

der mann

Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit

Sexualität von Männern

bei chronischer

Erkrankung

Starke K

Blickpunkt der Mann 2007; 5 (3)

14-18

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Sexualität von Männern bei chronischer Erkrankung

K. Starke

Dem sexuellen Verhalten von chronisch erkrankten Männern ist bislang weder theoretisch noch empirisch größere Aufmerksamkeit geschenkt worden, und für die Praxis sind kaum wissenschaftlich gesicherte Entscheidungshilfen vorhanden. Im Beitrag werden 13 Aspekte hervorgehoben, die für eine Annäherung an das Thema wichtig sind. Dazu gehören die Bedeutung der Sexualität für die Gesamt vitalität des Menschen, der soziokulturelle Kontext von Sexualität und Krankheit und insbesondere die Partnerschaft als wichtigster Bezug des Sexualverhaltens. Inwieweit Sexuelles im Denken und in der Realität chronisch Kranker präsent ist und wie Paare damit umgehen, wird in einem empirisch akzentuierten Teil des Beitrags berührt. Dabei wird auf die mannigfaltigen Funktionen der Sexualität hingewiesen und die Formel „Lust mal Lusterfüllung im Quadrat gleich sexuelle Zufriedenheit“ angeboten. Abschließend werden zwei Strategien im Umgang mit Sexualität reflektiert, eine des Aufgebens und eine des Aufhebens.

*So far, sexual behaviour of chronically ill men has not received particular attention, neither theoretically nor empirically. In practice, there is hardly any scientifically based decision guidance. This paper highlights 13 aspects as an approach to the topic. Among them are the relevance of sexuality for the entire vitality of a human, the sociocultural context of sexuality and illness as well as partnership as the most important basis of sexual behaviour. A chapter of this article will put an empirical focus on how far sexuality is present in the thinking and reality of chronically ill men and how couples deal with it. It will underline the numerous functions of sexuality and outline the formula, "lust multiplied by lust fulfilment to the second equal sexual content". Finally, two strategies to handle sexuality will be discussed, abandoning and keeping. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (3): 14–8.***

Der Sexualwissenschaft ist Pathologisches nicht fremd. Sexualstörungen, sexuelle Dysfunktionen, Perversionen und Devianzen, Entartungen aller Art, Abweichungen von einem angenehmen Normalen bilden von Anfang an die wesentliche Substanz speziell in der deutschen Sexualwissenschaft. Im Jahr 1886 publizierte der Neuropathologe und Psychiater Richard von Krafft-Ebing die „Psychopathia sexualis“. Der Titel des Buches war charakteristisch und fortan stilbildend. Die Sexualwissenschaft war, wie Lautmann bemerkt, bis in die jüngste Zeit hinein „durch und durch von der Medizin geprägt“ und hatte „die Pathologie in den Mittelpunkt des Denkens“ gerückt [1].

Aber das Thema Krankheit und Sexualität, nicht-sexuelle Erkrankungen und Sexualverhalten, findet sich in der sexualwissenschaftlichen Literatur nur spärlich bis gar nicht – nach dem Motto: Wer krank ist, ist krank, und das ist kein Vergnügen. Lust, gar sexuelle Lust, paßt nicht zum ersten, unlustigen Kranksein. Sexualität ist ein Luxus – für Gesunde.

In jüngster Zeit scheint sich das ein wenig zu ändern. Als Beleg können drei rezente Standardwerke dienen: Lautmann geht in seiner „Soziologie der Sexualität“ auf das Gesund-Krank-Konstrukt ein, ohne allerdings erkrankte Menschen im Blick zu haben. In Sigusch's Sammelband „Sexuelle Störungen und ihre Behandlung“ [2] ist ein schmales Kapitel zum Thema „Körperliche Erkrankungen und Sexualität“ enthalten, in dem es dominierend um AIDS, am Rande um Störungen in der gynäkologischen Praxis und nur in einem kurzen Beitrag von Strauß um chronische körperliche Erkrankungen und Sexualität geht. In der „Sexualmedizin“ von Beier, Bosinski, Hartmann und Loewitt [3] sind immerhin fast 50 Seiten „Krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen“ gewidmet. Von den

älteren Standardwerken sei die „Klinische Sexologie“ von Hertoft [4] hervorgehoben. Sie enthält ein Kapitel über „Sexuelle Dysfunktionen bei bestimmten Behinderungen und Krankheiten“. Unter sexualtherapeutischen Gesichtspunkten wendet sich Buddeberg in seinem Buch „Sexualberatung“ [5] in einem eigenen Kapitel sexuellen Problemen von körperlich Kranken und Behinderten zu und findet, daß die lange bestehenden Vorurteile gegenüber sexuellen Wünschen und Bedürfnissen von Kranken an Bedeutung verloren haben.

Als wesentliche Erfahrung wird in der Literatur mitgeteilt, daß chronische körperliche Erkrankungen zwar mehr oder weniger massiv das Sexualleben beeinflussen oder beeinflussen können, „jedoch nicht notwendigerweise das sexuelle Erleben und die sexuellen Funktionen beeinträchtigen“ müssen (Strauß in [2]).

In den Gesundheitswissenschaften kommt Sexualität nicht oder nur am Rande vor. Das wird sich gewiß über kurz oder lang ändern. Mit Blick auf das Gesundheitswesen und die Medizin schreiben Berberich und Brähler, daß nicht zuletzt „ärztliche Maßnahmen von Patienten an ihren Auswirkungen auf das Sexualleben gemessen“ werden. In der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen käme „der Wiederherstellung des sexuellen Beziehungslebens ein wichtiger Stellenwert zu“. Dabei gelte es, „nicht nur den somatischen, sondern auch den psychosozialen Faktoren Rechnung zu tragen“ [6].

Empirische Forschungen zum Thema sind ebenfalls selten und meist sehr eng angelegt. Am ehesten untersucht sind noch einerseits koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus und Hypertonie im Hinblick auf Männerpotenz und andererseits onkologische Erkrankungen im Hinblick auf Auswirkungen operativer Eingriffe [7]. Die Broschüre „Krebspatient und Sexualität“ vom Krebsforschungszentrum Heidelberg [8] verdient in diesem Zusammenhang besondere Anerkennung, ebenso weitere Arbeiten [9–13]. Sie sollten die empirische Sexualwissenschaft anregen, sich des Themas anzunehmen. Denn komplexe sexualwissenschaftliche

Aus der Praxis Prof. Dr. Starke

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. habil. Kurt Starke,
D-04758 Zeuckritz, Reudnitzer Straße 6A,
E-Mail: kurt@starke.l.uu.net.de

Untersuchungen zum Thema fehlen ganz, ausgenommen AIDS.

Der vorliegende Beitrag hat im Titel drei kritische Größen: Sexualität, Männer und chronische Erkrankungen. Was die Sexualität anbelangt, so stellt sich die Frage, was darunter verstanden werden soll und ob sich Funktionen der Sexualität bei chronisch Kranken generell und speziell bei chronisch kranken Männern ändern. Was Männer anbelangt, so ist zu fragen, ob Männer anders krank sind als Frauen und ob sie eine besondere Sexualität haben [14]. Sind diese beiden Fragen schon zu groß für einen kleinen Beitrag, so stellt die dritte eine im Grunde unüberwindliche Hürde dar: Krankheiten sind sehr verschieden, und es gibt bei jeder Erkrankung unterschiedliche Schweregrade. Dem kann sich der vorliegende Beitrag nicht stellen, genauso wie die Dimension Alter nur anklingen kann [15].

Ohne auf spezielle Krankheiten einzugehen und alle Schweregrade zu berücksichtigen, können im folgenden nur generelle Aspekte hervorgehoben werden. Sie sind als Ausgangspunkte bei der Annäherung an das Thema zu verstehen und sollen die weitere Beschäftigung damit anregen [16, 17].

Aspekte

1. Der chronisch Kranke hat wie jeder Mensch ein Sexualleben, und sei es ein verändertes, ein bizarres, ein hypertrophes bzw. defizitäres oder ein fehlendes.
 2. Daß man an Leib und Seele gesund sein müsse, um sexuelles Verlangen zu haben und auszuleben, gehört zu den „eingefleischten Wahrheiten der Sexualität“ [1], zu den zähen Vorurteilen unserer Sexualkultur. Erst in jüngster Zeit werden sie mühsam aufgebrochen.
 3. Die sexuellen Primärprozesse, die sich auf dem Sexualtrieb gründen, sind von eigenständiger Vitalität. Sexuelles Begehren, keineswegs nur am Körper festgemacht und naturalisiert betrachtet, kann unterdrückt oder aufgeschoben, aber nicht völlig ausgemerzt oder nicht folgenlos erstickt werden. Die Folgen wirken sich auf die Gesamtvitalität des Menschen, auf seine Psyche und auf sein soziales Verhalten aus.
 4. Obgleich Sexuelles von eigenständiger Bedeutung ist, steht Sexualität in einem individuellen und kulturellen Kontext. Sexualverhalten ist – bei allem Somatischen und Physiologischen, das beteiligt ist – Sozialverhalten. Sexualität gehört zur Persönlichkeit eines Menschen und ist wie diese gesellschaftlich determiniert. Die Sozialisation eines Menschen hat sexuelle Aspekte, und es gibt eine sexuelle Sozialisation. Sexualität ist Teil der Gesamtheit der Lebensäußerungen des Menschen als biopsychosoziale Einheit.
 5. Der wichtigste psychologische und soziokulturelle Bezug der Sexualität ist die Paarbeziehung. Jede empirische Untersuchung zeigt, daß Sexualität und Partnerschaft, Sexualität und Liebe eng zusammengedacht werden, von Jugend auf und heute eher noch verstärkt [18]. Liebe und Partnerschaft werden nicht asexuell, platonisch, sexfern vorge-
- stellt und gelebt, und das sexuelle Erleben findet in der Liebesbeziehung seinen idealen Platz und seine große Dimension [19]. Menschen ohne feste Partnerbeziehung haben meist ein dürres Sexualleben, eine „lean sexuality“ – um es in diesem Falle angemessen modern zu sagen. Auf kranke Singles trifft das in besonderem Maße zu.
6. Um eine Partnerschaft aufzubauen und zu pflegen, ist allerlei vonnöten: Die Bereitschaft zu lieben, Liebesfähigkeit, ein hohes Maß an Empathie, ein Wir-Bewußtsein, ein unversiegbares Interesse für den anderen. Es besteht die Gefahr, daß der Patient durch seine Erkrankung auf sich selbst zurückgeworfen wird. Sofern sein kranker Körper physische und psychische Kraft aufsaugt, tendiert er notgedrungen zum „Ich-Menschen“. Ist dies der Fall, wird die Partnerschaft gefährdet, sie wird asymmetrisch. Asymmetrie und Ungleichheit sind aber ein Garant für den Zerfall einer Beziehung. Freilich steuern die Partner dagegen. Der Kranke versucht sein Bestes für die Beziehung zu geben, vor allem, indem er versucht, der Krankheit zu begegnen, zu kämpfen, Lebensmut zu gewinnen und Partner zu bleiben oder wieder zum Partner zu werden. Der gesunde Partner entwickelt Solidarität. Sie wird von den meisten Menschen als selbstverständlicher Teil der Liebe empfunden. Tritt sie an die Stelle der Liebe oder verdrängt sie diese, verändert sie die Beziehung gravierend. Solidarität oder Mitleid oder Samaritertum, so wertvoll und notwendig sie sind, verstärken in diesem Falle die Asymmetrie. Asymmetrie verdrängt die Erotik. Sexuelles Miteinander wird zum einseitigen Für-den-Anderen mit Tendenz zur Vermeidung. Diese leidvolle Entwicklung hat zwei Komponenten. Zum einen neigt der kranke Mann dazu, sich als Patient, nur als Patient, als Kranker zu fühlen, andere Persönlichkeitsmerkmale und -stärken zurückzudrängen und sich auf die Erkrankung zu reduzieren oder sich auf diese reduzieren zu lassen. Zum anderen kann eine chronische Erkrankung nicht nur das Verhalten, sondern die Persönlichkeit verändern. Sie ist dann nicht mehr die, in die man sich verliebt hat, die man leidenschaftlich begehrt hat, die man geschätzt hat und zu der man sich hingezogen fühlte, die die einstigen Stärken eingeblüßt hat. Sie wird einem fremd.
 7. Der Patient braucht wie jeder Mensch die Partnerbeziehung. Zerfällt sie, zerfällt ein Teil des Menschen, vor allem dann, wenn die emotionale Basis in der Beziehung stark und die Bindung der Partner eng waren. Bei großer Zuneigung ist die Gefahr, daß die Beziehung durch Erkrankung völlig zerfällt, zwar gemindert, aber doch nicht ganz ausgeschlossen. Ist der Zerfall einer partnerschaftlichen Beziehung schon für einen gesunden Menschen eine hohe Belastung, so kann sie für einen Erkrankten zur Katastrophe werden, zur plötzlichen oder schleichenden. Das wissen der Arzt am Krankenbett, der Psychologe oder der Sozialarbeiter bei der Betreuung von Langzeiterkrankten, und kein Medikament vermag dem abzuhelpen.
 8. Heute kann in den meisten Familien über Liebe und Sexualität gesprochen werden, besteht eine Liebesbeziehung, dann ist Sexuelles nicht bloß nonverbales Tun, sondern auch verbale Kommuni-

kation. Doch keineswegs in allen Partnerschaften kann Sexuelles benannt, können sexuelle Wünsche vorgetragen, können sexuelle Probleme besprochen werden. Ist es schon bei voller Gesundheit schwierig, über Sexuelles zu reden, dann setzt bei Krankheit das große Schweigen und Verdrängen ein. Das gilt für Männer noch stärker als für Frauen. Die Einstellung auf die neue Situation, die Suche nach einem Weg wird dadurch erschwert bis unmöglich. Wortlos entfällt das sexuelle Miteinander.

9. Das Verhältnis von Sexualität und Krankheit steht je in einem spezifischen soziokulturellen Kontext. Sexualität und Krankheit scheinen nicht zueinander zu passen. Sexualität und Gesundheit scheinen das einzig denkbare Paar zu sein. Die Bilder, die uns von Sexualität übermittelt werden, haben gesunde Akteure. Sex mit Kranken oder körperlich Geschädigten löst im allgemeinen keine positiven oder lustvollen, sondern eher negative oder peinliche Gefühle aus. Der wertvolle Mensch ist der gesunde Mensch. Der attraktive Mann ist gesund. Siech ist unmännlich. Wer krank ist, ist Verlierer, und Verlierer sind nicht sexy. Krankheit ist nicht erotisch. Körperliche Schädigungen turnen ab, selbst wenn sie sexuelle Aktionen nicht unmöglich machen. Das wissen die Dauererkrankten. Sie stehen unter diesem vorurteilsvollen, verurteilenden Normendruck. Nur mühsam gelingt es ihnen, ihm auszuweichen. Viele nehmen ihn an, sie leiden darunter und können sich nur schwer davon befreien – selbst dann nicht, wenn sich die Partnerin davon befreit hat.
10. Diese Befreiung verlangt eine veränderte Wahrnehmung von Sexualität und sexueller Erregung. Wer darauf getrimmt ist, Sex als eine Äußerlichkeit zu betrachten, der wird angesichts einer chronischen Erkrankung irritiert. Wenn die herrschenden Schönheitsideale und die medialen Schönheitsfiguren das Sexualleben im Griff haben, dann kann die Lust leicht vergehen, schon bei Gesundheit, erst recht bei Krankheit. Wer nur den perfekten Körper als begehrenswert empfindet und nur den Körper als schön, der wird bei einer chronischen Krankheit, vor allem angesichts äußerer Körperveränderungen, in besonderem Maße aufgewühlt. Das sicher, aber das gibt sich doch wieder. Seine Gefühle kommen durcheinander. Bin ich noch schön? Bist Du noch schön? Sind wir noch schön? Sind wir noch schön genug für Sex? Was ist schön? Bin ich es in den Augen meiner Partnerin, und ist sie es in meinen Augen? Wer hingegen Begehren, Sinnlichkeit und Lust aus der emotionalen Qualität der Beziehung speist und zärtlich zu einem geliebten Menschen und nicht bloß zu einem (perfekten) Körper ist, dem gelingt es besser, mit Erkrankungen umzugehen.
11. Die chronische Erkrankung ist primär eine Angelegenheit des betroffenen Einzelnen. Sie betrifft aber auch das persönliche Umfeld, die Angehörigen, im speziellen Falle die Partnerin bzw. den Partner. Sie wird zu einer Angelegenheit der Paargruppe. Ist in einer heterosexuellen Paargruppe der Mann krank und die Frau gesund, dann leidet der Mann nicht nur unter seiner Krankheit, sondern auch darunter, daß seine Frau einen kranken Partner

hat, daß er von seiner Partnerin anders wahrgenommen wird, daß er sie anders (und mehr) belastet und sie anders (und meist weniger) erfreuen kann. Das bildet er sich vor allem dann ein, wenn er sein Selbstvertrauen verloren hat und die liebevolle Partnerin unterschätzt. Ist der Mann gesund und die Frau krank, dann leidet er mit ihr, dann muß er sich auf die veränderte Situation einstellen, dann wird sein sexuelles Begehren irritiert, dann gewinnt die Liebesbeziehung eine andere Dimension [20], manchmal die einer größeren Distanz, nicht selten aber die einer größeren menschlichen Nähe. Insbesondere ältere Paare, die mit der Krankheit zu leben gelernt haben oder dann einen Verlust des Partners infolge der Erkrankung befürchten, schätzen das vergönnte Zusammensein mehr und mehr und fühlen sich trotz der Krankheit glücklich miteinander.

12. Gesundheit wird in unseren Befragungen als hohes Gut betrachtet. Meist stehen Gesundheit, Familie und Partnerschaft an der Spitze der Lebenswerte. Sie gehören neben Arbeit zu den wesentlichen Faktoren des individuellen Lebensglücks. Schnabl bewertet Gesundheit und Liebe als das Wertvollste des Lebens [21]. So hoch der Wert Gesundheit auch ist, Fitneß scheint in der modernen Welt mehr zu sein. Jeden Tag scheiden die Ärzte in ihrer Praxis das Pathologische vom Nichtpathologischen. Dafür haben sie Grenzwerte und Normen. Gesundheit hat als Norm eine obere Grenze, Fitneß aber ist grenzenlos. Gesundheit ist endlich, Fitneß unendlich. Der Horizont ist nicht erkennbar und nicht erreichbar. Der anstrengende Weg dahin endet nicht. Der Soziologe Baumann meint: „Das Streben nach ‘Fitneß’ ist, ungeachtet kleiner Triumphe, durchsetzt mit unheilbarer Angst und bildet eine unerschöpfliche Quelle von Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen“ [22]. Die fitte Person sucht körperliche Lust, und der Erregungssammler ist „der Körper und zugleich der Besitzer des Körpers, Wächter, Trainer und Direktor. Diese beiden Rollen sind prinzipiell inkompatibel.“ Man kann nicht zugleich versunken genießen und nüchtern beobachten und kontrollieren. Das macht das Dilemma des Fitneßwahns und des Körperkults aus und gefährdet – auf das Sexuelle übertragen – das ganzheitliche lustvolle Erleben. Der Körper muß dann nur noch funktionieren, und wenn nicht, dann ist alles hin. Die Frau muß – so will es das eherne Gesetz der sexuellen Funktionstüchtigkeit und so möchte es auch der Mann von der vollkommenen Frau – in einer rundum gelungenen sexuellen Interaktion einen Orgasmus haben, und der Mann darf nicht versagen. Die Sexualität funktioniert, es klappt alles, weil der Körper funktioniert wie eine Maschine – oder sie ist gestört. Chronische Krankheit hat also nicht nur das Gegenbild Gesundheit, sondern den normativen Gegenzwang Fitneß. Sobald sich der chronisch kranke Mann diesem Zwang unrettbar ausgeliefert sieht, muß er verzagen und sexuell versagen. Andererseits ist gerade die partielle Fitneß oft das einzige, was er trainieren und erreichen kann und was ein Sexualleben ermöglicht. Leiden – im Fitneßwahn – Gesunde unter der Aufgabe, aus einem gesunden Körper ein fittes Instrument zu machen, so genießt der Kranke, seinen nicht oder

nicht ganz gesunden Körper in genußvolle Sexualität einbringen zu können. Sind manche Gesunde auf eine bestimmte Sexualtechnik fixiert, kann es chronisch Erkrankten gelingen, Reichtum, Vielfalt und Alternativen sexueller Möglichkeiten zu entdecken und schätzen zu lernen.

13. So wichtig das Körperliche im Primärsexuellen ist, so sehr der Körper ein perfekter und fixer Körper sein soll, so stark die herrschenden Schönheitsideale und der mediale Sex wirken, so unbewußt die allgegenwärtige Sexualisierung abstumpft, so direkt die Pornographie das Vorstellen abnimmt, die Imagination verschandelt oder tötet: Der Mann (und die Frau) hat eine Sehnsucht nach Sexuellem, eine titanische Vorstellungskraft und Einbildungskraft in bezug auf Sexuelles. Das wichtigste Sexualorgan – so wird oft und eher scherzhaft gesagt – sei der Kopf. Die sexuellen Phantasien unterscheiden sich je nach Persönlichkeit, aber sie werden von Gesunden und von Erkrankten entwickelt. Sie zu nähren, ist nicht abseitig, sondern diesseitig.

Empirisches

Männer denken generell oft an Sexuelles. Rund 80 % bejahen eine entsprechende Frage [17]. Das Erstaunliche ist, daß Kranke, Einsame, sich derzeit nicht so fit Fühlende kaum weniger häufig an Sexuelles denken als Gesunde. In den sexuellen Phantasien von Männern spielen Körperlichkeit und sexuelle Vollzüge eine bedeutende Rolle. Erotisches an Frauen (oder Männern) oder erotische Situationen werden vorgestellt. Liebespartner und Liebeserlebnisse rücken ins Bild. Lebhaft werden sexuelle Interaktionen aller Art erträumt. Nicht selten kommt es dabei zu starken psychischen und auch physischen Erregungszuständen. Sie werden von gesunden wie von kranken Männern als lustvoll erlebt, von kranken sogar noch in besonderer Weise als vitalisierend wahrgenommen.

Der Inhalt von gedanklichem Sex reduziert sich nicht auf körperliche Vollzüge und auf Sex an sich. Das hängt mit der Multifunktionalität von Sexualität zusammen [17]. Je nach Persönlichkeitsprofil und individueller Lebenslage gewinnen bestimmte Funktionen der Sexualität an Bedeutung. Besondere Bedeutung messen chronisch kranke Männer der Bestätigungsfunktion der Sexualität bei. Indem er sexuell agiert, fühlt sich der Mann in seiner Männlichkeit bestätigt, erfährt er glücklich, daß er noch potent ist. Das empfindet er auch als wichtig in bezug auf die Beziehungsfunktion der Sexualität: Ich taue noch als Partner, ich bin ein Liebhaber, unsere Beziehung ist noch so, wie sie sein soll, nämlich sexuell und nicht asexuell. Die Lustfunktion der Sexualität spielt selbstverständlich auch für den kranken Mann eine Rolle, genauso wie die Erlebnisfunktion. Die verbliebene Energie wird bei den einen Männern so weit wie möglich dafür verwendet, auch für sexuelle Abenteuer und sexuelle Vergnügungen aller Art, für andere Männer ist dies zugunsten heimischen Sexes von nicht so großem Belang. Von noch überragenderer Bedeutung als für gesunde ist für chronisch kranke Männer die Zärtlichkeits- und die Nähe- oder Intimfunktion der Sexualität. Insbesondere Kranke, die häufig allein sind und sich isoliert fühlen, sehnen sich nach Nähe. Wenn sie spüren, daß ihr Körper trotz Krankheit von einem anderen Menschen und

speziell von der Partnerin bzw. dem Partner angenommen wird, dann ist das gerade für sie von hohem Wert. Gerade chronisch Kranke benötigen den Körperkontakt, das Aneinanderschmiegen, das Berühren, das Streicheln, die erotische Zärtlichkeit. Die sexuellen Träume von chronisch kranken Männern sind hauptsächlich Sehnsucht nach Nähe zum geliebten Partner.

In empirischen Untersuchungen läßt sich die landläufige Formel „Wer gesund ist, hat häufiger Sex, und wer häufiger Sex hat, ist gesünder“ immer wieder bestätigen. Männer mit einem regen Sexualleben schätzen ihren Gesundheitszustand weit häufiger als gut ein als sexuell weniger oder nicht aktive. Und umgekehrt: Diejenigen Männer, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, haben weit häufiger Sex als diejenigen, die ihn als schlecht bezeichnen [14, 19]. Wird die Gesundheit schlechter, sinkt in den meisten Fällen die Sexualbetätigung, speziell die Koitusfrequenz, aber auch die Masturbation. Manchem kranken Mann, vor allem wenn er allein lebt oder infolge der Krankheit allein ist, bleibt freilich nur die Masturbation. Sie wiegt aber weder in der Quantität noch in der Erlebnisqualität partnerschaftlichen Sex auf [19]. Die meisten Männer hängen emotional am Koitus und weinen ihm jede Träne nach, wenn er aus- oder wegfällt.

Freilich kann auch bei kranken Männern nicht allein die Anzahl sexueller Interaktionen als Kriterium für ein intensives Sexualleben genommen werden, so wie generell in der Sexualität Quantitäten nicht das Maß aller Dinge sind. Neben qualitativen Aspekten und dem subjektiven Stellenwert von Sexhäufigkeit in einer Beziehung kommt es vor allem auf die Formel „Lust mal Lusterfüllung im Quadrat gleich sexuelle Zufriedenheit“ an.

In den meisten Partnerbeziehungen, in denen einer der beiden Partner oder beide chronisch krank sind, scheint es zu gelingen, ein ideales Maß für sexuelle Interaktionen zu finden [19]. Wenn dies nicht der Fall ist, dann treten zusätzlich zur Krankheit noch weitere Konflikte und Spannungen auf. Mehr noch als bei gesunden Paaren ist die sexuelle Konkordanz existentiell wichtig. Sie bedeutet, daß – je nach Schwere der Erkrankung – das richtige Maß für den Kranken zum richtigen Maß auch für den Gesunden wird – und umgekehrt. Zweifellos ist dies eine partnerschaftliche Leistung von höchsten Graden.

Ist der Partner sehr krank und bedarf er ständiger Pflege, dann ist nicht ausgeschlossen, daß sich insbesondere in Langzeitbeziehungen, die lebendig und inhaltsreich waren, die emotionalen Bindungen noch verstärken. Zu solchen liebevollen Bindungen sind Männer genauso fähig wie Frauen, egal, wer von beiden kränker ist. Stirbt die langzeitgeliebte Person, wird das in besonderem Maße als unersetzlicher Verlust empfunden. Es ist keineswegs so, daß solche Sensibilitäten heute völlig außer der Welt sind.

Die beiden Hauptstrategien chronisch erkrankter Männer

Läßt sich eine generalisierende Aussage über die Verhaltensstrategie von chronisch Erkrankten in bezug auf Sexualität finden? Das scheint angesichts der Vielfalt der Erkrankungen und der großen Streuung der

Auswirkungen sowie der Unterschiedlichkeit der Menschen und ihrer Partnerbeziehung unmöglich zu sein. Die große Kunst des Patienten, seiner Partnerin bzw. seines Partners, seiner Familie, der Ärzte, Psychologen, Betreuer und Berater besteht ja gerade darin, eine individuelle Lösung zu finden, das der jeweiligen Person und der Erkrankung Angemessene zu erkennen, das für Lebens- und Liebesglück Optimale zu erreichen.

Dennoch lassen sich zwei grundsätzliche, zwei gegensätzliche Verhaltensstrategien von chronisch Erkrankten in bezug auf Sexualität erkennen, von denen die eine eher unbewußt, die andere eher bewußt verfolgt wird.

Die eine Strategie besteht darin, daß mit der Gesundheit auch das Sexuelle verschwindet. Das sexuelle Leben wird aufgegeben, es findet nicht mehr statt. Angesichts der Belastungen infolge der Krankheit stellen sich Dauererkrankte auf ein asexuelles Leben ein, froh darüber, wenn es ihnen sonst einigermaßen gut geht. Dieses Verhaltensmuster wird häufiger von älteren als von jüngeren Menschen, häufiger von Frauen als von Männern und häufiger von Menschen übernommen, denen Sexuelles ohnehin nie viel bedeutet hat. Das Thema Sexualität und mit ihm alle sexuellen Probleme hat sich mit der Krankheit erledigt, sie sind entlastet, sie „entledigen“ sich der Sexualität, wie Dannecker in bezug auf altersbedingte Veränderungen sagt [23].

Ein Sonderfall besteht darin, wenn der Kranke mittels seiner Erkrankung aus Partnerbeziehung und Sexualität flüchtet. Die Instrumentalisierung der eigenen Erkrankung kann eine Verhaltensweise insbesondere schon vor der Erkrankung schwer gestörten Partnerbeziehungen sein. Der kranke Mann will seine Frau nicht mehr, die er ohnehin schon über hatte. Der kranke Mann verzichtet auf Sexualität, die für ihn schon immer belastend war. Die Krankheit liefert die Legitimation.

Die abgeschwächte Form der ersten Strategie, die Strategie des sexuellen Aufgebens, ist dadurch gekennzeichnet, daß das Maß des Sexuellen dem Maß der Schädigung folgt. Sie bedeutet eine Anpassung des Sexuellen an die Erkrankung, und nicht eine Anpassung der Erkrankung an das Sexuelle. Sie kann eine praktische, realistische, vernünftige Variante von einigem Wert sein.

Die andere Strategie ist ganz das Gegenteil der geschilderten Nullstrategie. Der chronisch Erkrankte findet sich keineswegs damit ab, daß nun sexuell alles vorbei ist. Er träumt von Liebesabenteuern, von erotischen Situationen und ist glücklich über jedes sexuelle Gefühl, das sich regt. Jede, auch nur schwache Erektion wird wie ein Wunder gefühlt, und nicht etwa als unangemessen und peinlich wahrgenommen. Die sexuelle Regung ist für ihn ein Lebenszeichen. Sexuelles Miteinander bedeutet für ihn Nähe, Halt, Geborgenheit, Dasein. Sexualität bedeutet ihm Hoffnung.

Mag derjenige, der der ersten Strategie folgt, keine Enttäuschungen erleben, weil er keine und nur wenige Hoffnungen, Erwartungen, Wünsche hat, jedenfalls im Moment, so geht derjenige, der der zweiten Strategie folgt, das Risiko der Enttäuschung ein. Aber indem er dieses Risiko eingeht, findet er auch in einer ganz anderen Weise als der Sexabholde oder Sexverzichter Lebensmut und Liebeslust. Er spürt Vitalität, merkt, daß die Krankheit Teil seines Lebens, aber nicht das ganze Leben ist, und entwickelt vielleicht auch die Kraft, von sich und seiner Erkrankung weg und hin zu anderen und anderem zu denken. Wenn diese Signale einen Widerhall finden, dann kann es trotz chronischer Erkrankung auch Partnerglück und sexuelle Lust zuhauf geben.

Literatur:

1. Lautmann R. Soziologie der Sexualität. Juventa Verlag, Weinheim-München, 2002.
2. Sigusch V (Hrsg). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 2001.
3. Beier KM, Bosinski HAG, Hartmann U, Loewitt K. Sexualmedizin. Urban & Fischer Verlag, München-Jena, 2001.
4. Hertoft P. Klinische Sexologie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1989.
5. Buddeberg C. Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 2005.
6. Berberich H, Brähler E (Hrsg). Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2001.
7. Zettl S, Hartlapp J. Sexualstörungen durch Krankheit und Therapie. Springer Verlag, Berlin, 1997.
8. Krebspatient und Sexualität. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, 2000.
9. Hartlapp J. Krebs und Sexualität. Weingärtner Verlag, Berlin, 2003.
10. Hartlapp J, Albers P, Freudenberg E. Hodenkrebs. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Weingärtner Verlag, Berlin, 1999.
11. Zettl S. Fit for Sex. Sexualberatung in der Onkologie. Forum DKG 2002; 3: 44–7.
12. Zettl S, Hartlapp J. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner. Weingärtner Verlag, Berlin, 2002.
13. Weis JB. Leben nach Krebs. Belastungs- und Krankheitsverarbeitung im Verlaufe einer Krebserkrankung. Verlag Hans Huber, Bern, 2002.
14. Starke K. Männer und ihre Sexualität. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg). Männerleben und Gesundheit. Juventa Verlag, Weinheim, 2007; 138–51.
15. Starke K. Lust ohne Ende? Älterwerden und Sexualität. Sexualmedizin für den Arzt 2000; 4: 6–12.
16. Seikowski K, Starke K (Hrsg). Sexualität des Mannes. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2002.
17. Starke K. Viel Trieb, mehr Lieb. Funktionswandel der Sexualität: die Nähfunktion. Sexualmedizin (Basel) 2000; 6: 175–80.
18. Schmidt G, Matthiesen S, Dekker A, Starke K. Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
19. Starke K. Nichts als die reine Liebe. Beziehungsbiographien und Sexualität im sozialen und psychologischen Wandel. Pabst Science Publishers, Lengerich, 2005.
20. Schnabl S. Plädoyer für die Liebe. Urania Verlag, Leipzig-Jena-Berlin, 1978.
21. Schnabl S. Gesundheit und Liebe. Persönliches Gespräch am 12. Februar 2007.
22. Baumann Z. Über den postmodernen Gebrauch der Sexualität. Zeitschrift für Sexualforschung 1998; 1: 1–16.
23. Dannecker M. Das Drama der Sexualität. Athenäum Verlag, Frankfurt/Main, 1987.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)