

# Sexualität und Demenz

*Begleitmanuskript zum gleichnamigen Fachtag am 25.04.2013 in Dortmund*

*Referent und Autor: Dr. Dr. med. Herbert Mück,  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Köln*

In Deutschland sollen bereits 1,2 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen sein. Der „Geist“ mag zwar weichen („De-Mens“), körperliche und soziale Bedürfnisse (z. B. nach Kontakt) schwinden damit aber nicht zwangsläufig. Im Gegenteil. Durch den Wegfall sozial antrainierter „Hemmungsmechanismen“ werden manchmal Verhaltensweisen (erstmalig) möglich, die von den Betroffenen bislang nicht ausgelebt werden konnten. Dazu gehören auch sexuelle Bedürfnisse. Welche Rolle Sexualität im Leben Demenzkranker spielt, welche Fragen sich dadurch für Bezugspersonen ergeben können und wie man auf „problematische Verhaltensweisen“ angemessen reagieren kann, ist nach wie vor wenig untersucht (insbesondere auch in Deutschland). Der Vortrag fasst bislang gesammelte Erfahrungen und Überlegungen zusammen und skizziert hilfreiche Denk- und Verhaltensweisen.

## **1. Sich eigener Einstellungen, Erfahrungen und Erwartungen bewusst werden**

Wenn Menschen mit einer neuen Situation konfrontiert werden, erleben sie diesen Moment niemals „offen und neutral“. Vielmehr prägen Erwartungen und sofort verfügbare erste „Deutungen“ das Erleben. So könnten beispielsweise Angehörige denken „Sex im Alter gehört sich nicht“ oder „Was ich hier sehe, ist doch ekelhaft“. Und ein professioneller Pfleger könnte sich innerlich sagen „Wenn ich das nicht unterbinde, werde ich Probleme mit den Angehörigen bekommen“. Um sich die Chance für neue Sicht-, Denk- und Verhaltensweisen zu eröffnen, ist es unverzichtbar, sich der eigenen „bereits getönten Brille“ bewusst zu werden, mit der man glaubt, die Welt so wahrzunehmen, „wie sie wirklich ist“. Bevor man sich dem Thema Sexualität und Demenz zuwendet, kann es daher helfen sich zu fragen, wie zufrieden man mit seinem eigenen Sexualleben momentan ist, was man sich in dieser Hinsicht selbst wünscht und wie man in sexueller Hinsicht selbst behandelt werden möchte, falls man einmal dement werden sollte. Es leuchtet ein, dass pflegende Menschen, die selbst sexuell abstinent leben (weil ihnen „nichts fehlt“), vermutlich anders auf sexuell aktive Demenzkranke reagieren als Menschen, für die Sexualität einen hohen Stellenwert hat. Auch können eigene schlechte Erfahrungen mit Sexualität dazu führen, dass man von vornherein einem sexuell aktiven Demenzkranken ablehnend begegnet und insbesondere Berührungen meidet.

## **2. Das Tabu weicht langsam auf**

Das Thema „Sexualität von und mit Demenzkranken“ ist deswegen so schwierig zu handhaben, weil es mit mehreren ähnlich gelagerten Tabus einhergehen kann: dem Tabu der „Sexualität im Alter“, dem Tabu der „Sexualität mit Abhängigen“, dem Tabu der „Sexualität mit Behinderten“, dem Tabu „Sexualität im Pflegeheim“ und dem Tabu „Sexualität der Pflegenden“. Erfreulicherweise nimmt seit ca. 2009 die Zahl der Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen eindrucksvoll zu, die sich dem Thema widmen. War es anfänglich schon ein Erfolg, wenn sich 20 bis 30 Teilnehmer anmeldeten, so kann man heute mit 150 bis 200 Teilnehmenden rechnen. Ein großes Verdienst dürfen sich hier die Demenz-Service-Zentren zurechnen. Auch Filme wie „An ihrer Seite“ und „Wolke 9“, die wiederholt im öffentlich-rechtlichen Fernsehen ausgestrahlt wurden, und erste Bücher (Franke: Demenz in der Ehe. 2006, Böhm: Sexualität in der Demenz, 2010) haben sicher zur Tabulockerung beigetragen. Selbst in Demenz-Ratgeberbüchern findet das Thema zunehmend Eingang und im Internet wird die Zahl der Beiträge langsam unübersichtlich. Umso irritierender ist es, dass die Deut-

sche Alzheimer Gesellschaft bislang (Stand: 19.04.2013) auf ihrer Website zum Suchbegriff „Sexualität“ keinen einzigen Eintrag liefert. Zwar findet man seit Februar 2012 im Alzheimer-Blog einen Beitrag, dabei ist es aber bislang auch geblieben. Im Hinblick auf das Thema Sexualität waren und sind ausländische Alzheimer Gesellschaften weitaus aktiver. So gab die US-amerikanische Alzheimer Gesellschaft schon 1993 eine Broschüre heraus mit dem Titel „Sexuality and the Alzheimer’s Patient“. Im Alltag wird es oft noch so sein, wie es ein Bericht im Kölner Stadt-Anzeiger (21.02.2011) andeutet: Danach kommentierten peinlich berührte Angehörige masturbatorische Handlungen ihres Vaters mit dem Kommentar „Er leidet halt an einer Lebensmittelallergie“.

### **3. Sexualität spielt auch im Alter eine (möglicherweise zunehmende) Rolle**

Demenzbetroffene sind überwiegend älter. Es fragt sich daher, inwieweit Einflüsse des Älterwerdens, die auf Gesunde zutreffen, für Demenzkranke ebenfalls von Bedeutung sind. Gleichzeitig ist die Frage nach „Sexualität im Alter“ auch im Hinblick auf die meist gesünderen Partner von Demenzkranken bedeutsam (sofern solche Partner vorhanden sind). Denn auch die letztgenannten haben oft weiterhin sexuelle Bedürfnisse. Nur, wie lässt sich hier für eine ausreichende Befriedigung sorgen, wenn die bisherigen Gewohnheiten aufgrund der Demenzerkrankung des Partners nicht mehr greifen?

Zusammenfassend lässt sich folgendes feststellen:

1. Die sexuelle Ansprechbarkeit (Erregbarkeit, fortdauernde sinnliche Erlebnisfähigkeit) und sexuelle Interessen können bis ins sehr hohe Alter erhalten bleiben.
2. Sexualität ist ein lebenslanger Teil unserer Individualität. Sie ist individuell und variabel.
3. Alte Menschen leben weiterhin in einer sexualisierten Welt, deren Stimuli und Einflüsterungen sie nur schwer ausweichen können (Medien, Werbung, „Tratsch“).
4. Die unterschiedlichen Ausprägungsformen und Fragestellungen von Sexualität im Alter nehmen kontinuierlich zu, da immer mehr Varianten von Sexualität öffentlich gelebt und toleriert werden (Homosexualität, Bisexualität, Transgender, Sexualität anderer Kulturen, Nebeneinander der Sexualität der Vorkriegszeit, der Kriegsjahre und der zunehmend liberaleren 1960-Jahre).
5. Angesichts dieser Vielfalt ist der Begriff „Alterssexualität“ untauglich, da er eine Einheitlichkeit („Gesetzmäßigkeiten“) vorgaukelt, die es nicht gibt. Alter ist ein Einflussfaktor, der Sexualität weitaus weniger prägt als die Erfahrungen, die ein Mensch bislang im Umgang mit seinen Bedürfnissen, seinen zwischenmenschlichen Beziehungen und seiner Geschlechtlichkeit gemacht hat.
6. Wie häufig ein Paar miteinander sexuell verkehrt, hängt weniger vom Lebensalter der Beteiligten ab als vom Alter ihrer Beziehung: Frisch verliebte ältere Menschen schlafen nicht wesentlich seltener miteinander als frisch verliebte jüngere Menschen. Und bei letzteren lässt die Häufigkeit nach, sobald die Beziehung (!) altert.
7. Mit dem Alter nehmen zwar Krankheiten zu. Diese (wie auch Medikamente) schließen in den meisten Fällen das Erleben von Sexualität nicht aus. Kritische Einstellungen („Das geht doch nicht.“ „Was sollen meine Kinder denken?“ „Ich bin viel zu unattraktiv.“) verhindern sexuelles Handeln oft weitaus stärker.
8. Das häufigste „sexuelle Problem“ älterer Frauen ist das Fehlen eines Partners und der damit verbundene Mangel an Zärtlichkeit.
9. Das zweithäufigste „sexuelle Problem“ ist der Mangel an Zärtlichkeit in bestehenden Partnerschaften.

10. Zu den Mängeln an Gelegenheit können auch Umweltfaktoren gehören, wie das Leben in einem Heim und gegenüber Sexualität ablehnend eingestellte Bezugspersonen.
11. Die im Alter gelebte Sexualität ist im Fluss: Immer mehr Jahrgänge kommen „ins Alter“ (Generation der „68er“). Diese Menschen haben Sexualität nicht nur zur Reproduktion, sondern zur Verbesserung ihrer Lebensqualität ausgelebt und wollen darauf nicht mehr grundlos verzichten.
12. Gesundheitlich gibt es mehrere Gründe dafür, auch im Alter sexuell aktiv zu bleiben: sinnliche Aktivierung, Erleben von Lebendigkeit, Lebenssinn und Funktionsfähigkeit, körperliche Entspannung, Förderung von Achtsamkeit, Stärkung der partnerschaftlichen Verbundenheit, Aktivieren des Kreislauf und Förderung von Mobilität (Gelenkbeweglichkeit).
13. Sexualität hat immer auch etwas mit körperlichen Berührungen zu tun, die als solche wohltuend und die Selbstwahrnehmung fördernd erlebt werden können. Angenehme Berührungen können die Menge des Stresshormons Kortisol im Blut verringern und die Menge des Verbindung fördernden „Kuschelhormons“ Oxytocin erhöhen. Leider mangelt es vielen älteren Menschen komplett daran, von anderen berührt zu werden.
14. Im Alter nachlassende Sinnesfähigkeiten (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tastsinn) können mittelbar die sexuelle Erregbarkeit verringern. Soweit solche Einschränkungen kompensierbar sind (Sehen, Hören) können geeignete Hilfsmittel auch das Sexualleben verbessern.

Unklar bleibt in vielen Untersuchungen oft, was mit „sexuellem Verhalten“ genau gemeint ist bzw. ob dieses mit Geschlechtsverkehr gleichgesetzt wird. Dabei ist heutzutage eher von einem sehr weiten Sexualitätsbegriff auszugehen, der unter anderem auch Phänomene wie Telefon-Sex, Cyber-Sex oder erotische Spiele umfasst. In anderer Richtung bleibt offen, wo bloße „Zärtlichkeit“ aufhört und „sexueller Kontakt“ beginnt.

#### **4. Wie beeinflusst Demenz das Sexualleben der Patienten und ihrer PartnerInnen?**

Nach wie vor gibt es nur wenige Untersuchungen (viele sind schon älteren Datums), die dieser Frage nachgegangen sind. Fast alle wurden außerhalb von Deutschland durchgeführt. So gaben in einer Studie an 40 Paaren mit einem demenzkranken Partner immerhin 40 Prozent der gesunden pflegenden PartnerInnen an, dass sie sich weiterhin eine sexuelle Beziehung mit dem Demenzkranken wünschen (Ballard et al. 1997). 22 Prozent übten diese auch weiterhin aus. In einer anderen Befragung von 42 finnischen PartnerInnen (29 Männer, 13 Frauen) von Demenzkranken, berichteten 10 Prozent der gesunden PartnerInnen sogar über positive Veränderungen des Sexualleben nach Beginn der Demenz (Eloniemi-Sulkava et al. 2002). Ein Drittel der Kranken drückte mehr Zärtlichkeit gegenüber den gesunden PartnerInnen aus. Relativ viele Paare praktizierten weiterhin ein aktives Sexualleben (Geschlechtsverkehr): Nach 3 Jahren Demenz waren es noch 46 Prozent, nach 5 Jahren Demenz 41 Prozent und nach 7 Jahren 28 Prozent. Diese Häufigkeiten ähneln denen gleichaltriger gesunder Paare. Von neueren Zahlen berichtet eine US-amerikanische Studie an 162 ursprünglich zu Hause lebenden Paaren, von denen ein Teil an einer leichten bis mittelschweren Demenz erkrankt war (Davies et al. 2012). In dieser Untersuchung berichteten die gesunden Partner, dass immerhin über 70 Prozent der Demenzkranken intime Kontakte aktiv während des zurückliegenden Monats begonnen hatten (einschließlich Küssen und Umarmen). Geschlechtsverkehr selbst hatten aber nur 27,5 Prozent aktiv angestrebt. Während 82,5 Prozent der Kranken generell auf intime Angebote der gesunden Partner eingegangen waren, ließen sich nur 36,4 Prozent der Demenzkranken auf das Angebot von Geschlechts-

verkehr ein. Nur 27,9 Prozent der Kranken gelang es, während der sexuellen Aktivität sich nicht ablenken zu lassen und die Erregung zu bewahren.

Als häufigstes sexuelles Problem Demenzkranker beschreiben mehrere ältere Studien nachlassendes sexuelles Interesse (!) mit ca. 23 Prozent (teilweise gibt es wohl Schätzungen bis zu 70 Prozent), gefolgt vom zweiten Problem, einer Libidozunahme, mit ca. 14 Prozent. Ein „unangemessenes sexuelles Verhalten“ wird mit lediglich 5 Prozent beziffert (Miller et al. 1995; Cummings et al. 1990, Harris et al. 1998). Dieses ließe sich in manchen Fällen sogar mit einer medizinischen Diagnose versehen (ICD 10 F52.7: Gesteigertes sexuelles Verhalten). Während in der öffentlichen Wahrnehmung das „störende Verhalten“ möglicherweise im Vordergrund steht (dieses fällt eben auf), stellt sich das häufigste „Problem“ (nachlassendes sexuelles Interesse) offenbar nur im privaten Bereich der Zweierbeziehung ein, wo es eher ein „Problem“ der gesunden PartnerInnen ist und nach außen kaum kommuniziert wird. Eine Studie (Zeiss et al. 1996), die zeitlich sehr genau „problematisches Verhalten“ in der Öffentlichkeit erfasste, gelangt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es in nur 1,6 Prozent der gesamten Beobachtungszeit zu eindeutig „sexuell unangemessenem“ Verhalten der Kranken kam. Dass problematische Verhaltensweisen häufiger aus stationären Einrichtungen berichtet werden als aus dem häuslichen Bereich, mag daran liegen, dass das enge Zusammenleben vieler Betroffener auf engem Raum Probleme fördert, die sich im häuslichen Bereich oder im öffentlichen Raum weniger stellen.

Bezogen auf den Entwicklungsverlauf einer Demenz lässt sich verallgemeinernd sagen, dass die partnerbezogene Sexualität kontinuierlich abnimmt, um spätestens im Stadium einer schweren Demenz komplett zu fehlen. Parallel dazu nimmt Verhalten, das als „sexuell problematisch“ erlebt wird, bis zum Stadium der mittelschweren Demenz zu, um dann bei schwerer Demenz ebenfalls eher wieder zu versiegen.

Im Hinblick auf die Vorgänge im Gehirn geht man davon aus, dass im Bereich des Vorderhirns angesiedelte Hemmungsmechanismen aufgrund der Demenz nachlassen. Dies kann bei ursprünglich sehr gehemmten Menschen dazu führen, dass sich diese erstmalig aus Sicht der jeweiligen Partner „angenehm normal“ (nämlich „frei“) verhalten. Dagegen kann der Wegfall von Hemmung bei immer schon lustbetonten Personen zu „überschießenden“ sexuellen Impulsen führen.

In Paarbeziehungen beeinflusst nicht nur die Demenz des Betroffenen das sexuelle Miteinander, auch eine veränderte Einstellung des gesunden Partners wirkt darauf wesentlich ein. So sehen manche Partner im Kranken nicht mehr die Person, die sie einmal geheiratet haben: Sie klammern sich an ein älteres Bild, in dem der Partner noch attraktiv, aktiv, sexuell in seinen Bedürfnissen klar, hygienisch anspruchsvoll und kontinent war. Nach Einsetzen der Demenz haben sie es zunehmend mit einer Person zu tun, die diesen Vorstellungen immer weniger entspricht. Stattdessen leidet der Kranke vielleicht noch unter weiteren Gesundheitsproblemen und medikamentösen Nebenwirkungen, was das Bild noch stärker verfremdet. In einer solchen Situation fühlen sich die Gesunden nicht mehr als gleichwertige Partner, sondern eher als mütterliche oder väterliche Pflegeperson (für die dann unter Umständen ein gefühltes „Inzestverbot“ gilt). Die Gesunden leiden zunehmend darunter, dass sich der Demenzkranke immer weniger auf sie beziehen kann (vermehrte Unbeholfenheit, Vergessen der Bedürfnisse des Anderen, Namensverwechslung). Auch glauben sie oft, bestimmte gesellschaftliche Erwartungen an den Umgang mit dem Kranken erfüllen zu müssen. Dadurch werden sie selbst zunehmend erschöpfter und sexuell immer lustloser. Werden dann auch noch getrennte Schlafzimmer bezogen und gilt die Vorstellung, den Demenzkranken sexuell

„schonen“ zu müssen, dann versiegt aus Sicht der gesunden PartnerInnen das gemeinsame Sexualleben irgendwann komplett.

## 5. Wie kann man als Gesunder mit sexuellen Verhaltensweisen (Bedürfnissen) Demenzkranker umgehen?

Analog zu anderen funktionierenden Lebensbereichen und Fähigkeiten kann man auch eine weiterhin vorhandene „sexuelle Kompetenz“ wertschätzen und sich mit dem Kranken daran erfreuen, dass es in der Sexualität noch Beziehung und Gemeinsamkeit gibt. Gelungene Begegnungen können nachhaltig entspannen und zufrieden machen (auch den gesunden Partner). Denn selbst wenn die Erinnerung nach einer sexuellen Begegnung bei Demenzkranken vielleicht rasch verblasst, kann eine positive Stimmung durchaus länger anhalten. Gesunden und verantwortlich denkenden und handelnden Partnern gilt es die Sorge zu nehmen, dass sie bei sexuellen Begegnungen den Kranken „missbrauchen“. In diesem Zusammenhang können mitunter folgende Überlegungen helfen: Ehe und Liebe enden nicht mit dem Eintritt einer Demenz. Sexualität zwischen Erwachsenen ist kein Rechtsgeschäft, sondern eine intime „Begegnung“. Solange der Demenzkranke zu „Begegnungen“ in der Lage ist und nicht dazu gezwungen wird, schließt dies einen „Missbrauch“ eher aus. Grundsätzlich gelten die gleichen Prinzipien wie vor Eintritt der Demenz: Es kommt immer auf den natürlichen Willen beider Partner an. Soweit der demenzkranke Partner weiterhin zu verstehen gibt, dass er sexuellen Verkehr wünscht und genießt, sind keine ethischen oder rechtlichen Probleme zu erwarten. Ein entgegenstehender Wille des Partners ist auf jeden Fall zu akzeptieren. Problematisch erscheint es, wenn der kranke Partner schon vor der Ehe nur um des lieben Friedens willen Sex über sich ergehen ließ. Der gesunde Partner kann dann nicht auf „Gewohnheitsrecht“ oder die „ständige Praxis“ pochen. Sexualität sollte zudem nicht die einzige oder hauptsächlich verbliebene Form des Miteinanders sein. Auch anderweitige Zärtlichkeit und Zuwendung sollten ausreichend vorhanden sein.

### 5.1 Anders deuten und Perspektiven wechseln

Es ist auf jeden Fall wichtig, sich bewusst zu machen, dass man durch die eigene **Deutung** der sexuellen Bedürfnisse des Kranken („Das ist ja abnorm!“) wie auch der eigenen („Das wäre ja Missbrauch“) entscheidend dazu beiträgt, ob eine Entwicklung als „Drama“ oder als „märchenhaft“ erlebt wird. Unzulässige „Deutungen“ liegen zumindest teilweise auch dann vor, wenn man den Kranken als „verhaltensgehort“ oder sein Vorgehen mit „Problemverhalten“ oder „herausforderndem Verhalten“ beschreibt. Damit blendet man nämlich aus, dass das Erleben von „Störung“ und „Problem“ in einem selbst entsteht (während der Kranke sich vielleicht kindlich freut) und dass der Kranke bewusst in den seltensten Fällen seine Umwelt „herausfordern“ will. In solchen Fällen „projiziert“ man ein eigenes Problem in die andere Person und erwartet von dieser Person die Lösung.

Neben dem Bewusstmachen von eigenen „Deutungen“, die wenig hilfreich sind, kann auch der Versuch eines „Perspektivwechsels“ scheinbar sexuell aufgeladene Situationen entspannen.: Wenn sich beispielsweise ein Demenzkranke im Speisesaal einer Einrichtung entkleidet, kann man sich (und mitunter auch den Betreffenden selbst) fragen, wo dieser glaubt sich momentan zu befinden. Denn unter der Vorstellung, auf der Toilette, im Schlafzimmer, am FKK-Strand oder in einer Arztpraxis zu sein, kann das Verhalten durchaus passen. In einem solchen Fall würde es möglicherweise mehr helfen, die örtliche Orientierung des Kranken zu verbessern, statt seine „Hypersexualität“ zu bekämpfen. Um solche Per-

spektivwechsel überhaupt vornehmen zu können, ist es nötig, die Biografie des Kranken wenigstens etwas zu kennen.

Obwohl Humor oft heilsam und entlastend ist, sollte er im Umgang mit sexuellen Bedürfnissen Demenzkranker vorsichtig gehandhabt werden. Schnell kann daraus ein abwertendes Auslachen werden, das letztlich nur die eigene Unsicherheit verbirgt. Oberstes Gebot ist es vielmehr, auch den sexuellen Bedürfnissen und Verhaltensweisen Demenzkranker mit Respekt zu begegnen.

## 5.2 Masturbation anders bewerten

Offenbar betrachten noch immer viele Menschen Masturbation älterer Personen als ein „Problem“ und zwar nicht nur dann, wenn diese in der Öffentlichkeit erfolgt. Zu einer anderen Betrachtungsweise des Phänomens mögen folgende Überlegungen beitragen: Einer Befragung zufolge (Brecher 1984, Consumer´s Union´s summary) masturbieren im Alter von 70 und mehr Jahren 43 % der Männer und 33 % der Frauen. Je höher die Bildung, umso eher wird masturbiert. Ab 70 Jahren ist Masturbieren häufiger als herkömmlicher Geschlechtsverkehr. Heutzutage gilt Masturbieren auch in der Sexualwissenschaft nicht mehr als „Ersatzbefriedigung“, sondern als eine eigenständige und gleichberechtigte Form der Sexualität. Ein in anderem Kontext normales Verhalten (wenn man sich in der eigenen Wohnung ohne Zuschauer allein befriedigt) wirkt nun oft nur deshalb „pathologisch“ oder störend, weil es nicht mehr „diskret“ vorgenommen werden kann. Die Verringerung von „Zimmerkontrollen“ oder das Schaffen von Privatsphären könnte manches „Masturbationsproblem“ in Einrichtungen lösen. Masturbation hat neben dem Lusterleben weitere positive Effekte. So kann sexuelle Erregung innere Unruhe und Langweile beseitigen. Sie wird manchmal eingesetzt, wenn die Umgebung keine interessanteren Reize und Einladungen bietet. Durch Masturbation kann sich auch ein Demenzkranker selbst regulieren und Kontrolle über sein Befinden erlangen (was sich auch als fortbestehende „Kompetenz“ verstehen lässt). „Der Gebrauch erhält“ – sexuell aktive ältere Frauen haben ein feuchteres Scheidenmilieu, ihre Vagina schrumpft weniger. Wer masturbiert, erlebt sich dabei als „Mann“ oder „Frau“ und wird sich damit möglicherweise seiner Identität bewusst. Mancher fühlt sich dadurch „lebendig“.

## 5.3 Umgang mit gesteigerten sexuellen Bedürfnissen

Wenn der gesunde Partner mit **gesteigerten sexuellen Bedürfnissen** eines Demenzkranken nicht zurechtkommt, bieten sich mehrere Möglichkeiten an, die Situation zu entschärfen:

- Man deutet das Verlangen positiv (Statt „Er / sie will mich nur noch benutzen“ vielleicht besser „Wie beeindruckend vital und genussfähig er/sie in diesem Bereich doch ist“).
- Man reagiert wohlwollend (wertschätzend) auf mögliche Einladungen und lenkt zugleich auf ein anderes Thema, statt (brüsk) den Wunsch zurückweisen.
- Man motiviert den Demenzkranken sich vermehrt zu bewegen („abzureagieren“).
- Man vermeidet „Trigger“ (z.B. Bilder, Filme, „aufreizende“ Kleidung), die Lust auslösen können.
- Man beugt vor, indem man andere Lust und Entspannung vermittelnde Maßnahmen einsetzt (wie Streicheln oder Massieren, warme Bäder).
- Man ermutigt oder bittet den Kranken, sich selbst zu befriedigen.
- Nur im Notfall sollte man (meist dämpfende) Medikamente einsetzen.

## 5.4 Zur Problematik des Begriffs „sexuell unangemessenes Verhalten“

Was unter „sexuell unangemessenem Verhalten“ zu verstehen ist, lässt sich nicht allgemein sagen. Wie schon angedeutet, kann ein bestimmtes Verhalten „angemessen“ sein, wenn es unter Ausschluss der Öffentlichkeit erfolgt, nicht aber wenn es vor den Augen anderer stattfindet (z.B. Masturbation). Bevor man ein Verhalten vorschnell als „sexuell“ deutet, sollte man immer alternative Beschreibungsweisen prüfen. So kann ein „Herumnesteln“ zwischen den Beinen auch folgende Gründe haben: juckende Textilien, zu enge Kleidung, schlechte Hygiene, Miktionsdrang, Infektion der Harnröhre, Unterleibsschmerzen oder eine Situationsverkenntung (wie sie oben unter dem Aspekt des Perspektivwechsels beschrieben wurde).

„Sexuelle Probleme“ Demenzkranker müssen keineswegs immer Folge der Demenz sein. Oft leidet ein Demenzkranker unter weiteren Erkrankungen, die sich ihrerseits ebenfalls nachteilig auf das Sexualleben auswirken können. Die wichtigsten Beispiele sind:

- Depression (Lust- und Antriebslosigkeit, Energiemangel, Erschöpfung)
- Bluthochdruck / Arteriosklerose / Herzinfarkt / Schlaganfall (erektile Dysfunktion, medikamentöse Nebenwirkungen, Schonung, Lähmung)
- Arthrose / Rheuma (Schmerzen bei Bewegung, Schonung)
- Diabetes (erektile Dysfunktion, Sensibilitätsstörungen)
- Morbus Parkinson (eingeschränkte Beweglichkeit, Maskengesicht, eventuell Libidozunahme)
- Inkontinenz / Seh- und Hörstörungen (Beeinträchtigung sexueller Begegnungen)

Beruhend „sexuelle Probleme“ auf Begleiterkrankungen bzw. der darauf bezogenen Medikation, gilt es deren Behandlung zu optimieren und die bisher verwandten Arzneimittel ggf. gegen Medikamente mit einem günstigeren Nebenwirkungsprofil auszutauschen.

## **5.5 Strategien bei „sexuell unangemessenem Verhalten“**

Generell hat es sich bewährt, auf „sexuell unangemessenes Verhalten“ in folgenden Schritten zu reagieren:

1. Es gilt **IMMER** Ruhe zu bewahren und auszustrahlen, also sich selbst als „Medikament“ einzusetzen.
2. Man sollte weiterhin respektvoll kommunizieren (Kein „Schämen Sie sich denn nicht?!“ „Hören Sie auf rumzufingern!“ „Das ist ekelhaft, was Sie machen.“ „Benehmen Sie sich nicht wie ein geiler Bock!“) und bessere innere Bilder wählen (z.B. „Liebesspiel“).
3. Auf Vorwürfe und Drohungen oder gar Bestrafungen ist zu verzichten. Insbesondere der Entzug von Beachtung kann das Problem sogar noch verstärken, falls dem problematischen Verhalten Reizarmut und Langweile zugrunde liegen.
4. Sofern nötig, sollte man das Geschehen entdramatisieren (insbesondere auch gegenüber sonstigen Anwesenden). Denn in Situationen mit mehreren Menschen dienen „fachkompetente Menschen“ als Vorbild, an dem eigenes weiteres Verhalten orientiert wird („Social Referencing“).
5. Ein offenkundiges Gefühl gilt es zu validieren („Sie verspüren Lust“), damit dieses abebben kann, weil es seine Funktion erfüllt hat. Es wird dann nicht z.B. nicht mehr als Signal für ein unerfülltes Bedürfnis benötigt („Sie wünschen sich offenbar Abwechslung / Berührung.“)
6. Wenn es möglich ist, sollte man den Demenzkranken mit einem positiven Affekt (Gefühl) „anstecken“ (Sicherheit, Wertschätzung, Gelassenheit).

7. Mit freundlich entschiedener Stimme kann man um ein Alternativverhalten bitten („Bitte essen Sie jetzt weiter.“).
8. Man sollte immer versuchen, das (möglicherweise) „wahre Bedürfnis“ hinter dem sexuell wirkenden Verhalten herauszufinden (wie Wunsch nach Nähe, Berührung, Abwechslung, Zuwendung).
9. Das als vorrangig erkannte Bedürfnis kann man dann ggf. auch stillen.
10. Es klärt die Situation und erleichtert das weitere Vorgehen, wenn man das unangemessene Verhalten mit Hilfe der Biografie des Betroffenen einordnen und verstehen kann.
11. Mögliche Missverständnisse sollten man bereinigen („Sie sind im Speisesaal und nicht im Krankenhaus“) und äußere Trigger (dauerhaft) beseitigen (z.B. keine aufreizende Kleidung tragen, ggf. Wechsel der Pflegeperson oder des Pflegeortes).
12. Erkrankungen, die eine Demenz begleiten können, sollten immer sorgfältig ausgeschlossen werden. Auch sollte man routinemäßig überprüfen, inwieweit Nebenwirkungen von Medikamenten eine Rolle für „problematisches Verhalten“ spielen können.
13. Ein Versuch, die Situation durch Ablenken zu entspannen, lohnt auf jeden Fall.
14. Notfalls kann man mit dem Betreffenden die Örtlichkeit wechseln.
15. Wenn sich der Kranke häufig in der Öffentlichkeit entkleidet, besteht mitunter die Möglichkeit, „verschlussicherere“ Kleidung zu verwenden.
16. Erst wenn alle bisherigen Strategien nicht greifen, sollten medikamentöse Maßnahmen erwogen werden. Das kann das Absetzen oder Niedrigerdosieren eines Arzneimittels sein (das vielleicht sexuell stimulierend wirkt) oder die Gabe eines Medikaments, das „dämpfend“ wirkt. Hierzu gibt es allerdings bislang keine Richtlinien und sehr oft widersprüchliche Erfahrungen. Mitunter werden Medikamente eingesetzt, deren Nebenwirkungen man nutzen will (z.B. bei sog. SSRI). Man bezeichnet dies als „Off-label-use“.

„Sexuell unangemessenes Verhalten“ ist mitunter im Rahmen von Intimpflegehandlungen zu beobachten. Solches lässt sich teilweise vermeiden, indem man folgende Vorgehensweisen beherzigt, die klar zwischen privatem und dienstlichem Kontakt unterscheiden helfen:

1. Bei der Körperpflege sollte konsequent eindeutig erkennbare „Dienstkleidung“ getragen werden (z.B. ein weißer Kittel).
2. Die Körperpflege sollte möglichst nicht in Privaträumen stattfinden, sondern an Orten, die ausschließlich der Körperpflege dienen (Badezimmer).
3. Die Pflege sollte im Hellen erfolgen.
4. Der Pflegende sollte möglichst das gleiche Geschlecht haben wie der Gepflegte.
5. Die Körperpflege durch ein Team wirkt weniger intim als die Pflege durch einen Einzelnen.
6. Bei der Körperpflege sind immer Handschuhe zu tragen.
7. Die Körperpflege darf NIE mit Zärtlichkeiten einhergehen.
8. Verwechslungen mit Intimhandlungen sind seltener, wenn man bei jeder einzelnen Pflegehandlung eindeutig erklärt, was man gerade tut.
9. Wenn es möglich ist, sollte der Demenzkranke seinen Intimbereich selbst pflegen
10. Der Einsatz bewusst „unattraktiver“ Pflegender oder die Anwesenheit von Angehörigen bei der Pflege verringern mitunter das Risiko, dass sich der Gepflegte sexuell erregt.

11. Sprachlich sollte man sich um eine möglichst unmissverständliche Ausdrucksweise bemühen (Auf keinen Fall: „Wie geht es denn meinem Liebchen?“ oder „Wir gehen jetzt ins Bett.“)

Absolut wichtig ist es, herauszufinden, ob der Demenzkranke in seinem Leben (sexuell) traumatisiert wurde und ob dadurch bestimmte Körperregionen negativ besetzt sind. In einem solchen Fall sollte man unbedingt auf die Formulierung „Es tut nicht weh“ verzichten, da solche Bemerkungen mitunter bei Missbrauchsereignissen fallen. Injektionen und andere Körpereingriffe sollten auf keinen Fall in die negativ besetzten Körperbereiche (z.B. Gesäß), sondern an anderen geeigneten Körperteilen verabreicht werden (z.B. in die Oberarmmuskulatur). Auf dem Flur der Einrichtung sollten möglichst nie militärisch klingende Schritte zu vernehmen sein, da dies an traumatisierende Kriegserfahrungen erinnern kann. Ähnliches gilt für den Kontakt zu ausländisch klingenden (männlichen) Pflegern (Empfehlungen nach E. Böhm 2010).

Einrichtungen können „störendem Sexualverhalten“ insbesondere durch folgende Maßnahmen teilweise vorbeugen:

- Die Einrichtung formuliert „Richtlinien“ für den Umgang mit sexuell unangemessenem Sexualverhalten der Bewohner.
- Sie gewährleistet den Bewohnern eine ausreichende Privatsphäre (etwa indem Räume abgeschlossen werden können, Vorhängeschilder mit „Bitte nicht stören!“ zur Verfügung gestellt oder indem bei jedem Besuch konsequent geklopft und ausreichend lange gewartet wird, bevor man den betreffen Raum betritt).
- Wenn sexuelle Begegnungen in Privaträumen stattfinden können, weil es dort z.B. auch ein bequem zu nutzendes Doppelbett gibt und Hilfsmittel (Gleitmittel, Kondome) in greifbarer Nähe sind, werden sexuelle Begegnungen auf Toiletten oder in Besenkammern möglicherweise seltener.
- Den Bewohnern werden genügend aktivierende (= ablenkende) Angebote gemacht, so dass sexuelles Verhalten nicht als Lückenbüsser herhalten muss.
- Die Einrichtung ermöglicht den Bewohnern den Kontakt zu „Ersatzkuschelpartnern“ (z.B. Haustieren) oder sogar den Kontakt zu „Sexualhelferinnen“ (das sind Personen, die bereit sind, gegen Vergütung ausgewählte sexuelle Bedürfnisse behinderter Menschen zu befriedigen).
- Mögliche Auslösereize für sexuelles Verhalten werden ermittelt (z.B. aufreizende Kleidung, Kontakt mit Personen, die den Demenzkranken an eine frühere Liebe erinnern) und anschließend vermieden.

## 5.6 Kompliziertes Konfliktgeflecht für Pflegende

Für Mitarbeiterinnen von Einrichtungen stellt sich oft das Problem, dass sie innerliche Konflikte zwischen sehr unterschiedlichen Erwartungen aushalten bzw. austragen müssen, die an sie herangetragen werden und die oft nicht miteinander vereinbar sind. Beispiel: Die Mitarbeiterin orientiert sich an dem Anspruch, den Bewohnern die Möglichkeit zu geben, sich sexuell zu entfalten. Die Angehörigen der Bewohner haben diesbezüglich jedoch teilweise völlig andere Vorstellungen und Erwartungen, auf deren Einhaltung sie pochen. Der Mitarbeiterin ist bewusst, dass sie auch einzelne Bewohnerinnen vor möglichem Missbrauch schützen muss und dass die übrigen Bewohner durch mögliche sexuelle Aktivitäten einzelner nicht gestört werden dürfen. Gleichzeitig legt die Heimleitung größten Wert auf einen „störungsfreien Betrieb“ und einen guten Ruf, um auf Dauer wirtschaftlich bestehen zu können.

Nicht zuletzt gibt es Kolleginnen, die im Hinblick auf das Thema Sexualität im Heim völlig gegensätzliche Ansichten vertreten. Angesichts solch komplexer Situationen wird verständlich, dass es selten (eindeutig) „richtige“ Lösungen geben kann.

## **6. Sollte man in Einrichtungen für Demenzkranke Sexualität ermöglichen?**

Diese Frage wird sicherlich von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich beantwortet werden. Sie kann nämlich Konflikte mit Angehörigen heraufbeschwören, organisatorische Herausforderungen stellen, mit Kosten verbunden sein, beim Personal auf unterschiedliche Einstellungen stoßen und der religiösen Hintergrund des Hauses widersprechen. Entscheidet sich eine Einrichtung dafür, ihren demenzkranken Bewohnern das Erleben von Sexualität zu erleichtern, bieten sich folgende Ansatzpunkte an:

1. Entwicklung eindeutiger Richtlinien dazu, wie die Einrichtung und ihre Mitarbeiter mit dem Thema Sexualität umgehen wollen und werden
2. Offene Kommunikation im Team über sexuelle Fragestellungen (inkl. Ethik und Recht)
3. Training der Mitarbeiter im Umgang mit „sexuell problematischen Situationen“
4. Konsequentes Erfragen und Berücksichtigen der „Sexualbiografie“ der Bewohner, soweit dies möglich und ethisch vertretbar ist
5. Angebot von diskreten Rückzugsmöglichkeiten und Alternativen zu den mitunter „sexualunfreundlichen“ Pflegebetten
6. Erleichtern und Fördern von „Beurlaubungen“, damit auswärtige Partner besucht werden können
7. Angebot von Sexualberatung in der Einrichtung
8. Bereitstellung von Hilfsmitteln (Gleitgel, Kondome zwecks Infektionsverhütung, Vibratoren usw.) sowie von geeigneter Literatur und Filmen
9. Vermittlung von „Sexualhelferinnen“ / „Sexualbegleiterinnen“
10. Bereitschaft, kreativ und individuell Lösungen zu entwickeln (wie es etwa eine Einrichtung vormacht, die regelmäßig einen „Herrenabend“ anbietet, an dem männlichen Bewohnern Softpornos gezeigt werden)

Die Betrachtung „sexuell problematischer Situationen“ im Zusammensein mit Demenzkranken soll nicht abgeschlossen werden, ohne zu erwähnen, dass es wohl immer wieder auch vorkommt, dass professionell Pflegenden durch den Kontakt zu den Gepflegten sexuell erregt werden. Da dies zu den wohl stärksten Tabus gehört, wird darüber so gut wie nie offen kommuniziert. Zu dem schwierigen Thema kann zumindest der Gerontologe und Pflegewissenschaftler Erich Grond zitiert werden, der schreibt: „In dem Berührungsberuf Pflege kann die zunehmende Nähe nicht nur Sympathie-Empfindungen, sondern auch lustvolle Phantasien aufkommen lassen ... und den Wunsch verstärken, die Grenzen überschreiten und die Fantasien ausleben zu können .... hatten fast zwei Drittel der Pflegenden gelegentlich erotische Stimmungen ... Um die berufliche Karriere nicht aufs Spiel zu setzen, wird der zu Pflegende zum „Waschobjekt“ und die Pflegende zur „Schwester“ neutralisiert, aber nicht darüber gesprochen.“ ...„Pflegende sollten reflektieren, warum sie gerade jetzt und gerade durch diesen alten Menschen verführbar sind. Sind sie mit der eigenen Beziehung unzufrieden, um mit dem zu Pflegenden eigene Bedürfnisse zu befriedigen? Diese Pflegenden brauchen dringend eine Aussprache mit einem Kollegen / Kollegin oder Supervision...“

## **7. Rechtlich und ethische Fragestellungen**

Hier sei nur angedeutet, dass es eine solche Fülle an Fragestellungen gibt, die diesen Beitrag sprengen und einen eigenen Beitrag rechtfertigen würde. Typische Fragen lauten beispielsweise: Darf ich mit meinem Partner / meiner Partnerin weiterhin sexuell verkehren, wenn deren Demenz fortschreitet? Darf ich mich einem anderen Partner (sexuell) zuwenden, wenn die Demenz meines Partners weit fortgeschritten ist und er oder sie mich nicht mehr erkennt? Wie sollte eine Einrichtung verfahren, wenn zwei ihrer demenzkranken Bewohner gemeinsam im gleichen Bett angetroffen werden? Sonderfall: einer ist verheiratet. Muss die Einrichtung dann den gesunden Partner einweihen? Muss eine Einrichtung Demenzkranke vor sexuellen Avancen anderer Bewohner schützen?

Zur Beurteilung der „Einwilligungsfähigkeit“ Demenzkranker in sexuelle Handlungen werden unter anderem folgende Überlegungen vorgeschlagen (Joller et al. 2013): Ist sich der Kranke bewusst, dass es sich um einen sexuellen Kontakt handelt? Verwechselt er die andere Person vielleicht mit dem Ehepartner? Kann der Kranke ausreichend signalisieren, ob er einen sexuellen Kontakt überhaupt will und bis zu welcher Grenze ihm sexuelle Handlungen gegebenenfalls noch angenehm sind? Passt das sexuelle Verhalten zu früheren Vorstellungen und Werten im Hinblick auf Sexualität? Kann der Kranke Missbrauch selbst verhindern? Ist dem Kranken bewusst, dass eine neue (sexuelle) Beziehung vielleicht nur vorübergehend ist, und kann er beschreiben, wie er auf ein Ende der Beziehung reagieren würde?

Für eine diesbezüglich eher liberale Haltung plädieren Tarzia und Kollegen (2012). Sie weisen darauf hin, dass man „sexuelle Entscheidungen“ bei Demenzkranken weniger an den strengen Kriterien messen sollte, wie man sie vielleicht an einen riskanten operativen Eingriff stellen würde. Aus Sicht der australischen Wissenschaftler unterziehen sich auch gesunde Menschen vor sexuellen Handlungen selten einer solch strengen Prüfung. Genauso wie man Demenzkranke bedenkenlos zwischen verschiedenen Speisen wählen lässt (soweit dies geht), gebe es auch sexuell gefärbte Situationen, in denen man Demenzkranken ein ausreichendes Entscheidungsvermögen zubilligen könne. Es mache zudem nicht immer Sinn, sich auf frühere Einstellungen des Demenzkranken zu beziehen, da auch gesunde Menschen im Lauf ihres Lebens mitunter grundlegende Einstellungen und damit ihre Persönlichkeit verändern.

Bei ethisch-rechtlichen Fragestellungen der beschriebenen Art wird es (leider) eher selten eine eindeutige Antwort geben und muss letztlich eine sorgfältige Interessens- und Güterabwägung im betreffenden Einzelfall entscheiden. Dies macht die ohnehin anspruchsvolle Betreuung Demenzkranker keineswegs leichter.