

Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität

Karrasch, Ralph-Michael; Reichert, Monika

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Karrasch, R.-M., & Reichert, M. (2011). Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität. *Zeitschrift für Familienforschung*, 23(1), 102-116. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-376478>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Ralph-Michael Karrasch & Monika Reichert

Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität

Impacts of spouse-caregiving on relationship and sexuality

Zusammenfassung:

Diese Studie zeigt, dass die Pflege eines Partners mit chronischer Erkrankung oder Einschränkung in vielerlei Hinsicht eine schwierige Aufgabe darstellt und negative Auswirkungen – wie einen Mangel an Zärtlichkeit oder sexuelle Probleme – auf die Partnerschaftsqualität haben kann. In Hinblick auf sexuelle Probleme können unzureichende Wege mit sexueller Dysfunktion des (männlichen) Partners umzugehen, das Vermeiden von Gesprächen über Sexualität, eine irreführende Wahrnehmung der gegenseitigen sexuellen Bedürfnisse und Eifersucht als besonders belastend erlebt werden.

Als Folge berichten Pflegenden und Gepflegte über eine geringere Zufriedenheit mit der Partnerschaft als in der Zeit, bevor die Pflegesituation auftrat. Um die möglichen negativen Auswirkungen einer Pflegesituation auf die Partnerschaft zu verringern, müssen Veränderungen im alltäglichen Leben und in der Partnerschaft besser angenommen und adäquate Bewältigungsstrategien wie z.B. eine Verbesserung der verbalen Kommunikation genutzt bzw. erlernt werden.

Schlagwörter: Pflege eines Partners, Partnerschaftszufriedenheit, sexuelle Probleme

Abstract:

This study shows that caregiving for a spouse with a chronic disease or disability can be a difficult task in many ways and can have a negative impact (e.g. lack of intimacy, sexual problems) on the quality of the relationship between the couple. With regard to sexual problems, for example, insufficient ways to handle sexual dysfunction of the (male) partner, the avoidance of talking about sexuality, a misleading perception of each other's sexual needs and jealousy can be experienced as especially burdensome. As a consequence, very often caregivers and care receivers report a lower marital satisfaction compared to the time before the caregiving situation set in. In order to reduce the negative impact caregiving may have on the partnership, changes in everyday life and in the relationship have to be accepted and, adequate coping strategies have to be used or learned, respectively (e.g. improvement of verbal communication skills).

Key words: spouse caregiver, marital satisfaction, sexual problems

1. Einleitung

In einer von den Autoren durchgeführten Studie zum Thema Gewalt in der Partnerpflege traten etwa 85% der Pflegenden und 60% der Gepflegten als Gewaltanwender auf (Kar-

rasch/Reichert 2008), was widerspiegelte, wie negativ sich eine Pflegesituation auf die Partnerschaft auswirken kann. Dadurch wurde das Interesse geweckt, anhand des gewonnenen Datenmaterials Auswirkungen der Pflegesituation auf die Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Sexualität genauer herauszuarbeiten. Von welcher Relevanz diese Fragestellung ist, zeigt die Tatsache, dass Ende 2007 1,54 Millionen in Privathaushalten wohnende Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, wobei 1,03 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nahmen, was bedeutet, dass diese ausschließlich durch ihre Angehörige gepflegt wurden (Statistisches Bundesamt 2008). Insgesamt 92% der Pflegebedürftigen werden dabei privat von Familienmitgliedern betreut oder mitbetreut, mit 28% am häufigsten vom Ehepartner (Schneekloth 2006).

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen ist mit dem Auftreten verschiedenster Belastungsfaktoren verbunden (Halsig 1995). 90% der Hauptpflegepersonen gaben an, äußerst pflegeintensive Unterstützung zu leisten (Halsig, 1995; 1998), ein großer Teil von ihnen, sich von den Pflegeanforderungen stark oder sehr stark belastet zu fühlen (Fassmann 1996; Reichert 1998; Schneekloth/Leven 2003). Im zwischenmenschlichen Bereich werden Einschränkungen der kommunikativen Fähigkeiten sowie problematische Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsänderungen der gepflegten Person häufiger als physische Einschränkungen als besondere Belastung erlebt (Brink 2002). Hinsichtlich der Krankheitsbilder Schlaganfall und Demenz werden Verhaltensstörungen wie aggressives, aufdringliches, anklammerndes, unkontrollierbares und unvorhersehbares Verhalten und Stimmungsschwankungen des Gepflegten als besonders belastend beschrieben (Dra-per/Poulos/Cole/Ehrlich 1992; Jungbauer/von Cramon/Wilz 2003), was neben Ärger auch Aggressionen nach sich ziehen kann (Grond 1998). Auch das Ausmaß der beim Gepflegten bestehenden Einschränkungen spielt hinsichtlich des Belastungsgrades eine wesentliche Rolle (Scholte/Reimer/de Haan/Rijnders/Limburg/van den Bos 1998).

Als problematisch erlebte Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften können zur völligen Verunsicherung im Umgang mit dem Pflegebedürftigen sowie zur Entfremdung vom Gepflegten führen und negative Auswirkungen auf die Beziehungsstruktur haben. Gerade bei Pflege eines demenziell Erkrankten müssen langjährige Beziehungen völlig neu definiert werden (Ehrhardt 1999), ein verändertes Abhängigkeitsgefüge sowie veränderte Machtpositionen können belastende Schuldgefühle und damit negative Folgen für den Pflegealltag entstehen lassen (Grond 1998). Gewalt kann dann den Endpunkt einer nicht mehr zu ertragenden Belastung und Überforderung darstellen (Kruse 1996). Boden (2004) wies darauf hin, dass ein erhöhtes Stressniveau negative Auswirkungen auf die Partnerschaftsqualität hat. Als vorherrschende Problemlagen in Pflegebeziehungen können somit eine Deprivation der Ehebeziehung, Beziehungskonflikte, Rollenkonflikte durch Rollenkehr, Angebundenheit und psychische Überforderung genannt werden.

Obwohl im Rahmen der Partnerpflege auch positive Gefühle dominieren können, besteht die Ansicht, dass es beim Pflegenden insbesondere bei Vorliegen einer chronischen und voranschreitenden Erkrankung des Partners zu einer Abnahme der Ehezufriedenheit kommt (Booth/Johnson 1994).

Im sexuellen Bereich wird bei Vorliegen chronischer Erkrankungen vor allem auf die Rolle zum Teil auch behandlungsbedingter sexueller Funktionsstörungen und ihren belastenden Folgen auf die Partnerschaften hingewiesen (Beier/Ahlers 2004). Als Faktoren, welche die Sexualität im Alter beeinflussen können, werden körperliche Veränderungen,

Zunahme von Erkrankungen (Diabetes mellitus, Arteriosklerose, vorangegangene Operationen, Harninkontinenz, Depression), erfolgte Behandlungen, Nebenwirkungen von Medikamenten und die Folgen lange andauernder Beziehungen genannt.

Bezogen auf die Zufriedenheit mit einer Partnerschaft im allgemeinen wird über die Jahre hinweg zumeist ein U-förmiger Verlauf konstatiert, aber auch ein konstanter Verlauf sowie eine kontinuierliche Abnahme der Partnerschaftszufriedenheit wurden beschrieben (Bodenmann 1998; Fiedler/Klaiberg 2000; Lee 1998; Steinberg/Silverberg 1987; Weiland-Heil 1993). Eine größere Zufriedenheit mit der Partnerschaft ließ sich dabei an mehreren Parametern festmachen, nämlich an einem höheren Maß an Zärtlichkeit, einer größeren Freude an gemeinsamen Unternehmungen sowie einer geringeren Konflikthäufigkeit (Lang/Neyer/Asendorpf 2005). Eine Studie von Klaiberg, Brähler und Schumacher (2001) ergab, dass Durchlässigkeit in der Beziehung, durch den Vater erfahrene emotionale Wärme, ein höherer Bildungsgrad, eine positive Grundstimmung sowie Kircheng Zugehörigkeit einen positiven Effekt auf die Partnerschaftszufriedenheit über 50-jähriger Personen hatte. Demgegenüber wirkten sich streitsüchtiges und konkurrierendes Verhalten, das Erfahren von Ablehnung und Strafe durch Mutter oder Vater, dominantes Verhalten oder wahrgenommene Magenbeschwerden negativ auf die Partnerschaftszufriedenheit aus.

Trennung oder Scheidung stellen die extremste Folge einer partnerschaftlichen Unzufriedenheit dar. Mehrere Problembereiche wurden dargestellt, welche zum Scheitern einer Beziehung im höheren Lebensalter führen können. So berichtete Schneider (1990) über drei Hauptscheidungsgründe, nämlich: emotionale Probleme (Kommunikationsschwierigkeiten, Routinisierung der Beziehung, unterschiedliche Entwicklung der Partner, fehlende Frei- oder Entfaltungsräume), instrumentelle Probleme (häufig Streit, fehlende Akzeptanz der Gewohnheiten des Partners, fehlende Verlässlichkeit, Gewalt, Alkohol, Drogen, finanzielle Probleme) und Untreue (Außenbeziehungen). In prospektiven Längsschnittstudien wurden zudem psychische Labilität, Neurotizismus und Defizite in relevanten Kompetenzen wie Kommunikation und Coping beschrieben, welche ein Scheitern einer Beziehung wahrscheinlicher machen. Weitere subjektive Gründe für eine Scheidung können sexuelle Unzufriedenheit, Geschlechtsrollenkonflikte, finanzielle Probleme und die Dominanz eines Partners sein. Heute führen insbesondere Störungen der Partnerbeziehung, unerfüllte Bedürfnisse und Spannungen zu Trennungen auch im höheren Lebensalter (Fookon 1997); gerade ein ungleicher Kosten-Nutzen-Faktor zwischen den Partnern (Austauschtheorie) erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Trennung, über den negativen Zusammenhang zwischen globalem Stressniveau und der Partnerschaftszufriedenheit wurde ebenfalls mehrfach berichtet (Bodenmann, 1994, 1995).

Bei Betrachtung der Studienergebnisse zur Partnerschaftsqualität im höheren Lebensalter sowie der Folgen einer Pflegesituation auf die Partnerschaft lassen sich einerseits Schnittmengen erkennen, andererseits aber wird deutlich, dass zwar viele Einflussfaktoren bezüglich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Sexualität genannt wurden, jedoch ein Mangel an konkreten Daten hinsichtlich der Entwicklung von Partnerschaften im höheren Lebensalter aus der Sicht beider Partner besteht. Durch die eigene Untersuchung hinsichtlich Auswirkungen der Pflege eines Partners auf die Partnerschaft und Sexualität sollte diesen Defiziten entgegengewirkt werden.

2. Methode

Im Zeitraum vom Sommer 2003 bis Sommer 2005 wurden 32 Paare und 18 pflegende Personen interviewt. Es kam ein teilstandardisierter, selbst entworfener, 76 Fragen umfassender Fragebogen zur Anwendung, welcher Informationen hinsichtlich der interviewten Personen, der bestehenden Pflegesituation, den Lebensverhältnissen, der Partnerschaft und Sexualität und auftretender problematischer Verhaltensweisen bzw. Gewalt untersuchte. Die Fragen zur Partnerschaft und Sexualität dienten dabei als Grundgerüst, ermöglichten den Interviewten jedoch Freiraum zu eigenen Ausführungen sowie dem Interviewer ein tiefergreifendes Nachfragen. Die Interviews nahmen zwischen 35 und 60 Minuten, durchschnittlich etwa 45 Minuten in Anspruch. Der Zugang zu den Interviewpartnern erfolgte vornehmlich über eine Parkinson-Fachklinik sowie Selbsthilfegruppen, aber auch über Hausärzte, Beratungszentren, Sozialstationen sowie den Bekanntenkreis.

Die Auswertung erfolgte unterteilt nach den Gruppen: Hauptgruppe 1: sämtliche pflegende Personen (n = 50), Untergruppe: Pflegende mit Ausschluss jener, welche einen demenziell erkrankten Partner pflegen (n = 43), Hauptgruppe 2: gepflegte Personen (n = 32). Zudem erfolgte ein Vergleich der Aussagen beider Partner (n = 32).

Zur Darstellung der im Rahmen der Pflege eingetretenen Partnerschaftsentwicklungen wurden nur Paare ausgewählt, bei welchen keine demenzielle Erkrankung vorlag.

Die pflegenden Personen waren in der Mehrzahl weiblichen Geschlechts und im Schnitt etwa 66 Jahre alt (s. Tabelle 1). Die Mehrzahl der gepflegten Personen litt unter einer Parkinsonschen Erkrankung (n = 26), die zweithäufigste Krankheitsursache stellten Schlaganfälle (n = 8) dar. Unter sonstigen Erkrankungen litten 6 Personen. Die Dauer der Pflegesituation variierte von einem bis zu sechzehn Jahren und betrug im Schnitt 5,84 Jahre (arithmetisches Mittel).

Tabelle 1: Geschlecht und Alter der Interviewten

	Pflegende (n = 43)	Gepflegte (n = 32)
Weiblich	31	9
Männlich	12	23
Durchschnittsalter	65,7 (range: 42-91)	66,4 (range: 49-79)

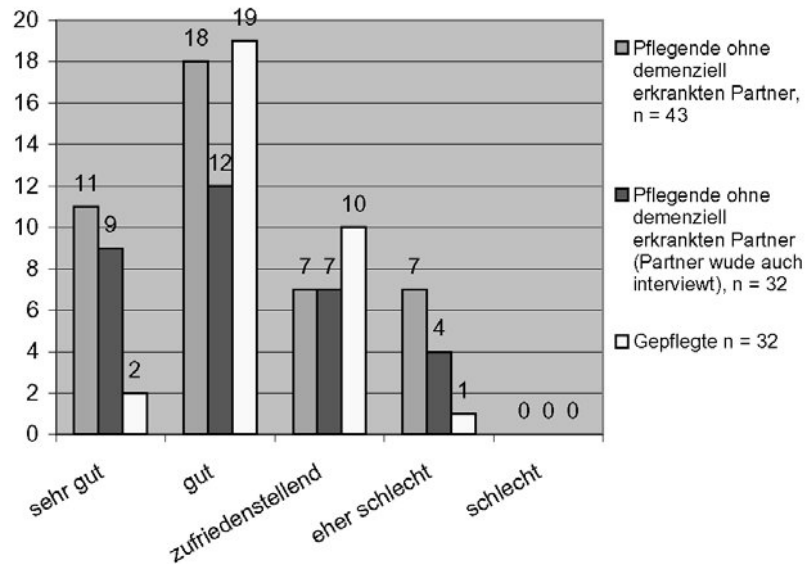
3. Ergebnisse

3.1 Partnerschaftsqualität vor Eintritt der Pflegesituation

3.1.1 Einschätzung der Partnerschaftsqualität vor Eintritt der Pflegesituation

Die Mehrzahl der Befragten gab an, vor Eintritt der Pflegesituation eine gute Beziehung geführt zu haben. Pflegende Personen berichteten wesentlich häufiger über eine sehr gute, aber auch etwas häufiger über eine eher schlechte Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation. Die Daten der Pflegenden wurden in den Abbildungen 1 und 2 bezogen auf die Gesamtgruppe und die Untergruppe, deren Partner ebenfalls interviewt wurde, dargestellt.

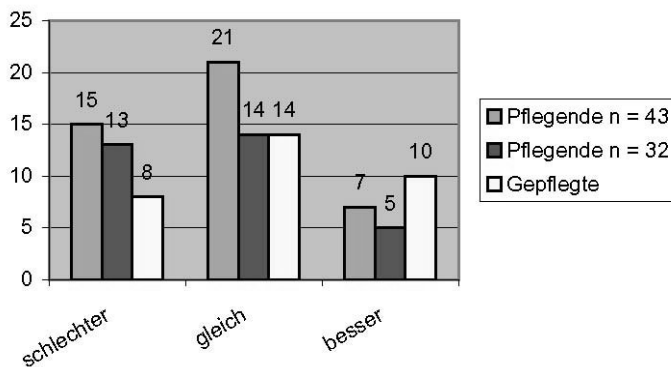
Abbildung 1: Qualität der Partnerschaft vor Eintritt der Pflegesituation



3.1.2 Im Rahmen der Pflegesituation eingetretene Veränderung der Partnerschaftsqualität

Pflegende Personen beschrieben die Entwicklung ihrer Partnerschaft nach Eintritt der Pflegesituation negativer als ihre gepflegten Partner. So gaben – bezogen auf die 32 interviewten Paare – 13 pflegende (40,6%) gegenüber acht gepflegten Personen (25%) an, die Beziehung zu ihrem Partner habe sich verschlechtert.

Abbildung 2: Im Rahmen der Pflege eingetretene Veränderungen der Partnerschaftsqualität



3.1.3 Direkter Vergleich der Aussagen der Partner zur Änderung der Partnerschaftsqualität nach Eintritt der Pflege

Im direkten Vergleich der Aussagen beider Partner ($n = 32$) wies die pflegende Person in elf Fällen (34,4%) eine schlechtere Einschätzung der Entwicklung der Partnerschaftsqualität, in drei Fällen eine (etwas) bessere, in 18 Fällen (56,2%) dieselbe Einschätzung auf wie ihr Partner.

3.1.4 Nach Eintritt der Pflegesituation eingetretene positive Veränderungen der Partnerschaft

Am häufigsten wurde über ein besseres Verständnis untereinander berichtet (Pfleger: $n = 12$, 27,9%, Gepflegte: $n = 10$, 31,3%). Daneben wurden ein besserer Zusammenhalt und mehr Gemeinsamkeiten konstatiert. Die Tatsache, dass sich der Partner nun anhänglicher zeige, wurde von den pflegenden Personen als zweithäufigster Grund für eine verbesserte Beziehung genannt ($n = 7$, 16,3%). Die Erfahrung, dass auf den pflegenden Partner trotz der bestehenden Belastungen Verlass war und dieser zu einem hielt, wurde von zwei gepflegten Personen (6,3%) angegeben (Tabelle 2).

Tabelle 2: Positive Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege

	Pfleger	Gepflegte	n =
besseres Verständnis	12	10	22
Partner anhänglicher	7	1	8
besserer Zusammenhalt, mehr Gemeinsamkeiten	4	2	6
Bemuttern sei schön	2	1	3
Partner hält zu mir	0	2	2
Sex erfüllend	1	0	1

3.1.5 Nach Eintritt der Pflege innerhalb der Partnerschaft eingetretene negative Veränderungen

Über negative Partnerschaftsentwicklungen wurde häufiger von den pflegenden Personen berichtet. Am häufigsten wurde von beiden Partnern über negative Auswirkungen auf das Sexualleben und öfter auftretenden Streit geklagt. Eine zunehmende Unzufriedenheit mit der Art der miteinander geführten Gespräche ($n = 10$, 23,3%) und dem Ausmaß der ausgetauschten Zärtlichkeiten ($n = 8$, 18,6%) äußerten dagegen vor allem die pflegenden Partner.

Über abstoßende Krankheitsfolgen sowie problematische Verhaltensweisen der gepflegten Person und deren negative Auswirkungen auf die emotionale Basis der Beziehung wurde prozentual in etwa gleich häufig von beiden Partnern berichtet (jeweils: Pfleger: 11,6%, Gepflegte: 12,5%).

Die vier pflegenden Personen (9,3%), welche von verstärkter Eifersucht und Misstrauen des Partners berichteten, gaben als Gründe einerseits medikamentös bedingte wahnhafte Störungen, aber auch die Angst des Partners vor dem Verlassenwerden an (Tabelle 3).

Tabelle 3: Negative Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege (mehrere Antworten waren möglich)

	Pflegende	Gepflegte	n =
Sex	15	8	23
mehr Streitigkeiten	15	6	21
Gespräche	10	3	13
weniger Zärtlichkeiten	8	4	12
Abneigung/Ekel vor Gepflegtem	5	4	9
Klammern des Gepflegten	5	4	9
Eifersucht/Misstrauen	4	0	4
Gesamtzahl der genannten negativen Entwicklungen	62	29	91

Die interviewten Personen gaben ein bis drei aufgetretene negative Entwicklungen in ihrer Partnerschaft an. In der Gruppe der pflegenden Personen wurde häufiger über zwei oder drei negative Entwicklungen berichtet (Pflegende: n = 17, 39,5%, Gepflegte: n = 6, 18,8%) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Negative Veränderungen der Partnerschaft im Rahmen der Pflege (mehrere Antworten waren möglich)

Anzahl negativer Entwicklungen	Pflegende	Gepflegte
0	4	12
1	22	14
2	10	3
3	7	3
n =	43	32

3.1.6 Hauptgründe für die eingetretenen negativen Entwicklungen in der Partnerschaft

Die überwiegende Mehrzahl der Befragten sahen in der Krankheit der gepflegten Person und den damit einhergehenden Folgen den Hauptgrund negativer Partnerschaftsentwicklungen (Pflegende: n = 22, 51,2%, Gepflegte: n = 14, 43,8%). Der von den Pflegenden am zweithäufigsten genannte Grund war die Persönlichkeit des Partners (n = 11, 25,6%), von den gepflegten Personen Bevormundungen durch den Partner (n = 4, 12,5%). In der Gruppe der Pflegenden wurden ansonsten die Gründe: verändertes Leben, sexuelle Probleme und Bevormundung durch den Partner aufgezählt, von den Gepflegten das veränderte Leben und die Auswirkungen des erreichten Lebensalters (Tabelle 5).

Tabelle 5: Hauptursachen für die negativen partnerschaftlichen Entwicklungen

Ursachen	Pflegende	Gepflegte
Krankheit	22	14
Persönlichkeit des Partners	11	1
Bevormundung durch den Pflegenden	1	4
Sonstige	3	2

3.2 Im Rahmen der Pflege auftretende sexuelle Probleme

Das häufigste Problem männlicher gepflegter Personen stellte das Vorliegen sexueller Funktionsstörungen ($n = 8$) dar. Hierunter litten die Betroffenen selbst, aber auch deren Partnerinnen, welche sich dadurch teils psychisch stark belastet zeigten.

Insbesondere die teils verzweifelten Versuche der betroffenen Männer, Erektionsstörungen zu überwinden und den bei der Ehefrau vermuteten sexuellen Wünschen gerecht zu werden, wirkten sich für beide Partner Stress induzierend aus. Dabei wurde deutlich, dass die gepflegten Männer zumeist an den Bedürfnissen ihrer Ehefrauen vorbei handelten. Diese wünschten sich ein größeres Maß an Zärtlichkeiten. In einem Fall bestand bei einem gepflegten Mann eine medikamentös induzierte massiv verstärkte Libido und ein mit Enthemmung verbundener Sexualtrieb, welcher von der betroffenen Ehefrau als große Belastung und sehr trennend erlebt wurde, jedoch erst nach Monaten gegenüber dem Arzt thematisiert und in der Folge dann durch Umstellung der Medikation behoben wurde.

Gepflegte Frauen berichteten in zwei Fällen darüber, dass sie darunter leiden würden, dass von Seiten des Partners keine sexuellen Initiativen mehr ausgingen. In einem Fall ging der Partner davon aus, dass sexuelle Kontakte mit zu starken Schmerzen für die Partnerin einhergehen würden. Ein das Missverständnis aufklärendes Gespräch erfolgte nicht. In einem Fall sprach der pflegende Partner davon, dass die Schlaganfallerkrankung der Ehefrau nun eben das „Zölibat“ bedeute, was die Auffassung widerspiegelte, dass die schwere Erkrankung der Partnerin automatisch das Ende jeglicher Sexualität bedeute.

Von Seiten pflegender Partnerinnen wurde als größtes sexuelles Problem genannt, dass eine Abneigung gegenüber dem erkrankten Partner bestehe. Man müsse dem sexuellen Drängen des Partners jedoch gelegentlich nachgeben, was sehr belastend sei. Während vier pflegende Ehefrauen unter zu häufigen Sexwünschen des Partners litten, schien nur eine Pflegende darunter zu leiden, dass es kaum noch zu sexuellen Aktivitäten kam.

Ein pflegender Ehemann warf die Frage auf, inwieweit es vertretbar sei, eine außereheliche sexuelle Beziehung oder eine Lebensgemeinschaft mit zwei Frauen in einem Hause zu führen, gleichzeitig aber die Ehefrau aufgrund der weiterhin vorhandenen Zuneigung weiter zu pflegen. Die folgende Darstellung auftretender sexueller Probleme nennt das bestehende Grundproblem und die daraus resultierenden Folgen für beide Partner.

3.2.1 Darstellung auftretender sexueller Probleme:

Die Daten beziehen sich auf alle 43 Paare und fassen die Aussagen der 43 Pflegenden und 32 Gepflegten zusammen.

3.2.1.1 Hauptprobleme der gepflegten Personen

a) männliche Gepflegte ($n = 31$)

Am häufigsten litten männliche Gepflegte unter Erektionsstörungen ($n = 8$, 25,8 %) und sich daraus ergebenden Selbstwertproblemen und depressiver Gemütsstimmung. In jeweils einem Fall wurden zudem Verlassensängste und auftretende Eifersucht genannt. In der Folge bildete sich in drei Fällen ein Verhalten der Gepflegten aus, welches von den pflegenden Partnerinnen als problematisch erlebt wurde, nämlich der häufige Wunsch nach

sexueller Aktivität (in einem Fall durch den intensiven Einsatz sexueller Hilfsmittel). Als Gründe hierfür wurden von den gepflegten Männern genannt, vorhandene Defizite dadurch kompensieren ($n = 2$) oder wieder in den Griff bekommen ($n = 2$) und die Frau nicht zu verlieren zu wollen ($n = 1$). In allen drei Fällen gaben die Partnerinnen jedoch an, dass sie eigentlich kein sexuelles Interesse mehr besäßen, jedoch der Wunsch nach vermehrtem Austausch von Zärtlichkeiten bestehe. Eine Partnerin musste sich eine zeitliche Begrenzung sexueller Aktivitäten auf eine Stunde täglich erkämpfen.

In einem Fall bestand ein medikamentös induzierter, zu starker Sexualtrieb. Dieser Zustand wurde von der Partnerin als große Belastung und sehr trennend erlebt. Erst nach einigen Monaten erfolgte eine Thematisierung der Problematik beim behandelnden Neurologen, welcher eine medikamentöse Ursache (Dopaminagonist) erkannte.

b) weibliche Gepflegte ($n = 12$)

Als Hauptproblem wurde genannt, dass vom pflegenden Partner keinerlei sexuelle Aktivität mehr ausgehe ($n = 2$, 16,7%). Beide Ehefrauen fühlten sich nicht mehr begehrt, empfanden sich nicht mehr „als Frau“ und litten unter der fehlenden Sexualität. Ein Ehemann verzichtete auf Sex, da er befürchtete, dass er dadurch Schmerzen bei seiner Partnerin auslösen könnte. Ein Partner setzte den Schlaganfall seiner Partnerin mit dem Zölibat gleich. Ein klärendes Gespräch zwischen beiden Partnern erfolgte in keinem der Fälle.

3.2.1.2 Hauptprobleme der pflegenden Personen

a) weibliche Pflegende ($n = 31$)

Die Partnerinnen empfanden als größtes Problem im sexuellen Bereich eine von ihnen gegenüber dem Partner empfundene Abneigung ($n = 7$, 22,6%). Als Gründe für die Abneigung wurden Ekel ($n = 5$), die Auffassung, der Mann sei „kein richtiger Mann mehr“ und der Mann sei „wie ein Kind“ (jeweils $n = 1$) genannt. Der Unterschied zu der in Tabelle 3 genannten Gesamtanzahl ($n = 5$) ergab sich dadurch, dass in zwei Fällen zwar über eine Abneigung gegenüber dem Partner berichtet wurde, diese aber nicht als subjektiv bedeutende Partnerschaftsveränderung eingestuft worden war.

Das zweithäufigste Problem stellten zu häufige Sexwünsche des Partners ($n = 4$, 12,9%) dar. Alle Ehefrauen kamen den Sexwünschen häufiger nach als es ihnen lieb war, was zu Unzufriedenheit, innerer Anspannung führte und das häufigere Auftreten von Streitigkeiten mit sich brachte. Ursache zu häufiger sexueller Wünsche des Gepflegten war in einem Fall ein Eifersuchtswahn.

Eine pflegende Ehefrau litt unter dem verminderten sexuellen Interesse des Partners. Dieser hatte im Rahmen der Verarbeitung seiner Erkrankung eine depressive Symptomatik ausgebildet und sah sich als sexuell unattraktiv an.

b) männliche Pflegende ($n = 12$):

Ein pflegender Ehemann litt darunter, dass er aus Rücksichtnahme gegenüber der Partnerin, um dieser Schmerzen zu ersparen, auf alle sexuellen Aktivitäten verzichtete. Dieser Pflegende spielte mit dem Gedanken, eine außereheliche Beziehung einzugehen, ohne dadurch jedoch die Pflege seiner Ehefrau vernachlässigen zu wollen. Sein Wunsch war es jedoch, dass er mit beiden Frauen im Hause leben könne. Ein Gespräch mit der Ehefrau diesbezüglich war noch nicht erfolgt.

In einem weiteren Fall nahm ein Pflegender seine Ehefrau nach deren Schlaganfall als sexuell unattraktiv wahr, was die Partnerin mehr belastete als ihn selbst.

3.2.2 Positive Veränderungen in sexueller Hinsicht

Nur eine Pflegende schien von der Tatsache, dass ihr an einem Schlaganfall leidender Mann aufgrund einer bei sexueller Erregung auftretenden vermehrten Spastik, was sexuelle Aktivitäten minimierte, jedoch in der Folge den vermehrten Austausch von Zärtlichkeiten mit sich brachte, zu profitieren.

3.2.3 Zusammenhang zwischen sexuellen Problemen und auftretender Gewalt

Probleme im sexuellen Bereich wurden von fünf Interviewten als direkt gewaltauslösend, häufiger jedoch als indirekt gewaltfördernd genannt ($n = 13$), was so erklärte wurde, dass erst in Verbindung mit zusätzlichen Belastungsfaktoren Gewalt auftrat. In 18 Beziehungen wurden Probleme im sexuellen Bereich als über längere Zeiträume hinweg psychisch belastend beschrieben (Tabelle 6).

Tabelle 6: Von den Beteiligten geschilderte Zusammenhänge zwischen sexuellen Problemen und Gewalt

Probleme im sexuellen Bereich	Pflegende (n=43)	Gepflegte (n=32)
direkt Gewalt auslösend	3	2
indirekt Gewalt fördernd	8	23

4. Diskussion

Die eigenen Studienergebnisse beruhen zwar auf einem recht geringen Stichprobenumfang und müssen daher hinsichtlich möglicher Schlussfolgerungen mit Vorsicht betrachtet werden, dennoch stellen sie gerade durch das getrennt voneinander erfolgte Befragen beider am Pflegedual beteiligter Partner ein interessantes Datenmaterial dar.

So zeigen die gewonnenen Ergebnisse, dass die Pflege eines Partners zumeist negative Auswirkungen auf die Partnerschaft hat. Dabei sehen die pflegenden Personen die Partnerschaftsentwicklung deutlich negativer als ihre Partner, was die Auffassung von Booth und Johnson (1994) bestätigt, welche konstatierten, dass es bei chronischer oder voranschreitender Krankheit des Gepflegten gerade beim gesunden Partner zu einer Abnahme der Ehezufriedenheit kommt. Die von den gepflegten Personen genannte Einschätzung, dass die Zufriedenheit mit der Partnerschaft weitgehend konstant geblieben bzw. sich tendenziell etwas positiver entwickelt habe, wurde durch die Tatsache konterkariert, dass auf Nachfrage wesentlich häufiger negative Partnerschaftsentwicklungen geschildert wurden als positive. Somit dürften jene Paare, welche sich in einer Pflegesituation befinden, mit dazu beitragen, dass einige Forschungsgruppen von einer weitgehend gleichbleibenden bis sich verschlechternden Partnerschaftsqualität im Alter ausgehen (Bodenmann 1998, Fiedler/Klaiberg 2000; Lee 1988; Steinberg/Silver 1987; Wei-

land-Heil 1993). Mehrere Gründe dürften zu der weniger negativen Sichtweise der Gepflegten beigetragen haben. Neben einer veränderten Anspruchshaltung an die Partnerschaft mit dem Hauptziel, nicht verlassen und weiter gepflegt zu werden, bestand zum Teil die Auffassung, dass Kritik gegenüber der Pflegenden eine Form der Undankbarkeit darstelle. In einigen Fällen entstand zudem der Eindruck, dass die gepflegten Personen zum Teil befürchteten, geäußerte Kritik könnte dem Partner trotz getrennt voneinander geführter Interviews doch zu Ohren kommen und die eigene Weiterversorgung gefährden.

Als positive Partnerschaftsentwicklungen wurden vor allem ein besseres Verständnis untereinander und mehr Gemeinsamkeiten mit daraus resultierendem größerem Zusammenhalt genannt. Pflegende Partnerinnen profitierten von einer größeren Anhänglichkeit des Partners, die gepflegten Personen von dem Gefühl der Dankbarkeit gegenüber der pflegenden Partnerin.

Von den pflegenden Partnerinnen geschilderte positive Partnerschaftsveränderungen kamen dabei zumeist dadurch zustande, dass lange gehegte Bedürfnisse durch die Pflegesituation in Erfüllung gingen. Die Pflegesituation sorgte auch bei Paaren, welche sich auseinandergeliebt hatten, dafür, wieder mehr miteinander in Kontakt treten, mehr Nähe zulassen und anstehende Aufgaben gemeinsam in Angriff nehmen zu müssen, was die Möglichkeit schuf, wieder Gefühle der Zusammengehörigkeit und des gegenseitigen Verständnisses zu entwickeln. Mehr Zeit mit dem Partner verbringen zu können, den zu Pflegenden so umsorgen zu dürfen, wie man es sich gewünscht hatte, sowie von diesem Aufmerksamkeit und Dankbarkeit zu erhalten, bedeuteten je nach Bedürfnislage, dass eine Pflegesituation auch für die Pflegenden einen positiven Kosten-Nutzen-Effekt mit sich bringen konnte, worauf Farran, Miller, Kaufmann, Donner und Fogg (1999) bereits hingewiesen hatten.

Dennoch zeigte die eigene Studie deutlich, dass negative Partnerschaftsentwicklungen dominierten. Mehrere in der Literatur genannte Faktoren, welche die Zufriedenheit mit der Partnerschaft im höheren Lebensalter mitbestimmen oder mögliche Trennungursachen darstellen können (Schneider 1990; Bodenmann/Bradbury/Madarasz 2002), wurden in der eigenen Studie von den Befragten als negative partnerschaftliche Entwicklungen beschrieben. Dabei dominierten Probleme im sexuellen Bereich, vermehrt auftretende Streitigkeiten gefolgt von Unzufriedenheit hinsichtlich miteinander geführter Gespräche und einem Mangel an ausgetauschten Zärtlichkeiten.

Pflegende Personen litten häufig stark unter den körperlichen und psychischen Folgen der Erkrankung des Partners. Das vorbestehende Bild des Partners wurde teils völlig verändert, was im Zusammenhang mit den oben genannten Faktoren dazu beitrug, eine Deprivation der Paarbeziehung mit schwindender emotionaler und körperlicher Intimität und fehlender Reziprozität zu entwickeln.

Auffallend hoch stellte sich in der eigenen Studie der Anteil der Pflegenden dar, welche von Ekel und Abneigung gegenüber dem Partner sprachen (22,6%), sowie jener gepflegten Partner, welche angaben, dass ihre Partnerin vor ihnen Ekel und Abneigung empfänden (12,5%), was eine vollständige emotionale Distanzierung widerspiegelte.

Eine eindruckliche Bestätigung durch die eigene Untersuchung erfuhr die Auffassung, dass die Kommunikation zwischen den Partnern einen großen Einfluss auf die Qualität einer Partnerschaft besitzt (Schneider 1990). Dabei stellten Kommunikationsprobleme insbesondere auf zwei Ebenen negative Einflussfaktoren für die Partnerschaft dar. Die Unzufriedenheit in kommunikativer Hinsicht wurde von den Befragten dadurch be-

gründet, dass es seltener zu einem Gedankenaustausch und der Mitteilung von Gefühlen komme, was wie von Shields, Travis und Rousseau (2000) beschrieben, zunehmende Gefühle von Isolation, Einsamkeit und nachlassende Zufriedenheit mit der Partnerschaft nach sich zog. Ebenso wie von Beier und Ahlers (2004) für das Krankheitsbild der Parkinson-Erkrankung dargestellt, ließ sich jedoch bei den Partnern der Wunsch nach wechselseitiger Mitteilung von Empfindungen konstatieren, was eine deutliche Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit aufzeigte. Gerade unerfüllte Wünsche stellen dabei potentielle Trennungsgründe dar (Fooken 1997).

Zudem war erkennbar, dass es vielen Paaren kaum möglich war, gemeinsame Gespräche so zu führen, dass sie der Bewältigung von Problemen dienen konnten. Neben körperlichen Einschränkungen der gepflegten Person wie leises Sprechen bei der Parkinson-Erkrankung und Sprachstörungen nach Schlaganfall führten Depressivität, das ständige Beschäftigt-Sein mit der eigenen Krankheitsverarbeitung, die Folgen von Streitigkeiten und Gereiztheiten aufgrund von Überforderung dazu, dass Gespräche seltener und inhaltsärmer geführt wurden, was eine dyadische Kommunikation und Problemlösung erschwerte und die Partnerschaft zusätzlich gefährdete (Karney/Bradbury 1995).

Ein wesentliches Ergebnis der eigenen Studie stellte die Erkenntnis dar, dass sexuelle Probleme im Rahmen der Partnerpflege im höheren Lebensalter neben Streitigkeiten den größten Belastungsfaktor für Partnerschaften darstellten. Obwohl in der Literatur darauf hingewiesen wurde, dass Sexualität neben einer Belastung auch eine Ressource im Alter sein kann, indem Sexualität einen Rückzugs- und Erholungsraum bilden und somit zum Coping beitragen könne (Bucher/Hornung/Buddeberg 2003), wurde in der eigenen Studie der Bereich Sexualität fast ausschließlich als Problemfeld betrachtet.

Dabei ließen sich vier Problembereiche erkennen, welche die Zufriedenheit mit der Partnerschaft negativ tangierten: sexuelle Funktionsstörungen gepflegter Männer und deren Folgen, Abneigung und Ekel Pflegenden gegenüber ihrem an sexuellen Aktivitäten interessierten Partner, der Widerspruch zwischen dem Wunsch pflegender Ehefrauen nach vermehrter Zärtlichkeit und dem Versuch gepflegter Männer, ihre Frauen durch sexuelle Aktivitäten weiter für sich zu gewinnen sowie das häufig bestehende Unvermögen, über Sexualität zu sprechen.

Zusätzlich ließen sich in sexueller Hinsicht bei beiden Partnern Kompetenzdefizite erkennen, welche zu negativen Entwicklungen beitrugen, worauf bereits von Sydow (2008) hingewiesen hatte. Im Gespräch wurde der Bereich Sexualität häufig überhaupt nicht thematisiert, Bedürfnisse des Partners wurden häufig falsch eingeschätzt und eigene nicht geäußert, was Missverständnisse, Enttäuschungen, Auseinandersetzungen und Stress nach sich zog. Krankheitsbedingte, teils medikamentös bedingte sexuelle Funktionsstörungen wie eine massiv verstärkte Libido, aber auch wahnhaftes Eifersucht wurden viel zu spät thematisiert und einer notwendigen Behandlung zugeführt, was ebenfalls extreme Belastungen nach sich zog.

Von den Beteiligten selbst wurde zudem angegeben, dass Probleme im sexuellen Bereich direkt zum Auftreten von Gewalt, aber auch zur Überforderung beider Partner beitrügen, was im weiteren Verlauf Gewalthandlungen nach sich zöge und den Zusammenhalt der Partnerschaft existentiell gefährdete. Schon die Androhung von Gewalt wurde in der Literatur als Scheidungsgrund genannt (Nave-Herz/Daum-Jaballah/Hauser/Matthias/Scheller 1990).

Zusammengefasst lässt sich konstatieren, dass die Pflege eines Partners im höheren Lebensalter mit Überforderung beider Partner einhergeht und insbesondere aus Sicht der pflegenden Personen die Partnerschaftsqualität negativ tangiert. Es gilt durch ein besseres und zeitlich früheres Ineinandergreifen psychologischer, ärztlicher, aber auch seelsorgerischer Instanzen eine bessere Bewältigung partnerschaftlicher und sexueller Probleme zu ermöglichen. Mehrere Hauptziele sollten dabei verfolgt werden. Neben der Schaffung neuer Formen der Selbstwertbildung bei chronisch einschränkender Erkrankung sollten Möglichkeiten dargestellt werden, Beziehungen in veränderter Form neu strukturieren und beleben zu können. Durch Förderung von Kompetenzen auf kommunikativer Ebene sollte es den Betroffenen ermöglicht werden, wieder mehr Nähe und Verständnis füreinander entwickeln und suffizienter Probleme lösen zu können. Des Weiteren sollte der Nutzen von Stressbewältigungstechniken vermehrt vermittelt werden.

Zudem gilt es, den Betroffenen vermehrt Möglichkeiten zu schaffen, sich Rat und Unterstützung zu holen und Trost zu suchen. In ärztlicher Hinsicht gilt es, eine zeitnahe, gründliche Behandlung sexueller Funktionsstörungen sowie teils krankheitsbedingter oder medikamentös induzierter psychischer Störungen (Wahn, Depression) zu gewährleisten. In psychotherapeutischer Hinsicht stellen die Förderung der Krankheitsverarbeitung und Kommunikation zwischen beiden Partnern sowie die Vermittlung von Coping-Strategien wesentliche Aspekte dar. Auch eine Beratung bei moralischen Bedenken hinsichtlich alternativer Beziehungs- und Lebensformen sollte darin beinhaltet sein.

Desweiteren gilt es, Partnerschaften im höheren Lebensalter vermehrt in den Fokus weitergehender Forschung zu stellen, um die Konsequenzen von Pflegebedürftigkeit für die Partnerbeziehung und die Zufriedenheit mit der Partnerschaft besser darstellen und beurteilen zu können.

Literatur

- Beier, K. M. & Ahlers, C. J. (2004). Auswirkungen des M. Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft. *Psychoneuro*, 30, 8, S. 449-452.
- Bodenmann, G. (1994). *Welchen Beitrag leistet die Stress- und Copingforschung zu einem besseren Verständnis der Partnerschaftsqualität und -stabilität. Eine längsschnittliche Untersuchung*. Fribourg: Universität Fribourg, Psychologisches Institut (Forschungsbericht Nr. 113).
- Bodenmann, G. (1995). *Bewältigung von Stress in Partnerschaften – Der Einfluss von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (1998). Der Einfluss der Gesundheit auf die Partnerschaft: Eine 3-Jahres-Längsschnittuntersuchung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27, S. 189-201.
- Bodenmann, G., Bradbury, T. & Madarasz, S. (2002). Scheidungsursachen und -verlauf aus der Sicht der Geschiedenen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 14, 1, S. 5-19.
- Booth, A., Johnson, D. R. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1, S. 218-223.
- Brink, L. (2002). Was belastet pflegende Angehörige von Apoplexbetroffenen? In: W. Schnepf (Hrsg.), *Angehörige pflegen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 219-239.
- Bucher, T., Hornung, R. & Buddeberg, C. (2003). Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 16, S. 249-270
- Compton, S. A., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 6, S. 632-635.

- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia – A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 4, S. 276-283.
- Draper, B. M., Poulos, C. J., Cole, A. M. & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 9, S. 896-901.
- Ehrhardt, T. (1999). *Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer*. Göttingen: Hogrefe.
- Farran, C.J., Miller, B.H., Kaufmann, J.E., Donner, E. & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 99, S. 1107-1125.
- Fassmann, H. (1996). Burnout bei pflegenden Angehörigen: Isoliert, erschöpft und ausgebrannt. Modellprojekt belegt das Ausmaß der psychischen Überlastung. *Forum Sozialstation*, 79, S. 43-45.
- Fiedler, A. & Klaiberg, A. (2000). Belastung und Partnerschaftszufriedenheit. In: P. Martin, U. Lehr, K.-U. Ettrich, D. Roether, M. Martin & A. Fischer-Cyrlies (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. Darmstadt: Steinkopff, S. 116-127.
- Fookon, I. (1990). Zur Intimitätsentwicklung älterer Ehepaare aus der Perspektive der Lebensspanne. In: R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse & E. Olbrich (Hrsg.), *Altern – Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion*. Darmstadt: Steinkopff, S. 209-222.
- Fookon, I. & Lind, I. (1997). *Scheidung nach langjähriger Ehe im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grond, E. (1998). *Pflege Demenzkranker*. Hagen: Brigitte Kunz.
- Halsig, N. (1995). Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, S. 247-272.
- Halsig, N. (1998). Die psychische und soziale Situation pflegender Angehöriger. Möglichkeiten der Intervention. In Kruse, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie Bd. 2: Intervention* Göttingen: Hogrefe, S. 211-231.
- Hoffman, M. L. (1987). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, S. 126-136.
- Jungbauer, J., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt*, 74, 12, S. 1110-1117.
- Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods and research. *Psychological Bulletin*, 118, 1, S. 3-34.
- Karrasch, R.-M. & Reichert, M. (2008). Subjektive Beurteilungen und Wahrnehmungen vom Pflegenden und Gepflegten in der Partnerpflege – Zusammenhänge mit auftretender Gewalt. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 21, 4, S. 259-265.
- Klaiberg, A., Brähler, E. & Schumacher, J. (2001). Determinanten der Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. In: H. Berberich & E. Brähler (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 105-127.
- Kruse, A. (1996). Darstellung des Dunkelfeldes anhand einer empirischen Untersuchung zur Lebenssituation pflegender Angehöriger. In Weisser Ring (Hrsg.), *Gewalt gegen Pflegebedürftige. Vortragsveranstaltung mit Podiumsdiskussion, 12. Dezember 1995. Dokumentation*. Baden-Baden: Nomos-Verlag (Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoptionen, Band 16), S. 16-25.
- Kruse, A. (1999). Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie vom 3.-5.06.1999 in Bonn.
- Lang, F., Neyer, F. & Asendorpf, J. B. (2005). Entwicklung und Gestaltung sozialer Beziehungen. In S. H. Filipp & U. M. Staudinger, (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 377-416.
- Lee, G.R. (1988). Marital Satisfaction in later life: The effects of nonmarital roles. *Journal of Marriage and the Family*, 50, S. 775-783.
- Nave-Herz, R., Daum-Jaballah, M., Hauser, S., Matthias, H. & Scheller, G. (1990). *Scheidungsursachen im Wandel. Eine zeitgeschichtliche Analyse des Anstiegs der Ehescheidungen in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: Kleine Verlag.

- Reichert, M. (1998). *Häusliche Pflege in Nordrhein-Westfalen*. Münster: LIT (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, Band 17).
- Riehl-Emde, A. (2000). Forschung aus der Praxis. *Psychotherapie im Dialog* 2.
- Schneekloth, U. (2006). Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, S. 405-412.
- Schneider, N. F. (1990). Woran scheitern Partnerschaften? Subjektive Trennungsgründe und Belastungsfaktoren bei Ehepaaren und nichtehelichen Lebensgemeinschaften. *Zeitschrift für Soziologie*, 19, S. 458-470.
- Scholte, O. P., Reimer, W. J., de Haan, R. J., Rijnders, P. T., Limburg, M. & van den Bos, G. A. (1998). The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke: A Journal of Cerebral Circulation*, 29, 8, S. 1605-1611.
- Shields, C. G., Travis, L., Rousseau, S. J. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging and Mental Health* 4, 3, S. 223-233.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinberg, L. & Silver, S. B. (1987). Influences on marital satisfaction during the middle stages of the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family*, 49, S. 751-760.
- Sydow, von, K. (2008). Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter. In: *Psychotherapie im Dialog* 9, 1, S. 53-58.
- Weiland-Heil, K. (1993). *Partnerschaftsverläufe: eine Analyse der subjektiven Zufriedenheitsbilanz auf individuellem und dyadischem Niveau*. Münster: Waxmann.

Eingereicht am/Submitted on: 15.12.2008

Angenommen am/Accepted on: 26.04.2010

Anschrift des Autors und der Ko-Autorin/Address of author and co-author:

Dr. med. Dr. phil. Ralph-Michael Karrasch (Korrespondenzautor/corresponding author)
Schongauer Straße 5a
86899 Landsberg

E-Mail: dr.ralph-michael.karrasch@freenet.de

Prof. Dr. Monika Reichert
Professur für Soziale Gerontologie mit Schwerpunkt Lebenslaufforschung
Technische Universität Dortmund, Fachbereich 12
Emil-Figge-Straße 91
44227 Dortmund

E-Mail: Monika.Reichert@fk12.tu-dortmund.de