

Sexuelle Gesundheit

Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?

Teil 2

Tagungsbericht 2017



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1030 Wien
Tel. +43 (1) 71100-0

Für den Inhalt verantwortlich:

MRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas, Leiterin der Sektion X des BMASGK

Autorinnen und Autoren:

Dr.ⁱⁿ Elia **Bragagna** | Mag.^a Dr.ⁱⁿ Doris **Bach** | Univ.-Profⁱⁿ. Dr.ⁱⁿ. Jutta **Fiegl** | Ursula **Frohner** | Michael **Hansal** | Ann-Marlene **Henning** | Mag. Wolfgang **Kostenwein** | Mag. Günther **Ochs** | Dr. Peter **Stippl** | Bettina **Weidinger** | Mag.^a Ingrid **Wilbacher**, PhD | Univ.-Profⁱⁿ. Dr.ⁱⁿ. Beate **Wimmer-Puchinger** | Anna **Wolfesberger**

Internet:

www.sozialministerium.at

Titelbilder:

Shutterstock

Erscheinung:

Februar 2018

Layout Umschlag:

Mag.^a Natascha Safarik

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe im Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Medien, wie zum Beispiel Internet oder CD-Rom. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Begleitwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir sind in der heutigen Zeit häufig mit gängigen Klischees rund um die Sexualität, die mediale Inszenierung und Kommerzialisierung der Sexualität sowie ihrer Tabuisierung konfrontiert. Für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ist es wichtig, eine ganzheitliche, integrative Sicht auf die Gesundheit zu fördern und insbesondere für eine Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der Gesellschaft in Bezug auf Sexualität in allen Lebensphasen als einen die Gesundheit beeinflussenden Faktor zu fördern. Die Förderung der seriösen Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität in einer alters- und zielgruppengerechten Weise soll zu einer schrittweisen Enttabuisierung des Themas beitragen.



© Johannes Zinner

Der Auftakt der Tagungsreihe „Sexuelle Gesundheit – Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitswesen?“ stand im letzten Jahr ganz im Zeichen medizinischer Aspekte der sexuellen Gesundheit im engeren Sinne. Der Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung zur sexuellen Gesundheit wurde im Sinne der umfassenden WHO-Definition von sexueller Gesundheit auf psychosoziale Aspekte der Sexualität über die gesamte Lebensspanne gelegt. Das emotionale, mentale und soziale Wohlbefinden in Bezug auf die Sexualität sollte dabei in jeder Lebensphase thematisiert werden, denn jede dieser wirft bezüglich Sexualität und sexueller Entwicklung potentiell neue Fragen auf.

Der Bogen wurde von unseren Referentinnen und Referenten im Rahmen der diesjährigen Veranstaltung daher von der kindlichen Sexualität über das Jugend- und Erwachsenenalter bis hin zur Sexualität im höheren Alter gespannt.

Ich freue mich, Ihnen mit dem vorliegenden Tagungsbericht die wichtigsten Ergebnisse der Tagung präsentieren zu dürfen. Mein besonderer Dank gilt dabei allen Personen, die an der Gestaltung dieser Tagung beteiligt waren.

Mag.^a Beate Hartinger-Klein

Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Programm	2
3 Beiträge	3
3.1 Sexuelle Gesundheit: Ist-Stand in Europa	3
3.2 "There is no health without sexual health"	7
3.3 „Sexuelle Identitätsbildung“	11
4 Podiumsdiskussion „Sexuelle Gesundheit zwischen Anspruch und Möglichkeit“	18
5 Sexualität in verschiedenen Lebensphasen	26
5.1 Geburt und Kindheit: „Doktorspiele sind das aber nicht! Kindliche Sexualität zwischen Pathologisierung und Verharmlosung“	26
5.2 Jugend: „Sex und andere Katastrophen - was Erwachsene glauben und Jugendliche wirklich denken“	33
5.3 Erwachsenenalter	36
5.3.1 „Bye, bye beauty queens: Werden Frauen je vom Objekt zum Subjekt?“.....	36
5.3.2 „Edler Ritter oder konturloser Waschlappen? Männlichkeit abseits gängiger Rollenbilder“	39
5.4 Alter: „Intimität- Sexualität-Tabuisierung im Alter“	51
6 „Gütesiegel Sexualität - in Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigung"	53
6 Ausblick	55
7 Literaturverzeichnis	56

1 Einleitung

Im Rahmen des vorliegenden Tagungsberichts sollen die wesentlichen Inhalte der diesjährigen Tagung „Sexuelle Gesundheit – Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitswesen? – Psychosoziale Aspekte im Lebensverlauf – Teil 2“, welche am 24. Oktober 2017 im Festsaal des ehemaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen stattfand, festgehalten werden.

Ziel dieser Tagung war es, das Bewusstsein hinsichtlich sexueller Gesundheit in Österreich zu erhöhen und insbesondere auch Vertreterinnen und Vertreter aller Gesundheits- und Sozialberufen anzusprechen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der Tagung in Form von Zusammenfassungen der Vorträge, der Podiumsdiskussion und des Interviews wiedergegeben.

Es besteht die Möglichkeit, eine Vielzahl der Power Point Präsentationen, die im Rahmen der Veranstaltung präsentiert wurden, auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz unter dem Link [https://www.bmgf.gv.at/home/sexuelle Gesundheit](https://www.bmgf.gv.at/home/sexuelle_Gesundheit) zu beziehen.

2 Programm

Sexuelle Gesundheit - Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem? - Psychosoziale Aspekte im Lebensverlauf - Teil 2

24. Oktober 2017, 10.00 Uhr – 16.30 Uhr,
im Festsaal des BMGF, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Tagungsprogramm

- 9.30 – 10.00 **Registrierung und Kaffee**
- 10.00 – 10.15 **Eröffnung**
- 10.15 – 10.45 **Vortrag** – Sexuelle Gesundheit: Ist-Stand in Europa – Elia Bragagna für Gunta Lazdane
- 10.45 – 11.15 **Vortrag** - “There is no health without sexual health” – Elia Bragagna
- 11.15 – 11.45 **Interview** - „Sexuelle Identitätsbildung“ – Ann-Marlene Henning
- 11.45 – 12.00 **Kaffeepause**
- 12.00 – 13.00 **Podiumsdiskussion** - „Sexuelle Gesundheit zwischen Anspruch und Möglichkeit“ –
Ursula Frohner , Jutta Fiegl, Günther Ochs , Peter Stippl, Ingrid Wilbacher,
Beate Wimmer-Puchinger
- 13.00 – 13.45 **Mittagessen**
- 13.45 – 16.15 **Vorträge** - Sexualität in verschiedenen Lebensphasen
Chair: Ingrid Wilbacher, Hedwig Wöfl
- Geburt/Kindheit:**
„Doktorspiele sind das aber nicht! Kindliche Sexualität zwischen Pathologisierung und
Verharmlosung“ - Bettina Weidinger
- Jugend:**
„Sex und andere Katastrophen - was Erwachsene glauben und Jugendliche wirklich
denken“ - Michael Hansal
- Erwachsenenalter:**
„Bye, bye beauty queens: Werden Frauen je vom Objekt zum Subjekt?“ -
Beate Wimmer-Puchinger
„Edler Ritter oder konturloser Waschlapen? Männlichkeit abseits gängiger Rollenbilder“ -
Wolfgang Kostenwein
- Alter:**
„Intimität- Sexualität-Tabuisierung im Alter“ - Doris Bach
- 16.15 – 16.30 **Vortrag** - „Gütesiegel Sexualität - in Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigung“ -
Anna Wolfesberger
- 16.30 **Ausblick** - Magdalena Arrouas
- Moderation:** Joy Ladurner

3 Beiträge

3.1 Sexuelle Gesundheit: Ist-Stand in Europa



Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna

Allgemeinmedizin/Sexualmedizin | Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik (ÖAGG)
| Psychotherapeutin | Sexualtherapeutin

Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna in Vertretung von Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gunta Lazdane

Diesen Vortrag wollte ursprünglich Frau Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Gunta Lazdane, Leiterin des Programms „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ an der Abteilung für nichtübertragbare Krankheiten des WHO-Regionalbüros für Europa halten. Sie war leider krankheitshalber verhindert. In einem Skype-Gespräch legte sie folgende Punkte dar, die sie in ihrem Vortrag gerne vermittelt hätte.

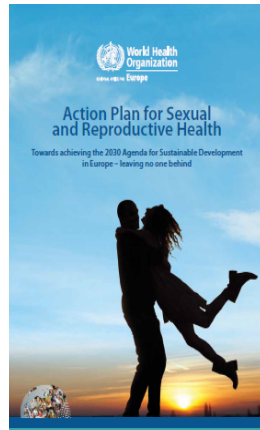
1. Die WHO hat eine genaue Definition für sexuelle Gesundheit [1]:

„Die sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität, und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen.“

„Sie erfordert einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexueller Beziehung, ebenso wie die Möglichkeit genussvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu erleben, frei von Zwängen, Diskriminierung und Gewalt.“

„Um sexuelle Gesundheit erreichen und beibehalten zu können, müssen die sexuellen Rechte aller Personen respektiert, geschützt und erfüllt werden.“

Diese Vorgaben in all den Mitgliedsländern der WHO durchzubringen ist ein schwieriges, beinahe unmögliches Vorhaben, das viel Geduld und diplomatisches Geschick braucht. Im Jahr 2016 legte das Regionalbüro für Europa einen Aktionsplan für die sexuelle und reproduktive Gesundheit vor, um den Vorgaben dieser Definition nachzukommen (Action Plan for Sexual and Reproductive Health 2016 - towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind) [2]. Es dauerte allerdings 2 Jahre, bis zur Fertigstellung des Aktionsplans.



[3]

Wie schwierig die Umsetzung war, lässt sich erahnen, wenn man sieht, welche Länder zur Region Europa gehören.

Albanien, Andorra, Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Zypern, Dänemark, Deutschland, Estland, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Finnland, Frankreich, Großbritannien und Nordirland, Georgien, Griechenland, Holland, Island, Irland, Israel, Italien, Kroatien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Monaco, Montenegro, Norwegen, Polen, Portugal, Österreich, Moldawien, Rumänien, Republik Tschechien, Russland, San Marino, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Ungarn, Ukraine, Usbekistan.

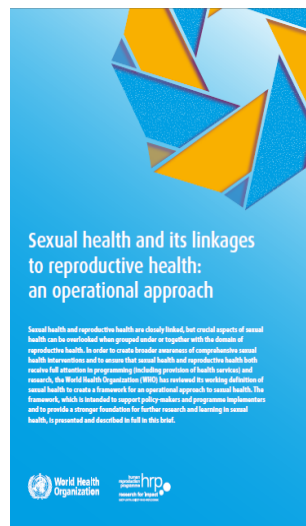
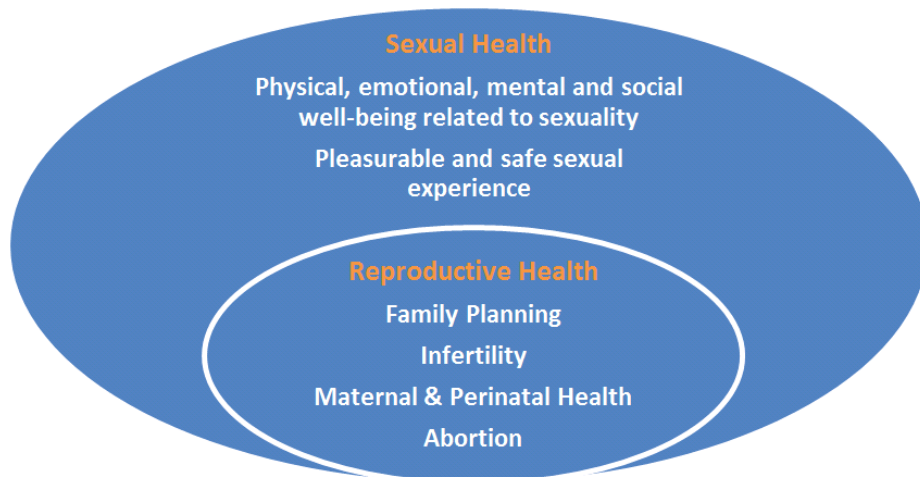
Mit Irland konnte man zum Beispiel über sexuelle Gesundheit reden, jedoch nicht über reproduktive Gesundheit, wegen des Themas „Abtreibung“. Die Schweiz wiederum legte den Schwerpunkt auf sexuell übertragbare Erkrankungen. Die skandinavischen Länder, Deutschland, Österreich, Holland, Frankreich und einige mehr hätten gerne den Fokus auf das sexuelle Wohlbefinden gelegt.

Für manche Staaten wäre es undenkbar gewesen, dafür eine offizielle Stellungnahme zu bekommen. Die asiatischen Länder wollen auf keinen Fall über sexuelle Gesundheit reden, denn das ist für sie ein TABU. Manche Länder wollten im Dokument nichts Positives über Sexualität stehen haben.

Den „Action Plan for Sexual and Reproductive Health“ haben Ungarn, Polen und die Türkei nicht mitgetragen, haben aber den anderen Staaten ermöglicht dieses Papier zu unterzeichnen.

2. Reproduktive Gesundheit als Teilaspekt der sexuellen Gesundheit

Unter diesen schwierigen Bedingungen versucht die WHO, mit einem Kunstgriff die Themen „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ zu verbinden, indem sie definiert, dass die reproduktive Gesundheit mit ihren Schwerpunkten ein Teilaspekt der sexuellen Gesundheit ist. Jedes Mitgliedsland kann dann entsprechend den eigenen Bedürfnissen die passenden Entwicklungsschritte setzen.



WHO-Hauptquartier 2017 [4]

3. Fundiertes Wissen um das Thema Sexuelle Gesundheit ist ein MUSS

Nur wenn ein fundiertes Wissen um das Thema sexuelle Gesundheit vorhanden ist, kann altersadäquat Wissen dazu vermittelt werden. Leider ist es in sehr vielen Ländern Europas noch nicht der Fall. Das WHO-Regionalbüro für Europa und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung haben allerdings im Jahr 2011 dazu Richtlinien zur Sexualaufklärung erstellt. Diese sind als Broschüre online abrufbar.

EU-Standards in Sexual Education 2011 - Federal Centre for Health Education (BZgA) [5]



4. Pflichten der Unterzeichner des Aktionsplans 2016

- Jedes EU Land, das den Aktionsplan unterschrieben hat, muss dafür sorgen, dass Betroffene Zugang zu sexualmedizinischen und sexualtherapeutischen Gesundheitseinrichtungen haben.
 - Es ist aber leider eine Tatsache, dass es diesen Zugang in vielen EU-Ländern nicht gibt.
- Jedes EU Land, das den Aktionsplan unterschrieben hat, muss dafür sorgen, dass MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen befähigt sind, das Thema „sexuelle Gesundheit“ fundiert abzudecken.
 - 2017 kommen WHO EU Richtlinien dazu heraus: Training of Sexuality Educators

5. Folgende Themen verdienen dabei besondere Beachtung

Die sexuelle Gesundheit von Älteren, Homo-Bi-Trans-Intersexuellen, Behinderten, ökonomisch Benachteiligten, institutionalisierten Personen, HIV-Erkrankten, Sex-ArbeiterInnen, Drogenabhängigen, AsylantInnen, MigrantInnen.

Für AsylantInnen und MigrantInnen wurde dafür extra von deutschen und belgischen SpezialistInnen eine Homepage in 13 Sprachen zu folgenden Themen erstellt:

Körper, Familienplanung und Schwangerschaft, Infektionen, Sexualität, Beziehungen und Gefühle, Rechte und Gesetze [6].

3.2 “There is no health without sexual health“



Dr. in Elia Bragagna

Allgemeinmedizin/Sexualmedizin | Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik (ÖAGG)
| Psychotherapeutin | Sexualtherapeutin

Der Titel des Vortrags erinnert unweigerlich an die Aussage des ersten WHO-Generaldirektors Dr. Brock Chisholm im Jahr 1954: “Without mental health there can be no physical health”. Zusätzlich existiert zwischen beiden Aussagen ein bisher meist ignoriertes Zusammenhang.

Zum einen leiden 69% der Männer und Frauen, die an einer Depression erkrankt sind, auch an irgendeiner Sexualstörung [7], zum anderen wirken sich Erkrankungen negativ auf die psychische Gesundheit aus. Psychische Erkrankungen beeinflussen wiederum den allgemeinen Gesundheitszustand und das hat, wie wir später sehen können, in einem hohen Maße Sexualstörungen zur Folge.

Zum Beispiel haben PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 im Vergleich zu Gesunden eine zwei Mal höhere Wahrscheinlichkeit, an Depression zu erkranken [8]. Depressive DiabetikerInnen fällt es schwerer, sich um ihre Gesundheit zu kümmern [9]. Depressive haben ein signifikant höheres Risiko, adipös zu werden [10].

Circa 50% der Krebserkrankten leiden an einer psychiatrischen Erkrankung (Depression, Angstzustände...) [11]. Eine antidepressive Behandlung kann die Überlebenszeit verlängern [12]. Depressive PatientInnen haben im Vergleich zu Gesunden ein mehr als zweifaches Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden [13]. Zusätzlich erhöht eine Depression das Risiko, an einer Herzerkrankung zu sterben [14]. Adipöse PatientInnen neigen im Vergleich zu nicht fettleibigen Personen doppelt so häufig dazu, eine Depression zu entwickeln [15]. PatientInnen mit sexualrelevanten Erkrankungen leiden oft an psychiatrischen Begleiterkrankungen [16].

Somatische Erkrankungen mit Prävalenz komorbider, depressiver Erkrankungen

Erkrankungen	Prävalenz
Chronische Nierenerkrankung	20 – 30%
Morbus Alzheimer	30 – 50%
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	14 – 19%
Morbus Parkinson	4 – 75%
Schmerz	30 – 54%

Eine ungestörte Sexualfunktion braucht ein somato-psycho-soziales Gleichgewicht, das durch sexualrelevante Erkrankungen, wie sie oben genannt wurden, gestört werden kann.

Somatische Voraussetzungen für eine ungestörte Sexualität

Es sollten die körperlichen Strukturen, welche die Sexualreaktion ermöglichen, intakt sein. Diese sind das **ZNS** als die Schaltstelle der Sexualität, die peripheren **Nervenstrukturen** als Leitungsbahnen von und zum ZNS, welche die Sinneseindrücke weiterleiten, **genitale Strukturen, Blutgefäße, Hormone** und **Transmitter**, welche die Sexualreaktion modulieren. Neben diesen spezifischen Strukturen für die Sexualreaktion sollte die **Muskulatur des Körpers** (inkl. die der genitalen Strukturen) intakt sein, damit man überhaupt sexuelle Bewegungen ausführen und diverse Stellungen einnehmen kann.

Sexualrelevante Erkrankungen

Die genannten Strukturen können durch sexualrelevante Erkrankungen verändert oder sogar zerstört werden. Zu diesen Erkrankungen gehören:

- kardiovaskuläre Erkrankungen
- urogenitale/gynäkologische Erkrankungen
- metabolische Erkrankungen
- endokrine Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- psychiatrische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- dermatologische Erkrankungen
- gastroenterologische Erkrankungen
- Infektionskrankheiten uvm.

Wenn all diese Erkrankungen einen negativen Einfluss auf die Sexualität haben können, dann ist es doch von enormer Wichtigkeit zu wissen, wie es um die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung bestellt ist.

Wie gesund ist die österreichische Bevölkerung?

Über ein Drittel der über 15-jährigen (Frauen 38,6 %, Männer 33,2 %) leiden an chronischen Erkrankungen, wobei chronische Erkrankungen mit dem Alter zunehmen. Frauen sind in allen Altersgruppen stärker betroffen [17]

Im Grundsatzpapier der Europäischen Ministerkonferenz der WHO aus dem Jahr 2008 zum Thema „Gesundheitssysteme“ steht, dass mit folgenden chronischen Erkrankungen in Zukunft am häufigsten zu rechnen sein wird [18]:

Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Diabetes, Krebs, psychische Gesundheitsprobleme. **Zum Hauptverursacher dieser chronischen Erkrankungen zählt das metabolische Syndrom.** In Österreich erfüllen sehr viele Menschen die Kriterien des metabolischen

Syndroms. Waren im Jahr 2012 laut dem österreichischen Ernährungsbericht 12,2% der ÖsterreicherInnen übergewichtig [19], so sind es laut dem diesjährigen OECD-Bericht schon 14,7% [20]. Circa 430.000 ÖsterreicherInnen sind an Diabetes mellitus erkrankt [21], ca. 360.000 (jede 5. Person ab 15) an Hypertonie [22] und 3 Millionen an Hypercholesterinämie [23].

Metabolisches Syndrom und die Folgen

Die Risikofaktoren Alter, Adipositas, Diabetes, Hyperurikämie, Hypertonie, Hyperlipidämie und Rauchen führen über Sauerstoffradikale zu oxydativem Stress und **endothelialer Dysfunktion**. Das bewirkt eine verminderte NO-Produktion und in der Folge eine Vasokonstriktion, Thrombozytenaggregation, Proliferation glatter Muskelzellen und Atherosklerose. Während die meisten sich bewusst sind, dass dies zu kardiovaskulären Erkrankungen führen kann, wissen die wenigsten, dass sich diese Gefäßveränderungen auch in den Genitalen bemerkbar machen können; beim Mann in Form einer Erektionsstörung, bei der Frau als Lubrikationsstörung.

In Österreich gibt es jährlich 37.067 **Krebs-Neuerkrankungen** (17.769 Frauen, 19.298 Männer). Brust-Krebs ist mit 5.434 bzw. 30% die häufigste aller weiblichen Krebserkrankungen [24]. Bei den Männern führt das Prostata-Karzinom mit 4881 bzw. 25% aller männlichen Krebserkrankungen [25]. 18% der Frauen und 12% der Männer leiden an einer milden Form der Depression [26].

Operationen, Traumata, Bestrahlungen und Medikamente gegen sexualrelevante Erkrankungen können die intakten Strukturen beeinträchtigen.

Medikamentenkonsum der ÖsterreicherInnen

Laut dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden in Österreich 2014 mehr als 121 Mio. Arzneimittelverordnungen eingelöst. Führend waren dabei Medikamente gegen kardiovaskuläre Erkrankungen und Psychopharmaka [27].

Prävalenz sexueller Probleme bei chronisch kranken PatientInnen

Männer mit Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK) leiden zu 70,6% an Erektionsstörungen [28], Frauen mit metabolischem Syndrom zu 37,9% an irgendeiner Sexualstörung [29]. Frauen mit Diabetes Mellitus leiden zu 70% an irgendeiner Sexualstörung, Männer zu 69% [30]. Hypertonie verursacht bei 68% der Frauen Lustlosigkeit, bei 41% Lubrikationsstörungen und bei 56% genitalen Sexuelschmerz [31]. Bei Männern verursacht sie zu 51% Erektionsstörungen [32]. Depressionen lösen laut einer Studie mit 4557 TeilnehmerInnen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu 69% irgendeine Sexualstörung aus [33].

Prävalenz sexueller Probleme nach Operationen

Nach einer radikalen Prostatektomie ist mit 80 – 100% Erektionsstörungen zu rechnen, nach einer nervenschonenden Prostatektomie mit 37 – 67% [34]. 6 Monate

nach Brustamputation leiden noch 50% der Frauen an Lustlosigkeit und Orgasmusproblemen [35].

Sexualität als „Beschützerin“ der Gesamtgesundheit?

Veränderungen an den Strukturen der Sexualfunktion durch Erkrankungen können zu Beeinträchtigungen der Sexualfunktion führen und zwar oft schon geraume Zeit bevor sich der Betroffene überhaupt bewusst ist, an einer systemischen Erkrankung zu leiden.

Die Wenigsten wissen, dass 3 – 8 Jahre vor einem kardialen Ereignis eine endotheliale Dysfunktion sich als Erektions- oder Lubrikationsstörung bemerkbar machen kann [36]. Genauso können sich Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Hyperurikämie, Hypertonie, Multiple Sklerose, diverse onkologische Erkrankungen uvm. oft als erstes Vorzeichen mit dem Symptom einer Sexualstörung präsentieren. Geschulte ÄrztInnen könnten somit über die sexuelle Gesundheit die Gesamtgesundheit schützen, indem sie rechtzeitig Gegenmaßnahmen ergreifen.

Genauso wie bei der Gesamtgesundheit können Sexualstörungen auch ein Indiz dafür sein, dass in Beziehungen ungelöste Probleme oder schwerere psychosoziale Belastungen vorliegen.

Aus dem Gesagten ist zu verstehen, warum die Empfehlungen der WHO aus dem Jahr 2000 - „*Sexuelle Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit sein*“ – so wichtig ist [37].

Prävalenz sexueller Probleme in der Allgemeinbevölkerung

Wie wichtig die Forderung der WHO ist, das Thema sexuelle Gesundheit in den ärztlichen Arbeitsalltag einzubauen, zeigen auch die Daten einer weltweit durchgeführten Studie. Auf die Frage: „*Hatten sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Probleme, die länger als 2 Monate andauerten?*“ antworteten 39 % der Männer und 46 % der Frauen mit „Ja“ [38].

Österreich hat sich verpflichtet

Mit der Unterzeichnung des „Action Plan for Sexual and Reproductive Health 2016“ hat sich Österreich unter anderem zu folgenden Zielen verpflichtet:

Ziele 1. 2; 1.3; 2.1; 3.2; 3.3:

„*Jedes EU Land, das den Aktionsplan unterschrieben hat, muss dafür sorgen, dass MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen befähigt sind, das Thema sexuelle Gesundheit fundiert abzudecken* [39].“

Der Aktionsplan 2016 nimmt damit die Empfehlungen der WHO aus dem Jahr 2000 (Strategie 5.3/4) in seinen Forderungskatalog auf:

„*Promote Forschungsergebnisse aus dem Gebiet der Sexualwissenschaft quer durch verschiedene Disziplinen.*“

„*Stelle sicher, dass das Wissen adäquat weitergegeben wird, damit wissenschaftlich fundiert gearbeitet werden kann.*“

3.3 „Sexuelle Identitätsbildung“



Ann-Marlene Henning

Psychologin | Sexologin | Paar-Therapeutin | Psychotherapeutische Heilpraktikerin | Autorin

im Gespräch mit



Mag.ª Joy Ladurner, MSc

Moderatorin | wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Gesundheit Österreich GmbH | Autorin

Zusammenfassung

Ann-Marlene Henning ist in Dänemark geboren und aufgewachsen. Diese Tatsache hat sie ihrer Meinung nach auch in Bezug auf ihren Zugang zur Sexualität sehr geprägt, denn in Dänemark wurde in den damaligen Medien bereits sehr frei über Sexualität berichtet. Die Bevölkerung wurde umfassend aufgeklärt und es gab schon für kleine Kinder Fernsehsendungen zu den Themen des Lebens, also auch zur Sexualität. Auch der Zugang zur Pornographie war wesentlich entspannter und an dänischen Stränden wurde die Freikörperkultur mit einer erfrischenden Selbstverständlichkeit gelebt.

Für Ann-Marlene Henning ist Vielfältigkeit in Bezug auf das Thema Sexualität essentiell, was sich auch in ihrem beruflichen Werdegang widerspiegelt. Sie studierte zunächst Neuropsychologie an der Universität Hamburg und anschließend Sexual- und Paartherapie in Dänemark, um sich dann in der Schweiz dem Konzept Sexocorporel zu widmen und eine Ausbildung zur Psychotherapeutin abzuschließen. Derzeit absolviert Ann-Marlene Henning das Masterstudium der Sexologie an der Hochschule Merseburg (Sexuelle Gesundheit und Sexualberatung; Master of Art.)

Neben ihren vielfältigen Ausbildungen sind es nach Meinung von Henning aber nicht zuletzt ihre eigenen, nicht immer nur guten Lebenserfahrungen, die ihr den in ihrem Job nötigen Zugang zu Körper, Geist und Seele ermöglicht.

In der Öffentlichkeit nutzt Ann-Marlene Henning unterschiedliche Kanäle, um möglichst viele Menschen erreichen zu können. Sie schreibt unter anderem derzeit an ihrem 5. Buch, hat einen sexologischen Vlog [40], eine eigene ZDF-Sendung („Make Love – Liebe machen kann man lernen“ – mit bislang 16 Folgen), hält Vorträge, schreibt Artikel und gibt Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen u.a. Gynäkologen oder Urologen. Mit Hilfe dieser Sprachrohre möchte Henning

kontinuierlich aufzeigen, dass es in jedem Fall möglich ist, in einer entspannten und manchmal humorvollen Sprache und mit fachlicher Kompetenz über das Thema Sexualität in all seinen Facetten zu sprechen.

Als Sexualtherapeutin stellt Henning immer wieder fest, dass ÄrztInnen oft wenig über diesen Beruf wissen und selbst auch zu wenig über den fachlichen Hintergrund vieler klinischer Störungen gelernt haben. Viele ÄrztInnen besitzen weder die benötigten „Werkzeuge“, noch haben sie die Zeit, ausführlich mit den PatientInnen zu arbeiten. Dieselben berichten auch, dass es ihnen häufig ohnehin schwerfällt, mit PatientInnen über Sexualität zu sprechen. Laut Henning würden alle Beteiligten davon profitieren, wenn ÄrztInnen wüssten, wohin sie ihre PatientInnen bei sexuellen Problemen verweisen könnten. Klar ist dabei allerdings, dass diese Kosten für die PatientInnen nicht übernommen werden, weil diese Leistungen nicht mehr durch Arzt oder Ärztin erbracht werden. Die Nachfrage nach Sexualtherapeuten ist schon groß, könnte aber laut Henning noch erheblich größer sein, denn laut ihrer Erfahrung denken erschreckend viele Menschen immer noch, wenn mit ihnen in sexueller Hinsicht etwas nicht stimmt, dass sie nichts dagegen machen könnten.

Ann-Marlene Hennings erstes Buch mit dem Titel „Make Love – Aufklärung für Jugendliche“ fand nicht nur bei Jugendlichen großen Anklang, sondern auch bei deren Eltern, die sich häufig erstaunt gegenüber Henning äußerten, dass ihre Kinder mit ihnen nach dem Lesen des Buches tatsächlich über Sex gesprochen hätten. Henning reagierte auf das gesteigerte Interesse der Eltern prompt mit ihrem 2. Buch, „Make More Love – Aufklärung für Erwachsene“, denn „kaum jemand nutzt sein erotisches Potential aus“, so Henning.

Der Frage, wie sie mit jungen Leuten zum Thema Sexualität spricht, erwidert sie mit einem spontanen „wie immer eigentlich mit jedem – entspannt und fachlich fundiert, wie ich hoffe – ich habe nur eine Art zu reden“.

In einer Rolle als „Fernsehpromi“ nimmt sich Henning selbst gar nicht wahr, denn „auch in diesen Kreisen ist es tabu, was ich mache“. Henning berichtet, dass die Menschen Abstand zu ihr nehmen und sie auf viele Veranstaltungen gar nicht erst eingeladen wird. Oft stehe sie am Ende einer Talkshow oder anderen Veranstaltung alleine mit ihrem Drink in der Ecke, weil viele im Endeffekt nicht mit ihr assoziiert werden möchten oder befürchten, auf sexuelle Dinge angesprochen zu werden, was sie aber von sich aus nie machen würde, so Henning.

In Talkshows fällt Henning auf, dass das Thema Sexualität immer ganz zum Schluss behandelt wird, damit die Quote hoch bleibt, denn Sex interessiert alle. „Bis zum bitteren Ende“, wie Henning sagt, denn das dann aufkommende Gespräch ist häufig von Platituden und Klischees überfrachtet, sodass eine ruhige und normale Diskussion so gut wie nicht möglich sei. Ganz im Sinne einer „Talk-Show“! Auch wird durch die vielen Unterbrechungen und die für ein ernsthaftes Gespräch fehlende Contenance der anderen Gäste, der Moderation und des Publikums, („zum Thema Sexualität hat wirklich jeder etwas zu sagen“) ihre eigene Redezeit enorm gekürzt –

und diese ist ohnehin nur ca. 12-15 Minuten pro Gast. Henning nimmt an dieser Art von „Show“ nur teil, weil es eine gute Plattform ist, Menschen auf ihre Bücher aufmerksam zu machen und auch manchmal doch noch die eine oder andere kurze Botschaft an die Öffentlichkeit zu bringen.

Sexuelle Identitätsbildung

Was ist eigentlich die sexuelle Identität?

„Es gibt keine einheitliche Definition, aber wir haben alle eine solche Identität“, so Henning. Henning zitiert weiter einen Ausschnitt der Definition der sexuellen Identität der Universität Freiburg: „Das Geschlecht eines Menschen sowie seine Sexualität tragen neben seiner Herkunft, seinem Alter oder seiner Weltanschauung maßgeblich zur Ausbildung einer Identität bei. Der Begriff "geschlechtliche Identität" bezeichnet das elementare Selbstverständnis über das geschlechtliche Wesen eines Menschen. Grundlegend dabei ist, wie ein Mensch sich selbst wahrnimmt und von anderen wahrgenommen werden will [...].“ [41].

Laut Ann-Marlene Henning fängt die Bildung der sexuellen Identität schon sehr früh mit dem Entdecken, Spüren und Mögen des eigenen Körpers an. Sexuelle Identität ist nicht angeboren, sondern erlernt und entwickelt sich über die gesamte Lebensspanne in Verbindung mit prägenden Erlebnissen weiter. Der nahen Umwelt wie Eltern, Freunden, Kindergarten und Schule kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

Henning zeigt zwei Grafiken eines Homunkulus und seinem weiblichen Pendant, der Femunkula, die von ihrem Lebensgefährten, dem Illustrator Louis Harrison, gezeichnet wurden. Sie berichtet dabei über die Wichtigkeit, bereits Kindern die Chance zu geben, die Lust an der Berührung zu erlernen bzw. diese nicht, durch die unangenehmen Reaktionen der nahen Bezugspersonen negativ zu verknüpfen und so quasi den Berührungs- und Spürspaß zu verlernen, sondern ihnen Synapsen die Möglichkeit zu geben, Verbindungen zu schließen, die lustvoll sind.

Das eigene Geschlecht und der eigene Körper spielen bei der sexuellen Identität eine große Rolle. Den Körper und dessen Funktion kennen, sich selbst annehmen, spüren und wahrnehmen, sich gerne zeigen und anschauen lassen, und auch seine Bedürfnisse kennen und äußern können – dies alles gehört zur sexuellen Identität. Das genitale Selbstbild, GSI (Genital Self Image), spielt laut Untersuchungen eine große Rolle für das Erleben von Sexualität, also dafür, ob jemand Sexualität mit guten oder schlechten Gefühlen verbindet, und ist somit auch für die sexuelle Gesundheit wichtig. Besonders bei Frauen gibt es sehr direkte Zusammenhänge.

Henning erklärt, dass es vielleicht noch relativ einfach ist, zu sagen, man sei ein Mann oder eine Frau (Rollenverständnis) und man reagiere auf Männer und/oder Frauen (Sexuelle Präferenz), aber sie fordert das Publikum auf, sich auch zu einigen weiteren Fragen, die man sich im Zuge der Suche nach seiner sexuellen Identität stellen kann, Gedanken zu machen:

Henning liest einige ihrer gesammelten Fragen vor:

Wie fühle ich mich in meinem Körper? Was habe ich heute gewählt anzuziehen? Wen habe ich heute Morgen wie angeschaut? Habe ich meine Brüste gesehen? Meine Vulva? Meinen Penis? Meinen Hintern? Den ganzen Körper, vor der Dusche? Hat mich jemand gesehen? Halbnackt beim Zähneputzen oder in der Bahn? Habe ich vielleicht gestern masturbiert? Oder Sex mit jemandem gehabt? Warum? Was war mein Bedürfnis dahinter? Wie ist es dazu gekommen? Wurde ich verführt? Verführte ich? Was war der Auslöser? Habe ich sexuelle Erregung gespürt? Worauf reagiere ich eigentlich genau? Was erregt mich? Bekomme ich einen Höhepunkt? Nicht zu langsam, nicht zu früh. Ist mir dieser eventuell gar nicht wichtig? Oder besonders wichtig? Mag ich, als Frau oder Mann, wenn der Penis in mich eindringt? Mag ich es, meine Frau oder meinen Mann zu penetrieren? Lege ich Wert darauf oder ist es mir nicht so wichtig? Zeige ich mich gerne nackt, und besonders, wenn ich sexuell erregt bin? Darf ein anderer mich dabei sehen? Oder, schäme ich mich etwa sehr dabei? Mache ich das Licht aus? Oder vielleicht gerade an? Mag ich das Geschlechtsteil meines Partners? Mag ich verschiedene sexuelle Techniken? Oral? Anal? Küssen? Habe ich einen Fetisch? Stehe ich auf Blümchensex? Habe ich Sex für diesen anderen? Für mich? Für beide? Spüre ich die Erregung in meinem Genital, in meinem Geschlecht? Stelle ich dabei emotionalen Kontakt her? Kann ich mich fallen lassen? Mich mit dem anderen in Leidenschaft verbinden?

Die Liste ginge laut Henning unendlich weiter und all die persönlichen Antworten auf diese Fragen wären dabei Teil der sexuellen Identität eines Menschen.

In der Frage wie Menschen ihre sexuelle Identität wahrnehmen gibt es große Geschlechterunterschiede. Frauen haben laut Henning „blinde Flecke“ was ihr „Unten“ angeht, Männer haben diese „blinden Flecke“ eher „oben“. Die Unterschiede entstehen dadurch, dass den Geschlechtern sehr früh und fortwährend bestimmte Fähigkeiten und auch „No-Gos“, sogenannte Gender-Rollen auf den Leib geschrieben werden.

Frauen würde dabei häufig generell die sexuelle Lust und/oder eine eigene Sexualität abgesprochen, geschweige denn dürften Frauen ihre eigene Sexualität genießen, ohne gleich als „Schlampe“ wahrgenommen zu werden. Frauen seien in den Augen vieler für die Sexualität ihres Partners zuständig.

Henning berichtet, dass speziell Frauen häufig von Kindheit an vermittelt wird, dass ihr Genital etwas Schmutziges, Abzulehnendes ist. Geschildert wird ein Aufklärungsfilm, in dem eine Moderatorin zuerst an einem Mann, der aus der Dusche steigt, die Genitalien erklärt und die Geschlechtsteile des Mannes dabei anfasst. Als die Moderatorin anschließend die weiblichen Genitalien an einer Frau erklären soll, trägt sie lange violette Abwaschhandschuhe, während sie die Geschlechtsteile der Frau berührt. Dabei kommen folgende Fragen auf: 1) Ist das weibliche Genital dreckig? 2) Oder besonders empfindlich? 3) In welche Richtung sollen die Handschuhe wirken? Dies ist laut Henning ein weiteres Beispiel von vielen, in denen Frauen alltäglich vermittelt wird, dass mit ihrem Genital etwas nicht in Ordnung ist. Henning stellt kurz eine Untersuchung vor:

Untersuchung: *"International Vaginal Dialogue Survey"*. Die Ergebnisse dieser Internationalen Befragung brachte Erstaunliches zu Tage.

Insgesamt nahmen 9441 Frauen aus 13 Ländern an der Studie teil.

- **47 Prozent** haben Zweifel wegen der Größe.
- **61 Prozent** der Frauen haben Bedenken, was das Aussehen angeht.
- **28 Prozent** der Frauen gaben an, dass Ihnen als Kind beigebracht wurde, dass es **"schmutzig, unsauber oder böse"** sei, die Vagina zu berühren.
- **Mehr als 47 Prozent** der Frauen vertreten die Ansicht, dass die Vagina der Körperteil ist, über den sie am wenigsten Bescheid wissen.
- Es sind gesellschaftliche Tabus, so glauben über drei Viertel der Frauen, die für ihre Unwissenheit verantwortlich sind. [42]

Männer hingegen bekämen von Anfang an zwar weniger negative Verstärkung bezüglich ihres Genitals, allerdings wird ihnen vermittelt, sie hätten kaum Gefühle, reagierten (gewissermaßen angeboren auf Grund der Gehirnunterschiede!) emotional weniger stark ausgeprägt als Frauen, könnten Menschen schlechter „lesen“ als Frauen und müssten fortwährend stark und beherrscht sein.

Henning wendet gegenüber dem Vorurteil, Männer hätten von Natur aus nicht so viel Empathie wie Frauen, ein, dass es hierzu neuropsychologisch keine bestätigten Geschlechterunterschiede gibt. Männer hätten es ihrer Meinung nach höchstens gelernt, dem „Gelesenen“ weniger Bedeutung beizumessen, auch generell nicht über Gefühle zu reden oder darauf zu reagieren, weil ihnen in unserer Gesellschaft vermittelt wird, dass dies nicht ihrer sozialen Rolle entspräche. Dieses Verhalten würde durch Sprichwörter wie „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder „Echte Männer weinen nicht“ verstärkt. Sie lernen ihren Körper weniger wahrzunehmen.

Auch soziopolitische Faktoren wirken laut Ann-Marlene Henning auf die sexuelle Gesundheit ein und sie nennt dabei insbesondere die Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie, denn „zwischen Frauen und Männern gibt es nur Verbesserungen im Rollenverständnis bis die Kinder kommen“. Der Staat unter dem politischen Willen könne vieles beeinflussen von Männerteilzeit über Zugang zur Pille bis zu den rechtlichen Bedingungen für Abtreibungen, um nur einige zu nennen.

Ann-Marlene Henning blickt in diesem Zusammenhang eher besorgt in die Zukunft, denn Parteien, die in Deutschland derzeit Mitspracherecht erlangt hätten, führten möglicherweise vieles wieder zurück, was schon fortschrittlicher war.

Henning berichtet selbst, bereits angegriffen worden zu sein, als sie mit Jugendlichen (16-18) über Sex redete, dies im Rahmen emanzipatorischer Aufklärung an einem Gymnasium.

Neben der Politik werden sexuelle Identitätsbildung und Rollenverständnis heutzutage auch stark durch die Medien geprägt. Die Problematik des Rollendenkens in unserer Gesellschaft untermalt Henning mit folgendem Text:

„Für jedes Mädchen, das es leid ist, sich schwach zu geben, wenn es eigentlich stark ist, gibt es einen Jungen, der es leid ist, sich stark zu geben, wenn er sich verletzlich fühlt.

Für jeden Jungen, von dem stets erwartet wird, dass er alles zu wissen habe, gibt es ein Mädchen, das es leid ist, dass niemand ihrer Intelligenz vertraut.

Für jedes Mädchen, das nicht länger als überempfindlich gelten will, gibt es einen Jungen, der sich nicht traut einfühlsam zu sein oder zu weinen.

Für jeden Jungen, der seine Männlichkeit in dauerndem Wettbewerb unter Beweis stellen muss, gibt es ein Mädchen, das als unweiblich gilt, wenn es daran teilnimmt.

Für jedes Mädchen, das ihr Puppenhaus rausschmeißt, gibt es einen Jungen, der sich wünscht, eines zu finden.

Für jeden Jungen, der sich von der Werbung nicht länger seine Sehnsüchte vorschreiben lassen will, gibt es ein Mädchen, dessen Selbstwertgefühl von dieser Werbung täglich angegriffen wird.

Mit jedem Schritt, den ein Mädchen in Richtung Selbstbefreiung geht, wird es für einen Jungen leichter. Seinen eigenen Weg zur Freiheit zu finden.“ [43]

Henning reagiert sichtlich emotional auf den Text und erklärt, es sei sehr traurig, weil noch immer so viel getan werden müsse, um starre Rollenbilder in unserer Gesellschaft aufzubrechen.

Besondere Freude bereitet Henning wiederum die Tatsache, dass sich heutzutage jeder zum Thema Sexualität sehr einfach informieren und dadurch jederzeit viel dazulernen kann. Auf der anderen Seite stehen Menschen heute durch neue Informations- und Kommunikationssysteme permanent unter Stress und werden durch die Kräfte der Bildschirme, die auf sie einwirken, belastet.

Henning berichtet, dass sie auch in ihrer Tätigkeit als Sexualtherapeutin manchmal mit dem Vorwurf konfrontiert wird, es würde ihr nur um Optimierung oder Effizienz im Sexualleben gehen. Ihre Mission ist es allerdings, den Menschen zu helfen, die Probleme haben und Veränderung wollen, damit sie Sexualität wieder leben und ihre Körper wieder spüren können. „Ich optimiere und führe nicht, ich verlangsame eher und dann gehen die Klienten anders.“

Unter den wichtigsten Botschaften, die Ann-Marlene Henning den Menschen vermitteln möchte, nennt sie als oberste, „beweglich und neugierig im Leben zu bleiben, darauf, was es alles gibt“.

Drei weitere wichtige Botschaften waren:

- 1) Bildung der sexuellen Identität **fängt sehr früh an** – nämlich mit dem Entdecken und Annehmen und vor allem des Spürens und Mögens des eigenen Körpers. Sexuelle Identität ist nicht angeboren, sondern **gelernt und entwickelt sich durch das ganze Leben weiter**, verändert sich in Verbindung mit Erlebnissen, gemachten Erfahrungen, besonders natürlich mit der nahen Umwelt (Eltern, Kindergarten, Schule und Peers), ist aber heute auch im gesonderten Maße durch die Medien geprägt. Jeder sollte also sehr sensibel sein für positive und negative Botschaften; es lässt sich immer viel verändern. Menschen müssen wieder lernen, ihren Körper spüren zu dürfen.

- 2) Es gibt **Geschlechterunterschiede**. Frauen haben „blinde Flecke“, was ihr „Unten“ angeht, Männer eher im „Oben“. Die Unterschiede entstehen dadurch, dass den Geschlechtern sehr früh und fortwährend **bestimmte Fähigkeiten, No Gos und auch Aufgaben auf den Leib geschrieben werden**. (Gender-Rollen) So haben wir Frauen, die sogar sich selbst körperlich objektifizieren und Männer, die, wenn sie gefühlvoll sind als „Warmduscher“ gelten.

- 3) Das **eigene Geschlecht, der eigene Körper**, (und das generelle „ICH“), spielt bei der sexuellen Identität eine große Rolle. Den **Körper und dessen Funktion** kennen, sich selbst annehmen, spüren und wahrnehmen, sich gerne zeigen und anschauen lassen, und auch Bedürfnisse kennen und äußern können, gehören alle zu sexueller Identität. Und somit auch zur sexuellen Gesundheit.

Die sexuelle Identität ist laut Henning in der Realität damit wesentlich vielfältiger, als wir manchmal wissen möchten.

4 Podiumsdiskussion „Sexuelle Gesundheit zwischen Anspruch und Möglichkeit“

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion hatten sechs Vertreter wichtiger österreichischer Institutionen die Möglichkeit, sich zum Thema sexuelle Gesundheit zu äußern und sich untereinander auszutauschen.

Konkret handelte es sich dabei um



Univ.-Prof. Dr. Jutta Fiegl, Vizerektorin der Sigmund-Freud Privat-Universität Wien und Präsidentin der Vereinigung Österreichischer Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen,



Dr. Peter Stippl, Präsident des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie,



Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands,



Mag. Günther Ochs von der Akademie der Ärzte als Vertretung für Dr. Peter Niedermoser, Präsident der oberösterreichischen Ärztekammer,



Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Präsidentin des Berufsverbands österreichischer PsychologInnen und



Mag. Ingrid Wilbacher, PhD vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.



Geleitet wurde die Podiumsdiskussion von der Moderatorin der Tagung, **Mag. Joy Ladurner, MSc**

In der **ersten Befragungsrunde** hatten die DiskussionsteilnehmerInnen die Möglichkeit, zu erläutern, welche Aktivitäten ihre jeweilige Organisation als Beitrag zur sexuellen Gesundheit setze. Die Zusammenfassungen der einzelnen Statements werden im Folgenden wiedergegeben.

Univ.-Prof. Dr. Fiegl: Das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit kommt selbst in der psychotherapeutischen Ausbildung immer wieder zu kurz. In unserem Studium der Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud Privatuniversität, in dem die Psychotherapieausbildung enthalten ist, ist dem Thema ein wichtiger Platz eingeräumt und bezieht alle Altersgruppen mit ein - vom Säuglings- und Kleinkindalter bis zu Sexualität im Alter.

Auch in unserem Studium der Humanmedizin wird nicht nur die Physiologie der Sexualität unterrichtet, sondern auch psychophysiologische Zusammenhänge, die emotionale Seite ebenso wie Gesprächsführung, die ja eine wichtige Basis im Kontakt zu PatientInnen darstellt.

Dr. Peter Stippl: Der ÖBVP und seine Mitgliedsvereine die in Psychotherapie Aus- und Fortbildung tätig sind, leisten Ihre Beiträge zum Thema sexuelle Gesundheit durch Module in der Ausbildung der PsychotherapeutInnen und Fortbildungsangeboten. Innerhalb des ÖBVP gibt es eine interdisziplinäre ExpertInnengruppe "Trans* Inter* Geschlechtlichkeit - Psychotherapie im ÖBVP". Es wurden von ihr bereits zwei Fortbildungs- und Vernetzungstage gehalten.

Der ÖBVP informiert seine Mitglieder über die ÖBVP Medien über meist interdisziplinäre Aus- und Fortbildungsangebote ebenso wie über Tagungen zum Thema in Österreich und im Ausland.

In den Länderorganisationen werden Sprechstunden und Informationsveranstaltungen für Patienten angeboten, bei denen auch sexuelle Fragen und Probleme der Patienten besprochen werden und das Angebot fachkompetenter PsychotherapeutInnen in der Region vermittelt wird.

Ein besonderer Bereich ist die ambulante Behandlung von Sexualstraftätern - bei einsichtigen kooperativen Ersttätern nach dem Prinzip Therapie statt Strafe, besonders im Bereich pädophile Internetpornographie.

Speziell für Kinder wurde die Initiative „Mein Körper gehört mir“ ins Leben gerufen. Dieses Programm beinhaltet ein Theaterspiel für Kinder im Volksschulalter, in dem Kinder lernen sollen, sich abzugrenzen und nein zu sagen und eine gewisse Sensibilität für die Grenzen zu entwickeln. Wir versuchen weiters auch immer wieder unsere Berufskollegen in die höheren Schulen zu senden und für das Thema zu

sensibilisieren indem wir als Diskussionspartner zur Verfügung stehen. Zusätzlich fördern wir interdisziplinäre Fortbildungen mit ÄrztInnen, PsychologInnen und Angehöriger der Pflegeberufe um in der Forschung am letzten Stand zu sein.

Darüber hinaus fordert der ÖBVP seit längerer Zeit, die ICD Diagnosen F52 Sexuelle Funktionsstörungen und andere Sexualstörungen aus ICD F60 in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen aufzunehmen und verweist in diesem Zusammenhang auf die Definition der WHO über Gesundheit. Aufklärung über Hilfsangebote der Psychotherapie und Abbau der Scham, diesbezüglich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind weitere Bemühungen des ÖBVP. Alle diese Schritte sollten intensiviert und verstärkt werden, was an die finanziellen Grenzen führt.

Sexuelle Probleme werden häufig fälschlicherweise als Luxusprobleme abgetan. Frühzeitige psychotherapeutische Behandlung vor dem Hintergrund der in letzter Zeit stark gehäuften medialen Berichte über sexuelle Belästigungen ist essentiell. Die Nichtbehandlung sexueller Störungen kann dabei potentiell den Grundstein für späteren Machtmissbrauch legen.

Ursula Frohner: Zunächst muss betont werden, dass Pflege von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen geleistet wird, da der Begriff der Pflege heutzutage sehr inflationär gebraucht wird. Ich empfinde es als einen bemerkenswerten Schritt in die richtige Richtung, dass im Rahmen dieser Tagung kommuniziert wird, dass das Thema sexuelle Gesundheit alle Gesundheitsprofessionen gemeinsam betrifft und, dass bei der heutigen Tagung nicht über Pflegepersonen, sondern mit ihnen gesprochen wird.

Lange Zeit wurde das Thema Sexualität in der Pflege tabuisiert. Erst in den letzten Jahren beschäftigten sich Pflegepraxis und Pflegeforschung mit diesem Bereich. Pflegepersonen haben grundsätzlich durch Pflegehandlungen im Rahmen der Körperpflege ständig physische Nähe zu Patientinnen und Patienten sowie zu Pflegebedürftigen in jedem Lebensabschnitt. Konkret sind jene Menschen betroffen, die auf Grund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen intime Handlungen, vorübergehend oder andauernd, nicht selbstständig durchführen oder artikulieren können.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Konfrontation von Pflegepersonen mit Opfern von sexueller Gewalt. In diesem Zusammenhang liegt der Fokus auf dem sensiblen Umgang mit den Opfern. Darüber hinaus kann aber auch das Pflegepersonal im Rahmen der Berufsausübung sexuellen Übergriffen ausgesetzt sein.

Es ist dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) daher wichtig, sexuelle Gesundheit durch Ausbildungsinhalte und Bildungsangebote, welche die erforderliche Ausgewogenheit von Nähe und Distanz in den umfangreichen Handlungsfeldern der Profession Pflege zum Inhalt haben, zu unterstützen sowie weiter zu entwickeln. Gleichzeitig ist es notwendig, die Sensibilisierung der Gesellschaft insgesamt durch niedrigschwellige Angebote der Gesundheits- und Krankenpflege zielgruppenspezifisch zu unterstützen. Etwa im Rahmen der Schulgesundheit oder als Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige wäre die Kompetenz der Gesundheits- und Krankenpflege für sexuelle Gesundheit zu nützen.

Mag. Günther Ochs: Auf Seiten der Ärzteschaft ist schon viel passiert, aber immer noch zu wenig. Sexuelle Gesundheit ist nicht selbstverständlich, aber als Thema im ärztlichen Bildungssektor dennoch eine sehr junge und derzeit noch unterrepräsentierte Disziplin. Wie in anderen Bereichen bedurfte es auch hier zunächst der Initiative Einzelner, um das Thema voran zu treiben.

Dr. Elia Bragagna und Dr. Greil-Sokya ist es zu verdanken, dass das Thema als strukturierte Weiterbildung in der Ärztefortbildung verankert wurde. Seit 2011 gibt es daher offiziell das Spezialdiplom „Sexualmedizin“ und das Basismodul „Sexualmedizin“. Diese Angebote bieten die Möglichkeit des vertieften geregelter Erwerbs eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die laut Curriculum definierten Tätigkeiten.

Bislang haben 130 Personen das Basismodul absolviert, ca. 30 ÄrztInnen können bereits das Diplom vorweisen. Erwähnenswert ist insbesondere die außerordentlich hohe Weiterempfehlungsrates – und weiterempfehlen ist hier auch die das Gebot: Wenn man sich die Zahlen ansieht, wird es nicht klappen aus jedem Arzt einen Experten zu machen, aber man kann Interesse wecken, Informationen verteilen und somit das Rüstzeug bieten, damit ÄrztInnen wissen wo/wann sie zu einem Experten weiterleiten.

Darüber hinaus haben wir das Thema in die Curricula für die Diplome Schularzt, Geriatrie und Kurmedizin aufgenommen und bieten somit einen breiteren Zugang für interessierte ÄrztInnen.

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger: Die bisherigen Bestrebungen der verstärkten Behandlung des Themas der sexuellen Gesundheit reichen noch nicht aus und es ist dabei notwendig, dass alle Berufsgruppen zusammenarbeiten.

Wir als Berufsgruppe der PsychologInnen haben Expertise sowohl im Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen und Gewalt, Auswirkungen von chronischen Erkrankungen als auch von Psychopharmaka auf die Sexualität, Beratung bei krisenhafter Schwangerschaft sowie den Folgen der Pornografisierung des öffentlichen Raums durch Medien auf das Selbstwertgefühl.

Ein wichtiges Anliegen ist uns die Sexuaufklärung generell sowie sexualpsychologische Beratung bei jungen Mädchen und Frauen vor intimchirurgischen Eingriffen, wie es das Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) vorsieht. Weiters ist eine fachliche sexualpsychologische Anamnese bei unerfüllten Kinderwunsch und anderen gynäkologischen Problemstellungen indiziert. Dies verkürzt nachweislich belastende PatientInnenkarrieren.

Mag. Ingrid Wilbacher, PhD:

Der Beitrag der Sozialversicherung zur sexuellen Gesundheit erfolgt einerseits über Medikamente, also z.B. die Erstattung notwendiger Hormonpräparate zur Krankenbehandlung oder die Erstattung von Antiinfektiva bei sexuell übertragbaren Krankheiten. Kosten für Krankenbehandlungen, Besuche beim Facharzt/ der

Fachärztin, Krankenhausbehandlungen werden direkt mit der Sozialversicherung abgerechnet und sind daher für die Patientinnen und Patienten oft nicht so deutlich sichtbar. Zusätzlich erfolgen pauschale Zahlungen durch die Sozialversicherung an z.B. den IVF Fonds, zum Mutter-Kind-Pass Programm, zu psychosozialer Versorgung, etc. Health in all policies ist uns in der Sozialversicherung ein Anliegen.

In einer **zweiten Runde** wurden die TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion dazu befragt, wo sie Potential/Möglichkeiten sehen, im Bereich sexueller Gesundheit (noch) mehr zu tun.

Univ.-Prof. Dr. Fiegl: Wichtige Anliegen sind, statt sogenannter Normalität eine sogenannte Nichtnormalität gegenüber zu stellen - was leider immer noch passiert - , darauf zu fokussieren, was individuell als passend erlebt wird, zufrieden macht, wie eine respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen entstehen kann. Ebenso dazu beizutragen, dass dieses Thema als selbstverständlicher Bestandteil der Gesamtgesundheit gesehen wird - das trifft besonders auf das Gesundheitssystem zu: zum Beispiel ist es absolut notwendig, bei Erkrankungen, die sich auch auf die Sexualität auswirken, mit den PatientInnen darüber zu reden!

Auch als Präsidentin der VÖPP ist es mir wichtig darauf hinzuweisen, dass dem Thema sexuelle Entwicklung und Entwicklung der sexuellen Identität in allen Ausbildungen (Pädagogik, Humanmedizin, Kindergartenpädagogik usw.) Wichtigkeit zugeschrieben werden soll damit es im späteren professionellen Tun genutzt werden kann.

Mehr Hinweise, dass sexuelles Wohlbefinden und Gesundheit zur Gesamtgesundheit gehört und dass es wichtig ist, sich so früh als möglich Beratung und Behandlung zu holen. Dazu wäre kassenfinanzierte Prävention nötig, um frühzeitig Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen zu können (zum Beispiel im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung). Weiters wären Diagnosevercodungssysteme dahingehend zu modifizieren, dass unterschiedliche sexuelle Orientierungen nicht mehr unter "krankheitswertige Störungen" fallen.

Besonders wichtig wäre die Nutzung Sozialer Medien, um besonders Jugendliche und junge Erwachsene zu erreichen; Entwicklung einer interdisziplinären Internet-Diskussions - Plattform (Psychotherapie/ Psychologie /Humanmedizin /Jus) wo Fragen gestellt werden können bzw. Beiträge zu verschiedenen Themen Sexualität betreffend erscheinen. Dieses Unternehmen könnte vom Gesundheitsministerium ausgehen oder zumindest unterstützt werden.

Ursula Frohner: Eine Anregung an die Sozialversicherung: Bei Beratungsleistungen, die von allen Gesundheitsberufen geleistet werden hakt es im Bereich der Honorarordnungen derzeit noch. Es besteht aktuell die Problematik der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit für Beratungsleistungen für Pflegepersonen und eine Ausbildungsreform wäre nötig. Dazu möchte ich einen klaren Appell an die Gemeinsamkeit äußern.

Wir möchten Pflegepersonen bereits in der Ausbildung dazu befähigen, mit dem Thema sexuelle Gesundheit umgehen zu lernen und wir sind nicht nur Beteiligte, wir

sind auch Betroffene. Es muss daher auch Angebote geben, die es Pflegepersonen ermöglichen, zu erlernen, gut mit ihrer eigenen sexuellen Identität umzugehen, um besondere Situationen mit Patienten, in denen diese uns ihre Bedürfnisse im Bereich Sexualität kundmachen, besser handhaben zu können.

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger: Die Aus- und Fortbildung zur sexuellen Gesundheit, bio-psychozialen Einflussfaktoren/Determinanten in den Gesundheits- und Sozialberufen sowie in entsprechenden universitären Einrichtungen (Medizin Psychologie, Soziologie, Politologie, Pädagogik, etc.) ist weder ausreichend noch entspricht es den gesellschaftlichen Entwicklungen des 21. Jahrhunderts.

Ich rufe zum gemeinsamen Vorgehen gegen die enorme Pornografisierung im öffentlichen Raum auf!

Univ.-Prof. Dr. Wimmer-Puchinger fragt, ob Viagra nach einer Prostatektomie derzeit von der Sozialversicherung erstattet wird.

Mag. Ingrid Wilbacher, PhD: Bezüglich der Erstattung von Viagra nach einer Prostatektomie weise ich auf ein OGH-Urteil hin.

Wichtig ist, dass der Weg für betroffene Patientinnen und Patienten einfacher wird. Mehr Einzelbesuche bei (zusätzlichen) Fachspezialisten, die jeweils nur für ein Patientenproblem zuständig sind, nützen den Menschen nicht.

Sexualität ist grundsätzlich ein natürlicher Lebensbereich, es gibt eine Abgrenzung zwischen sozialpsychologischer Problematik und Krankheit, die eine Behandlung notwendig macht. Wir wollen eine zweckmäßige Behandlung im Erkrankungsfall und keine unkontrollierte Marktöffnung im Sinn von „sex sells“ im Gesundheitswesen.

Der Ruf nach „Zugang“ zu einzelnen Aspekten (Erektionshilfen, Sexualtherapiesitzung, Psychotherapiesitzung, etc.) ist zu wenig Konzept für eine Problematik, die IMMER mindestens einen Partner oder eine Partnerin mitbetrifft.

Die Behandlung von sexuellen Leiden muss vor allem auch diskriminierungsfrei und gendergerecht erfolgen. Es braucht bei dieser sensiblen Thematik ein besonders behutsames Vorgehen.

Bezüglich Beratungsleistungen der Pflege ist auch die Sozialversicherung neugierig, wie diese künftig gehandhabt werden.

Mag. Günther Ochs:

In der Ausbildung (ÄAO 2015) zum Mediziner ist es leider noch nicht gelungen die sexuelle Gesundheit zu verankern, hier sollte man bei der nächsten Novelle der Inhalte rechtzeitig daran denken, diese Themen in den verschiedenen Sonderfächern aufzunehmen.

Im Fortbildungsbereich arbeiten wir an neuen Formaten, Workshops etc. aber realistisch betrachtet, braucht es auch Anreize, um das Thema voranzubringen. Diese sind derzeit wenig bis gar nicht vorhanden.

Wo wir unser Angebotsspektrum noch erweitern wollen noch nachlegen wollen, ist im Bereich E-Learning. Hier gibt es bereits kursrelevante Inhalte für die oben genannten Diplome, aber hier sollten auch für die ärztliche Allgemeinheit interessante Themen aufbereitet werden, um Lust auf mehr zu machen und das Interesse an weiterführenden Fortbildungen zur sexuellen Gesundheit zu wecken.

Dr. Peter Stippl: Der ÖBVP fordert seit längerer Zeit, die ICD Diagnosen F52 Sexuelle Funktionsstörungen und andere Sexualstörungen aus ICD F60 in den Leistungskatalog der Sozialversicherungen aufzunehmen und verweist in diesem Zusammenhang auf die Definition der WHO über Gesundheit.

Die Praxis kennt das Prinzip zur Kontaktaufnahme mit PsychotherapeutInnen: ‚no pain, no change‘! Schwierigkeiten im Sexualleben sind mit großem Leidensdruck verbunden und dieser Druck „hilft“ Scham und „Schwellenangst“ zu überwinden. Die Behandlungserfahrung zeigt aber oftmals, dass die Sexualstörung als Symptom einer in einem anderen Lebensbereich tiefer liegenden Störung zu bewerten ist. Wenn bei den Erstgesprächen oder der Informationsbeschaffung die Sexualstörung genannt wird, erfährt der/die Hilfesuchende, dass dafür keine Kassenfinanzierung möglich ist – und so bleiben oft schwer belastende Störungen aus anderen Lebensbereichen unbehandelt (Chronifizierung/Verschlechterung/hohes Leidensdruck bis Arbeitsunfähigkeit können die Folge sein). In diesem Zusammenhang muss darauf verwiesen werden, dass weniger als 50% der in Österreich in Anspruch genommenen Psychotherapien als Sachleistungen von den Kassen bezahlt werden (Psychotherapie auf Krankenschein), der Rest von den PatientInnen finanziert werden muss und von den Kassen wenn, dann nur geringe Zuschüsse gegeben werden (z.B. GKK seit über 25 Jahren unverändert 21,80€)! Im EU-Schnitt benötigen ca. 3% der Bevölkerung psychotherapeutische Hilfe, in Österreich werden nur 0,8% der Bevölkerung psychotherapeutisch behandelt.

Weiterreichende Aufklärung über Hilfsangebote der Psychotherapie und Abbau der Scham, diesbezüglich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind weitere Bemühungen des ÖBVP.

Die Weiterentwicklung interdisziplinärer Hilfsangebote ist ein Anliegen und Ziel des ÖBVP.

Anmerkungen aus dem Publikum:

Dr. Elia Bragagna: Es wird die Notwendigkeit zur Veränderung zu wenig gesehen. ÄrztInnen gehen mit so wenig Bildung im Bereich Sexualität aus dem Studium, dass sie nicht einmal die Notwendigkeit weiterer Fortbildungen sehen. Weiters sehen ÄrztInnen in der Praxis, dass es sich nicht auszahlt, mit ihren PatientInnen über Sexualität zu sprechen, weil sie es nicht bezahlt bekommen. Bezüglich der Erstattung von Medikamenten, welche Sex nach einer nicht-nervenschonenden Prostatektomie ermöglichen, sollten neue Verhandlungen mit der Sozialversicherung angestrebt werden.

Ann-Marlene Henning: Egal woher man kommt, wir wissen alle, wo man etwas tun könnte. Es ist so leicht und offensichtlich, wo Handlungsbedarf bestünde, aber es ist so schwierig, etwas umzusetzen. Es muss niederschwellig mit kleinen Projekten begonnen werden.

In einer **Schlussrunde** bittet Moderatorin, Mag. Joy Ladurner, MSc die TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion, ein letztes Statement in 3 Worten abzugeben.

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger: Ich stehe dazu, Feministin zu sein und es gilt die Rollenbilder, die in den sozialen Medien überschwapen genau zu beobachten!

Mag. Günther Ochs: Es gibt noch viel zu tun!

Ursula Frohner: Beteiligte sind Betroffene; Gebetsmühlenartig fordere ich die Vernetzung der Kompetenz.

Dr. Peter Stippl: Hilfe ist möglich – in jedem Alter.

Univ.-Prof. Dr. Fiegl: Ausbildung in jeder Altersstufe; Interdisziplinarität

Mag. Ingrid Wilbacher, PhD: Individualität der Betroffenen; Es sind immer 2 Partner an der Sexualität beteiligt.

5 Sexualität in verschiedenen Lebensphasen

Im folgenden Kapitel werden alle Tagungsbeiträge, die Sexualität in den verschiedenen Lebensphasen betrafen, von den Vortragenden dargelegt. Die Beitragsreihe „Sexualität in verschiedenen Lebensphasen“ wurde von



Mag. Ingrid Wilbacher, PhD (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

und von



Mag. Hedwig Wöfl (die möwe – Kinderschutzzentren) moderiert.

5.1 Geburt und Kindheit: „Doktorspiele sind das aber nicht! Kindliche Sexualität zwischen Pathologisierung und Verharmlosung“



Bettina Weidinger

Diplomierte Sozialarbeiterin | Sexualpädagogin | Leiterin des sexualpädagogischen Lehrganges am Österreichischen Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien | Autorin

Am Anfang ist die Wahrnehmung

Sexualität wird ganz unterschiedlich beschrieben. Was als "sexuell" betrachtet wird und was nicht scheint sehr individuell zu sein. Einigkeit besteht lediglich dort, wo es darum geht, das Tabu aufrecht zu erhalten: Bei der Konkretisierung des Sexuellen.

Denn auch wenn für den einen Menschen ein Blick bereites etwas Sexuelles darstellen kann und für eine andere Person lediglich die direkte Berührung des Geschlechtsorgans mit Sexualität in Verbindung gebracht werden kann, so gibt es doch eine Gemeinsamkeit, die alle Menschen, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht und v.a. unabhängig davon, wodurch das Empfinden ausgelöst wird, verbindet:

Als "sexuell" nehmen Menschen etwas wahr, wenn dadurch eine Erregung im Geschlechtsorgan ausgelöst wird. Damit ist nicht die körperliche Funktionalität einer

Erektion (u.a. Einfließen des Blutes in das Geschlechtsorgan) gemeint, sondern die eindeutige und direkte genitale Erregungswahrnehmung.

So definiert ließe sich behaupten, Sexualität hat in erster Linie etwas mit Wahrnehmung zu tun und wird dadurch, ganz individuell, sehr unterschiedlich erlebt. Zusätzlich zu dieser sehr personenbezogenen Definition gibt es viele andere Komponenten, die das Erleben und Gestalten von dem, was "Sexualität" genannt wird, bestimmen.

Von Geburt an ist es die Wahrnehmungsfähigkeit am ganzen Körper und am Geschlechtsorgan, die fast alle Menschen mitbringen.

Auch andere Lustfähigkeiten, wie die orale Lust oder die Lust an der Ausscheidung scheinen von Geburt an im Menschen angelegt zu sein.

Natürlich lässt sich diese Hypothese nur schwer erforschen. Die Tatsache, dass Nervenbahnen, die Wahrnehmung ermöglichen, bereits angelegt sind sowie auch die Beobachtungen von Babys und Kleinkindern lassen diese Interpretation zu.

Folgt man dieser Hypothese, so steht am Beginn der (sexuellen) Entwicklung die Fähigkeit, genital etwas wahrzunehmen, etwas zu spüren. Dies betrifft nahezu alle Menschen - auch jene, die eine kognitive und/oder körperliche Beeinträchtigung haben.

Der einzige Unterschied zwischen Menschen, die als "beeinträchtigt" gelten und jenen, die nicht so gesehen werden, liegt in den Rahmenbedingungen.

Sexualität ist integraler Teil der Entwicklung

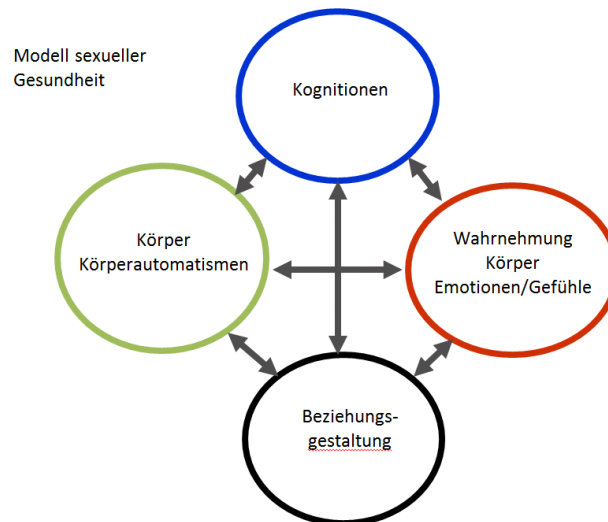
Menschen kommen mit gewissen Grundfähigkeiten zur Welt, die im Laufe des Lebens erweitert und verfeinert werden.

Entwicklung beinhaltet daher nicht nur die Tatsache des Älter Werdens, sondern vor allem die Tatsache des Lernens.

Babys kommen also auf die Welt und beginnen auf Basis ihrer Grundausstattung, wie auch in Interaktion mit dem Umfeld zu lernen. Sie sammeln Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen an. Sie lernen immer - auch dann, wenn dies nicht deutlich sichtbar ist.

Die wesentlichen Entwicklungskomponenten beziehen sich, angelehnt an das Modell sexueller Gesundheit nach Sexocorporel, auf die Ebene des Körpers, der Wahrnehmung (körperlich & emotional), der Kognition und der Fähigkeit in Beziehung zu treten.

All diese Komponenten beinhalten auch jene Kompetenzen, die wichtig sind, um Sexualität erleben und gestalten zu können, aber auch um in Beziehung treten zu können.



Sexuelle Entwicklung ist daher kein abgekoppelter Entwicklungsprozess, der abgeschottet von allen anderen Lernfeldern besteht, sondern ist integraler Teil menschlicher Entwicklung.

Sexualität ist damit Teil des Menschseins, von der Geburt bis zum Tod und dies ganz unabhängig davon, ob und wie Sexualität wahrgenommen, erlebt und gestaltet werden kann und will.

Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen

So wie alle anderen Aspekte menschlicher Entwicklung braucht auch der sexuelle Entwicklungsaspekt förderliche Rahmenbedingungen, um jene Kompetenzen in differenzierter Weise entwickeln zu können, die wesentlich dazu beitragen, dass Menschen ihre Sexualität zufriedenstellend gestalten können.

Die meisten Eltern wünschen sich für ihr Kind, dass es fähig ist sich abzugrenzen, wenn Berührungen als unangenehm empfunden werden.

Vor allem aber möchten die meisten Eltern verhindern, dass ihr Kind einen sexuellen Übergriff erlebt. Nahezu nie fragen Eltern, wie sie ihr Kind am besten in der sexuellen Entwicklung fördern können.

Die Frage der Prävention sexueller Übergriffe im Bezugssystem lässt sich ohne Förderungsaspekt allerdings nicht beantworten. Folgende Aspekte sind dabei notwendig:

- Aufklärung der Eltern
- Kinder in ihren Kompetenzen fördern

Bezugspersonen von Kindern brauchen klare Informationen darüber, was sexuelle Entwicklung von Kindern ist und was dies in der pädagogischen Umsetzung bedeutet. Kinder brauchen - nicht nur in Bezug auf ihre sexuelle Entwicklung - ein Umfeld, das bereit ist sämtliche Entwicklungskomponenten zu fördern, um sich Kompetenzen aneignen zu können.

In Bezug zum sexuellen Entwicklungsaspekt sprechen wir in der Sexualpädagogik von den sogenannten sexuellen Basiskompetenzen. Warum auch immer es für ein Kind/eine/n Jugendliche/n vielleicht nicht möglich war diese zu entwickeln, so muss die pädagogische Antwort sich auch damit beschäftigen, in welcher Form der/die Betreffende unterstützt werden kann, um jene Fähigkeiten zu entwickeln, die erst einen kompetenten Umgang mit sexuellen Wünschen, Wahrnehmungen, Themen möglich machen.

Hinderliche Rahmenbedingungen

Sämtliche limitierenden Rahmenbedingungen für die kindliche Entwicklung haben gleichzeitig auch limitierende Auswirkungen auf die Ausbildung sexueller Basiskompetenzen.

Kinder, die Vernachlässigung, Verwahrlosung oder andere Formen der Gewalt erleben, müssen diese Erfahrungen bewältigen - dies tun sie unter anderem, indem sie diese Erfahrungen "verwerten" und "integrieren" - was bedeutet, dass auch limitierende Rahmenbedingungen zu Lernerfahrungen führen.

Es ist daher kein Zufall, dass häufig jene Kinder, die vom Umfeld bereits als "auffällig" wahrgenommen werden, auch als "sexuell auffällig" erlebt werden. Mögliche Interventionen müssen darauf abzielen, das Kind in der Erweiterung der Fähigkeiten zu unterstützen.

Aber auch Kinder, die vermittelt bekommen, dass nur das Erbringen intellektueller Leistungen als positiv gesehen wird in Verbindung mit einer sexualfeindlichen oder körperfeindlichen Haltung, erleben Limitierungen in ihrer Entwicklung, die massive Auswirkungen auf den sexuellen Entwicklungsaspekt haben können.

Sexuelle Basiskompetenzen

Menschen entwickeln die sogenannten sexuellen Basisfähigkeiten im Laufe der ersten zehn Lebensjahre - und natürlich auch darüber hinaus.

Zu den Basiskompetenzen, die unter förderlichen Rahmenbedingungen entwickelt werden, gehören unter anderem:

- **Eine differenzierte Körperwahrnehmung**, diese ist Voraussetzung um unterschiedliche taktile und sensorische Reize differenziert wahrnehmen zu können die eigenen Körpergrenzen zu spüren beides ist Voraussetzung, um die Grenzen anderer Menschen spüren zu können andere Personen differenziert berühren zu können

Die Ausbildung des "ganz persönlichen Gartenzauns", ein Bild für die Ausbildung der Wahrnehmung eigener Grenzen, ist daher am ganzen (!)

Körper ein Lernprozess und braucht viele taktile, sensorische Inputs, wie auch ausreichend Möglichkeiten zur Aktivierung der Muskulatur. Das häufige Verharren in einem Dauertonus auf Grund von Bedrohungsszenarien stellt eine Limitierung für diesen Lernprozess dar.

- **Eine differenzierte Fähigkeit, die eigene Muskulatur in einer hohen Variabilität zu nutzen**
- **Die Fähigkeit, die Beweglichkeit von Oberkörper und Becken** im Rahmen der eigenen körperlichen Rahmenbedingungen zu nutzen und diese auch für die Modulation von Gefühlswahrnehmungen einzusetzen
- **Unterschiedliche Möglichkeiten nutzen zu können, um mit anderen Menschen in Kontakt zu treten**
- **die Fähigkeit die eigenen Bewegungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen und dies genießen zu können**
- **die Fähigkeit den ganzen Körper als wertvoll zu erleben - inklusive Geschlechtsorgan**
- **das Wissen um Körperbezeichnungen, inklusive Geschlechtsorgan**
- **das Wissen um soziale Regeln, auch im Kontext Sexualität**
- **das Wissen rund um sexuelle Themen, die für die betreffende Person wichtig sind**
- **das Wissen & die Wahrnehmung des eigenen sexuellen Körpers**
- **das Wissen um soziale Regeln, auch im Kontext Sexualität**
- **die Sicherheit im Umgang mit Beziehungen**, die notwendig ist, um eigene Interessen deutlich zu machen – ohne Angst vor einem Beziehungsabbruch
- **vielfältige Lustfähigkeiten**, in denen die genitale Lustfähigkeit nur eine von vielen darstellt (Lust wird als eine Aktivität definiert, die als Begeisterung in Verbindung mit einem "Körperanker" also einer körperlichen Entsprechung erlebt wird z.B. lustvolles Essen, lustvolles Tanzen, Springen,..)
- **Medienkompetenz**

Förderliche Rahmenbedingungen

Förderliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung sexueller Basiskompetenzen implizieren eine respektvolle und positive Haltung gegenüber (kindlicher) Sexualität. Der absolute Respekt vor der kindlichen Sexualität ist Voraussetzung für eine Haltung der Abgrenzung zwischen erwachsener und kindlicher Sexualität.

Einengende moralische Vorgaben, die Sexualität und/oder das Geschlechtsorgan als negativ, schmutzig, lächerlich, niveaulos betrachten, haben ebenso einengende Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung, wie Grenzenlosigkeit. Es ist schwierig, unter diesen Rahmenbedingungen einen wertschätzenden Umgang mit dem eigenen Körper und dem eigenen Geschlechtsorgan zu entwickeln - es ist noch schwieriger, mit einem Körperteil sorgsam und liebevoll umzugehen, der als "schmutzig" bezeichnet wird.

Förderliche Rahmenbedingungen sind unter anderem:

- **Die Förderung von Bewegungsfähigkeit** - dabei geht es um vielfältige Bewegungsangebote
- **Sensorische Inputs**
- **Förderung bei der Etablierung von Lustfähigkeiten** - diese können sich nur entwickeln, wenn es zusätzlich zu vielen Angeboten einen sicheren, schutzgebenden Rahmen gibt und ein Umfeld, das gut im "Aushalten" ist
- **Sichere Beziehungsangebote** mit unterschiedlichen Bezugspersonen
- **Klarheit in Bezug zu Regeln**
- **Wissensangebote** in Form von Büchern, Broschüren und der Bereitschaft, Fragen ohne moralisierende Einengung zu beantworten
- **Aufklärung von Mythen**
- **Inputs über externe Informationsmöglichkeiten**
- **Förderung der Medienkompetenz**
- **Absolute Wertschätzung und Respekt**
- **Partizipation** im Sinne einer wertschätzenden Einbindung vs. einer Überforderung
- **das Zulassen kindlich sexueller Explorationen** mit sich alleine, wie auch mit anderen
- **die Möglichkeit sich mit Gleichaltrigen auszutauschen**

Fragestellungen und Lösungsansätze

Fragestellungen, die sich im Kontext Sexualität in Bezug auf Kinder und Jugendliche ergeben, haben nicht selten etwas mit Sorgen zu tun.

Mit der Sorge, dass die Entwicklung einen limitierten Weg genommen hat, die Sorge, dass das Kind Gewalt erlebt, die Sorge, dass das Kind oder der/die Jugendliche anderen gegenüber übergriffig ist. Manchmal lässt sich die Sorge nicht wirklich definieren.

Um gemeinsam im Helfer*innensystem Antworten auf Fragestellungen zu finden, kann es unterstützend sein, gemeinsam ein Kompetenzprofil des Kindes zu erstellen. In der Evaluation werden zu den Komponenten Körper, Wahrnehmung, Kognition und Beziehungsfähigkeiten die von außen wahrgenommenen Fähigkeiten "gesammelt".

Durch das Erstellen des Kompetenzprofils wird deutlich, auf welcher Ebene Interventionsbedarf besteht.

Letztendlich ist dies eine Form der Ressourcenerfassung, wie sie seit Jahren üblich ist und die viele Fachpersonen anwenden. Die Herausforderung besteht daher nicht in erster Linie darin zu wissen, welche Fragestellungen von Bedeutung sind, sondern sich durch das Thema "Sexualität" nicht einengen zu lassen.

Erweiterung des Blickwinkels

Sexualität als Thema in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen führt manchmal zu einer Art "Tunneleffekt". Ist bei einem Streit zwischen Kindern, der mit einer Schlägerei endet, völlig klar, dass es eine Geschichte zu diesem Streit geben kann, die wochenlang zurück liegt, dass hier zwei Personen mit unterschiedlichen Fähigkeiten aneinander krachen und dass es nach einer akuten Intervention eines breiten pädagogischen Zugangs bedarf um zu wissen, ob und auf welcher Ebene Handlungsbedarf besteht.

Handelt es sich bei einem "Vorfall" um etwas Sexuelles, wird manchmal nur die Situation an sich, nicht aber das gesamte Kind, die Interaktion unter den Kindern, die Wochen davor etc. betrachtet.

Sexualität ist integraler Teil des Menschseins. Scheinbar auffällige, "falsche" oder "irritierende" Verhaltensweisen von Kindern im Kontext Sexualität brauchen daher denselben differenzierten pädagogischen Zugang wie alle anderen Situationen auch.

Sexualität als Teil des Menschseins braucht aber auch dieselbe pädagogische Aufmerksamkeit und ein hohes Maß an Respekt, wie alle anderen menschlichen Entwicklungsbereiche auch.

Eine körperfreundliche Stimmung, das Wissen um die Wichtigkeit der Bewegung, Angebote zur Auseinandersetzung mit sexuellen Themen abseits einengender Moralvorstellungen, Orientierung & Klarheit bei Regeln sind daher eindeutige sexualpädagogische Interventionen, die alltäglich im Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stattfinden können.

Das Angebot einer sicheren Beziehung, die Unaufgeregtheit bei scheinbaren "sexuellen Provokationen", das gemeinsame Lachen, das deutlich Machen, dass Meinungen gefragt sind, auch dann, wenn sie nicht "erwachsenkonform" sind, all das fördert das Etablieren einer selbstbewussten Haltung, die Voraussetzung ist, um ebenso selbstbewusst und sicher mit anderen in Kontakt zu gehen.

5.2 Jugend: „Sex und andere Katastrophen - was Erwachsene glauben und Jugendliche wirklich denken“



Michael Hansal

Österreichisches Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien | Sexualpädagoge | Klinischer Sexologe nach Sexocorporel | Feldenkrais-Practitioner

Foto: Nadja Bernhard

Als Sexualpädagoge entwickelt man mit der Zeit ein besonderes Gespür dafür, welche Vorstellungen bei Erwachsenen typischerweise auftreten, wenn es um die Sexualität von Jugendlichen „heutzutage“ geht. Auf der einen Seite gibt es die halb scherzhaft, halb ernst gemeinten Kommentare, die in die Richtung gehen: „Die wissen ja ohnehin schon viel mehr als wir“. Auf der anderen Seite die ehrliche Sorge darüber, in was für einer harten, pornografisierten Welt die heutige Jugend aufwachsen würde. Gleichzeitig wird damit auch die Frage aufgeworfen, welchen Platz professionelle Sexualpädagogik in unserem Bildungssystem einnehmen sollte und welche Themen und Ansätze dabei relevant sein könnten.

Jetzt ist es nicht besonders überraschend, dass die Sichtweise von Erwachsenen auf die Lebenswelt von Jugendlichen oftmals einigen Verzerrungen unterliegt. Das war wahrscheinlich schon immer so.

Es ist wohl eine allzu menschliche Eigenschaft, dass einem Vieles an der jüngeren Generation fremd und teilweise auch erschreckend erscheint. Jugendliche kleiden sich anders, sprechen anders und interessieren sich für andere Dinge als man selbst in der eigenen Jugend. Dazu kommt noch, dass man sich wahrscheinlich an so manche Verwirrungen aus dem eigenen Leben erinnert, die man in der Rückschau ganz anders bewertet als zu der Zeit, als man sie erlebt hat.

Man blickt also – quasi von außen - mit einer größeren persönlichen Lebenserfahrung auf die nächste Generation, deren spezifischen Umgangsformen, Codes und Rituale man schwer oder nur begrenzt versteht. Daraus entwickeln sich sehr leicht einseitige moralische Bewertungen. Und das gerade auch im Bereich der Sexualität, die ja ohnehin schon mit zahlreichen moralischen Bewertungen belegt ist.

Wie kann also – unter diesen Gesichtspunkten – eine sinnvolle Sexualpädagogik gelingen, die gleichzeitig die Lebenswelt von Jugendlichen berücksichtigt und eine professionelle Unterstützung bietet?

Ein paar grundsätzliche Überlegungen:

Natürlich wachsen Jugendliche heute in einer Welt auf, die sich in manchen Aspekten von der Welt unterscheidet, in der Jugendliche vor einigen Jahrzehnten aufgewachsen sind.

Am Auffälligsten ist da wohl die Rolle des Internets. Dadurch ist es möglich geworden, viel leichter und schneller an Informationen zu gelangen als früher. Das hat auch die Art und Weise verändert, wie Informationen gesucht und verarbeitet werden. Wo es früher die Herausforderung war, überhaupt an genügend Information zu kommen, ist es jetzt die Herausforderung, aus einer Flut von Daten sinnvolle Informationen erkennen, herausfiltern und zusammensetzen zu können.

Auch der Zugang zu Pornografie ist viel niederschwelliger geworden. Obwohl gesagt werden muss, dass die Konsumenten von Internetpornografie größtenteils Erwachsene sind, sind klarerweise auch Jugendliche daran interessiert oder damit konfrontiert.

Weitere, eher neue Themen sind die flächendeckende Nutzung von Smartphones sowie die starke Verbreitung von sozialen Netzwerken und deren Einfluss auf das Sozial- und Kommunikationsverhalten von Menschen.

Diese technischen Entwicklungen kann man mehr oder weniger gut finden. Tatsache ist jedenfalls, dass sie nicht rückgängig gemacht werden können. Es stellt sich also die Frage, wie Jugendliche darin begleitet werden können, einen kompetenten Umgang damit zu erlernen.

Das Problem dabei ist, dass Erwachsene und auch Lehrer und Lehrerinnen in Bezug auf Pornografie oftmals Berührungängste haben, weil sie sich darin nicht kompetent fühlen und fürchten, vielleicht etwas Falsches zu sagen. Außerdem kann ein Ansprechen sehr heikel sein und Sorgen hervorrufen, sich damit in „Teufels Küche“ zu begeben. Leider werden Jugendliche dadurch mit diesem Thema oft alleine gelassen. Aus sexualpädagogischer Sicht geht es darum, den Unterschied zwischen Fantasie und Realität herauszuarbeiten. Dafür kann man gemeinsam mit den Jugendlichen konkret überlegen, was an pornografischen Darstellungen eher unrealistisch ist. Pornografie zeigt all das, was sexuell fantasiert werden kann. Mit der tatsächlichen Realität oder den eigentlichen Wünschen und Bedürfnissen hat das oft wenig zu tun. Es geht aber auch darum aufzuzeigen, wie sich die ausschließliche Nutzung von Pornografie bei der Selbstbefriedigung auf die sexuelle Erregungssteigerung auswirken kann. Die Aufmerksamkeit ist dabei auf starke sexuelle Außenreize in schneller Abfolge gerichtet, die körperliche und emotionale Innenwahrnehmung sehr eingeschränkt und die Erregungssteigerung erfolgt meistens mit hoher Körperspannung und schnellen, heftigen Bewegungen. Das kann zu einer Art Gewöhnung führen, die die eigenen sexuellen Gestaltungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten limitiert. Diese Zusammenhänge zu erkennen und ansprechen zu können erfordert allerdings ein sexologisches Basiswissen, das bei Nicht-Fachpersonen verständlicherweise nicht vorausgesetzt werden kann.

Weiters geht es auch darum, die Rolle von mobiler Kommunikation und sozialen Netzwerken näher zu beleuchten. Dort entstehen andere Dynamiken als im direkten Kontakt und es ist wichtig, dafür ein Bewusstsein zu schaffen.

Abgesehen davon haben Jugendliche heutzutage dieselben oder ähnliche Fragen wie Jugendliche früher. Wer bin ich? Wer bin ich auch in Bezug zu meiner Weiblichkeit oder Männlichkeit? Wie sehen mich die Anderen? Wie möchte ich sein? Bin ich

normal, attraktiv, liebenswert,...? Und wie schaffe ich es, meine Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf Liebe, Sexualität und Beziehung zu leben?

Natürlich werden diese Fragen nicht in diesem Wortlaut gestellt, sondern auf „codierte“ Art und Weise. Ein eher offensichtliches Beispiel dafür wäre die Frage nach der Penisgröße. Sie kann als Frage nach der durchschnittlichen oder nach der idealen Größe gestellt werden, oder auch als Frage nach dem „Mann mit dem größten Penis der Welt“. Dahinter steckt aber kaum ein mathematisches oder anatomisches Interesse, sondern mehr die Frage danach, was es mit sexueller Attraktivität auf sich hat, welche Eigenschaften einen Mann anziehend machen und was guten Sex ausmacht. Eine Antwort, die nur irgendwelche Zahlen wiedergibt, wäre hier ebenso eine Themenverfehlung wie der wohlgemeinte Hinweis darauf, dass dieses Thema „ganz unwichtig“ wäre.

Schon weniger offensichtlich bezüglich der zugrundeliegenden Codierung wäre die Frage, ob man trotz Pille schwanger werden könnte. Ein einfaches „Ja“ als Antwort wäre zwar wissenschaftlich korrekt, berücksichtigt aber nicht die Gerüchte, Bilder und Verunsicherungen, die erfahrungsgemäß hinter so einer Frage stecken. So haben viele Jugendliche beispielsweise gehört, dass der Gebrauch der Pille bei Raucherinnen problematisch sein könnte. Warum das so ist, ist allerdings weniger bekannt. Also wird diese Information regelmäßig so verstanden, als ob Rauchen einen Einfluss auf die Verhütungswirkung der Pille hätte. Oder sie kennen vom Hörensagen Einzelfälle, wo Frauen trotz Pilleneinnahme schwanger geworden sind. Ob dahinter Einnahmefehler stehen oder nicht, kann aus solchen Einzelfällen natürlich nicht geschlossen werden. Insgesamt macht das aber ein Bild, als ob man sich auf die Verhütungswirkung der Pille nicht verlassen könnte und die Pille ein schlechtes Verhütungsmittel wäre. Hier gilt es, differenzierte Informationen zu vermitteln und genau zu klären, unter welchen Voraussetzungen welche Verhütung sinnvoll ist, was man dabei beachten sollte, wie man Einnahmefehler vermeiden kann und auch, wie man Information von Freunden oder Freundinnen oder aus den Medien gewichten, einordnen und auf die persönliche Relevanz prüfen kann.

Oder worum geht es, wenn ein Junge beispielsweise sagt, dass man mit Kondomen weniger spüren würde und er diese deswegen nicht verwenden möchte? Wahrscheinlich weiß er, dass er Kondome verwenden „sollte“. Und wahrscheinlich hat er – mehr oder weniger vordergründig – sogar Angst davor, ein Mädchen zu schwängern oder sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anzustecken, wenn er keine Kondome verwendet. Der Grund, warum er dies dennoch nicht möchte, hat höchstwahrscheinlich etwas damit zu tun, dass der Gebrauch von Kondomen ihn in seiner sexuellen Performance verunsichert. Eine Moralpredigt oder das Aufzeigen von noch deutlicheren Bedrohungsszenarien wäre hier kontraproduktiv. Vielmehr geht es darum, diesen Jungen in seiner sexuellen Kompetenz und Selbstsicherheit zu stärken. Und zwar ganz konkret dadurch, dass man ihn darauf aufmerksam macht, dass die Anwendung von Kondomen auch etwas mit Übung und Gewöhnung zu tun hat, weil es nämlich so etwas wie Körper-Lernen gibt. Das bedeutet, dass er das zum Beispiel auch bei der Selbstbefriedigung lernen und üben kann, wo er weniger Leistungsdruck hat als in einer sexuellen Situation mit einer anderen Person.

Man könnte hier noch viele weitere Beispiele dafür aufzählen, wie Fragen typischerweise codiert werden und was bei einer Antwort berücksichtigt werden sollte. Klar ist jedenfalls, dass eine gelingende Sexualpädagogik zahlreiche Aspekte mit bedenken muss.

Es geht immer auch darum, zugrundeliegende Themenbereiche herauszuarbeiten, mögliche Verunsicherungen und Ängste genauer zu reflektieren und den Bogen weiter zu spannen, als es die ursprünglichen Fragen auf den ersten Blick vermuten lassen.

Und es geht auch darum, Themen aktiv anzusprechen und nicht nur auf einer rein kognitiven Ebene zu behandeln, sondern ebenso einen Bezug zur emotionalen und körperlichen Wirklichkeit sowie zur Handlungsebene herzustellen. Das erfordert ein Wissen über die Lebenswelt von Jugendlichen und darüber, wie Zusammenhänge verstanden und hergestellt werden können.

Nur so können Jugendliche auch in ihrer eigenen Kompetenz gestärkt werden. Ansonsten kann es sehr leicht passieren, dass einseitige und aus dem Zusammenhang gerissene Informationen wiedergegeben und Ängste und Verunsicherungen eher noch verstärkt als aufgefangen werden.

Das wäre dann eine Sexualpädagogik, wie sie vielleicht von manchen Erwachsenen gewünscht wird, die aber Jugendliche weder erreicht noch handlungskompetent macht und sie auch nicht in ihrer Eigenverantwortlichkeit fördert. Und das würde weder einem pädagogischen noch einem präventiven Gedanken wirklich gerecht werden.

5.3 Erwachsenenalter

Im folgenden Kapitel wird auf die psychosozialen Aspekte der Sexualität im Erwachsenenalter eingegangen. Von Univ.-Prof. in Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger wird hierbei die weibliche Perspektive und von Mag. Wolfgang Kostenwein die männliche Perspektive behandelt.

5.3.1 „Bye, bye beauty queens: Werden Frauen je vom Objekt zum Subjekt?“



Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen | Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin | Autorin | a. o. Universitätsprofessorin (Universität Salzburg)

Seit mittlerweile Jahrzehnten bemühen wir uns als Gesellschaft Rollenklischees von Männern und Frauen aufzulockern, wenn nicht sogar diese zu beseitigen. Ist dies auch gelungen?

Wenn man die aktuellen Darstellungen von Frauen und Männern betrachtet, so wird ersichtlich, dass nach wie vor das traditionelle Rollenverständnis vermittelt wird. Vor allem Frauen, aber auch Mädchen, werden überwiegend immer perfekter und sexualisierter dargestellt. Nur wenn sie jung und „sexy“ sind, dann haben sie Erfolg – im Job und in der Liebe, - so die gängige Lesart.

Welchen Einfluss haben diese beworbenen Geschlechterrollen und wie wirken sich diese auch auf Rollen- und Erwartungshaltungen in Bezug auf Sexualität aus?

Sozialisation als Fundament der Persönlichkeitsentwicklung

Sozialisation findet in Kontext von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, verinnerlichten Normen und Werten unter ständig sich verändernden Lebensbedingungen in unterschiedlichen Erziehungsstilen, emotioneller Zuwendung- und ständiger Interaktion statt.

Soziale und gesellschaftliche Rollen werden internalisiert und auf vielen Kommunikationsebenen vermittelt

Ziele der Sozialisation sind folgende:

- Entwicklung sozialer, gesellschaftlicher Kompetenz
- Entwicklung von Selbstsicherheit und Selbstständigkeit
- Gewissensbildung
- Förderung der intellektuellen Fähigkeiten
- Förderung zur Fähigkeit der Empathie, Solidarität und Konfliktbewältigung
- Lebensfreude
- Unterstützung von Neugierverhalten und Wissensdurst

Stereotype Geschlechterkonzepte beeinflussen bereits pränatale Wunschvorstellungen und Fantasien der werdenden Eltern vom Kind und beeinflussen dementsprechend schon frühe Interaktionsmuster.

. . . . und Werbung wirkt

Konzepte von frühen Prägungen sind ein wichtiges Instrument der Werbeindustrie. Betrachten wir Werbesujets für Mädchen und Buben, so zeichnen diese ein eindeutiges Bild von traditionellen und tradierten Rollenbildern. Um ein Vielfaches verstärkt wird dies durch einschlägige Produkte der Spielwarenindustrie, die sich optisch, wie auch von den Angeboten für eine „pinke“ Mädchen - Welt und eine blaue, rote oder schwarze Buben-Welt von technischen und kämpferischen Objekten aufteilen lässt. Mehr denn je findet eine strikte Aufteilung der dadurch symbolisierten weiblichen und männlichen Lebenswelten auch im 21. Jahrhundert statt.

Ein anderer Aspekt ist die nachweislich relevante Verinnerlichung geschlechterspezifischer unterschiedlichen Körperbilder, die ein Fundament einer

positiven oder negativen Einstellung zu eigenen Körper darstellt. Eindeutig sind dazu internationale Forschungsergebnisse. Mädchen und Frauen sehen ihren Körper signifikant kritischer, angstbesetzter bis hin zur deutlichen Ablehnung als Burschen und Männer. In einer Studie mit 50.000 Jugendliche in Australien rangiert die Sorge nicht schön genug zu sein und einen unperfekten Körper zu haben an erster Stelle von den erfragten Sorgen [44]. Evidenz für die nachhaltige negative Wirkung eines gesellschaftlichen uniformen Schönheitsideals, sehen wir in einer signifikanten Abnahme des Selbstbewusstseins bei Mädchen ab 13 Jahren im Vergleich zu den Buben, wie wir in einer großen Wien-weiten SchülerInnen-Befragung feststellen mussten [45]

Wie die prominente englische Frauenaktivistin Universitätsprofessorin und Psychotherapeutin Susi Orbach in ihrem Buch „Bodies: Schlachtfelder der Schönheit“ [46] feststellte, sind wir wöchentlich mit einer uns überflutenden perfekten weiblichen, jugendlichen Bilderwelt konfrontiert, die verinnerlicht wird und als Anker der eigenen Selbstzufriedenheit dient – Tendenz steigend. Anne Becker wies in ihrer bahnbrechenden Fiji-Studie [47] nach, dass diese gesellschaftlichen Repräsentanzen idealisierter weiblicher Rollenbilder mit dem Auftreten von Essstörungen korreliert.

Schönheit als Ware

Folge dieses Schönheitsdrucks ist der Wunsch nach eigener Perfektionierung und Verjüngung durch überbordende Angebote der ästhetischen Chirurgie. Um dem künstlichen Ideal und den damit verbundenen Attributen, wie Erfolg und Glück, zu entsprechen, werden auch die Risiken einer Operation in Kauf genommen. Wenn ist in den Anfängen der ästhetischen Chirurgie hauptsächlich um Brustvergrößerungen und Fettabsaugungen ging, ist heutzutage fast nichts mehr ein Tabu. Selbst die Schamlippen müssen einem von Medien geschaffenen und an der Pornoindustrie orientierten Ideal entsprechen.

Eine Studie von Haines, Deaux und Lofaro [48] zeigte, dass die Geschlechterstereotypen sogar zugenommen haben. Doing gender zeigt hier seine negative perpetuierende Wirkung. Die Entfernung von diesen traditionellen Rollenverständnissen scheint aus Sicht der Forschung ferner denn je.

Trotz aller gendersensiblen pädagogischen Bemühungen in Kindergarten und Schule, scheint die resignative Diagnose, dass diese an dem überwältigenden medialen Angebot an klassischen Rollenvorgaben scheitern, zwingend.

Es wundert kaum, dass dies auch Konsequenzen für die Sexualität nach sich zieht. Denn ein positives Körperbild ist ein wichtiger Wegbereiter für erfüllte Sexualität. Wenn der Körper aber als mangelhaft und nicht begehrenswert erlebt wird, so hat dies negative Konsequenzen auf das eigene sexuelle Verlangen und Erleben. Studien konnte zeigen, dass ein negatives Körperbild zu vermehrter Ablenkung durch Sorgen über das Aussehen in der Sexualität, führt. Dadurch kommt es zu geringer sexueller Zufriedenheit und vermehrter Vermeidung von sexuellen Kontakten. So gab das Journal of Sex Research [49] an, dass das eigene Körperbild einer Frau mehr Einfluss auf ihre Sexualität hat als die Menopause.

Take Home Message

Ein positives Bild des eigenen Körpers zählt somit zu den grundlegenden Faktoren, die sexuelle Gesundheit ausmachen. Weswegen die Kultivierung eines solchen, vor allem bei Mädchen, von äußerster Bedeutung ist sowie die Würdigung, dass

- die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper ein Ergebnis psychodynamischer und interaktiver Prozesse ist,
- gesellschaftliche Schönheits- und Aussehensnormen psychischen Druck erzeugen und
- ästhetische Chirurgie nicht die Lösung für ein negatives Körperbild darstellt, da oftmals nur das Symptom, aber nicht die Ursache behandelt wird,

wesentliche gesellschaftliche Anliegen darstellen und die Basis für Veränderung sind. (siehe auch [50], [51], [52], [53], [54])

5.3.2 „Edler Ritter oder konturloser Waschlappen? Männlichkeit abseits gängiger Rollenbilder“



Mag. Wolfgang Kostenwein

Gesundheitspsychologe | Klinischer Sexologe | Psychologische Leitung des Österreichischen Instituts für Sexualpädagogik | Lehrgangsführung des Ausbildungslehrgangs Klinische Sexologie Sexocorporel



Männliche Identität?



Betrachtet man gegenwärtige Identitätsentwürfe von Männlichkeit, finden sich unterschiedliche und vor allem kontroverielle Konzepte, die eine massive Verunsicherung in den männlichen Rollenbildern vermuten lassen. Die Frage, wie Männlichkeit definiert werden kann, führt daher bei vielen Männern eher zu Fragezeichen als zu klaren Antwortformulierungen. Ein aktueller gesellschaftlicher Diskurs über verbale oder körperliche Gewalt gegen Frauen im sozialen Alltag ist dringend notwendig, vermag aber kaum dazu beitragen, positive Männlichkeitsbilder zu beschreiben, die es ermöglichen würden, den Antagonismus in bestehenden gesellschaftlichen Identitätsentwürfen auszuhebeln. Auch die längst notwendigen Ansätze einer Dekonstruktion heteronormativer Zuschreibungen lassen in dieser Hinsicht wenige Lösungsvorschläge erwarten.

Gesellschaftliche Identitätsentwürfe

Pädagogische Konzepte hinsichtlich männlicher Rollenbilder haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass Jungen zunehmend einfühlsame, rücksichtsvolle und empathische Haltungen einzunehmen vermögen. Dieser Ansatz kann als direkte Antwort auf veraltete Männlichkeitskonzepte gesehen werden, die ein Rollenbild entworfen haben, das von einer egoistischen und ignoranten Haltung geprägt war und Gewaltbereitschaft begünstigt.



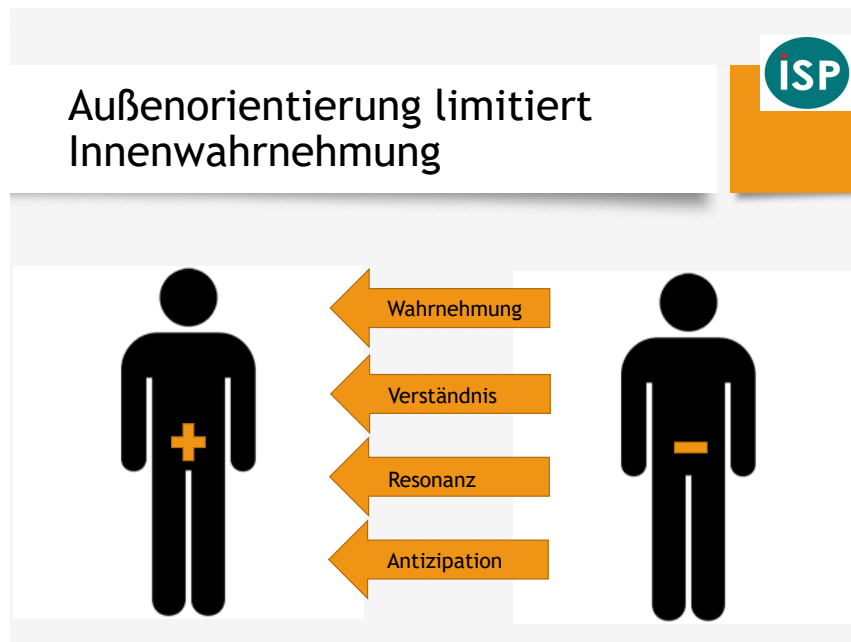
Achtsam
Einfühlsam



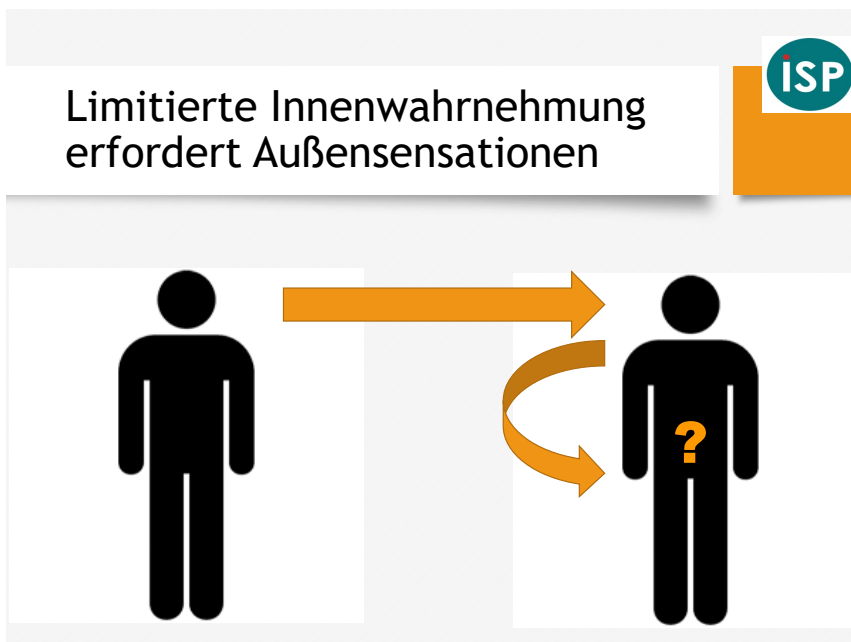
Egoistisch
Gewaltbereit

Der pädagogische Ansatz einer empathischen und mitfühlenden Haltung hat allerdings nicht zu dem erwarteten positiven Rollenverständnis von Männern geführt, sondern eher deren Unsicherheit in ihrer Rolle verstärkt.





Eine Fokussierung auf das Gegenüber vernachlässigt die Eigenwahrnehmung, entzieht die Basis für die Sicherheit in der eigenen Person und verhindert das Gefühl der Selbstsicherheit als Entscheidungsgrundlage für Beziehungsgestaltung.



Beziehungsgestaltung und insbesondere auch sexuelle Begegnungen benötigen eine gute Verankerung bei sich selbst. Sich selbst nicht oder nicht hinreichend wahrzunehmen fördert Außenorientierung – Orientierung vorwiegend an den vermuteten Bedürfnissen der anderen Person oder Orientierung an äußeren Bildern. Aus diesem Blickwinkel ist es verständlich, dass Pornografie unter gegebenen Gesellschaftsverhältnissen sehr geeignet erscheinen kann, Orientierungshilfen zu geben.



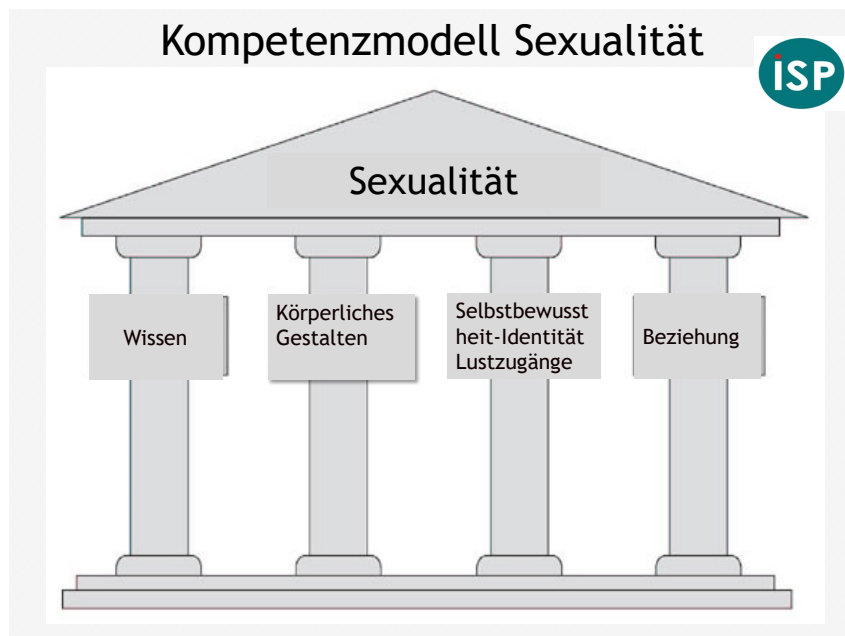
Kompetenzmodell Pornographie



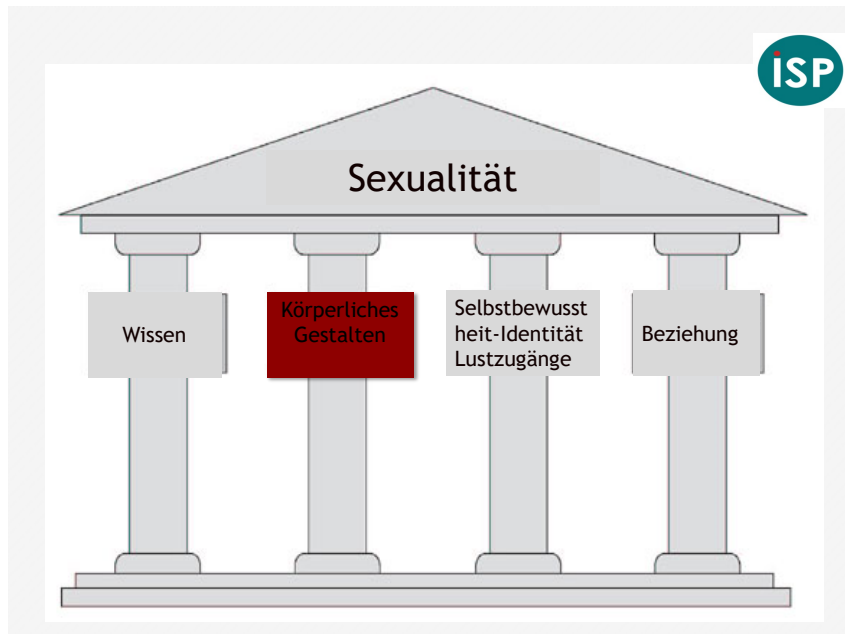
- Niederschwellig erreichbar
- Kostenlos
- Konkret
- Benutzungsfreundlich aufbereitet
- Lustvoll eingebettet



Sexualpädagogische Antworten müssen daher in der kontinuierlichen Begleitung von Menschen in ihrer sexuellen Entwicklungsmöglichkeiten gefunden werden, die diesem reduzierten Kompetenzmodell etwas entgegenzusetzen vermag.



Die vier Säulen in der Kompetenzentwicklung menschlicher Sexualität veranschaulichen die einzelnen Entwicklungsfelder, die Voraussetzung dafür sind, in der Sexualität selbstbestimmt und lustgeleitet in Beziehung treten zu können. Neben den Wissenshintergründen, die für die kognitive Orientierung erforderlich sind und damit auch Mythen, Glaubenssätze und Wertigkeiten einzuordnen vermögen, sind vor allem auch körperliche Gestaltungsmöglichkeiten Grundlage jedes sexuellen Handelns.



Der Körper ist gewissermaßen das Instrument, auf das Menschen in ihrer Sexualität Bezug nehmen und der die Grundlage für jede sexuelle Gestaltung liefert.



Es ist wie bei einem Musikinstrument. Es benötigt viel Erfahrung mit dem Instrument, um es zum Tönen zu bringen. Ebenso benötigen Menschen Körpererfahrungen durch Bewegungsinputs sowie auch genitale Wahrnehmungsfähigkeit. Diese Kompetenzentwicklung unterliegt einem lebenslangen Aneignungsprozess und bildet den Möglichkeitsrahmen für Erleben.

Der Körper als Instrument

ISP



Alle meine Entchen

Al - le mei - ne Ent - chen schwim - men auf dem See, schwim - men auf dem
See, Köpf - chen un - ter's Was - ser, Schwänz - chen in die Hoh.

Wenn nur wenige Tasten angeschlagen werden können, können auch nur einfache Melodien gespielt werden.

Sobald das gesamte Instrument verfügbar ist, lassen sich diesem Instrument die süßesten Töne entlocken...

Der Körper als Instrument

ISP



Liebstraum Nr.3

Franz Liszt

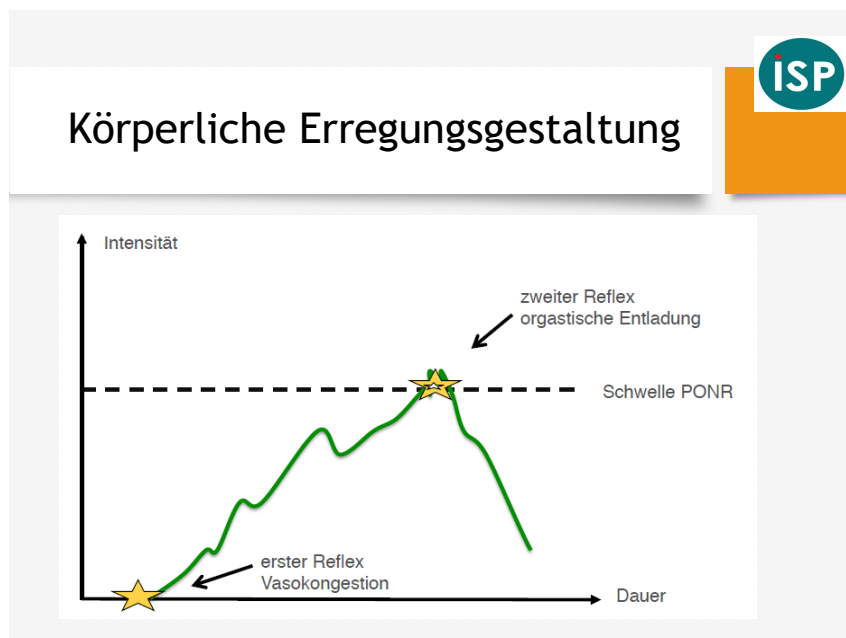
Pour Allons avec elle "Où l'air, so long de l'air le cœur"

Dabei ist es unerheblich, ob der Klangkörper aus einem Klavier, einer Harfe oder einem Cembalo besteht („das Teile der Harfe und des Klaviers in sich vereint). Es ist immer der Körper, wie auch immer er beschaffen sein mag, der den Bezugsrahmen für das Gestalten darstellt.

Der Körper verfügt über unterschiedliche Tools, um sexuelle Erregung gestalten zu können:

- Muskeltonus (insbesondere Beckenbodenmuskulatur)
- Rhythmus
- Bewegung
- Atmung

Die Fähigkeit, diese Instrumentarien des Körpers in einer hohen Variabilität für die Lustgestaltung einsetzen zu können, definiert den „Erregungsmodus“ einer Person und bestimmt damit den Verlauf der Erregungskurve.



Der Körper aktiviert diese vier Körpertools in einer sehr spezifischen Weise um die sexuelle Erregung vorantreiben und gestalten zu können. Die Nutzung dieser Körpertools ist ein als "automatisierter" Vorgang zu verstehen, ähnlich der aktiven Gestaltung des Körpers bei anderen intensiven Wahrnehmungssituationen wie z.B. Freude oder Stress.

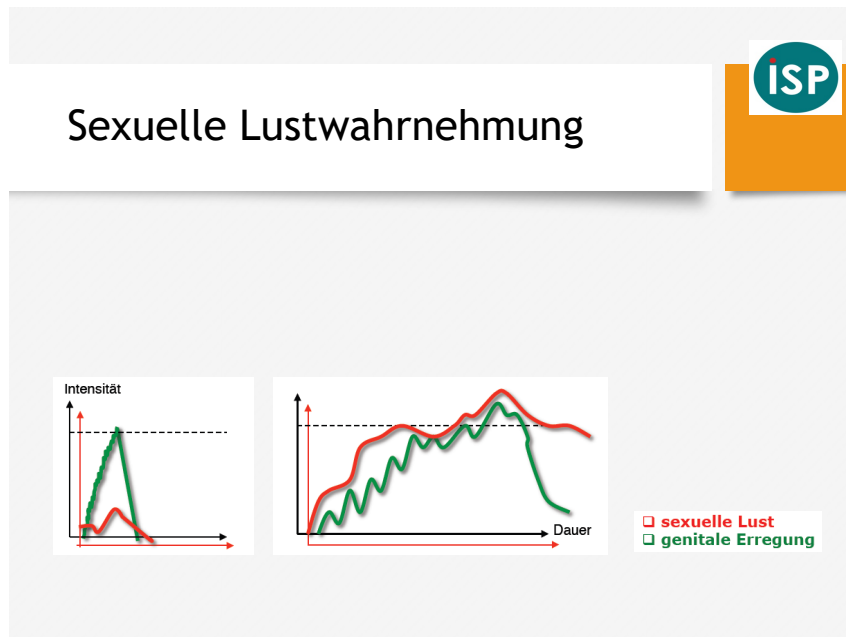
Je differenzierter der Körper diese Tools einsetzt, desto stabiler wird die eigene Sexualität erlebt. Werden nur sehr wenige Körpertools eingesetzt, ist die körperliche Gestaltungsfähigkeit begrenzt und dadurch störanfälliger.

Welche Tools in welcher Weise genutzt werden ist durch vorangegangene Lernerfahrungen in alltäglichen, wie auch sexuellen Situationen bestimmt. Dieser Lernprozess kann durch gezielte Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität in jedem Alter erweitert werden.

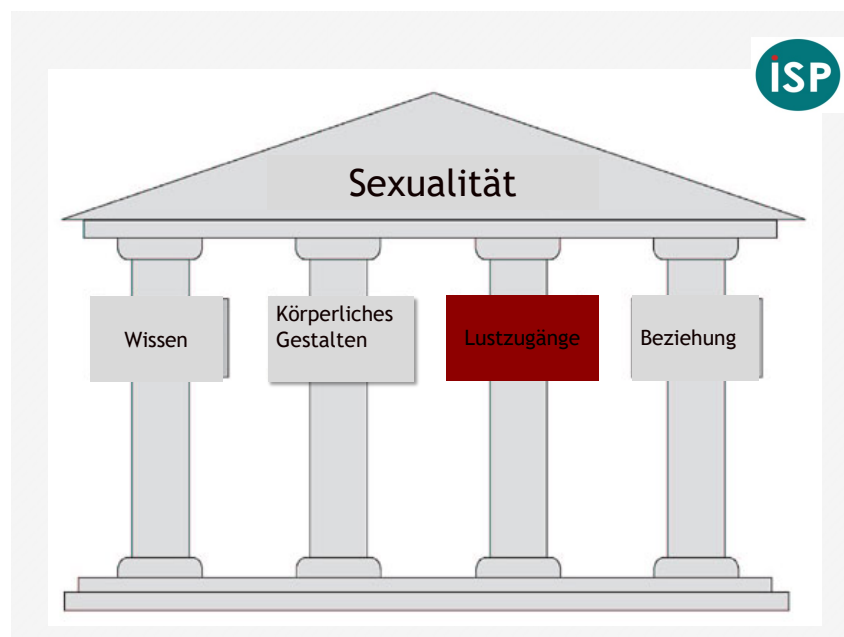
Neben den grundlegenden körperlichen Gestaltungsmöglichkeiten bedarf es einer Wahrnehmungsebene sowie einer Einbettung in sexuelle Lust. Diese Wahrnehmungsebene ist durch eine zusätzliche Kurve (rot) definiert.

Das Modell sexueller Gesundheit geht in erster Linie von individuellen Fähigkeiten aus und unterscheidet dabei zwischen den körperlichen Gestaltungsfähigkeiten und der sexuellen Wahrnehmungsfähigkeit. Diese Differenzierung zwischen körperlicher

Aktivität und Wahrnehmung - also dessen was " gespürt " wird, macht nicht nur eine spezifische Evaluation der sexuellen Situation möglich, sondern verhindert auch normierende Zuschreibungen möglicher Wahrnehmungen auf Grund der körperlichen Aktivität/Funktionalität.



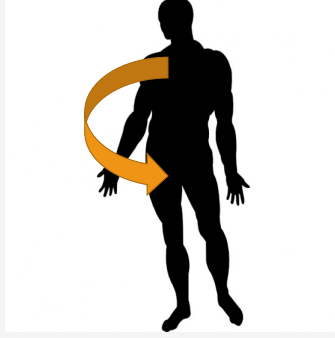

Die Fähigkeit, Lust wahrzunehmen, sowie die Vielfalt unterschiedlicher Anziehungskodes sind grundlegend für den Gestaltungsraum in einer sexuellen Begegnung.



Entscheidend ist auch, wie sexuelles Begehren ausgelöst werden kann. Sexuelles Begehren entsteht entgegen vieler Klischees nicht bei allen Menschen in gleicher Weise. Personen, die viele Körpertools für die Gestaltung ihrer sexuellen Erregung

nutzen können und eine sehr breite und differenzierte Lustwahrnehmung haben, können auf sehr viele unterschiedliche Arten in sexuelles Begehren kommen.

Formen und Typologien des sexuellen Begehrens



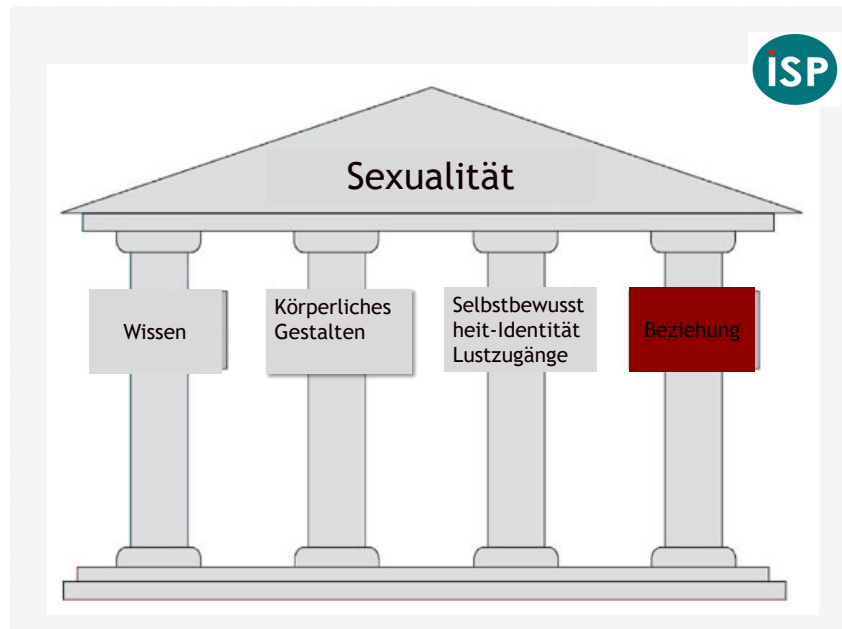
Erregungsreflex ausgelöst durch:

- Affektive Intensivierung
 - Verschmelzung
 - Szenarien
- Genital sexuelles Begehren

Manche Menschen können genitale Erregung ausschließlich über einen hohen Affekt auslösen, dann entsteht eine Abhängigkeit von Inputs, die diese Intensivierung ermöglichen.

Jene Personen, die die eigene Erregung und das eigene Begehren nur durch den Lustausdruck des Gegenübers erleben bzw. gestalten können, sind also in ihrer Sexualität von der anderen Person abhängig.

Die vierte und letzte Säule im Kompetenzmodell sexueller Entwicklung bezieht sich auf Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung.



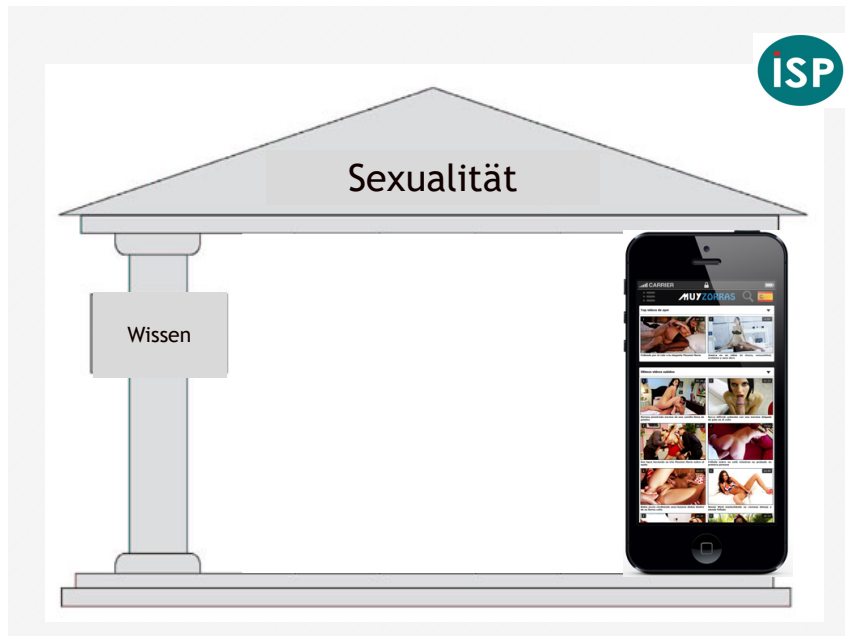
Beziehungskompetenzen umfassen Bereiche wie kommunikative Kompetenz, Beziehungsgestaltung, erotische Kompetenzen sowie Verführungsfähigkeiten.

Reformulierung der Sexualpädagogik

Ein differenziertes sexologisches Verständnis über die einzelnen Kompetenzbereiche und deren Zusammenspiel ermöglicht es, sexualpädagogische Ansätze auf allen Ebenen zu entwerfen.

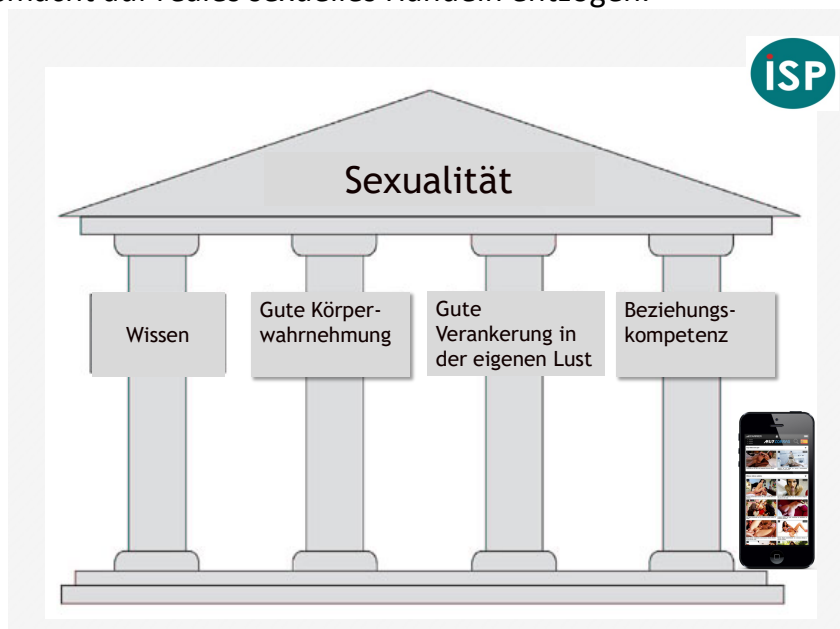
Traditionelle Sexualpädagogik reduziert vorwiegend auf kognitive Inputs im Rahmen von Wissensvermittlung. Diese Reduktion erscheint unzureichend, um Kompetenzentwicklung ausreichend zu fördern. Umfassende Gesundheitsförderung im Kontext Sexualität muss die kognitive, die emotionale, die körperliche, die sensorische, wie auch die Ebene der Beziehungsgestaltung inkludieren und dies von Kleinkindalter an.

Gesprächsangebote zum Thema Sexualität, die zutiefst persönliche, lebensweltbezogene Themen aussparen, lassen viele intime Fragen offen. Nicht selten erscheinen pornographische Darstellungen eine Antwort für diese kaum formulierbaren Fragen zu liefern.



Wenn Menschen neben ausreichendem Wissen eine gute Körperwahrnehmung besitzen und damit eine gute Verankerung in der eigenen Lust vorfinden, besitzen sie förderliche Bedingungen für eine Beziehungsgestaltung, die auf Respekt und einer sehnsuchtsgeleiteten Begegnung begründet ist.

Damit wäre Pornographie möglicherweise nicht restlos verdrängt, aber jedenfalls ihrer Einflussmacht auf reales sexuelles Handeln entzogen.





Die sexualpädagogische Antwort auf den Antagonismus bestehender Rollenbilder findet sich in pädagogischen Ansätzen, die vom Österreichischen Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien entwickelt wurden und die Begleitung einer Kompetenzentwicklung auf allen relevanten Ebenen ermöglicht.



5.4 Alter: „Intimität- Sexualität-Tabuisierung im Alter“



Mag.ª Dr.ª Doris Bach

Braincare - Institut für seelische Gesundheit | Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin | Gerontopsychologin und Gerontopsychotherapeutin | Arbeitspsychologin | Supervisorin | Psychotherapeutin (Logotherapie und Existenzanalyse)

Durch den Wandel unserer Gesellschaft ist es nunmehr an der Zeit, sich auch mit Themen auseinander zu setzen, die bislang gern ausgespart blieben. Tabus – eine aus dem polynesisch kommende Bezeichnung für das Unausprechliche – sind im Allgemeinen weder rational noch funktional begründet. Sie beziehen sich auf grundlegende Werte einer Gesellschaft, um das soziale Handeln des Einzelnen den jeweils gesellschaftlichen Verhältnissen anzupassen. Liest man soziologische Studien zum Thema Alterssexualität, so ist die durchschnittliche Einstellung unserer Gesellschaft von Vorurteilen geprägt. Eines der schwerwiegendsten Vorurteile, welches unter anderem auch zur Tabuisierung führt, ist wohl die Notwendigkeit eines jugendlichen und unversehrten Körpers für die Ausübung befriedigender Sexualität. Dabei rückt ein leistungsbezogener Modgedanke in den Vordergrund und verstellt so den Blick auf die eigentliche Wurzel von Sexualität: das menschliche Grundbedürfnis nach Nähe und Zärtlichkeit. Sexualität ist eine Grunddimension des Menschseins, ist ein Teil der Menschenwürde und der menschlichen Freiheit, unabhängig vom Alter, und ist durch das Grundgesetz (WHO, 1974) geschützt.

Der Jugend schien es lange Zeit vorbehalten, Lust, Liebe und Sexualität ausleben zu dürfen. Gefühle aber altern nicht und daher ist jeder Mensch fähig, Lust zu empfinden. Oft leidet das Wohlbefinden unter dem Aussehen, denn das Körperbild, welches das eigene Bild über Größe, Form, Gestalt und die damit verbundenen Gefühle umfasst, beeinflusst die Zufriedenheit. Körperbildstörungen und die daraus resultierenden Einschränkungen des erotischen Potentials durch Minderwertigkeitsgefühle werden im Alter häufig beschrieben. Generell kann man davon ausgehen, dass biologisch Sexualität bis ins höhere und höchste Lebensalter lebbar ist. Zwar nimmt die Intensität des rein körperlichen Verlangens mit dem Alter ab, nicht jedoch der Wunsch nach Zärtlichkeit und Befriedigung.

Um sich dem Thema Sexualität im Alter zu nähern, erscheint es unumgänglich, den so wesentlichen Begriff der Intimität zu beleuchten. Die Überschreitung der persönlichen Grenzen und der manchmal auch notwendige Eingriff in die Privat- bzw. Intimsphäre, also in individuelle Schutzzonen der Scham, werden oftmals als große Belastung und Einschränkung der Lebensqualität gesehen, über die im Regelfall auch nicht gern gesprochen wird.

Möglicherweise fehlt uns auch die sprachliche Ebene, die wichtig wäre, um uns über dieses Thema austauschen zu können, woraus nicht selten eine doppelte Sprachlosigkeit entsteht. So weiß man, dass die Mehrzahl der Patienten einer allgemeinmedizinischen Praxis, die zwei Jahre lang an einem sexuellen Problem litten,

nicht mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt sprechen. Auch das Geschlecht der ÄrztInnen/TherapeutInnen und PatientInnen ist ausschlaggebend für die Art der Unterhaltung. Frauen kommunizieren ihre Beschwerden eher auf der psychosozialen Ebene; Ärztinnen kommunizieren eher interaktions- und patientenzentriert und richten ihre Aufmerksamkeit auch auf psychosoziale Faktoren. Männer, sowohl Patienten als auch Ärzte, neigen zu einem direktiven und instrumentellen Kommunikationsverhalten.

Da die Sexualität im Alter vollständig von der Fortpflanzungsfunktion abgelöst zu betrachten ist und sie deshalb ganz zum Bereich der Wünsche und Sehnsüchte zählt, wird die Zärtlichkeit, die Schaffung einer emotionalen Sicherheit und der gegenseitigen Loyalität zunehmend wichtiger. Es lässt sich also über den Alterungsprozess hinweg eine Verschiebung des sexuellen Interesses von der Genitalität hin zur Zärtlichkeit beschreiben. Die häufigsten Formen sexueller Aktivitäten im Alter sind der Austausch von Liebkosung bzw. Intimitäten wie „Kuscheln“, Küssen und Streicheln gefolgt von Selbstbefriedigung und Petting. Koitus stellt sich als eher seltene Form heraus. Als Gründe für ein eventuelles Nachlassen bzw. Aufgeben sexueller Aktivitäten im Alter werden vor allem körperliche Beschwerden und Schmerzen, psychische Belastungen/Erkrankungen, die religiöse Einstellung, das Fehlen eines Partners oder der Verlust des Interesses genannt.

Ein wichtiges Thema stellt das Vorhandensein von und der Umgang mit Sexualität in Pflegeeinrichtungen bzw. Seniorenheimen dar. Demenzerkrankungen und Sexualität mögen gedanklich nicht unmittelbar einen Zusammenhang haben, in der Praxis ergeben sich aber immer wieder Situationen, in denen man an Grenzen stößt. Die grundsätzliche Frage, die dabei gestellt werden müssen: welche Verhaltensweisen werden Menschen mit einer Demenzerkrankung erlaubt und wo liegen die Grenzen? Wann sollte man einschreiten, wo beschützen? Sexualität dabei sofort nur als pathologisches Verhalten zu werten ist weder sinnvoll noch richtig. Denn die Fähigkeit zu sinnlicher Kommunikation bleibt viel länger erhalten als die sprachliche Kompetenz.

In Anbetracht der Tatsache, dass in Zukunft immer gesündere Menschen und sexuell permissiv erzogene Generationen in höheres Alter kommen, lässt sich die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen Diskurses zu Sexualität im Alter nicht von der Hand weisen. Mit viel Einfühlungsvermögen, Geduld und Zeit wird es uns gelingen, über die Sexualität im Alter mehr zu erfahren und sie daher besser begreifen zu können. Denn die Beachtung der Scham, die Grenzen der Intimität und die Bedeutung der Sexualität sind notwendig um den alten Menschen in seiner Ganzheit würdevoll zu begegnen. [55]

6 „Gütesiegel Sexualität - in Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigung“



Anna Wolfesberger

Leiterin des Vereins Senia – Enthinderung der Sexualität | Dipl. Behinderten Pädagogin | Sexualpädagogin | Klinische Sexologin nach Sexocorporel | Supervisorin

Qualitätssicherung im Bereich „Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen und deren Umfeld beim Thema „Liebe, Zärtlichkeit, Partnerschaft & Sexualität“!

Aufgrund der Erfahrungen von Senia zeigt sich, dass viele Einrichtungen vor allem das Angebot im Bereich der Beratung nach Übergriffen in Anspruch nehmen.

Die Sensibilisierung, die Begleitung und Unterstützung bei der psychosexuellen Entwicklung, die alltägliche Begleitung zu diesem Thema steckt leider in vielen Bereichen noch in den Kinderschuhen und ist eher dem Engagement von einzelnen MitarbeiterInnen in diesen Bereichen zu verdanken; dies weist jedoch darauf hin, dass hier eine stärkere Sensibilisierung zu diesem Thema und eine bessere Verankerung in den Organisationen noch zu erfolgen hat.

Deshalb hat der Verein Senia in Zusammenarbeit mit verschiedenen Trägern, der Interessensvertretung für Menschen mit Behinderung und ElternvertreterInnen, das Gütesiegel „Sexualität und Beeinträchtigung“ erstellt und gemeinsam mit der Sozialabteilung des Landes Oberösterreich, dieses als Qualitätsstandard im Wirkungsbereich des Chancengleichheitsgesetzes zu etablieren.

Das Gütesiegel soll auf vier Zielgruppen ansprechen:

1. Organisation/Träger
2. MitarbeiterInnen
3. KundInnen
4. Angehörige

Ad Organisation/Träger

Hier werden Standards gemeinsam mit dem jeweiligen Träger festgelegt, wie man den Themen „Liebe, Zärtlichkeit, Partnerschaft, Sexualität, Missbrauch“ umgegangen wird. Dies reicht von strukturellen Überlegungen bis hin zu inhaltlichen Positionierungen.

Gemeinsam mit der Sozialabteilung müssten hier im Vorfeld die Mindeststandards erarbeitet werden.

Ad MitarbeiterInnen

In diesem Bereich soll es Vorgaben geben, über welches Mindestmaß an Wissen in diesem Bereich jede(r) MitarbeiterIn, jede Gruppe oder Einrichtung verfügen muss. So soll es neben einem Grundwissen in allen Einrichtungen auch einige MitarbeiterInnen geben, die die Themenführerschaft übernehmen und auch stärker geschult werden.

Je nach inhaltlicher Positionierung werden die Ausbildungserfordernisse unterschiedlich sein.

Ad KundInnen

Die Begleitung in diesem Themengebiet muss für die Zielgruppe sichergestellt sein; es muss Klarheit darüber geben, wie die individuellen Unterstützungsangebote aussehen. Es muss gemeinsam mit den KundInnen eine offene Form des Umgangs entwickelt werden, damit kann auch dieser Themenbereich gut ins Leben integriert werden. Nur über die Normalisierung der Sexualität für die KundInnen kann eine zielführende Missbrauchsprophylaxe stattfinden.

Ad Angehörige

Da gerade bei den Angehörigen oftmals viel Unsicherheit mit diesem Thema verbunden ist, erscheint es wichtig, dauerhaft mit den Angehörigen in Kontakt zu sein. Auch hier sollen unterschiedliche Szenarien entwickelt werden, wie Angehörigenarbeit auszusehen hat.

Die Realisierung des Gütesiegels wurde realisiert, indem zuerst gemeinsam mit der Sozialabteilung des Landes Oberösterreich die Mindeststandards entwickelt, und dann mit den Trägern individuell je nach Betreuungsformen und inhaltlicher Positionierung die Trägerstandards definiert wurden.

Die Letztentscheidung zur Verleihung des Gütesiegels wird durch die IVMB OÖ., in Form von Interviews getroffen.

6 Ausblick



MRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Der zweite Teil der Tagungsreihe „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“ vom 24. Oktober 2017 mit dem Schwerpunkt auf psychosozialen Aspekten im Lebensverlauf trägt wieder einen wichtigen Teil dazu bei, dem Status der Sexualität als potentieller blinder Fleck im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Dem Ziel der breiten WHO-Definition zur sexuellen Gesundheit gerecht zu werden, konnte mit dem diesjährigen Schwerpunkt auf psychosozialen Aspekten der sexuellen Gesundheit im Verlauf des gesamten Lebens ein großer Schritt nähergekommen werden.

Insbesondere Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen kommt im Bereich sexuelle Gesundheit eine wichtige Schlüsselrolle zu. Um eine angemessene Betreuung von PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen, SchülerInnen etc. auch bezüglich Angelegenheiten der Sexualität gewährleisten zu können, ist eine intensive Behandlung aller Aspekte der Sexualität beginnend bei der Ausbildung für Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen dringend notwendig. Die diesjährige Tagung bot daher auch die Möglichkeit zum interdisziplinären Austausch und der fachlichen Vernetzung.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz möchte mit der Veranstaltung der diesjährigen Tagung weiterhin den Aufbau eines fachlichen Netzwerkes unterstützen und bekennt sich dazu, sexuelle Gesundheit in alle entstehenden oder bereits bestehenden Strategien zu integrieren.

Bezüglich einer möglichen nächsten Tagung muss noch entschieden werden, ob sich das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz spezifischen Zielgruppen widmet, oder ob der Schwerpunkt auf die Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit in allen Politikfeldern gelegt werden soll.

7 Literaturverzeichnis

- [1] http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/
- [2] Action Plan for Sexual and Reproductive Health 2016 - towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>
- [3] Action Plan for Sexual and Reproductive Health 2016 - towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind.
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>
- [4] [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach](#)
- [5] EU-Standards in Sexual Education 2011 - Federal Centre for Health Education
<https://www.bzga-whocc.de/en/publications/standards-in-sexuality-education/>
- [6] Zanzu, mein Körper in Wort und Bild
<https://www.zanzu.de/de>
- [7] Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patients in France. Curr Med Res Opin. 2003.
- [8] Cosgrove MP et al. Does depression increase the risk of developing type 2 diabetes? Occup Med 2008.
- [9] Gonzalez JS et al. Symptoms of depression prospectively predict poorer self-care in patients with type 2 diabetes. Diabet Med 2008.
- [10] Wit L et al. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. Psychiatry Res. 2010.
- [11] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004.
- [12] Giese-Davis J et al. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer. J Clin Oncol 2011.

- [13] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004.
- [14] Giese-Davis J et al. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer. J Clin Oncol 2011.
- [15] Kurhe Y, Mahesh R. Mechanisms linking depression co-morbid with obesity. Asian J Psychiatr. 2015.
- [16] Antidepressive Therapie bei somatischen Erkrankungen, Konsensus-Statement – State of the Art 2010. Clinicum neuropsy 2011.
- [17] ATHIS 2014 – Austrian Health Interview Survey 2014 (S. 74).
- [18] Grundsatzpapier der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (chronic disease, prevention and control), 2008.
- [19] Österreichischer Ernährungsbericht 2012 (S. 126).
<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/5/3/CH1048/CMS1348749794860/oeb12.pdf>
- [20] OECD Obesity Update 2017.
- [21] Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013 (S. 15).
http://www.oedg.at/pdf/diabetesbericht_2013.pdf
- [22] Herz-Kreislaufbericht 2015 (S. 10).
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/7/1/CH1075/CMS1421311013881/hke_bericht_2015.pdf
- [23] Cholesterinreport 2015.
- [24] Statistik Austria 2011.
- [25] Diagnostik des Prostatakarzinoms: MRT (mit endorektaler Spule) + MR–Spektroskopie. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- [26] ATHIS 2014 - Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8), 2014 (S. 24).
- [27] https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/ArzneimittelverbrauchinOesterreich_HK.html
- [28] Burchardt M et al. Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular complications and psychological functioning in men with hypertension. Int J Impot Res 2001; 13(5):276-81.

- [29] Martelli V et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome, *J Sex Med* 2012; 9(2):434-41.
- [30] Rutte A et al. Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. *J Sex Marital Ther* 2015; 41(6):680-90.
- [31] Nascimento ER. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *J Affect Disord* 2015; 181:96-100.
- [32] Artom N. Prevalence of erectile dysfunction in a cohort of Italian hypertensive subjects. *Clin Exp Hypertens* 2016; 38(2):143-9.
- [33] Bonierbale M, Lançon C, Tignol J. The ELIXIR Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patients in France. *Curr Med Res Opin.* 2003.
- [34] Porst H. *Manual der Impotenz.* Verlag UNIMED 2000 (S. 149).
- [35] Baier K et al. *Sexualmedizin,* Verlag Urban & Fischer 2005.
- [36] ÖÄZ-Consensus 2011. Die erektile Dysfunktion als Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen - Evidenz aus interdisziplinärer Sicht.
- [37] WHO & WAS, Guatemala 2000, Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action.
- [38] Moreira ED et al. A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults. *Eur J Med Res* 2005;10(10):434-43.
- [39] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>
- [40] <http://doch-noch.de/tv/>
- [41] <http://www.diversity.uni-reiburg.de/GDManagement/GeschlechtlicheIdentitaet>
- [42] *Ärzte Zeitung* 02.06.2005.
- [43] <http://crimethinc.blogspot.de/images/genderlayout.pdf>
- [44] Bullo A., Cave, L., Fildes, J., Hall, S. and Plummer, J. (2017). *Mission Australia's 2017 Youth Survey Report.* Mission Australia.

- [45] Wimmer – Puchinger, B. (2015). „Problemzone“ Körper? Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern. Wien: Wiener Program für Frauengesundheit, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien.
- [46] Orbach, S. (2012). Bodies. Schlachtfelder der Schönheit. 2. Auflage. Zürich: Arche.
- [47] Becker A., Burwell, R. A., Herzog, D. B., Hamburg, P., Gilman, S. E. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180 (6); pp. 509-514. doi: 10.1192/bjp.180.6.509.
- [48] Haines, E. L., Deaux, K., Lofaro, N. (2016). The Times They Are a-Changing ... or Are They Not? A Comparison of Gender Stereotypes, 1983–2014. *Psychology of Women Quarterly*, 40(3), pp. 353-363.
- [49] Woertman L. & van den Brink F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3); pp. 184-211. doi: 10.1080/00224499.2012.658586.
- [50] Currie, C., Zanotti, C. F., Morgan, A., Currie, D. B., de Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (Eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* (Health Policy for Children and Adolescents). Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- [51] Pascoal, P., Narciso, I. and Pereira, N. M. (2012). Predictors of Body Appearance Cognitive Distraction during Sexual Activity in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 9: 2849–2860. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02893.
- [52] Slater, A., Tiggemann, M. (2016). Little girls in a grown up world: Exposure to sexualized media, internalization of sexualization messages, and body image in 6–9 year-old girls. *Body Image*, Vol. 18; pp. 19-22. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.004>.
- [53] Træen, B., Markovic, A. & Kvaalem, I. L. (2016) Sexual satisfaction and body image: a cross-sectional study among Norwegian young adults. *Sexual and Relationship Therapy*, 31 (2); pp. 123–137.

- [54] Yaisca Pujols, BA, Cindy M. Meston, PhD, and Brooke N. Seal, PhD. (2010) The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *Journal of Sexual Research*, 7(2 Pt 2); pp. 905-916.
- [55] Bach D., Böhmer F. (2011): *Intimität-Sexualität-Tabuisierung im Alter*, Böhlau Verlag.

www.sozialministerium.at

