

Faber Ariane, Faber Daniela

Sexualität im Alter – speziell bei an Demenz erkrankten Menschen

MASTERARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2017

Faber Ariane, Faber Daniela

Sexualität im Alter – speziell bei an Demenz erkrankten Menschen

eingereicht als

MASTERARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2017

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. rer. pol. Sebastian Noll

Inhaltsverzeichnis

Bibliografische Beschreibung:	0
Referat	0
1 Einleitung*	1
2 Allgemeine Betrachtungen der Sexualität und Alter*	3
2.1 Wandlung der Alterssexualität und Gesellschaft*.....	4
2.2 Gesellschaftliche Tabuisierung der Alterssexualität und theoretische Annahmen*	9
3 Entwicklung der Partnerschaft im Alter und Auswirkungen auf den Bereich der Sexualität alter Menschen*	16
3.1 Lebensumstände die zu Krisen in älteren Partnerschaften führen können*	19
3.1.1 Die sich verändernde Elternschaft als Herausforderung für Paare*	19
3.1.2 Der Renteneintritt als Herausforderung für Partnerschaften*	21
3.1.3 Vorliegende Pflegebedürftigkeit als tiefgreifender Lebenschnitt*	23
3.2 Sexuelle Aktivität im Alter*	27
3.3 Sexuelles Interesse und Empfinden alter Menschen*	29
4 Art und Weisen sexueller Erlebnisse bei alten Menschen*	34
4.1 Heterosexualität*	35
4.2 Homosexualität*	35
4.3 Bisexualität*	36
4.4 Masturbation*	36
4.5 Asexualität*	37
4.6 Alternde Frauen und Männer anderer Kulturen*	37
5 Sexuelle Altersveränderungen der Geschlechter und körperliche Abläufe*	38
5.1 Nachlassende Sinneseindrücke im Alter und ihre anregende Wirkung*	38
5.2 Das Gehirn als menschliches Lustorgan*	40
5.3 Körperliche und hormonelle Veränderungen im Alter*	41

5.4 Körperliche Veränderungen alternder Frauen*	44
5.5 Körperliche Veränderungen alternder Männer*	47
5.6 Handlungsstrategien im Umgang mit körperlichen Altersveränderungen im Bereich der Sexualität*	48
5.7 Sexuelle Funktionsstörungen bei alternden Menschen*	51
6 Aspekte sexueller Zufriedenheit im Alter und professioneller Anspruch*	54
6.1 Handlungsfelder Sozialer Arbeit*	60
7 Sexualität im Alter bei Demenzerkrankungen**	61
7.1 Überblick über die Krankheit Demenz**	61
7.2 Kategorisierung von Demenz**	62
7.2.1 Primäre Demenzen**	63
7.2.2 Die Alzheimer-Krankheit**	63
7.3 Die Vaskuläre Demenzerkrankung**	65
7.4 Zusammenfassung anderer Demenztypen**	66
7.5 Sekundäre Demenz**	68
8 Symptome und Verlauf einer Demenz**	68
8.1 Alzheimer-Krankheit**	69
8.2 Gefäßkrankheiten**	71
8.3 Lewy-Körperchen-Krankheit**	71
8.4 Frontotemporale Degenerationen**	72
8.5 Frontotemporale Demenz (Verhaltensvariante)**	72
8.6 Nicht-flüssige progrediente Aphasie**	73
8.7 Sematische Demenz**	73
9 Realitätsempfinden bei Demenzerkrankten Menschen**	74
10 Auswirkung der Demenz auf die Sexualität**	75
10.1 Der Aufbau des Gehirns**	76
10.2 Das limbische System**	77

10.3 Das Stirnhirn**	78
10.4 Das Schläfenhirn**	79
10.5 Das Scheitelhirn**	80
10.6 Das Hinterhaupthirn**	82
10.7 Ablauf der sexuellen Reaktion**	83
10.8 Störungen der sexuellen Funktion**	84
11 Sexualität und Partnerschaft mit Demenz**	85
12 Sexuelles Verhalten bei Demenz**	95
13 Beziehungen neu aufbauen und Lösungen finden**	98
14 Umgang mit ethischen Dilemmas**	108
15 Probleme erkennen und Lösungen finden**	118
16 Schlusswort*	122
Literaturverzeichnis	I
Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit	V

* von Ariane Faber verfasst

** von Daniela Faber verfasst

Bibliografische Beschreibung:

Faber Ariane, Faber Daniela:

Sexualität im Alter – speziell bei an Demenz erkrankten Menschen

Mittweida, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Masterarbeit, 2017

Referat

Die vorliegende Masterarbeit besteht im Gesamten aus zwei Teilen. Der erste Teil betrachtet die Sexualität im Alter innerhalb eines allgemeinen Blickwinkels. Hier wird insbesondere die Sexualität von alternden Menschen als Begriff, Bedürfnis und gesellschaftliche Tabuthematik betrachtet. In diesem Zusammenhang wird auf geschlechtsspezifische Veränderungsprozesse im Alter eingegangen und die sich verändernde Partnerschaft und Sexualität von Menschen dargestellt. Im zweiten Teil erfolgt die Auseinandersetzung der Thematik Sexualität im Alter unter Bezug der Erkrankung Demenz. Das Syndrom Demenz wird immer häufiger für viele alternde Menschen zur Realität und bedeutet für die Betroffenen lebensverändernde Auswirkungen unter anderem auch in Hinsicht auf Partnerschaft und das Bedürfnis des Menschen die eigene Sexualität leben zu können.

1 Einleitung

Das inhaltliche Thema dieser Masterarbeit ist die Sexualität im Alter, speziell bei an Demenz erkrankten Menschen. Der erste Teil betrachtet die Sexualität alternder Menschen innerhalb eines allgemeinen Blickwinkels. Hier wird insbesondere die Sexualität von alternden Menschen als Begriff, Bedürfnis und gesellschaftliche Tabuthematik betrachtet. In diesem Zusammenhang wird auf geschlechtsspezifische Veränderungsprozesse im Alter sowie sexuelle Funktionsstörungen eingegangen und die sich verändernde Partnerschaft, in Hinsicht auf Sexualität von Alten, dargestellt. Schließlich soll auch ein Bezug zur Profession der Sozialen Arbeit in Verbindung mit sexueller Zufriedenheit im Alter hergestellt werden. Im zweiten Teil erfolgt die Auseinandersetzung der Thematik Sexualität im Alter unter Bezug der Erkrankung Demenz. Das Syndrom Demenz wird immer häufiger für viele alternde Menschen zur Realität und bedeutet für die Betroffenen lebensverändernde Auswirkungen, unter anderem in Hinsicht auf ihre Partnerschaft und das Bedürfnis des Menschen die eigene Sexualität leben zu können. Sexualität im Alter ist nach wie vor ein Thema, welches immer noch in der Gesellschaft tabuisiert ist. Jedoch wird es vor allem in der Pflege immer wichtiger, denn mit der höheren Lebenserwartung ändert sich auch die Rolle der Sexualität im Alter. Aktuell gibt es nur wenige Studien aus der Wissenschaft, welche sich mit diesem Thema beschäftigen. Noch weniger Forschungsergebnisse gibt es zum Thema Sexualität im Alter im Zusammenhang mit Demenz. Die Thematik ist aber sehr bedeutungsvoll, weil die Lebenserwartung kontinuierlich ansteigt und somit auch das Bedürfnis, bis ins hohe Alter Sexualität zu erleben. Hierbei ist es ohne Bedeutung, ob als Single oder in einer Partnerschaft. Ob und inwieweit Menschen im Alter in ihrer Partnerschaft noch aktiv Sexualität praktizieren ist von verschiedenen Faktoren, wie etwa dem jeweiligen Gesundheitszustand oder aber auch dem Verständnis von Sexualität als emotionale Bereicherung, abhängig. Auch mit einer Demenzerkrankung hört das Interesse an sexueller Begegnung nicht auf. Da diese Krankheit von Verlustängsten und Vergessen geprägt ist, nimmt das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Zuneigung immer mehr an Bedeutung zu. Sexualität ist eines unserer Grundbedürfnisse, welches nicht verloren geht, wenn ein Mensch dement wird.

Diese Masterarbeit stellt eine reine Theoriearbeit dar, welche auf eine intensive Literaturrecherche basiert. Von Interesse sind insbesondere folgende Fragestellungen:

In wie weit beeinflusst die Gesellschaft das sexuelle Selbstverständnis eines alten Menschen? Welche Faktoren sind maßgebend, dass Sexualität im Alter praktiziert oder nicht ausgelebt wird? Wie verändert sich das Erleben der Partnerschaft und Sexualität im Alter? Wie wirken psychosoziale sowie emotionale Aspekte und die Biografie eines Menschen auf das Interesse an gelebter Sexualität im Alter und in Partnerschaften alter Menschen? Welche Formen sexuellen Erlebens sind bei Menschen bis ins hohe Alter vorhanden? Welche geschlechtsspezifischen Veränderungen finden im Alter im Zusammenhang mit der Thematik statt? Wie beeinflussen physiologische Veränderungen die Sexualität eines alten Menschen? Welche Bedeutung hat die Thematik in der Pflegesituation? Welche Auswirkungen hat die Erkrankung Demenz auf das menschliche Bedürfnis, die eigene Sexualität zu leben? Welche Möglichkeiten oder Handlungsstrategien kann es für Partner oder Angehörige geben, um mit dem Bedürfnis einer gelebten Sexualität eines demenziell erkrankten Betroffenen umgehen zu können? Was sollten Pflegekräfte bei der Pflege von Menschen mit Demenz im Zusammenhang der Thematik beachten, um den Betroffenen eine würdevolle Pflege zu ermöglichen, welche ihre sexuellen Bedürfnisse anerkennt? Was können Handlungsfelder der professionellen Sozialen Arbeit in Bezug auf Sexualität und Liebe im Alter sein?

Schlussendlich besteht beim Bearbeiten des genannten Themas dieser Masterarbeit nicht zuletzt auch das Interesse herauszufinden, ob es einen wirklichen oder tiefgreifenden Unterschied zwischen der gelebten Sexualität bei alternden Menschen ohne vorliegender Demenzerkrankung und bei alten Menschen, welche an Demenz leiden, gibt und welche Auswirkungen auch auf das partnerschaftliche Zusammenleben in dieser Hinsicht bestehen. In diesem Rahmen erheben die nachfolgenden Ausführungen natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dennoch sollen sie ein Wissensfundament zum Thema Sexualität im Alter und speziell bei der Erkrankung Demenz darstellen, um nachvollziehbare Aussagen zu den oben genannten Fragestellungen treffen zu können und um in der beratenden und aufklärenden Praxis der Sozialen Arbeit Einsatz zu finden.

2 Allgemeine Betrachtungen der Sexualität und Alter

Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse, deren Befriedigung von zentraler Wichtigkeit ist und zur Ausgewogenheit einer jeden Persönlichkeit beiträgt. Diese Grundbedürfnisse sind unter anderem Nahrung und sauberes Wasser, Kleidung, Wärme oder Schlaf. Doch auch Intimität und Sexualität werden zu den Grundbedürfnissen eines Menschen gezählt. Sexualität als solches beschreibt nicht nur ein Körpergefühl, Geschlechtlichkeit oder Zärtlichkeit. Sexualität ist ein zentraler Persönlichkeitsteil eines Menschen und ein wichtiger Aspekt seiner Individualität. Die bloße Reduzierung der Sexualität eines Menschen auf Erotik oder Geschlechtsverkehr wäre zu kurz gedacht. Es geht auch darum, wie selbstbewusst sich ein Mensch in seiner Persönlichkeit wahrnimmt, wie sich ein Mensch selbst mit all seinen individuellen Stärken und Schwächen annimmt oder welche Vorlieben oder Abneigungen eine Person in sich trägt. (vgl. Stoll G., 2010, S. 524)

Weitere Aspekte der Sexualität sind Berührungen und Zärtlichkeit zwischen Menschen sowie körperliche Nähe und Wärme. Aber auch das Lustempfinden des Einzelnen, welches durch Masturbation und Fantasien Ausdruck gewinnt. (vgl. Aner K., Karl U., 2010, S.381)

So wie die Sexualität verschiedene Aspekte innehat, lässt sich auch das Alter eines Menschen aus unterschiedlichen Perspektiven subjektiv beurteilen oder festmachen. So wird beispielsweise das Alter eines Individuums anhand von Jahren, also unter einem kalendarischen Aspekt, definiert. Zudem wird das Alter anhand des physischen oder psychischen Zustandes einer Person bestimmt, was wiederum nur unter der subjektiven Sichtweise anerkennbar und nicht allgemein gültig ist. Auch die Stellung in der Gesellschaft kann in diesem Zusammenhang ein Einfluss auf das menschliche Altern darstellen. Die Realität des menschlichen Alterns bedingt nun nicht plötzlich ein Wegbrechen der Sexualität und deren individuellen Vielfalt. Es ist ganz natürlich, dass sich ein Mann oder eine Frau im Laufe der Lebenszeit durch persönliche Entwicklung und Erfahrung eine bestimmte Art und Weise der eigenen Sexualität aneignet und sich die individuelle Bedürfnisbefriedigung sowohl formt als auch unterscheidet.

Der alternde oder sich verändernde Mensch verliert nicht plötzlich im Laufe der vorbeiziehenden Lebensjahre die Sehnsucht als sexuelles Wesen wahrgenommen zu werden und die eigene Sexualität zu leben. Die Aspekte der Sexualität bleiben in ihrer Essenz auch im Alter erhalten. Einzig die Intensität der oben genannten Aspekte, der körperliche Zustand und das persönliche Lustempfinden unterliegen individuellen Schwankungen und können nicht verallgemeinert werden. Es gibt somit keine buchstäbliche Sexualität die sich nur auf das Alter reduzieren lässt. Vielmehr muss man den Blickwinkel bezüglich der Sexualität als solches auf ein ganzes menschliches Leben ausweiten. (vgl. Stoll G., 2010, S. 524)

2.1 Wandlung der Alterssexualität und Gesellschaft

Altern ist nicht starr festlegbar und geschieht auch nicht bei jedem Menschen gleich. Auch wenn im gesellschaftlichen Kontext der Alterszustand eines Menschen oft an einer bestimmten Anzahl von Lebensjahren oder der gesundheitlichen Verfassung einer Person gemessen wird, ist der Prozess des Alterns jedoch differenziert und individuell. Eine eindeutige und allgemeingültige Erklärung, welche eine Aussage darüber treffen könnte, wann Alter beginnt, fehlt noch immer. Der Veränderungsprozess, welcher bei einem alternden Menschen stattfindet, ist dem Veränderungsprozess im Bereich der Sexualität eines Menschen ähnlich. Beides schließt sich nicht aus, auch wenn eine Pflegebedürftigkeit hinzukommt. Im Jahr 2050 wird schätzungsweise die Anzahl der älteren Menschen die Anzahl der Jüngeren um das Doppelte überwiegen. Zudem wird vermutlich die Anzahl der Menschen, welche von der Erkrankung Demenz betroffen sind, stark ansteigen. Auch hier wird die Sexualität der demenziell erkrankten Menschen ein Thema bei der Pflege dieser Betroffenen sein, da Demenzerkrankte trotz der Umstände ein sexuelles Wesen innehaben. (vgl. Grond, 2011, S. 12)

Der gesellschaftliche Wandel und der Umgang mit dem Thema Sexualität in den verschiedenen Generationen erschweren häufig einen offenen Umgang mit diesem Lebensbereich eines alten Menschen.

Oft erklärt sich dies zum einen mit Unwissen und Desinteresse über das Sexualverständnis der alternden Generation, aber auch mit der Tabuisierung der Thematik. Angehörige aber auch junge Fachkräfte der Altenpflege haben zumeist kein tiefer gehendes Wissen über das Sexualleben ihrer Pflegebedürftigen, Eltern oder Großeltern. Größtenteils werden nur einzelne körperliche Einschränkungen mit einer alternden und eventuell auch an einer Demenz erkrankten Person besprochen, wenn dies aufgrund der Erkrankung oder Scham überhaupt möglich ist. (vgl. Grond, 2011, S. 12)

Unterschiedliche Ansichten und Sichtweisen in Bezug auf Sexualität sind Ergebnisse eines gesellschaftlichen Wandels, welcher hier mit berücksichtigt werden muss. Die einst jungen Frauen von damals hatten im Zusammenhang einer ausgelebten Sexualität vorwiegend Angst vor einer Schwangerschaft. Im Gegensatz dazu herrschen heute eher Ängste vor einem schnellen Ende einer Beziehung oder vor ansteckenden Geschlechtskrankheiten. Das Familiengefüge hat sich stark verändert, so dass heute vielmehr Kleinfamilien anstatt Großfamilien ausgeprägt sind und die Herkunftsfamilie meist an Bedeutung abnimmt. Des Weiteren werden eindeutig mehr Ehen geschieden als noch vor Jahrzehnten und viele Paare sehen die Ehe als solches als überflüssig oder beängstigend, so dass immer weniger Männer und Frauen überhaupt heiraten. Kinderlose Frauen sind heute fast selbstverständlich geworden oder zumindest nehmen diese keinen Anstoß mehr in der Gesellschaft und die Anzahl derer die kinderlos oder auch unverheiratet zusammenleben nimmt zu. Auch war es vor einigen Jahren oder Jahrzehnten noch undenkbar, dass Dreipersonenhaushalte mit unterschiedlichen Interessen und praktizierter Sexualität untereinander überhaupt existieren, was heute unter einigen Gruppen von Menschen bereits als völlig normal angesehen wird. Der gegensätzliche Trend eines Einpersonenhaushaltes nimmt allerdings gleichsam zu, was auch im Alter eine hohe Anzahl von vorwiegend Frauen betrifft. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Unsere heutige Gesellschaft lebt Familie, Partnerschaften und Freundschaften scheinbar ganz anders als vorangegangene Generationen. Die menschlichen Beziehungen sind oberflächlicher und von weniger Ernsthaftigkeit und Vertrauen geprägt. Kennlernphasen und das Gefühl zur Verpflichtung für einen anderen Menschen sind oftmals nur noch selten in der jüngeren Generation ausgeprägt. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Trotzdem scheint der Hunger nach Liebe, Annahme, Zärtlichkeit, Bindung und in diesem Zusammenhang auch nach erfüllter Sexualität unter den jüngeren Generationen fast noch größer zu sein, als bei der Generation der Alten. All das bedeutet, dass die Lebensweisen sich zu einem differenzierteren Ausmaß gewandelt und sich Intimbeziehungen vervielfältigt haben. Zudem haben sich auch die sexuellen Erlebnisse und Praktiken unter alternden und mitunter pflegebedürftigen Menschen differenziert. Durchschnittliche Erhebungen bezüglich Koitus oder Selbstbefriedigung sind hier deshalb nicht mehr besonders aussagekräftig. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Die Einstellung zur Sexualität und die Hemmung den körperlichen Akt in einer Freundschaft oder Beziehung zu vollziehen hat sich komplett verwandelt. Ältere Menschen verbinden damit zumeist etwas Besonderes, aber auch sehr persönliches und intimes, weil sie in ihrer Jugend oftmals lange Zeit Enthaltbarkeit übten bevor sie sich wirklich auf Geschlechtlichkeit einließen. Ältere Menschen erlebten Sexualität ganz anders als die heutige junge Generation. In früheren Generationen war es etwas Schamhaftes und es war nicht wirklich üblich darüber zu sprechen oder dieses Thema im gesellschaftlichen Leben zur Schau zu stellen. Sexualität war ein striktes Tabuthema. Die Sexualmoral des 20. Jahrhunderts war oft verlogen und unbarmherzig. Die Unterschiede, welche in diesem Bereich zwischen Männern und Frauen gemacht wurden waren nahezu katastrophal und konträr. Was Männern erlaubt war, galt bei Frauen als unmoralisch und verboten. Schon allein diese gesellschaftliche Denke von Damals, ist objektiv gesehen völlig verwirrend. Braucht es doch nach menschlichem Verständnis Mann und Frau zu gleichen Teilen um Sexualität im Sinne von Geschlechtsverkehr in allen Facetten überhaupt ausleben zu können. Homosexualität oder wechselnder Geschlechtsverkehr ohne ernsthafte Partnerschaft galt damals als sündhafte Verwahrlosung und stieß die Menschen mit diesem Lebensstil oft an den unbarmherzigen Rand der Gesellschaft. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Das kirchliche Paradigma über Sexualmoralität und die Machtposition des Mannes gegenüber der Frau in diesem Kontext, sorgte zudem für eingrenzende Ansichten und konsequenter Ablehnung von gelebter Sexualität, Lustempfinden und Fortpflanzung außerhalb der Eheschließung. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Die extremen Haltungen vergangener gläubiger Menschen und ihre heuchlerischen Vorgaben, aber auch die missbräuchliche Bibeltextauslegung der Kirche als Institution sorgte für Angst und falsch verstandene Gottesfurcht und schürte die Lustfeindlichkeit der damals Gläubigen und heute älteren Generation in Bezug auf praktizierter Sexualität. (vgl. Grond, 2011, S. 13)

Die sündhafte Darstellung gelebter Sexualität durch den großen Einfluss der kirchlichen Ansichten, bremste zu dieser Zeit jeglichen offenen Umgang mit der Sexualität von Menschen und machte Aufklärungsversuche fast unmöglich. Vor diesem Hintergrund wussten und sprachen die Alten in ihrer Jugend nur sehr wenig über die Sexualität eines Menschen, was die immer noch bestehende Tabulastigkeit bei den heutigen Alten erklärt. (vgl. Grond, 2011, S. 14)

Ein weiterer hinzukommender Einflussfaktor der vergangenen Geschichte auf die Sexualität älter Menschen, waren die traurigen Erfahrungen der heute alten Frauen in Bezug auf die Massenvergewaltigungen während des zweiten Weltkrieges. Diese Erfahrungen bewirken bei den älteren Frauen oft heute noch unter anderem Schlaflosigkeit, Depressionen oder Angstzustände, welche vorwiegend medikamentös behandelt werden. Diese erlebte sexuelle Gewalt wurde häufig von den Betroffenen durch Verdrängung im Bewusstsein erstickt. Allerdings funktioniert beim alternden Menschen das Langzeitgedächtnis häufig besser als das menschliche Kurzzeitgedächtnis und auch so manche Pflegesituationen, in denen beispielsweise Körperwaschungen durch fremde Personen erfolgen, befördern das Verdrängte langsam wieder zu Tage. (vgl. Grond, 2011, S. 14)

Durch die im Jahr 1968 stattfindende Revolution in der Gesellschaft kam es mittels öffentlicher Diskussionen und erste markante Aufklärungserfolge zu einem Umbruch im öffentlichen Verständnis und Umgang zum Thema Sexualität. Zudem nahm der gesellschaftliche Einzug der Antibabypille unter den damaligen Frauen die Angst vor ungewollten Schwangerschaften. Allerdings ebte dieser gesellschaftliche Umbruch in den 1980er Jahren wieder ab, da die Krankheit AIDS erste Opfer forderte und die rohen kirchlichen Ansichten sowie die Abwertung von Homosexuellen in der damaligen Gesellschaft teilweise oder in anderer Form wieder auflebten. (vgl. Grond, 2011, S. 14)

In unserer Gegenwart begegnet uns Sexualität nun fast schon zu oft. Sexualität hat einen gravierenden Einfluss auf die Selbstwahrnehmung der Menschen gewonnen. Zudem bestimmt Sexualität die Medien, Plakate und die verschiedensten Arten von Werbung wie ein selbstverständlicher und jeglicher Intimität beraubter Bestandteil unserer heutigen Gesellschaft. Das Zeitempfinden in unserer Gegenwart zeigt eine Übersexualisierung und einen Trend zur Hemmungslosigkeit. Der fortwährende Einzug des Internets in den Alltag der Häuslichkeit der Menschen in den letzten Jahren, hat der gesellschaftlichen Verbreitung von Sexualität durch den einfachen Zugang zu pornografischen Inhalten ganz neue Formen ermöglicht. Pornografie ist etwas, dass es in der Jugend der heute alten Menschen in der Form wie sie heute existiert, gar nicht gegeben hatte. Die Generation derer, welche in den Jahren zwischen 1946 und 1964 geboren wurde, ist einen freieren und ungezwungeneren Umgang mit der Thematik Sexualität in der Gesellschaft gewohnt. Diese Generation erfuhr ein besseres Bildungs- und Gesundheitsniveau als ihre vorangegangene Generation. Allerdings liegen die Problematiken mit denen die Generation der zwischen 1946 und 1964 Geborenen konfrontiert wurden in anderen beeinflussenden Lebensbereichen wie zum Beispiel Arbeitsplatzverluste, steigende Scheidungsraten oder die Konfrontation mit einem immer fortschreitenden gesellschaftlichen Schönheitswahn. (vgl. Grond, 2011, S. 16)

Somit muss man Sexualität im Alter auch Generationen differenziert betrachten und zwischen alten und hoch alten Menschen aufgrund der gesellschaftlichen Historie unterscheiden. Im Hinblick auf Sexualität und Gesellschaft scheint der Bogen für ältere Menschen in der heutigen Zeit fast schon ein Extrem von ihrer Jugendzeit bis hin zu ihrer letzten Lebensphase darzustellen. Die Thematik oder das Gespräch über die eigene Sexualität bleibt immer noch, auch schon bei relativ jungen alten Menschen, ein sensibler und persönlich geschützter Lebensbereich. Interessanterweise steht das in völligem Gegensatz zu dem heutigen gesellschaftlichen Trend der jungen Generation die eigene Sexualität selbstbewusst auszuleben. Im gesellschaftlichen Kontext wird die Sexualität bei alternden Menschen oft auf Zärtlichkeit reduziert oder zu einem bloßen zueinander lieb sein verniedlicht. Alles was darüber hinausgeht, wie beispielsweise der vollzogene Geschlechtsakt zwischen zwei alten Menschen oder Masturbation stellt sich in der gesellschaftlichen Denkart eher als etwas Schmutzbehaftetes, pervertiertes oder krankhaftes Verhalten der Alten dar.

Der Persönlichkeitsbereich menschlicher Sexualität in Verbindung mit Pflegebedürftigkeit und Krankheit wird oft gar nicht mehr in Betracht gezogen. Dem ganzheitlichen alternden Individuum wird quasi ein wichtiger Persönlichkeitsaspekt, sowohl durch gesellschaftliches Wegschweigen als auch oftmals persönlich, aufgrund der Tabulastigkeit und wegen individueller Scham, die natürliche Wahrnehmung des Einzelnen als sexuelles Wesen versagt. Andererseits hat der gesellschaftliche Wandel auch einen offeneren und hemmungsloseren Trend der Sexualmoral vorangetrieben, durch den auch alte Menschen beeinflusst werden, wenn sie offen dafür sind und entsprechende Neigungen zeigen. Die exzessiven Möglichkeiten reichen von Self-Sex mit Hilfe von beispielsweise Prothesen, Cyber-, TV-, Telefonsex oder unverbindliche Sextreffen, welche durch die lockeren Internet Kontaktbörsen leicht zugänglich sind. Die Enthemmung der Sexualität in der derzeitigen Gesellschaft erstickt förmlich die schamhafte Sexualmoral der vorangegangenen Jahrzehnte und wirkt auch auf das Sexualverhalten alter Menschen. (vgl. Grond, 2011, S. 16f.)

Es lässt sich nur vermuten welche Gründe so eine einschneidende gesellschaftliche Wendung bewirken. Sei es die verzweifelte Sehnsucht nach Liebe, Einsamkeit, Angst oder Verzweiflung. Das zeigt wie wichtig der Persönlichkeitsaspekt der gelebten Sexualität auch in der letzten Lebensphase eines Menschen bleibt. (vgl. Grond, 2011, S. 16f.)

2.2 Gesellschaftliche Tabuisierung der Alterssexualität und theoretische Annahmen

Das gesellschaftliche Gefüge ist von bestimmten Ideen und Wertvorstellungen gekennzeichnet, wie die jeweiligen Gesellschaftsmitglieder leben und sein sollten. Im Gegensatz zu der hoffnungsvollen und lebendigen Jugend, gilt der alternde Mensch aus gesellschaftlicher Sicht mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben eher als funktionslos und unbrauchbar. Alte Menschen gelten als gereift und sollen ihren Lebensabend genießen. An alte Menschen erhebt die Gesellschaft im Allgemeinen keinen Hoffnungsanspruch mehr, allerdings wird von alten Menschen gesellschaftlich erwartet, dass sie dankbar, anspruchslos und selbstbeherrscht im Zusammenhang ihrer menschlichen Gefühle sind. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 49)

Jede Generation wird älter als ihre vorangegangenen Generationen. So hat sich die Lebenserwartung eines Menschen in der heutigen Zeit vervierfacht. Damit steigt die Anzahl an alten und hoch alten Menschen in der Gesellschaft stark an und das führt dazu, dass die gesellschaftlichen Ansichten über das Alter und alte Menschen modifiziert werden müssen. In der gesellschaftlichen Annahme herrscht vor allem eine Art Abneigung über die Themen einer funktionierenden Partnerschaft in Verbindung mit gelebter Sexualität im Alter. Das wirkt sich im Empfinden der älteren Menschen konfliktbehaftet aus, denn die Gefühle und Bedürfnisse eines Menschen löschen sich auch im Alter nicht aus. Das bedeutet, dass die Erwartungen der Umwelt, mit den Lebensimpulsen der alten Menschen nicht vereinbar scheinen, weil die gesellschaftliche Denke eine vorhandene Asexualität bei alten Menschen annimmt. Dies beeinflusst die Bedürfnisse der alten Menschen oder auch die Sexualität in Paarbeziehungen zwischen den Alten negativ. Alte Menschen werden aus dem gesellschaftlichen Blickwinkel als hilfebedürftig, schwach oder krank gesehen, deshalb fügen sich die meisten alten Menschen den gesellschaftlichen Ansichten und büßen den Persönlichkeitsbereich ihrer eigenen Sexualität schier ein. Den Alten wird sozusagen gar nicht erst zugemutet oder überhaupt zugestanden sexuelle Begegnungen zu genießen beziehungsweise ihre individuelle Sexualität zu leben. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 49f.)

Bestehende gesellschaftliche Vorurteile gegenüber der Alterssexualität sind beispielsweise die Annahmen, dass ältere Menschen überhaupt keine Sexualität mehr brauchen und dieser Umstand insbesondere bei vorhandener Pflegebedürftigkeit auch gegen die Natur ist. Liebe und sexuelle Anziehung bedingen einander und jeder Körperkontakt zwischen zwei Menschen muss zu einer Erektion oder einem Orgasmus führen, weil die Erektion ein Beweis für die Attraktivität der Frau ist und schließlich ohne Erektion kein sexueller Austausch mehr möglich ist. (vgl. Grond, 2011, S. 19)

Über die Annahme von alterstypischer Asexualität und der negativen gesellschaftlichen Einstellung gegenüber ausgelebter Sexualität zwischen alternden Menschen, bestehen auch verschiedenste theoretische Erklärungsansätze. Diese erheben in diesem Rahmen allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Defizit-Theorie, erklärt der körperliche Abbau eines alternden Menschen führe dazu, dass ein Mensch im Alter entsexualisiert sei. (vgl. Grond, 2011, S. 19)

Die Kommunikationstheorie geht davon aus, dass gelebte und vollzogene Sexualität im Alter ein intimer Austausch von guten Gefühlen ist und eine Art menschliches angenommen sein impliziert. Hier wird vermutet, dass Veränderungen von menschlichen sexuellen Funktionen durch und im Gespräch akzeptiert werden. (vgl. Grond, 2011, S. 19)

Die Austauschtheorie spricht von einer kompletten Ablehnung gelebter Sexualität im Alter seitens alter Frauen wegen des bewussten oder unbewussten Ärgers gegenüber Ungleichverteilung von Chancen und Machtpositionen sowie erlebter Ausbeutung. Es wird auch angenommen, dass laut der so genannten Kontinuitätstheorie, Menschen im Alter fast genau dieselben Verhaltensweisen an den Tag legen, wie in jüngeren Jahren. Beispielsweise werden Männer im Alter nicht gleich schwul, wenn sie ein Leben lang heterosexuell waren und umgekehrt. Oder wer immer seinen sexuellen Anziehungswert auf das Zustandekommen einer Erektion bei dem zwischenmenschlichen körperlichen Austausch gelegt hat, wird sich im Alter nicht besonders Wohl damit fühlen, wenn keine Erektion während der Sexualität im vorangeschrittenen Alter mehr zustande kommt. (vgl. Grond, 2011, S. 19)

Aus soziologischer Sicht kommt es beim Eintreten einer Pflegebedürftigkeit eines Partners zu einer veränderten Rollenverteilung zwischen Mann und Frau, was auch die gelebte Sexualität im Alter nicht unberührt lässt. (vgl. Grond, 2011, S. 19)

Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen erwähnt, sind die heute alten Menschen in einem gesellschaftlichen Kontext aufgewachsen, in dem das Thematisieren sexueller Lust oder der Austausch über sexuelle Bedürfnisse unüblich war und als unanständig galt. Sexualität war fast untrennbar an die menschliche Fortpflanzung gekoppelt. In diesen vorangegangenen Generationen galt der alternde Mensch mehr als in unserer Gegenwart in seiner Persönlichkeit als asexuell und alte Menschen wurden auch so behandelt. Obgleich die Vermutung der Asexualität im Alter wie bereits ausgeführt, immer noch eine feste Denkgewohnheit in den gesellschaftlichen Köpfen ist, hat man damals wohl ganz natürlich die Gegebenheit in Betracht gezogen, dass bei Menschen im Alter ganz selbstverständlich auch die menschlichen sexuellen Bedürfnisse schwinden. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50)

Die oben genannte Defizithypothese bezüglich der Vorstellung des körperlichen Zerfalls eines Menschen im Alter verstärkt, gemessen an der körperlichen Blütezeit eines jungen Menschen, die Annahme der entstehenden Asexualität im Alter und scheint diese noch zu bekräftigen. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50)

An diesen Annahmen misst sich auch das Verständnis über Partnerschaft und Sexualität, was die gesellschaftliche Vermutung nach sich zieht, dass alternde Menschen in ihrer Partnerschaft schon ganz natürlich ein weniger aktives Sexualverhalten zeigen, als Menschen in jüngeren Jahren. Das schürt bei alten Menschen natürlich auch die Angst zu dem persönlichen Lustverlangen und dem Wunsch die eigene Sexualität auszuleben, zu stehen. Die Angst vor Unverständnis oder von anderen Menschen, Verwandten oder dem eigenen Partner abgelehnt zu werden ist größer als das Eingeständnis der eigenen sexuellen Bedürfnisse. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50)

Des Weiteren hat die Einstellung des alternden Menschen zu sich selbst und seinen gelebten Lebensjahren auch einen Einfluss auf die Sexualität im Alter. Wenn sich ein Mensch selbst als alt im Sinne einer voranschreitenden Gebrechlichkeit und Pathologisierung des eigenen physischen, psychischen und geistigen Zustandes bezeichnet, wird er sich eher an die gesellschaftlichen Annahmen über das Alter und die damit verbundene Asexualität anpassen und diese auch nicht in Frage stellen. Alte Menschen, die sich allerdings selbst nicht als alt, sondern noch jung in einem alternden Körper empfinden, werden aller Wahrscheinlichkeit selbstbewusster mit der eigenen Sexualität umgehen und diese auch unbelastet ausleben. Sie werden aller Wahrscheinlichkeit nach ihre eigenen Empfindungen und weniger Bedürfnisse unterdrücken und immer noch Gelegenheiten suchen, ihre persönlichen sexuellen Lustbedürfnisse auszuleben. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50)

Biographische Erfahrungen sind zudem auch ein wichtiges Bestimmungskriterium gelebter Sexualität im Alter. Wenn ein Mensch schon seit je her in seinem Lebensverlauf sexuell aktiv war, wird ihn auch das Alter an sich, Krankheiten oder eventuell auch Behinderungen nicht daran hindern, sexuelle Erlebnisse im Alter zu genießen und nach Gelegenheiten Ausschau zu halten, Sexualität praktizieren zu können. (vgl. Aner K.; Karl U., 2010, S.381)

Das Lustempfinden mindert sich allerdings oft, wenn die Gelegenheiten zum Ausleben dieser sexuellen Bedürfnisse nachlassen oder aufgrund von Trennung oder Tod des Ehe- oder Lebenspartners fehlen. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50f.)

Oftmals besteht bei alten Menschen die Annahme, etwas Unmoralisches zu wollen oder zu tun, selbst wenn sich neue Gelegenheiten zu sexuellen Handlungen mit einem anderen Menschen bieten. Dabei hat die persönliche Einstellung zu sich selbst und die Wertschätzung der eigenen Bedürfnisse eine nicht zu unterschätzende Gewichtung. Sexualität im Alter stellt so gesehen sowohl eine Last aber mit Hilfe von sich bietenden Gelegenheiten zur Befriedigung sexueller Gelüste auch eine schöne Perspektive zur Zufriedenheit im Alter dar. (vgl. Rüdiger M., 2013, S. 50f.)

Zwar deuten einige Studien zu dem Thema Sexualität im Alter darauf hin, dass die gelebte Sexualität der Alten tatsächlich nachlässt, das schließt auch die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs mit ein. Allerdings sind diese Erkenntnisse eher unstimmgig, da bisher nicht wirklich repräsentative Studien bezüglich der relevanten Altersgruppe vorliegen. Aussagekräftige Längsstudien zu Veränderungen des sexuellen Verhaltens im Alter auf aktuellem Niveau sind selten. (vgl. Aner K.; Karl U., 2010, S.381)

Eine repräsentative Studie namens Klaiberg et al. von dem Jahr 2001 macht deutlich, dass ca. ein Drittel der Menschen über 70 Jahren in einer Partnerschaft überhaupt noch Geschlechtsverkehr miteinander praktizieren. Die sexuelle Aktivität ist nach dieser Studie bei einem Viertel der Frauen sowie einem Drittel der befragten Männer der über 80 jährigen alten Menschen noch vorhanden. Andere Formen von ausgelebter Sexualität wie beispielsweise Selbstbefriedigung oder Petting seien auch im Alter noch präsent. Wobei Petting bei Männern gegenüber von Koitus und Selbstbefriedigung überwiegt und bei Frauen über 75 Jahren alle drei Formen der Sexualität etwa zu gleichen Teilen ausgeprägt ist. Etwa 20% der alternden Menschen praktizierten Masturbation und Petting. Etwa 8% der befragten alten Menschen über 75 Jahren lebten wirklich noch Geschlechtsverkehr aus. (vgl. Aner K.; Karl U., 2010, S.382)

Zusammenfassend lässt sich aus den vorangegangenen Ausführungen folgendes hervorheben. Jeder Mensch ist einzigartig. Aufgrund dessen machen Männer und Frauen im Verlauf ihres Lebens die unterschiedlichsten individuellen Erfahrungen mit ihrer jeweiligen Geschlechtlichkeit.

Diese Lebenserfahrungen wirken sich zu einem bemerkenswert großen Teil auf das Selbstbild eines jeden Menschen beziehungsweise auf den Umgang mit dem eigenen Körper aus. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

Zum anderen haben die gemachten Erfahrungen eines Menschen auch enorme Auswirkungen auf die Häufigkeit sowie auf die Art und Weise in wie weit eine Person körperliche Nähe und Intimität mit einem anderen Menschen zulässt und auslebt, so auch im Alter. Zu beachten ist im Hinblick auf das sexuelle Verhalten alternder Menschen, dass der gesellschaftliche Druck in Verbindung mit gesellschaftlichen Vorurteilen und blinden Annahmen, bezüglich der Sexualität im Alter oftmals ein Beweggrund ist, dass sich alte Menschen in der Ausübung ihrer persönlichen Sexualität hindern lassen. Damit verbundene Bedürfnisse werden nicht selten von alten Menschen komplett unterdrückt oder aus Scham nur unzureichend und heimlich ausgelebt. Menschliche Verhaltensweisen werden immer auch durch äußere Einflüsse geprägt. Im Zusammenhang mit Sexualität im Alter bedingen diese äußeren Einflüsse unter anderem die Gesetzmäßigkeiten und Normen sowie die Sitten und Moralansichten in einer bestimmten Kultur. Weiterhin sind es negative Lebenserfahrungen, durch welche Menschen insbesondere im Alter geprägt sind. Unzureichendes Wissen im Allgemeinen zum Thema Sexualität und Identität eines Menschen und letztlich eine Erziehung, welche Sexualität als etwas Schmutziges und ungehöriges im Leben eines Menschen darstellt und die daraus folgende Tabuisierung, wirken auf menschliche Sexualität, auch im Alter. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

Für einige heute alte Menschen war Zärtlichkeit und Sexualität im jungen Erwachsenenalter und in ihrer Familie ein Thema worüber nicht gesprochen wurde. Sexualität galt als nicht selbstverständlich und nur zumeist zum Zwecke der Fortpflanzung in einer Ehe akzeptiert. Eine ernsthafte Aufklärung der Kinder und Jugendlichen in der damaligen Gesellschaft kam, wenn überhaupt nur höchst selten vor. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass die heute alten Menschen einen anderen Blick auf Liebe und Sexualität haben als die gegenwärtig jüngere Generation.

Die heute vorherrschende Freizügigkeit im Umgang mit der Thematik Sexualität können heutige Alte oft nicht unbedingt nachvollziehen und lehnen diese Perspektive auch häufig ab. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

Traumatische Erlebnisse aufgrund von erlittenem Missbrauch oder Vergewaltigung prägen auch heute noch sowohl Frauen als auch Männer bis ins hohe Lebensalter und rufen bei den heute gealterten Opfern oftmals in ihrem verborgenen Selbst noch großes Leid hervor. Auch das führt zu Angst, Ablehnung oder Scham in Bezug auf die sexuelle Identität eines Menschen und den Ausdruck derer im Alter. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Aber auch die Ängste bezüglich praktizierter Sexualität unterscheiden sich maßgeblich zwischen den Generationen. War es früher die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung und ungewollten Schwangerschaften, sind heute eher Ängste vor Geschlechtskrankheiten und sexueller Ausbeutung der eigenen Person sowie ein nahendendes Beziehungsende vorherrschend. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

Abtreibungen kamen auch bei den heute alten Frauen häufig vor, obwohl eine Abtreibung in der Vergangenheit in Deutschland eine Straftat war. Die heute alten Frauen mussten ihre Entscheidung zur Abtreibung oft auf Grund des fehlenden Wohlwollens der eigenen Familie oder des Partners treffen und leiden bisweilen heute noch unter den emotionalen Folgen ihrer damaligen Entscheidung. Mit dem Einzug der Antibabypille in den 1960er Jahren und dem beginnenden freizügigeren Verhalten des Themas in der Gesellschaft begann sich auch das sexuelle Selbstverständnis der Frauen in dieser Zeit zu ändern was letztlich auch einen gesellschaftlichen Haltungs- und Wertewandel gegenüber der Sexualität eines Menschen nach sich zog. Dennoch ist die gesellschaftliche Darstellung und Vorstellung des alten Menschen als asexuelles Wesen hartnäckig und immer noch präsent. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

Dies wird nicht zuletzt auch noch durch die Werbeindustrie und die Medien vorangetrieben, weil diese gesellschaftlichen Einflussfaktoren menschliche Sexualität fast ausschließlich mit Jugend und Schönheit in Verbindung bringt. Das verstärkt den Druck auf alte Menschen, sich selbst als asexuell darzustellen und sich schlecht zu fühlen oder sich einfach mit der Situation abzufinden, den eigenen Bedürfnissen nicht mehr nachzukommen. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1155)

3 Entwicklung der Partnerschaft im Alter und Auswirkungen auf den Bereich der Sexualität alter Menschen

Es gehört mittlerweile zu den Grundaussagen unserer Gegenwart, dass die Lebenserwartung der heutigen Menschen ansteigt und die Menschen, zumindest in den Industrienationen, fortwährend älter werden. Der demographische Wandel und die Veränderung der einst pyramidenförmigen Bevölkerungsstruktur hin zu einem pilzförmigen strukturellen Trend, haben neben massiven wirtschaftlichen Auswirkungen auch einen Altersaufbau zur Folge. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.10)

Das wirkt sich auch unumgänglich auf die verschiedenen sozialen Lebensformen, zu denen Partnerschaft und Ehe sowie Familie gehören, beständig aus. Die heute bestehenden Ehen alter Menschen, welche vom ansteigenden Scheidungstrend verschont blieben, verlängern sich natürlich proportional zu der längeren Lebenserwartung alter Menschen in der Gegenwart und in Zukunft. Somit entwickelt sich auch eine neue Beziehungsform aufgrund einer länger anhaltenden partnerschaftlichen Gemeinschaft, nach dem Vollzug der gemeinsamen Jahre der Elternschaft, wenn die Kinder also auf eigenen Beinen stehen sowie auch nach dem Renteneintritt. Diese gemeinsame Partnerschaftszeit in einer menschlichen Gemeinschaft, wie es in einer Ehe vorliegend ist, bedingt neue Herausforderungen an die jeweiligen Paare und rückt erst seit wenigen Jahren ins Bewusstsein der Öffentlichkeit. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.10)

Aus historischer Sicht handelt es sich hierbei also um ein relativ junges Phänomen langjährig ausdauernder Partnerschaften. Allerdings steigt in Bezug eines zunehmenden Lebensalters auch der Anteil an Witwen und Witwern, obgleich die Frauen hier den höheren Anteil ausmachen. Nur ein geringer Teil, der heute alten Menschen sind geschieden oder unverheiratet geblieben. Es handelt sich hier also um langjährige Partnerschaften bis ins hohe Alter hinein. (vgl. Brähler E.; Berberich J.H., 2009, S.11)

Eine stabile langjährige Partnerschaft bedeutet allerdings nicht, dass die jeweiligen Partner zufrieden sind. Wenn die Kinder aus dem Haus sind, fällt eine gemeinsame große Verantwortung der Paare weg und das Augenmerk umfasst erneut vorwiegend die gemeinsame Partnerschaft.

Hier kann es vorkommen, wenn Paare sich dessen gar nicht bewusst sind, verborgene und ständig ignorierte Beziehungsprobleme plötzlich im Alter zu Tage treten und ernstzunehmende Krisen entstehen. Das kann natürlich auch Auswirkungen auf das Sexualverhalten in der Partnerschaft haben und zu plötzlichen ungeahnte Veränderungen aufgrund der neuerlebten Gemeinschaft führen. Alles in allem sollte man in Bezug auf die Thematik auch bedenken, dass aufgrund der verlängerten Lebenszeit in Zukunft vielfältige Lebensformen auch im Alter möglich werden und heute durchaus von der jüngeren Generation bereits gelebt werden. Zu solchen Lebensformen gehören beispielsweise Patchwork-Familien oder Lebensabschnittsgefährten. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.10)

Die Ehe als Lebensform scheint zukünftig Seltenheit zu erlangen, insbesondere im Hinblick auf die ansteigende Scheidungsrate in Verbindung mit der bestehenden längeren Lebenserwartung. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.10)

Die gelebte Sexualität unter alternden Menschen wird auch hier sicherlich nochmals eine generations- und lebensformbedingte Wandlung auch innerhalb von Partnerschaften erfahren. Nach einer Studie in den 1990er Jahren von Fookan lassen sich vier Beziehungsverläufe einer älteren Partnerschaft unterscheiden. Ein Beziehungsverlauf geht mit der Veränderung von einer konflikthafter Beziehung hin zu einem emotionalen Rückzug einher. Bei einer weiteren Art eines Beziehungsverlaufs erreichen die Paare Autonomie sowie gegenseitige Bezogenheit ohne den Verlust individueller Bedürfnisse oder Ansprüche der jeweiligen Partner. Es gibt aber auch eine so genannte Kameradschaftsehe, bei der sich das Paar zwar an seinen jeweiligen Aufgaben orientiert, aber zunehmend gegenseitig Anteil aneinander nimmt. Und letztlich gibt es noch den Beziehungsverlauf der Verschmelzung bei dem der starke Bezug zueinander aufrechterhalten wird. Bei diesem Beziehungsverlauf der Verschmelzung der Partner miteinander besteht eine konstante und hohe Stabilität in Bezug auf Zärtlichkeit und Nähe sowie Harmonie bis ins hohe Alter hinein. Diese Beziehungsverläufe stehen in direktem Zusammenhang mit der Zufriedenheit innerhalb einer älteren Partnerschaft. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.11)

Im Großen und Ganzen weicht die Bedeutung der Sexualität im Alter in Bezug auf die Zufriedenheit innerhalb einer Partnerschaft.

Stattdessen werden die unterstützende Kommunikation und die soziale Hilfestellung zu wichtigen ausschlaggebenden Kriterien für Zufriedenheit. Wobei der Einfluss von Einstellungen und gemeinsamen Interessen im Hinblick auf die Zufriedenheit in der Paarbeziehung eher nicht eindeutig bleibt. Der familiäre Hintergrund stattdessen wiegt mehr in glücklichen, langdauernden Beziehungen als äußere Umstände, materielle Gegebenheiten oder Bildung. Wichtig allerdings bleibt der gegenseitige Umgang des Paares im Alltag miteinander oder auch eine optimistische Grundhaltung der Partner. Es hat sich bei einer Befragung innerhalb einer Dissertation von Helga Hammerschmidt in der Universität München gezeigt, dass sich bestimmte Liebesstile innerhalb einer Ehe auf dessen Zufriedenheit auswirken. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.12)

Beispielsweise sind Paare zufriedener wenn ihr Liebesstil von Erotik oder Romantik aber auch von Selbstlosigkeit geprägt ist. Im Allgemeinen leben die älteren verheirateten Paare in einer glücklichen und stabilen Beziehung, was auch ein gutes Fundament für eine bedürfnisbefriedigende und gelebte Sexualität im Alter bildet. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.12)

Sexuelles Verhalten im Alter resultiert aus der Beziehungsbiografie einer Person, also daraus wie ein Mensch sein Leben lang geliebt hat. Auch die Partnerschaft im Alter bleibt ein fortwährender Lernprozess und ist auch abhängig vom bisherigen Erleben der Sexualität der jeweiligen Partner in ihrer Beziehung zueinander. Nicht minder spielt hier auch das Vermögen der Partner eine Rolle, konflikthafte oder lebensschneidende Partnerschaftsphasen im sexuellen miteinander lösen zu können. Eine völlige Tabuisierung oder die fehlende Kommunikation über das Sexualleben in Bezug auf die gegenseitigen Bedürfnisse, aber auch ein fehlender offener Umgang mit dem Sexualleben in einer Beziehung, wirken sich sehr belastend auf die Partnerschaften alter Menschen aus. Diese Belastungen oder eine problembehaftete Kommunikation innerhalb einer Partnerschaft alternder Menschen bezüglich ihrer gemeinsamen Sexualität können durch einen erlebten Mangel an Zärtlichkeit, durch nur routinemäßig praktizierten Geschlechtsverkehr oder auch durch unzureichenden sexuellen Kontakt aufgrund von Desinteresse, Potenzprobleme oder Erkrankungen eines oder beider Partner hervorgerufen werden.

Interessanterweise entfachen die sexuellen Bedürfnisse eines Menschen nach dem Tod seines Partners bei einer sexuell befriedigenden Partnerschaft häufig nicht wieder. (vgl. Grond, 2011, S. 40)

Generell ist eine gelebte beziehungsweise praktizierte Sexualität biologisch bis ins hohe Alter möglich und soll sich auch positiv auf die Gesundheit und das seelische Empfinden der alten Menschen auswirken. Bei Paaren bleibt für eine genussvolle und bestehende Sexualität innerhalb ihres Zusammenlebens die Notwendigkeit einer kontinuierlichen und offenen Kommunikation miteinander. Allerdings bestehen im Zusammenhang mit der Sexualität einer Person und dem Beibehalten des persönlichen Empfindens als sexuelles Wesen, immense Unterschiede zwischen Menschen, auch innerhalb von Paarbeziehungen.

3.1 Lebensumstände die zu Krisen in älteren Partnerschaften führen können

Es gibt bestimmte klassische Lebensabschnitte die zu Partnerschaftskrisen bei älteren Paaren führen können und die gelebte Sexualität im Alter sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die nachfolgend genannten Lebenskrisen beziehen sich auf langandauernde Partnerschaften und Ehen älterer Menschen.

3.1.1 Die sich verändernde Elternschaft als Herausforderung für Paare

Eine der ersten klassischen Krisensituationen für ältere Paare ist der Prozess der Loslösung der Kinder aus dem Elternhaus. Die zunehmend selbstständig werdenden Kinder lösen besonders bei Müttern oftmals starke Emotionen aus. Einige Frauen nutzen dann den neugewonnenen oder wieder erlangten Freiraum für das Finden und Entwickeln neuer persönlicher Interessen und werden aktiv. Es ist eine Art Befreiung aus den vorangegangenen Verpflichtungen. Dieser Prozess der Frauen kann sich natürlich auch auf die Paarbeziehung auswirken.

Es ist möglich, dass die Neuorientierung der Frau nach der Phase der Kindererziehung bei einem traditionellen Beziehungsmuster, den Partner erstmal in einen Zustand der Verunsicherung versetzt, weil die alten Rollenmuster der Partner erstmal aufgegeben und neu verortet werden müssen. Dieser Umbruch kann aber auch eine Chance für die Partnerschaft darstellen neue Impulse durch neue Aktivitäten in der Partnerschaft zu setzen. Es muss nicht der Fall eintreten, dass der Partner so eine Wendung als negativ auffasst. Er kann diesen Lebensabschnitt auch durchaus als aufregend und positiv empfinden. Es gibt aber nicht selten auch Frauen, die den Verlust ihrer aktiven alltäglichen Mutterrolle durch den Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, oftmals als einen emotionalen Zustand der inneren Leere empfinden und ihr Leben als sinnlos begreifen. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.13)

Hierdurch können ernsthafte depressive Episoden oder eine dauerhafte Depression entstehen. Diesen Zustand nennt man das empty-nest-Syndrom. Da jede Beziehung auch ein System darstellt, hat ein solcher Zustand auch Auswirkungen auf die Dynamik innerhalb der Partnerschaft und deren Sexualität, was sich auf jede psychische Erkrankung oder Beeinträchtigung eines Partners beziehen lässt. Das bedeutet, dass die empfundene Sinnlosigkeit des einen Partners, in diesem Zusammenhang der Mutter, diese Person auch vollkommen einnimmt und schließlich keine Kraft mehr für die notwendige Beziehungsarbeit bleibt. Es entsteht ein Ungleichgewicht, bei dem ein Partner nicht mehr genügend in die Partnerschaft investieren kann. Das ist für das Funktionieren und für den Bestand einer gesunden Partnerschaft aber von sehr hoher Bedeutung. Dieses Ungleichgewicht könnte dann der andere Partner unter Umständen entweder durch den Versuch eines überfürsorglichen Verhaltens ausgleichen oder durch einen zunehmenden Rückzug aus der gemeinsamen Beziehung. Alles in allem hängen die Auswirkungen durch die Loslösung der Kinder aus dem Elternhaus und der Umgang beziehungsweise die Einstellung der jeweiligen Partner zu ihrer Partnerschaft sehr häufig vom biografischen Hintergrund der einzelnen Partner ab. Diese erste Krisensituation stellt sicherlich auch schon die Weichen für das weitere Bestehen einer ausgelebten und zufriedenstellenden Sexualität innerhalb der Partnerschaft und der jeweilig älter werdenden Männer und Frauen in ihrer Wahrnehmung als sexuelles Wesen. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.13)

3.1.2 Der Renteneintritt als Herausforderung für Partnerschaften

Die nächste kritische Situation im Zusammenleben innerhalb einer Partnerschaft kann der Eintritt in den Ruhestand bedeuten. Das Ausscheiden aus dem Berufsleben hat für den einen oder für beide Partner eine besondere Bedeutung im Leben, was sich auch häufig auf die Beziehung und das Zusammenleben des Paares auswirkt. Der Mann in seiner typischen Rolle als Versorger der Familie erfährt durch den Rentenstatus eine persönliche Veränderung seiner eigenen Identität und muss sich selbst neu finden und seine zentrale Rolle als Familienoberhaupt neu definieren. Es wäre aber zu kurz gedacht nur diesen Aspekt des Renteneintritts zu beleuchten oder zu verallgemeinern. Nicht jeder Mann oder jede Frau empfinden den Eintritt in den Ruhestand als emotional aufwühlend oder problematisch. Mit dem neuen Lebensabschnitt des Rentenalters kann sich ein Mensch sowohl entlastet und befreit fühlen, als auch belastet sein und sich selbst als nutzlos ansehen oder eine innere Leer empfinden. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14)

Ganz sicher hängt die persönliche Einstellung zum Ruhestand von verschiedensten Faktoren ab. Beispielsweise ein Mensch, der seinen persönlichen Wert von seinem Beruf oder seiner Stellung am bisherigen Arbeitsplatz und im Erwerbsleben abhängig gemacht hat, wird hier sicher emotional zu kämpfen haben. Wenn ein Großteil der Lebensfreude einer Frau oder eines Mannes aus ihrer oder seiner beruflichen Aufgabe hervorging, wird diese Person hier sicher eine gravierende Lebenskrise durchleben und diesen Lebensabschnitt schwer verkraften können. Die Partnerschaft kann auch in dieser Krise entweder stark belastet oder stark vernachlässigt werden. Beide Extreme sind sichere Ausgangslagen für ein unausgewogenes sowie unbefriedigendes Sexualleben innerhalb der Partnerschaft. Ein Mensch der allerdings Freude in seiner Partnerschaft empfindet und sich selbst nicht durch äußere Umstände definiert, sondern sich auf gesunde Weise liebt und als wertvoll anerkennt, unabhängig von seinem Status oder der Meinung anderer, wird hier zuversichtlicher und entspannter reagieren. Er wird die neuen Herausforderungen optimistisch annehmen und sich selbst neu definieren und finden wollen. Davon profitiert auch die partnerschaftliche Beziehung zueinander und belebt das Zusammenleben durch die Annahme einer Veränderung die Gutes verheißen kann.

Mit so einer Einstellung der Partner erfährt das Sexualleben eines Paares eine optimale Voraussetzung auf spielerische und aufregende Weise neu belebt zu werden und um Genuss aneinander sowie Freude an der Zeit zu zweit hervorzubringen. Ein häufiger Indikator für Probleme sind allerdings unrealistische Erwartungen an die Partnerschaft mit Eintritt in den Ruhestand.

Männer stellen sich bisweilen oft vor nun viel mehr Zeit mit ihrer Partnerin verbringen zu können und bedenken dabei nicht, dass die Frau das in dieser Form eventuell gar nicht möchte. Ein Grund dafür kann sein, dass sich die Frau vom Mann bedrängt fühlt und es als Verlust ihrer eigenen Autonomie empfindet, wenn sie ihren kompletten Tagesablauf jetzt plötzlich anpassen muss. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14)

Das bedeutet nicht, dass sich vorwiegend Männer mit dieser Thematik befassen müssen und hier einen Umbruch erleben. Die gesellschaftliche Wandlung, dass Frauen im Gegensatz zu früher zunehmend eindeutig mehr im Erwerbsleben stehen und bei einer vorhandenen Arbeitsstelle bis zum Rentenalter berufstätig sind bedingt, dass auch Frauen gleichermaßen einen Lebensumbruch empfinden können. Durch die erlebte Kindererziehungsphase und die Verantwortung für den Haushalt, welche ohnehin zumeist der Frau obliegt, kann ihnen dieser Übergang und die Vertrautheit eines häuslichen Lebens allerdings deutlich leichter fallen. Manchmal haben und pflegen Frauen auch intensivere soziale Kontakte und mehr Freundschaften als ihre Männer. Diese sozialen Kontakte können durchaus hilfreich sein, den Lebensumbruch durch den Renteneintritt zu kompensieren und Verlustgefühlen entgegenwirken. Männer können diesen Ausgangspunkten innerhalb ihrer Partnerschaft in verschiedenster Art und Weise begegnen. Im günstigsten Falle sehen sie in ihrer Partnerin ein Vorbild und profitieren von den sozialen Vorteilen ihrer Frauen, wenn die Frau das überhaupt zulässt. Im ungünstigsten Fall empfindet der Mann Neid und Eifersucht gegenüber seiner Frau, weil ihm eventuell schmerzlich bewusst wird, dass er selbst nur wenige Freundschaften während seiner jahrelangen Erwerbstätigkeit aufgebaut und gepflegt hat. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14f.)

Die stattfindenden Prozesse innerhalb der Partnerschaft, wie beispielsweise die Neuverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten oder das erneute Suchen und Finden nach einem Lebenssinn eines oder beider Partner, fordert die Paarbeziehung ziemlich heraus.

Alte Rollenmuster müssen in dieser Lebensphase von den Betroffenen wie auch beim Auszug der Kinder neu definiert und angenommen werden. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14)

So kann auch die gewohnte Sexualität des alternden Paares eine konfliktbehaftete Neuorientierung erfahren und muss erstmal unter den Partnern eventuell gänzlich neu definiert werden. Die Gepflogenheit alter sexueller Routinen befriedigen unter Umständen den einen Partner oder sogar beide nicht mehr wirklich und müssen durch neue Gewohnheiten ersetzt werden, um die Sexualität im Alter aufrecht zu erhalten. Das alles muss mit dem Eintritt in den Ruhestand eines oder beider Partner natürlich nicht passieren, aber solche problematischen Herausforderungen können durchaus eine langjährige Partnerschaft aufwühlen und für die Beteiligten zu einer Lebenskrise werden. Da sich Partnerschaft und Sexualität auch im Alter noch bedingen sollte ein bewusster, liebevoller und offener Umgang miteinander angestrebt werden, damit der Einzelne sich auch im Alter als sexuelles Wesen weiter erleben kann und um gemeinsam auch im sexuellen Lebensbereich glücklich zu bleiben. Wie dieser Prozess gelingt hängt sicherlich nicht zuletzt auch von der Art und Weise des bisher gelebten Beziehungsstils ab. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14)

Für einen gelingenden Übergang vom Erwerbsleben hin zum Ruhestand ist es somit von unschätzbarem Wert sich in einer Partnerschaft schon frühzeitig auf den Renteneintritt vorzubereiten und gemeinsame Abstimmungen vorzunehmen. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.14)

3.1.3 Vorliegende Pflegebedürftigkeit als tiefgreifender Lebenschnitt

Die Diagnose einer ernsthaften Erkrankung wie beispielsweise das Syndrom Demenz und das Eintreten eine Pflegebedürftigkeit ist wohl mitunter der schwerwiegendste Lebenschnitt, welcher die Paarbeziehung und die Sexualität alternden Menschen und des Einzelnen nachhaltig erschüttert und beeinflusst. Eine vorliegende Pflegebedürftigkeit bedeutet für den einen Partner plötzlich andauernde Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeit. Für den anderen Partner bedeutet es oftmals eine andauernde Zeit der Selbstaufgabe und fortwährende Unterstützung des erkrankten Partners.

Das verändert auch die Beziehungsdynamik innerhalb der Partnerschaft alternder Menschen. Nicht selten rufen Pflegesituationen auch zwischen den Generationen häufig Konflikte auf, welche bereits schon zum Altbestand der Partnerschaft gehörten und durch die andauernde Belastung neu aufkeimen. Zumeist machen Frauen den überwiegenden Teil der pflegenden Partner aus, was unter anderem auf dem demografischen Wandel zurückzuführen ist. Aber auch aufgrund dessen, dass Frauen oftmals vom Alter her jünger als ihre Ehemänner oder Lebensgefährten sind. Pflegende Ehepartner erfahren nicht nur die Belastungen, welche durch die bestehende Pflegesituation üblicherweise entstehen, sondern erleben auch Trauer und Verlustempfinden bezüglich der Einbuße von partnerschaftlicher Unterstützung im Alltag, dem Genuss des gewohnten Sexuallebens oder von lieb gewonnenen gemeinsamen Interessen und Hobbies. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.15)

Dieses Verlustempfinden einer Pflegeperson findet besonders bei der Pflege eines an Demenz erkrankten Partners, aufgrund der sich verändernden Persönlichkeit des Demenzkranken, ein hohes Ausmaß. Häufig sind die Pflegepersonen auch selbst gesundheitlich beeinträchtigt und durch die Pflege des Partners oftmals einer doppelten Belastung ausgesetzt. Es wurde innerhalb einer Studie von Wright und Aquilino Ende der 1990er Jahre festgestellt, dass die Ehezufriedenheit eindeutig damit in Zusammenhang gebracht werden kann, wie sich der pflegende Ehepartner emotional von dem pflegebedürftigen Ehepartner unterstützt fühlt. Das bedeutet das Maß der erfahrenen emotionalen Unterstützung unter den Ehepartnern innerhalb von Belastungssituationen, in diesem Fall der vorliegenden Pflegebedürftigkeit mit eventuell diagnostizierter Demenzerkrankung, hat einen besonderen Einfluss auf das Belastungs- und Zufriedenheitsempfinden des pflegenden Partners. Bei einer vorliegenden Demenzerkrankung eines Partners oder einer anderen schwerwiegenden Krankheitsdiagnose, manchmal leider auch in Kombination, fehlt diese notwendige emotionale Unterstützung aufgrund der Krankheit fast ausschließlich, so dass der pflegende Partner einem besonders dramatischen Belastungserleben ausgesetzt ist. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.15)

Von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen sind immer mit einem einschneidenden Erlebnis in ihrem Leben konfrontiert.

Doch Pflegebedürftigkeit führt nicht selten auch dazu, dass alte Menschen ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen, um in eine andere Wohnform, beispielsweise in eine Wohngemeinschaft für demenzkranke Menschen oder in ein Pflegeheim umzuziehen. Dafür gibt es die verschiedensten Hintergründe wie etwa der Tod des pflegenden Ehepartners oder ein nicht mehr zu bewältigendes Pflegeausmaß in der Häuslichkeit der Betroffenen. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.25)

Das bedeutet für eine verbleibende Partnerschaft allerdings größere tiefgreifende Einschnitte in die Beziehung und auch in ihr Sexualleben, wenn dieses noch auf verschiedenste Weise möglich war. Wie anfangs kurzweilig erwähnt bedeutet Sexualität nicht ausschließlich Geschlechtsverkehr. Diese neue Veränderung verlangt von den alten Menschen, dass sie ihre geliebte und gewohnte Umgebung und Beziehungen aber auch bestimmte Dinge, welche für sie eine persönliche Bedeutung innehaben, gegen eine fremde Umgebung und neue Alltagsstrukturen eintauschen müssen. Natürlich verliert ein pflegedürftiger Mensch damit auch größtenteils seine persönliche noch verbliebene Unabhängigkeit, auch wenn vorher bereits Einschränkungen erduldet werden mussten. Es ist durch so eine Lebenswendung im Alter auch durchaus möglich, dass eine fortschreitende Entfremdung von Ehepartnern beispielsweise aufgrund einer vorliegenden Demenzerkrankung, stattfindet. Für immer noch vorhandene sexuelle Bedürfnisse oder erotische Wünsche der betroffenen pflegebedürftigen Menschen und alten Paare bleibt nunmehr aufgrund der eingrenzenden Lebensverhältnisse kaum noch Raum. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.25)

Das sexuelle Selbstbestimmungsrecht pflegebedürftiger Heimbewohner ist quasi stark beschnitten und bringt manche Menschen oft an die eigenen emotionalen Grenzen. Ein wichtiger Faktor der sich als große Schwierigkeit für einen alten Menschen in solch einer Lage ergibt, ist die große Hürde überhaupt noch einen passenden Partner zu finden mit dem man auch noch den Bereich der Sexualität bis ins hohe Alter teilen kann. Nur ein verschwindend geringer Teil der Heimbewohner ist noch verheiratet und der Männermangel unter alten Menschen zeigt sich auch in einem Pflegeheim. Im Zusammenhang mit gelebter Sexualität im Pflegeheim ergeben sich aber noch eine Vielzahl weiterer Probleme und Schwierigkeiten. Dies betrifft auch noch bestehende Ehen, denen allerdings bei einem aufgeschlossenen Umfeld, mit Kreativität begegnet werden kann. Grundsätzlich behindert eine starre Heimstruktur das Ausleben sexueller Bedürfnisse.

Zumeist fehlen Rückzugsmöglichkeiten, in denen die Privatsphäre gesichert wird. Einzelzimmer sind auch heute noch nicht unbedingt Standard sowie das Anklopfen und das Abwarten der Mitarbeiter vor dem Eintritt in die Räumlichkeiten der Heimbewohner. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.25)

Einige Träger von Pflegeheimen, insbesondere mit kirchlichen Bezug, empfinden sexuelle Handlungen zwischen Heimbewohnern und ausgelebte Sexualität im Alter als unmoralisch. Es besteht die Befürchtung, dass das Bekanntwerden sexueller Aktivitäten in den zugehörigen Pflegeheimen zu einem Imageverlust führen könnte. Auch die ungenügende Aufklärung während der Ausbildung von Mitarbeitern im Pflegebereich bedingt große Wissensdefizite über die natürliche Sexualität im Alter und schürt Vorurteile gegen diese Thematik. Das und auch unhinterfragte Moralvorstellungen verhindern manchmal auch den offenen Umgang mit der Thematik der noch vorhandenen sexuellen Bedürfnisse alter Menschen und steigern das stille Leiden der Alten. Dem gegenüber wäre eine intensivere Wissensvermittlung bereits während der Ausbildung der Pflegekräfte ein nutzbringender Gewinn, sowohl für die Pflegekräfte und auch für die zu Pflegebedürftigen, da auch Pflegemaßnahmen zum Beispiel das Katheterisieren eines Menschen erlebte Missbrauchserfahrungen hervorrufen können. Ein besseres Verständnis füreinander kann eine würdevollere Pflege durch tiefere Wissenskenntnis fördern. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.26)

Intimpflege bedeutet für den pflegenden Mitarbeiter Wohlwollen gegenüber dem zu pflegenden Menschen, allerdings kann es bei dem zu Pflegendem eine Verletzung des persönlichen Schamgefühls bedeuten und problematisch sein. Insbesondere die sexuellen Bedürfnisse und deren Ausleben bei Pflegeheimbewohnern, welche an dem Syndrom Demenz leiden, erfordern ein umfangreiches Wissen bezüglich der Erkrankung selbst sowie Kompetenz im Umgang mit den Geschehnissen im Pflegeheim, bei denen ein Erkrankter seine sexuellen Bedürfnisse stillt. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.26)

Es braucht Einfühlungsvermögen und Interesse an menschlichen Bedürfnissen sowie Respekt, um einem pflegebedürftigen Menschen auch im Pflegeheimkontext seinen Persönlichkeitsaspekt als sexuelles Wesen würdevoll ausleben zu lassen.

3.2 Sexuelle Aktivität im Alter

Wie in den vorangegangenen Ausführungen bereits Erwähnung gefunden hat, sind Feststellungen aufgrund von Befragungen über das Häufigkeitsvorkommen der geschlechtlichen Vereinigung zwischen einer Frau und einem Mann sowie praktizierter Selbstbefriedigung schwankend. Die Häufigkeit des Koitus ist bei jeder Partnerschaft vom aktuellen Beziehungszustand, vom familiären Umfeld und vom gesundheitlichen Wohlbefinden abhängig. Wobei an dieser Stelle nochmals betont werden soll, dass Sexualität im Allgemeinen und auch immer noch im Alter mehr ist als der reine Geschlechtsverkehr. Auch Zärtlichkeiten, Petting oder andere Formen von sexueller Aktivität werden von diesem Begriff umfasst. Das Ausmaß der sexuellen Häufigkeit bis ins hohe Alter ist vor allem von einem offenen Umgang der Partner miteinander und von ehrlichen Gesprächen miteinander geprägt. Doch hier liegt zumeist das Problem. Viele alte Menschen vermeiden diese offenen Gespräche. Sei es aus Gründen der Resignation oder auch aufgrund von Erleichterung, weil der eine oder andere Partner sich nie wirklich mit dem Bereich der Sexualität identifizieren konnte und es ihm keine Freude bereitet hat. Eine abnehmende Tendenz des sexuellen Verlangens und der Sexualität im Alter ist zu einem gewissen Grad auch normal. Dennoch können die folgenden Gründe auch erheblich zum Abflauen der Sexualität bei älteren Menschen beitragen. (vgl. Grond, 2011, S. 40)

Zum einen gibt es ältere Menschen die in ihrer Partnerschaft Sexualität vermeiden, weil sie sich im Laufe der Zeit auseinandergeliebt haben oder beide Partner im Einvernehmen einfach kein Interesse mehr an ausgelebter Sexualität haben. Andererseits vermeiden ältere Partner das Ausleben ihrer gemeinsamen Sexualität aus Scham beziehungsweise Schuldgefühlen, aufgrund von empfundener sexueller Lust. Manchmal verblasst die Sexualität innerhalb einer Partnerschaft auch weil ein oder beide Partner nicht über die Veränderung ihrer persönlichen sexuellen Interessen reden möchten. Es gibt Partner, welche froh sind, sich nicht mehr als Sexpartner dem anderen zur Verfügung stellen zu müssen und andererseits gibt es auch Menschen die auch im Alter noch untreu sind und fremdgehen. Aber auch Krankheiten und die eigene Auffassung im Alter nicht mehr begehrenswert und attraktiv zu sein, sind ausschlaggebende Begründungen einer passiven Sexualität im Alter.

Doch auch die Rücksichtnahme des einen Partners auf den anderen, wenn beispielsweise Frauen ihre Ehemänner nicht auf ihre Impotenz ansprechen möchten oder wenn den Mann Versagensängste quälen, sind Gründe weshalb sexuelle Aktivität im Alter in Partnerschaften vermieden wird. (vgl. Grond, 2011, S. 41f.)

Es gibt nun aber auch Männer und Frauen die aufgrund von Scheidung, dem eingetretenen Tod eines Partners oder jahrelanger Partnerlosigkeit nicht in einer Partnerschaft leben und ihre sexuellen Bedürfnisse nicht ausleben. Ein naheliegender Grund dafür ist natürlich, das nicht Vorhandensein eines Partners mit dem man Sexualität ausleben kann. Manche Menschen haben zur Sexualität aber auch grundsätzlich eine negative Einstellung und haben kein Interesse diese auszuleben. Das sind wahrscheinlich Menschen die sich selbst als asexuelle Wesen bezeichnen würden ohne damit irgendein persönliches Leiden in Verbindung zu bringen. Alte Frauen und Männern vermeiden Sexualität aber auch aufgrund empfundener Trauer oder Krankheit. Zudem aber auch aus der Befürchtung heraus von ihren Kindern, von ihrem sozialem Umfeld oder von den Mitarbeitern im Pflegeheim oder anderen Institutionen abgelehnt zu werden und Schuldgefühle dabei aufkommen. (vgl. Grond, 2011, S. 42)

Es ist interessant, dass Frauen in einem Lebensalter zwischen 60 und 65 Jahren sexuell passiv werden, weil sie eventuell in diesem Alter keinen Partner mehr haben und auch froh über den Zustand ausbleibender Sexualpraxis sind. Auch eine erfahrene lustfeindliche Erziehung dieser Frauen bedingt, dass Sexualität für sie uninteressant ist. Manche ältere Frauen haben aber in ihrem Leben auch einfach nicht gelernt offen zu ihren Bedürfnissen zu stehen oder werden sexuell passiv, weil sie unter zu geringer Zärtlichkeit leiden. Manche Frau wurde zu oft emotional enttäuscht, weil sie in einer kaputten Partnerschaft ausharrte und ihr Mann sie vielleicht auch mit einer anderen Frau betrogen hat. Krankheit, Inkontinenz und vorliegende Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Frauen selbst können die Aktivität der Sexualität abtöten. Auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, eine trockene Vagina, ein fehlender Orgasmus und sexuelle Monotonie sowie Brustkrebs und Unterleibsbeschwerden halten alte Frauen davon ab, sexuell aktiv zu sein und minimieren das Lustempfinden bis aufs Äußerste. (vgl. Grond, 2011, S. 42)

Ungefähr ein Drittel von Frauen erleben die Beendigung der Sexualität im Alter als befreiend und irrelevant, weil sie nichts vermissen und Zeit ihres Lebens keine guten Erfahrungen in diesem Bereich machen konnten. Ein weiteres Drittel empfindet den Verlust der gelebten Sexualität als zu bedauernden Zustand und ein anderes Drittel von Frauen steht diesem Thema widersprüchlich gegenüber (vgl. Grond, 2011, S. 42)

Ältere Männer stellen ihre sexuelle Aktivität häufig im Alter von 68 Jahren ein. Auch dafür zeigen sich die unterschiedlichsten Begründungen. Wie auch Frauen, empfinden Männer ab einem gewissen Alter kein Interesse mehr an einer gelebten Sexualität. Andere Männer freuen sich darüber keinem sexuellen Leistungsdruck mehr ausgeliefert zu sein oder leiden an Impotenz. Manche Männer fühlen sich nicht mehr attraktiv genug und sind krank. Auch die Angst vor dem Versagen oder die Befürchtung, dass sich andere Bewohner beispielsweise in einem Pflegeheim gestört fühlen könnten, kann zudem auch zur sexuellen Passivität von Männern führen. Aber auch der Verlust der männlichen Identität, aufgrund des Ruhestandes und der gescheiterte Versuch dies Mithilfe von Masturbation und Potenzbeweisen zu kompensieren, kann einem Mann die Lust nehmen, seine Sexualität weiter ausleben zu wollen. (vgl. Grond, 2011, S. 43)

Trotz der passiv ausgelebten Sexualität im Alter unter Männer und Frauen können dennoch sexuelle Interessen auf verschiedenste Weisen aufkommen. So sind diese immerhin bei der Mehrheit alter Menschen bis zu einem Alter von 80 Lebensjahren immer noch vorhanden. Ab einem Alter von 80 Lebensjahren minimiert sich im Allgemeinen das sexuelle Interesse, überwiegend bei Frauen. (vgl. Grond, 2011, S. 43)

3.3 Sexuelles Interesse und Empfinden alter Menschen

So haben etwa die Hälfte von Männern, im Alter zwischen 60 bis 80 Jahren und ein Drittel der über 80 jährigen Männer, immer noch erotische Träume. Die Hälfte der Frauen zwischen 60 und 80 Lebensjahren und der Großteil der Männer zwischen 50 und 90 Lebensjahren, bekennen sich zu immer noch vorhandenen erotischen Fantasien.

Doch wie bereits erwähnt schwindet das sexuelle Interesse bei älteren Menschen, wenn sie grundsätzlich schlechte sexuelle Lebenserfahrungen gemacht haben und deshalb keine positive Einstellung zu diesem Thema aufweisen. (vgl. Grond, 2011, S. 43)

Aber auch eine strenge Sexualmoral und Ängste vor Ablehnung und Unverständnis anderer, minimieren das Interesse der älteren Männer und Frauen an gelebter Sexualität, auch wenn es unterbewusst noch vorhanden ist. Ältere Frauen empfinden häufiger sexuelle Unzufriedenheit als ältere Männer und halten auch Seitensprünge für eher wahrscheinlich. Das Gefühl der Befreiung von der empfundenen Bürde sexueller Aktivität empfinden zumeist Alte, die in ihrem Leben Opfer von Vergewaltigung wurden. (vgl. Grond, 2011, S. 43)

Zudem altert auch die Fantasie niemals. Während des Schlafs und zwischen drei und fünf Traumphasen kommt es auch im Alter noch zu einer Erektion beim männlichem Penis und der fraulichen Klitoris, welche bis zu einer halben Stunde anhalten kann. Männer träumen häufiger von sexuellen Inhalten als Frauen und obgleich die morgendliche Erektion bei voller Blase bei alten Menschen abnimmt, deutet sie dennoch auf eine funktionierende Potenz hin. Eine regelmäßige sexuelle Aktivität, auch im Alter, soll zudem am besten die Potenz eines Mannes erhalten. Allgemein sind die sexuellen Funktionen bei alternden Männern anfälliger gegenüber der von alternden Frauen. Entscheidend für das Ausmaß der Störungen ist aber auch hier die Offenheit in Gesprächen miteinander und die partnerschaftliche Vertrautheit. (vgl. Grond, 2011, S. 31f.)

Die Erregbarkeit der Geschlechter ist tageszeitlich unterschiedlich ausgeprägt. Männer sind eher morgens und Frauen eher abends leicht erregbar. Bei älteren Männern und älteren Frauen werden die körperlichen Muskeln im Allgemeinen weniger angespannt, die Haut rötet sich nur noch schwach und Östrogene, Endorphine und der Adrenalin Spiegel steigen im Erregungsmoment kaum noch an. Ein zärtliches Vorspiel befriedigt Frauen zumeist mehr, als ein Orgasmus und im Orgasmus selbst kann das Lustempfinden bei älteren Männern und Frauen zugleich ekstatische Höhen annehmen und gar schmerzlindernd wirken. (vgl. Grond, 2011, S. 32)

Insgesamt betrachtet leben ältere Frauen Sexualität in Form von praktizierten Geschlechtsverkehr eher weniger aus als ältere Männer. Ältere Frauen hingegen ziehen ein ausgiebiges Vorspiel vor, was bei älteren Männern eher kurz sein kann.

Wenn Geschlechtsverkehr praktiziert wird bevorzugen Frauen eine möglichst ausgiebige Koitusdauer im Gegensatz zu Männern. (vgl. Grond, 2011, S. 44)

Die Voraussetzung zu gelebter Sexualität im Alter steht bei Frauen im Zusammenhang mit einem psychischem Einklang und erotischer Verbundenheit. Männern reichen zu meist Schlüsselreize bezüglich des fraulichen Körpers und Triebempfinden an sich. Alte Menschen die bis ins hohe Alter noch in Partnerschaften leben sind zufriedener als ältere Singles. Für viele alte Frauen ist eine Partnerschaft zudem eine Grundvoraussetzung für praktizierte Sexualität im Alter. Doch Grundsätzlich basiert die sexuelle Zufriedenheit im Alter auf die Qualität der Partnerschaft und die offene Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse und Gefühle. Sexuelle Zufriedenheit macht das Leben auch im Alter noch lebenswerter und fördert die Gesundheit. Frauen, die in ihrer Ehe zufriedenen sind, sind auch noch im Alter länger fähig einen Orgasmus zu empfinden. Allerdings sollte man insbesondere auch in pflegenden Institutionen beachten, dass Sexualität im Alter, aufgrund einer Überbewertung oder aufgrund ihres positiven Effektes auf die Gesundheit älterer Menschen, nicht idealisiert werden sollte. Das liegt darin begründet, dass dann unter Umständen die sexuelle Zufriedenheit alter Menschen schnell in sexuelle Unzufriedenheit umschlagen kann. (vgl. Grond, 2011, S. 44)

Ältere Paare können auch in einen so genannten Teufelskreis sexueller Unzufriedenheit geraten. Wenn die alternde Frau keine sexuelle Lust mehr empfindet und deshalb über sexuelle Passivität erleichtert ist oder sich selbst nur noch unattraktiv ansieht, probiert das Paar dennoch vielleicht neue sexuelle Techniken aus. Wenn die Frau diese dann allerdings nicht weiter ausleben möchte und physische Nähe zu ihrem Mann meidet, erlebt der Mann diesen Rückzug als persönliche Beleidigung. Der Mann vermeidet dann auch Zärtlichkeiten, weil er Angst hat die Frau zu verlieren. So schwindet allmählich die sexuelle Aktivität in der Partnerschaft im Zusammenhang mit der sexuellen Zufriedenheit der Partner, weil beide nicht miteinander über das tatsächliche Problem reden und Offenheit ausbleibt. (vgl. Grond, 2011, S. 45)

Zusammenfassend sollte an dieser Stelle also festgehalten werden, dass es keine hinreichenden wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber gibt, dass die sexuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten eines Menschen an ein bestimmtes Lebensalter grenzen.

Sicherlich verändern sich in Bezug auf die Sexualität eines Menschen im Alter seine Gewohnheiten oder das Interesse an sexuellen Erlebnissen, aber trotzdem bleibt die Sexualität auch bei alternden Menschen immer ein wichtiger Lebensbereich. Sexualität geht weder mit dem Rentenalter verloren noch verschwinden sexuelle Bedürfnisse bei Frauen und Männer im voranschreitenden Alter automatisch. Bedeutungsvolle Einflussfaktoren für eine bleibende Befriedigung sexueller Bedürfnisse alter Menschen und das Interesse an gelebter Sexualität bis ins hohe Alter hinein, sind insbesondere das Bestehen einer partnerschaftlichen Beziehung, in der gegenseitiges Vertrauen und kommunikative Offenheit besteht. Doch auch die sexuelle Lebenserfahrungen und die Erziehung eines Menschen sowie die Wohnsituation und der Gesundheitszustand alter Menschen und Paare sind bedeutende Einflussfaktoren auf die Art und Weise, wie Alte innerhalb einer Partnerschaft oder als Single, ihre persönliche Sexualität im Alter auslebt. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Zudem wird Sexualität im Alter auch durch Vorurteile, Ablehnungsängste sowie Tabus, durch hormonelle Veränderungen und das veränderte äußere Erscheinungsbild eines alternden Menschen, durch den Einfluss von Medikamenten oder auch durch soziale Kontakte begrenzt. Vorübergehende Erkrankungen können unproblematischer auf die sexuelle Aktivität eines alten Menschen wirken, weil nach der Genesung sexuelles Interesse zumeist wieder belebt wird. Pflegebedürftigkeit und chronische Erkrankungen hingegen, können die Sexualität eines Menschen oft massiv auf Dauer behindern, weil beispielsweise Inkontinenz, neurologische oder seelische Leiden oder chronische Schmerzen, Betroffene zu einer passiven Sexualität im Alter zwingen, weil dieser Lebensbereich für alte Menschen dann unangenehm und freudlos wird. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Insbesondere auch wenn die Intimsphäre eines Menschen beispielsweise in Pflegesituationen tangiert oder verletzt wird, kann es auch zum Ausbleiben des Verlangens, Sexualität im Alter noch erleben zu wollen, kommen. Dem alternden und unter Umständen kranken Menschen entgegengebrachte Wärme und zärtliche Gesten wirken aber immer, trotz eines fehlenden sexuellen Verlangens, positiv auf den Gemüts- und Gesundheitszustand eines alten Menschen. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass alte Menschen durch aus noch das Verlangen nach Nähe und Geborgenheit haben.

Sei es in einfacher Weise durch einen Gesprächspartner oder einem Partner mit dem der Einzelne gemeinsam sexuelle Praktiken vollziehen kann. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Wie bereits erwähnt haben Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber hinaus in Partnerschaften noch immer regelmäßigen Geschlechtsverkehr miteinander. Viele alte Menschen leiden aber auch an Einsamkeit und Traurigkeit, weil ihnen ein vertrauenswürdiger Partner fehlt, mit dem eine aktive Sexualität noch möglich wäre. Das bedeutet, dass alte Menschen zumeist solange noch sexuell aktiv bleiben, wie es ihnen in einer Partnerschaft möglich ist oder diese besteht. Verwitwete alte Menschen lassen sich in der Regel eher selten nach dem Tod ihres Ehepartners nochmal auf sexuelle Kontakte mit einem anderen alten Menschen ein. Gründe dafür kann ihre weitere Treue gegenüber des Verstorbenen sein, der Mangel an Gelegenheiten oder Vermeiden von Verurteilung durch Verwandte oder Bekannte. In diesem Fall wird das sexuelle Verlangen des Hinterbliebenen entweder komplett negiert und herabgesetzt oder durch heimliche Selbstbefriedigung ausgeglichen. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Es gibt aber auch alte Menschen, überwiegend sind es alte Frauen, die den Bereich der Sexualität in ihrer Partnerschaft oder überhaupt in ihrem Leben als belastende, unschöne Ehepflicht angesehen haben. Gründe dafür liegen zumeist darin, dass diese alten Menschen ihr ganzes Leben lang nur negative Erfahrungen mit Sexualität verbinden und ihre Bedürfnisse nicht wirklich befriedigt wurden. Aber auch Missbrauchs- beziehungsweise Vergewaltigungserfahrungen können diese Haltung begründen. Diese alten Menschen sind dann zu meist froh die Altersphase in der Partnerschaft erreicht zu haben und schließen mit dem Thema komplett ab. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

Durchaus finden sich auch alte Menschen, die sich ganz bewusst in ihrer Vergangenheit für ein Leben ohne Geschlechtsverkehr oder irgendeine Art und Weise von ausgelebter Sexualität entschieden haben. Das sollte auch von Pflegekräften oder anderen Menschen nicht belächelt oder verurteilt, sondern insbesondere in Pflegesituationen akzeptiert werden. Jeder Mensch ist individuell und die Biografien alter Menschen sind verschieden und das ist auch gut so. In jedem Fall bedingt Sexualität auch Intimität.

Die Wohnsituation alter Menschen beispielsweise im Pflegeheim, bei ihren Kindern oder noch in Wohngemeinschaften für pflegebedürftige an Demenz erkrankte Menschen, kann diese Intimität begrenzen. Sexualität wird somit unter anderem erschwert oder gar unmöglich gemacht. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156f.)

Beispielsweise die Pflegeheimstrukturen verhindern die persönlichen Freiräume alter Menschen, da sie fortwährend dem starren Tagesablauf im Heimkontext ausgeliefert sind. Das Wohnen in Mehrbettzimmern aber auch fehlende Rückzugsmöglichkeiten durch eine beabsichtigte offene Raumgestaltung innerhalb des Pflegeheims beschneiden die Intimsphäre des alten Menschen maßgeblich. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1157)

Es ist von großer Bedeutung sich klar zu machen, dass sexuelle Aktivität im Alter auch Emotionen zum Ausdruck bringen können, zu denen unter anderem Rebellion, Feindschaft, Aggressionen oder andererseits der Wunsch nach Aufmerksamkeit oder Zuwendung gehören. Übertriebene Sexualität im Alter kann darauf hindeuten, dass der alternde Mensch versucht, seine altersbedingten Veränderungen durch ein überdurchschnittliches Maß an persönlich ausgelebter Sexualität zu kompensieren, um seinen persönlichen Wert noch erkennen zu können und auszugleichen. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1157)

Schlussendlich ist aber eine gesunde Lebensweise mit viel Bewegung, Vermeidung von Übergewicht und Genussgifte sowie eine gesunde Einstellung zum Alter und seelischer Ausgeglichenheit die beste Voraussetzung, aktive Sexualität bis ins hohe Alter noch auszuleben und genießen zu können. (vgl. Stoll G., 2010, S. 1156)

4 Art und Weisen sexueller Erlebnisse bei alten Menschen

Sexualität als solches ist immer auch neben der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse, auch stark mit sozialen Kontakten, Liebe und Zuneigung, Geborgenheit und dem Gefühl der Sicherheit sowie Scham und Selbstannahme verbunden. Eine Norm der Sexualität gibt es aufgrund der Individualität der Menschen nicht wirklich. Dennoch gibt es ganz unterschiedliche Formen Sexualität in jedem Lebensalter auszuleben. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

Die Sexualität eines Menschen bleibt auch im Alter noch immer facettenreich und in der Art und Weise ihrer Ausübung unterschiedlich. Zudem gibt es neben bestimmter sexuellen Formen auch die unterschiedlichsten Neigungen und Vorlieben wie beispielsweise sexuelle Praktiken mit unbelebten Gegenständen oder andere sexuelle Handlungen. (vgl. Köther, 2011, S. 837f.)

Die Grenze zur Perversion scheint hier nur gering zu sein. Dennoch verändern sich Menschen in Bezug auf ihre sexuellen Neigungen wohl im Alter auch nicht, deshalb darf auch dieser tabubehaftete Aspekt in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben.

4.1 Heterosexualität

Die Heterosexualität meint das sexuelle Erleben zwischen Mann und Frau und ist wohl die am meisten vorhandene und gesellschaftlich anerkannteste Form sexuellen Erlebens. Die Partner des jeweils anderen Geschlechts sind füreinander gegenseitig erregbar, praktizieren gemeinsam sexuelle Aktivitäten, orientieren sich aneinander und können durch Liebe zueinander verbunden sein. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

4.2 Homosexualität

Die Homosexualität meint das sexuelle Erleben und die Verbundenheit zweier Menschen des gleichen Geschlechts. Sie erregen einander, praktizieren gemeinsam sexuelle Aktivitäten, orientieren sich aneinander und können durch Liebe zueinander verbunden sein. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

Homosexuell und lesbisch orientierte Menschen weisen neben den alterstypischen Problemen, welche sie auch mit heterosexuellen alten Menschen teilen, zumeist weitere Schwierigkeiten im Alter auf. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.27)

Homosexuelle Menschen leben im Alter allein ohne Partner und Familie, weil das für sie in ihrem Leben aufgrund ihrer sexuellen Orientierung nicht wirklich möglich war.

Sie leiden oftmals mehr an gesellschaftlicher Ablehnung und Stigmatisierung, Isolation und Einsamkeit als heterosexuelle Menschen. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.27)

Wenn homosexuelle alternde Menschen ihre Sexualität offen ausleben, müssen sie des Öfteren im Vergleich zu heterosexuellen alten Menschen, auch ein größeres Ausmaß an Ablehnung und gesellschaftlicher Ächtung erdulden. In pflegenden Institutionen beispielsweise in Pflegeheimen, stoßen alternde homosexuelle Paare oder Singles bei der Umsetzung sexueller beziehungsweise erotischer Handlungen, häufig auf aggressivere Intoleranz seitens der Mitarbeiter oder Heimbewohner.

Aus dieser Lage heraus entstanden beispielsweise aus der AIDS-Hilfe, zur Linderung der Not der homosexuellen alternden Menschen verschiedene Netzwerke, welche sich dafür einsetzten, Pflegeheime und Pflegedienste speziell für lesbische und schwule alte Menschen zu realisieren. Damit sollen die homosexuellen alten Menschen in ihrer Selbstbestimmung und ihrer Würde in der letzten Lebensphase gestärkt werden. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.26)

4.3 Bisexualität

Bisexuelle Menschen praktizieren Sexualität mit Menschen beider Geschlechter. Sie sind durch beide menschliche Geschlechter erregbar, orientieren sich geschlechtsunabhängig aneinander und können durch Liebe mit Menschen beider Geschlechter verbunden sein. Bisexualität beschränkt sich, wie auch die anderen Formen sexuellen Erlebens, auf keine Altersgrenze. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

4.4 Masturbation

Masturbation oder Onanie bedeutet ein intimes Durchführen von Selbstbefriedigung zur individuellen Luststillung sexueller Bedürfnisse einer Person. Selbstbefriedigung ist unabhängig von jeglicher Art sexuellen Erlebens. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

4.5 Asexualität

Asexuelle Menschen empfinden kein Verlangen nach sexueller Befriedigung unabhängig vom Geschlecht eines Menschen. (vgl. Köther, 2011, S. 837)

4.6 Alternde Frauen und Männer anderer Kulturen

Die Sozialisation eines Menschen ist ein lebenslanger und grundlegender Prozess der für den Einzelnen auch im Alter noch richtungsweisend bleibt. Durch diesen Vorgang der gesellschaftlichen Anpassung bezüglich verschiedener kultureller Normannahmen, Denkweisen und Verhaltensmuster, wird auch die geschlechtsspezifische und sexuelle Identität eines Menschen durch Sozialisation geprägt. Jeder Kulturkreis hat dabei allerdings unterschiedliche und maßgebende Vorstellungen, was es bedeutet eine Frau oder ein Mann zu sein und Sexualität auszuleben. Im westeuropäischen Kulturkreis ist die Gleichstellung zwischen Mann und Frau überwiegend geworden. Wobei die traditionelle Sichtweise der Rollenverteilung von Mann und Frau in anderen Kulturen wie beispielsweise im Islam noch strikt vorherrschend ist. Auch in Bezug auf Sexualität im Alter darf man diesen Gesichtspunkt nicht außen vor lassen. An die verschiedenen Geschlechterrollen sind zumeist kulturelle Erwartungen und Pflichten gestellt, was Männer sowie Frauen auch im persönlichen Empfinden als sexuelles Wesen tangiert und im Alter bis zu ihrem Tod prägen wird. (vgl. Köther, 2011, S. 838)

An dieser Stelle sei nur erwähnt, dass insbesondere in Pflegeinstitutionen oder sonstigen Pflegesituationen hier Wissen und Aufklärung des Pflegepersonals notwendig bleibt, um auch Menschen aus anderen Kulturen ihre Selbstbestimmung sowie Würde im Alter und in Bezug auf ihre Art und Weise, Intimität und Sexualität im Alter auszuleben, zu gewähren.

5 Sexuelle Altersveränderungen der Geschlechter und körperliche Abläufe

Inwieweit ein Mensch an sexuellen Veränderungen im Alter leidet ist unterschiedlich und von verschiedenen Bedingungen des Sexualverhaltens im Alter abhängig. Ein Aspekt ist die Wahrnehmung körperlicher Altersveränderungen beispielsweise der Genitalien und des individuellen Gesundheitszustandes. Sexuelles Verhalten im Alter wird, wie in den vorangegangenen Ausführungen bereits deutlich erwähnt, auch durch gesellschaftliche Normen, Rollenvorstellungen und Werte geprägt. Obgleich auch hier der Status einer alternden Person, das Wohnumfeld eines alten Menschen oder sein soziales Umfeld eine Rolle spielen. Die biografischen Aspekte eines alternden Menschen bestimmen ebenso sein persönliches sexuelles Verhalten, seine sexuellen Interessen und Vorlieben sowie seine Neigungen bis ins hohe Lebensalter. Schließlich gelten aber auch psychodynamische Bedingungen wie beispielsweise die Ausprägung des Selbstwertes eines alternden Menschen, sein verbleibendes Lernvermögen und individuelle kreativen Fähigkeiten sowie die persönliche Rollenübernahme in menschlichen Beziehungen, als Bedingungen des Sexualverhaltens im Alter. Die Zufriedenheit eines Menschen mit sich selbst und dem eigenen Leben aber auch mit dem individuellen Sexualverhalten, bestimmt in hohem Maße das Wohlbefinden eines alternden Menschen. Doch auch die Harmonie in Beziehungen beispielsweise zu Kindern und in Partnerschaften, Beziehungsverluste und das Maß an Beziehungsverfügbarkeiten tangieren den Bereich der Sexualität im Alter. Deshalb sind auch das persönliche Wohlbefinden alter Frauen und Männer sowie die Art und Weise der Beziehungsfähigkeit sowie das Vorhandensein von menschlichen Beziehungen, prägende Bedingungen des Sexualverhaltens im Alter. (vgl. Grond, 2011, S. 22f.)

5.1 Nachlassende Sinneseindrücke im Alter und ihre anregende Wirkung

Die schwindenden Sinneseindrücke im Laufe des Altersprozesses betreffen beide Geschlechter zugleich. Frauen und Männer erleben hier unspezifische Auswirkungen auf ihr individuelles Sexualitätsempfinden, welches auch von den menschlichen Sinnesorganen beziehungsweise Sinneseindrücken beeinflusst wird.

Durch die Augen werden von Männern und Frauen optische Signale wahrgenommen, welche auch im Alter noch wichtige sexuelle Reize bilden. Dazu wirkt auch Licht sexuell stimulierend. Frauen richten zumeist ihren ersten Blick auf die Augen eines Mannes und schauen dann in einem zweiten Blick auf den männlichen Po, welcher auf Frauen ganz besonders stimulierend wirkt, wenn er dynamisch, klein und muskulös aussieht. Alte Frauen hingegen sehen schlechter als alte Männer, welche eher durch eine große Vielfalt von erotischen Bildern sexuell erregt werden. Aus diesem Grund wirkt Pornografie bei alten Männern immer noch sehr sexuell anregend. Durch menschliche Ohren sind bestimmte Töne aber auch musikalische Klänge und Flüstern wahrnehmbar. (vgl. Grond, 2011, S. 23)

Das alles wirkt auf Menschen sexuell anregend. Interessanterweise verändern musikalische Töne dieselben Hirnregionen eines Menschen, welche auch für das menschliche Lustempfinden im Gehirn zuständig sind. Durch die Nase können Menschen Pheromone wahrnehmen, weil die menschlichen Nasenscheidewände Lockstoffe erschnüffeln. Aus diesem Grund entscheidet auch der Geruch eines Menschen mit über die Partnerwahl. Die Attraktivität einer Person ist auch von ihrem Körperduft abhängig. Durch den Duft von Vaginalsekret empfinden Männer erstaunlicherweise Frauen als angenehmer und positiver. Bei Männern steigt in diesem Fall der Testosteronspiegel um 150 Prozent in ihrem Körper an, was sich auch auf ihre sexuelle Bereitschaft sehr positiv auswirkt. (vgl. Grond, 2011, S. 23)

Düfte wirken also sexuell anregend und steigern die Begierde eines Menschen. Wobei unangenehme körperliche Gerüche, wie etwa durch Inkontinenz im Alter, zerstörend auf jegliche sexuelle Anziehungskraft wirken. Der Mund ist im Hinblick auf die Sexualität eines Menschen ganz besonders wichtig, weil er das Küssen ermöglicht. Küsse wirken in jedem Lebensalter entspannend und erzeugen auch bei alten Menschen ein Gefühl der Nähe. Sinnliche Küsse regen sowohl Männer als auch Frauen sexuell an und sorgen zudem für einen Austausch von Pheromonen und einer Immunsystemstärkung. Zungenküsse können aber auch zu einer Bakterien und Virenübertragung führen, was für einen alternden Menschen nicht ungefährlich bleiben muss. (vgl. Grond, 2011, S. 24)

Die Haut eines Menschen bildet das größte Lustorgan im Hinblick auf Sexualität. Auch alte Menschen verfügen noch über Millionen von Sinneszellen auf ihrer Haut.

Somit können immer noch zarte Berührungen von alten Menschen wahrgenommen werden. Sexueller Sinnesgenuss über die Haut ist auch im Alter angenehm, schmerz- und angstlindernd, stressauflösend, anregend und verspannungslösend. Heilungsprozesse im menschlichen Organismus werden beschleunigt, der Blutdruck wird gesenkt und das menschliche Immunsystem gestärkt. Die Gesichtshaut sowie die Haut der Lippen und Fingerspitzen sind ganz besonders empfindlich. Feinfühliges Hände sorgen für Intimität unter Menschen jeden Alters, aber auch für Vertrautheit und Nähe. (vgl. Grond, 2011, S. 23)

5.2 Das Gehirn als menschliches Lustorgan

Sexualität beginnt im Kopf eines Menschen. Das Areal der rechten Gehirnhälfte ist in dieser Hinsicht im menschlichen Körper verantwortlich. Der größte Liebesreiz für eine ansteigende menschliche Erregung sind Fantasien, welche niemals altern. Es ist auch alten Menschen möglich allein durch Fantasien zum sexuellen Höhepunkt zu gelangen und somit manchmal auch schmerzhemmende Wirkungen zu erzielen. Andererseits ist es auch möglich Sexualität im Kopf eines Menschen durch das Areal des Stirnhirns zu bremsen. Im Stirnhirn sitzt das menschliche Gewissen, was durch Furchtvorstellungen und Verbote sexuelle Lust abmindert. Diese Kontrollinstanz schaltet sich in einer Partnerschaft immer mehr ab, je mehr Vertrauen und Wertschätzung die Partner füreinander empfinden. Körperliche Nähe und Gespräche über intime Inhalte wirken luststeigernd auf Menschen in jedem Lebensalter. (vgl. Grond, 2011, S. 24)

Dadurch kommt es auch zur Stimulation im limbischen System des Gehirns, welches das Fühlen bestimmt und als Emotionszentrum eine Vielzahl von Hormonen steuert. Weiterhin werden durch Vorgänge im Gehirn auch Empfindungen für Liebe und Erektion bei Männern und Frauen erzeugt. Auch Licht wirkt als Reiz im Gehirn auf das sexuelle Empfinden eines Menschen, da Licht stimuliert. Alte Menschen die an Erkrankungen der Augen beispielsweise Grauer Star leiden, werden die Stimulation durch Licht weniger wahrnehmen können. Das menschliche Gehirn enthält auch ein so genanntes Belohnungszentrum, welches beim Orgasmus den Lust- und Belohnungsstoff Dopamin produziert. Im rechten Stirnlappen des Gehirns werden Depressionen durch Liebesgefühle unterdrückt. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

Aber auch Trauer, Furcht, Aggressionen oder andere negative Gefühle werden durch das Hirnareal namens Mandelkern als Teil des limbischen Systems im Gehirn niedergezwungen. Durch Depressionen, Furcht, Schmerz und Stress im Alter kommt es zu einem hormonellen Serotonin-Mangel, welcher hemmend auf die menschliche Fähigkeit zum Orgasmus und Samenerguss sowie überhaupt auf sexuelle Erregung wirkt. Das heißt, dass bestimmte Medikamente gegen Depressionen, welche von alten Menschen nicht selten eingenommen werden, als Lustkiller wirken. Zudem können alte Menschen nach einem Orgasmus eine verminderte Hirndurchblutung ausweisen, welche einen Zustand vorübergehender Vergesslichkeit nach sich zieht. Das sollte in diesem Zusammenhang nicht als Anzeichen für eine Demenzerkrankung gewertet werden. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

5.3 Körperliche und hormonelle Veränderungen im Alter

Meistens in einem Alter ab 50 Lebensjahren werden einer Person die Herausforderungen der menschlichen Biologie unumgänglich bewusst. Männer und Frauen bemerken in diesem Altersabschnitt ihre körperlichen Veränderungen und nehmen ihre eigene Gesundheit nicht mehr als selbstverständlich wahr. Da in diesem Altersabschnitt weniger Hormone produziert werden, welche für die menschliche Sexualität von Bedeutung sind, fallen die bemerkten biologischen Veränderungen den alternden Menschen auch im Bereich ihrer Sexualität bewusster auf. Diese Entwicklung trifft auf jeden alternden Menschen zu, auch wenn die individuellen Auswirkungen unterschiedlich stark ausfallen. (vgl. Drimalla, 2015, S. 13)

Körperliche Veränderungen müssen aber nicht nur durch natürliche Körperprozesse vorgerufen werden, sondern entstehen auch durch Krankheiten oder Folgen eines schlechten Gesundheitszustandes wie beispielsweise Amputationen. Solche operativen Eingriffe können bei den betreffenden alten Menschen zu Wahrnehmungsstörungen des eigenen Selbst führen und bedingt ein gestörtes Körperbewusstsein. Das kann sich auch auf die Wahrnehmung einzelner Körperteile beziehen. Dieser Umstand kann das sexuelle Erleben eines alten Menschen und auch die sexuelle Aktivität innerhalb einer Partnerschaft besonders negativ beeinflussen. (vgl. Köther, 2011, S. 840)

Krankheiten haben grundsätzlich einen vorübergehenden aber auch möglichen dauerhaften Einfluss auf das Lebensgefühl und die Verhaltensweisen eines Menschen, was sich auch auf dem Persönlichkeitsaspekt der Sexualität erstreckt. So auch im Alter. Die Gedanken kreisen in einem kranken Menschen ständig um seine Erkrankung, was zu einer Minderung sexueller Gefühle führt. Bei vorübergehenden Erkrankungen ist diese Phase in Bezug auf Sexualität im Alter und auch allgemein oft nicht so gravierend. Doch langfristige Erkrankungen lösen zumeist ein gestörtes Sexualempfinden aus. Ausschlaggebend dafür sind chronische Erkrankungen, Medikamente und Alkohol.

Aber auch Operationen und geschlechtsspezifische Krankheiten, psychische Erkrankungen, Traumata oder Psychosoziale Faktoren sowie körperliche Behinderungen. (vgl. Köther, 2011, S. 840)

Hormonveränderungen sind im Alter sehr typisch und können für den einzelnen alternden Menschen in vielerlei Bereichen auch belastend sein. Personen, welche alte Menschen pflegen, sollten insbesondere den hormonellen Einfluss auf das sexuelle Lustempfinden alter Menschen kennen. Im Folgenden werden die wichtigsten Hormone, welche sich im Alter verändern und auf den Bereich der Sexualität wirken, dargestellt. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

Die Östrogene gelten als weibliche Sexualhormone und werden in den Eierstöcken der Frauen gebildet und von einer Hormondrüse, der sogenannten Hypophyse, im fraulichen Körper angeregt. Östrogene wirken förderlich auf das sexuelle Lustempfinden von Frauen, erhöhen der Schmerzempfindlichkeit und wirken auch auf die Durchfeuchtung der Scheide. Auch Männer bilden das Hormon Östrogen, im Alter sogar mehr als in jüngeren Jahren. Bei Männern erhalten Östrogene die Funktion der Hoden und fördern deren Sensibilität, außerdem die emotionale Empfänglichkeit der Männer und allgemein wirken Östrogene als Schutz vor Stress für das alternde Herz. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

Die Gestagene sind so bezeichnete Gelbkörperhormone, die in Medikamenten vorkommen und sich mindernd auf das sexuelle Verlangen des alternden Menschen auswirken. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

Die männlichen Hoden bilden das Hormon Testosteron, was ab einem Alter um die 40 Lebensjahre vermindert gebildet wird.

Durch Testosteron reifen die männlichen Spermien und dieses Hormon kann ein einen Fettabbau und Muskelaufbau bewirken. Auch Frauen bilden Testosteron. Bei Männern wirkt dieses Hormon in Bezug auf ihre Sexualität lustfördernd. Der Testosteronspiegel steigt bei Männern um 100 Prozent und bei Frauen um 80 Prozent an, wenn diese häufig sexuell aktiv sind oder sehr oft pornografische Bilder und Filme ansehen. Auch dieser Umstand intensiviert das Lustempfinden bei Menschen in jedem Lebensalter. Allerdings kann dieses Hormon auch Aggressivität oder Leidenschaft außerhalb von Beziehungen verstärken, weil Testosteron auch gegen das Verlangen nach Nähe wirkt. (vgl. Grond, 2011, S. 25)

Wenn ältere Frauen mehr Testosteron bilden als gleichaltrige Männer, kann das bei den Frauen eine Glatze einen Bartwuchs, selbstbewussteres Verhalten und ein Anstieg ihres sexuellen Verlangens bedeuten. Frauen, welche aufgrund von Brustkrebs früher Testosteron verordnet bekamen wurden häufig aggressiver und zeigten ein erhöhtes Maß an sexuellem Verlangen. Dennoch produziert jede dritte alternde Frau kein Testosteron mehr, was sich durch ein abgemindertes Lustempfinden oder Lustlosigkeit äußern kann. Im Allgemeinen sollte alten Menschen das Hormon Testosteron nur verabreicht werden, wenn der Testosteronwert im Körper des alten Menschen mehrfach als zu niedrig nachgewiesen wurde und die Gefahr eines Prostatakrebses bei Männern droht. (vgl. Grond, 2011, S. 26)

Das Hormon Prolactin wirkt nach dem Orgasmus entspannend und hemmend. Es wird auch das Lustabschalthormon genannt. Prolactin steigt nach Geschlechtsverkehr verstärkter an als nach praktizierter Selbstbefriedigung. Doch je höher der Prolactinspiegel im alternden Körper ist, desto größer ist auch der Grad der Befriedigung. (vgl. Grond, 2011, S. 26)

Das Hormon Oxytocin zieht die glatte Muskulatur sowohl beim Orgasmus als auch bei zärtlichen Berührungen zusammen. Dasselbe geschieht bei Menschen in jedem Lebensalter beim Anblick und beim Geruch des Partners, welcher begehrt wird. Oxytocin sorgt dafür, dass bei Menschen fürsorgliches Verhalten ausgelöst wird oder die Personen bei Streitigkeiten kompromissbereiter werden. Das Hormon wirkt auch beruhigend in Stresssituationen, wirkt lindernd auf Angst sowie Schmerz und aktiviert das menschliche Immunsystem.

Außerdem bewirkt das Hormon Oxytocin in Verbindung mit Endorphinen, die der menschliche Körper auch produziert, Glücksgefühle und ist auch entscheidend bei der Partnerbindung. (vgl. Grond, 2011, S. 26)

5.4 Körperliche Veränderungen alternder Frauen

Die Verminderte Ausschüttung von Sexualhormonen im Alter wirkt sich auch auf den alternden Körper der Frauen aus. Bei Frauen zeigt sich dies durch das Einsetzen der so genannten Menopause, weil die monatliche Regelblutung nunmehr wegfällt. (vgl. Drimalla, 2015, S. 14)

Die Menopause beziehungsweise die Zeit in der die letzte Menstruation erfolgt, liegt zumeist in einem Alter zwischen 50 und 52 Lebensjahren. In dieser Zeit lebt ein Drittel aller betroffenen Frauen oft völlig frei von bemerkbaren Symptomen, ein anderes Drittel von Frauen erfährt Beschwerden, welche nicht willentlich beeinflussbar sind. Dazu gehören unter anderem Schlafstörungen, Krämpfe oder empfundene Nervosität. Bei einem letzten Drittel aller Frauen kann sich nach der Menopause aber auch ein Syndrom entwickeln, welches die Anzeichen der Wechseljahre immer noch äußert. Das nennt man klimakterisches Syndrom. In der Zeit der beginnenden Menopause nehmen die Frauen oft an Gewicht zu und werden an den Brüsten empfindlicher für Berührungen. Das liegt an dem veränderten Hormonhaushalt. Während der sogenannten Wechseljahre müssen die Frauen vermehrt Hitzewallungen, Schwindel und Schweißausbrüche ertragen. Während ein bis zwei Jahre nach der letzten Regelblutung, manchmal aber auch bis zum 70. Lebensalter hin, schwindet bei Frauen das Gewebe von Brust und Genitalien, wodurch Geschlechtsverkehr als schmerzhaft empfunden werden kann, wie auch die Vagina trockener wird. So manche Frau wird durch diese Veränderungen auch schneller reizbar, lustlos oder leidet an Schlaf- und Leistungsstörungen. (vgl. Grond, 2011, S. 27)

Die Östrogenproduktion nimmt während der Menopause bei Frauen ab, weil ihre Eierstöcke schrumpfen und ihre Funktion einstellen. Die Scheide einer alternden Frau ist aufgrund der sich zurückbildenden Scheidenschleimhaut, weniger dehnbar und durchblutet. Allerdings wirkt sich die verminderte Östrogenproduktion im weiblichen Körper nicht auf die sexuelle Lust der Frau aus.

Die Lustminderung kommt eher durch die eben genannten Veränderungen der Scheide, beispielsweise Feuchtigkeitsverlust. (vgl. Drimalla, 2015, S. 14)

Durch den Schmerz oder durch entstehende kleinere Verletzungen beim Geschlechtsverkehr in der Scheide, weil nun mehr weniger Gewebe im Alter in der Scheide ist als in jungen Jahren darin vorhanden war, können Frauen oft nicht wirklich mehr Freude am Geschlechtsakt empfinden. Im Gegensatz zu jüngeren Frauen, ist es für ältere Frauen im hohen Maß bedeutsamer, dass ihre Scheide gut für den Geschlechtsverkehr befeuchtet ist, weil der Schmerz sonst sehr hemmend auf das Fortbestehen der sexuellen Aktivität bei älteren Frauen wirkt.

Bei jungen Frauen ist die ausreichende Befeuchtung ihrer Scheide auch ohne Erregung zumeist ausreichend. Das erklärt auch, warum Frauen ganz besonders ein ausgiebiges Vorspiel vor dem Geschlechtsverkehr mögen und Männer im Grunde nicht wirklich ein Vorspiel benötigen. Das lange Vorspiel sichert eine ausreichende sexuelle Erregung der Frau, damit ihre Scheide feucht genug ist, um den Geschlechtsakt genießen zu können. Für Paare ist die ausgiebige Investition bezüglich der Dauer des Vorspiels wirklich entscheidend, weil dies letztlich das Ausmaß ihrer gemeinsamen Sexualität im Alter mitbestimmt. Sollte die körpereigene Befeuchtung der Scheide trotz eines langen Vorspiels dennoch nicht möglich sein, gibt es aber noch hilfreiche Alternativen wie beispielsweise Gleitgel. (vgl. Drimalla, 2015, S. 14)

Die dünner werdenden Scheidenwände der Frau wirken sich allerdings auch auf den bisherigen Schutz der Harnröhre und der Harnblase vor mechanischen Reizungen durch das Glied des Mannes nachteilig im Alter aus. Diese Schutzfunktion ist also bei alten Frauen nicht mehr so gut vorhanden und kann wiederkehrende Blasenentzündungen bewirken. Alte Frauen können versuchen dem entgegen zu wirken, in dem Sie besonders viel Wasser nach dem vollzogenen Geschlechtsverkehr trinken und wieder ausscheiden. Auch die Beckenbodenmuskulatur erschlafft bei alten Frauen vermehrt leichter, so dass es zu unkontrolliertem Urinverlust kommen kann. Beckenbodenübungen können hier ein gutes Training für ältere Damen sein. Die Blasenfunktion wird durch die Beckenbodenübungen verbessert und somit auch einer Harninkontinenz vorgebeugt.

Ein weiterer Vorteil eines solchen Trainings liegt auch in der bewussten Wahrnehmung von Anspannung und Entspannung der Muskulatur, was das Empfinden von Frauen sensibilisiert. Das kann durchaus auch einen positiven Effekt auf die Orgasmusfähigkeit alter Frauen haben. (vgl. Drimalla, 2015, S. 15)

Dadurch dass im Alter die kleinen Schamlippen bei Frauen leicht schrumpfen, ist die Klitoris älterer Frauen weniger geschützt und deshalb auch empfindsamer. Die Fähigkeit zum Orgasmus und die sexuelle Lust an sich, bleiben auch bis ins hohe Alter bei Frauen vorhanden, obgleich die Gebärmutterkontraktionen im Alter weniger werden. Zudem kann auch die Brustvergrößerung und die Erektion der Brustwarzen bei alten Frauen ein geringeres Maß annehmen als es noch in jüngeren Jahren vorhanden war. (vgl. Drimalla, 2015, S. 15)

Die weiblichen Genitalien unterliegen also besonderen Veränderungen im Alter, welche aber dennoch das Ausleben von Sexualität nicht verhindern. Die Schamlippen schwellen bei älteren Frauen häufig weniger an und bleiben beim Geschlechtsverkehr trocken, was die Schmerzen bei Geschlechtsakt noch mehr fördert. Beim Orgasmus zieht sich im Alter das äußere Drittel der Vagina bis zu zwölfmal rhythmisch zusammen. Ältere Frauen brauchen in etwa fünf bis zehn Minuten länger um zum Orgasmus zu kommen, als jüngere Frauen. (vgl. Grond, 2011, S. 29)

Die Klitoris dient als einziges Organ ausschließlich der Lust. Sie besitzt zu dem mehr Nervenfasern als der männliche Penis. Die Klitoris an sich besteht aus zwei Schenkeln, welche bis zu 9 cm lang werden können. Des Weiteren liegen im Kitzlerschaft zwei Schwellkörper, welche an die Vaginalwand angrenzen und diese versteifen können. Die Schwellkörper enden in der so genannten Gräfenberg-Zone, dem bekannten G-Punkt. Dieser liegt an der vorderen Vaginalwand hinter dem Schambein und schwillt bei ausreichender Erregung an. Wenn Blut durch erregende Stimulation dieses Bereichs in die Schwellkörper des Kitzlers immer wieder eingepumpt wird, weil sich das Blut im Gegenteil zum Vorgang im Penis nicht anstaut, bedeutet das für Frauen eine schnellere Entspannung und erneute Erregung. Das hat zur positiven Folge, dass Frauen somit zu mehreren Orgasmen hintereinander fähig sind, auch wenn die Klitoris bei Frauen aus Altersgründen schmerzempfindlicher und kleiner wird. (vgl. Grond, 2011, S. 28)

5.5 Körperliche Veränderungen alternder Männer

Beim Mann kommt es in einem Alter zwischen 45 und 60 Lebensjahren zu allmählichen Hormonveränderungen, welche unter Umständen einen sexuellen Lustverlust oder auch Potenz-Mangel bewirken. Diese altersbedingten Hormonveränderungen können aber auch weiterhin einen Leistungsverlust des Mannes, Abgeschlagenheit, eine Abnahme der Knochendichte und Muskelmasse sowie Gewichtszunahme nach sich ziehen. Hierbei bestehen bei Männern aber große individuelle Unterschiede in den Auswirkungen der oben genannten Veränderungen. (vgl. Grond, 2011, S. 28)

Das Testosteron im Blut der Männer verringert sich im Alter zusehends und der morgendliche Testosteronanstieg nimmt bei alten Männern ab. Für eine Erektion benötigen alternde Männer aufgrund des Alters mehr Zeit und auch eine intensivere Stimulation. Der Anblick allein, wenn sich die Partnerin vor dem Mann auszieht, reicht im Alter zumeist nicht mehr aus, damit eine Erektion des Glieds entsteht. Die Erektion als solches ist beim alten Mann unter Umständen geringer ausgeprägt. Das bedeutet, dass das männliche Glied aufgrund der körperlichen Altersveränderungen weniger hart ist, schneller wieder abnimmt oder eine Gliedsteife manchmal gänzlich ausbleibt. Die Erektion ist bei alten Männern viel störanfälliger als bei jungen Männern. (vgl. Drimalla, 2015, S. 15)

Auch hier ist Behutsamkeit und eine offene Kommunikation in der Partnerschaft alter Menschen besonders wichtig, um Missverständnissen vorzubeugen. Fehlt dieses Wissen über die natürlichen, altersbedingten Veränderungen des männlichen Glieds, kann es sehr leicht zu sexuellen Situationen kommen, bei denen sich beide Partner in ihrem gemeinsamen sexuellen Ausleben unter Druck setzten und aus Scham sexuell passiv werden. Die Erektion eines alten Mannes klingt nach einem erlebten Orgasmus schneller wieder ab als in jüngeren Lebensjahren. Die Zeitspanne, bis das männliche Glied wieder erneut steif werden kann, wie auch die Zeit bis zum Samenerguss des Mannes verlängern sich im Alter. Wie diese körperlichen Veränderungen des Mannes sich tatsächlich auf die erlebte Sexualität von alten Männern und auch in Partnerschaften auswirken, ist von anderen Faktoren abhängig. So ist es letztlich auch bei Frauen. (vgl. Drimalla, 2015, S. 15f.)

Wenn Männer Leistungsdruck empfinden, kann sich das sehr negativ und unbefriedigend auf ihre gelebte Sexualität auswirken. Oftmals ist das bei Männern der Fall, für die der Lebensbereich der Sexualität eine wirklich große Rolle spielt. Es ist für diese älteren Männer dann zumeist schwierig mit ihren körperlichen und sexuellen Altersveränderungen auf kreative und fantasievolle Art und Weise umzugehen. Ist es für Frauen in Beziehungen die größte Angst, nicht mehr geliebt zu werden, haben Männer in Partnerschaften die größte Furcht vor Impotenz. Männer definieren ihre Fähigkeit zur Potenz und was das bedeutet ganz anders als Frauen in Beziehungen. Die meisten Männer setzen sich unter Druck, weil sie gesellschaftlichen Erwartungen erliegen, welche Männern irgendwann einmal, im Hinblick auf ihr sexuelles Können und ihren Penis unrealistische Vorstellungen zugeschrieben hat. Das schürt natürlich die Versagensangst alter Männer in Anbetracht der Realität ganz besonders. Frauen hingegen schreiben männlicher Potenz eher Charaktereigenschaften oder bestimmte Persönlichkeitsaspekte eines Mannes wie beispielsweise Mut, Zuversichtlichkeit, Standhaftigkeit in schwierigen Situationen oder Echtheit zu. (vgl. Drimalla, 2015, S. 17)

5.6 Handlungsstrategien im Umgang mit körperlichen Altersveränderungen im Bereich der Sexualität

Es kann leicht der Eindruck entstehen, dass die Sexualität im Alter nur mit Defiziten einhergeht und kaum noch zufriedenstellend möglich ist. Es gibt tatsächlich auch Frauen, welche die Zeit der Wechseljahre als eine Art Befreiung erleben. Der Vorteil dieser Lebensphase liegt darin, dass das Nachdenken über sexuelle Verhütung wegfällt, die unangenehme Regelblutung ausbleibt und die Kinder nun selbstständig sind. (vgl. Drimalla, 2015, S. 17)

Das Alter kann in Bezug auf sexuellen Genuss auch vorteilhaft sein. Der Psychotherapeut Rainer Lutz hat sieben Genussregeln entwickelt, welche sich auch auf den Bereich der Sexualität im Alter beziehen lassen. Diese Regeln umfassen folgende Inhalte. Das Genussempfinden braucht immer Zeit und muss auch erlaubt sein.

Genuss braucht Bewusstheit über Dinge, welche einem Menschen selbst oder dem Partner gut tun. Genuss braucht Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Moment. (vgl. Drimalla, 2015, S. 18)

Weniger Genuss bedeutet mehr Genuss und ohne Erfahrung bleibt Genuss gänzlich aus. Genuss ist gewöhnlich. Wenn dieser sexuelle Genuss, wie eben beschrieben, zu einem kontinuierlichen sexuellen Zusammensein und Kontakt des Paares führt, wird auch automatisch den altersbedingten körperlichen Veränderungen vorgebeugt. Der Grund liegt darin, dass regelmäßige sexuelle Begegnungen diese körperlichen Veränderungen im Alter abmildern und sogar hinauszögern können. Des Weiteren können sich Menschen einen gesunden Lebensstil angewöhnen, welcher sich ebenfalls positiv im Alter auswirken wird. Ein gesunder Lebensstil zeichnet sich durch eine gesunde und ausgewogene Ernährung gepaart mit regelmäßiger körperlicher Bewegungsaktivität aus. Der Konsum von Nikotin oder übermäßiger Alkoholgenuss wirkt nicht besonders günstig auf den alternden Organismus. (vgl. Drimalla, 2015, S. 18)

Interessanterweise entscheidet statistisch gesehen die Beziehungsdauer über die Häufigkeit sexueller Begegnungen in Partnerschaften. So hat eine Frau, welche 60 Jahre alt ist und erst seit zwei Jahren in einer Partnerschaft mit einem Mann lebt, häufiger Geschlechtsverkehr, als ein Mann im Alter von 30 Jahren, welcher bereits eine zehnjährige Beziehung führt. (vgl. Drimalla, 2015, S. 18)

Alte Menschen haben zudem den Vorteil, dass sie bereits schon durch einige schwierige Lebensphasen allein oder zu zweit gegangen sind und somit häufig gelernt haben, sich an Veränderungen anzupassen. Sie verfügen über eine langjährige Lebenserfahrung, was ihnen nun helfen kann auf die veränderte sexuelle Situation im Alter entspannt zu reagieren. Damit alte Menschen ihre körperlichen Veränderungen bewältigen können, brauchen sie die bewusste Wahrnehmung ihrer neuen Lebenssituation. Auch in Bezug auf das Sexualleben alter Menschen. Das erfordert auch im Alter noch ein Maß an Kreativität. Alte Menschen und alter Paare haben in diesem Lebensalter eine wirklich gute Voraussetzung sich bewusst auf die Veränderungen einzulassen, diese erst einmal bewusst wahrzunehmen und zu beobachten was die altersbedingten Veränderungen im sexuellen Bereich in einem selbst und in der Partnerschaft auslösen.

Kreativität bedeutet in diesem Zusammenhang die Gegebenheit des eigenen Körpers und die des Partners so anzunehmen wie sie sind und ohne Druck und mit Neugier darauf reagieren. (vgl. Drimalla, 2015, S. 18)

Paare können auch in dieser letzten Lebensphase sich durchaus noch spielerisch neu entdecken und den eigenen Körper erproben sowie den des anderen fantasievoll erkunden. Es ist wichtig auch im Alter noch offen für neue Erfahrungen zu bleiben und seiner Sehnsucht zu folgen, die im Stande ist neues zu schaffen. Neuen Genuss. Neue Freude am gemeinsamen Sexualleben und an der Partnerschaft, auch wenn einige körperliche sowie sexuelle Veränderungen bestehen und dem Neuen vorausgegangen sind. Es bleibt einfach ein Großteil der Lebensfreude, wenn ein Mensch in jedem Lebensalter in der Lage ist sein Leben zu genießen. Sowohl alte Frauen als auch ältere Mann benötigen für eine befriedigende Sexualität Zeit. Frauen benötigen ein zeitintensiveres Vorspiel um genügend befeuchtet zu sein und Männer benötigen einen höheren Zeitaufwand, um eine zufriedenstellende Erektion zustande zu bringen. Alte Menschen müssen sich diese Zeit zusammenehmen und neue sexuelle Reize miteinander herausfinden. Die biologischen Veränderungen alternder Körper müssen im Sinne einer zufriedenstellenden Sexualität im Alter von den Sexualpartnern als Herausforderung angesehen werden. Auch hier spielt die offene und freie Kommunikation beider alter Menschen eine große Schlüsselrolle, was einen vertrauensvollen Beziehungsstil voraussetzt. Sex ist auch im Alter immer noch ein Liebesspiel. Das bedeutet, dass man bereit sein sollte, mit dem Sexualpartner bis ins hohe Alter neue Formen der gemeinsamen sexuellen Kommunikation zu entdecken und Freude beim Ausleben der Sexualität im Alter empfinden. Druck oder bloßes planen von sexuellen Ideen kann hier nicht zum Erfolg führen, weil das Erwartungen maximiert und die Gefahr dabei zu groß wird, dass diese Erwartungen scheitern und die Partner am Ende enttäuscht von einander sind. (vgl. Drimalla, 2015, S. 19)

Natürlich setzt das voraus, dass sich jeder Partner selbst grundsätzlich mag und sich mit dem anderen Sexualpartner wohlfühlen kann. Aber auch, dass ausgelebte Sexualität im Alter überhaupt noch von alten Menschen erwünscht ist. Sexualität bleibt auch weiterhin ein intimer und sensibler Lebensaspekt und sollte auch dementsprechend gewürdigt werden. Anpassungsfähigkeit und Neugier altert nicht.

Vielleicht sind die körperlichen Voraussetzungen der alternden Menschen für ein befriedigendes regelmäßiges Sexualleben im Alter eine wirkliche Hürde und es bedingt Geduld. Trotzdem sollten sich alte Menschen auch im Angesicht ihrer alters- oder krankheitsbedingten Veränderungen eine gute innere Einstellung bewahren.

5.7 Sexuelle Funktionsstörungen bei alternden Menschen

Sexuelle Funktionsstörungen gehen über die alterstypischen körperlichen Veränderungen alter Männer und Frauen hinaus und beeinträchtigen ihre Fähigkeit trotz des hohen Alters noch ein aktives Sexualleben führen zu können auf krankhafte Weise. Das bedeutet das sexuelle Funktionsstörungen über den Bereich der natürlichen Biologie in einen ungesunden Verlauf münden. (vgl. Drimalla, 2015, S.20)

Sexuelle Funktionsstörungen wirken beeinträchtigend auf das Erleben und Verhalten in Hinblick auf die Sexualität alter Männer und Frauen. So können Unterleibsschmerzen, Juckreiz im Bereich der Genitalien oder auch Kreuz- und Herzschmerzen auf Störungen im Bereich der Sexualität eines alten Menschen hindeuten und sollten eine ärztliche Untersuchung nach sich ziehen. Die häufigste sexuelle Funktionsstörung bei älteren Männern ist die krankhafte Störung der männlichen Erektion. (vgl. Grond, 2011, S.49)

Eine sexuelle Funktionsstörung der Erektion im Sinne einer krankhaften Beeinträchtigung über das natürliche altersbedingte Maß hinaus liegt zumeist vor, wenn die Erektionsschwierigkeiten über einen Zeitraum von sechs Monaten andauern und der überwiegende Großteil aller versuchten Sexualekontakte in dieser Zeit erfolglos bleibt. Zudem deutet der, aus dieser Erfahrung heraus entstehende Leidensdruck bei alternden Männern, auf diese sexuelle Funktionsstörung im Alter hin. (vgl. Drimalla, 2015, S.20f.)

Vorzeitiger Samenerguss ist eine weitere sexuelle Funktionsstörung, welche sehr häufig bei alternden Männern vorkommt und inneres Leid erzeugt. Ein krankhafter vorzeitiger Samenerguss liegt zumeist vor, wenn der Samenerguss beim Geschlechtsakt nach weniger als einer Minute in der weiblichen Scheide erfolgt.

Als Ursache für einen vorzeitigen Samenerguss nach sehr kurzer Zeit, werden zusammenwirkende biologische und psychische Faktoren vermutet. (vgl. Drimalla, 2015, S.28)

Die überwiegenden sexuellen Funktionsstörungen alter Frauen sind häufig Orgasmusstörungen, ein krankhafter Mangel an sexueller Lust und erhöhtes Schmerzempfinden beim Geschlechtsakt, vorwiegend aufgrund von Scheidentrockenheit. (vgl. Grond, 2011, S.49)

Wie bereits erwähnt, gehen diese Störungen weit über das Maß der natürlichen körperlichen Altersveränderungen hinaus. Es sei an dieser Stelle nochmal verdeutlicht, dass viele Frauen zwar vermuten, dass die Abnahme der Feuchtigkeit in der Scheide und ihre sexuelle Lustlosigkeit ausschließlich durch den Östrogenabfall während der Wechseljahre hervorgerufen werden. Doch die Minderung des Hormons Östrogen im weiblichen Körper, wirkt sich, wenn überhaupt, nur in indirekter Weise negativ auf die weibliche Lust in Bezug auf Sexualität im Alter aus. (vgl. Drimalla, 2015, S.30)

Wie bei Männern auch, sollten bei Frauen, welche an dieser sexuellen Funktionsstörung leiden, zunächst erstmal physiologische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus, Störungen der Schilddrüsenfunktion oder des Fettstoffwechsels sowie Nebenwirkungen von Medikamenten als mögliche Ursachen der sexuellen Lustlosigkeit untersucht und ausgeschlossen werden. Nach Ausschluss dieser Hintergründe wäre es notwendig, als weiteren Therapieansatz, die Biografie der betroffenen alten Frau, ihre sozialen Lebensumstände und ihre Partnerschaft näher zu betrachten, um dort mögliche Ursachen beheben zu können. (vgl. Drimalla, 2015, S.30f.)

Weitere sexuelle Funktionsstörungen können beispielsweise aber auch eine mangelnde sexuelle Befriedigung und ein krankhaftes sexuelles Verlangen sein, welches einer Sucht nach Sex gleicht. Auch krankhafte sexuelle Neigungen und ausgelebte Perversionen sowie alle sonstigen sexuellen Funktionsstörungen, welche nicht auf organische Ursachen zurückzuführen sind, können dazu gezählt werden. (vgl. Grond, 2011, S.49)

Sexuelle Störungen die sich auf organische Auswirkungen zurückführen lassen, stehen im Zusammenhang mit einem Krankheitsverlauf in einem Teil des menschlichen Körpers.

Dazu können Erkrankungen der menschlichen Genitalien wie beispielsweise bei Frauen etwa Vulvakrebs, eine Entzündung in der Scheide oder auch Narbenschmerzen nach operativen Eingriffen im fraulichen Unterleib sein.

Bei Männern können beispielsweise Blasenkrebs, Penisverhärtung oder unfallbedingte Penisverletzungen organische Faktoren sein. Weitere organische Faktoren für sexuelle Funktionsstörungen sind chronische Schmerzen. Davon sind ungefähr 70 Prozent bis 80 Prozent der alternden Menschen betroffen. (vgl. Grond, 2011, S.49)

Doch auch Erkrankungen des menschlichen Herz-Kreislaufsystems, psychische Störungen wie Depressionen oder Suchtkrankheiten oder Störungen des menschlichen Nervensystems wie Schlaganfälle, Querschnittslähmungen oder die Krankheit Parkinson, können sexuelle Funktionsstörungen bedingen. Nicht selten wirken sich auch Medikamente auf den Persönlichkeitsaspekt der Sexualität eines alten Menschen aus. (vgl. Grond, 2011, S.49f.)

Nun können sexuelle Funktionsstörungen neben den organischen Ursachen auch psychosoziale Gründe haben, welche die Sexualität im Alter negativ beeinträchtigt. Unmittelbare Ursachen sind unter anderen übertriebenen Erwartungen der agierenden älteren Sexualpartner, Versagensängste, übermäßiger Leistungsdruck und extremes Befriedigungsbemühen der Sexualpartner, unzureichende sexuelle Stimulation der jeweiligen Partner oder eine lust- und erotikhemmende Atmosphäre. Doch auch eine ungenügende gestörte Kommunikation der Sexualpartner, wie auch eine übermäßige Kontrolle und Selbstbeobachtung wirken sich negativ auf den Genuss der Sexualität im Alter aus. (vgl. Grond, 2011, S.50)

Diese unmittelbaren psychosozialen Gründe münden häufig in Extreme und werden unausgewogen. Tieferliegende psychosoziale Ursachen sind beispielsweise psychisch tief verwurzelte Ängste eines alternden Menschen oder Traumaerlebnisse. Doch auch bewusste oder unbewusste Machtkämpfe in Partnerschaften, Feindseligkeiten und gegenseitiges Ablehnungsverhalten begründen sexuelle Funktionsstörungen alter Menschen. Organisch hervorgerufene sexuelle Funktionsstörungen beginnen zumeist langsam und verlaufen konstant.

Diese sexuellen Funktionsstörungen sind Partnerunabhängig und die morgendliche Erektion beim Mann bleibt aus. Selbstbefriedigung ist bei organisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen nicht möglich. Psychisch hervorgerufene sexuelle Funktionsstörungen beginnen zumeist plötzlich und bedingen einen wechselnden Verlauf. Diese sexuellen Funktionsstörungen sind vom Partner abhängig und die morgendliche Erektion beim Mann ist normalerweise vorhanden. Sexuelle Befriedigung durch Masturbation ist bei psychisch bedingten sexuellen Funktionsstörungen möglich. (vgl. Grond, 2011, S.51)

Wenn ein alter Mensch, welcher unter einer sexuellen Funktionsstörung leidet, sich von seinem Sexualpartner nicht akzeptiert oder geliebt fühlt, bringen auch operative Eingriffe oder Medikamente keine wirklich zufriedenstellende Besserung. Vielmehr muss die partnerschaftliche Zuneigung und Akzeptanz sowie ein wohlwollendes Miteinander in Geborgenheit geschaffen und eventuell durch eine Paartherapie ermöglicht werden. In keinem Fall bringt eine Trennung beziehungsweise ein Partnerwechsel sowie unwirklicher Sex über das Telefon oder erotische Internetforen eine Besserung und Abhilfe bei sexuellen Funktionsstörungen alter Menschen. (vgl. Grond, 2011, S.51f.)

6 Aspekte sexueller Zufriedenheit im Alter und professioneller Anspruch

Da Sexualität im Alter in vielerlei Hinsicht ein tabuisiertes Thema ist, ist für alternde Menschen eine enttabuisierende Kommunikation in Form von offenen Gesprächen, die Grundvoraussetzung für sexuelle Zufriedenheit. Das offene Gespräch mit dem Partner in Beziehungen bildet das Fundament für eine erfüllte und lustvolle Sexualität bis ins hohe Alter. Es gilt in dieser in dieser Hinsicht der wertschätzende Leitgedanke, dass jeder Partner in einer Beziehung, dem anderen Partner dasselbe Verhalten gegenüber bringen sollte, welches er sich selbst von seinem Partner wünscht. Durch einen wertschätzenden und ehrlichen partnerschaftlichen Bedürfnisaustausch entsteht ganz automatisch auch Nähe und Vertrauen. Obwohl Alterssexualität nach wie vor ein Tabu ist, entwickelt sich dennoch die Lust am eigenen Körper auch im Alter zusehends zu einer Selbstverständlichkeit.

Auch im Pflegesektor und in Teilgebieten des Sozialen Arbeit werden in den kommenden Jahren offenere Gespräche über Sinnlichkeit, sexuelle Wünsche, Lusterfahrungen und Sexualität im Alter immer selbstverständlicher werden. So beschäftigen sich in unserer Gegenwart immer mutiger die Professionellen aus dem Pflegebereich und der Sozialen Arbeit aber auch die Medien unserer Zeit mit dem Thema Sexualität im Alter. (vgl. Grond, 2011, S. 101)

Das macht es den alternden Menschen sicherlich auch leichter, sich im kommunikativen Austausch zu öffnen und sexuelle Sehnsüchte mitzuteilen, sexuelle Erfahrungen miteinander auszutauschen oder Gelegenheiten zu sexuellen Möglichkeiten selbstverständlicher und ohne Schamgefühle zu nutzen. (vgl. Grond, 2011, S. 101)

So berichtet beispielsweise ein Zeitschriftenartikel von einem alternden Ehepaar um die 70 Jahre, welches bereits 50 Jahre verheiratet ist und den veränderten Sex im Alter immer noch ausgiebig und regelmäßig zusammen genießt. Beide haben jeden Morgen Geschlechtsverkehr miteinander und entschieden sich den gemeinsamen Sex zu einer bewussten Routine in ihrem verbleibenden Leben miteinander zu machen. Das Ehepaar fühlt sich mit dieser Gewohnheit sehr wohl und gesundheitlich besser. Schon das immer fortschreitende Leben und der beständige Generationswechsel werden auch im zukünftigen Pflegesektor selbstbewusstere und offenere alte Menschen bedingen. Die Generation der 1940er und 1950er geborenen Menschen wird vergehen, weil der Mensch nun einmal nicht nur ein sexuelles, sondern auch ein sterbliches Wesen ist. Die traumatisierte und streng erzogene Kriegsgeneration, die mit engstirnigen kirchlichen Wertvorstellungen, mit Verboten und einer verschwiegenen Sexualmoral aufwachsen musste, wird sterben. In unserer Gegenwart mag es zwar noch ein wenig ungewohnt sein, wenn alte Menschen über ihre sexuellen Wünsche und ihre persönlich empfundene Lust sprechen, aber irgendwann wird die Menschheit daran gewöhnt sein. (vgl. Grond, 2011, S. 102)

An dieser Stelle soll auch eine Verbindung mit dem fachlichen Anspruch an Sozialarbeiter und dem Fachpersonal im Pflegebereich hergestellt werden. Trotz aller bestehenden oder zukünftigen Offenheit, bleibt die Sexualität eines Menschen immer ein intimes und sensibles Thema. Das macht Respekt und Fingerspitzengefühl in Gesprächen mit alten Menschen besonders erforderlich.

Aus diesem Grund sollten vor allem Sozialarbeiter und das Personal im Pflegesektor einige Gesprächsvoraussetzungen in Bezug auf Sexualität im Alter beachten. Ein offenes Gespräch über das Thema Sexualität im Alter bedingt zunächst einmal auch eine positive Grundeinstellung zu sexuellen Bedürfnissen alter Menschen seitens der Professionellen. (vgl. Grond, 2011, S. 102)

Des Weiteren braucht es fachliches Wissen zur Thematik um sich überhaupt erstmal darüber klar zu werden, wie individuell, komplex und unterschiedlich der Mensch als sexuelles Wesen ist und auch bis zum Lebensende bleibt. Dieses Wissen ist für Sozialarbeiter und Pflegefachkräfte die absolute Grundvoraussetzung um überhaupt sachgerecht über dieses Thema informieren zu können oder mit alten Menschen über ihre Sexualität ins Gespräch zu kommen und ihnen bei Bedarf hilfreiche Empfehlungen zu geben. Hierzu ist es manchmal notwendig, dass sich Sozialarbeiter und Pflegefachkräfte selbst ihrer persönlichen Bedürfnisse bewusst sind und über ein hohes Maß an Selbstreflexion verfügen, damit sie sich ihrer eigenen Wertvorstellungen bewusst sind und eigene Ängste im Gespräch mit alten Menschen nicht hinderlich wirken. Ein wertschätzendes, konstruktives und offenes Gespräch setzt immer Toleranz und Akzeptanz anderer Ansichten und Einstellungen voraus, auch wenn diese einem selbst sehr befremdlich erscheinen. Nur so kann es Sozialarbeitern und Pflegefachkräften gelingen, dass sich pflegebedürftige, alte Menschen ihnen gegenüber im Gespräch öffnen und ihre Ansichten und Wünsche zum Thema Sexualität im Alter frei äußern. Es braucht aber auch eine Bereitschaft und Kompetenz der Professionellen von Einzelgesprächen zu Partnergesprächen über zu wechseln. Dabei ist es sehr empfehlenswert, dass Sozialarbeiter oder Pflegefachkräfte die eigene Beziehung zu den Betroffenen mittels Supervision immer wieder reflektieren und klären. Die personenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers ist für ein professionelles, offenes Gespräch mit alternden Menschen zudem sehr empfehlenswert. Die darin enthaltenen Grundelemente der Echtheit, des Einfühlungsvermögens und unbedingten Wertschätzung des älteren Gesprächspartners, berücksichtigen und garantieren die Intimität und Sensibilität der persönlichen Sexualität des alternden Menschen. (vgl. Grond, 2011, S. 102)

Fachliche Beratungsgespräche sollten neben den Prinzipien des offenen Gesprächs, bei den hilfeschenden alternden Menschen, Vertrauen schaffen und die Gewissheit vermitteln, dass alte Menschen ihre sexuellen Bedürfnisse, Gefühle und intimen Erlebnisse aussprechen können. Es ist wichtig, dass Professionelle dem alten Menschen intensiv und geduldig sowie aktiv zu hören und dabei echtes Interesse an seiner Sexualität und individuellen Problemlage zeigen. Das ist sehr ausschlaggebend, damit im Beratungsgespräch passende Lösungsansätze für den alten Menschen und seine Problematik gefunden werden können. (vgl. Grond, 2011, S. 102)

Vorurteile, moralische Bewertungen, gut gemeinte, aber unangebrachte Ratschläge oder Forderungen sollten sowohl Sozialarbeiter als auch Pflegefachkräfte älteren und unter Umständen hilfeschenden Menschen gegenüber vermeiden. Das würde einerseits ein durchaus respektloses sowie unprofessionelles Verhalten zeigen und zudem eine versteckte Verurteilung der alten Menschen in Bezug auf ihre Sexualität offenbaren. (vgl. Grond, 2011, S. 102)

Sexuelle Zufriedenheit im Alter entsteht aber nicht nur durch offene Gespräche innerhalb von Partnerschaften sowie mit Professionellen oder wertschätzenden Beratungsgesprächen. Auch durch das Erkennen und Ernstnehmen der Sehnsüchte alter Menschen kann sexuelle Zufriedenheit bei alten Menschen gelingen. Denn diese Sehnsüchte spiegeln auch die sexuellen Bedürfnisse alternder Menschen wieder. So sehnen sich alte Menschen nach menschlicher Nähe und Zugehörigkeit sowie Sicherheit. Dazu gehört der Wunsch nach einem guten Familienzusammenhalt, Freundschaften und einem Partner, um reden zu können und nicht einsam zu sein. Ältere Menschen möchten jemanden an ihrer Seite haben der sie immer noch gern berührt, jemand der sie mag und der sich ihnen zuwendet. Das Verlangen nach Zärtlichkeit und der Hunger nach Liebe, um sich angenommen und geliebt zu fühlen und einen Sinn im Leben zu empfinden, verblasst auch im Alter nicht. Viel ältere Menschen mögen auch immer noch gern kommunizieren und erfahren gern zwischenmenschliche Begegnungen. Sie sehnen sich auch im Alter noch nach bedingungsloser Annahme, Anerkennung und Wertschätzung. Manche alte Menschen tragen die Sehnsucht in sich, einen anderen Menschen bewundern und sich ihm ungeteilt hingeben zu können. Sie wollen immer noch gern gemocht werden und zwar so wie sie im Alter sind.

Alternde Menschen verlieren auch nicht die Sehnsucht nach einem guten Körpergefühl und Genuss sowie nach Gelassenheit und Zufriedenheit, um einen ruhigen Lebensabend verbringen und genießen zu können. (vgl. Grond, 2011, S. 109)

Eine bewusste Gesundheitsförderung ist ein weiterer Bereich der sich positiv auf die sexuelle Zufriedenheit im Alter auswirken kann. Die Integration der körperlichen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Persönlichkeitsaspekte eines alternden Menschen, definiert in einem gewissen Sinne auch sein sexuelles Selbst. (vgl. Grond, 2011, S. 110)

Sexuelle Zufriedenheit bedingt im Umkehrschluss auch die Lebensqualität und einen guten körperlichen sowie psychischen Gesundheitszustand. Sexuelle Befriedigung im Alter stärkt zudem auch die soziale Integration und folglich auch das Wohlbefinden alter Menschen. Salopp ausgedrückt schützt aktive und befriedigende Sexualität im Alter, Menschen vor dem alt werden. (vgl. Grond, 2011, S. 110)

Niemand kann einem Menschen seine persönliche Einstellung zu seinem Leben nehmen, weil nur der einzelne Mensch Herr über seine individuelle Einstellung und Haltung ist und sie nur ihm gehört. Aus diesem Grund trägt auch eine dauerhafte positive Einstellung alternder Menschen zu ihrer sexuellen Zufriedenheit bei. Alternde Menschen haben genauso wie alle Menschen ein Anrecht auf eine befriedigende, aktive, lustvolle und schuldfreie Sexualität. Diese Tatsache bedarf einer ständigen Wiederholung der Alten selbst und durch Professionelle in Gesprächen. Der Bedarf des ständigen Wiederholens liegt darin begründet, weil die Tabuisierung der Alterssexualität immer noch in der gesellschaftlichen Denke verwurzelt ist und auf alte Menschen hemmend wirkt. Die ständig erneute Bewusstmachung des oben genannten Rechtes der Alten in Bezug auf ihre Sexualität wird somit nach und nach im menschlichen Innersten aufgeweicht und angenommen. Bei einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit liegt es insbesondere auch an der Einstellung der pflegenden Angehörigen oder der Pflegekräfte, ob sie sich dem hilfebedürftigen alten Menschen angemessen zuwenden, damit dieser sich trotz seiner Lebenslage immer noch als Mann oder Frau fühlen und annehmen kann. Die Beibehaltung eines gepflegten Aussehens, typgerechte Kleidung und eine schicke Frisur, aber auch das Anlegen von Schmuck oder die Verwendung von Rasierwasser und Parfums tragen maßgebend dazu bei, ob sich ein alter Mensch attraktiv und wertgeschätzt fühlt. (vgl. Grond, 2011, S. 110)

In Bezug auf Sexualität im Alter hat der Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und einer guten Einstellung des alten Menschen oder des alternden Paares bereits in den vorangegangenen Ausführungen Beachtung gefunden. An dieser Stelle soll nochmals verdeutlicht werden, dass Sexualität ein Liebesspiel ist, welches immer wieder neu entdeckt und spielerisch erkundet werden kann. Alte Menschen haben in ihrer letzten Lebensphase durchaus die Zeit ausgiebig zu kuscheln, sich zu streicheln und sich zu küssen oder sich zu massieren. (vgl. Grond, 2011, S. 110)

Auch die Befriedigung durch orale Praktiken und andere neue Art und Weisen, sich im Alter sexuell noch fallen zulassen, können Zufriedenheit prägen, aber erfordern auch Geduld. Alternde Frauen sind oft sinnlicher und unbeschwerter. Sie verführen ungezwungener und genießen auch mehr Orgasmen als früher, weil sie im Alter oft selbstbewusster und in ihrer Identität gestärkter sind und zudem auch keine Furcht mehr vor ungewollten Schwangerschaften haben müssen. (vgl. Grond, 2011, S. 111)

So kann eine zufriedenstellend ausgelebte Sexualität im Alter ganzheitlicher, vielfältiger oder verantwortungsbewusster sein. Das Wichtigste Ziel und auch der wichtigste Garant für Zufriedenheit in Bezug auf Sexualität im Alter ist bleibt die Begegnung in Liebe, Verantwortung und Respekt. (vgl. Grond, 2011, S. 111)

Ein letzter Aspekt zum hier dargestellten Thema soll abschließend auch die sexuelle Zufriedenheit alternder Menschen durch Spiritualität beleuchten. Obgleich die schwer lastende Kirchenmoral der Vergangenheit oder auch so mancher gläubige Mensch der Sexualität gegenüber töricht, feindlich und verteufelnd eingestellt war und manchmal noch ist, so kann doch niemand leugnen, dass Gott laut der Bibel den Menschen sowohl als Mann, als auch als Frau schuf und beide sich mehren sollten. Gott befand das als gut. Kirchen und Religionen warfen oft engstirnig und nicht unbedingt weise mit sexuellen Verboten um sich und begründen dies mit zusammenhangslosen Bibelstellen, nur um Kontrolle auszuüben und gläubige Menschen zu verängstigen. Das tun Religionen auch in unserer Zeit noch, wenn gleich nicht mehr in solch einem überwiegend extremen Ausmaß. Der Glaube an Gott verbietet keine befriedigende und genussvolle Sexualität. Im Gegenteil. Mann und Frau sollen einander lieben und einander genießen.

Sicher soll laut der Bibel die Ehe den Rahmen um eine aktive Sexualität zwischen einem Mann und einer Frau sein, aber auch im spirituellen Bereich lassen sich durchaus Aspekte finden die zur Zufriedenheit in Bezug auf Sexualität in jedem Lebensalter führen. (vgl. Grond, 2011, S. 112)

Sexualität gilt auch aus Sicht des Glaubens als eine intime Kommunikation, welche durch partnerschaftliche Hingabe und Zuneigung erfüllt wird. Sexualität ist im spirituellen Zusammenhang auch die Hingabe von Vertrauen sowie Energie und Lebenskraft erzeugend. (vgl. Grond, 2011, S. 112)

6.1 Handlungsfelder Sozialer Arbeit

Soziale Arbeit als Profession ist eine hilfeorientierte Profession, welche sich unter anderem mit den psychosozialen und soziokulturellen Problemlagen der Menschen und der Gesellschaft auseinandersetzt. Durch die personenzentrierte und Umfeld orientierte Arbeitsweise dieser Profession, aber auch durch die ganzheitliche Betrachtung des Menschen in jeder Altersphase, lässt sich im Bereich der Sozialen Arbeit eine Stärke finden, alternde Menschen in Bezug auf ihre Sexualität zu beraten, zu unterstützen und zu bestärken. Da es im Bereich der Sozialen Arbeit keine Seltenheit ist mit gesellschaftlichen Tabuthemen konfrontiert zu werden, stellt auch die Sexualität im Alter kein Hindernis dar, alte und pflegebedürftige Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu motivieren und sie zu ermutigen. Denkbare einflussreiche Arbeitsgebiete und Handlungsfelder der Sozialen Arbeit sind beispielsweise Pflegeheime, Wohngruppen für pflegebedürftige oder an Demenz erkrankte Menschen sowie Begegnungsstätten in Seniorenwohnanlagen. Doch auch in Bildungseinrichtungen oder Beratungsstellen im Zusammenhang mit Themen wie Ehe oder Partnerschaft, Demenz und Pflegebedürftigkeit, kann Sexualität im Alter thematisiert werden. Soziale Arbeit sollte in diesem Zusammenhang darauf abzielen, durch Aufklärungsarbeit mit Hilfe von Informationen und Schulungen zum Thema Sexualität im Alter und durch eine positiv vermittelnde Einstellung zur Thematik, gesellschaftliche Vorurteile zu entkräften und einen wertvollen Beitrag dazu zu leisten, menschliches Leid im Alter abzumildern.

Ein weiterer Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit ist es neben der beratenden Verantwortung, dafür einzutreten und Möglichkeiten zu schaffen, dass alternde und eventuell auch pflegebedürftige Menschen bis ins hohe Lebensalter Raum haben, sich über ihre Erfahrungen, Erotik und Sexualität auszutauschen, ohne sich dabei schämen zu müssen oder verurteilt zu werden. (vgl. Bernhardt B., 2013, S.28)

7 Sexualität im Alter bei Demenzerkrankungen

7.1 Überblick über die Krankheit Demenz

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Überblickswissen zu Demenz, da dies für das Verständnis der Thematik von Bedeutung ist.

Laut der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. leben momentan um die 1,5 Millionen Demenzerkrankte in Deutschland. Die Zahl der Neuerkrankungen nimmt stetig zu und liegt bei etwa 300.000 jährlich. Bisweilen wird geschätzt, dass bis zum Jahr 2020 etwa 1,8 Millionen Menschen mit Demenz und bis zum Jahr 2050 etwa 3 Millionen Betroffene in Deutschland leben werden. Leider gibt es trotz aller Forschung noch keine bahnbrechenden Präventionsmaßnahmen und Therapieerfolge. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2016, S. 8).

Die Bezeichnung Demenz¹ stellt im eigentlichen Sinne einen zusammenfassenden Oberbegriff für mehrere Krankheitsbilder dar. Das Syndrom Demenz beschreibt also eine Reihe von verschiedenen Symptomen, welche ganz unterschiedliche Merkmale aufweisen. Verallgemeinert lässt sich sagen, dass der Zustand, des demenziell erkrankten Menschen, eine Herabsenkung hinsichtlich seiner individuellen Leistungsfähigkeit im Alltag, sowie seines persönlichen Antriebs und der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit zeigt.

¹ Demenz bedeutet soviel wie „fehlender Geist“. Kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten der Betroffenen erleiden Verluste, was zu Beeinträchtigungen von sozialen, aber auch beruflichen Rollen führt und welche sehr häufig, aber nicht ausschließlich, auf feststellbare Erkrankungen des Gehirns basieren. (Vgl. Messer, 2009, S.16).

Allerdings muss die Demenz, aufgrund ihres chronischen Verlaufs, von einem akuten Verwirrheitszustand (Delir²) abgegrenzt werden, da das Bewusstsein bei Demenz nicht getrübt ist. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.5).

Zudem ist die Demenz keine reine Gedächtnisstörung, „[...] weil neben der Fähigkeit zur Speicherung und zum Abruf von Information weitere Hirnfunktionen betroffen sind, z.B. Orientierung und Sprache.“ (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.5).

Die Ursachen aller Demenzformen werden größtenteils durch Krankheiten beziehungsweise Schädigung des Gehirns oder der Zerstörung einzelner Hirnareale ausgelöst. Hierbei gehen aus teilweise noch unbekanntem Ursachen Nervenzellen stückweise verloren. Eine weitere Ursache können auch Erkrankungen der Blutgefäße im Gehirn sein. Insgesamt sind die Ursachen für Demenzen sehr vielfältig und individuell und werden in dieser Arbeit nur zusammenfassend dargestellt.

7.2 Kategorisierung von Demenz

Da das Syndrom Demenz vielfältige Krankheitszeichen zusammenfasst, lassen sich verschiedene Einteilungen der Symptome nach bestimmten Kriterien, beispielsweise nach Ursachen verschiedener Demenztypen oder deren Häufigkeitswert innerhalb der Betroffenenengruppe, darstellen. Eine Möglichkeit zur Kategorisierung von Demenz liegt beispielsweise in der Unterteilung des Syndroms in so genannte Primäre Demenzen³ und Sekundäre Demenzen. (vgl. www.alzheimerinfo.de/alzheimer/.de).

Diese Unterscheidungsmöglichkeit soll in den folgenden Ausführungen zum Zweck einer besseren Übersicht der verschiedenen Demenzformen, dargestellt werden.

² Auch Delirium genannt. Der Begriff bezeichnet „akut auftretende Zustände der Verwirrung, die oft mit weiteren demenzartigen Symptomen einhergehen. Dazu gehört unter anderem, dass sich die Betroffenen kaum situativ orientieren können und nachts "herumgeistern". Das Delir hat aber ganz andere Ursachen als eine Demenz und muss deshalb auch anders behandelt werden.“([www. bmfsj/wegweiser-demenz.de/depression-und-delir](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/depression-und-delir)).

³ Eine Primäre Demenz ist eine Form von Demenz. Die Ursache liegt im Gehirn, da dort zunehmend Nervenzellen oder Nervenzellverbindungen absterben, das bedeutet das Primäre Demenzen irreversibel sind (vgl. [www. bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzkrankung](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzkrankung)).

7.2.1 Primäre Demenzen

Primäre Demenzen machen den eindeutig überwiegenden Teil bei Betroffenenengruppe aus und wirken auf das Gedächtnis, das Sprach- und Denkvermögen, die soziale Kompetenz und die individuelle Orientierung der, von einer Primären Demenz, betroffenen Person. (vgl. www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung).

In Fachkreisen spricht man diesbezüglich von neurodegenerativen⁴ oder vaskulären⁵Veränderungen des Gehirns.

Es können auch Mischformen dieser Veränderungen auftreten. Der wichtigste und häufigste Vertreter der Primären Demenzen ist die Alzheimer-Krankheit. Weiterhin gehören zu dieser Kategorie unter anderem, die Vaskuläre Demenz, die Lewy-Körperchen-Demenz und die Frontotemporale Demenz. (vgl. www.alzheimerinfo.de/alzheimer/.de).

7.2.2 Die Alzheimer-Krankheit

Im gesellschaftlichen Kontext wird das Wort Demenz sehr oft mit dem Begriff der Alzheimer-Krankheit⁶ gleichgesetzt. (vgl. www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung). Die Alzheimer-Krankheit ist aber nur eine Form von Demenz, obgleich sie, die mit Abstand am häufigsten auftretende Art der Primären Demenzerkrankungen ist, da die prozentuale Häufigkeit bei ca. 60 Prozent aller Demenzerkrankungen liegt. (vgl. www.leben-mit-demenz). Die Alzheimer-Krankheit beginnt schleichend und verläuft langsam fortschreitend.

⁴ Bei neurodegenerativen Veränderungen im Gehirn „degenerieren“ Nervenzellen, das heißt sie verfallen ohne äußerlich erkennbare Ursachen. (Vgl. www.alzheimerinfo.de/alzheimer/.de).

⁵ Bei vaskulären Veränderungen im Gehirn, verfallen Nervenzellen wegen Durchblutungsstörungen, was zu erhebliche Schäden des Gehirns führt. (Vgl. www.alzheimerinfo.de/alzheimer/.de).

⁶ Alzheimer ist eine Form von Demenz, welche nach ihrem Entdecker Alois Alzheimer benannt wurde. Die Ursache der Krankheit ist ein „[...]sehr langsam, fortschreitender Untergang von Nervenzellen und Nervenzellkontakten. Er betrifft vor allem jene Abschnitte des Gehirns die für Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und Orientierungsfähigkeit wichtig sind. Der Prozess beginnt viele Jahre vor dem Auftreten der ersten klinischen Krankheitssymptome.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.6).

Betroffen ist vorwiegend die Altersgruppe der über 60 Jährigen, da das Alter der Hauptrisikofaktor von Alzheimer ist. (vgl. [www. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit](http://www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/DasWichtigsteueberdieAlzheimer-Krankheit)). Betroffene weisen typische Eiweißablagerungen im Gehirn auf, welche den Stoffwechsel der Nervenzellen irreversibel zerstören (vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung)).

Typische Kennzeichen des Krankheitsbildes sind Störungen und stufenweise Regressionen im Bereich des Gedächtnisses, der Orientierungsfähigkeit, der Sprache und des Denk- und Urteilsvermögens. Das Krankheitsbild geht aufgrund dessen auch mit einer Persönlichkeitsveränderung einher. (vgl. [www. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit](http://www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/DasWichtigsteueberdieAlzheimer-Krankheit)). Die Symptomatik der Alzheimer-Krankheit ist individuell unterschiedlich ausgeprägt und im Krankheitsverlauf zunehmend. Diese Umstände haben auch maßgeblich Auswirkung auf die Alltagsbewältigung und die Selbstbestimmung der Betroffenen. Die Abhängigkeit von anderen Menschen in Form von Hilfestellungen und Alltagsunterstützungen bleibt nicht aus und gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die Betroffenengruppe weist keine Einheitlichkeit auf, da die Alzheimer-Krankheit individuell ausgelebt und durchlebt wird. (vgl. [www.Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit](http://www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/DasWichtigsteueberdieAlzheimer-Krankheit)). „Die jeweiligen Anforderungen an Betreuung, Pflege, Therapie und ärztliche Behandlung sind dabei sehr unterschiedlich.“ (www. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit). Abschließend sei festgehalten, dass die Alzheimer-Krankheit zwar nicht heilbar, aber behandelbar ist, sodass bei einer frühzeitigen Diagnose und entsprechenden fachlichen Behandlung dem Krankheitsverlauf verzögernd entgegengewirkt werden kann. (vgl. [www. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit](http://www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/DasWichtigsteueberdieAlzheimer-Krankheit)).

7.3 Die Vaskuläre Demenzerkrankung

Die zweithäufigste Form Primärer Demenzen ist die Vaskuläre Demenz, bei der das Ausmaß der vorliegenden Durchblutungsstörung, den Verfall der Nervenzellen und somit auch die Ausprägung der Demenz beeinflussen. (vgl. www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung).

Häufigste Ursache sind hierbei Wandverdickungen kleinerer Blutgefäße, welche tief gelegene Hirnareale versorgen. (vgl. www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/VaskulaereDemenz).

Diese Verengungen oder Gefäßverschlüsse verursachen eine Mangelversorgung des Gehirns, welche zu kleineren Infarkten und zu Nervenfaserauflösungen beziehungsweise zur Auflösung der Nervenfasermembranen führt, diese werden auch Marklager Schäden genannt. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.13). „Der Beginn der vaskulären Demenz ist oft schleichend, das Fortschreiten allmählich - also schwer von der Alzheimer-Krankheit zu unterscheiden. Allerdings sind die Symptome anders. Im Vordergrund stehen nicht Gedächtnisstörungen, sondern Verlangsamung, Denkschwierigkeiten oder Stimmungslabilität“ (www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/VaskulaereDemenz).

In seltenen Fällen kann auch eine Multi-Infarkt-Demenz⁷ bei Betroffenen vorliegen. Diese Form beginnt meist plötzlich und ist etappenweise fortschreitend.

Die Krankheitszeichen ähneln der Alzheimer-Krankheit, werden unter Umständen aber weiterhin durch Taubheitsgefühle oder Lähmungserscheinungen ergänzt. (vgl. www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/VaskulaereDemenz).

Zu den Risikofaktoren der vaskulären Demenzen zählen vor allem Bluthochdruck, Diabetes mellitus⁸ und eine ungesunde Lebensweise, welche durch beispielsweise Übergewicht, Bewegungsmangel oder Rauchen geprägt ist.

⁷ Die Multi-Infarkt-Demenz ist eine seltene Form der Vaskulären Demenz, bei der viele kleine Schlaganfälle das Gehirn nachhaltig schädigen. (Vgl. www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/VaskulaereDemenz).

⁸ Diabetes Mellitus ist eine chronisch verlaufende Stoffwechselerkrankung, auch Zuckerkrankheit genannt.

Positiv zu sehen ist hierbei, dass diese Risikofaktoren eine gewisse Prävention ermöglichen. (vgl. [www. Deutsche Alzheimer Gesellschaft.de/Vaskulaere Demenz](http://www.DeutscheAlzheimerGesellschaft.de/VaskulaereDemenz)). Dies setzt jedoch ein Maß an individuellem Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen voraus.

7.4 Zusammenfassung anderer Demenztypen

Neben der Alzheimer-Krankheit und der Vaskulären Demenz, gibt es noch weitere Demenzformen, welche kausal durch Nervenzellschädigungen im Gehirn entstehen.

Die wichtigsten Vertreter sollen nachfolgend ergänzend benannt und kurz erläutert werden.

Die Ursachen der unheilbaren Lewy-Körperchen-Demenz⁹ lösen bei den Betroffenen bereits frühzeitig Sinnestäuschungen, wie beispielsweise Halluzinationen, aus und bewirken eine unbeständige physische und psychische Verfassung des Erkrankten, welche durch eine wechselnde introvertierte und extrovertierte Haltung geprägt ist. (vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/lewy-koerperchen-demenz](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/lewy-koerperchen-demenz)). In diesem Zusammenhang ist auch die Parkinson¹⁰-Demenz zu benennen, deren Symptomatik auch, durch die Ablagerung von Lewy-Körpern im Gehirn bedingt wird. Bei beiden Erkrankungen ist die Ausprägung der Demenz mit Bewegungsstörungen verbunden, da in der Hauptsache Hirnareale betroffen sind, welche physische Bewegungsabläufe steuern. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.14). Sollte die Demenz ersichtlich nach bestimmten Bewegungsstörungen auftreten, diagnostizieren Ärzte eine Parkinson-Demenz. Entwickelt sich die Demenz vor oder gleich mit den Bewegungsstörungen liegt eine Lewy-Körper-Demenz vor.

⁹ Bei dieser Form der Demenz, lagern sich, ähnlich wie bei der Alzheimer-Krankheit, Eiweißpartikel (so genannte Lewy-Körperchen) in den Nervenzellen der Großhirnrinde und des Hirnstamms ab. Diese Lewy-Körperchen sind seltener als die Eiweißablagerungen, welche bei der Alzheimer-Krankheit auftreten und behindern durch ihren Einschluss die Nervenzellenkommunikation. (Vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/lewy-koerperchen-demenz](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/lewy-koerperchen-demenz)).

¹⁰ Auch Morbus Parkinson genannt, es handelt sich hierbei um eine Erkrankung des Nervensystems. „Die charakteristischen motorischen Symptome der Parkinson-Krankheit sind Zittern in Ruhe, Steife der Gliedmaßen, verlangsamte Bewegungsabläufe und instabile Körperhaltung.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.15).

Krankheitszeichen beider Demenzformen sind, auch neben den oben genannten Auswirkungen, unter anderem eine erhöhte Sturzgefahr und unnatürliche Bewegungen während des Schlafes. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2013, S.15).

Eine seltenere Primäre Demenzform ist die sogenannte Frontotemporale¹¹ Demenz, welche auch unter den Synonymen Morbus Pick oder Pick-Krankheit bekannt ist. Auch diese Demenzform ist nicht heilbar. (vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick)).

Bei der Frontotemporalen-Demenz¹² ist keine Veränderung der Orientierungsfähigkeit oder der Merkfähigkeit des Betroffenen vordergründig auffallend, sondern eher eine ungewöhnliche Persönlichkeitswandlung beziehungsweise Verhaltensänderung zu erkennen. (vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick)).

Dies lässt sich damit begründen, dass die absterbenden Hirnareale beispielsweise Gedankengut über Benimmregeln enthalten. Charakteristisch sind unpassende oder peinliche Äußerungen seitens der Betroffenen, welche von der eigentlichen Persönlichkeit auffallend abweichen. Mögliche Symptome können weiterhin auch Heißhunger oder Ticks sein. Die Erkrankten selbst reagieren auf Kritik durch die Umwelt empört, da ihre Selbsteinschätzung unter der Frontotemporalen-Demenz stark leidet. Meist kommen erst nach einigen Jahren Krankheitszeichen hinzu, welche Alzheimer typisch sind. Das Sprachvermögen nimmt dann immer mehr ab und die Betroffenen werden zunehmend vergesslicher. (vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick)).

¹¹ Dieser Begriff bedeutet so viel wie „vorne seitlich“. (Vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick)).

¹² Die Frontotemporale-Demenz ist eine unheilbare Demenzform, bei der die Nervenzellen im Gehirn, zuerst hinter den Schläfen und hinter dem Stirnbereich absterben. (Vgl. [www. bmfsj/ wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick](http://www.bmfsj/wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick)).

7.5 Sekundäre Demenz

Sekundäre Demenzen¹³ „werden durch Alkoholmissbrauch, Infektionen des Gehirns, Epilepsi, Intoxikationen, Kohlenmonoxydvergiftung, Multiple Sklerose oder Vitamin B-12 Mangel hervorgerufen.“ (www.alzheimer-oberland.de/informationen/demenzarten).

Sie basieren also nicht auf hirnrorganischen Schädigungen und können sich bei einer entsprechenden Behandlung der kausalen Erkrankung, zurückbilden.

8 Symptome und Verlauf einer Demenz

Die Art der Symptome einer Demenz ist abhängig davon, welche Bereiche des Gehirns durch die Krankheit geschädigt wurden. Das Ausmaß der Veränderung im Hirngewebe und die Stärke der Symptome stehen in der Regel in keinem engerem Zusammenhang. Aus diesem Grund, kann die Krankheit über einige Jahre symptomlos und unerkant verlaufen. Eine weitere Folge des fehlenden Zusammenhangs zwischen geschädigtem Hirngewebe und der Stärke der Symptomatik ist, dass der Krankheit Demenz in der Mehrheit der Fälle ein Zustand vorausgeht, in welchem die Betroffenen nur leichtgradige Beeinträchtigungen erleben beziehungsweise empfinden. Weiterhin werden Leistungseinschränkungen und Verhaltensänderungen nicht nur durch das Ausmaß des geschädigten Hirngewebes bestimmt, sondern auch durch den Trainingszustand des Gehirns und des individuellen Bildungsgrades. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2016, S. 19) Die Einteilung in Schweregrade bei der Alzheimer-Krankheit orientiert sich am Grad der Selbstständigkeit und wird in drei Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt ist die leichtgradige Demenz, gefolgt von der mittelschweren Demenz und der schweren Demenz. Die Übergänge zwischen den einzelnen Stadien sind fließend, da die Symptomatik im Allgemeinen schleichend fortschreitet.

¹³ Sekundäre Demenz ist eine Form von Demenz, welche durch Folgeerscheinungen von Krankheiten verursacht wird. (Vgl. www.alzheimerinfo.de).

8.1 Alzheimer-Krankheit

Bereits viele Jahre vor dem ersten Auftreten der Symptome beginnt der neurodegenerative Prozess. Die ersten Symptome äußern sich als leichtgradige, jedoch messbare Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, welche jedoch noch keine nachteiligen Auswirkungen auf die Bewältigung von Alltagsaufgaben haben. Diesen Zustand bezeichnet man als leicht kognitive Störung, wobei meist das Kurzzeitgedächtnis betroffen ist. Die Hälfte der Betroffenen entwickeln meist innerhalb von fünf Jahren eine Demenz. Eine genaue Diagnostik ist für diese Abgrenzung unbedingt erforderlich. Der Übergang zur Demenz ist durch das Auftreten von Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung gekennzeichnet.

Im Stadium der leichtgradigen Demenz stehen überwiegend Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Die Betroffenen leiden vermehrt unter Wortfindungsstörungen, begleitet von eingeschränkter Auffassungsgabe, Planen von Tätigkeiten oder Problemlösungen. Weiterhin fällt es ihnen schwer sich zeitlich und räumlich zu orientieren. Gewohnte Alltagstätigkeiten können sie jedoch mit gelegentlicher Hilfestellung bewältigen. In diesem Stadium ist die Geschäfts- und Testierfähigkeit noch nicht beeinträchtigt. Unterstützung brauchen die Betroffenen in der Hauptsache bei anspruchsvolleren Aufgaben, wie beispielsweise das Planen einer Reise oder die Organisation des Haushaltes. Wenn auch nicht im vollen Umfang, nehmen die Betroffenen das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit wahr. Eine häufige Reaktion auf diese Wahrnehmung ist der soziale Rückzug, verminderte Aktivitäten oder depressive Verstimmungen. (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V., 2016, S. 20)

Im nächsten Stadium, dem Stadium der mittelschweren Demenz, sind die kognitiven Störungen so stark vorangeschritten, dass auch einfachste Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr ohne Hilfestellungen bewältigt werden können. In diesem Stadium ist nicht nur das Kurzzeitgedächtnis sondern auch das Langzeitgedächtnis betroffen, welches allmählich verblasst. Die Orientierungsfähigkeit, ganz gleich ob zeitlich oder örtlich, geht verloren und die Aphasie verstärkt sich. In diesem Stadium ist eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich.

Zusätzlich zu dieser Symptomatik treten ausgeprägte Verhaltensänderungen, Antriebslosigkeit, Unruhe, Reizbarkeit oder / und Aggressivität auf. Störungen des Wirklichkeitsbezuges wie Halluzinationen oder Wahnvorstellungen treten in diesem Stadium eher selten auf. Zusätzlich zu den kognitiven Symptomen kommen noch körperliche Symptome wie Krampfanfälle oder Harn- und Darminkontinenz dazu. Im Stadium der mittelschweren Demenz kann sich dennoch gut an bekannte Lieder, Musik oder Gedichte erinnert werden. Dies zeigt, dass noch in diesem Stadium auf bestimmte Fähigkeiten zurückgegriffen werden kann. Deshalb ist hier ein besonders einfühlsamer Umgang mit den Betroffenen sehr wichtig. Physiotherapie, Musiktherapie, Biographiearbeit und Gedächtnistraining tragen in dieser Phase dazu bei, die Symptomatik abzumildern und das Wohlbefinden der Betroffenen zu verbessern. (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V., 2016, S. 21)

Im letzten Stadium, dem Stadium der schweren Demenz sind die meisten Betroffenen vollständig pflegebedürftig. Die Aphasie ist im höchsten Maße ausgeprägt und eine sprachliche Verständigung ist nahezu unmöglich. Viele der Betroffenen sind in diesem Stadium bettlägerig, haben Kontakturen in den Gliedmaßen und leiden unter Ernährungsstörungen. Betroffene sind hier besonders anfällig für Infektionskrankheiten, vor allem für Lungenentzündung, welche auch die häufigste Todesursache bei den Betroffenen sind. Der Verlauf der Krankheit ist bei jedem individuell und lässt sich auch nicht vorherbestimmen. Die Praxis zeigt, dass die Lebenserwartung nach dem Zeitpunkt der Diagnose ca. acht Jahre beziehungsweise nach den ersten auftretenden Symptomen ca. zehn Jahre beträgt. Die Lebenserwartung steht nicht im kausalen Zusammenhang zum Erkrankungsalter. Bei der Alzheimer-Krankheit gibt es allerdings drei Sonderformen, bei denen nicht Gedächtnisstörungen zu Beginn der Erkrankung im Vordergrund stehen sondern Wortfindungsstörungen und verlangsamte Sprache, eingeschränktes Denkvermögen und Persönlichkeitsveränderungen oder Störungen der optischen Wahrnehmung. (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V., 2016, S. 22)

8.2 Gefäßkrankheiten

Bei Erkrankungen der hirnversorgenden Blutgefäße könne verschiedene Symptomatiken auftreten. Diese richten sich danach, welche Nervenzellen oder Verbindungsbahnen betroffen sind. Auch hier ist der Verlauf nicht typisch sondern immer individuell zu sehen. Symptome können über längere Zeit unverändert bleiben, allmählich zunehmen oder eine schrittweise Verschlechterung zeigen. Nervenzellverbände oder Faserverbindungen, welche unterhalb der Hirnrinde nur unzureichend durchblutet werden, können Beeinträchtigungen des Denkvermögens, eine Verlangsamung der Informationsverarbeitung und der Aufmerksamkeit zur Folge haben. Bei Menschen mit diesem Krankheitsbild, stehen nicht Gedächtnisstörungen im Mittelpunkt sondern eher depressives Verhalten, Stimmungsschwankungen oder herabgesetzter Antrieb. Diese Symptomatik ist meist ausgeprägt und andauernd. (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V., 2016, S. 22)

8.3 Lewy-Körperchen-Krankheit

Diese Form der Demenz tritt wie bereits erwähnt in Verbindung mit der kennzeichnenden Bewegungsstörung der Parkinsonkrankheit auf. Auch hier sind Gedächtnisstörungen vorhanden, stehen allerdings nicht im Vordergrund. Diese Demenzform charakterisiert die Störung der Aufmerksamkeit, des Denkvermögens oder die Verarbeitung von optischen Sinneseindrücken. Die meisten Betroffenen haben lebhafte Halluzinationen und zeigen ein außerordentliches starkes Schwanken der geistigen Leistungsfähigkeit. Körperliche Symptome äußern sich in Kontrakturen der Gelenke, unsichere Körperhaltung, verlangsamte Bewegungsabläufe und Neigung zu Stürzen. Auffällig bei dieser Krankheit sind weiterhin die Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Medikamenten und REM-Schlaf-Verhaltensstörungen. Weiterhin äußert sich diese Krankheit in schwankenden Blutdruck und Inkontinenz was zurückzuführen ist auf die Fehlregulation von automatisch ablaufenden körperlichen Vorgängen.

Auf Grund der kognitiven Störungen, der motorischen Defizite aber auch der Instabilität der Grundfunktionen des Körpers, ist bei dieser Demenzform mit erheblichen Einschränkungen der Alltagstätigkeiten zu rechnen. Verbunden ist dies mit einer erhöhten Sterblichkeit und einer enormen Belastung für die pflegenden Angehörigen. Im Gegensatz zur Demenz bei der Alzheimer-Krankheit verläuft die Demenz mit der Lewy-Körperchen-krankheit schneller. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2016, S. 22-23)

8.4 Frontotemporale Degenerationen

In Relation davon, welche Bereiche des Stirnhirns und des vorderen Schläfenlappens betroffen sind, werden drei verschiedene Arten von Symptomen hervorgerufen. Im Vordergrund stehen entweder ausgeprägte Veränderungen der Persönlichkeit, des Antriebes und zwischenmenschlichen Verhaltens, Einschränkungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit¹⁴ oder die Defizite im Sprachverständnis¹⁵.

Liegt das Hauptaugenmerk bei dieser Erkrankung im Anfangsstadium noch bei einer der beiden Sprachvarianten, kommt es im weiteren Verlauf jedoch ebenfalls zu ausgeprägten Verhaltensänderungen. (vgl. Deutsche Alzheimergesellschaft e.V., 2016, S. 23)

8.5 Frontotemporale Demenz (Verhaltensvariante)

Diese Demenzform ist geprägt durch einen auffälligen Wandel der Persönlichkeit und des Sozialverhaltens. Krankheitsbetroffene verlieren ihre Empathie zu anderen Menschen, missachten soziale Umgangsformen und nehmen nur noch sehr selten Rücksicht auf Mitmenschen. Ihr Verhalten ist vor allem für ihre Angehörigen aber auch Mitmenschen peinlich, wenn nicht sogar provozierend, sie wirken gleichgültig, gefühllos oder distanzierend.

¹⁴ Einschränkung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit wird auch Nicht-flüssige progrediente Aphasie genannt

¹⁵ Bei Defiziten im Sprachverständnis handelt es sich um die Sematische Demenz

Das sie krank sind, nehmen die Betroffenen auf Grund der frühzeitig verlorenen Krankheitseinsicht, nicht mehr wahr. Am Anfang der Erkrankung sind die meisten Betroffenen antriebslos, zeigen Maßlosigkeit beim Essen und entwickeln eine Vielzahl von starren, egozentrischen und wiederkehrenden Verhaltensmustern. Gedächtnisstörungen treten erst im weiteren Verlauf der Krankheit auf. Die Fähigkeit Alltagsaufgaben selbstständig zu bewältigen nimmt rasch ab. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.v., 2016, S. 24)

8.6 Nicht-flüssige progrediente Aphasie

Zu Beginn der Krankheit entspricht das Krankheitsbild in keinster Weise einer Demenz. Menschen mit dieser Krankheit leiden unter ausgeprägten Wortfindungsstörungen, fehlender Grammatik, inkorrektter Aussprache und sprechen mit sehr großer Anstrengung. Bedingt durch die Defizite in der Sprache müssen sie sich teilweise mit Hilfe von schriftlichen Notizen verständigen. Kognitive Fähigkeiten und die Funktionsfähigkeit im Alltag bleiben über mehrere Jahre erhalten.

Im weiteren Verlauf der Krankheit entwickeln die Betroffenen jedoch die gleiche Symptomatik wie die der Verhaltensvariante der Frontotemporalen Demenz. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2016, S. 24)

8.7 Sematische Demenz

Menschen die an einer sematischen Demenz leiden, verlieren das Wissen um die Bedeutung von Wörtern. Im weiteren Verlauf der Krankheit können sie Gegenstände aber auch vertraute Gesichter nicht mehr erkennen und zuordnen. Bei dieser Form der Demenz ist allerdings die Sprache nicht beeinträchtigt, Betroffene sprechen weiterhin flüssig und grammatikalisch korrekt. Im späteren Verlauf der Krankheit, entwickelt sich aber auch hier die Symptomatik der Verhaltensvariante der Frontotemporalen Demenz. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2016, S. 24)

9 Realitätsempfinden bei Demenzerkrankten Menschen

In diesem Abschnitt soll ein kurzer Einblick gegeben werden, wie demenziell erkrankte Menschen im Innersten empfinden und wie sich die Demenz im alltäglichen Leben des Betroffenen widerspiegelt.

Wie bereits beschrieben gelingt es an Demenz erkrankten Menschen anfänglich sehr gut bestimmte Defizite zu kompensieren und die Krankheitszeichen im sozialen Umfeld fast unbemerkt zu lassen oder herunterzuspielen. Bis die Diagnose tatsächlich offiziell wird, kann einige Zeit vergangen sein. Anfangs können sich demenziell erkrankte Menschen noch relativ uneingeschränkt mit der Situation auseinandersetzen und über kommende Veränderungen, Ängste oder Wünsche sprechen. Themen, wie Vorsorge oder auch das Sterben können noch aufgefasst und überdacht werden. (vgl. Kostrzewa, 2013b, S.68f.). Im Verlauf der Krankheit nimmt das Reflexionsvermögen allerdings stark ab, weil die Fähigkeit zu sprechen zunehmend nachlässt. Irgendwann fällt es dann dem Betroffenen auch schwer, Gesprochenes aufzunehmen und zu verarbeiten, so dass Menschen mit Demenz, die Sprache nicht mehr richtig nutzen können. (Vgl. Kostrzewa, 2013b, S.68f.)

Dies führt dazu, dass Betroffene meist verwirrter eingeschätzt werden, als sie tatsächlich sind. Ein eingeschränktes, verändertes Sprachvermögen ist in diesem Zusammenhang nicht damit gleichzusetzen, dass die Betroffenen nichts mehr verstehen. (Vgl. Kostrzewa, 2013b, S.68f.)

Mit fortschreitender Demenz lässt sich zunehmend beobachten, dass der Betroffene kein Interesse mehr zeigt, seine Zukunft zu planen oder sich darüber zu sorgen. Vergessene Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis scheinen weder belastend noch wichtig zu sein. Das gesamte Realitätsempfinden scheint sich mehr und mehr auf die Gegenwart zu konzentrieren. (Vgl. Kostrzewa, 2013a: S.10f.). Das bedeutet, dass betroffene Menschen zunehmend nur noch in einem bestimmten Augenblick leben. Zukunft oder Vergangenheit existieren für die sie nicht mehr, da das Langzeitgedächtnis der Reihe nach rückläufig ausgelöscht wird. Darin liegt auch der Grund, weshalb demenziell erkrankte Menschen oft von sich selbst behaupten, jünger zu sein, als sie es tatsächlich sind.

Auch die Zukunftsebene und das Zukunftsempfinden bei den Betroffenen werden vollkommen aufgelöst. (vgl. Kostrzewa, 2013b, S.69.)

Die Zeit, in der die Betroffenen leben, umfasst wenige, nur Minuten anhaltende Augenblicke, welche dann wieder vergessen werden. Dieses vergessen verläuft bei dem einen schneller und bei einem anderen Betroffenen langsamer. Beispielsweise kann der eine sich die Tätigkeit vom Vormittag bis zum Mittag merken, ein anderer hat diese Tätigkeit bereits schon nach fünf Minuten wieder vergessen. (Vgl. Kostrzewa, 2013b, S.69.)

Dieser Zustand muss nicht unbedingt ein Leiden für Menschen mit Demenz bedeuten. Meistens sind es eher die Angehörigen, welche diesen Zustand als sehr belastend empfinden, da ihnen der Betroffene immer mehr fremd erscheint und sie auch für den Demenzerkrankten Menschen nunmehr zu Fremden werden. (Vgl. Kostrzewa, 2013b, S.69f.)

10 Auswirkung der Demenz auf die Sexualität

Es stellt sich die Frage, in wie weit das menschliche Gehirn an sexuellen Reaktionen beteiligt ist. Um Veränderungen zu verstehen, ist es notwendig erst einmal die Funktion des gesunden Gehirns zu verstehen.

Jegliches menschliches Verhalten wird über Hirnaktivitäten gesteuert, ganz gleich ob es das Blinzeln der Augen oder das Nachdenken über unsere Existenz ist, das menschliche Gehirn ermöglicht all unsere Bewegung, Wahrnehmung, Verhalten, Sprache Denkprozesse und Erinnerungen. Jede einzelne Funktion gehört einem bestimmten Hirnareal zu und diese sind untereinander alle miteinander vernetzt. So wird dem Gehirn ermöglicht, die verschiedensten Funktionen auszuführen. Wie bereits im vorherigen Abschnitt erklärt, funktionieren bei der Krankheit Demenz einige der Hirnareale nicht mehr und somit ist es auch nicht verwunderlich, dass gerade Menschen mit Demenz eine Reihe von ungewöhnlichen und manchmal unangemessenen Verhaltensweisen zeigen. Im Bereich der Sexualität lässt sich dies besonders gut veranschaulichen. Mehrere verschiedene Hirnareale sind an den sexuellen Reaktionen beteiligt. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 46)

Sind einige dieser Bereiche im Gehirn durch die Krankheit Demenz beschädigt, kann dies zu unangemessenen sexuellen Verhalten führen. Für Angehörige oder andere Pflegepersonen, die Menschen mit Demenz betreuen und pflegen, ist die nicht immer einfach und stellt oft eine große Belastung dar. Auch an Demenz erkrankte Menschen brauchen Nähe zu anderen Menschen, so wie auch gesunde Menschen. Je nachdem welche Form der Demenz vorliegt, ist die Fähigkeit, Liebe und Zuneigung zu geben und zu nehmen unterschiedlich stark ausgeprägt. Dies wirkt sich auf die Form aus, wie Betroffene ihre Sexualität zum Ausdruck bringen. Die Funktionsweise des Gehirns kann man mit einem Computer vergleichen. Ein Computer besitzt, ebenfalls wie das Gehirn, verschiedene Bereiche in denen Informationen gesammelt, analysiert geordnet, gespeichert, abgelegt oder vernetzt werden. All dies ist für unsere Funktionsfähigkeit¹⁶ im Alltag sehr wichtig. Wenn jedoch der Computer versagt, bricht oftmals das ganze System zusammen und die gespeicherten Informationen geraten durcheinander oder gehen sogar ganz verloren. Genau das Gleiche kann passieren, wenn unser Gehirn durch die Demenz beschädigt oder gar zerstört wird. Dies betrifft vor allem den komplexen Bereich der Sexualität, welcher für unsere sexuellen Bedürfnisse und Wünsche zuständig ist. Wenn beispielsweise Betroffene vor ihrer Krankheit heimlich sich selber befriedigt haben, tun sie es nun in aller Öffentlichkeit ohne Rücksicht auf ihr Umfeld zu nehmen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 46-47)

Im Folgenden soll kurz die Anatomie des Gehirns dargestellt werden um zu veranschaulichen wie der Bereich des sexuellen Verhaltens durch die Krankheit Demenz beeinflusst wird.

10.1 Der Aufbau des Gehirns

Das menschliche Gehirn besteht aus zwei Hemisphären, der linken und der rechten Hemisphäre.

¹⁶ Unter Funktionsfähigkeit im Alltag ist hier gemeint, das Denken, Tätigkeiten sinnvoll planen, vertraute Personen oder Objekte und Umgebungen wiedererkennen, emotional reagieren können, Anweisungen befolgen, Verhalten kontrollieren können oder finanzielle Angelegenheiten erledigen können.

Die linke Hemisphäre ist die dominante und steuert unsere rechte Körperhälfte und die rechte Hemisphäre ist die nicht dominante und steuert unsere linke Körperhälfte.

Beide Hemisphären sind in jeweils vier Areale gegliedert, den Frontallappen¹⁷, den Temporallappen¹⁸, den Parietallappen¹⁹ und den Okzipitallappen²⁰. Im inneren des Gehirns liegt das limbische System, dies ist eine Gruppe von Strukturen, welches unter anderem auch die sexuellen Emotionen steuert. Jedes der vier Hirnareale hat eine andere Funktion und sind durch zahllose Neuronen miteinander vernetzt. Wird nun eins dieser Areale durch die Demenz beschädigt, kann das Störungen oder Veränderungen des Verhaltens hervorrufen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 47-48)

10.2 Das limbische System

Das limbische System ist wie schon erwähnt eine Gruppe von entwicklungsgeschichtlich primitiver Hirnstrukturen welche im inneren des Gehirns verankert sind. Der Hippocampus, der Hypothalamus, der Thalamus, die Amygdala und die Hypophyse sind Teile dieser Struktur.

Die Funktion dieser Strukturen ist die Speicherung und Verarbeitung von eng miteinander verbundenen Emotionen und Inhalten des Langzeitgedächtnisses.

Der Hypothalamus und die Amygdala sind von großer Bedeutung für die emotionalen Bereiche des Lebens wie Angst und Furcht, sexuelles Verlangen, Orgasmus oder sexuelle Erregung. Das limbische System steuert alle autonomen und endokrinen Funktionen, die Motivation und die Stimmung sowie den Schlaf / Wach- Rhythmus. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 48)

¹⁷ Frontallappen ist das Stirnhirn

¹⁸ Temporallappen ist das Schläfenhirn

¹⁹ Parietallappen ist das Scheitelhirn

²⁰ Okzipitallappen ist das Hinterhauptthirn

10.3 Das Stirnhirn

Das Stirnhirn ist der für die Ausführung zuständige Bereich im Gehirn und es gilt auch als Entscheidungsträger. Das Stirnhirn gliedert sich in drei Teile, in den lateralen Teil, den medialen Teil und in den orbito-basalen Teil. Der laterale Teil des Stirnhirns ist zuständig für planen, lernen, organisieren, denken Erkenntnis und Persönlichkeit. Der mediale Teil übernimmt die Funktion der Einleitung.

Dieser Teil des Stirnhirns wird auch als sogenannter Anlasser bezeichnet. Der dritte Teil, der orbito- basale Teil ist zuständig für die Steuerung des Verhaltens. Das bedeutet, dieser Teil steuert das sozial angemessene Verhalten und moralische und soziale Werturteile. Er reagiert in angemessener Weise und verarbeitet das Feedback. Alle zuständigen Hirnareale die für unsere Bewegung von Bedeutung sind, befinden sich ebenfalls im Stirnhirn. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 48)

Schädigungen in diesem Areal des Gehirns können nicht selten zum Verlust von Hemmungen führen. Es kann durchaus vorkommen, dass Betroffene in der Öffentlichkeit masturbieren oder sich den Angehörigen oder andern Pflegern und Betreuern unangemessen sexuell Nähern wollen. Die kognitiven Prozesse im Stirnhirn aktivieren die sozialen und interpersonellen Erfahrungen und kontrollieren auch somit die Sexualität. Bei an Demenz erkrankten Menschen ist oft eine dieser Verbindungen zerstört oder geschädigt, was dazu führt, das sexuelle Verhalten und sexuelle Reaktionen sich verändern. Unser Stirnhirn ist praktisch dafür zuständig, dass wir Verhaltensnormen, moralische Prinzipien und die guten Sitten beachten.

Regeln, Normen oder Gebote werden außer Kraft gesetzt, sobald dieser Prozess durch die Demenz geschädigt wird. Demenzerkrankte Menschen tragen für ihr Verhalten keine Verantwortung, da ihnen die Einsicht dazu fehlt. Sie haben ihr Gefühl für grenzüberschreitendes Verhalten und Anstand verloren und folgen nur noch den Impulsen und Bedürfnissen des limbischen Systems, da die Fähigkeit soziales beziehungsweise sexuell unangemessenes Verhalten zu kontrollieren zerstört ist. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 51)

10.4 Das Schläfenhirn

Dieser Bereich des Gehirns ist wichtig für die Speicherung von verbalen und visuellen Erinnerungen. Hierbei ist die linke, oft dominante Hirnhälfte, zuständig für die verbalen Funktionen wie Wörter und Namen und die rechte nicht dominante Hirnhälfte ist für die visuellen Funktionen und höheren Wahrnehmungs- und Wiedererkennungsfunktionen zuständig.

Beide Schläfenlappen sind außerdem zuständig für akustische Reize, Sprache und sprachliches Verständnis, Musikalität und olfaktorische²¹ und gustative²² Reize. Zu den Gruppen von Strukturen welche im Schläfenhirn liegen, gehört auch der Hippocampus. Dieser ist enorm wichtig für das Abrufen und die Vernetzung der im Langzeitgedächtnis gespeicherten Erinnerungen. Weiterhin verknüpft er die visuellen Erinnerungen mit Gerüchen oder Klängen und ist zuständig für deren zeitliche und räumliche Zuordnung. Durch die Alzheimer Krankheit hervorgerufenen ersten Veränderungen zeigen sich oft in diesem Teil des Gehirns. Mit Hilfe der Computertomografie können diese Veränderungen sichtbar gemacht werden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 49)

Ein typisches Beispiel für eine vorliegende Schädigung des Schläfenhirns sind das Missverständnis von verbalen Äußerungen. Wenn beispielsweise eine Ehefrau zu ihrem an Demenz erkrankten Mann sagt „es ist Zeit fürs Bett“ kann der Mann diese Aussage so für sich verstehen, dass es Zeit für sexuelle Aktivitäten ist. Lehnt die Frau dann die Annäherungsversuche ihres kranken Mannes ab, kann es möglich sein, dass er darauf entsetzt und verwirrt reagiert, er versteht nicht, dass es für seine Frau absolut unpassend ist in diesem Moment für sexuelle Aktivitäten.

Es ist verständlich, dass der Mann seine Frau völlig falsch verstanden hatte, denn das Schläfenhirn hat die Funktion gespeicherte Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis abzurufen.

²¹ Olfaktorisch bedeutet das riechen betreffend

²² Gustativ bedeutet das schmecken betreffend

Die Äußerung der Frau „Zeit fürs Bett“ erweckte in dem Mann wahrscheinlich angenehme Erinnerungen aus dessen Vergangenheit und animierte ihn deshalb seine Frau zu sexuellen Aktivitäten zu bewegen.

Eine Schädigung dieses Hirnareals kann durchaus die gesamte Kommunikation beeinträchtigen, dies kann sich darin äußern, dass die kleinen Signale, welche die mangelnde Bereitschaft des gesunden Partners anzeigen, überhaupt nicht wahrgenommen werden. Die Fähigkeit zu erkennen, was im Bereich der sexuellen Aktivitäten für beide angenehm ist oder nicht, geht verloren. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 52)

10.5 Das Scheitelhirn

Auch bei dem Scheitelhirn gibt es eine dominante und eine nicht dominante Hälfte. Die dominante Hälfte ist hier zuständig für alles was eine Struktur hat, wie das Sprechen, die Sprache, das Schreiben, das Lesen, das Rechnen und das Sequenzieren. Es ist weiterhin verantwortlich für jegliches analytisches und logisches Denken sowie die Wahrnehmung der Position von Körperteilen und Dingen welche in Reihenfolge erscheinen. Die andere nicht dominierende Hälfte ist zuständig für die Wahrnehmung unserer Position in der Welt, die Bewegung im Raum, die Unterscheidung zwischen oben und unten, seitlich, hinten und vorn sowie für die Wahrnehmung der Position unseres eigenen Körpers im Verhältnis zu anderen Personen oder Gegenständen. Die im Schläfenhirn gespeicherten Wörter werden im Scheitelhirn zu Handlungen umgesetzt. Das Scheitelhirn steuert außerdem Berührungen, Druck oder Empfindungen und es ist ebenfalls zuständig für die Wahrnehmung beispielsweise Formen, Größe und Gewicht. Praxis²³ und Gnosis²⁴ sind ebenfalls zwei wichtige Funktionen des Scheitelhirns. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 49-50)

²³ Praxis bedeutet die Fähigkeit die erlernten oder zielgerichteten Bewegungen welche im Alltag zum Beispiel beim Baden oder Anziehen wichtig sind.

²⁴ Gnosis bedeutet die Fähigkeit der Wiedererkennung, wie beispielsweise Gesichter, Umgebungen oder Gegenstände

Ein Beispiel für die Schädigung des Scheitelhirns kann sein, dass beispielsweise ein Mann seine körperlichen Kräfte nicht mehr richtig einschätzen kann oder in einer Einrichtung sich unbegleitet in fremde Betten legt.

Es kann durchaus vorkommen, dass ein Betroffener seinen Partner als Zeichen der Zuneigung häufig und zu fest an sich drückt. Dieses Verhalten verursacht bei dem gesunden Partner Schmerzen, welche er verständlicher Weise auch verbal und zum Ausdruck bringt und sich gegen diese Art der Zuwendung wehrt. Der kranke Partner kann dieses Verhalten nicht nachvollziehen beziehungsweise er kann die Worte nicht verstehen und reagiert irritierend und aufgeregt auf die Abweisung des engen Körperkontaktes. Dieses Verhalten wird durch eine Störung des Scheitelhirns verursacht. Davon Betroffene sind oft nicht mehr in der Lage, sich darauf zu konzentrieren was andere Menschen sagen oder ihre Äußerungen richtig zu verstehen beziehungsweise zu deuten. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 57)

Sie können sprachliche Feinheiten nicht mehr erfassen und wissen auch nicht mehr warum sie bestimmte Dinge tun, dies kann soweit gehen, dass sie immer wieder das Gleiche sagen oder tun. Die Schädigung des Scheitelhirns kann soweit gehen, dass der Verstand in so einem hohen Maße geschädigt ist, dass das Verhalten der Betroffenen nicht mehr akzeptabel ist und diese nicht mehr in der Lage sind abwehrende Gesten zu verstehen. Bei einer Schädigung des dominanten Teils des Scheitelhirns kann die räumliche Wahrnehmung beeinträchtigt sein. Dies kann dazu führen, dass die kranken Menschen sich in ihrer Umgebung nicht mehr zurechtfinden geschweige denn diese erkennen können. Die Folge kann sein, dass Betroffene unbekleidet in fremde Zimmer gehen und sich in fremde Betten legen. Nachdem sich ein Betroffener ausgezogen hat, kann es durchaus vorkommen, dass dieser dann nicht mehr weiß, dass er beziehungsweise wie er einen Schlafanzug anziehen soll. Diese Personen sind keinesfalls sexuell abartig oder wollen mit anderen Personen schlafen, sie wollen sich eigentlich nur für das Schlafen gehen fertig machen, finden sich jedoch aufgrund der Hirnschädigung im Raum nicht mehr zurecht. Auch hier ist es sehr wichtig das Angehörige oder Pfleger diese Schädigung erkennen und besonnen auf solch ein Verhalten reagieren. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 57)

10.6 Das Hinterhauptthirn

Das Hinterhauptthirn ist der kleinste Teil des Gehirns und das Zentrum für die visuelle Wahrnehmung.

Dieser Bereich ist zuständig für das Lesen, das Wiedererkennen von Symbolen, Farben und Formen und für das visuelle Gedächtnis. Das bedeutet, dass das Hinterhauptthirn sensorische Informationen aus der Umwelt aufnimmt und diese interpretiert. Ein typisches Beispiel für eine Schädigung des Hinterhauptthirns ist, wenn ein pflegebedürftiger Mann bei der Körperpflege immer eine bestimmte zuständige Pflegerin versucht zu streicheln und in sein Bett zu ziehen. In so einem Fall ist die Biografiearbeit besonders wichtig. Es kann nämlich durchaus sein, dass diese besagte Pflegerin Ähnlichkeit mit verstorbenen Frau des Betroffenen hat. Ist dieses Verhalten durch eine vaskuläre Demenz bedingt, ist es nicht abwegig, dass der Betroffene in der Vergangenheit lebt und glaubt das seine Frau vor ihm stünde.

Diese ständigen sexuellen Annäherungsversuche bei nur einer bestimmten Person können dadurch erklärt werden. In diesem Beispiel wird auch das Zusammenspiel von Scheitelhirn und Hinterhauptthirn deutlich. Die Schwierigkeit vertraute Objekte wiederzuerkennen beziehungsweise Gesichter zu erkennen sind dem Scheitelhirn zuzuschreiben. Das visuelle Gedächtnis im Hinterhauptthirn ist in diesem Falle jedoch noch intakt, was erklärt, warum der betroffene Mann die Pflegerin mit seiner Frau verwechselte. Die Beeinträchtigung des Hinterhauptthirns kann allerdings auch andere Komplikationen nach sich ziehen. Gerade bei Menschen, welche an einer Lewy-Körperchen-Demenz leiden, kommen Halluzinationen häufig vor, es kann durchaus vorkommen, dass Betroffene nackte Personen sehen. Solche Halluzinationen können unangemessene sexuelle Erregungen zur Folge haben. In solch einem Fall ist es sehr wichtig dem Betroffenen mit Verständnis zu begegnen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 52-56)

10.7 Ablauf der sexuellen Reaktion

Wesentliche Merkmale der sexuellen Reaktion sind das sexuelle Verlangen, die sexuelle Erregung und der Orgasmus. Der Ursprungsort der sexuellen Reaktionen befinden sich in den Strukturen des limbischen Systems, wobei auch hier das Stirnhirn mit beteiligt ist. Das Stirnhirn verarbeitet die Bedeutung der sexuellen Wahrnehmung, die äußeren Ereignisse sowie innere Bilder und Phantasien.

Es reagiert auf die sexuellen Impulse vom limbischen System und initiiert Bewertung und Haltungen oder dämpft gegebenenfalls die Erregung ein. Autonome viszeromotorische²⁵ Reflexe reagieren auf sexuelle Erregung mit einer Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz, vaskulären²⁶ Veränderungen, wie beispielsweise die Erektion des Penis, die Stimulation der Gleitfähigkeit der Vagina und paralleler Reaktionen wie die Schwellung der Brust oder Hautrötungen. Diese lustvollen sexuellen Empfindungen werden dann bis hin zum Orgasmus gesteigert. Es folgt dann die sogenannte Abklingphase in welcher die Geschlechtsorgane in ihren Ursprungszustand zurückgeführt werden.

An der sexuellen Reaktion sind ebenfalls das Schläfenhirn und andere Hirnareale beteiligt. Auch Erinnerungen oder visuelle Stimulationen spielen beim Ablauf der sexuellen Reaktion eine Rolle. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 53)

Da Demenzerkrankte Menschen oft in ihrer eigenen Zeit beziehungsweise in ihrer Erinnerung leben, kann es durchaus vorkommen, dass deren sexuelle Reaktion zu einem unpassenden Zeitpunkt aufkommt und somit ihre Mitmenschen in unangenehme Situationen bringt. Dennoch darf man auch hierbei nicht vergessen, dass dieses Verhalten keinesfalls Absicht ist, sondern aufgrund der Krankheit geschieht.

²⁵ viszeromotorisch bedeutet, die Bewegungen der unwillkürlichen Muskulatur betreffend beziehungsweise im engeren Sinn bedeutet es die Bewegung der Eingeweide betreffend.

²⁶ vaskulär bedeutet die Blutgefäße betreffend.

10.8 Störungen der sexuellen Funktion

Im Folgenden werden kurz problematische Verhaltensweisen in Abhängigkeit von den jeweiligen Hirnarealen beschrieben. Jedes Hirnareal hat seine eigene bestimmte Funktion, jedoch dürfen die einzelnen Areale nicht einzeln betrachtet werden, denn sie sind alle Teil einer komplexen und vernetzten Struktur.

Problematische Verhaltensweisen entstehen, wenn der Prozess der Demenz die im limbischen System verankerte Libido des Betroffenen verstärkt oder die Verbindungen zwischen den im Hippocampus gespeicherten Inhalten des Langzeitgedächtnisses und Emotionen zerstört. Zu aggressiven emotionalen Ausbrüchen kann es kommen, wenn versucht wird, das unangemessene sexuelle Verhalten des kranken Menschen zu unterbinden oder ihn davor zu warnen. Dies liegt darin begründet, dass sich diese Emotionen im Stirnhirn befinden, welches ebenfalls geschädigt sein kann.

Die Störung des Schlaf/Wach-Rhythmus, welcher vom Hypothalamus gesteuert wird, stellt ein weiteres Problem dar. Diese Probleme treten vermehrt bei der Lewy-Körper-Demenz auf. Der Verlust dieses Tag/Nacht Rhythmus führt unweigerlich zu Schlafstörungen, welche auch als Folge der Trennung vom Ehepartner oder Partner auftreten können. Die Betroffenen fühlen sich unwohl, vermissen ihren Partner und suchen ihn ständig. Die stärksten Verhaltensänderungen, ausgehend vom Stirnhirn, werden bei bestimmten Formen der Alzheimer Krankheit, der vaskulären Demenz, der Frontotemporalen Demenz oder der Lewy-Körper-Demenz sichtbar.

Betroffene verlieren hier ihre sozialen Hemmungen und zeigen somit unangemessene sexuelle Verhaltensweisen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 53-54)

Es ist erwiesen, dass Menschen mit Demenz keinesfalls unangemessenes Sexuelles Verhalten absichtlich zeigen, sie haben weder schmutzige Gedanken noch sind sie sexuell abartig. Vielmehr können sie ihr Verhalten nicht mehr kontrollieren als Folge der Zerstörung eines oder mehrerer Hirnareale oder der Schädigung oder Zerstörung der vernetzten Strukturen im limbischen System. Um Menschen mit Demenz das Leben zu erleichtern oder ihr Wohlbefinden zu stärken ist es wichtig herauszufinden welche Hirnareale in Mitleidenschaft gezogen sind, denn nur so kann man eine Lösung für die unerfüllten sexuellen Bedürfnisse der Betroffenen finden.

11 Sexualität und Partnerschaft mit Demenz

Viele Menschen verbinden mit Sexualität eher das Jugendalter oder das Erwachsenenalter, dass jedoch Senioren auch noch Sexualität ausleben ist für viele unverständlich und nicht vorstellbar. Sexualität gehört zur Persönlichkeit eines jeden Menschen, ganz gleich, ob dieser an Demenz erkrankt ist oder nicht.

Unter Sexualität versteht man jedoch nicht nur konkrete sexuelle Handlungen wie beispielsweise Geschlechtsverkehr oder Selbstbefriedigung, sondern Sexualität meint auch Liebe, Zuneigung, Sinnlichkeit, Zärtlichkeit, Berührung und Vertrauen.

Diese ganzen Facetten machen zusammen genommen die menschliche Sexualität aus. Die Gesinnung zur eigenen Sexualität hängt davon ab, ob man vorwiegend positive oder negative Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt hat.

Im Folgenden sollen ausgewählte Facetten beschrieben werden um mehr Verständnis dafür zu geben, dass auch ältere Menschen durchaus ein erfülltes Sexualleben haben und genießen können ohne sich nur auf den Geschlechtsverkehr an sich zu beziehen.

Sinnlichkeit, dieses Wort, ist viel mehr als nur sinnlicher Genuss, es ist die Fähigkeit beziehungsweise der Bereich unseres Gehirns, welcher unsere körperlichen Empfindungen steuert um die Informationen unserer fünf Sinne wahrzunehmen und zu interpretieren. Unsere fünf wichtigsten Sinne sind der Geruchssinn, der Tastsinn, der Gesichtssinn²⁷, der Geschmackssinn und der Gehörsinn.

Es gibt Menschen, welche einen bevorzugten Sinn haben, welcher Einfluss darauf hat, wie man sich seinem Gegenüber präsentiert. Einige Menschen wirken auch sinnlicher oder körperbewusster auf andere als andere Menschen, beispielsweise tragen einige Frauen gern knapp sitzende Kleider oder Männer vorn aufgeknöpfte Hemden. Die Art, wie man sich seinem Gegenüber zeigt, hängt nicht zuletzt davon ab, mit wem man zusammen sein möchte oder wessen Aufmerksamkeit man auf sich ziehen möchte. Jedes Individuum reagiert anders auf schöne Reize.

²⁷ Gesichtssinn meint das Sehen, seine Umgebung visuell wahrnehmen können.

Einige berauschen sich an dem Parfüm einer anderen Person, andere lieben den Duft gebratener Speisen und wiederum andere mögen den Geruch von Salzwasser, während sie den Wind in den Haaren und den Sand unter den Füßen spüren. Es gibt eine Vielfalt von angenehmen Reizen wie beispielsweise ein wunderschöner Sonnenuntergang, ein großer Wasserfall oder das Gesicht eines geliebten Menschen. Für verschiedene Menschen ist aber auch ein Candle-Light-Dinner oder ruhige und sanfte Musik ein besonderes sinnliches Erlebnis. Gleichzeitig wird deren Geschmackssinn und Gesichtssinn stimuliert, wie etwa durch das gute Essen oder die guten Getränke. Andere Menschen lieben eher Dinge, welche ein wohlig warmes Gefühl in ihnen auslösen. Sie mögen es beispielsweise, sich von anderen die Haare kämmen zu lassen, in einem schönen warmen Bad zu sitzen oder sich mit einem gut riechenden Öl massieren zu lassen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 23-25)

Der Tastsinn, hat eine besonderes starke Wirkung und weckt, vor allem wenn er durch Berührungen wie Küssen, Streicheln, Umarmen oder Liebkosen²⁸ stimuliert wird, körperliches Verlangen. Es gibt Menschen, die befriedigen dieses Verlangen beziehungsweise dieses aufkommende sinnliche Bedürfnis durch anschauen von erotischem Material. Dieses körperliche Verlangen, kann zwischen zwei Menschen zu einvernehmlicher körperlicher Liebe oder auch zu Masturbation führen. An diesem Punkt, berührt die Sexualität eine weitere Facette, nämlich die der Intimität. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 25)

Alle Individuen verspüren das Bedürfnis der Nähe und versuchen der Einsamkeit zu entfliehen. Genau dieses Bedürfnis ist es, was sie nach einem geeigneten Intimpartner suchen lässt. Die Intimität auf körperlicher Ebene beinhaltet das Geben und Empfangen von Liebe und Zuneigung sowie den Austausch von Gefühlen. Intimität besteht aus fünf Ebenen, der Bindung²⁹, der affektiven Intimität³⁰, der kognitiven Intimität³¹, der körperlichen Intimität³² und der Gegenseitigkeit³³.

²⁸ Hierbei ist es ganz egal ob von sich selbst oder einem anderen.

²⁹ Bindung meint das Gefühl Nähe, Zusammenhalt und Verbundenheit

³⁰ Affektive Intimität meint hier die Fürsorglichkeit, das Mitgefühl und die Rücksichtnahme füreinander

³¹ Kognitive Intimität meint den Austausch und die gleiche Wahrnehmung im Bezug auf andere Menschen, Information, Werte und Ziele welche die Beziehung betreffen

³² Körperliche Intimität ist die körperliche Nähe vom Körperkontakt bis zum Geschlechtsverkehr.

³³ Mit Gegenseitigkeit ist das Prinzip des gegenseitigen Nehmens und Gebens gemeint.

Die vierte Ebene, nämlich die körperliche Intimität bedeutet für den größten Teil der Menschen nicht nur die Vereinigung zweier Körper sondern auch die tiefe emotionale Erfahrung der Verbundenheit zueinander. Ein intimer Körperkontakt ist vielmehr als nur die genitale Erregung, vielmehr vermittelt er auch Sicherheit und Trost und gibt die Gelegenheit Liebe und Zärtlichkeit auszudrücken.

Dies gilt jedoch nicht für alle Menschen, für einige, kann körperliche Intimität auch völlig emotionslos sein und nur einen Zweck haben, nämlich den Abbau sexueller Spannungen. Solche Kontakte dienen dann eher lediglich der sexuellen Befriedigung. Der fünften Ebene, der Gegenseitigkeit, wird auch eine große Bedeutung zugeschrieben. Die Gegenseitigkeit bedeutet insbesondere Respekt und Vertrauen zueinander. Vertrauen spendet Sicherheit und Schutz in einer Beziehung und schenkt Trost und Beruhigung in schwierigen Zeiten. Weiterhin geht es bei der Gegenseitigkeit auch darum, sich seinem Partner zu offenbaren und sich ihm völlig hinzugeben. Zum Beispiel ältere Paare, welche ihr Leben miteinander verbracht haben und sich respektieren, wissen was den anderen Freude bereitet und was ihn sexuell erregt und befriedigt. Sie haben keine Hemmungen wegen ihrer alternden Körper. Die Vertrautheit in ihrer intimen Beziehung und die daraus hervorgehende Freiheit führen dazu, dass körperliche sexuelle Aktivitäten auch noch bis ins hohe Alter hinein ein natürlicher Bestandteil ihres Lebens sind. Das Bedürfnis nach Intimität hält vermeintlich bis zum Lebensende an. Somit kann also der Tod des Partners eine große sexuelle und emotionale Lücke im Leben eines Menschen hinterlassen. Daher verspüren verwitwete Menschen oft das große Bedürfnis wieder auf die Suche nach einem Intimpartner zu gehen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 26-27)

Das gesamte Konstrukt Sexualität dreht sich um die Identität. Die Identität einer Person beziehungsweise ihrer Persönlichkeit. Die Identität beinhaltet die Selbstwahrnehmung, das Selbstwertgefühl, die Beziehung zu anderen Personen und die Rollen welche wir ausüben oder die uns übertragen worden. Gerade bei älteren Menschen ist es deshalb sehr wichtig, zu erkunden, wer oder was sie in ihrer Lebensgeschichte waren. Senioren verfügen oftmals über sehr viel Lebenserfahrung, ganz gleich welchem Geschlecht sie angehören oder welche sexuellen Neigungen sie haben. Ältere Menschen können verschiedenen Rollen haben, wie beispielsweise: Kind, Enkelkind oder Geschwisterkind, Freund und Kollege, Geliebter, Verlobter oder Ehepartner aber auch Elternteil, Nachbar und Vertrauter.

Diese Rollen vermischen sich im Laufe des Lebens und stehen im Wechsel, da sich auch das Leben ändert. Menschen haben eine Geschichte, eine Familie, Ziele und auch Stärken. Um Verständnis für Senioren und deren Verhalten aufzubringen, ist es wichtig diese Geschichte zu kennen, gerade im Zusammenleben mit Demenzerkrankten älteren Menschen. Identität wird aber auch geprägt durch religiöse und kulturelle Überzeugungen sowie durch veränderliche Persönlichkeitsmerkmale. Erfahrungen, Verhalten, soziales Auftreten, das soziale Umfeld, Leistungen aber auch Enttäuschungen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse machen einen Menschen zu dem was er ist. Da ein großer Zusammenhang zwischen der sexuellen Identität und dem Selbstwertgefühl besteht, beeinträchtigt eine Verleugnung der Sexualität nicht nur das Sexualeben sondern auch das eigene Selbstbild, die sozialen Beziehungen und ebenso die psychische Gesundheit. Im sozialen Umfeld, wird die Identität und die Persönlichkeit eines jeden Individuums maßgeblich vom äußeren Erscheinungsbild bestimmt. Dazu gehören: ein gepflegtes Aussehen, Kleidung, Verhalten, Auftreten, Lebensstil aber auch körperliche sexuelle Vorlieben spielen dabei eine große Rolle. Die berufliche Identität wird in den meisten Fällen entscheidend durch die Berufswahl geprägt. Selbst wenn die Person aus dem Berufsleben ausgetreten und ins Rentenleben eingetreten ist, bleibt dieser Teil der Identität ein wesentlicher Bestandteil der Persönlichkeit und wird bis ans Lebensende ein Teil deren Identität sein. Ebenso verhält es sich bei einem Menschen der sich immer als guter Liebhaber gesehen hat und ein sehr aktives Sexualeben geführt hat. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 27-28)

Ganz gleich was die junge Generation denkt, wird dieser Mensch diese Aktivitäten auch im Alter noch fortsetzen wollen und der Wunsch danach bleibt nach wie vor Teil seiner Persönlichkeit, auch wenn dieser ältere Mensch an einer Demenz leidet. Tätigkeiten wie streicheln, küssen, schmusen oder sich dem anderen hingeben, stehen nicht nur im Einklang mit der Sinnlichkeit und Intimität, sondern stärken auch die Identität einer Person, welche sie jetzt ist. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 27-29)

Erfahrungen sind Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber sexuellem Verhalten und werden in hohem Maße davon geprägt, wie und wo ein Mensch sexuell aufgeklärt wurde. Wer die Ursachen seiner positiven oder negativen Einstellung gegenüber sexuellem Verhalten herausfinden möchte, sollte überlegen wie er als jugendlicher aufgeklärt wurde.

Im Folgenden werden dazu eine Auswahl an Fragestellungen dargestellt: Wurde man von den Eltern, Geschwistern, Freunden oder im Schulunterricht aufgeklärt? Konnten die Eltern offen über Sexualität sprechen oder haben sie sich unwohl gefühlt? Welche moralischen Überzeugungen hatten die Eltern? Haben die Eltern Beispiele gegeben und wenn ja, welche? Erfolgte die sexuelle Aufklärung in Form von versteckten Andeutungen oder abfälligen Bemerkungen? Erfolgte die sexuelle Aufklärung beziehungsweise durch verschiedene Medien? Gab es Vorurteile im Bezug auf die Sexualität aufgrund von religiösen oder kulturellen Überzeugungen? Gab es im sozialen Umfeld Vorurteile oder Vorbehalte gegenüber zum Beispiel Sex vor der Ehe, Abtreibung oder gleichgeschlechtliche Partnerschaften? Gab es sexuelle Übergriffe, vor allem in der frühen Kindheit? Bei einigen Menschen beginnt die sexuelle Aufklärung so sehr frühzeitig. Nicht selten kommt es vor, das Mädchen oder Jungen im Kindergartenalter sich gegenseitig untersuchen. Es kommt immer darauf an, wie die menschliche Sexualität erklärt wird und wie sorgsam und natürlich darüber bei der Aufklärung gesprochen wird. Wird beispielsweise erklärt, dass Sexualität ein Teil einer respektvollen und dauerhaften Beziehung zwischen zwei Menschen ist, entwickelt sich daraus eine positive Einstellung. Wird sie jedoch tabuisiert und mystifiziert oder etwa als eine Sache dargestellt, über welche man nicht spricht und die man nur tut um Kinder zu bekommen, entwickelt sich häufig eine negative Einstellung der Sexualität gegenüber. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 29)

Berücksichtigt werden muss jedoch auch, das kulturell und sprachlich unterschiedliche Kontexte einen Einfluss darauf haben, wie die Sexualität ausgedrückt und auch wahrgenommen wird. Junge Menschen werden oft vor Gefahren durch Fremde gewarnt, auch Lehrer können Kinder nicht mehr berühren – tröstende Umarmungen, wenn ein Kind sich verletzt hat beispielsweise bleiben aus. Die Gründe für diese Vorsicht sind durchaus nachzuvollziehen und zu verstehen, jedoch besteht auch hier die Gefahr, dass sich eine Abneigung dagegen entwickelt, andere zu berühren, sich auf eine enge Beziehung einzulassen oder Berührungen und Nähe zuzulassen. Betrachtet man die Scheidungsrate, sehen betroffene Kinder ihre Eltern mit verschiedenen Partnern. Solche Kinder lassen sich als junge Erwachsene möglicherweise nur auf kurze Beziehungen ein, wo das Verhütungsmittel im Vordergrund steht und Nähe keine Rolle spielt.

Das Problem hierbei ist jedoch, dass diese Beziehungen ohne Achtung und Zärtlichkeiten dazu führen kann, dass die Betroffenen Sex irgendwann verabscheuen. Viele junge Menschen denken, dass ein erfülltes Sexualleben nur ihnen zusteht und sind entsetzt über die Vorstellung, dass auch ältere Menschen Sex haben. Sind junge Menschen jedoch über die Bedürfnisse der älteren Menschen aufgeklärt, kommen sie meist zu der Einsicht, dass das Alter auch seine Freuden hat, zwar anders als die Freuden der Jugend aber deshalb noch lange nicht geringer. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 29-30)

Sexuelle Ausbeutung ist der dunkle Teil der Sexualität. Zu diesem Teil gehören beispielsweise Inzest, unerlaubte Praktiken wie Pornografie, Pädophilie, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch oder auch sexuelle Sklaverei. In einigen Kulturen ist beispielsweise die Beschneidung von Mädchen immer noch üblich obwohl diese Praxis als Genitalverstümmelung des weiblichen Geschlechts zu verstehen ist. Im Laufe des Lebens entwickeln die meisten Menschen Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber diesen widerwärtigen Praktiken. Immer mehr Menschen trauen sich offen über sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit zu berichten. Viele Jahre sind solche Geschichten verschwiegen worden, die Täter nutzten oftmals ihre Vertrauensposition aus, um Inzest oder Pädophilie zu praktizieren. Bei den Tätern handelt es sich oftmals um Familienmitglieder, Freunde aber auch vertrauenswürdige Mitglieder aus Kirchengemeinden oder Jugendgruppen.

(vgl. Elaine Withe, 2013, S. 31-32)

Die Opfer werden vom Täter meistens angehalten dem Elternteil oder den Eltern nichts zu erzählen. Durch zunehmende Schuld- und Schamgefühle können sich im Laufe der Zeit dauerhafte psychische Schäden bei den Opfern entwickeln.

Eine Vergewaltigung, ist nicht nur ein gewalttätiger Übergriff sondern auch eine Entwürdigung des Körpers vom Opfer. Nicht nur junge Menschen werden zu Vergewaltigungsopfern, sondern auch vermehrt gebrechliche ältere Menschen, an Demenz erkrankte oder behinderte Menschen. Auch hier haben die Täter häufig eine Vertrauensposition. Bei den Opfern bleibt häufig das Gefühl von Abscheu, Ekel und Zerstörung zurück. Diese Opfer lehnen eine gesunde sexuelle Beziehung meist ab. Über ähnliche Gefühle, berichten aber auch Frauen, welche im zweiten Weltkrieg für Soldaten zur Prostitution gezwungen worden.

Natürlich trugen auch diese Frauen psychische Schäden davon. Kriegsberichte machten die Menschheit über die Jahre hinweg auf viele Fälle von sexueller Gewalt, Folter oder anderen Praktiken aufmerksam, die dazu dienen sollten andere Menschen zu erniedrigen. Sexuelle Folter wird oft eingesetzt um Macht und Kontrolle zu demonstrieren und um Kriegsgefangene und Bürger der vom Feind besetzten Länder, zu demütigen. Dieses Leid der Opfer, ist unvorstellbar und quält sie meist ein Leben lang. Die Einstellung gegenüber der eigenen Sexualität und der Sexualität vom Partner oder der zu betreuenden Person hängt von der eigenen Einstellung, Moralvorstellung und Verhaltensnorm ab, welche wiederum von den Erlebnissen und Erfahrungen bestimmt werden, die im Laufe des Lebens gemacht worden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 31-32)

Die Sexualität ist ein von der Geburt bis zum Tod andauerndes Grundbedürfnis des Menschen. Durch die Darstellung der einzelnen Facetten der Sexualität sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass sexuelle Wünsche und Bedürfnisse ein ganzes Leben lang andauern und für ältere Menschen, genauso wichtig sind wie für junge Menschen. Es kommt durchaus vor, dass Menschen mit Demenz Schwierigkeiten haben oder einfach vergessen, ihre Sexualität auf angemessene Weise zum Ausdruck zu bringen. Besonders betrifft dies die Bereiche Sinnlichkeit, Intimität und Identität. Sexualität vergeht nicht mit dem Eintreten der Krankheit Demenz, im Gegenteil, sie ist wichtiger denn je für Betroffene, da sie sich im Verlauf der Krankheit nur noch über Gefühle ausdrücken können, aufgrund des Verlustes ihres Sprachvermögens.

Die Wirkung einer Demenzerkrankung auf die Sexualität ist individuell, je nachdem welche Demenzerkrankung vorliegt oder in welchem Stadium sich der Betroffene befindet. Bei jeder erkrankten Person, entwickelt sich das sexuelle Interesse unterschiedlich, bei einigen Betroffenen verflachen die Gefühle und Gefühlsäußerungen, bei anderen bleibt das Interesse gleich oder wird noch gesteigert. Mit jedem Fortschreiten der Demenz, vor allem bei der frontotemporalen Demenz, wird das Einfühlungsvermögen beeinträchtigt. Die Betroffenen nehmen nur noch Bezug auf ihre eigenen Bedürfnisse und ignorieren die ihrer Mitmenschen oder die ihres Partners. Wie bereits beschrieben, gehen im Laufe der Erkrankung Angelerntes bezüglich des sozialen und moralischen Verhaltens verloren, was unangemessenes Verhalten, nicht nur im privaten Bereich sondern auch in der Öffentlichkeit zur Folge haben kann.

Beispiele hierfür sind, grobe Wörter, direkte Sprache, Annäherungsversuche oder das Berühren des eigenen Intimbereichs oder den anderer Personen. Das sogenannte Schamgefühl ist bei den Betroffenen stark vermindert oder nicht mehr vorhanden, dies wirkt sich auf das Sexualverhalten der betroffenen Person aus. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben, geht das Kurzzeitgedächtnis, also die Erinnerungen an die unmittelbar zurückliegenden Jahre zuerst verloren. (vgl. www.alzbb.ch / Sexualität und Demenz)

Betroffene leben zunehmend vermehrt in der Vergangenheit und nehmen sich selber oft als jung wahr. Sie fühlen sich als Jugendlicher oder junger Erwachsener. Teilweise erkennen sie ihren Partner nicht mehr und wissen auch nicht mehr, dass sie verheiratet sind. Nicht selten sogar erkennen die Betroffenen nicht einmal mehr ihr eigenes Spiegelbild, da sie, wie bereits erwähnt sich eher als junger Mann oder junge Frau fühlen. Da auch die zeitliche Orientierung bei einer Demenzerkrankung in Mitleidenschaft gezogen ist leben an Demenz erkrankte Menschen vor allem in der Gegenwart³⁴. Dies ist auch der Grund dafür, dass es nicht selten vorkommt, dass sich Betroffene neu verlieben und neue Beziehungen entstehen obwohl sie bereits in einer Beziehung oder verheiratet sind. Diese Tatsache, haben die Betroffenen schlichtweg vergessen. Dieses Verhalten ist für den gesunden Partner oft schwer nachzuvollziehen, verletzend und zu verstehen. (vgl. www.alzbb.ch / Sexualität und Demenz)

Wie bereits erwähnt beeinträchtigen die verschiedenen Demenzkrankheiten auch das Denken und die Wahrnehmung. Betroffene Menschen verstehen oft nicht mehr, warum ihnen beispielsweise bei der Intimpflege geholfen wird und können sich dadurch sexuell bedroht oder auch sexuell stimuliert fühlen. Bei einigen Demenzformen kann es aber auch zu Halluzinationen kommen, welche sich durch Anschuldigen, Ängste oder Eifersuchtsszenen äußern können. Enthemmungen kommen eher bei Menschen vor, welche an einer Frontotemporalen Demenz leiden, da hier die Selbstkontrolle vermindert ist. Sexualität ist ein Teil der Privatsphäre, doch bei Menschen mit Demenz tritt sie vermehrt offener hervor. (vgl. www.alzbb.ch / Sexualität und Demenz)

³⁴ Gegenwart meint hier, demenzkranke Menschen leben in dem, was sie unmittelbar wahrnehmen.

Die Schwierigkeit ist hier, das Recht der Demenzkranken auf Sexualität zu wahren aber gleichzeitig die Grenzen des Partners oder des zu Betreuenden zu respektieren und zu achten. Sexualität im Alter, ganz gleich ob mit oder ohne Demenz, sollte daher nicht tabuisiert werden. Es gilt vielmehr, diese wahrzunehmen und den Umgang mit ihr, vor allem bei Demenz, zu erlernen. Zuneigung, Beziehung, Nähe, Berührungen und Zärtlichkeit sind für Menschen mit Demenz besonders wichtig, da die Fähigkeit der sinnlichen Kommunikation über die Sprache hinaus erhalten bleibt. Eine rücksichtsvolle und respektvolle Beziehung, ermöglicht es noch vielen Paaren, Begegnungen zu pflegen, welche über Worte hinausgehen. Im Verlauf der Demenzerkrankung verändert sich jedoch die Beziehung der Paare. Zu der Rolle als Partner, kommt nun noch die Rolle des Betreuers beziehungsweise des Pflegers einer an demenzerkrankten Person hinzu. Diese Doppelrolle und die zusätzlichen Belastungen im Alltag, welche mit der Krankheit einhergehen, können durchaus negative Auswirkungen auf das eigene sexuelle Interesse oder das Interesse am erkrankten Partner haben. Sexualität kann das eigene Selbstwertgefühl und die Lebensqualität steigern. Gerade bei Menschen mit Demenz, trägt sie zudem auch zur Steigerung des Wohlbefindens bei. Im Verlauf der Demenzerkrankung verändert sich nicht nur der Alltag sondern auch die Partnerschaft des Paares. Partnern von betroffenen Personen, welche sich dieser Herausforderung bewusst stellen, gelingt es oft leichter ihre Beziehung zueinander lebendig zu halten. (vgl. [www. alzbb.ch](http://www.alzbb.ch) / Sexualität und Demenz)

Die auftretenden Wahrnehmungsstörungen verunsichern die an Demenz erkrankten Menschen sehr, deshalb klammern sie sich Halt suchend an ihren Partner oder ihre Partnerin. Im Verlauf der Krankheit wird der Betroffene immer abhängiger von seinem Partner, da er diesen für das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit braucht.

Ab einem gewissen Stadium der Demenz sehen viele Betroffene in ihrem Partner die einzige Bezugsperson. Sie lehnen alle anderen Menschen ab, obgleich es sich hier auch um Familienangehörige handelt. Der Partner muss 24 Stunden am Tag bei den Erkrankten sein. Will der Partner seinen eigenen Verpflichtungen nachkommen und verlässt beispielsweise aufgrund dessen die Wohnung, ist es nicht selten, dass der erkrankte Partner ständig anruft, wenn er dazu noch in der Lage ist, oder aggressives oder ängstliches Verhalten während der Abwesenheit des Partners zeigt.

Viele Demenzerkrankten Menschen weichen ihrem Partner nicht mehr von der Seite, sodass dieser beispielsweise nicht einmal alleine einen Toilettengang erledigen kann. Dieses ständige klammern kann bei dem gesunden Partner zu Frustration oder Aggression führen.

Die Sexualität tritt in solchen Pflegesituationen meist in den Hintergrund. Auf der einen Seite könnte sie zwar helfen ein Stück gemeinsame alte Partnerschaft zu erhalten, auf der anderen Seite kann es jedoch schwierig sein, gemeinsame Sexualität zu erleben, wenn die krankheitsbedingten Veränderungen die Beziehung stark beeinträchtigen und Anspannung und Belastung bei der Pflegeperson hinzukommen. Die Lust und Leidenschaft geht aufgrund der anstrengenden Lebens- beziehungsweise Pflegesituation oftmals verloren. Nicht nur bei den gesunden Partnern, sondern auch bei den Betroffenen selbst, kann das Interesse an Sex verloren gehen oder sexuelle Gewohnheiten aus der Partnerschaft werden unter dem Voranschreiten der Krankheit abgelegt. Viele Erkrankte sind oft zu sehr erschöpft von den alltäglichen Herausforderungen, dass sie aufgrund dessen kein Interesse mehr an Geschlechtsverkehr verspüren. Dennoch, selbst wenn der Akt an sich an Bedeutung verliert, der Wunsch nach körperlicher Nähe und Zuneigung bleibt bei den meisten Demenzerkrankten Menschen erhalten. Im Gegensatz dazu, können aber auch Menschen mit demenziellen Syndrom ein gesteigertes Interesse an Sexualität entwickeln. (vgl. proFamilia, 2016, S.12)

Dies kann sogar soweit gehen, dass die Betroffenen den sexuellen Akt bereits vergessen haben kaum dass dieser beendet ist und sie verlangen erneut danach. Manchmal können die Partner auf Zärtlichkeiten wie beispielsweise Streicheln ausweichen, dies kann aber auch missverstanden werden vom Erkrankten und das Gegenteil bewirken. Ausgedehnte Spaziergänge oder andere Aktivitäten können unter Umständen dem ausgeprägten Sexualtrieb entgegenwirken. (vgl. proFamilia, 2016, S. 13)

Andererseits kann aber auch der Wegfall der anerzogenen sexuellen Hemmungen ein freieres und abenteuerliches Sexualleben bringen. Menschen welche an einer Demenzerkrankung leiden, verstehen oft nicht, dass ihr Partner die sexuelle Handlung nicht möchte. Der Akt selbst oder aber die sexuelle Handlung wird nachdrücklich, in einigen Fällen auch mit Gewalt, eingefordert.

Für den Partner stellt dieses Verhalten eine in hohem Maße schwierige Situation dar. Meist versuchen die gesunden Partner diese hartnäckigen Forderungen empört zurückzuweisen oder diese zu ignorieren. Dieses Verhalten der Partner verschärft meist noch den bereits bestehenden Konflikt, denn Menschen mit Demenz können Zurückweisung missverstehen und nicht klar einordnen. Sie geraten dadurch in Panik, welche unter Umständen auch Aggressionen und Gewalt hervorrufen kann. Aus diesem Gefühlschaos finden Betroffene nur heraus, indem ihr Partner ein behutsames und verständnisvolles Verhalten ihnen entgegenbringt. In solchen Situationen sollte jedoch eines nicht vergessen werden, kein Partner, auch die eines erkrankten Menschen, müssen sexuelle Übergriffe akzeptieren oder aushalten. Angehörige die solchen Situationen ausgeliefert sind, sollten sich unbedingt direkte Hilfe, Unterstützung und Rat von außen holen, beispielsweise von Ärzten oder Selbsthilfegruppen. (vgl. Profamilia, 2016, S. 13)

12 Sexuelles Verhalten bei Demenz

Dieses Kapitel soll vor allem solche Schwierigkeiten beleuchten, mit welchen die primären Betreuer wie der Ehepartner oder Bezugspersonen wie Familienmitglieder oder Nachbarn, in der häuslichen Umgebung konfrontiert sind, wenn sie sich um die alltäglichen Belange des an Demenz erkrankten Menschen kümmern. Im Gegensatz zu früher ist die Sexualität fast schon ein alltägliches Thema. Sexuelle Störungen und sexuelle Verhaltensstörungen sind Begriffe, welche man oft in den Medien findet. Dies geschieht sogar auch dort wo man es nicht vermuten würde, nämlich im höheren Lebensalter und auch bei Männern und Frauen welche an Demenz leiden. Demenz erkrankte Menschen können sich im täglichen Umgang mit ihren Mitmenschen oft nicht mehr an den üblichen gesellschaftlichen Regeln orientieren und halten diese demzufolge auch immer weniger ein. (vgl. psychosoziale-gesundheit.net)

Dies gilt unter Umständen auch für das sexuelle Verhalten. Manche Betroffene äußern ihre sexuellen Wünsche sehr direkt, auch gegenüber Mitmenschen, welche nicht Partnerin oder Partner sind. Dieses sogenannte hemmungslose Verhalten begründet sich in der Schädigung der einzelnen Hirnregionen.

Das Gehirn ist das Kontrollzentrum für die menschlichen Gefühle und das menschliche Verhalten, und es ist verantwortlich für sexuelle Fantasien. Wenn das Gehirn durch eine Demenzerkrankung geschädigt wurde, können dadurch durchaus die Kontrollmechanismen für das sexuelle Verhalten versagen. Es kommt bei den Betroffenen häufig zu enthemmten und impulsiven Reaktionen im Bezug auf ihr sexuelles Handeln. Den Betroffenen fehlt jegliche Einsicht und Bewusstsein darüber, dass sie mit ihren Handlungen Grenzen überschreiten, Ihren Mitmenschen damit zu nahe treten oder ihnen sogar damit weh tun könnten. (vgl. Profamilia, 2016, S. 9)

Menschen, welche an einer Demenz erkrankt sind, haben bereits frühzeitig Schwierigkeiten, die Aussagen anderer zu erfassen und zu deuten, vor allem dann, wenn sich diese Aussagen auf die Zukunft beziehen. Ein Beispiel dafür, ist der einfach im Alltag oft gesagte Satz: „Zeit fürs Bett.“. Dieser kann von den betroffenen Menschen in einem völlig anderem Kontext aufgefasst werden, nämlich als Einladung zum Sex, obwohl der Partner einfach nur meint, dass es schon spät ist und er nun auch gerne schlafen gehen möchte. Sexuelle Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz ist ein Phänomen, welches man am liebsten verschweigt oder herab zuspielen versucht. Da es offenbar nicht selten vorkommt, ist es umso wichtiger dieses Thema anzusprechen auch wenn man sich damit schwer tut. Aufklärung findet man mittlerweile auch in vielen Informationsbroschüren zum Thema Demenz. Diese Informationen gehören nicht umsonst zu den grundlegenden Informationen einer entsprechenden Aufklärung.

Die Informationen dienen nicht zuletzt dem schwierigem Verständnis für Verhaltensweisen, welche man bei alten Menschen niemals für möglich gehalten hätte und schon gar nicht im hohen pflegebedürftigen Alter. Unangebrachtes sexuelles Verhalten und gesteigertes sexuelles Interesse wird unter dem Begriff Hypersexualität bei Demenz zusammengefasst. Dieses auffällige Verhalten manifestiert sich meist erst nach dem Auftreten kognitiver Einschränkungen und hat meistens nichts mit den vorher bestehenden sexuellen Vorlieben zu tun. (vgl. psychosoziale-gesundheit.net)

Auffälliges oder unangebrachtes Verhalten ist beispielsweise: zwanghaftes Onanieren sowohl privat als auch in der Öffentlichkeit, anzügliche Bemerkungen anfassen der Brüste oder anderer intimer Körperregionen oder das entblößen in der Öffentlichkeit.

Bei Menschen mit Demenz tritt die Sexualität häufig offener hervor und bleibt selten ein Teil der Privatsphäre. Jedes Paar hat seine eigene Lebens- und Liebesgeschichte und sein spezifisches sexuelles Miteinander. Bei dem Thema Sexualität fließen in besonderem Maße die eigenen Wünsche, Ängste, Moralvorstellungen und Abwehrreaktionen ein. Es ist sehr wichtig diese auch wahrzunehmen und den Umgang mit ihnen zu erlernen. Mit dem Wissen, dass sexuelle Veränderungen und schwierige Situationen auftreten können, kann man besser auf solche reagieren.

In solchen Situationen ist es hilfreich, eine gelassene Grundhaltung einzunehmen, Problemsituationen ruhig anzugehen und die veränderte Wahrnehmung des an demenzerkrankten Partners mit in Betracht zu ziehen. Demenzkranke Menschen verkennen oft die Realität, sie freuen sich über Zuwendung und eine wertschätzende Beziehung. (vgl. Erich Grond, 2011, S. 59)

Gerade in der häuslichen Pflege, welche meist von den Ehepartnern, Töchtern oder Schwiegertöchtern erbracht wird, werden die Pflegenden mit Situationen konfrontiert, welche für sie erschreckend oder auch irritierend sind. Es kommt durchaus vor, dass die Betroffenen beispielsweise die notwendige Intimpflege für eine sexuelle Annäherung halten und somit auch zu den Brüsten der pflegenden Person greifen. Auch ist es nicht selten, dass der Partner oder ein anderer Pflegend aufgefördert wird, das Geschlechtsteil des zu Pflegenden vermeintlich gründlicher und ausgiebiger zu waschen oder härter anzufassen. Eine weitere typische Situation ist auch den zu Pflegenden bei der ungenierten Selbstbefriedigung zu ertappen. Hauptsächlich pflegende Töchter, erschrecken darüber, den eigenen Vater als sexuelles Wesen zu erkennen, vor allem wenn das sexuelle agieren auf sie selber gerichtet ist. Aber auch Mütter, die anfangen sich zwischen den Beinen zu berühren erfahren Abscheu und Unverständnis. Leider erkennen die meisten Angehörigen nicht, dass beispielsweise das Masturbieren eine der letzten Möglichkeiten des körperlichen Lustgewinns ist. Andererseits kommunizieren demenzkranke Menschen, wie schon mehrfach erwähnt, stärker über Gefühle und Gesten als über die Sprache. (vgl. Erich Grond, 2011, S. 59)

Wenn sich also eine demenzkranke Frau zwischen die Beine greift, muss das nicht immer einen sexuellen Hintergrund haben, es kann auch sein, dass sie an einer Dranginkontinenz³⁵ leidet.

Während des Verlaufes einer Demenzerkrankung können die vorhandenen sexuellen Bedürfnisse so wie sie sind erhalten bleiben oder sich steigern. Auch wenn das Verlangen nach Geschlechtsverkehr schwindet, bleibt jedoch das Bedürfnis nach zärtlicher Berührung und Nähe. Die Fähigkeit der ganzkörperlichen Sinnlichkeit als nonverbales Signal bleibt bis zum Schluss erhalten. Hat ein Demenzerkrankter Mensch noch Interesse an körperlicher Sexualität und der gesunde Partner ist damit einverstanden, ist es meist das Umfeld, was Probleme mit der Intimität der beiden Partner hat. (vgl. Erich Grond, 2011, S. 59)

13 Beziehungen neu aufbauen und Lösungen finden

Dieser Abschnitt soll darstellen, mit welchen Problemen pflegende Angehörige in der Pflegesituation zu kämpfen haben. Weiterhin soll dieser Teil der Ausarbeitung auch aufzeigen, dass es für die meisten Probleme auch teilweise ganz einfache Lösungen gibt. Die primären Betreuer³⁶ sind es, welchen die ersten Veränderungen auffallen, lange bevor die Diagnose Demenz von einem Mediziner gestellt wurde. Zumeist beginnen diese Auffälligkeiten mit Zerstreuung, Vergesslichkeit oder der Betroffene verlegt Sachen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 62)

Wird er dann von seiner Bezugsperson darauf angesprochen wird, fallen Sätze wie beispielsweise „Das ist nun mal so im Alter.“ Ist dann die Diagnose Demenz unwiderruflich gestellt worden, sind beide, der kranke Mensch als auch der primäre Betreuer emotional sehr stark betroffen. Es gibt ganz unterschiedliche Reaktionen nach der Konfrontation mit der Diagnose Demenz, die einen sehen es als eine Krankheit wie jede andere und gehen ohne Vorurteile an diese heran.

³⁵ Die Dranginkontinenz ist eine Blasenspeicherungsstörung. Hierbei zieht sich der Blasenmuskel willentlich nicht zu beeinflussend bereits bei geringer Füllmenge der Blase zusammen. Durch den nicht zu unterdrückenden Harndrang kommt es unter Umständen zum unfreiwilligen Urinverlust.

³⁶ Primäre Betreuer sind alle Personen, welche sich um die Belange des kranken Menschen kümmern.

Andere wiederum empfinden diese Krankheit als ein Stigma und bringen sie mit Senilität in Verbindung. Ein vorurteilsbehafteter Umgang mit der Krankheit kann nachteilige Auswirkungen sowohl auf den Betroffenen als auch auf seinen Pflegenden haben. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 62)

Für ein Ehepaar hat die Diagnose Demenz weitreichende Folgen. Diese Diagnose beeinflusst das komplette Eheleben des Paares, da sie auch die intimen Bereiche des Paares betrifft. Der gesunde Partner wird vom Liebhaber zum Pflegenden und muss demzufolge auch zunehmend mehr Verantwortung für die tägliche Pflege des kranken Partners übernehmen. Für das Paar beginnt nun die Zeit sich mit Verlust und Trauer auseinander zu setzen. Mit Trauer ist in diesem Kontext die Trauer über die fortschreitende Krankheit und mit Verlust ist der Verlust der gemeinsam geplanten Zukunft gemeint. Die Demenz ist eine fortschreitende Krankheit, welche keine Aussicht auf Heilung hat. Bei einzelnen Demenztypen, kann zu Beginn der Krankheit eine medikamentöse Behandlung ein schleichendes beziehungsweise verlangsamtes Fortschreiten der Krankheit bewirken aber aufzuhalten ist diese Krankheit nicht. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 62)

Anfänglich verursacht das Vergessen Probleme bei den alltäglichen vertrauten Aufgaben. In dieser Anfangsphase kann der gesunde Partner diese Ausfälle noch leicht ausgleichen indem er bei den täglichen Verrichtungen wie beispielsweise Essen zubereiten, Anziehen, Körperpflege ein wenig Unterstützung gibt. Im weiteren Verlauf der Krankheit ist der demenzkranke Mensch jedoch auf zunehmend mehr Hilfe und Unterstützung angewiesen, bis letztendlich die vollständige Übernahme dieser alltäglichen Aufgaben notwendig wird. Begründen lässt sich dies mit denen in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Auswirkungen der Demenz.

Menschen mit dem demenziellen Syndrom haben zunehmend mehr Schwierigkeiten mit der räumlichen und der zeitlichen Orientierung und finden sich später selbst in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung nicht mehr zurecht. Sie wiederholen vermehrt ihre Handlungen und Äußerungen und haben Probleme damit, auch nur die einfachsten Worte zu finden, da sie ihre Gedanken nicht mehr verbal aussprechen können. Aufgrund dessen sind sie auch nicht mehr in der Lage ihre eigenen Bedürfnisse für den Partner verständlich auszudrücken, was diesen aber auch den Betroffenen selber wiederum stark frustriert.

Die primären Betreuer, welche anfänglich nur Hilfestellungen, Motivation und Anleitung gegeben haben werden zunehmend zu Vollzeitbetreuern welche die gesamte Woche und das 24 Stunden am Tag zur Verfügung stehen müssen. In dieser Situation ist es schwierig jedoch umso wichtiger mit den Betroffenen weiter in Kontakt zu bleiben. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 63)

Es ist wichtig für die gesamte Paarbeziehung, dass der gesunde Partner Geduld aufbringt, auch wenn es sehr schwer in manchen Situationen fällt oder der Humor ein ständiger Begleiter in dieser Lebenssituation ist. Der Betroffene sollte jedoch nicht das Gefühl bekommen, dass über ihn gelacht wird, sondern vielmehr ist es wichtig miteinander zu lachen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist es, sich bewusst zu machen, dass die Persönlichkeitsveränderung und die Einschränkung beziehungsweise der Verlust von Fähigkeiten eine Auswirkung der fortschreitenden Krankheit ist. War die Beziehung des Paares vor Ausbruch der Krankheit innig und liebevoll ist es umso wichtiger, dass dies Aufrecht erhalten bleibt. Dies ist nicht nur für den Betroffenen von Vorteil sondern es steigert auch die Lebensqualität des gesunden Partners. Gerade wenn das Gedächtnis verloren geht, ist die vertraute Nähe eine wichtige Brücke in die Vergangenheit. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 63)

Auf welche Weise diese Nähe zum Ausdruck gebracht wird, kann sich verändern und muss unter Umständen neu ausgehandelt und definiert werden. So kann bereits, sich umarmen, küssen oder sich körperlich nahe sein, eine Wohltat und ein intimer Genuss für beide Partner sein, da Geschlechtsverkehr im späten Stadium der Demenz nicht mehr möglich oder erwünscht ist. Die in der Anfangsphase entwickelte neue Ausdrucksform der Intimität kann mit dem Fortschreiten der Krankheit oft noch eine ganze Zeit fortgesetzt werden.

Primäre Betreuer, welche ihre Angehörigen 24 Stunden täglich pflegen, geraten oft selber an ihre emotionalen und körperlichen Grenzen. Es ist wichtig, dass sich die pflegenden Angehörigen Hilfe und Unterstützung von außen holen, beispielsweise durch Pflegedienste, Tagespflegen oder niedrighschwellige Entlastungsangebote. Die primären Betreuer sollten sich regelmäßig eine Auszeit von der schweren Arbeit der täglichen Pflege gönnen, denn nur so sind sie in der Lage diese auch bis zum Endstadium der Krankheit fortzuführen.

Nicht allein die Pflege des kranken Menschen sondern auch sämtliche familiäre und finanzielle Angelegenheiten lasten auf den Schultern der pflegenden Angehörigen. Wo sich vor der Krankheit beide Partner die Arbeit bei der Erledigung dieser Angelegenheiten teilten, kann nun nur noch der gesunde Partner dafür Sorge tragen, dass alles geregelt ist. Nicht selten sind Angehörige hierbei auf sich allein gestellt, da sich das soziale Umfeld zunehmender zurückzieht. Gründe hierfür können sein, dass mangelnde Verständnis für die Krankheit aber auch die Angst vor der Krankheit. In vielen Fällen wissen nahe Angehörige, Freunde oder Nachbarn nicht wie sie mit dem Betroffenen selbst oder mit dessen Partner umgehen sollen und ziehen sich deshalb immer mehr zurück. Soziale Isolation kann hier die Folge sein. Die pflegenden Angehörigen stellen ihre eigene Gesundheit und ihr eigenes körperliches und seelisches Wohlbefinden oftmals in den Hintergrund. Aus diesem für Grund sind diese kleinen Auszeiten von größter Bedeutung um neue Kraft und Stärke zu erhalten und um soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Selbsthilfegruppen können beispielsweise pflegende Angehörige sehr hilfreich sein, zum einen können sie dort soziale Kontakte pflegen und zum anderen können sie auch ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit der Demenz verbessern oder sich über bestimmte Verhaltensmuster mit anderen Betroffenen austauschen. Die primären Betreuer wurden für diese Rolle nicht ausgebildet, sondern wurden vielmehr aufgrund der diagnostizierten Krankheit in diese Rolle gedrängt. Sie benötigen Zeit, sich daran zu gewöhnen und müssen Fragen ohne Angst stellen dürfen damit sie die Antwort erhalten, welche sie brauchen um ihre Rolle erträglicher zu machen. Gerade die Fragen nach sexuellem Verhalten können in solchen Selbsthilfegruppen zum Nutzen aller Anwesenden diskutiert werden. Für die Betroffenen Angehörigen, kann es ein schönes und beruhigendes Gefühl sein zu wissen, dass andere auch die gleichen Probleme und Sorgen haben wie sie selber. Für Paare, welche in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung leben, ist es oft nicht einfach einer Selbsthilfegruppe beizutreten in der sie sich den anderen Mitglieder gegenüber offenbaren müssen. Viele der Betroffenen haben ihre gleichgeschlechtliche Beziehung lange Zeit geheim gehalten oder Ausreden für ihr Zusammenleben gefunden wie beispielsweise, dass sie nur Freunde wären und aus finanziellen Gründen zusammenwohnen würden. Um sich über Gefühle austauschen zu können oder optimal informiert zu werden ist es wichtig, dass die Menschen die in solch einer Situation leben sich outen.

Gerade wenn der pflegende Angehörige, ein sehr verletzlicher Mensch ist, kann ihn das outen sehr belasten und negative Gefühle hervorbringen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 64-65)

Diese Gefühle werden sich wahrscheinlich legen, wenn die lesbische oder sie schwule Person erfährt, dass das Ziel so einer Selbsthilfegruppe darauf ausgerichtet ist einen Rahmen und eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in welcher offen über Probleme gesprochen und diskutiert werden kann. Schwierig wird eine Pflegesituation meist erst dann, wenn eine deutliche Veränderung des Verhaltens, aufgrund der fortschreitenden Demenz, festgestellt wird. Gestörter Schlafrhythmus, nächtliches Umherwandern, Verlust von Hemmungen oder sexuell unangemessenes Verhalten gehören nun zum Alltag, aber auch hier gibt es verschiedene Möglichkeiten diesen Problemen zu begegnen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 65)

Ursachen für eine Schlafstörung kann beispielsweise ein ständiger Harndrang sein. Hierbei wacht der Betroffene mehrmals in der Nacht auf um seine Blase zu entleeren. Ist er dann einmal wach, findet er meist nicht mehr in sein Bett zurück und wandert unruhig in der Wohnung umher. Diese Unsicherheit schlägt dann zumeist in Angst bei dem kranken Menschen um und dadurch wird er dann hellwach. Für pflegende Angehörige ist dies eine schwierige Situation, da diese dann auch wach werden. Der an Demenz erkrankte Mensch wird von seinem Partner wieder ins Bett gebracht und anschließend haben beide meist Schwierigkeiten wieder einzuschlafen. Im Folgenden wird ein Beispiel für eine solche Situation dargestellt. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 66)

Herr X wird aufgrund des ständigen Harndrangs immer wieder aus seinen Schlaf gerissen. Das Einschlafen nach dem Wasser lassen fiel ihm immer sehr schwer. Auch seine Frau wurde aufgrund der Situation vom Schlafen abgehalten.

Durch die Nähe seiner Frau wurde Herr X, bei jedem erneuten aufstehen, sexuell erregt. Es blieb folglich nicht aus, dass die bereits erschöpfte Frau jede Nacht Ziel der leidenschaftlichen Annäherungsversuche ihres Mannes wurde. In früheren Zeiten hatten beide immer ein lustvolles Vorspiel genossen, dies hatte Herr X allerdings vergessen. Die grobe Behandlung und die sich immer wiederholenden sexuellen Forderungen, dadurch bedingt, dass er die vorherigen vergessen hatte, machten die Situation für seine müde Frau schwer erträglich.

Diese Art von ständig wiederkehrendem Verhalten, machte die einst so liebevolle Beziehung unerträglich und belastete sie sehr. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 66)

Es war sehr schwer für die Frau, auf der einen Seite die Geliebte zu sein und auf der anderen Seite aber auch verantwortlich für dessen Intimpflege zu sein. Hinzu kam noch, dass Herr X sich nicht daran erinnern konnte, dass sie früher immer liebevoll und zärtlich miteinander umgegangen sind. Der Drang nach ständigem Wasserlassen ist keine Begleiterscheinung von einer Demenz, sondern eher ein häufiges Problem bei älteren Menschen. Im Fall von Herrn X war seine vergrößerte Prostata die Ursache, welche später von einem Neurologen behandelt wurde. Nachdem dieses Problem behandelt wurde, konnte Herr X die ganze Nacht durchschlafen, zur großen Erleichterung für seine Frau. Die Ehefrau war mutig gewesen und hat das Problem bei einem Arzt angesprochen und konnte so Hilfe und Erleichterung finden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 67)

Bei Männern mit Demenz kommt es häufig zu einer sexuellen Erregung während des Wechsels des Inkontinenzmaterials. Diese unerwartete sexuelle Reaktion bringt oft Verwirrung bei den primären Betreuern oder anderem Pflegepersonal. Das Pflegepersonal welches sich um den Betroffenen kümmert reagiert darauf oftmals schockiert und die pflegenden Angehörigen reagieren zumeist peinlich berührt und frustriert auf eine solche Situation. Diese unerwünschten und auch unerwarteten sexuellen Annäherungsversuche oder Bemerkungen in solch einer Situation lassen sich ganz einfach erklären. Wenn sich eine Frau während ihrer pflegerischen Tätigkeit auch mit dem männlichen Genitalien beschäftigt, kann dies eine sexuelle Reaktion auslösen und Männer, deren kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind, sind nicht mehr in der Lage, die Realität beziehungsweise die Bedeutung dieser pflegerischen Maßnahme richtig einzuschätzen.

Aus diesem Grund kann solch eine sexuelle Reaktion ausgelöst werden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 67)

Primäre Betreuer sollten deshalb wissen, dass durch eine genaue Einschätzung der Harninkontinenz solche ungewollten Situationen vermieden werden können. Erfolgreiche Kontinenzprogramme machen die Verwendung von Inkontinenzmaterial überflüssig und somit kann auch dieser Auslöser der sexuellen Erregung beseitigt werden.

Eine Verstopfung wiederum kann ein Beispiel für auftretendes aggressives Verhalten sein, welches auch für die pflegenden Angehörigen oder andere Pflegekräfte schwer erträglich sein kann. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 68)

Ein Zusammenhang zwischen der Verstopfung und dem aggressiven Verhalten wird leider nur selten in Betracht gezogen von den primären Betreuern in Betracht gezogen. Im zunehmenden Alter verliert die Muskulatur einen Teil ihrer Kontraktionsfähigkeit, besonders betroffen ist der Muskel im Darm. Besagter Muskel arbeitet ähnlich wie eine Raupe, er richtet sich erst auf und schiebt sich dann nach vorn. Durch diese Bewegungen wird der Kot weitertransportiert und bei passender Gelegenheit ausgeschieden. Aufgrund des Alterungsprozesses wird der Kot jedoch langsamer transportiert, was dazu führen kann, dass dieser im oberen Dickdarm stecken bleibt. Die Betroffenen fühlen sich meist unwohl, haben Schmerzen und werden unruhig. Diese Unruhe kann sich später in aggressives Verhalten umwandeln. Dieser steckengebliebene Kot kann eine mögliche Ursache für Stulinkontinenz sein. Unregelmäßigkeiten, versucht unser Körper meist auszugleichen. Der menschliche Körper produziert dann eine rt Flüssigkeit, welche als Schmiermittel fungieren soll um den feststeckenden Kot weiterzutransportieren. Diese Flüssigkeit nimmt schließlich die Farbe des Kots an und sickert über den Darmausgang nach außen. Dieser Vorgang wird fälschlicherweise oft mit Durchfall verwechselt. Diese vermeintliche Stuhlinkontinenz wird meist mit Inkoninenzmaterial aufgefangen. Auch hier kann es beim Wechsel dieser Einlagen zu unerwünschten sexuellen Erregungen kommen. Hier wäre die einfache Lösung, eine Verstopfung zu vermeiden und somit haben auch das aggressive Verhalten und die unerwünschte sexuelle Reaktion ein Ende. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 68)

Ein weiteres Praxisbeispiel soll aufzeigen, was ein primärer Betreuer aushalten muss, wenn ein Mensch mit Demenz emotional unberechenbares Verhalten und die Abnahme der sozialen Kompetenz zeigt.

Frau X leidet seit zwei Jahren an der Alzheimer-Krankheit und wird von ihrem Ehemann zu Hause gepflegt. Ihre Probleme sind Eifersucht und Paranoia. Frau X bekam täglich Besuch von Mitarbeitern eines Pflegedienstes die ihr bei der Körperpflege halfen um ihren Mann zu entlasten.

Frau X beschuldigte die jungen Pflegekraft und ihren Mann wiederholt heimlich eine Affäre zu haben, was den beiden sichtlich peinlich und unangenehm war. Da ihre Gedanken mittlerweile paranoide Züge annahm, gab sie immer wieder Äußerungen wie „Ich höre was ihr sagt, euer Gekicher, ich weiß das ihr Sex habt, wenn ich mich umdrehe.“ Ihr Ehemann konnte sie durch keine Argumentation vom Gegenteil überzeugen. Die Beschuldigungen hörten immer nur dann auf, wenn ein männlicher Pfleger vorbeikam und die Pflege an Frau X verrichtete. Der Pflegedienst konnte es aber nicht ermöglichen immer nur Pfleger zu Frau X zu schicken und sobald eine weibliche Pflegekraft in ihre Wohnung kam, kam die Eifersucht wieder auf. Für den Ehemann stellte diese Eifersucht ein großes Problem dar. Er war auf die Hilfe von außen angewiesen, wusste aber nicht wie er mit diesen wiederkehrenden Situationen umgehen sollte. Für das Ehepaar war Eifersucht nichts Neues, schon früher hatte Frau X ihren Mann bei geselligen Runden nicht aus den Augen gelassen. Der Ehemann bestätigte, dass es in ihrer Beziehung immer wieder zu Streit kam wenn eine andere Frau ihm Aufmerksamkeit schenkte. Durch die Alzheimer-Krankheit verstärkte sich dieses Verhalten von Frau X zusehend, was ihren Mann langsam resignieren ließ. Das Problem mit der Eifersucht konnte zur großen Zufriedenheit von dem Ehemann dennoch gelöst werden. Die Leiterin des Pflegedienstes arrangierte ein Treffen zwischen dem Ehemann, der weiblichen Pflegekraft und einer Pflegeberaterin. Die Pflegerin sollte in die Lösung mit involviert werden, um ihr nicht das Gefühl zu geben schlecht behandelt zu werden. Es wurden folgende Strategien erarbeitet. Die Pflegekraft sollte möglichst wenig Aufsehen erregen und von dem Ehemann auch nicht mehr begrüßt werden, sondern selbstständig in die Wohnung kommen um dort ihre Arbeit gut zu erledigen und möglichst wenig Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Sollten Gespräche stattfinden, so sollte dies nur in Anwesenheit von Frau X geschehen. Es sollten keine Gespräche in einem anderen Raum stattfinden und alle Veränderungen in der Pflege, welche nicht in Frau X Gegenwart besprochen wurden sollten in Zukunft nur noch telefonisch mit der Leiterin des Pflegedienstes abgesprochen werden. Die weibliche Pflegekraft sollte nach getaner Arbeit die Wohnung diskret wieder verlassen ohne dass der Ehemann sich bei ihr verabschiedet oder sich bei ihr für die geleistete Arbeit bedankt. Diese Lösungsstrategien hatten zur Folge, dass Frau X sich beruhigte und sich ihr Misstrauen gegenüber der weiblichen Pflegekraft und ihrem Ehemann legte.

Der Ehemann war sehr zufrieden mit dieser Lösung, da auch seine Kräfte immer mehr abnahmen und er dringend auf die Hilfe des Pflegedienstes angewiesen war. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 69-70)

Pflegende Angehörige, welche sich neben den ganzen pflegerischen Aufgaben auch noch um den Haushalt kümmern und familiäre Kontakte aufrechterhalten, sind um ein weites mehr belastet. Unerwartet auftretende Schwierigkeiten, wie im vorangegangenen Beispiel dargestellt, führen oft zu Überforderung. Im Laufe des Prozesses der Demenz treten oft typische charakteristische Eigenschaften deutlicher hervor. Die Betreuung und Pflege von an Demenz erkrankten Angehörigen fordert von den Pflegenden einen enormen emotionalen Tribut. Ständig sind sie mit Verlust und Trauer konfrontiert, da sie miterleben, wie sich der Zustand des geliebten Menschen kontinuierlich verschlechtert und die frühere Persönlichkeit immer mehr schwindet. Auch die Rolle der Kinder verändert sich, Töchter und Söhne werden zu Eltern und legen ihr eigenes Leben oft beiseite. Dies liegt in den vielfältigen Anforderungen der Pflege und Betreuung, welche ihnen Zeit und Energie für die eigene Familie rauben, begründet. Das nun folgende Praxisbeispiel soll diese Situation verdeutlichen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 71)

Bei Frau X wurde vor zwei Jahren die Diagnose vaskuläre Demenz gestellt. Zu einem späteren Zeitpunkt vermutete man, dass sie nicht nur an dieser Demenz litt sondern ebenfalls noch an der Alzheimer-Krankheit. Bei ihr waren deutliche Verschlechterungen des sozialen Verhaltens und der sprachlichen Fähigkeiten zu verzeichnen. Weiterhin war sie unfähig sich an Wörter, Namen von Personen oder Gegenständen zu erinnern. Sie zeigte vermehrt sozial anstößiges Verhalten.

Der Gesundheitszustand von Frau X und ihre Funktionsfähigkeit im Alltag hatten sich enorm verschlechtert. Frau X zog nach dem Tod ihres Mannes zu ihrer Tochter und deren Mann. Frau X und ihre Tochter standen sich immer sehr nahe, doch mittlerweile ist die Tochter zunehmend frustriert über das Verhalten von Frau X. Immer wieder zog sich Frau X aus und spazierte nackt durch Haus und Garten. Dies tat sie auch in Gegenwart von ihrem Schwiegersohn, welchem dieses Verhalten sehr unangenehm war und auch vor den Augen der Nachbarn oder den Enkelkindern wenn diese zu Besuch kamen. Dieses sozial anstößige Verhalten war für alle Beteiligten ein sehr großes Problem.

Dieses Verhalten von Frau X verursachte zudem vermehrt Spannungen auch zwischen den Eheleuten, vor allem dann, wenn sich die Enkelkinder über ihre nackte Oma beschwerten. Die Tochter von Frau X suchte sich Hilfe in einer Selbsthilfegruppe und Rat bei einer Pflegeberaterin. Dadurch erfuhr die Tochter, dass bei Frau X wahrscheinlich das sich im Hypothalamus liegende Temperaturempfinden, durch die Demenz gestört sein könnte und sie sich deshalb entkleidete, weil es ihr schlichtweg zu warm ist. Die pflegende Tochter lies aufgrund dessen die Klimaanlage Tag und Nacht in Betrieb. Trotzdem, zog sich Frau X weiterhin aus. Letztendlich löste ein Poncho aus Seide das Problem, welcher immer griffbereit da lag und Frau X umgelegt wurde wenn sie wieder nackt war. Es war unwichtig, dass sie darunter keine Unterwäsche trug. Der Sinn der dahinter stand war der, dass das Schamgefühl von Frau X gestärkt werden sollte, was mit der Hilfe des Poncho auch gelang. Frau X mochte das seidige Gefühl auf der Haut und trug somit den Poncho sehr gern. Ein Kaftan aus Seide wurde ebenfalls angeschafft, welchen Frau X trug, wenn sie das Haus verließ. Frau X wurde von ihrer Tochter angekleidet, da sie aufgrund der Demenz nicht mehr in der Lage war, die Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge anzuziehen. Beim weiteren Nachdenken über die Situation fiel der Tochter ein, dass weder ihre Mutter noch ihr Vater im Bett Nachtwäsche trugen, der Grund hierfür war, vermutete die Tochter, weil in den ersten Ehejahren ihrer Eltern im Krieg in Polen die Kleidung rationiert wurde. Die Tochter verstand allmählich, dass sich diese alten Gewohnheiten tief in das Gedächtnis ihrer Mutter eingegraben hatten. Bedingt durch diese Erkenntnis, ließ sie ihre Mutter nackt schlafen und kaufte ihr einen Morgenmantel aus Satin, welchen diese nach dem Aufstehen anziehen konnte.

Auch hier hatte das Ausziehen ein Ende, da sich Frau X sehr wohl in dem Kleidungsstück aus Satin fühlte. Die Tochter von Frau X und deren Familie profitierten sehr von dem Austausch in der Selbsthilfegruppe und den Lösungsvorschlägen der Pflegeberaterin. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 71-73)

Wie bereits erwähnt, können Selbsthilfegruppen für primäre Betreuer eine große Bereicherung sein. Es ist eine sehr schwere Aufgabe Menschen mit Demenz in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen. Oftmals sind die pflegenden Angehörigen sehr empört und auch frustriert über ihre Situation, vor allem dann, wenn sie nicht mehr verstehen können was die Betroffenen sagen oder wenn diese immer ein und dieselbe Frage oder Äußerung ständig wiederholen.

Dieses Verhalten der Betroffenen kann sehr lästig sein. In den meisten Fällen ist es jedoch das unangemessene sexuelle Verhalten oder die Harn- beziehungsweise Stuhlinkontinenz welche die primären Betreuer verzagen lässt. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig sich Hilfe zu holen wenn solche Situationen oder Problemlagen auftreten. Wie bereits erwähnt ist es von großer Bedeutung zu erkennen, dass die verschiedenen Inkontinenzen keine normalen Begleiterscheinungen einer Demenz sind, sondern diese Probleme meist erst auftreten, wenn in späteren Stadien palliative Maßnahmen Anwendung finden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 73)

Sind pflegende Angehörige von der Pflegesituation überfordert, tun sie sich dennoch oft schwer Hilfe von außen anzunehmen oder über einen Umzug in ein Pflegeheim nachzudenken. Viele der pflegenden Angehörigen schämen sich für die Situation in welcher sie sich befinden oder wollen ihren Partner nach der Zeit des jahrelangen Zusammenlebens nicht in fremde Hände geben. Letzteres Empfinden kann durchaus nachvollzogen werden, dennoch ist es wichtig das ein pflegender Angehöriger auch an sich und sein Wohlbefinden denkt. Auch wenn Hilfe von außen in Anspruch genommen wird kann, ganz gleich ob zur Unterstützung in der Häuslichkeit oder aber in einem Pflegeheim oder einer Demenz WG, kann sich der Angehörige weiterhin um seinen Partner kümmern. Mit dieser Unterstützung hat er nun die Möglichkeit die Beziehung ganz entspannt und liebevolle fortzusetzen.

14 Umgang mit ethischen Dilemmas

Dieser Abschnitt soll das Bewusstsein für ethische Dilemmas schärfen, welches häufig mit falschen Vorstellungen und Vorurteilen behaftet ist im Bezug auf das Recht auf Sexualität bei Menschen mit Demenz. Weiterhin soll es Probleme aufzeigen mit denen Pflegekräfte konfrontiert werden in ihrer täglichen Arbeit.

Wenn sich in Pflegeeinrichtungen neue Beziehungen anbahnen entstehen meist ethische Fragen. Pflegekräfte werden meist aufmerksam, wenn sich zwischen einem nicht an Demenz erkrankten Bewohner und einer an Demenz erkrankten Bewohnerin eine neue Beziehung entwickelt, auch dann wenn beide Betroffene bereits verwitwet sind. Dies ist der Anlass für falsche Verdächtigung aber auch Vorurteile meist gegenüber dem männlichen Betroffenen.

Pflegekräfte meinen oft, dass die kranke Frau geschützt werden müssen und unterstellen somit dem männlichen Partner, er würde das eingeschränkte Urteilsvermögen und Entscheidungsvermögen der an Demenz erkrankten Frau für seine Zwecke ausnutzen. Nicht nur professionelle Pflegekräfte, sondern auch pflegende Angehörige haben oft solche Ansichten. Dies betrifft in den meisten Fällen solche Angehörige, die Söhne oder Töchter sind. Sie sind gegen neue Beziehungen, weil sie ihre Mütter oder Väter nicht für Entscheidungsfähig halten in einer neuen Beziehung, aufgrund der Demenzerkrankung. Vor allem bei kranken Müttern wird oftmals gefordert, dass die neue Beziehung unterbunden wird, weil befürchtet wird, dass Druck auf die kranke Frau ausgeübt worden sei. Dieses Verhalten führt zu einem ethischen Dilemma, denn die Forderung nach dem Unterbinden der sich neu aufbauenden Beziehung hat zur Folge, dass die Wünsche des an Demenzerkrankten Menschen vollkommen ignoriert werden. Besonders trifft dies zu, wenn der kranke Mensch durch sein Verhalten, wie beispielsweise sich entkleiden oder sich zu einem anderen Mitbewohner ins Bett legen, seine Zustimmung zum Ausdruck bringt. Es stellt sich natürlich die Frage, ob Menschen mit Demenz überhaupt in der Lage sind in solchen Fällen eine Entscheidung zu treffen. Um eine konkrete Entscheidung zu treffen oder sexuell aktiv zu sein, muss eine Person Einsichts- aber auch Urteilsvermögen besitzen und fähig sein, Konsequenzen des eigenen Handelns einzuschätzen. Die Zweifel an dieser Fähigkeit bei Menschen mit Demenz führen häufig dazu, dass professionelle Pflegekräfte aber auch pflegende Angehörige sich über das Selbstbestimmungsrecht der kranken Menschen hinwegsetzen. Diese vermeintlich einvernehmliche sexuelle Handlung bereitet ihnen Angst und Unbehagen. Pflegeeinrichtungen setzen in den meisten Fällen lieber auf Schutz und Kontrolle anstatt auf vernünftige Lösungen, aus Angst vor Vorwürfen seitens der Familie des Betroffenen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 88-89)

Folgende Fragen sollten unter Berücksichtigung der eben erwähnten Problematik in solchen Situationen gestellt werden: In welchem Umfang dürfen Pflegekräfte über eine Beziehung von Heimbewohnern entscheiden? Gibt es anderen Menschen das Recht Verhaltensnormen aufzustellen, auch wenn nicht gegen Gesetze verstoßen wird? Und wer entscheidet dies und wie wird entschieden?. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 89)

Geistige Fähigkeiten und Kompetenzen sind bei der Entscheidungsfindung durchaus wichtig und auch notwendig. Jedoch sollten nicht nur diese Faktoren über das Leben oder eine Beziehung des Menschen mit Demenz bestimmen. Es ist erwiesen, dass beispielsweise Menschen die an der Alzheimer-Krankheit leiden trotz ihrer starken kognitiven Einschränkungen zumeist noch über eine aufgabenspezifische Kompetenz verfügen. Nicht selten kommt es vor, dass ein Betroffener bei einem kurzen Test zu seinen geistigen Fähigkeiten schlecht abschneidet, jedoch seine Vorliebe für einen bestimmten Menschen oder auch Liebhabern durchaus zum Ausdruck bringen kann. Wenn eine Person also einige aber nicht alle Entscheidungen treffen kann, hat diese Person dann nicht das Recht, so viele Entscheidungen noch zu treffen wie es ihr möglich ist? Nicht allein die Tatsache, dass eine Person krank ist reicht aus, ihr die Entscheidungsfähigkeit abzuerkennen. Auch im fortgeschrittenen Stadium der Demenz haben Betroffene noch Phasen der Klarheit und besitzen somit auch noch die Fähigkeit bestimmte Entscheidungen für sich selber zu treffen. Die Entscheidungen über sexuelle Beziehungen können durchaus auch dann bestehen bleiben, wenn die Betroffenen auf einen Stellvertreter angewiesen sind, wenn es um bestimmte medizinischen Behandlungen geht. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 89-90)

Wenn Familienmitglieder oder professionelle Pflegekräfte mit dem Begriff entscheidungsspezifische Befähigung ein Problem haben, sollte eine Bewertung durch einen Experten erfolgen. Dieser kann dann unter Umständen feststellen, dass der Betroffene über einige Dinge noch selber entscheiden kann und wiederum über andere Dinge nicht und für diese einen Stellvertreter bräuchte. Besagter Experte müsste also prüfen, ob der Mensch mit Demenz mit Blick auf eine bestimmte Entscheidung in der Lage ist, relevante Fakten zu verstehen, Wahlmöglichkeiten wahrzunehmen, Konsequenzen der Entscheidung einzuschätzen, zu verstehen beziehungsweise wie sich diese auswirken oder seine Entscheidung zu kommunizieren. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 90)

Sollte dieser Experte feststellen, dass der Betroffene nicht in der Lage ist bestimmte Entscheidungen selbstständig zu treffen, gibt es die Möglichkeit über das Vormundschaftsgericht einen gerichtlichen Betreuer zu bestellen. Diese Lösung sollte jedoch ein letzter Ausweg sein und nur zur Anwendung kommen, wenn andere Bemühungen, den Betroffenen bei seinen Entscheidungen zu unterstützen, fruchtlos bleiben. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 90)

Das nachfolgende Praxisbeispiel soll ein ethisches Dilemma darstellen, welches im Zusammenhang mit einer entscheidungsspezifischen implizierten Zustimmung auftreten kann.

Frau X leidet seit drei Jahren an der Alzheimer-Krankheit und zog nach dem Tod ihres Mannes in ein Pflegeheim. Sie zeigt unangemessenes Verhalten. Frau X strebt eine Beziehung zu einem anderen Heimbewohner an. Sie genoss dessen Aufmerksamkeit und Gesellschaft und hatte auch Sex mit ihm. Ihrer Tochter und den Pflegekräften bereitete dieses Verhalten Sorgen, weil sie annahmen, dass sie Frau X aufgrund ihres mangelnden Entscheidungs- und Urteilsvermögens beschützen müssten. Frau X war noch sehr jung als sie heiratet und in den 50er Jahren wanderte das Ehepaar in ein anderes Land aus. Die beiden hatten zwei Kinder miteinander. Die Tochter besucht ihre Mutter regelmäßig in der Pflegeeinrichtung. Als die Tochter erfuhr, dass ihre Mutter eine sexuelle Beziehung zu Herrn Y hatte, war sie sehr empört darüber. Die Pflegekräfte der Einrichtung berichteten der Tochter immer wieder, dass ihre Mutter ständig die Gesellschaft und Nähe zu Herrn Y suchte. Auch hatten sie bereits mehrfach beobachtet, dass Frau X an die Zimmertür von Herrn Y klopfte, sich dann auszog und mit ihm ins Bett ging. Die Tochter hielt ihre Mutter für nicht fähig, eine neue Beziehung einzugehen, obwohl das Verhalten von Frau X, nämlich das entkleiden, eindeutig als Zustimmung zu werten war. Die Tochter befürchtete, dass ihre Mutter aufgrund der Demenz der Willkür von Herrn Y ausgeliefert war und zweifelte an seinen ehrlichen Absichten. Weiterhin war die Tochter der Meinung, dass dieses Verhalten, seitens der Mutter, nicht ihrem Charakter entspreche noch zu ihrem früheren sexuellen Verhalten passen würde. Frau X Tochter bestand darauf, diese Beziehung sofort zu unterbinden. Anders als die Tochter, sah es der Sohn von Frau X, welcher über eine unbefristete Betreuungsvollmacht in allen Bereichen verfügte. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 91)

Er hatte keineswegs Bedenken wegen der neuen Beziehung seiner Mutter zu Herrn Y und freute sich sogar sehr für sie, dass sie in ihrem Alter und mit ihrer Krankheit nochmal einen neuen Partner gefunden hat. Beide Geschwister vertraten verschiedene Ansichten. Der war froh darüber wie sich die Dinge entwickelten, die Tochter jedoch reagierte sehr emotional und verlangte von ihrem Bruder, dass er aufgrund seiner Befugnis dafür sorgte, dass die Pflegekräfte in solchen Situationen einschritten und die Beziehung unterbunden wird.

Diese Auseinandersetzung stellte den Sohn vor ein ethisches Dilemma. Es kam folgende Frage auf. Wenn die Mutter ihre Entscheidung mit Hilfe ihres Verhaltens klar zum Ausdruck bringt und Herr Y zufrieden mit der Situation ist, kann es dann im Interesse des Paares sein, diese neue Beziehung zu verbieten? Sollte diese Beziehung verweigert werden, nur weil beide Partner Bewohner eines Pflegeheimes sind? Wenn beide in der eigenen Häuslichkeit gelebt hätten, wäre diese Beziehung schließlich auch kein Problem gewesen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 92)

Sowohl die Pflegekräfte als auch die Tochter sprachen Frau X die Fähigkeit ab, sexuellen Aktivitäten zuzustimmen, basierend auf der Tatsache, dass diese sich ja nicht einmal mehr daran erinnern könne ob sie am Morgen geduscht hatte. An dieser Stelle ist jedoch eindringlich darauf hinzuweisen, dass es zwei Gedächtnisspeicher gibt. Auf der einen Seite ist das Kurzzeitgedächtnis, welches sich an die Dusche am Morgen erinnert und auf der anderen Seite das Langzeitgedächtnis, welches sich an sexuelle Aktivitäten aus der Vergangenheit erinnert. Dieser Punkt hat jedoch nichts mit der Frage zu tun ob Frau X genug versteht und dieses Verstehen auch ausreicht um einer sexuellen Beziehung zuzustimmen. Menschen mit Demenz, welche in jungen Jahren ein erfülltes Sexualleben hatten, werden dieses auch im Alter suchen. Die Krankheit zerstört zwar das Gehirn, jedoch nicht das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung zu anderen Menschen. Der Wunsch nach Intimität endet schließlich nicht mit der Diagnose Demenz und so ist es auch in dem vorliegenden Beispiel von Frau X. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 92)

Das ethische Dilemma beschäftigt sich mit der Frage ob andere Menschen das Recht haben, sich über Frau X Entscheidungen und Rechte hinwegzusetzen. Autonomie und Selbstbestimmung sind ein fundamentaler Grundgedanke im juristischen wie auch im ethischen Bereich. Dieser Gedanke beinhaltet auch das Recht darauf, Fehler zu machen oder schlechte Entscheidungen zu treffen. Solange keine Entscheidungen getroffen werden, die potenziell schaden oder nicht mit früheren Interessen übereinstimmen ist die Autonomie der Betroffenen zu wahren und zu respektieren. Im hier dargestellten Praxisbeispiel wurde festgestellt, dass Frau X sich aus freien Stücken für die Beziehung zu Herrn Y entschied. Diese Beziehung bedeutete dem Paar sehr viel. Die Tochter war auch weiterhin sehr besorgt über die Situation und bestand weiterhin darauf das Paar zu trennen, obwohl es ihrer Mutter augenscheinlich sehr gut dabei ging.

Immer wieder äußerte sie Gedanken wie „Was würde mein Vater darüber denken?“. Die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung organisierten daraufhin ein Familientreffen. Nach zahllosen Gesprächen und um den Konflikt mit seiner Schwester zu beenden stimmte der Sohn von Frau X zu, diese Beziehung so lange zu unterbinden, bis ein Experte die entscheidungsspezifische Kompetenz von Frau X überprüft hatte. Das Paar erhielt jedoch die Möglichkeit, sich weiterhin in den öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten der Einrichtung sowie unter Aufsicht der Pflegekräfte zu treffen. Die Intimität des Paares wurde durch die Pflegekräfte unterbunden. Die professionellen Pfleger berichteten immer wieder, dass das Paar immer sehr nahe beieinander saß und Händchen hielt. Es wurde kein Gedanke an die Gefühle oder die Selbstbestimmung des Paares verschwendet, besonders die Gefühle und die Selbstbestimmung von Herrn Y wurde außer Acht gelassen, welcher nicht an Demenz leidet. Er fühlte sich entwürdigt und schämte sich aufgrund der negativen Haltung, seitens der Pflegekräfte und der der anderen Bewohner, welche ihm entgegengebracht wurde. Er war auf der Such nach Freundschaft und Gesellschaft, da er immer eine sehr liebevolle Beziehung zu seiner verstorbenen Frau hatte. Die Beziehung zu Frau X schätzte er als sehr innig ein. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 93)

Herr Y sprach mit seinem Sohn über die neue Beziehung zu Frau X. Auch dieser war froh darüber, dass sein Vater wieder eine neue Partnerin gefunden hatte. Eine Partnerin, die sich laut Aussage von Herrn Y, freiwillig neben ihn gelegt, ihn geküsst, liebkost hatte und Gedanken und Zärtlichkeiten mit ihm ausgetauscht hatte. Für das Paar war dies eine genussvolle und sexuell erfüllende Erfahrung. Herr Y, war zutiefst entsetzt, als er erfuhr, dass die Tochter von Frau X der Ansicht war, er würde Frau X nur ausnutzen. Auch für Herrn Y stellte diese Situation ein Dilemma dar. Er empfand sehr viel für Frau X, sollte jedoch deren Familie weiterhin gegen diese Beziehung sein, wäre gezwungen sich nach neuer Gesellschaft und Zuwendung umzusehen. Nach der einfühlsamen Einschätzung eines Experten kam heraus, dass Frau X trotz ihrer leichten bis mittleren Alzheimer-Krankheit wusste was sie tat und die Gegebenheiten beziehungsweise Wahlmöglichkeiten verstand, was die Beziehung zu Herrn Y betraf. Sie befand sich in der Lage, Konsequenzen der Beziehung einzuschätzen und zu verstehen. Weiterhin kommunizierte sie den Wunsch, sich wieder mit Herrn Y in seinem Zimmer treffen zu wollen.

Der Experte verglich das jetzige und das frühere sexuelle Verhalten von Frau X und fand keinen Beweis dafür, dass ihr die entscheidungsspezifische Kompetenz fehlte einer sexuellen Beziehung zuzustimmen. Die Tochter von Frau X akzeptierte die Befunde des Experten nur sehr widerwillig. Der Sohn allerdings war sofort einverstanden, dass sich Frau X und Herr Y wieder in dessen Zimmer trafen und beide nicht mehr unter Beobachtung der Pflegekräfte stehen. Im Gegenteil, diese Kompetenzeinschätzung vermittelte den Mitarbeitern der Einrichtung ein Verständnis für die entscheidungsspezifische Zustimmung und fortan sorgten die Pflegekräfte dafür, dass das Paar Zeit für ein ungestörtes Beisammensein hatte. Um ethisch belastende Situationen zu vermeiden, hilft die Aufklärung der Familienmitglieder über sexuelle Bedürfnisse bei älteren Menschen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 94)

Die Unterbringung von homosexuellen älteren Menschen mit Demenz in eine Pflegeeinrichtung kann ebenfalls zu einem ethischen Dilemma und großen Ängsten führen. Hier stellt sich die Frage, ob die sexuelle Neigung und der Lebensstil des Betroffenen offenbart werden soll oder ob es besser wäre dies Neigungen zu kaschieren und so zu tun als sei der Betroffene heterosexuell. Es hängt alles davon ab, wie wohl sich der Betroffene während der Aufnahme-prozedur fühlt und ob ein einfühlsamer Umgang mit dem Betroffenen während der doch zumeist schwierigen Eingewöhnungsphase in der Pflegeeinrichtung stattfindet. Aufgrund der früheren negativen Erfahrungen reagieren homosexuelle Betroffene meist emotionaler auf abfällige Äußerungen als heterosexuelle. Diese Reaktion ist nicht verwunderlich, denn viele dieser betroffenen Frauen und Männer sind in einer Zeit aufgewachsen, in welcher ihre sexuelle Neigung unter anderem den Verlust von Arbeit, Freunden und Familie zur Folge hatte. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 95)

Die meisten älteren homosexuellen Menschen versteckten sich hinter der Fassade der Heterosexualität um ihren Arbeitsplatz zu erhalten und sich selber vor kritischen Blicken zu schützen. Die sexuelle Orientierung ist und bleibt ein wesentlicher Bestandteil der Identität einer Person. Sexuelle Identität ist ein Faktor, welcher unter anderem die Beziehungen, Emotionen, das Selbstbild und Erfahrungen prägt. Die sexuelle Orientierung spielt eine große Rolle wenn es um eine personenzentrierte Demenzpflege geht. Betroffene oder deren Partner haben oft Angst vor den Reaktionen der heterosexuellen Pflegekräfte, wenn sie ihre Gefühle offen zeigen oder sexuelle Neigungen offenbaren.

Wenn dies der Fall ist, müssen Betroffene die Freiheit haben ihre Entscheidung nicht zu diskutieren und wenn sie es wünschen auch ihre sexuelle Neigung geheim halten zu können. Jedoch sollte in solchen Fällen bedacht werden, dass jeder missbilligende Blick oder das hochziehen der Augenbrauen, den Betroffenen an frühere Zeiten erinnern kann und somit Gefühle der Angst, Unsicherheit und Unruhe in ihm ausgelöst werden können. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 96)

In Deutschland gilt das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, welches beinhaltet, dass jegliche Benachteiligung, ganz gleich aus welchen Gründen verhindert und beseitigt werden soll.

Um diesen Vorgaben auch in Pflegeeinrichtungen bei der personenzentrierten Demenzpflege Geltung zu verschaffen und um zu vermeiden, dass Betroffene wegen ihrer sexuellen Orientierung mit Vorurteilen oder Ausschluss konfrontiert werden, wäre es von enormer Bedeutung, dass Pflegekräfte verpflichtet werden, sich über die unterschiedlichen sexuellen Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz zu informieren. Das nachfolgende Beispiel soll veranschaulichen wie wichtig dieses Wissen ist und wie der richtige Umgang damit zum Erfolg führen kann. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 96)

Frau X und Frau Y waren seit 36 Jahren ein Paar und waren unzertrennlich. Frau X hat seit drei Jahren eine vaskuläre Demenz und lebt seit kurzem in einer Pflegeeinrichtung. Frau Y wurde nun mit einem ethischen Dilemma konfrontiert. Sollte sie ihre sexuelle Beziehung zu Frau X offenbaren, was für sie ein Vertrauensbruch gewesen wäre oder soll sie diese Beziehung weiterhin geheim halten? Frau X war, was die Funktionsfähigkeit im Alltag betraf, vollständig auf Frau Y angewiesen. Frau Y hatte die Hilfe eines Pflegedienstes immer abgelehnt, da sie Angst hatte, dass ihr wohl gehütetes Geheimnis verraten werden könnte. Aufgrund der fortschreitenden vaskulären Demenz hatte Frau X zunehmend deutlich sichtbar werdende Persönlichkeitsveränderungen. Sie war extrem ängstlich, unmotiviert, zeitweise depressiv und geriet leicht aus der Fassung. Auch ihre sexuellen Hemmungen nahmen immer weiter ab, weshalb sich Frau Y letztendlich für eine stationäre Aufnahme entschied.

Frau Y befürchtet, dass sich die Offenbarung ihrer sexuellen Beziehung und eventuelle homophobe Äußerungen seitens der Pflegekräfte, das bedingt durch die Demenz beeinträchtigte Verhalten ihrer Partnerin weiter verschlimmern könnte. Frau Y wusste ganz genau, dass Frau X, aufgrund des Verlustes ihrer sozialen Hemmungen die sexuelle Beziehung des Paares bewusst offenbaren würde und dass letztendlich alle über ihre Beziehung Bescheid wissen würden. Frau Y machte diese Dilemma schwer zu schaffen, da sie es all die ganzen Jahre geschafft hatte ihre sexuelle Identität geheim zu halten. Das Paar hatte viele Freundinnen mit derselben sexuellen Orientierung, welche mittlerweile zu ihrer Familie wurden. Frau Y wusste, dass diese Freundinnen auch Frau X in ihrem neuen Zuhause besuchen würden. Frau Y zog alle Faktoren in Erwägung und entschloss sich dazu, ihre sexuelle Orientierung zu offenbaren, da sie ihre Beziehung und ihre Familie nicht verleugnen wollte. In der Pflegeeinrichtung, in welcher Frau X mittlerweile wohnte, wurde großer Wert auf die Individualität der einzelnen Bewohner gelegt. Die Rechte und die Entscheidungen der Bewohner wurden respektiert. Die Pflegekraft, welche zuständig für die Aufnahme von Frau X war, mit den unterschiedlichen sexuellen Bedürfnissen von homosexuellen Demenzkranken Menschen vertraut und konnte somit sehr einfühlsam und zuvorkommend auf die Offenbarung von Frau Y reagieren. Frau X bekam in der Einrichtung ihr eigenes Zimmer und auch die Besuche ihrer Familie waren willkommen. Frau Y wurde in die personenzentrierte Pflegeplanung mit einbezogen. Weiterhin wurde vereinbart, dass die Intimpflege bei Frau X nur durch weibliche Pflegekräfte durchgeführt wird. Somit waren allen Befürchtungen von Frau Y beseitigt. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 97-98)

Sämtliche Pflegeeinrichtungen sollten ähnliche Aufnahmevorschriften erhalten, damit den Bewohnern und ihren Angehörigen zugesichert werden kann, dass alles unternommen wird, um die Individualität der Betroffenen zu respektieren und das Selbstwertgefühl sowie die sexuelle Identität von homosexuellen und heterosexuellen Bewohnern gleichermaßen zu stärken aber auch zu achten. Solche Dilemmas, wie in dem Beispiel beschrieben, wird es dann nicht mehr geben. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 98)

Ethische Dilemmas ganz anderer Natur entstehen, wenn ein Mitarbeiter beobachtet, wie ein Kollege die ihm anvertrauten Bewohner sexuell missbraucht. Diese Beobachtung kann den Mitarbeiter in einen schweren Konflikt bringen, was ihn davon abhält, das beobachtete Verhalten des Kollegen zu melden.

Sexueller Missbrauch kann sich in unterschiedlichen Facetten zeigen beispielsweise in der Art und Weise wie ein Katheter eingeführt wird oder ein Klistier verabreicht wird. Weitere Formen sind zum Beispiel die bewusste Stimulation der erogenen Zonen bei der Körperpflege oder beim Wechsel des Inkontinenzmaterials. Ursache für solch ein Dilemma und das Zögern bei der Meldung des Kollegen, kann die Angst vor Konsequenzen sein. Das bedeutet, der beobachtende Mitarbeiter fürchtet sich unter Umständen, dass der Täter selber oder auch andere Kollegen ihn einschüchtern, schikanieren oder sogar mobben. Trotz dieser Bedenken, ist jeder Mitarbeiter dazu verpflichtet, solch ein sittenwidriges Verhalten unverzüglich beim Management zu melden. Gerade Menschen mit Demenz sind die idealen Opfer für sexuell abartige Pflegekräfte. Die kranken Menschen sind sehr verletzlich und können nicht mehr einschätzen, welche Absicht hinter solch einem Verhalten steckt oder wer der Täter überhaupt ist. Wenn derartige Übergriffe auf einen Betroffenen nicht gemeldet werden, kann der Täter den sexuellen Missbrauch ungehindert fortführen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 98-99)

Es wird Pflegepersonal benötigt, welches sich trotz drohender Konsequenzen, als Fürsprecher der kranken Menschen sehen und es als ihre Pflicht verstehen, das Wohlergehen und die Sicherheit der Menschen zu schützen die ihnen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung anvertraut sind. Die Anzeichen für sexuellen Missbrauch, welche unter anderem unerklärliche Blutergüsse oder gar Blutungen im Genitalbereich oder an der Brust, Verweigerung der Körperpflege oder die Unruhe beim Wechsel der Inkontinenzmaterialien sein können, müssen auf jeden Fall dokumentiert werden. Diese Dokumentationen können den gemeldeten sexuellen Missbrauch untermauern. Wenn vermutet wird, dass ein noch gewaltsamerer sexueller Missbrauch, nämlich eine Vergewaltigung, stattgefunden hat, kann der Verdacht bestätigt werden, wenn körperliche Symptome wie unübliche Schwierigkeiten beim gehen, sichtbare Verletzungen im Genitalbereich oder Schmerzen beim vorsichtigen Hinsetzen, noch hinzukommen. Gerade bei Menschen mit Demenz bleiben Vergewaltigungen oft für lange Zeit unentdeckt, da sie kaum noch in der Lage sind sich zu äußern. Als Täter können entweder fremde Menschen, Pflegekräfte, Familienmitglieder oder Freunde aber auch in manchen Fällen sogar der Ehepartner sein. In den vergangenen Jahren wurde des öfteren über solche Übergriffe in Pflegeeinrichtungen berichtet. Die Opfer waren in den meisten Fällen an Demenz erkrankte ältere Frauen.

Betrachtet man die schwerwiegenden Folgen für Opfer sexueller Gewalt, sollte nicht lange gezögert werden und schon bei der ersten Vermutung das Management der Einrichtung informiert werden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 99-100)

In diesem Abschnitt sollten drei unterschiedliche Ethische Dilemmas aufgezeigt werden, welche in der Pflegesituation bei Menschen mit Demenz vorkommen können.

Professionelle Pflegekräfte sollten sich bewusst machen, dass solche Dilemmas immer problematisch sind, da es hierbei um moralische Werte und Auffassungen geht. Persönliche Verhaltensnormen und Interessenkonflikte spielen bei dem Thema ethische Dilemmas eine besondere Rolle. Mit Blick auf die ersten beiden Praxisbeispiele gilt festzuhalten, dass Wünsche und Rechte aber auch die entscheidungsspezifische Kompetenz von Menschen mit Demenz anzuerkennen und ihre Autonomie, Würde und Individualität zu respektieren ist. Das letzte Beispiel eines ethischen Dilemmas betrifft eher die Pflegekräfte und deren Hemmungen solche Kollegen zu melden, welche Menschen mit Demenz sexuell missbrauchen. Geht es um sexuellen Missbrauch in der Pflege, hat der Schutz, die Sicherheit und das Wohlergehen der pflegebedürftigen Menschen immer absoluten Vorrang vor der eigenen Angst vor Konsequenzen bei Meldung. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 100)

15 Probleme erkennen und Lösungen finden

Dieser Abschnitt soll darstellen was professionelle Pflegekräfte tun können um, das als unangemessen wahrgenommene Verhalten abzustellen aber auch Möglichkeiten anzubieten um sexuelles Verhalten zu unterstützen oder dieses in angemessenes Verhalten umzuwandeln. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es notwendig sich erst einmal in einen Menschen mit Demenz hineinzusetzen. Die Realität von demenzkranken Menschen gerät urplötzlich aus den Fugen und unterscheidet sich deutlich von der Realität der Pflegekräfte. Die Grenzen von Vergangenheit und Gegenwart verschwimmen und die Betroffenen können nicht mehr klar denken oder haben Schwierigkeiten sich in vertrauter Umgebung zu orientieren. Das Gedächtnis versagt zunehmend häufiger. Als erstes geht das Kurzzeitgedächtnis verloren und die Betroffenen wiederholen vermehrt Sätze oder Wörter um diese nicht zu vergessen.

Auch vertraute Gesichter von Partnern oder anderen Familienangehörigen können sie unter bestimmten Umständen nicht mehr erkennen, wie es in den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit beschrieben wurde. Infolge des fortschreitenden Zerstörungsprozesses des Gehirns, sind die Betroffenen kaum noch in der Lage ihr eigenes Verhalten zu verstehen oder auf Bitten hin dieses zu ändern. Daher ist es doch recht zwecklos, einem Menschen mit Demenz erklären zu wollen, dass deren anzüglichen sexuellen Annäherungsversuche unerwünscht sind oder ihre sexuellen Gelüste oder hemmungslosen Verhaltensweisen unangemessen sind. Hier liegt der Ursprung für Probleme. Jetzt ist es an der Zeit Lösungen zu finden, die den Umgang mit solchen schwierigen Situationen erleichtern. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 104-105)

Um diese Probleme zu lösen, müssen primäre oder professionelle Betreuer ihre früheren negativen Erfahrungen beiseitelegen und die aktuelle Situation objektiv betrachten. Folgende sechs Schritte sollen einen logisch aufgebauten Ansatz darstellen, mit welchem es gelingt Probleme zu analysieren um letztendlich das angestrebte Ergebnis zu erhalten. Ein erster Schritt ist die Identifizierung des Problems, gefolgt von der Diagnose des Problems. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 101)

Der dritte Schritt legt die Ziele und Planung der Pflege fest, jedoch immer unter Berücksichtigung der unerfüllten Bedürfnisse des Betroffenen. Als viertes kommt die Implementierung lebensverbessernder Strategien, gefolgt von bedarfsorientierter Aufklärung und zum Schluss die Evaluation der Ergebnisse. Bei der Identifizierung des Problems muss als erstes geklärt werden, wer ein Problem hat. Ist es der Demenzkranke Mensch oder der Pflegende. In den meisten Fällen ist es ein von den Pflegenden wahrgenommenes Problem, welches als sexuell unangemessenes Verhalten empfunden wird. Es gilt bei diesem ersten Schritt, jegliches wahrgenommene unangemessene Verhalten ausführlich zu dokumentieren, da diese Ausführungen wichtig für den weiteren Problemlösungsprozess sind. Im zweiten Schritt, der Diagnose des Problems, sollten folgende Fragen geklärt werden: Warum zeigt der Betroffene dieses Verhalten?, Wie oft, wann und wo wird dieses Verhalten zu einem Problem?, Was genau macht der Betroffene?, Wie empfindet der Betroffene seine eigene Situation?, Wie empfinden primäre oder professionelle Betreuer diese Situation?, Welcher Teil des Gehirns ist durch die Krankheit Demenz geschädigt?, Können körperliche Beschwerden dieses Verhalten verursachen?.

Letztendlich müssen außerdem Informationen bezüglich der Lebensgeschichte und den früheren sexuellen Gewohnheiten zusammengetragen werden. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 106-108)

Bei der Beurteilung des früheren und des aktuellen sexuellen Verhaltens bei Menschen mit Demenz, ist zu berücksichtigen, dass die sexuellen Bedürfnisse von Menschen höchst unterschiedlich sind und dass die sexuelle Aktivität bei den meisten Menschen im mittleren Bereich liegt. Auch im hohen Alter kann man noch sexuell aktiv sein, wenn keine körperlichen Beschwerden vorliegen, welche keinen Verlust der Potenz oder der Libido nach sich ziehen. Sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage sich an ihre sexuellen Verhaltensweisen zu erinnern oder können sie diese nicht mehr angeben, können unter Umständen Angehörige Aufschluss geben. Die in den ersten beiden Schritten gesammelten Informationen, ermöglichen die Einordnung des Problems und sind die Grundlage für den dritten Schritt, nämlich der Festlegung der Ziele sowie die Planung geeigneter Interventionen. Die Festlegung individueller Ziele muss angesichts der kognitiven Einschränkungen der Betroffenen stets effektiv und erreichbar sein. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 108-109)

Es ist von enormer Bedeutung, die Biografie des jeweils Betroffenen zu kennen und hinter die Demenz zu schauen, um die wahre Identität und die frühere und gegenwärtige Persönlichkeit des kranken Menschen zu erkennen. Sobald seine Biografie mit, Vorlieben, Abneigungen, Hobbys frühere und aktuelle Aktivitäten sowie sexuelle Gewohnheiten, bekannt sind, kann die Pflegeplanung und die Zielfestlegung beginnen. Professionelle Pflegekräfte haben die meisten Schwierigkeiten im Umgang mit Problemen wie: masturbieren in der Öffentlichkeit, entkleiden und zeigen der Genitalien, unerwünschte sexuelle Annäherungsversuche, verbale oder nonverbale Gesten oder auch mit der Unfähigkeit sich Gesichter, Dinge oder die Bedeutung von Wörtern zu merken. Die Ziele, welche das unerwünschte Verhalten abstellen oder das sexuelle Verhalten unterstützen beziehungsweise auf angemessene Art korrigieren soll, sind ausgerichtet auf: das Wohlbefinden und die Identität des Betroffenen zu erhalten, seine Privatsphäre zu respektieren, die Würde zu wahren, bevorzugte Therapien anzubieten und sexuell unangemessenes Verhalten in eine sinnvolle Aktivität umzuwandeln.

Mit gut geplanten und auf die jeweiligen Ziele abgestimmten Interventionen lassen sich Frustration und Stress sowohl bei den kranken Menschen als auch bei den primären oder professionellen Betreuern abbauen. Es gibt eine Vielzahl von lebensverbessernden pflegerischen Möglichkeiten, welche jedoch genau auf die Bedürfnisse und Interessen der Betroffenen abgestimmt sein müssen. Mit verschiedenen therapeutischen Maßnahmen gelingt es weiterhin das Wohlbefinden und die Individualität des Betroffenen zu stärken und seine sozialen Beziehungen zu verbessern. Mögliche therapeutische Maßnahmen sind unter anderem Die Validation, die Erinnerungsarbeit, sensorische Stimulation oder auch gegeben falls der Einsatz von sexuellen Hilfsmitteln. Der vierte Schritt ist die Umsetzung der personenzentrierten Strategien, hierbei können eine oder mehrere pflegerische oder therapeutische Maßnahmen helfen, das sexuelle Verhalten zu unterstützen und wahrgenommenes unangemessenes Verhalten zu korrigieren. Hierbei gilt immer das Prinzip Versuch und Irrtum denn, da jeder Mensch individuell ist, kann die eine Therapie dem einen helfen und bei einem anderen ist die gleiche Therapie wirkungslos. Es gilt weiter auszuprobieren, bis Interventionen gefunden worden, welche hilfreich sind. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 109-111)

Diese gilt es dann zu dokumentieren und in den personenzentrierten Pflegeplan aufzunehmen. Ein weiterer Schritt im Lösungsprozess ist die bedarfsorientierte Aufklärung. Wie bereits im vorherigen Abschnitt erläutert, ist eine bedarfsorientierte Aufklärung von größter Bedeutung, denn nur wer sich mit dem Thema Sexualität im Alter oder Sexualität bei Demenz auskennt und aufgeklärt ist, ist in der Lage Stresssituationen vorzubeugen und kann anderen Hilfe im Umgang mit unerwünschten sexuellem Verhalten geben. Der letzte Schritt im Prozess ist die Evaluation. Diese ist für jeden Problemlösungsansatz von weitreichender Bedeutung. Lässt die Evaluation erkennen, dass die Problemlösung nicht erfolgreich war, muss der gesamte Prozess von Neuem beginnen. (vgl. Elaine Withe, 2013, S. 115-118)

16 Schlusswort

Das Hauptanliegen dieser Masterarbeit bestand darin, eine Gesamtheit an kompakten, nützlichen sowie informativen Kenntnissen und Perspektiven zum Thema Sexualität im Alter und speziell bei einer diagnostizierten Demenzerkrankung, darzustellen. Die vorliegenden Ausführungen sollen, im Sinne eines Aufklärungsanliegens, einen wertvollen Beitrag dazu leisten, dass gesellschaftliche Vorurteile durch Wissen und erklärende Zusammenhänge, abgebaut werden sowie menschliches Leid im Alter und vor allem bei demenzkranken Alten und ihren Angehörigen, gemildert wird. Menschen sind einzigartige Wesen, die in ihrer Biografie und ihren unterschiedlichen Persönlichkeitsaspekten ganz vielfältig und dennoch jeder für sich besonders sind. Das gleiche gilt auch für demenzkrankte Menschen. Auch sie sind jeder für sich individuell und einzigartig in ihrem Wesen, aber hilfloser in ihrer Selbstbestimmung. Beim Bearbeiten des genannten Themas, war es insbesondere von Interesse herauszufinden, ob es einen tiefgreifenden Unterschied im Bereich der Sexualität zwischen alternden Menschen ohne vorliegender Demenzerkrankung und bei demenzkranken Alten tatsächlich gibt. Nachdem Sexualität im Alter zunächst allgemein betrachtet wurde, lässt sich hier als Resümee feststellen, dass bei demenzkranken Alten alle sexuellen Bedürfnisse und Sehnsüchte im inwendigen alternden Menschen genauso vorhanden bleiben, wie auch bei Alten ohne vorliegender Demenzerkrankung. Alte Menschen wollen sich, ob mit oder auch ohne Demenz, bis zum Tod als sexuelles Wesen definieren und ihre Lust ausleben. Sexualität ist, auch mit Demenz, ein zentraler Persönlichkeitsaspekt des Menschen und bildet einen bedeutsamen Teil seiner Individualität und Identität. Es ist ganz wichtig zu verstehen, dass die Art und Weise und auch die Intensität, wie Sexualität im Alter ausgelebt wird, stark an die Biografie der Alten gekoppelt ist. Auch bei demenzkranken Alten. Das Wissen um die sexuelle Lebensweise und die Biografie eines demenzkranken Menschen, erklärt viele seiner Handlungen und ist für eine würdevolle Pflege des Demenzkranken und zum Verständnis seiner sexuellen Verhaltensweisen von unschätzbarem Wert. Die bloße Reduzierung der Sexualität auf Erotik oder Geschlechtsverkehr wäre zu kurz gedacht. Sexualität bis ins hohe Lebensalter braucht Offenheit, Vertrauen, Verständnis, Geduld und Raum gelebt zu werden.

Alle alternden Menschen, unabhängig von Erkrankungen, haben, genauso wie alle Menschen, ein Anrecht auf eine befriedigende, aktive, lustvolle und schuldfreie Sexualität. Obgleich die Tabulastigkeit und gesellschaftlichen Vorurteile, ungenügendes Aufklärungswissen, Schamgefühle, Missbrauch, Erkrankungen und biologische Veränderungen, Sexualität im Alter erschweren. Im Hinblick auf Sexualität und Demenz spielt das menschliche Gehirn eine wesentliche Rolle. Jegliches menschliches Verhalten wird über Hirnaktivitäten gesteuert, so auch das menschliche Sexualitätsverhalten. Sind einige der Bereiche im Gehirn durch die Krankheit Demenz beschädigt, kann dies zu unangemessenen sexuellen Verhalten führen. Für Angehörige oder andere Pflegepersonen, die Menschen mit Demenz betreuen und pflegen, ist das nicht immer einfach und stellt oft eine große Belastung dar. Auch an Demenz erkrankte Menschen brauchen Nähe zu anderen Menschen. Je nachdem welche Form der Demenz vorliegt, ist die Fähigkeit, Liebe und Zuneigung zu geben und zu nehmen unterschiedlich stark ausgeprägt. Dies wirkt sich auf die Form aus, wie betroffene Alte ihre Sexualität zum Ausdruck bringen. Wenn das Gehirn durch die Demenz beschädigt oder gar zerstört wird, wirkt das auch unumgänglich auf den komplexen Bereich der Sexualität, welcher für die sexuellen Bedürfnisse und Wünsche zuständig ist. Soziale Arbeit als Profession ist durch die ganzheitliche Betrachtung des Menschen in jeder Altersphase und auch bei vorliegender Demenz, insbesondere dazu angehalten, alternde Menschen in Bezug auf ihre Sexualität aber auch pflegende Angehörige von demenzkranken Alten zu beraten, zu unterstützen sowie wichtige themenbezogene Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Da es im Bereich der Sozialen Arbeit keine Seltenheit ist mit gesellschaftlichen Tabuthemen konfrontiert zu werden, stellt auch die Sexualität im Alter und bei demenzkranken Alten kein Hindernis dar, diese Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu motivieren, sie zu ermutigen und insbesondere im Hinblick auf die Sexualität der demenzkranken Alten zu schützen und für sie einzutreten. Der Anspruch liegt darin, das soziale Umfeld für diese Thematik zu sensibilisieren. Aufklärung ist dabei eine herausfordernde und zentrale Aufgabe. Soziale Arbeit kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das unerwünschte sexuelle Verhalten alternder demenzkranker Menschen abzustellen oder ihr sexuelles Verhalten zu unterstützen beziehungsweise nach Möglichkeit und der Würdigung des alternden Demenzerkrankten zu korrigieren.

Literaturverzeichnis

Buchquellen:

Aner Kirsten; Karl Ute (Hg) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Bernhardt Birgitta; Hartmann Anja; Berger Nadja; Hennig Sandra; Knaute Elvira; Mewitz Annika; Rüdiger Mandy; Sieren Katharina (2013): Lust auf Sex. Sexualität im Alter. 1. Auflage. Norderstedt: GRIN Verlags GmbH; Science Factory

Brähler Elmar; Berberich Herrmann J. (Hg) (2009): Sexualität und Partnerschaft im Alter. Originalausgabe. Gießen: Psychosozial – Verlag

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2013): Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen. Ein kompakter Ratgeber. 23. aktualisierte Auflage. Berlin

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2016): Demenz. Das Wichtigste. Ein kompakter Ratgeber. 2. Auflage. Berlin

Drimalla Elisabeth (2015): Amor altert nicht. Paarbeziehung und Sexualität im Alter. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & CO. KG

Elaine Withe (2013): Sexualität bei Menschen mit Demenz. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Peter Offermanns. 1. Auflage. Bern: Hans Huber

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

Kostrzewa, Stephan (2013 b): Lernbuch Lebensende. Ein Lese-,Lern- und Arbeitsbuch für Ausbildung und Selbststudium. Hannover: Vincentz Network

Köther Ilka (Hg.) (2011): Altenpflege. 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

profamilia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hg.) (2016): Sexualität und Demenz. Für Angehörige und Pflegekräfte. 1. Auflage. Frankfurt am Main

Rüdiger Mandy; Bernhardt Birgitta; Hartmann Anja; Berger Nadja; Hennig Sandra; Knaute Elvira; Mewitz Annika; Sieren Katharina (2013): Lust auf Sex. Sexualität im Alter. 1. Auflage. Norderstedt: GRIN Verlags GmbH; Science Factory

Stoll Gisela; Peter Bergen; Annerose Bürger-Mildenberger; Svenja Ehlers; Stefanie Gurk; Brigitte Haase; Heidi Heinhold; Sandra Herrgesell; Nicole Menche; Kerstin Menker; Heike Schambortski; Günter Schmitt; Karl-Heinz Tschuchnig; Christina Waterboer; Andrea Zielke-Nadkarni; Brunhilde Dierkes-Zumhasch (Fachautoren) (2010): Altenpflege Heute. Lehrbuch für die Altenpflegeausbildung. München: Urban und Fischer Verlag / Elsevier GmbH

Internetquellen:

Alzheimer Gesellschaft Oberland e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.): Demenzarten. Online im Internet. URL: <http://www.alzheimer-oberland.de/informationen/demenzarten/> (verfügbar am: 23.06.2017)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) Wegweiser Demenz: Demenzerkrankung – eine Einführung. Online im Internet. URL: <http://www.wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung.html>

(verfügbar am: 23.06.2017)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) Wegweiser Demenz: Frontotemporale Demenz oder Pick-Krankheit. Online im Internet. URL: <http://www.wegweiser-demenz.de/frontotemporale-demenz-pick.html> (verfügbar am: 23.06.2017)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) Wegweiser Demenz: Lewy-Körperchen-Demenz. Online im Internet. URL: <http://www.wegweiser-demenz.de/lewy-koerperchen-demenz.html>

(verfügbar am: 23.06.2017)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2013): Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit. Online im Internet. URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit.html>

(verfügbar am: 23.06.2017)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2013): Vaskuläre Demenz. Online im Internet. URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/vaskulaere-demenz.html>

(verfügbar am: 23.06.2017)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hg.) (2013): Andere Demenzformen. Online im Internet. URL: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html>

(verfügbar am: 23.06.2017)

Leben mit Demenz - Alzheimergesellschaft Minden-Lübbecke e.V. (Hg.) (2013): Formen der Demenz. Online im Internet. URL: <http://www.leben-mit-demenz.info/content/index.php?action=24>, (verfügbar am: 16.06.2017)

Prof. Dr. med. Volker Faust. Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit (2012): Sexuelle Verhaltensstörungen bei Demenz. Online im Internet. URL: [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1 Sexuelle_Verhaltensstoerungen_bei_Demenz.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1_Sexuelle_Verhaltensstoerungen_bei_Demenz.pdf) (aufgerufen am 15.07.2017)

Schweizerische Alzheimervereinigung (Hg) (2012): Sexualität und Demenz. Online im Internet. URL: <http://www.alzbb.ch/pdf/ALZCH-Broschueren/Sexualitaet-und-Demenz.pdf> (verfügbar am 23.07.2017)

Erklärung zur selbstständigen Anfertigung der Arbeit

Wir erklären, dass wir gemeinsam die vorliegende Masterarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt haben.

Chemnitz, 31.08.2017

Ort, Datum

Faber, Ariane

Unterschrift

Faber, Daniela

Unterschrift