich jedem Menschen zustehen würden, um ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Die anfangs gestellte Frage, welche ethischen Herausforderungen sich für die (professionelle) Pflege von älteren Frauen in Bezug auf Tabuthemen und Intimität ergeben, ließ sich meines Erachtens nach ausreichend beantworten. Der Einbezug unterschiedlicher Literatur führte zu einer Arbeit, die nicht nur entsprechende Inhalte für den Beruf der Pflege und die Pflegeausbildung aufarbeitet, sondern auch für Interessierte Erkenntnisse darlegt, die im Alltag hilfreich sein können.

Aufbauend auf dieser Arbeit könnte der Frage nachgegangen werden, welche Unterstützungsangebote sich Menschen aus transkultureller Sicht wünschen würden oder wie Gewalt an (älteren) Frauen eingeschränkt werden kann. Was müsste dabei in Bildungseinrichtungen und in unserem Gesundheitssystem verändert werden, damit auch auf gesellschaftspolitischer Ebene ein Umdenken stattfinden kann?

Es bleibt nur zu hoffen, dass mit dem Interesse an diesen Themen, eine Mehrheit erreicht werden kann, welche die Menschenwürde jeder\*jedes Einzelnen achtet und respektvoll behandelt. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die kritische Auseinandersetzung und Reflektion der aktuellen Gegebenheiten.

## **10. Abkürzungsverzeichnis**

DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
ebd.	ebenda
f	folgende Seite / nächste Seite
ff	fortfolgende Seiten / nächste und übernächste Seite
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
USA	United States of America (Vereinigte Staaten Americas)
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

## 11. Literaturverzeichnis

### Monographien:

Adler, Yael: *Darüber spricht man nicht. Dr. med. Yael Adler erklärt fast alles, was uns peinlich ist: weg mit den Körpertabus*. München: Droemer 2018.

Bartholomäus, Wolfgang: *Glut der Begierde - Sprache der Liebe. Unterwegs zur ganzen Sexualität*. München: Kösel 1987.

Bascha, Mika: *Mutprobe. Frauen und das höllische Spiel mit dem Älterwerden*. 1. Auflage. München: btb Verlag 2015.

Beauvoir, Simone de: *Das Alter (La Vieillesse). Essay*. Übers. v. Anjuta Aigner-Dünnwald u. Ruth Henry. 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2008.

Bieri, Peter: *Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde*. München: Hanser 2013.

Bold, Stefanie; Deußen, Marina: *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag 2013.

Brauchbar, Mathis; Heer, Heinz: *Zukunft Alter – Herausforderung und Wagnis*. München: Artemis Verlags GmbH 1993.

Bruckler, Ingrid: *Pflege alter Menschen. Ein Lehrbuch für Pflege- und Sozialbetreuungsberufe. Mit einem Schwerpunktkapitel zu Altersverirrtheit und Demenz*. 2. Auflage. Wien: Facultas 2013.

Büscher, Andreas; Dorin, Lena: *Pflegebedürftigkeit im Alter*. Berlin: De Gruyter 2014.

Denninger, Tina: *Alter(n) und Gesellschaft. Blicke auf Schönheit und Alter. Körperbilder alternder Menschen*. Wiesbaden: Springer 2018.

Dreißig, Verena: *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript Verlag 2005.

Görgen, Katharina: *Frauenfiguren im zeitgenössischen Bollywoodfilm. Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Moderne*. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos 2015.

Grond, Erich: *Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können*. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2011.

Gröning, Katharina: *Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2014.

Hilpert, Konrad: *Ethik des glückenden Lebens. Perspektivenöffnungen*. Freiburg: Herder Verlag 2018.

Immenschuh, Ursula; Marks, Stephan: *Scham und Würde in der Pflege. Ein Ratgeber*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2014.

Korečić, Jasenka: *Pflegestandards Altenpflege*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer 2005.

Kulbe, Annette: *Basiswissen Altenpflege. Gesundheit und Krankheit im Alter*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2018.

Lenthe, Ulrike: *Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*. 2. Auflage. Wien: Facultas 2016.

Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin: mit einer Einführung in die Ethik der Pflege*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer 2017.

Marschütz, Gerhard: *Theologisch ethisch nachdenken. Band 2: Handlungsfelder*. Würzburg: Echter Verlag 2011.

Messner, Irene: *Geschichte der Pflege*. 1. Auflage. Wien: Facultas 2017.

Steidl, Siegfried; Nigg, Bernhard: *Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege und Gesundheitsberufe*. 4. Auflage. Wien: Facultas 2014.

Straßburger-Lochow, Ilka; Waldmann-Rex, Susanne: *Gynäkologie und Geburtshilfe. Kurzlehrbuch für Pflegeberufe*. 5. Auflage. München: Urban Fischer Verlag 2011.

Windisch, Ingrid: *Die Nächste, bitte! Geschichten von Frauen im Alter aus der Sicht einer Palliativen Care-orientierten Hausärztin*. Innsbruck: Studienverlag 2011.

Sammelwerke:

Babitsch, Birgit: „Gesundheit und Krankheit älterer Frauen und Männer“, in: Kuhlmeier, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Bern: Huber 2008, Seite 144-155.

Bach, Doris: „Die Tabuisierung von Intimität und Sexualität im Alter“, in: Bach, Doris; Böhmer, Franz (Hg.): *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien: Böhlau 2011, Seite 159-172.

Bechter, Annelise: „Die Pflege als Ausdruck eines patriarchalen Paradigmas in der Geschlechter-Ordnung“, in: Appelt, Erna; Heidegger, Maria; Preglau, Max; Wolf, Maria (Hg.): *Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive*. Innsbruck: Studienverlag 2010, Seite 17-24.

Benthien, Claudia; Gutjahr, Ortrud: „Interkulturalität und Gender-Spezifität von Tabus. Zur Einleitung“, in: Benthien, Claudia; Gutjahr, Ortrud (Hg.): *Tabu. Interkulturalität und Gender*. München: Fink 2008, Seite 7-16.

Böhmer, Martina: „Projektergebnisse - Entwicklung von Pflegeanleitung und -dokumentation, Schulungskonzept sowie einem Gütesiegel zur traumasensiblen Pflege alter Frauen“, in: Böhmer, Martina; Giese, Karin; Paula e.V. (Hg.): *Ich fühle mich zum ersten Mal lebendig. Traumasensible Unterstützung für alte Frauen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2016, Seite 33-46.

Böhmer, Martina; Giese, Karin: „Traumasensible Unterstützung für alte Frauen“, in: Böhmer, Martina; Giese, Karin; Paula e.V. (Hg.): *Ich fühle mich zum ersten Mal lebendig. Traumasensible Unterstützung für alte Frauen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2016, Seite 19-32.

Büker, Christa: „Pflegeberuf Heute“, in: Büker, Christa; Lademann, Julia; Müller, Klaus (Hg.): *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2018, Seite 15-43.

BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018*. Wien: BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019.

Calmez, Angelika: „Verhüllte Reize. Erotik und Intimität im Islam“, in: Hofmeister, Klaus; Bauerochse, Lothar (Hg.): *Himmlische Lust. Religion und Sexualität - eine spannungsreiche Beziehung*. München: Claudius 2011, Seite 188-199.

Deutsch, Eva Maria: „Altern, Partnerschaft und Sexualität“, in: Knapp, Gerald; Spitzer, Helmut (Hg.): *Altern, Gesellschaft und soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich*. Klagenfurt: Mohorjeva Hermagoras Verlag 2010, Seite 386-413.

Fornadi, Ferenc; Csoti, Ilona; Boczkowski, Carmen: „Pflege von Patienten mit Morbus Parkinson“, in: Schewior-Popp, Susanne; Sitzmann, Franz; Ullrich, Lothar (Hg.): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. 12. Auflage. Stuttgart: Thieme 2012, Seite 1112-1119.

Gernig, Kerstin: „Bloß nackt oder nackt und bloß? Zur Inszenierung der Entblößung“, in: Gernig, Kerstin (Hg.): *Nacktheit. Ästhetische Inszenierungen im Kulturvergleich*. Köln: Böhlau 2002, Seite 7-30.

Goldmann, Ayala: „Enthaltsamkeit ist keine Tugend. Diskrete Leibfreundlichkeit im Judentum“, in: Hofmeister, Klaus; Bauerochse, Lothar (Hg.): *Himmlische Lust. Religion und Sexualität - eine spannungsreiche Beziehung*. München: Claudius 2011, Seite 131-143.

Grabner-Haider, Anton: „Sexualität und Religion: Konfliktfelder und Divergenzen“, in: Grabner-Haider, Anton; Wuketits, Franz M. (Hg.): *Erotik und Religion*. Aschaffenburg: Alibri Verlag 2015, Seite 37-130.

Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (Hg.): *Zivilisationskrankheit Diabetes. Ausprägungen - Lösungsansätze - Herausforderungen: österreichischer Diabetesbericht 2013*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit 2013.

Guzy, Lidia: „Tabu – Die kulturelle Grenze im Körper“, in: Frietsch, Ute; Hanitzsch, Konstanze; John, Jennifer; Michaelis, Beatrice (Hg.): *Geschlecht als Tabu*.

*Orte, Dynamiken und Funktionen der De/Thematisierung von Geschlecht.*  
Bielefeld: Transcript-Verlag 2008, Seite 17-22.

Heller, Birgit: „Wissen, Weisheit und Geschlecht. Ambivalente Geschlechtskonstruktionen in Hindu-Traditionen“, in: Höpflinger, Anna-Katharina; Jeffers, Ann; Pezzoli-Olgiati, Daria (Hg.): *Handbuch Gender und Religion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG 2008, Seite 111-124.

Hildt, Moritz: „Was anderen gebührt. Kant über Achtung und Würde“, in: Höffe, Otfried (Hg.): *Immanuel Kant. Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre*. Berlin / Boston: De Gruyter 2019, Seite 181-197.

Hirschberg, Kathrin-Rika Freifrau von; Kähler, Bjørn: „Positionspapier: Psychische Belastungen in der Pflege und die Rolle der Pflegedokumentation“, in: Behr, Thomas (Hg.): *Aufbruch Pflege. Hintergründe - Analysen - Entwicklungsperspektiven*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2015, Seite 163-186.

Hörl, Josef: „Gewalt gegen ältere Menschen in der Familie“, in: Knapp, Gerald; Spitzer, Helmut (Hg.): *Altern, Gesellschaft und soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich*. Klagenfurt: Mohorjeva Hermagoras Verlag 2010, Seite 414-434.

Jochum, Simone; Fröhlich, Andreas; Nies, Christoph: „ATL Kommunizieren“, in: Schewior-Popp, Susanne; Sitzmann, Franz; Ullrich, Lothar (Hg.): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. 12. Auflage. Stuttgart: Thieme 2012, Seite 512-522.

Jochum, Simone; Lehmann, Susanne; Nies, Christoph: „ATL Kind, Frau, Mann sein“, in: Schewior-Popp, Susanne; Sitzmann, Franz; Ullrich, Lothar (Hg.): *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. 12. Auflage. Stuttgart: Thieme 2012, Seite 524-535.

King, Ursula: „Gender-kritische (Ver-)Wandlungen in der Religionswissenschaft. Ein radikaler Paradigmenwechsel“, in: Höpflinger, Anna-Katharina; Jeffers, Ann; Pezzoli-Olgiati, Daria (Hg.): *Handbuch Gender und Religion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG 2008, Seite 29-40.

Koch-Straube, Ursula: „MigrantInnen in der Altenpflege“, in: Domenig, Dagmar (Hg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber 2007, Seite 411-423.

Kohli, Martin; Künemund, Harald: „Soziale Netzwerke“, in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, Seite 309-314.

Koš, Julija: „Sexualität und Sexualerziehung im Judentum“, in: Müller, Sigrid; Morcinięc, Piotr Jan (Hg.): *Sexualpädagogik. Anregungen zum Weiterdenken*. 1. Auflage. Wien: Facultas 2021, Seite 77-103.

Künemund, Harald; Schroeter, Klaus R.: „‘Alter’ als soziale Konstruktion – eine soziologische Einführung“, in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, Seite 393-401.

Lademann, Julia: „Entwicklung des Pflegeberufes“, in: Büker, Christa; Lademann, Julia; Müller, Klaus (Hg.): *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2018, Seite 44-80.

Lehnert, Martin: „Jenseits der Geschlechterpolarität? Zu buddhistischen Kategorien der sexuellen Differenz“, in: Höpflinger, Anna-Katharina; Jeffers, Ann; Pezzoli-Olgati, Daria (Hg.): *Handbuch Gender und Religion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG 2008, Seite 125-143.

Müller, Klaus: „Berufsverständnis“, in: Büker, Christa; Lademann, Julia; Müller, Klaus (Hg.): *Moderne Pflege heute. Beruf und Profession zeitgemäß verstehen und leben*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2018, Seite 81-102.

Müller, Sigrid; Morcinięc, Piotr Jan: „Sexualpädagogik: Notwendigkeit und Herausforderung. Eine theologisch-ethische Perspektive“, in: Müller, Sigrid; Morcinięc, Piotr Jan (Hg.): *Sexualpädagogik. Anregungen zum Weiterdenken*. 1. Auflage. Wien: Facultas 2021, Seite 7-32.

Norsworthy, Kathryn L.: „Integrating Feminist Theory and Engaged Buddhism. Counseling Women Survivors of Gender-Based Violence“, in: Tsomo, Karma Lekshe (Hg.): *Buddhist Women and Social Justice. Ideals, challenges, and*

achievements. New York: State University of New York Press 2004, Seite 101-116.

Pichler, Barbara: „Aktuelle Altersbilder: ‚junge Alte‘ und ‚alte Alte‘“, in: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, Seite 415-426.

Reinprecht, Christoph: „Altern und Migration“, in: Knapp, Gerald; Spitzer, Helmut (Hg.): *Altern, Gesellschaft und soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich*. Klagenfurt: Mohorjeva Hermagoras Verlag 2010, Seite 158-177.

Riepe, Matthias: „Psychische Störungen und Krankheiten im Alter“, in: Kuhlmeier, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Auflage. Bern: Huber 2008, Seite 97-106.

Schaffer, Hanne Isabell: „Frauen sterben anders?! Hohes Lebensalter und letzte Lebensphase aus der Perspektive einer genderspezifischen Alterssoziologie“, in: Wasner, Maria; Pankofer, Sabine (Hg.): *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer 2014, Seite 172-180.

Schröder, Hartmut: „Zur Kulturspezifik von Tabus. Tabus und Euphemismen in interkulturellen Kontaktsituationen“, in: Benthien, Claudia; Gutjahr, Ortrud (Hg.): *Tabu. Interkulturalität und Gender*. München: Fink 2008, Seite 51-70.

Spitzer, Helmut: „Alter, Sterben und Tod. Vom schwierigen Umgang mit der fast vollendeten Biographie“, in: Knapp, Gerald; Spitzer, Helmut (Hg.): *Altern, Gesellschaft und soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von alten Menschen in Österreich*. Klagenfurt: Mohorjeva Hermagoras Verlag 2010, Seite 458-474.

Steinbeiß, Martina: „Intimität und Sexualität - auch heute noch ein Tabu in der Pflege?“, in: Bach, Doris; Böhmer, Franz (Hg.): *Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter*. Wien: Böhlau 2011, Seite 141-145.

Tsomo, Karma Lekshe: „Family, Monastery, and Gender Justice. Reenvisioning Buddhist Institutions“, in: Tsomo, Karma Lekshe (Hg.): *Buddhist Women and Social Justice. Ideals, challenges, and achievements*. New York: State University of New York Press 2004, Seite 1-19.

Wilhelm, Inka: „Unsichtbare Wunden? - Die Pflege und Versorgung von Zeitzeuginnen des Zweiten Weltkriegs“, in: Böhmer, Martina; Griese, Karin; Paula e.V. (Hg.): *Ich fühle mich zum ersten Mal lebendig. Traumasensible Unterstützung für alte Frauen*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2016, Seite 47-71.

Artikel:

Becker, Jens; Gulyas, Jennifer: „Armut und Scham – über die emotionale Verarbeitung sozialer Ungleichheit“, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 58 (01), 2012, Seite 83–99.

Benedix, Ulf; Kathmann, Till: „Neue Wege der Pflegeausbildung. Anspruch und Leistungen der Pflegeberufereform für die Attraktivität der Pflegearbeit“, in: *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen* 29, 2019, <http://hdl.handle.net/10419/200979>, (Zugriff 17.12.2020).

Blickenstorfer, Kerstin: „Sexualität und Menopause“, in: *Gynäkologische Endokrinologie* 15 (03), 2017, Seite 200-204.

Böhmer, Martina: „Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen“, in: *Sozial Extra* 36 (5-6), 2012, Seite 29-31.

Brügger, Sarah; Perler, Laura; Jaquier, Adrienne; Sottas, Beat: „»Dadurch, dass wir Mädchen sind, war die Erwartung von allen viel größer.« Geschlechtsspezifische Besonderheiten der informellen Pflege“, in: *Gender – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 7 (02), 2015, Seite 113-129.

Buschmeyer, Anna; Tolasch, Eva: „»Ein Löffelchen für dich und eins für mich« - (Ver)Handlungen von professioneller Intimität durch Vermeidung von Privatheit“, in: *Feministische Studien* (01), 2014, Seite 9-23.

Delisle, Birgit: „Sexualität der Frau in den verschiedenen Lebensphasen“, in: *Uro-News* 15 (7-8), 2011, Seite 24-28.

Dieplinger, Anna Maria; Nestler, Nadja; Osterbrink, Jürgen: „Was auf Österreich zukommt“, in: *ProCare* 23 (05), 2018, Seite 32-35.

Ehrlich, Ulrike; Kelle, Nadiya: „Pflegende Angehörige in Deutschland. Wer pflegt, wo, für wen und wie?“, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 65 (02), Seite 175-203.

Gruchalla, Brigitte von; Debus, G.: „Körperlichkeit und Sexualität der älteren Frau - Chance oder Tabu für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte? Anamnese und Konsequenzen für die frauenärztliche Praxis“, in: *Journal für Menopause* 13 (04), 2006, Seite 8-12 [Ausgabe für Österreich].

Höllinger Stephanie; Müller, Sigrid: „Sexualität im Alter als ethische Herausforderung“, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 63 (02), 2017, Seite 109-121.

Iecovich, Esther; Jacobs, Jeremy M.; Stessman, Jochanan: „Loneliness, social networks, and mortality. 18 years of follow-up“, in: *The International Journal of Aging and Human Development* 72 (03), 2011, Seite 243-263.

Koller, Jan; Spörhase, Ulrike: „Die Herausforderung grenzüberschreitender Sexualität in der stationären Altenpflege. Eine explorative Studie zu den Handlungsstrategien von Pflegekräften“, in: *Procare: Das Fortbildungsmagazin für Pflegeberufe* 24 (05), 2019, Seite 7-15.

Lacher, Simone; Wettstein, Albert; Senn, Oliver; Rosemann, Thomas; Hasler, Susann: „Types of abuse and risk factors associated with elder abuse“, in: *Swiss Medical Weekly* 146, 2016, Seite 1-10.

Loewit, Kurt: „Sexualität und Alter“, in: *Der Gynäkologe* 46 (03), 2013, Seite 199-205.

Mair, Anita; Mayer-Kleiner, Roswitha; Fritz, Elfriede: „Subjektive Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige von Tiroler Demenzkranken“, in: *ProCare* 15 (09), 2010, Seite 9-14.

Mayer, Tamaris: „2. März 2003: Tag der Kranken: palliative Betreuung - ein Tabu in unserer Gesellschaft“, in: *Curaviva* 74 (02), 2003, Seite 17-18.

Neises, Mechthild: „Betreuung der Frau im Klimakterium und Senum“, in: *Der Gynäkologe* 34 (04), 2001, Seite 324-332.

Potzmann, Elisabeth; Korbel-Schindler, Wolfgang: „Organisation und Entwicklung des Pflegeberufs in Österreich“, in: *Österreichische Pflegezeitschrift. Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes* 72 (04), 2019, Seite 23-25.

Rüegger, Heinz: „Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen“, in: *Curaviva*, 2013,

[https://www.curaviva.ch/files/PGSV4KM/wuerde\\_und\\_autonomie\\_im\\_alter\\_heinz\\_rueegger\\_curaviva\\_schweiz\\_2013.pdf](https://www.curaviva.ch/files/PGSV4KM/wuerde_und_autonomie_im_alter_heinz_rueegger_curaviva_schweiz_2013.pdf), (Zugriff 01.05.2020).

Stollmayer, Daniela; Großschädl, Franziska: „Pflege in der letzten Lebensphase. Belastungen pflegender Angehöriger im häuslichen Setting“, in: *ProCare* 24 (09), 2019, Seite 46-47.

Sontag, Susan: „The Double Standard of Aging“, in: *The Saturday Review* 55 (39), 1972, Seite 29-38.

Tezcan-Güntekin, Hürrem: „Türkeistämmige Menschen mit Demenz. Pflegende Angehörige stärken“, in: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins* (09), 2017, Seite 408-410.

Thomas, Holly N.; Hess, Rachel; Thurston, Rebecca C.: „Correlates of Sexual Activity and Satisfaction in Midlife and Older Women“, in: *Annals of family medicine* 13 (04), 2015, Seite 336-342.

*Vereinte Nationen*: „Generalversammlung: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“, 1948, <https://www.un.org/Depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, (Zugriff 10.06.2020).

Weber, Marianne: „Sucht im Alter – Ein Tabu“, in: *PS-Info: Neues von Pro Senectute Schweiz* (01), 2011, Seite 5.

Wylie, Kevan R.; Wood, Alison; McManus, Ross: „Sexuality and old age“, in: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (02), 2013, Seite 223-230.

Zangão, Otília; Mendes, Felismina: „Nurse educators' perceptions of the way nursing students protect patient privacy“, in: *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48 (02), 2014, Seite 171-177.

#### Internetquellen:

„Allgemeines zum Thema »Pflegende Angehörige«“, in: [oesterreich.gv.at](https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/5/Seite.360524.html), <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/5/Seite.360524.html>, letzte Aktualisierung 01.01.2020 (Zugriff 01.04.2020).

„Betreuungs- und Pflegedienste“, in: *Statistik Austria. Die Informationsmanager*, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html), letzte Aktualisierung 20.02.2020 (Zugriff 01.04.2020).

„Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund“, in: *Statistik Austria. Die Informationsmanager*, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_migrationshintergrund/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html), letzte Aktualisierung 08.09.2020 (Zugriff 22.10.2020).

„Bevölkerung nach Alter und Geschlecht“, in: *Statistik Austria. Die Informationsmanager*, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html), letzte Aktualisierung 19.12.2019 (Zugriff 01.04.2020).

„Bundesplegegeld“, in: *Statistik Austria. Die Informationsmanager*, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/bundesplegegeld/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundesplegegeld/index.html), letzte Aktualisierung 04.01.2021 (Zugriff 05.01.2021).

Payer, Margarete: Internationale Kommunikationskulturen, <http://www.payer.de/kommkulturen/kultur042.htm#4.1.>, letzte Aktualisierung 12.06.2006 (Zugriff: 24.10.2020).

„Pensionen“, in: *Statistik Austria. Die Informationsmanager*, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/gender-statistik/pensionen/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/pensionen/index.html), letzte Aktualisierung 04.03.2020 (Zugriff: 28.08.2020).

## 12. Zusammenfassung / Abstract

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit Herausforderungen, die sich für die Pflege von älteren Frauen ergeben und legt ihren Fokus dabei besonders auf die Themenbereiche Sexualität und Intimität. Die Pflege betrifft in diesem Fall nicht nur die Profession selbst, sondern umfasst auch die Betreuung durch Angehörige. Als roter Faden führt die unantastbare Würde des Menschen durch die Arbeit und macht auf Gefahren aufmerksam, die besonders durch Tabuisierung entstehen können.

Aufbauend auf allgemeinen Tabuthemen, welche im Prozess des Alterns entstehen können, werden Zusammenhänge beschrieben, die besonders für ältere Frauen abwertend sein können und sie in ihrer Individualität und Autonomie einschränken.

Die Auseinandersetzung zeigt, dass eine umfassendere Beschäftigung mit den Themen Sexualität, Intimität und Würde im Alter auf gesellschaftspolitischer Ebene anzustreben wäre. Aber auch im Bildungs- und Erziehungsbereich können sensiblere Umgangsformen und mehr Akzeptanz zu einem positiveren Bild von älteren Frauen in der Gesellschaft beitragen.

This master's thesis deals with the challenges that arise in relation to the care of elderly women, focusing particularly on the topics of sexuality and intimacy. In this context, the term "care" does not only refer to the profession itself, but also includes the care provided by relatives. Serving as a common thread that runs through the entire paper, the inviolable dignity of human beings will draw attention to some of the dangers that can arise, particularly as a result of taboos.

Building on general taboo subjects that can arise in the course of the aging process, contexts are described that can be particularly pejorative for elderly women and thereby limit them in their individuality and autonomy.

On the basis of literary research, this thesis concludes that approaching the topics of sexuality, intimacy and dignity in old age more openly and comprehensively should be strived for at the socio-political level. Additionally, more accepting and sensitive approaches in the educational sector can also contribute to a more positive image of elderly women in society.