

Autor*in: Melanie Blochwitz

Sexuelle Rechte im Alten- und Pflegeheim

Können Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren?

Eine Untersuchung zur Umsetzung der sexuellen Rechte im Alten- und Pflegeheim

„Die Wahrung der Würde in der Pflege und Gesellschaft geht uns alle an“

(Ursula Immenschuh 2018).

Masterarbeit 2024

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

in der Studienrichtung Angewandte Sexualwissenschaft

eingereicht an der

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur



Erstbetreuung: Prof. Dr. Maika Böhm

Zweitbetreuung: Prof. Dr. Harald Stumpe

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Zusammenfassung.....	5
Abstract.....	5
Danksagung.....	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Relevanz des Themas und Problemstellung.....	8
1.2. Zielsetzung und Forschungsfrage.....	9
1.3. Zum Aufbau der Arbeit.....	10
2. Forschungsgegenstand.....	12
2.1. Alter als Lebensphase.....	13
2.2. Gesellschaftliches Verständnis von Sexualität im Alter.....	15
3. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand.....	17
3.1. Sexualität im Alter.....	19
3.1.1. Beeinflussende Faktoren.....	21
3.1.2. Geschlechtsdifferente Situation.....	22
3.2. Sexuelle und reproduktive Rechte im Alter.....	24
3.2.1. Recht auf sexuelle Selbstbestimmung.....	26
3.2.2. Sexuelle Gesundheit und Lebenszufriedenheit.....	28
3.3. Sexualität im Kontext Pflege.....	29
3.3.1. Umgang mit Scham und Würde in der Pflege.....	32
3.3.2. Schutz vor sexualisierte Gewalt im Pflegealltag.....	33
3.4. Sexualassistenz als Mittel zur Umsetzung sexueller Rechte im Alten- und Pflegeheim.....	35
3.4.1. Sexualassistenz in Abgrenzung zu Sexualbegleitung.....	37
3.4.2. Passive und aktive Sexualassistenz.....	39
3.4.3. Rechtliche Aspekte der Sexualassistenz.....	40

4.	Beschreibung des Methodisches Vorgehens	42
4.1.	Forschungsdesign	42
4.2.	Qualitative Interviewmethode	44
4.3.	Stichprobe und Einstieg ins Feld	45
4.4.	Datenschutz und Forschungsethik	46
5.	Datenerhebung und Akquise	48
5.1.	Akquise zur Gewinnung von potenziellen Interviewpartner*innen	48
5.2.	Interviews mit Expert*innen aus dem Feld Pflege	51
5.2.1.	T1 Interview mit einer ambulanten Pflegekraft	51
5.2.2.	T2 Interview mit einer Pflegepädagogin und -ausbilderin	53
5.2.3.	T3 Interview mit einer Expertin für Sexologie und Pflegemanagement	56
5.2.4.	T4 Interview mit der Stationsleitung einer Pflegeeinrichtung	58
5.2.5.	T5 Interview mit einer Pflegedienstleitung	60
5.2.6.	T6 Interview mit einer Praxisanleitung	62
5.3.	Interviews mit Sexualassistenz	65
5.3.1.	T7 Interview mit Sexualassistenz Stephanie Klee	65
5.3.2.	T8 Interview mit Sexualassistenz Nina de Vries	70
6.	Auswertung der empirischen Untersuchung	73
6.1.	Transkription und Datenauswertung	74
6.2.	Fokussierte Inhaltsanalyse mit MAXQDA nach Kuckartz & Rädiker	75
6.3.	Darstellung des Kategoriensystems	75
7.	Ergebnisdarstellung	78
7.1.	Struktur und Rahmenbedingungen	78
7.2.	Haltung und Professionalität	80
7.3.	Aus-, Fort- und Weiterbildung	81
8.	Diskussion und Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung	86
9.	Fazit und Ausblick	88

Literaturverzeichnis.....	90
Tabellenverzeichnis.....	101
Abbildungsverzeichnis.....	101
Eidesstaatliche Erklärung.....	102
Anhang.....	103
A1 Informationsblatt.....	103
A2 Einwilligungserklärung.....	104
A3 Interviewleitfaden.....	107
A4 Kodierleitfaden.....	109
A5 Transkriptionsregeln.....	111
A6 Liste aufgestellter Codes.....	112

Zusammenfassung

Der Fokus der vorliegende Masterarbeit liegt auf dem Thema Sexualität im Alter. In diesem Zusammenhang soll der Frage nachgegangen werden, wie sexuelle Rechte als Menschenrechte im Kontext von Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden. Angebote der Sexualassistenz können als Möglichkeit betrachtet werden, sexuelle Rechte im Alten- und Pflegeeinrichtungen umzusetzen. In Rahmen der Untersuchung wurden sechs Interviews mit Expert*innen aus dem Feld Pflege und zwei Interviews mit Sexualassistenz geführt. Die Ergebnisse der Interviews sollen Antworten auf die Frage generieren, ob und in welcher Form Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können. Für die Analyse und Auswertung der erhobenen Daten wurde das Softwareprogramm MAXQDA verwendet. Der theoretische Hintergrund nimmt Bezug auf gesellschaftliche und politische Diskurse zu den Themenschwerpunkten Alter als Lebensphase, Sexualität sowie Sexualität im Alter, sexuelle Rechte als Menschenrechte bis ins hohe Alter und Sexualassistenz als Mittel, zur sexuellen Selbstbestimmung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Abstract

The focus of this master's thesis is on the topic of sexuality in old age. In this context, the question of how sexual rights are guaranteed as human rights in the context of institutions for the elderly and care facilities will be explored. Sexual assistance services can be seen as a way of implementing sexual rights in institutions for the elderly and care facilities. As part of the study, six interviews were conducted with experts from the care sector and two interviews with sexual assistance providers. The results of the interviews are intended to generate answers to the question of whether and in what form institutions for the elderly and care facilities can benefit from sexual assistance services. MAXQDA software was used to analyze and evaluate the data obtained. The theoretical background refers to social and political discourses on the topics of age as a phase of life, sexuality and sexuality in old age, sexual rights as human rights into old age and sexual assistance as a means of sexual self-determination for people in need of help and care.

Danksagung

Mein Dank gilt meiner Großmutter, die sich vertrauensvoll mit einem Thema an mich gewendet hat, dass sie sich zuvor nicht traute anzusprechen. Sie teilte mit mir sowohl positive als auch negative Erlebnisse aus ihrer sexuellen Erfahrungswelt und gab mir Einblicke in ihre gelebte Sexualität. Eine immerwährende Unterstützung erhielt ich von meiner geliebten Schwester, die mich zu dieser Forschung inspirierte und mich im besonderen Maße unterstützt hat, mich diesem tabuisierten und schambesetzten Thema zu nähern.

1. Einleitung

Im September 2021 begann ich den Masterstudiengang Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg. Schnell erreichte die Nachricht meine Familie und meine Großmutter. Seitdem nutzt meine Großmutter, Jahrgang 1939, jede Gelegenheit, mir Details aus ihrer sexuellen Erlebnis- und Erfahrungswelt zu erzählen. Oft beginnt sie ihre Erzählungen mit: „*Damals haben wir ja nicht darüber gesprochen*“. Meine Großmutter beteuert, noch nie zuvor in ihrem Leben so viele Details über ihre Sexualität preisgegeben zu haben. Sie erzählte mir Details aus ihrer einstigen Beziehung zu meinem Großvater, mit dem sie über 50 Jahre verheiratet war. Er sollte ihr einziger Mann bleiben. Im Juni 2022 erkrankte ich zum ersten Mal an Covid 19 und lass während der Quarantänezeit das Buch „*Nacktbadestrand*“ von Elfriede Vavrik. In ihrem Buch beschreibt die 79jährige, wie sie im hohen Alter ihre Sexualität neu entdeckt. Frau Vavrik lebt zu diesem Zeitpunkt allein zu Hause und ist nicht pflegebedürftig, ähnlich wie meine Großmutter. In ihrem Buch beschreibt Vavrik, wie sie mit fast 80 Jahren ihren ganz eigenen Weg zurück zu ihrer Sexualität findet und Grenzen von Tabus und Scham überwindet (vgl. Vavrik 2010). Sie lebt und entdeckt ihre Sexualität immer wieder neu. Meine Großmutter hingegen, hat mit dem Thema Sexualität mehr oder weniger abgeschlossen. Beide Frauen haben mich dazu inspiriert, meine Masterarbeit dem Thema Sexualität im Alter zu widmen.

Sexualität im Alter ist in Deutschland ein Thema, was zwar steigendes wissenschaftliches Interesse gewinnt, dennoch tabuisiert und schambesetzt bleibt (vgl. Grond 2011, Warneck 2020). In der Sexualwissenschaft wird das Thema Sexualität im Alter zunehmend zum Gegenstand von Forschung und Diskussion (vgl. Schmidt & Matthiesen 2003, Stumpe 2021). Die sexuellen Bedürfnisse und Wünsche von Menschen enden nicht automatisch mit dem Erreichen eines bestimmten Alters oder mit dem Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung (vgl. Döring 2019, Lamers 2021). Vielmehr entwickelt und gestaltet sich Sexualität individuell und kann als lebenslanger Entwicklungsprozess von der Geburt bis zum Tod verstanden werden (Sielert 2022). Die Erkenntnisse der Studie „*Gesundheit und Sexualität in Deutschland – GeSiD*“ zeigen, dass Menschen in jedem Lebensalter Sexualität leben (vgl. Dekker et al. 2020). Bis heute findet kein offener Umgang mit Intimität und Sexualität in allen Altersgruppen statt. Viele Menschen im Alter meiner Großmutter und der oben beschriebenen Autorin können nicht mehr allein in ihrem privaten Umfeld leben und sich selbst versorgen. Viele von ihnen sind pflegebedürftig und werden in Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe betreut. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten in Deutschland im Jahr 2021 rund fünf Millionen pflegebedürftige Menschen. Viele von ihnen lebten bzw. leben in Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2024).

1.1. Relevanz des Themas und Problemstellung

In Deutschland steigt die Lebenserwartung weiter an und Menschen werden immer älter (Statistisches Bundesamt 2024). In einer alternden Gesellschaft steigt zwangsläufig der Bedarf an professioneller Betreuung und Pflege, woraus sich die hohe praktische Relevanz des Themas ergibt (vgl. Stumpe 2021). Spätestens seit der Corona-Pandemie wurde der Notstand medizinischer und pflegerischer Berufe sichtbar. Der Mangel an Pflegekräften und die schlechten Arbeitsbedingungen führen dazu, dass Pflegestandards nur schwer eingehalten werden können (vgl. Albinus 2020, Valin 2022). Sexualität findet sich in der medizinischen und pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung kaum wieder (vgl. Grond 2011). Die Pflege alternder Menschen wiederum bedeutet immer einen Eingriff in die Intimsphäre (vgl. Immenschuh 2018). Doch was bedeutet das genau? Haben alte Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, keine sexuellen Bedürfnisse und Wünsche mehr? In den Bögen zur Aufnahme von Bewohner*innen gibt es keine Fragen zur allgemeinen sexuellen Aktivität (vgl. Albinus 2020). Beim Thema Sexualität in Alten- und Pflegeheimen stehen oft eher Probleme im Vordergrund (vgl. Klee 2019). Getreu dem Motto „*satt, sauber, trocken*“ spielt Sexualität in Alten- und Pflegeeinrichtungen häufig erst dann eine Rolle, wenn es zu körperlichen und/oder sexuellen Übergriffen kommt (vgl. Albinus 2020, Lamers 2021, Tatort Pflege 2023). Darüber hinaus spielt die sexuelle Identität im Kontext von Alten- und Pflegeheimen eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Lottmann 2020). Gesellschaftliche Vorstellungen und Normen über das Älterwerden und Altsein tragen zur Entstehung und Festigung von Altersstereotypen bei (vgl. Beyer et al. 2017). Sowohl jüngere als auch ältere Menschen übernehmen und verinnerlichen, die in einer Gesellschaft vorherrschenden, Altersstereotype (vgl. ebd.). Fremd- und Selbststereotypisierung führen zur Diskriminierung älterer Menschen (Ageism), die das Älterwerden zusätzlich erschweren (vgl. Wurm et al. 2013). Studien lassen darauf schließen, dass Altersbilder die Gesundheit beeinflussen (vgl. ebd.). Das heißt, dass bestimmte Annahmen über das Alter, wie ich bin so und so alt, also muss ich ja schließlich diese und jene Begleiterscheinung haben, die Gesundheit beeinflussen können (vgl. ebd.). Historisch gesehen war das hohe Alter oft mit Krankheit, geistigem Verfall, Vereinsamung und Armut assoziiert (Beauvoir 1983). Zudem wurde Menschen im hohen Alter, Intimität und Sexualität, lange Zeit abgesprochen (vgl. Bach & Böhmer 2011).

Erst Bücher wie der Bestseller „*Nacktbadestrand*“ thematisieren und verdeutlichen, dass Menschen im hohen Alter ihre Sexualität stets neu entdecken können (vgl. Vavrik 2010). Die Beschreibung und Sichtbarmachung, die Thematisierung und Diskussion von Intimität und Sexualität in allen Altersphasen führt zu einem öffentlichen und gesellschaftlichen Diskurs.

Forschung kann einen wichtigen Beitrag leisten, um bestehende gesellschaftliche Normen zu verändern, um somit zum Abbau von Tabuisierungen und Stereotypisierungen beizutragen (vgl. Curley & Johnson 2022). Es ist an der Zeit, neue Perspektiven auf Intimität und Sexualität im Alter zu entwickeln. Letztlich können fortschrittlichere Sichtweisen die Möglichkeit bieten, zu neuen Einsichten und Erkenntnissen zu gelangen. Was wiederum zu mehr Anerkennung und Akzeptanz „sexueller Weisheit“, welche ältere Menschen womöglich mit sich bringen, führen kann (vgl. ebd.).

1.2. Zielsetzung und Forschungsfrage

Die vorliegende Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, die Umsetzung sexueller Rechte im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen zu untersuchen. In diesem Zusammenhang soll der Frage nachgegangen werden, wie sexuelle Rechte, im Kontext von Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen, gewährleistet werden können. Daran anknüpfend soll untersucht werden, wie im Kontext Pflege mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen und wie die Reflexion gestaltet wird. Konkreter: Wie werden sexuelle Rechte als Menschenrechte bis ins hohe Alter umgesetzt? Immenschuh (2018: S. 118f), Lehrerin für Pflegeberufe, beschreibt Sexualität und Erotik als „*elementaren und wichtigen Teil unserer Lebenskraft*“, die aus der Pflege nicht wegzudenken ist. Oft entscheidet eher der Gesundheitszustand, inwieweit Sexualität gelebt werden kann (vgl. Grond 2011, Bach & Böhmer 2011). Doch wer thematisiert und spricht mit alten Menschen im Pflegekontext über ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse? Wissenschaftliche Studien haben in jüngster Zeit bestätigt, dass Sexualität erwünscht ist und Menschen bis ins hohe Alter sexuell aktiv sind (vgl. Buchner et al. 2011, Dekker et al. 2020, Rudolph 2021, Curley & Johnson 2022). Wie kann Intimität und Sexualität im Alter normalisiert werden? In einigen Pflegeeinrichtungen wird Sexualassistenten als eine Möglichkeit betrachtet, die sexuellen Rechte älterer Menschen umzusetzen (vgl. Paulsen 2017, Klee 2019, Körper Stiftung 2021). Eine professionalisierte Sexualassistenten kann älteren Menschen dabei helfen, ihre Intimität und sexuelle Erfüllung aufrechtzuerhalten, insbesondere dann, wenn sie aufgrund von körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen Schwierigkeiten haben, diese Bedürfnisse selbstständig zu erfüllen (vgl. Vries 2011, Marienhaus Stiftung 2017, Döring 2019, Klee 2019). An dieser Stelle schließt sich die Frage ein, in welcher Form Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenten profitieren können. In der Praxis gibt es keine einheitliche Verankerung und Umsetzung von Sexualassistenten. Die Angebote der Sexualassistenten können als Möglichkeit betrachtet werden, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen zu verbessern (vgl. Vries 2011, Döring 2019, Klee 2019). Als wissenschaftlich belegt gilt, dass Sexualität als

Grundbedürfnis, bis ins hohe Alter bestehen bleibt (vgl. Bach & Böhmer 2011, Schultze-Zehden 2013, Immenschuh 2018, Döring 2019).

Menschen sind sexuelle Wesen und ihre sexuellen Bedürfnisse müssen als existenzieller Teil aller Menschen begriffen werden (vgl. pro familia 2009). Alle Menschen haben das Recht, ihre Sexualität frei, gleichberechtigt und selbstbestimmt zu leben (vgl. pro familia 2009, BMFSFJ 2020). Im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen spielt das Thema Reproduktion eine eher untergeordnete Rolle (pro familia 2023). Die Verwirklichung sexueller Rechte bis ins hohe Alter hingegen, kann eine zentrale Rolle für die Gesundheit einnehmen (vgl. Anderson 2013, Paulsen 2017, Flor 2019). Sexuelle und reproduktive Rechte, als Teil der Menschenrechte, unterliegen gesellschaftlichen und politischen Aushandlungsprozessen (vgl. pro familia 2009). Die aus der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse können helfen, eine offene und ehrliche Diskussion zu führen, um Vorurteile und Stigmatisierungen abzubauen und eine gerechtere und sicherere Umgebung für alle Beteiligten zu schaffen. Die Ergebnisse der Forschung sollen begünstigende Faktoren von Sexualassistenz, im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen, aufzeigen. Somit können die gewonnenen Erkenntnisse einen Beitrag zur Umsetzung sexueller Rechte von Menschen bis ins hohe Alter leisten.

Die vorliegende qualitative sexualwissenschaftliche Interviewstudie soll, neben den theoretischen Rahmen, zusätzlich Antworten, zur Umsetzung sexueller Rechte, aus der Praxis generieren. Aufgrund fehlender Zugänge wurde von Interviews mit Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen, aus forschungsethischen Gründen, abgesehen. Der Zugang zum Feld besteht vielmehr aufgrund persönlicher und beruflicher Kontakte sowie durch Vernetzung und der Teilnahme an fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen. Der nächste Abschnitt soll auf zum Aufbau der Arbeit Bezug nehmen.

1.3. Zum Aufbau der Arbeit

Im Kontext des Aufbaus der Arbeit soll zunächst auf den Sprachgebrauch in dieser Arbeit aufmerksam gemacht werden. In der vorliegenden Masterarbeit wird mit dem Gendersternchen (*) gegendert. Die Verwendung des Sternchens soll möglichst allen Geschlechtern gerecht werden sowie die Gleichberechtigung aller implizieren (vgl. Fem Power 2024). Die geschlechtergerechte Sprache soll die Reproduktion von diskriminierenden sozialen und sprachlichen Normen reduzieren (vgl. ebd.).

Die Masterarbeit gliedert sich in zwei Teilen, einen theoretischen und einen praktischen. Die inhaltliche Gliederung unterteilt sich in neun aufeinander aufbauende Kapitel. Die ersten drei Kapitel behandeln den theoretischen Hintergrund der Forschung. Im ersten Kapitel soll auf die Relevanz und Problemstellung des Forschungsthemas sowie auf die Zielsetzung und

Forschungsfrage eingegangen werden. Im zweiten Kapitel erfolgen eine thematische Einordnung und Beschreibung des aktuellen Forschungsgegenstandes. In diesem Abschnitt der Arbeit soll, das Alter als Lebensphase, definiert und eingegrenzt werden. Daran anknüpfend soll ein Blick auf gesellschaftliche Diskurse zu Sexualität im Alter erfolgen. Das dritte Kapitel beleuchtet den theoretisch sexualwissenschaftlichen Forschungsgegenstand. In diesem Abschnitt finden Begriffserläuterungen zu Sexualität und Sexualität im Alter, sexuelle und reproduktive Rechte als Menschenrechte sowie Angeboten der Sexualassistenz statt. Da Angebote der Sexualassistenz, als Mittel zur Umsetzung sexueller Rechte in Alten- und Pflegeheimen verstanden werden können, soll ihnen eine besondere Aufmerksamkeit und Bedeutung zukommen.

Am theoretischen Teil anknüpfend, sollen die darauffolgenden Kapitel sich dem praktischen Teil der Forschungsarbeit widmen. Im vierten bis siebten Kapitel wird das wissenschaftliche und methodische Vorgehen beschrieben. Das vierte Kapitel beinhaltet eine detaillierte Beschreibung des Forschungsdesigns, der Interviewmethode und die zugrunde liegenden datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Grundsätze der vorliegenden Arbeit. Daran anknüpfend widmet sich das fünfte Kapitel einer ausführlichen Beschreibung der Datenerhebung und der Akquise von potenziellen Interviewpartner*innen. In diesem Kapitel finden sich ebenso, die, in erzählerischer Form dargestellten, Interviews. Die Auswertung der erhobenen Daten wird im sechsten Kapitel vorgenommen. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus Interviews, die mit Hilfe der Software MAXQDA analysiert und ausgewertet wurden, finden sich in diesem Abschnitt wieder. Im siebten Kapitel soll eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse erfolgen. Last but not least sollen im achten Kapitel Anregungen zur Diskussion und mögliche Anknüpfungspunkte für weitere Forschung gegeben werden. Mit dem abschließenden Fazit sollen wichtige Schlussfolgerungen festgehalten werden und der Blick für zukünftige Szenarien geschärft werden.

2. Forschungsgegenstand

Seit der Antike ist die Lebenserwartung von Menschen kontinuierlich gestiegen (vgl. Beauvoir 1983). Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts blieben alte Menschen mehr oder weniger sich selbst überlassen (vgl. ebd.). Mit alternden Menschen wurde sich erst ab Ende des 19. Jahrhundert zunehmend auseinandergesetzt (Schroeter & Prahl 1999). Simone de Beauvoir (1983) unternimmt in ihrem Essay „*Das Alter*“ den Versuch, die Geschichte des Alters nachzuzeichnen und stellt fest, dass dies unmöglich scheint. Für Beauvoir hat das Alter viele Gesichter, die sich je nach Zeit und Ort verändern. Sie beschreibt das Bild des Alters als verschwommen, undeutlich und widersprüchlich (Beauvoir 1983: S.75). In Deutschland ist, laut Statistischem Bundesamt (2024), die Lebenserwartung in den letzten 150 Jahren beträchtlich gestiegen. Seit 1871, im Kontext der Reichsgründung unter Bismarck, wird die sogenannte Sterbetafel geführt (vgl. ebd.). Die erste Sterbetafel von 1871/1881 wies eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 36 Jahren für Männer und 39 Jahren für Frauen auf. Mit der aktuellen Sterbetafel von 2020/2022 liegen die Werte dagegen für Männern bei 78 Jahren und für Frauen bei 83 Jahren (vgl. ebd.).

Die hohe Lebenserwartung deutet auf einen hohen Lebensstandard und eine gute gesundheitliche Versorgung hin (vgl. Wurm et al. 2013). Viele Menschen können inzwischen erwarten, dass sie noch viele Jahre nach der Pensionierung leben. Aufgrund des medizinischen Fortschritts häufig sogar bei guter Gesundheit (vgl. ebd.). Insgesamt wird der Abschnitt Alter immer länger (vgl. Flor 2019). Dementsprechend wird die Phase des Alters als eigene Lebensphase interpretiert, die es mit Sinn zu füllen gilt (vgl. Wurm et al. 2013). Gesellschaftliche und kulturelle Vorstellungen sowie Darstellungen von alten Menschen formen die Bilder des Alters (vgl. Mahne et al. 2017). Bereits Kinder verinnerlichen die in der vorherrschenden heteronormativen Gesellschaft bestehenden Altersstereotypen, z.B. durch das soziale Umfeld, durch Kinderliteratur, Fernsehen und/ oder Social Media (vgl. Wurm et al. 2013). In der Wissenschaft wird zwischen gesellschaftlichen und individuellen Altersbildern unterschieden (vgl. ebd.). Im Kontext gesellschaftlicher Altersbilder wird oft von Altersstereotype gesprochen. Sogenannte Stereotype sind kollektiver Natur und mitbestimmend dafür, welche Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten älteren Menschen offenstehen und was sie sich selbst wünschen und zutrauen (vgl. ebd.). Altersstereotype können sich wiederum in diskriminierenden Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber älteren Menschen äußern (vgl. Beyer et al 2017: S. 331). Alternde Menschen beziehen die vorherrschenden Altersstereotype nicht nur auf andere, sondern auch auf sich selbst (vgl. Wurm et al. 2013). Bis in die 1960er Jahre herrschte noch die sogenannte „*Disengagement Theorie*“ vor, in der Alter mit biologischen Verlusten und mit Rückzug aus sozialen

Tätigkeiten und Rollen verbunden war (vgl. Beyer et al. 2017: S. 330f.). Gegenwertig werden vielmehr die Potentiale des Alters und die Bedeutung des aktiven Alterns hervorgehoben (vgl. ebd.). Ein Wandel gesellschaftlicher und individueller Altersbilder lässt sich mittels des bundesweiten repräsentativen Deutschen Alterssurvey (DEAS) empirisch nachzeichnen (vgl. Mahne et al. 2017). Laut dem DEAS hat sich in den Jahren zwischen 1996 und 2014 insgesamt ein positiver Wandel der Altersbilder vollzogen (vgl. ebd.).

Sozio-ökonomische Faktoren wie Alter, Bildungsstand, Einkommen und Gesundheitszustand entscheiden weitgehend über die Art und Weise, wie Altersbilder in einer Gesellschaft gezeichnet werden (vgl. Wurm et al. 2013). Individuell und gesellschaftlich relevant sind die möglichen Folgen persönlicher Altersbilder, sowohl für die eigene Gesundheit als auch für die Langlebigkeit älter werdender Menschen (vgl. ebd.). In einer Längsschnittstudie, die über zwei Jahrzehnte lief, konnte aufgezeigt werden, dass Personen mit positiver Sicht auf das Älterwerden mehrere Jahre länger leben als jene mit negativerer Sicht (vgl. ebd.). Ein weit verbreitetes Altersstereotyp beinhaltet die Annahme, das Älterwerden zwangsläufig mit gesundheitlichen Einbußen verbunden ist. Das Auftreten von Beschwerden wird so, nicht nur von älteren Menschen selbst, sondern auch von Akteur*innen des Gesundheitswesens als normale Begleiterscheinung des höheren Alters angesehen (vgl. ebd.). Somit haben negative gesundheitsbezogene gesellschaftliche Vorstellungen vom Älterwerden Einfluss auf die institutionellen Ausgestaltungen des Gesundheitswesens (vgl. ebd.). Doch was bedeutet es eigentlich genau, alt zu sein bzw. um welches Alter handelt es sich dabei genau? Von wem ist die Rede, wenn von alten Menschen gesprochen wird? Wann beginnt das Alter? Dieser Frage soll im nächsten Abschnitt auf den Grund gegangen werden.

2.1. Alter als Lebensphase

In China wurde alten Menschen eine einzigartige privilegierte Stellung eingeräumt, Konfuzius setzte Alter mit Weisheit gleich (Beauvoir 1983). Gesamtgesellschaftlich betrachtet, findet ein unterschiedlicher Umgang mit alten Menschen statt (vgl. ebd.). Im Duden wird der Begriff Alter beschrieben als *„Lebensjahre, Bejahrtheit, letzter Lebensabschnitt und/ oder als bestimmte Altersstufe, in der sich Menschen befinden“* (Duden 2024). Im wissenschaftlichen Kontext wird Alter für den menschlichen Lauf des Lebens bzw. dem Lebenslauf verwendet (Kohli 2013). Unterschieden wird in der Regel zwischen biologischem, psychischem und sozialem Alter (vgl. ebd.). Bevor es im Weiteren um das Alter als Lebensphase gehen soll, muss zunächst der Beginn dieses Lebensabschnittes bestimmt werden (vgl. Flor 2019). Der Blick auf wissenschaftliche Betrachtungsweisen zum Alter gestalte sich vielfältig (vgl. Schroeter & Künemund 2010).

Altern versteht sich als umfassender Prozess, der individuell und in den jeweiligen gesellschaftlichen und historischen Kontext eingebettet ist (vgl. Kohli 2013). Der Prozess des Alterns beginnt bereits im Jugendalter mit der Geschlechtsreife (Flor 2019). Eine allgemeine Definition von Alter gibt es nicht, vielmehr werden unterschiedliche Begriffe und Messinstrumente verwendet (vgl. Schroeter & Prah 1999, Schroeter & Künemund 2010, Pichler 2010, Kohli 2013). In der sozialgeschichtlichen Entwicklung gestaltete sich der Lebenslauf als eine Gliederung nach Lebensphasen und Altersgruppen (vgl. Schroeter & Prah 1999, Kohli 2013). In diesem Kontext werden oft alle Prozesse, biologisch, psychisch und sozial, in Beziehung zum kalendarischen Alter gesetzt (vgl. Schroeter & Künemund 2010: S. 398). Das Altern der Gesellschaft, als demografischer Begriff, bezieht sich auf die zunehmende zahlenmäßige Anzahl älterer Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung (vgl. Kohli 2013).

In der westlichen Welt werden alte Menschen heutzutage oft in zwei Kategorien unterteilt. Häufig ist die Rede von den „*jungen Alten*“ oder den „*alten Alten*“ (Pichler 2010: S. 415ff). Den jungen Alten, 60 bis unter 80 Jahre, gelten oft positivere Zuschreibungen, wie produktiv, reiselustig, agil und/ oder eigenständig (vgl. ebd.). Mit den alten Alten, 80 Jahre und älter, sind oft wiederum Vorstellungen und Bilder von eher hochaltrigen, pflegebedürftigen und dementen Menschen verbunden (vgl. ebd.). Das Alter, als Lebensphase, wird heutzutage um ein „*drittes*“ und „*viertes*“ Lebensalter erweitert bzw. unterteilt (vgl. Flor 2019). Die World Health Organization (WHO) (2002: S. 4) orientiert sich bei der Definition von älteren Menschen an die der United Nations (UNO), die jene Menschen als alt definieren, die 60 Jahre und älter sind. Die Gerontologie, als Wissenschaft vom Altern und Alter, verwendet die chronologischen Altersgrenzen von 60 oder 65 Jahren (vgl. Flor 2019). Irritationen können insofern auftreten, da der Begriff Alter für jede Altersphase und Altersgruppe verwendet wird und auch für eine Teilmenge daraus, z.B. das hohe und höhere Alter (Kohli 2013). Weltweit wächst insgesamt der Anteil der über Sechzigjährigen schneller als irgendeine andere Altersgruppe (vgl. WHO 2002).

Die Soziologie beschreibt den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand als Alter (Schroeter & Künemund 2010). Aus medizinischer Sicht wiederum werden bestimmte Erkrankungen und altersbedingte Erscheinungen betrachtet, die zum Teil weit vor dem Renteneintritt vorkommen können (vgl. Flor 2019). In der Biologie hingegen werden bestimmte Entwicklungsstadien des Organismus zwischen Geburt und Tod beschrieben (vgl. Schroeter & Künemund 2010). In der Psychologie wird vom psychischen Alter, dem personalem System, dass eine gewisse Reife und Weisheit beinhaltet, ausgegangen (Kohli 2013). Mit dem sozialen Alter ist, die Verortung einer Person im gesellschaftlichen Kontext

gemeint, d.h. die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich abgegrenzten Altersphase und Altersgruppe (vgl. ebd.: S. 11). Die Gesellschaft organisiert sich mitunter über die Bildung von Kategorien, wie Alter, Geschlecht, Klasse und ethische Zugehörigkeit (vgl. Pichler 2010). Menschen werden oft danach unterschieden und den jeweiligen Kategorien zugeordnet (vgl. ebd.). Aus der Konstruktion von Kategorien, wie Alter, folgen weitere Kategorien, wie z.B. Altersklassen, Altersgrenzen und Alterskategorien (Schroeter & Künemund 2010: S. 393ff). Stetige gesellschaftliche Veränderungen tragen zu einem kontinuierlichen Wandel von Altersbildern, Vorstellungen vom Alter und dem Altern, sowie Altersnormen, in Abhängigkeit von anderen sozialen Prozessen, bei (vgl. Wurm et al. 2013, Mahne et al. 2017). Im Bereich des höheren Alters ist, insbesondere die Herausbildung des modernen Ruhestandes, die entscheidende strukturelle Veränderung (vgl. Kohli 2013). Ein ähnlicher gesellschaftlicher Diskurs zeigt sich im Kontext Sexualität im Alter, auf den im Folgenden mehr Bezug genommen werden soll.

2.2. Gesellschaftliches Verständnis von Sexualität im Alter

Sexualität wurde, über Jahrhunderte hinweg, aufgrund religiöser und gesellschaftlicher Normen und Wertevorstellungen, auf die Reproduktionsfunktion reduziert (vgl. Bohlan & Salewski 1990). Lange Zeit wurde Sexualität eher jungen Menschen zugeschrieben und galt als Vorrecht der Jugend (vgl. Bach & Böhmer 2011, Schultz-Zehden 2013). In den 1950er Jahre überraschte der US-amerikanische Sexualforscher Alfred C. Kinsey (1894 - 1956) die Fachwelt mit seinen wissenschaftlichen Studien, die er in den sogenannten „*Kinsey-Reporten*“ festhielt (vgl. Matthiesen & Wandel 2020). Kinsey gilt, als einer der Sexualwissenschaftler*innen, der das Sexualleben der Menschen in der westlichen Welt und ihre Einstellung zur Sexualität im 20. Jahrhundert, am wesentlichsten beeinflusste (vgl.). Seine Erkenntnisse zu männlicher und weiblicher Sexualität verblühten nicht nur die Fachwelt. Kinsey beschäftigte sich, als einer der ersten Sexualwissenschaftler*innen, mit dem Sexualverhalten älterer Menschen (vgl. Kolland 2011: S. 46). In den 1960er und 1970er Jahre sorgten Masters & Johnson für spannende Erkenntnisse aus ihren kontrovers diskutierten Studien zur befriedigenden sexuellen Aktivität heterosexueller Paare. Die sexuelle Aktivität von älteren Menschen wurde allerdings, in den Studien, weitgehend ignoriert (vgl. ebd.).

In der westlichen Welt vollzog sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel sexualmoralischer Werte und Normenvorstellungen (vgl. Sigusch 2001, Schmidt 2005). Die heutige Sexualmoral wurde, laut dem Sexualwissenschaftler Gunther Schmidt (2005), durch zwei wesentliche Diskurse geprägt. Einerseits brachte der liberale Kurs der 1960er und 1970er Jahre Veränderungen sexueller Werte- und Moralvorstellungen. Andererseits führte

die Zeit der sexuellen Revolution, in den 1980er Jahren, zu einem Diskurs der Selbstbestimmung (vgl. ebd.). Die damals vorherrschende Sexualmoral wurde mehr oder weniger durch eine „*Verhandlungsmoral*“ abgelöst (Schmidt 2005: S. 10ff). Heutzutage finden sexuelle Aktivitäten vielmehr auf Basis von Aushandlungsprozessen statt, die individuell und nicht durch Familie oder Gemeinschaft bestimmt werden (vgl. ebd.). Letztlich führte die sexuelle Revolution auch zu mehr Toleranz von vor- und außerehelichen Beziehungen sowie Promiskuität, insbesondere von Frauen (vgl. Koller-Tejeiro 2007: S. 196f). Auch die Nachfrage nach prostitutiver/sexueller Arbeit stieg (vgl. ebd.). Die alltägliche Sexualität ist präsenter und selbstverständlicher geworden (Kolland 2011: S. 38f).

Menschen im Alter stellen eine sehr heterogene und vielfältige Gruppe dar, mit unterschiedlichen Lebensläufen, Lebenslagen und Lebenssituationen (vgl. Wurm et al. 2013). Sexuelle Aktivitäten, Wünsche und Bedürfnisse von Menschen im Alter sind höchst individuell (vgl. Stumpe 2021). Als weit verbreitetes Altersstereotyp gilt weiterhin, dass Menschen im Alter nicht mehr sexuell aktiv sind (vgl. Grond 2011, Lamers 2021, Scharfenberg 2022). Dieses Vorurteil sollte weitgehend widerlegt sein (vgl. Kolland 2011). Dennoch führt die augenscheinliche Doppelmoral dazu, dass sexuelle Aktivitäten und Bedürfnisse älterer Menschen, weiterhin verleugnet, diskriminiert und tabuisiert werden (vgl. Vries 2017, Immenschuh 2018, Döring 2019, Klee 2019). Der Austausch von Zärtlichkeiten unter älteren Menschen gilt weiterhin als unangebracht (vgl. Berberich 2015). Auch wissenschaftliche Auseinandersetzungen bestätigen, dass Intimität und Sexualität im Alter weiterhin verleugnet und tabuisiert wird (vgl. Bach & Böhmer 2011, Grond 2011, Döring 2019). Vorherrschende heteronormative gesellschaftliche Vorstellungen und Normen tragen zur Verschärfung des Problems bei (vgl. Curley & Johnson 2022). Zwar finden sich mittlerweile wissenschaftliche Studien zur gelebten Sexualität alter Menschen, doch viele Forschungsstudien konzentrieren sich oft auf die sexuelle Funktion bzw. Dysfunktion und/oder eher auf körperliche Einschränkungen (vgl. ebd.). Um in den weiteren Ausführungen eine klare Vorstellung zu erhalten, was mit Sexualität gemeint ist, soll im nächsten Kapitel ausführlich darauf eingegangen werden.

3. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

Wie eingangs beschrieben, gilt Sexualität als ein existenzielles Grundbedürfnis der Menschen (vgl. pro familia 2009, BZgA 2016, Immenschuh 2018, Voß 2023). Gegenwärtig wird Sexualität als ein ganzheitliches Phänomen beschrieben, welche biologische, emotionale, intellektuelle und spirituelle Aspekte miteinbezieht (Kolland 2011: S. 41). Sexualität wird als Fähigkeit des Menschen verstanden, Lust aufgrund intimer physischer Kontakte zu empfinden mit der Möglichkeit, Intimität, Zuneigung, Sinnlichkeit, Zärtlichkeit, erotische Fantasien und Träume mit einzubeziehen (vgl. ebd.). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016: S. 5) beschreibt Sexualität in ihrem Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung, als „... *vielschichtig, mit emotionalen, psychosozialen und biologischen Dimensionen...*“. In der Sexualwissenschaft kommt der Sexualität eine identitätsstiftende und persönlichkeitsbildende Funktion zu, die durch Intimität, Kommunikation, Lustempfinden, Zärtlichkeit, Geborgenheit, Fortpflanzung und Befriedigung, Ausdruck gewinnt (vgl. Voß 2023: S. 16ff). Die Soziologen Gagnon & Simon (1986) entwickelten die Theorie der „*Sexuellen Scripts*“ und stellten die These auf, dass sexuelle Verhaltensweisen wesentlich, von der jeweiligen Kultur und Gesellschaft, mitgeformt werden (vgl. ebd.). Oft verlangen die sexuellen Scripts, die Einhaltung des, in dem jeweiligen Kulturkreis akzeptierten, Sexualverhaltens. Sexualität ist demnach, die Gesamtheit aller entwickelten und manifestierten sexuellen Verhaltensweisen und Aktivitäten (vgl. ebd.). Die Theorie der sexuellen Scripts kann Anwendung im Kontext von Fragen der Gesundheit finden, da Sexualität ein allgemein kultursensibles Thema darstellt (vgl. Anderson 2013).

Eine der zentralen Funktionen die Sexualität zugeschrieben wird ist der Aufbau intimer Beziehung zu einem anderen Menschen, um das Bedürfnis nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit zu befriedigen (vgl. BZgA 2017: S. 5). Es gibt Menschen, die kein Bedürfnis nach sexuellem Kontakt zu anderen Menschen oder nach Sexualität in einer Partner*innenschaft empfinden (vgl. Voß 2023: S. 16). Sexualität kann sich auch auf mehr als eine*n Partner*in beziehen (vgl. ebd.). Solosexualität, wie Masturbation und Selbstbefriedigung, wird als weitere Variante des sexuellen Erlebens verstanden, der ebenso eine bedeutsame Rolle und Funktion zugeschrieben werden kann (vgl. Döring 2019: S. 27). Menschen erleben ihre Sexualität unterschiedlich, abhängig von Lebensalter und individuellen Lebensumständen. Sexualität wird ferner als ein „*sinnstiftendes und transkulturelles Phänomen*“ beschrieben (Voß 2023: S. 17). Sexualität, als wichtigem Bestandteil des menschlichen Seins, werden vier wichtige Funktionen zugeschrieben: Lustfunktion, Beziehungsfunktion, Identitätsfunktion und Fruchtbarkeitsfunktion (vgl.

Döring 2019: S. 24). Die sexuelle Entwicklung geht im Erwachsenenalter weiter (Sielert 2022). Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive ist, Sexualität im Alter, in der Erwachsenensexualität anzusiedeln (vgl. ebd.: S. 22ff). Die Sexualwissenschaft versteht unter Erwachsenensexualität, die Sexualität von Menschen jenseits des 18. Lebensjahres. Dementsprechend sind Erwachsene und auch alte Menschen Teil einer Sexualkultur, deren Situation vor allem durch feministische und queere Bewegungen in Frage gestellt wird (vgl. ebd.). Sielert, Erziehungswissenschaftler und Sexualpädagoge, verwendet „*Queer*“ als Sammelbezeichnung für eine Gruppe von Menschen, mit vom Mainstream abweichenden Identitäten (vgl. Sielert 2022: S. 24). Queer wird, in diesem Zusammenhang, als gesellschaftskritischer Analyseansatz verstanden, der auf die Vielfalt der Lebens- und Liebesweisen hinweist (vgl. ebd.).

Aus sexualwissenschaftlicher Sicht entwickelt und gestaltet sich Sexualität individuell und wird als lebenslanger Entwicklungsprozess von Geburt bis zum Tod verstanden (Sielert 2022). Die sexuelle Kompetenz hängt vom eigenen Sexuell gebildet sein ab (vgl. ebd.). Sexuelle Bildung versteht sich dabei als

„(...) lebenslanger Prozess der Selbstaneignung sexueller Identität in Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Welt, den die Pädagogik zwar intentional, letztlich aber nur beratend begleiten kann ...“ (Sielert 2015: S. 12).

Sexuelle Bildung, als Begleitung für Erwachsene, soll Informationen über Zwänge der jeweils umgebenen Sexualkultur geben, als auch eine realistische Einsicht in das eigene Selbstkonzept ermöglichen (vgl. Sielert 2022: S. 31). Die Begleitung soll Entwicklungsräume schaffen und öffnen, um möglichst eine ganzheitliche Auseinandersetzung mit Sexualität zu ermöglichen (vgl. ebd.: S. 34). Sexuelle Bildung kann Schutz bieten und die Entwicklung der Persönlichkeit fördern (Valtl 2006). Valtl (2006) versteht Sexualität, in seinem ganzheitlichen Ansatz, als menschliches Potential. Sexuelle Bildung als „*life long learning*“ wird als Angebot für alle Altersklassen verstanden, das den ganzen Menschen ansprechen soll (vgl. Valtl 2006). Sielert (2022: S. 29f) bezeichnet sexuelle Bildung mit Erwachsenen als eine Form der „*Reisebegleitung*“. Erwachsene und damit auch alte Menschen können auf ihrer sexuellen Reise begleitet werden. Menschen, die im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen als Fachkräfte tätig sind, benötigen ebenso sexuelle Bildung (vgl. ebd.).

Die Frage ist viel eher, welche Expert*innen für alte Menschen, als vertrauensvolle Ansprechpartner*innen, zur Verfügung stehen. Zu Sexualität im Alter fehlen weiterhin Expert*innen, um entsprechende Beratungs- und Orientierungshilfen zu ermöglichen (vgl.

Sielert 2022). Der nächste Abschnitt soll sich mit der Komplexität von Sexualität im Alter beschäftigen und näher auf die damit verbundene Bedeutung eingehen.

3.1. Sexualität im Alter

Der sexuelle Verfall im Alter gilt als weitverbreitetes Vorurteil (Beauvoir 1983). Der Körper altert, die sexuellen Bedürfnisse bleiben (Berberich 2015: S. 5f). Alte Menschen sind, entgegen vorherrschenden Altersstereotypen und Klischees, sexuell aktiv (vgl. Buchner et al. 2011, Berberich 2015, Vries 2017, Klee 2019, Albinus 2020, Dekker et al. 2020). Eine erfüllende Sexualität kann für Menschen über das gesamte Leben bedeutsam sein, mit oder ohne Pflegebedarf (vgl. Grond 2011, Döring 2019). Im medizinischen und pflegerischen Kontext wird der Begriff „*Alterssexualität*“ verwendet (vgl. Grond 2011, Bach & Böhmer 2011). Aus sexualwissenschaftlicher Perspektive wird betont, dass sich Sexualität im Alter vielfältig gestaltet, sie auf die Alterssexualität zu reduzieren, würde ihr nicht gerecht werden (vgl. Schmidt & Matthiesen 2003, Stumpe 2021). Ähnlich wie bei jungen Menschen gestaltet sich Sexualität alter Menschen unterschiedlich (vgl. Schmidt & Matthiesen 2003). Aktuell gewinnt das Thema Intimität und Sexualität im Alter ein zunehmendes sexualwissenschaftliches Interesse. In einer polnischen Interviewstudie von Gore (2020) fand eine Analyse von Interviews mit heterosexuellen älteren Menschen in Paarbeziehungen, aus einem konservativen und hochreligiösen Kulturkreis, statt. Die Stichprobe bestand aus 16 Frauen und 14 Männern, heterosexuell und alle religiös katholisch, zwischen 65 – 82 Jahren (vgl. Gore 2020). Besonders vielfältig zeigte sich dabei die Meinungsvielfalt, was Sexualität eigentlich bedeutet, ob penetrativer Geschlechtsverkehr, Ausdruck körperlicher Intimität oder emotionale Intimität (vgl. ebd.). Weiterhin besteht eine geschlechtsdifferente Situation hinsichtlich des Verständnisses von Erotik und sexueller Aktivität (vgl. Kolland 2011: S. 49). Sexualität wird als integraler Bestandteil des Lebens älterer Menschen verstanden, welche das körperliche und psychische Wohlbefinden stärkt, sowie die Lebenszufriedenheit erhöht (vgl. Anderson 2013, Paulsen 2017, Döring 2019). Alternde Menschen werden mit unterschiedlichen Aufgaben konfrontiert (vgl. Berberich 2015). Oft müssen körperliche Einschränkungen, sowohl physisch als auch psychisch, bewältigt werden (vgl. ebd.: S. 6f). Bezogen auf die Sexualität, kann das bedeuten, sich seine Sexualität, als Quelle zur Befriedigung des psychosozialen Grundbedürfnisses nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit, zu erhalten (vgl. ebd.).

Die Studienlage zu Sexualität im Alter ist breit, allerdings fehlen, laut Gore (2020), oft Übereinstimmungen, was sexuelle Aktivität eigentlich bedeutet, insbesondere wenn ältere Personen befragt werden. So wird Sexualität oft einseitig mit Geschlechtsverkehr bzw. Penis Vagina Verkehr gleichgesetzt (vgl. ebd.). Eher sollte davon ausgegangen werden, dass im

Alter, verschiedene Formen sexueller Betätigung ausgeübt werden und Sexualität ein wichtiger Bestandteil des Lebens bleibt. Zur Sexualität gehören neben Masturbation und Geschlechtsverkehr, auch Zärtlichkeiten, wie Streicheln, Küssen, Umarmen und Massagen sowie Rituale, Schwärmereien und Flirts, erotische Gespräche und/ oder Träume, Romantik, Filme, Erinnerungen und Fantasien (vgl. Döring 2019: S. 24). Masturbation kann ebenso als Bestandteil aktiv gelebter Sexualität verstanden werden (vgl. Rudolph 2021). Die Helios Klinik Berching beschäftigte sich mit dem Thema Sexualität im Alter und machte eine eigene Studie zur „*Lebensqualität und Sexualität im Alter*“ (vgl. Buchner et al. 2011: S. 69ff). An der Studie nahmen insgesamt 50 Frauen und Männer teil, die mindestens 65 Jahre alt waren. Die Ergebnisse der Studie konstatierten: Wer in jungen Jahren sexuell aktiv war, wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit im Alter bleiben (vgl. ebd.: S. 74). Insgesamt lassen sich, im Kontext des Sexualverhaltens alter Menschen, keine bestimmten Verhaltensmuster nachweisen, eher verschiedene Lebensstile (vgl. Kolland 2011, Albinus 2020).

Viele der heute noch lebenden Menschen über 70 Jahre haben eine eher sexualfeindliche Erziehung erlebt (vgl. Stumpe 2021). Über Intimität und Sexualität wurde kaum gesprochen. Die deutsche Kulturwissenschaftlerin und Autorin Mithu M. Sanyal (2009) beschreibt in ihrem Buch „*Vulva: Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts*“, die historische Tabuisierung des weiblichen Genitals. Die Tabuisierung zeigt sich in der Bezeichnung „*da unten*“, die historisch für das weibliche Geschlecht genutzt wurde (vgl. ebd.). Bis zur Jahrtausendwende bestanden enorme Forschungsdefizite zur weiblichen Sexualität im mittleren und höheren Alter (Sydow 2015: S. 13f). Mehrheitlich waren Forschungen auf die männliche Erlebniswelt ausgerichtet, die weibliche Sexualität wurde weitgehend vernachlässigt (vgl. ebd.). Vielmehr wurde weiblicher Sexualität eine untergeordnete Rolle zugewiesen und sie wurde, historisch, als krankhaft beschrieben (vgl. Beauvoir 1983). Bis heute hält sich der Mythos, dass die sogenannten Wechseljahre mit einem Verlust der Libido einhergehen (Kolland 2011: S. 47f). Fakt ist, dass die sexuelle Reaktionsfähigkeit bei Frauen bis ins hohe Alter beinahe unverändert erhalten bleibt (vgl. ebd.: S. 48). Aktuelle repräsentative Studien haben den Forschungsstand zur weiblichen Sexualität wesentlich verbessert (vgl. Sydow 2015). In diesem Zusammenhang betont Sydow (2015: S. 6), dass sexuelle Themen und Probleme älterer Frauen zwar angesprochen werden, sich die Forschung jedoch weitgehend auf den Vollzug des Geschlechtsverkehrs beschränkt. Andere Bereiche wie Erotik, Zärtlichkeiten, nicht penetrativer Sex, Probleme und Schwierigkeiten bei der Partner*innensuche, die für z.B. Frauen bedeutsamer sein könnten, werden weniger in die Betrachtungen mit einbezogen (vgl. ebd.). Sexualität im Alter ist oft von verschiedenen beeinflussenden Faktoren abhängig, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

3.1.1. Beeinflussende Faktoren

Sexualität im Alter ist oft abhängig von unterschiedlichen beeinflussenden Faktoren (vgl. Berberich 2015). Körperliche Veränderungen, anerzogene und gesellschaftliche Normen, die individuelle geschlechtsspezifische Biografie sowie die jeweilige Beziehungsbiografie in der Partner*innenschaft oder Partner*innenlosigkeit, können Einfluss auf die Sexualität haben (vgl. Grond 2011: S. 22ff). Altersbedingte körperliche Veränderungen können sich wiederum auf die menschliche Sexualfunktion auswirken (vgl. Berberich 2015). Bestimmte Erkrankungen, insbesondere chronische, können die sexuellen Möglichkeiten älterer Menschen zusätzlich beeinflussen (vgl. Bach & Böhmer 2011). Seelische und körperliche Veränderungen, das Klimakterium (Wechseljahre), der Gesundheitszustand, eventuelle Erkrankungen und/oder kognitive Veränderungen können die Sexualität verändern (vgl. Grond 2011: S. 22ff). Die hormonellen Veränderungen bei alternden Menschen können zusätzliche körperliche und kognitive Veränderungen mit sich bringen (vgl. ebd.). Bei Personen mit weiblichem Geschlechtsorgan sinkt oft während der Menopause der Östrogenspiegel (weibliche Geschlechtshormone) im Blut, was zu Veränderungen der Schleimhaut führt. Die Veränderungen der Schleimhaut können zu weniger Elastizität und Feuchtigkeit führen, was zu Verletzungen führen kann (vgl. ebd.). Bei Personen mit männlichem Geschlechtsorgan hingegen kann es zu Veränderungen des Testosteronspiegels kommen, was zu weniger schnellen und/ oder spontanen Erektionen führen kann (vgl. ebd.). Trotz hormoneller Veränderungen bleibt die sexuelle Reaktionsfähigkeit bis ins hohe Alter nahezu unverändert bestehen (vgl. Kolland 2011: S. 48). Aktuelle Forschungen richten ihren Fokus zunehmend auf die positiven Motivationen für sexuelle Aktivität, wie die Erfüllung des sexuellen Verlangens, das Erleben von sexuellem Vergnügen, sexuelle Befriedigung, emotionale Verbindung und Intimität, körperliche Gesundheit und psychisches Wohlbefinden (vgl. Anderson 2013). Insgesamt wurden Forschungen zu sexuellen Themen im Alter lange Zeit vernachlässigt (vgl. Kolland 2011).

In der Altersforschung nimmt die Partnerschaft einen hohen Stellenwert für individuelles Wohlbefinden und sexuelle Aktivität im Alter ein, wird jedoch weitgehend außer Acht gelassen (vgl. Schultz-Zehden 2013). In den vergangenen Jahrzehnten waren die Formen der Partner*innenschaft einem stetigen Wandel unterworfen (Schmidt & Matthiesen 2006). Steigende Scheidungsquoten, Trennungen sowie zunehmende außereheliche Beziehungen nehmen Einfluss auf neue Beziehungsformen alter Menschen (vgl. Schultz-Zehden 2013). Heutzutage lassen sich bei alten Menschen insgesamt mehr außereheliche Beziehungen als früher, beobachten sowie neue Partner*innenschaften, die erst im Alter beginnen (vgl. ebd.). Die Beziehungen verändern sich und sind häufig nicht mehr so langlebig wie früher (vgl.

ebd.). Deutliche Unterschiede lassen sich vor allem im Kontext des Familienstandes erkennen. Laut Schultz-Zehden (2013) sind gegenwertig gut drei Viertel, der über 65jährigen Männer und nur etwa ein Drittel der Frauen gleichen Alters verheiratet. Der Familienstand „verheiratet“ oder „in einer Partner*innenschaft“ bleibt weiterhin klassisch bei Männern im Alter, während Frauen im Alter, aufgrund der längeren Lebenserwartung vielfach allein leben (vgl. ebd.). Wie bereits abgeführt, werden mit steigendem Alter, zunehmend weibliche Personen pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2024b).

Einen weiteren wichtiger Stellenwert im Leben von alten Menschen nimmt das Thema Wohnen ein (vgl. Voges & Zinke 2010). Mit zunehmendem Alter steigt die Lebenszeit, die alte Menschen in ihrem unmittelbaren Wohnbereich verbringen (vgl. ebd.: S. 301ff). Heutzutage leben zwar viele alte Menschen weitgehend selbstständig, allerdings steigt ebenso die Zahl jener, die im Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind und/ oder in Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen versorgt werden müssen (vgl. Statistisches Bundesamt 2024a). Wohnen im Alter stellt ein höchst bedeutsames sozialpolitisches Thema dar (vgl. Voges & Zinke 2010). Das Thema Wohnen ist ein existentieller Aspekt der Lebenslagen von älteren und hochbetagten Menschen (vgl. ebd.). Die Veränderung der Lebens- und Beziehungsformen bringen Veränderungen der Lebenssituation mit sich. Die jeweilige Lebenssituation und/ oder die Pflege zu Hause, im Krankenhaus oder im Alten- und Pflegeheim kann ebenso Einfluss auf die Sexualität haben (vgl. Grond 2011).

Hinsichtlich der Sexualität älterer Menschen wurde, unter anderem durch die mediale Vermarktung potenzsteigerender Mittel, die Sexualität älterer Männer thematisiert (vgl. Kolland 2011: S. 37). Die alternde weibliche Intimität und Sexualität wurden nicht nur weitestgehend vernachlässigt (vgl. Buchner et al. 2011), sondern nahezu verschwiegen (vgl. Daimler 2002). Auch alternde LSBTIQ* (lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter*, queere und weitere Personen) blieben auf der Strecke. Vielmehr wurde die praktische Unsichtbarkeit queerer alternder Menschen erwiesen (vgl. Lottmann 2020, Zeyen et al. 2020). Eine der Folgen ist die geschlechtsdifferente Situation.

3.1.2. Geschlechtsdifferente Situation

Im repräsentativen Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 1996 bis 2017 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zeigt sich die geschlechtsdifferente Situation von alten Menschen (vgl. BMFSFJ 2019). Die Studie legt nahe, dass sich mit zunehmendem Alter, weitere Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der zweiten Lebenshälfte, ergeben (vgl. ebd.). Die differente Situation unter den Geschlechtern gestaltet sich, laut Studie, vor allem hinsichtlich der in der Kindheit, Jugend

und Erwachsenenalter unterschiedlich bedingten Lebensweisen und Lebensentwürfe (vgl. ebd.: S. 6). In der Studie wurden verschiedene Lebensbereiche, wie Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Einsamkeit und soziale Isolation sowie ehrenamtliches Engagement in den Fokus genommen. Insgesamt deutet die Studie darauf hin, dass Frauen in der zweiten Lebenshälfte oft über bessere soziale Einbindung verfügen und in höherem Maße Sorgetätigkeiten (Care Arbeit) verrichten als Männer. Gleichzeitig leben Frauen öfter allein als Männer gleichen Alters (vgl. BMFSFJ 2019). Neben gesellschaftlichen Veränderungen heterosexueller Paarbeziehungen und Lebensformen, bedingt der demografische Wandel eine „*Feminisierung des Alters*“, da Frauen eine wesentlich höhere Lebenserwartung als Männer aufzeigen (Schultz-Zehden 2013). Dies führt dazu, dass viele ältere Frauen keinen Partner haben, mit dem sie Sexualität leben können (vgl. ebd.). Während weit über die Hälfte der Männer, die über 80 Jahre alt werden, noch eine Partnerin haben, ist es bei Frauen im gleichen Alter nicht einmal jede Zehnte (vgl. ebd.). Nach dem Verlust eines Partners oder einer Partnerin können auftretende Scham- und Schuldgefühle möglicherweise dazu führen, dass keine neuen Beziehungen eingegangen werden (vgl. Lynch et al. 2024). Zusätzliche Erschwernisse können sich aufgrund zweier auseinanderdriftender vorherrschender Schönheitsideale ergeben, die überwiegend von Männern vorgegeben werden (vgl. Kolland 2011: S. 49). So gelten Männer mit grauen Schläfen oft als attraktiv, bei Frauen gilt älteres Aussehen als attraktivitätsmindernd (vgl. ebd.). Der vorherrschende „*double standard of aging*“ erschwert die Partner*innensuche zusätzlich, insbesondere für Frauen (vgl. Schultz-Zehden 2013).

Neuste Forschungen zeigen den Bedarf und die Tabuisierung von LSBTIQ* (lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter*, queere und weitere Personen), die in Forschungen weitgehend außer Acht gelassen wurden (vgl. Zeyen 2020). Lottmann (2020: S. 217), mit Forschungsfeldern, wie Soziale Gerontologie, Demografie und Senior*innenpolitik, beschreibt die Situation wie folgt: „*Die Sichtbarkeit der sexuellen Identität ist in der Gesundheitsversorgung im Alter häufig nicht gegeben und wird oftmals verschwiegen*“. Studien zeigen eher negative Folgen für bestimmte Personengruppen im Kontext heteronormativer Strukturen in Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen (vgl. ebd.). Lottmann (2020: S. 21) kommt zu dem Schluss: „*(...), dass sich LSBTI*-Personen mit ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität in den Institutionen der Altenhilfe oftmals nicht willkommen fühlen, Unsichtbarkeiten beschreiben und sich im Alter nicht mehr (proaktiv) erklären können...*“. Umso wichtiger ist es, dass die in der Pflege Tätigen kontinuierlich geschult werden, um die Bedürfnisse aller älteren Menschen besser zu verstehen und darauf eingehen zu können (vgl. ebd.). Ein verantwortungsbewusster und professioneller Umgang

mit Sexualität erfordert darüber hinaus Kenntnisse zu rechtlichen Rahmenbedingungen, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden sollen.

3.2. Sexuelle und reproduktive Rechte im Alter

Die sexuellen und reproduktiven Rechte als Menschenrechte wurden am 26.08.1999 zur Generalversammlung der World Association for Sexual Health (WAS) in Hongkong (Volksrepublik China) verabschiedet und gelten als allgemeine Sexualrechte (vgl. Gindorf 2008). Sexuelle Rechte sind universale Grund- und Menschenrechte auf der Grundlage von Freiheit, Würde und Gleichheit aller Menschen (vgl. Gindorf 2008, pro familia 2009). Sexuelle und reproduktive Rechte als Menschenrechte beinhalten das Recht auf:

- sexuelle Freiheit,
- sexuelle Autonomie,
- sexuelle Integrität und körperliche Unversehrtheit,
- sexuelle Privatsphäre,
- sexuelle Gleichwertigkeit,
- sexuelle Lust,
- freie Partner*innenwahl,
- freie und verantwortungsbewusste Fortpflanzungsentscheidung,
- eine wissenschaftlich fundierte Sexualaufklärung,
- eine umfassende Sexualerziehung und
- die sexuelle Gesundheitsfürsorge (vgl. Gindorf 2008).

In Deutschland wurde am 01.01.1995 die gesetzliche Pflegeversicherung, als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt (vgl. BMFSFJ 2018). Laut §§ 14 und 15 elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) gelten Menschen als pflegebedürftig, wenn sie körperliche, kognitive und/ oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, durch die sie in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt und deshalb auf Hilfe anderer angewiesen sind (vgl. BMFSFJ 2020). Erstmals wurde im Jahr 2006 die deutsche Pflege-Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen veröffentlicht (vgl. ebd.). Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen auch. Die Pflege-Charta fordert für alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen einen uneingeschränkten Anspruch auf Respekt ihrer Würde und Einzigartigkeit (vgl. ebd.). Dementsprechend dürfen Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, in ihrer besonderen Lebenssituation, in keiner Weise benachteiligt werden (vgl. BMFSFJ 2020: S. 6). Alle Menschen haben die damit verbundenen sexuellen und reproduktiven Rechte (SRR) auf:

- Privatsphäre,
- Information und Bildung,
- Versammlungsfreiheit und politische Beteiligung,
- Schutz vor körperlicher Misshandlung,
- Freiheit und Unversehrtheit der Person,
- Nutzen des wissenschaftlichen Fortschritts,
- freie Entscheidung für die Gründung und Planung einer Familie,
- Gleichheit,
- freie Entscheidungen, ob und wann die Geburt eigener Kinder erwünscht ist,
- Gedankenfreiheit,
- Gesundheitsversorgung und Gesundheitsschutz (vgl. pro familia 2023).

Die rechtlichen Grundlagen bilden sowohl internationale als auch europäische Gesetzesentwürfe und Verankerungen, wie die UN-Behindertenrechtskonvention, die Europäische Sozialcharta sowie die Charta der Grundrechte der Europäischen Union. Wie bereits deutlich gemacht wurde, gelten sexuelle und reproduktive Rechte für alle Menschen, auch für hilfe- und pflegebedürftige (vgl. BMFSFJ 2020.).

In Deutschland sind die rechtlichen Grundlagen zur Achtung sexueller Rechte im Grundgesetz (GG), Art. 1 und 2, in der Erklärung der Planned Parenthood Federation (IPPF) (pro familia 2009) sowie in der deutschen Pflege-Charta (vgl. BMFSFJ 2020) verankert. Das Grundgesetz mit dem Art. 1 *„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt...“* bildet die Basis. In der deutschen Pflege-Charta werden in acht grundlegenden Artikel die wesentlichen Grundsätze zur Wahrung der Würde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen konkretisiert (vgl. BMFSFJ 2020). Die Pflege-Charta soll Qualitätsmerkmale einer guten Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aufzeigen und als Leitlinie, für alle in der Pflege tätigen Menschen, dienen (vgl. ebd.). Da die Pflege-Charta eine wichtige Grundlage zur Wahrung der Würde bildet und als Impulsgeber für den gesamten Pflegebereich gilt sowie wichtige Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen darstellen, soll im Folgenden eine kurze und prägnante Übersicht der acht grundlegenden Artikel der deutschen Pflege-Charta zusammengefasst abgebildet werden:

Rechte der deutschen Pflege-Charta

- Artikel 1 Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

- Artikel 2 Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

- Artikel 3 Privatheit

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht auf Wahrung und Schutz ihrer Privat- und Intimsphäre.

- Artikel 4 Pflege, Betreuung und Behandlung

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht auf eine am persönlichen Bedarf orientierte, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

- Artikel 5 Information, Beratung und Aufklärung

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

- Artikel 6 Wertschätzung, Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

- Artikel 7 Religion, Kultur und Weltanschauung

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht, ihre jeweilige Kultur und Weltanschauung entsprechend, zu leben und ihre Religion auszuüben.

- Artikel 8 Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Alle hilfe- und pflegebedürftigen Menschen haben das Recht, in Würde zu sterben (vgl. BFFSFJ 2020).

Die rechtlichen Grundlagen zur Umsetzung sexueller Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sind gelegt. In der Praxis ergeben sich oft Kontroversen hinsichtlich der Anwendung und Umsetzung sexueller Rechte (vgl. Klee 2019). Das Recht auf Selbstbestimmung nimmt, im Kontext Pflege, eine wichtige Position ein, deshalb soll dazu im Weiteren konkreter eingegangen werden.

3.2.1. Recht auf sexuelle Selbstbestimmung

Im Grundgesetz (GG) Art. 2 Abs. 1 ist das Recht auf die freie Entfaltung aller Menschen verankert. Jeder Mensch hat ein Recht auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung. Das Recht gilt, sofern nicht die Rechte anderer Menschen dadurch verletzt werden. Die

besondere Bedeutung einer selbstbestimmt ausgelebten Sexualität wurde seitens der World Health Organization (WHO) anerkannt (vgl. WHO 2024). Demnach zählen zum existentiellen Bestandteil sexueller Gesundheit sowohl das gesundheitliche als auch sexuelle Wohlbefinden (vgl. Döring 2019). In Deutschland ergibt sich darüber hinaus der Anspruch auf sexuelle Rechte aufgrund der folgenden §§ des neunten und elften Sozialgesetzbuches:

- § 1 SGB IX Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- § 2 SGB XI Selbstbestimmung und Selbstständigkeit,
- § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege,
- § 5 SGB XI Vorrang von Prävention und Rehabilitation,
- §§ 7 und 7a SGB XI Aufklärung und Beratung.

Weitere Rechte ergeben sich aus dem Sozialhilferecht, wie individualisierte Leistungen nach § 33 SGB I und dem Benachteiligungsverbot entsprechend § 33c SGB I (vgl. BMFSFJ 2020). Die sexuellen Menschenrechte beziehen sich sowohl auf Freiheitsrechte als auch auf Schutzrechte (Döring 2019: S. 24f). In Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen sollte es vor allem um den Schutz der sexuellen Selbstbestimmung gehen (vgl. ebd.). Das Strafgesetzbuch (StGB) greift an dieser Stelle und sieht den verstärkten Schutz der sexuellen Selbstbestimmung, insbesondere für Menschen, die in Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, vor (vgl. Tokarski 2024).

In Deutschland wurde 2006 das Allgemeine Gleichstellungsgesetz (AGG), zum Schutz vor und Vermeidung von Diskriminierungen verabschiedet. Es gilt für das Arbeits- und Zivilrecht (Stiftung ZQP 2024). Am 12. April 2024 wurde durch den deutschen Bundestag das Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) verabschiedet. Mit dem Gesetz soll Menschen das Recht ermöglicht werden, selbst über ihre sexuelle Orientierung, die Wahl der Sexualpartner*innen sowie Sexualpraktiken und die Form sexueller Beziehungen entscheiden zu können (vgl. BMFSFJ 2024). Das Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) soll insbesondere trans*, inter* und nichtbinären Personen erleichtern, ihren Geschlechtseintrag ändern zu lassen (vgl. ebd.). Informationen und Kenntnisse zu rechtlichen Grundlagen sexueller und reproduktiver Rechte können den Weg, zur Umsetzung jener, ebnen. Menschen, die in der Pflege tätig sind, sollten im Umgang, mit LSBTIQ* (lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, inter*, queere und weitere Personen) in der Pflege, sensibilisiert und geschult werden.

Oft wird Alter mit Schreckensszenarien wie Pflegekraftmangel, Pflegenotstand und Überalterung in Zusammenhang gebracht (vgl. Pichler 2010). Zwar nehmen gesundheitlichen Probleme und Beschwerden im Alter zu, dennoch geht Alter nicht zwangsläufig mit Krankheit, Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit einher (vgl. ebd.).

Die Gesundheit im Alter ist sowohl von gesellschaftlicher als auch von individueller Bedeutung (vgl. Flor 2019).

3.2.2. Sexuelle Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die sexuelle Gesundheit und Lebenszufriedenheit von alten Menschen ist, in den letzten Jahren, zu einem bedeutsamen Forschungsfeld geworden (vgl. Anderson 2013, Döring 2019, Flor 2019, Warneck 2020, Dekker et al. 2020). In der Vergangenheit richtete sich der Fokus verstärkt auf negative gesundheitliche Folgen, wie sexuell übertragbare Infektionen (STI/STD) (vgl. Anderson 2013). Mittlerweile hat sich, im Kontext der Forschung, ein neuer Diskurs über positive Aspekte der Sexualität entwickelt (vgl. ebd.). Die World Health Organization (WHO) (2024) definiert sexuelle Gesundheit als Zustand „(...) *physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens...*“. Die Bedeutung selbstbestimmter Sexualität als Ausdruck sexueller Gesundheit wurde somit durch die WHO anerkannt (vgl. Döring 2019). Studien haben bestätigt, dass die Erfahrung von sexueller Befriedigung, sexuellem Vergnügen und positivem sexuellem Selbstwertgefühl sowohl die sexuelle als auch die psychische und körperliche Gesundheit verbessert (vgl. ebd.). Die WHO (2024) verbindet mit sexueller Gesundheit einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und zu sexuellen Beziehungen. Was wiederum die Möglichkeit beinhalten kann, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt (vgl. ebd.). Menschen können ihre individuellen Fähigkeiten erweitern, um sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Folgende Voraussetzungen können begünstigende Faktoren für die sexuelle Gesundheit darstellen:

- Zugang zu qualitativ hochwertigen Informationen über Sexualität,
- Informationen und Wissen zu Risiken, denen sie ausgesetzt sein können,
- Zugang zu sexueller Gesundheitsversorgung sowie
- ein soziales Umfeld, das sexuelle Gesundheit bejaht und fördert (WHO 2023).

Die Bedeutung, der subjektiv eingeschätzten Gesundheit für Sexualität, kann eine bedeutende Rolle einnehmen (vgl. Kolland 2011). Bei alten Menschen in Paarbeziehungen lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Gesundheit und einer Zufriedenheit des Sexuallebens feststellen (vgl. ebd.: S. 50). Demzufolge ist, bei positiven Gesundheitsempfinden, die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen sexuellen Aktivität hoch (vgl. ebd.). Sexuelles Erleben gilt als wichtige Quelle für positives Körpererleben (vgl. Vries 2011, Kolland 2011). Wenn die eigene Gesundheit schlechter eingestuft wird, ist oft auch die Betrachtung, hinsichtlich der eigenen Sexualität, kritischer (vgl. Kolland: S. 50ff). In der Folge kann ein ungünstiges Lebensgefühl entstehen (vgl. ebd.). Zu Intimität und Sexualität im Alter lässt sich insgesamt ein Anstieg des

Forschungsinteresses erkennen (vgl. Warneck 2020). Zu Sexualität im Kontext Pflege gibt es kaum Fachliteratur, vermutlich aufgrund der besonderen Herausforderungen, die der Pflegekontext mit sich bringt (vgl. Grond 2011). Häufig erscheinen eher kleine Stichproben (vgl. ebd.). Erst die Skandalisierung sexualisierter Gewalt gegen Menschen, die sich in Abhängigkeitsverhältnissen befinden, hat dazu beigetragen, sich Sexualität im Kontext Pflege stärker zu widmen (vgl. Sielert 2015). Die folgenden Ausführungen sollen sich ausführlicher mit dem Thema Sexualität im Kontext Pflege beschäftigen.

3.3. Sexualität im Kontext Pflege

In den letzten Jahrzehnten sind neue Wissenschaften, wie Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und Pflegewirtschaft, Pflegeethik sowie Pflegerecht entstanden (vgl. Grond 2011). Sexualität ist kaum vertreten, dabei gilt Sexualität als natürliches Grundbedürfnis, genau wie Essen und Trinken (vgl. ebd.). In der Theorie finden sich unterschiedliche Pflege-theorien, die als Grundlage für Handlungen in der Pflegepraxis dienen (vgl. Lachapelle 2022). Die Pflegekonzepte sollen dazu beitragen, allgemeine Begebenheiten aus dem Pflegebereich zu erklären sowie ein umfassendes Pflegeverständnis zu entwickeln (vgl. ebd.). In dem Strukturmodell „*Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)*“, der deutschen Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel, zur ganzheitlich fördernden Prozesspflege, wurden dreizehn wichtige Bereiche des menschlichen Lebens erfasst. Beinahe alle für Menschen notwendige Tätigkeiten und Bedürfnisse wie kommunizieren, sich bewegen, sich pflegen, ausscheiden, essen und trinken, sich kleiden, schlafen, Sicherheit und sich als Mann oder Frau fühlen wurden dabei berücksichtigt (vgl. Lachapelle 2022). Sexualität ist in dem Modell nicht mitinbegriffen. Der Bereich „*sich als Mann oder Frau fühlen*“ zeigt eher, wie die sexuelle Identität abgesprochen wird (vgl. Paulsen 2019: 08:00 - 08:20min). In der Regel müssen sich Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen nach den Vorschriften und Strukturen der jeweiligen Institution richten (vgl. Immenschuh 2018). Pflegekräfte wiederum, orientieren sich meistens an den Wertmaßstäben der Institutionen, welche oft noch am Defizitmodell festhalten (vgl. Grond 2011, Schultz-Zehden 2013). Nicht selten sind Pflegekräfte echauffiert über bestimmte Handlungen von Bewohner*innen (vgl. Immenschuh 2018). Sexualität wird häufig erst dann thematisiert, wenn es zu sexueller Belästigung oder Übergriffen auf Mitarbeitende und/ oder Pflegekräfte kommt (vgl. Klee 2019, Lamers 2021, Tatort Pflege 2023). Generell haben Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, ein Bedürfnis nach Angenommen sein und Nähe (vgl. Vries 2017, Klee 2019, Döring 2019). Im Kontext Sexualität und Pflege sollte es vor allem, um die Wahrung der Würde jener gehen, die in den Einrichtungen leben (vgl. Immenschuh 2018).

In Deutschland sind über eine Million Menschen in Pflegestrukturen beschäftigt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024). Die Institution der Alten- und Pflegeheime zeigen eine vielschichtige und komplexe Situation (vgl. Grond 2011). Im Pflegekontext sollten vor allem zwei wichtige Schutzaspekte beachtet werden: der Schutz vor sexueller Gewalt sowie der Schutz anderer Personen vor dem eigenen sexuell unangemessenen Verhalten (vgl. Döring 2019: S. 26). Die aktuelle Studienlage zeigt, dass ein adäquater Umgang mit sexuellen Bedürfnissen in Pflegeeinrichtungen nur möglich ist, wenn sich, die in der Pflege tätige Menschen, mit dem Thema Sexualität und auch mit der eigenen Sexualität auseinandersetzen (vgl. Tokarski 2024). Das ist die wichtigste Voraussetzung, um mit den diversen Situationen im Pflegealltag umzugehen (vgl. ebd.). Oft zeigt sich, in den Institutionen der Alten- und Pflegeheime, eine eher sexualfeindliche Umgebung, die zusätzliche Unsicherheit schafft (vgl. Klee 2019). Erst in den letzten Jahren haben sich gendersensible Schutzkonzepte, als eigene Disziplin und Profession, entwickelt (vgl. Sielert 2015, pro familia 2018).

Professionelle Pflege sollte sich bewusst an sexualfreundlichen Werten orientieren, welche mit kirchlichen, karitativen und humanistischen Werten vereinbar sind (vgl. Döring 2019: S. 25). Immenschuh (2018: S. 118) versteht professionelle Pflege als „*Gefühlsarbeit*“, in der 3 Bereiche professionell bewältigt werden müssen:

- die Auseinandersetzung mit sexuellen Bedürfnissen, die als existenzieller Teil aller Menschen verstanden werden,
- die Auseinandersetzung und Reflexion, von aufkommender Erotik und sexuellen Bedürfnisse, die teilweise durch die Pflegesituationen ausgelöst werden,
- und der Umgang mit sexistischem Verhalten in der Pflegesituation.

Grundlegende Bedingung dafür ist ein kollegiales Klima, das Möglichkeiten bietet, bestimmte Situationen im professionellen Rahmen zu besprechen und klare Vorgehensweisen vorgibt, um mit allen Beteiligten wertschätzend umzugehen (vgl. Immenschuh 2018: S. 119). Zur Verwirklichung sexueller Rechte, in Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen, braucht es, wie in anderen Institutionen auch, gelebte Konzepte und entsprechende Rahmenbedingungen sowie Expert*innenstandards (vgl. Döring 2019).

Sexuelle Bildung in Alten- und Pflegeeinrichtungen kann eine bedeutsame Rolle, für die sexuelle Gesundheit der Bewohner*innen, zukommen. Ältere Menschen brauchen angemessene Informationen und Unterstützung, um ihre sexuelle Gesundheit und Intimität zu bewahren (vgl. Döring 2019). Aspekte der Sexualität sind für Menschen unterschiedlich relevant und im Alter unterschiedlich ausgeprägt (vgl. ebd.). In den letzten Jahren zeigen sich progressivere Entwicklungen bei kirchlichen und karitativen Organisationen. Der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. hat 2017 das „*Konzept: Sexualität*

leben“ plus Leitfaden, zum Umgang mit Sexualität im Pflegeheim, publiziert (vgl. Marienhaus Stiftung 2017). Darin enthalten sind Tipps, zum Umgang mit dem Thema Sexualität im Alten- und Pflegeheim. Mittlerweile finden sich mehr und mehr Orientierungshilfen, die sich mit der Intimität und Sexualität im Heimkontext auseinandersetzen. Die Malteser Deutschland gGmbH hat 2018 das Schutzkonzept „*Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt im Bereich Wohnen und Pflege*“, als Leitlinie, veröffentlicht (vgl. Malteser Deutschland 2018). Die Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen haben eine Fürsorgepflicht hinsichtlich zwischenmenschlicher sexueller Beziehungen (vgl. ebd.).

Das Leben in den herkömmlichen Alten- und Pflegeeinrichtungen wird sich zukünftig wahrscheinlich verändern. Die sogenannten Babyboomer kommen ins Alter und bringen eine andere Offenheit und Lockerheit mit (vgl. Grond 2011). Menschen, mit alternativen Lebensstilen und sexuellen Bedürfnissen, kommen zunehmend ins Alter. Längst haben wissenschaftliche Studien belegt, dass sexuelle Bedürfnisse, mit dem Eintritt in Alten- oder Pflegeeinrichtungen, bestehen bleiben (vgl. ebd.). Die Marienhaus Stiftung (2017: S. 8) macht, in ihrem Konzept „*Sexualität leben*“, auf Angebote der Sexualassistenz aufmerksam. Die Nachfrage nach sexuellen und erotischen Dienstleistungen könnte in Alten- und Pflegeheimen steigen. Sexualität in der Pflege muss mehr in die Öffentlichkeit getragen werden, um Stigmatisierung und Schamhaftigkeit von allen Seiten zu begegnen (vgl. Immenschuh 2018). Das Sprechen über Sexualität könnte Pflegenden und Bewohner*innen helfen, Vertrauen aufzubauen und persönliche Grenzen zu setzen (vgl. ebd.). Vor allem geht es um eine Begegnung auf Augenhöhe (vgl. Vries 2011, Paulsen 2019). Der Umgang mit Sexualität im Alter erfordert einen empathischen Umgang (vgl. Vries 2017). Eine der wesentlichen Fragen ist, wer für die sexuellen Bedürfnisse von Menschen in Einrichtungen zuständig ist und sich als verantwortlich fühlt. Im Kontext Intimität und Sexualität geht es um ein breites Informationsspektrum. Zumindest sollte das Bewusstsein, seitens der Pflegenden, darüber vorhanden sein (vgl. Grond 2011).

Im Pflegekontext nimmt die Angehörigenarbeit eine zentrale Rolle ein (vgl. Pflege Wissen 2024). Die Angehörigen kennen die hilfe- und pflegebedürftigen Personen oft näher und haben mehr Kenntnisse zu Vorlieben, Eigenarten und Lebensgewohnheiten. Angehörige sollten ebenso mit in Prozesse miteinbezogen werden. Oft stellen die Angehörigen, die eigentlichen Entscheidungsträger*innen dar, auf Grund der oft vorhandenen rechtlichen Vollmacht. Die Angehörigenarbeit wird in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt (vgl. ebd.). In der Pflege sollte es vor allem darum gehen, die Würde des Menschen zu achten und zu wahren (vgl. Immenschuh 2018). Um die Würde des Menschen,

im Kontext der Pflege, zu wahren, muss sich die professionelle Pflege mit dem Thema Scham auseinandersetzen (vgl. ebd.). Dem folgend, soll im nächsten Abschnitt auf den Umgang mit Scham und Würde eingegangen werden.

3.3.1. Umgang mit Scham und Würde in der Pflege

Die Themen Scham und Pflege sind untrennbar miteinander verbunden (vgl. Immenschuh 2018: S. 115). Mit Scham verbinden die meisten Menschen ein unangenehmes Gefühl bzw. Empfinden (vgl. ZQP 2023). Scham kann entstehen, wenn sich Menschen herabgewürdigt oder missverstanden fühlen (vgl. ebd.). Alle Menschen sind mehr oder weniger von Scham betroffen (vgl. Immenschuh 2018). Scham kann sich in körperliche Reaktionen, wie rot werden, schwitzen oder in sich zurückziehen äußern (vgl. ebd.). Scham kann auch anders zum Ausdruck kommen, wie durch Stottern, zittern oder durch Unsicherheiten wie ein verlegenes Lächeln, nervöses Zupfen an der Kleidung oder zögernde Bewegungen (vgl. ZQP 2023). Bedingt durch Sozialisation, Werte- und Normenvorstellungen sowie individuelle Erfahrungen können auftretende Schamgefühle unterschiedliche Ursachen haben (vgl. Immenschuh 2018). Die Scham steht, laut Immenschuh (2018), in unmittelbarem Zusammenhang mit der Wahrung der Würde in der Pflege. Sie beschreibt Scham als universell, welche individuell ausgeprägt ist und von persönlichen, biografischen und/ oder religiösen Einflüssen und anderen Faktoren beeinflusst und letztlich bestimmt wird. Immenschuh (2018: S. 117) nennt vier wichtige Bedürfnisse, die im Pflegekontext geachtet werden müssen:

- Bedürfnis nach Schutz (z.B. Schutz vor Übergriffen),
- Bedürfnis nach Anerkennung (z.B. wahrgenommen und gesehen werden),
- Bedürfnis nach Zugehörigkeit (z.B. würdevoller Umgang mit Erektion bei Intimpflege, als normal akzeptiert werden),
- Bedürfnis nach Integrität (z.B. das Gefühl dazu zu gehören).

Alle vier Bedürfnisse zu wahren ermöglicht ein würdevolles Miteinander. Immenschuh (2018: S. 118) schlussfolgert „... *die Intimsphäre zu wahren bedeutet, Schutz zu geben und überflüssige Scham zu vermeiden...*“. Wichtig ist, dass Pflegekräfte ihre eigene Scham anerkennen. Die Wahrung der vier Bedürfnisse dient als Voraussetzung, um würdevolle Pflege möglich zu machen (vgl. ebd.). Würdevolle Pflege kann nur gelingen, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. In diesem Zusammenhang versteht Immenschuh (2018: S. 117) die Scham als „*Hüterin der Würde*“, die sich entfalten kann, wenn Scham wahr- und angenommen wird. Notwendig dafür sind Rahmenbedingen, die geschaffen werden müssen. Beispielweise braucht es Raum für professionelle Reflexion und Supervision für Pflegekräfte und es braucht Raum für Bewohner*innen, die ihre Privatsphäre ungestört

ausleben wollen und um ihre Intimität zu schützen (vgl. ebd.). In der Praxis fehlen oft Rahmenbedingungen, wie Rückzugsorte und -zeiten oder Hilfsmittel, wie erotische oder pornografische Materialien, um Sexualität ausleben zu können (vgl. Döring 2019: S. 27). Der Umgang mit der eigenen Scham ist nur möglich, wenn Pflegende mit ihrer eigenen Schambioografie, mit schamauslösenden Situationen und den Abwehrmechanismen, die Scham auslösen kann, bewusst und reflektiert umgehen (vgl. Immenschuh 2018). Wie sich zeigt, haben sowohl das Alter der Pflegenden als auch die Berufserfahrung, Einfluss auf die jeweilige Einstellung zur Sexualität von Gepflegten (vgl. Warneck 2020: S. 13). Wichtig ist, Bedürfnissen mit Ernst und Professionalität zu begegnen, so dass die Würde der Bewohner*innen gewahrt werden kann (vgl. Immenschuh 2018). Ein problematischer Schwerpunkt, der sich in diesem Zusammenhang aufzeigt, ist, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt sind, Opfer bzw. Betroffene sexualisierter Gewalt zu werden (vgl. Döring 2019). Auf dieses komplexe Thema soll im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

3.3.2. Schutz vor sexualisierte Gewalt im Pflegealltag

Wie oben bereits angesprochen wird, sind hilfe- und pflegebedürftige Menschen einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt, Opfer bzw. Betroffene sexualisierter Gewalt zu werden (Döring 2019: S.26). Für Mädchen und Frauen mit körperlichen und sogenannten geistigen Behinderungen, gilt dies im besonderen Maße. Sie sind zwei- bis dreimal so oft von sexualisierter Gewalt betroffen, als z.B. Mädchen und Frauen ohne Behinderungen (vgl. ebd.). Auch ältere Frauen sind vielfach sexualisierter Gewalt ausgesetzt (vgl. ebd.). Über sexuelle und/ oder sexualisierte Gewalt gegen ältere Menschen, die Bewohner*innen von Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen sind, wurde bisher wenig geforscht (Stiftung ZQP 2024a). Bekannt ist, dass Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, vielfach verschiedenen Formen von Gewalt, von unterschiedlicher Seite, ausgesetzt sind (vgl. ebd.). Das Kooperationsprojekt „*Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege (SeGEL)*“ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol) haben wissenschaftliches Arbeitsmaterial entwickelt, um Pflegende für den Themenkomplex zu sensibilisieren und zu schulen (vgl. Stiftung ZQP 2024a). Im Rahmen des Projekts fand eine quantitative Befragung in Pflegeeinrichtungen statt. Mehr als 1000 Leitungspersonen wurden zu sexualisierter Gewalt befragt. Davon gaben 25 Prozent der Befragten an, sich an mindestens einen Fall sexuell unangemessenen Verhaltens erinnern zu können, innerhalb der letzten 12 Monate (vgl. ebd.). Weitere 22 Prozent gaben, sexualisierte Gewalt durch andere Bewohner*innen, an (vgl. ebd.). Hilfe- und pflegebedürftige Menschen gelten als besonders verletzlich und schutzbedürftig. Zu

beachten gilt, dass insbesondere Kinder und Jugendliche mit Pflegebedarf sowie vermutlich geschlechter-diverse Personen, zu den besonders vulnerablen Gruppen zählen (Döring 2019: S. 26). Auch Männer mit Behinderungen berichten, im höheren Umfang, von erlebter sexueller Gewalt (vgl. ebd.). Alte männliche Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen werden oft nicht wahrgenommen oder, im schlimmsten Fall, hinsichtlich ihrer sexuellen Bedürfnisse, beschämt (vgl. Immenschuh 2018: S. 119). Mit sexualisierter Gewalt gemeint sind „... *alle sexuellen Handlungen, die an oder vor Kindern, Jugendlichen oder erwachsenen* Schutzbefohlenen entweder gegen deren Willen vorgenommen werden oder die betroffene Person, aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit, nicht wirksam zustimmen kann...“ (Malteser Deutschland 2018: S. 5). Sexualisierte Gewalt kann von allen Personen ausgehen, mit denen hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Kontakt sind, wie Angehörige, professionelle Pflegekräfte, anderes Personal in der Einrichtung, Besucher*innen, Freund*innen und/ oder ehrenamtlich Tätige (vgl. Stiftung ZQP 2024a). Andere Bewohner*innen der Einrichtung können auch sexualisierte Gewalt ausüben (vgl. ebd.). Bisher liegen keine konkreten Zahlen zur Häufigkeit, von sexualisierter Gewalt im Kontext Pflege, vor. Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (vgl. ebd.). In der Pflege stellt Demenz einen besonderen Risikofaktor dar, Opfer bzw. Betroffene sexualisierter Gewalt zu werden (Stiftung ZQP 2024a). An dieser Stelle kann nicht vertiefend auf demenzielle Erkrankungen eingegangen werden, eher soll auf das Risiko aufmerksam gemacht und auf die geringen Forschungen diesbezüglich verwiesen werden.

Pflegepersonal und andere Mitarbeitende können ebenso Opfer bzw. Betroffene von sexualisierter Gewalt sein (vgl. Döring 2019). Die Charité Berlin (2023) hat eine Richtlinie zur „*Prävention und zum Schutz vor sexueller Belästigung/ Grenzverletzungen*“ publiziert. Politik, Arbeitgebende, Berufsverbände und Kammern sind damit in der Pflicht, sexuelle Belästigung in der Pflege zu stoppen (vgl. Körner & Bensch 2021). Die schreckliche Wahrheit ist allerdings, dass sexuelle Belästigung mehr oder weniger zum Pflegealltag dazu gehört, nahezu jede zweite Pflegefachfrau erlebt sexuelle Belästigung (vgl. ebd. S. 22). Oft verschwimmen die Grenzen von Nähe und Distanz, so dass Berührungen an der Brust und /oder am Gesäß eher als Grenzüberschreitung statt als sexuelle Belästigung definiert werden. Eher entscheiden Betroffene oft situativ, ob jeweils von sexueller Belästigung oder von einem grenzüberschreitenden Verhalten die Rede ist (vgl. ebd.: S. 23). Sexualisierte Gewalt passiert nicht immer absichtlich oder sexuell motiviert (vgl. Stiftung ZQP 2024a). Was Menschen als sexualisierte Gewalt wahrnehmen bzw. empfinden, hängt mit unterschiedlichen Faktoren zusammen, wie Erfahrungen, Einstellungen und/ oder der jeweiligen gesellschaftlichen Kultur (vgl. ebd.). Oft wird sexualisierte Gewalt, im Kontext

Pflege, nicht erkannt, bemerkt oder ernst genommen. Umso bedeutsamer sind zeitgemäße und gendersensible Schutzkonzepte für alle Pflegeeinrichtungen (vgl. Döring 2019: S. 26).

Die Marienhaus Stiftung (2017: S. 8) macht in ihrem „Konzept: „Sexualität leben“ auf Angebote der Sexualassistenz aufmerksam. Angebote der Sexualassistenz werden als Möglichkeit betrachtet, sexuelle Rechte alter Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, umzusetzen. Darauf soll im nächsten Kapitel Bezug genommen werden.

3.4. Sexualassistenz als Mittel zur Umsetzung sexueller Rechte im Alten- und Pflegeheim

Sexualassistenz wird als Tätigkeitsfeld der Sexarbeit verstanden (vgl. pro familia 2005, Vries 2011, Schill 2014). Publikationen, Fachliteratur und wissenschaftliche Untersuchungen zur Sexualassistenz finden sich insbesondere im Kontext der sogenannten Behindertenhilfe. pro familia (2005) hat eine Expertise zu „Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen“ publiziert. Zu den Angeboten der Sexualassistenz in Alten- und Pflegeeinrichtungen gibt es wenig Publikationen. Dabei zeigt die selbstbestimmte Sexualität bei alten Menschen einen ähnlichen Diskurs wie bei Menschen mit Behinderungen (vgl. Specht 2014). Die gemeinnützige *Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG)* (2024) versteht Sexarbeit als Aufgabenfeld, um das Recht auf sexuelle Gesundheit zu schützen. Die GSSG setzt sich für die Rechte von Sexarbeiter*innen und ihren Kund*innen ein und klärt auf, forscht und bezieht Stellung in öffentlichen Debatten zu Sexarbeit. Die Stiftung engagiert sich auch im Bereich Sexualität und Pflege und hält fest:

„Sexualität ist für Menschen mit Behinderung oder in Einrichtungen manchmal nur dann möglich, wenn sie dafür bezahlen. Ein spezieller Bereich der Sexarbeit, die so genannte Sexualassistenz, widmet sich genau diesem Bedarf. Da sexuelle und gesundheitliche Rechte für alle Menschen gelten, unterstützt die GSSG auch den Bereich der Sexualassistenz“ (vgl. GSSG 2024).

Erwachsene und damit auch ältere Menschen haben höchst individuelle sexuelle Wünsche und Bedürfnisse. Der zunehmende gesellschaftliche Wandel führt zu einem sich wandelnden Verständnis von Sexualität im Alter und der damit verbundenen Sexualmoral (vgl. Schmidt & Matthiesen 2003). Intimität und Sexualität im Alter muss folglich ganzheitlich betrachtet und als natürlich dazugehörend verstanden werden (vgl. Immenschuh 2018). Der Wunsch, Sexualität ausleben zu wollen, bleibt bis ins hohe Alter bestehen (vgl. Vries 2011, Vries 2017, Klee 2019).

In vielen europäischen Ländern herrscht eine gesellschaftliche Doppelmoral angesichts der Angebote sexueller Dienstleistungen (vgl. Koller-Tejeiro 2007: S.198f). Sexarbeit wird als verwerflich und/ oder nicht normativ angesehen (vgl. ebd.). Die gesellschaftliche Doppelmoral zeigt sich, hinsichtlich der sexuellen Dienstleistungsbranche, die als beachtlicher Wirtschaftsfaktor gilt und dennoch, in weiten Teilen, tabuisiert wird (vgl. ebd.). Wie weit Einstellungen und Reglementierung zur Sexarbeit auseinander gehen zeigen die beiden Beispielländer Schweden und Niederlande. Schweden kriminalisiert seit 1999 den Kauf sexueller Dienstleistungen (vgl. Holmström et al. 2013). In der Fachliteratur als schwedisches und/ oder nordisches Modell bekannt, stellt es Kund*innen der Sexarbeit unter Strafe und verfolgt generell das Sexkaufverbot (vgl. ebd.). Das schwedische bzw. nordische Modell beinhaltet Gesetze, die oft auf eine Art und Weise umgesetzt werden, dass negative Folgen für Menschen in der Sexarbeit und Prostitution entstehen (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu gelten die Niederlande als Pionierland, welches im Jahr 2000 die Sexarbeit legalisiert hat (vgl. Zandt 2021).

In Deutschland ist alles, was mit Sex zu tun hat, ein Tabu, so auch die Sexarbeit (vgl. Escort Alltag 2023). Sexarbeit hat eine lange Tradition der Diskriminierung und Stigmatisierung aufzuweisen, die längst eine globale Dimension erreicht hat (Koller – Tejeiro 2007: S. 28ff). Historisch, kulturell und gesellschaftlich ist das Bild der Sexarbeit durch das „*Huren-Stigma*“ geprägt (vgl. Pheterson 1990). Aktuelle Kontroversen ergeben sich vor allem hinsichtlich bestehender polarisierender feministischer Bestrebungen. Einerseits fordern Aktivist*innen ein generelles Sexkaufverbot (vgl. Mau 2022). Andererseits kämpfen Aktivist*innen für die allgemeine Akzeptanz und Anerkennung der Berufsgruppe der Sexarbeit (vgl. Mitrović 2007, Künkel & Schrader 2019). Oft wird Sexarbeit mit Menschenhandel, Ausbeutung und Zwangsprostitution in Verbindung gebracht (vgl. Mitrović 2007). Die Verallgemeinerung führt zur Viktimisierung von Sexarbeitenden (vgl. Koken 2012). Deshalb ist eine differenzierte und präzise Definition und Begriffsverwendung von Sexarbeit notwendig (vgl. Hofstetter 2024). Sexarbeitende sind eine sehr heterogene Personen- und Berufsgruppe mit vielschichtigen Lebens- und Arbeitsrealitäten (vgl. ebd.). Aus emanzipatorischer Sicht versteht sich Sexarbeit als freiwillige legale Arbeit im Sexgewerbe (vgl. Küppers 2016). Ein wesentlicher Aspekt moderner Sexarbeit besteht darin, das Sexarbeitende und ihre Kund*innen in der Regel nicht bekannt sind, jedoch reguläre Kund*innen werden können (vgl. Koller-Tejeiro 2007). Das heißt, am Anfang besteht keine persönliche Beziehung (vgl. ebd.). Sexarbeit ist nicht eindimensional und es geht nicht nur darum Sex, für Geld, zu verkaufen (vgl. Escort Alltag 2023). Sexarbeit kann mehrere Bedeutungen haben, z.B. auch als eine Rolle, in der soziale Fähigkeiten und Empathie ausgeübt werden (vgl. ebd.). Es besteht die Forderung nach einem offenen und wertfreien

Umgang mit Sexarbeit (vgl. BesD 2023). Sexarbeit kann als eine Form der Sorgearbeit (Care Arbeit) verstanden werden (vgl. Künkel & Schrader 2019). Vor allem sollte der emanzipierten Form der Prostitution in der Debatte Gehör verschafft werden (vgl. Koller-Tejeiro 2007). Sexarbeit gilt als Dienstleistung und Handwerkszeug, in der die Sexarbeitenden selbst über das Geschehen bestimmen (vgl. Vries 2011). Die moralische Spaltung der Gesellschaft setzt Sexarbeitende zusätzlich unter Druck (vgl. Künkel & Schrader 2019). Das „*International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE)*“ setzt sich weltweit für die Rechte von Sexarbeitenden ein.

In der Theorie und Praxis von Sexualassistenten taucht häufig der Begriff Sexualbegleitung auf. Oft werden die Begriffe Sexualassistenten und Sexualbegleitung synonym verwendet. Im Folgenden soll dementsprechend eine klare Abgrenzung beider Begriffe vorgenommen werden.

3.4.1. Sexualassistenten in Abgrenzung zu Sexualbegleitung

In Deutschland gilt, Lothar Sandfort, als einer der Koryphäen der Sexualbegleitung (vgl. Sandfort 2010, Vries 2011). Er gründete in den 1990er Jahren das „*Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter (ISBB)*“ in Trebel. Zusammen mit Nina de Vries, einer niederländischen Sexualassistentin, entstand der Begriff Sexualbegleitung (vgl. Vries 2011). Wie oben erwähnt, werden die Begriffe Sexualassistenten und Sexualbegleitung oft synonym verwendet, wobei meistens unterschiedliche Angebote und Haltungen dahinterstecken (vgl. Sandfort 2010). Sexualbegleitung wird als eine Form der Surrogat - Partner*innenschaft bzw. Ersatzpartner*innenschaft verstanden (vgl. ebd.). Assistenten meint, jemanden nach dessen Anweisung zur Hand zu gehen (Sandfort 2010: S. 28). Im Idealfall soll ein klares Arbeitgeber*in und Arbeitnehmer*in - Verhältnis bestehen. Der Kontakt bzw. das Verhältnis zwischen Sexualbegleitung und Kund*innen soll für eine bestimmte begrenzte Zeit als emotionales Surrogat (Ersatz) dienen, um sexuelle Erfahrungen zu ermöglichen (vgl. ebd.). Die unterschiedlichen Erfahrungen sollen zu einem positiven Selbstbild verhelfen und zu einer erfüllten Sexualität und Partner*innenschaft im Alltag beitragen (vgl. ebd.). Ziel ist es, Nähe, Berührungen und Kontakt zu ermöglichen (vgl. Sandfort 2010, Vries 2011). Die Sexualbegleitung ISBB® ist eine Marke, die beim Deutschen Patent- und Markenamt eingetragen ist (vgl. Sandfort 2010: S. 30). Sexualbegleiter*innen erhalten, nach vollendeter Ausbildung, eine Lizenz. Der ISBB in Trebel hat, zur Sexualbegleitung, verpflichtende Richtlinien vorgegeben, wie die Einhaltung von geschütztem Sexualverkehr, das Achten und Respektieren eigener Grenzen sowie der Grenzen der Kund*innen und eine verpflichtende ehrliche Kommunikation. Bei auftretenden Beschwerden kann die Lizenz entzogen werden (vgl. ebd.).

Sexualassistenz umfasst individuell ausgestaltete sexuelle und erotische Angebote. Nina de Vries (2011: S. 147f) definiert eine aktive Sexualassistenz als „... *bezahlte sexuelle Dienstleistung für Menschen mit einer Beeinträchtigung (körperlich, psychisch, geistig, seelisch oder mehrfach). SexualassistentInnen sind Menschen, die aus einer transparenten und bewussten Motivation heraus u. a. Folgendes anbieten: Beratung, erotische Massagen, zusammen nackt sein, sich gegenseitig streicheln und umarmen, Handentspannung, Anleitung zur Selbstbefriedigung für Menschen, die das nicht von Bildmaterial verstehen können, bis hin zu Oral- und Geschlechtsverkehr*“. Sexualassistenz ist im Gegensatz zur Sexualbegleitung keine Beziehung, es geht auch nicht darum, sich in eine zu begeben (vgl. Vries 2011). Die professionelle Sexualassistenz ist darauf spezialisiert, Menschen mit krankheits-, behinderungs- oder altersbedingten Einschränkungen sinnliche und sexuelle Erfahrungen zu ermöglichen (vgl. Döring 2019: S. 27). Sexualassistenz stellt somit ein komplexes und herausforderndes Berufsfeld dar (vgl. Klee 2019). Der Begriff Sexualassistenz ist kein geschützter Begriff (vgl. Marienhaus Stiftung 2017). Die Angebote sexueller Dienstleistungen von Sexualassistenz kann es hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, intime Kontakte gegen Bezahlung wahrzunehmen (vgl. ebd.). Professionell ausgebildete Sexualassistenz kann die Möglichkeit bieten, sexuelle und erotische Gefühle in die Normalität zu holen (vgl. Immenschuh 2018: S. 118f). Sexualassistenz kommt in der Regel von außerhalb des Heimkontextes, hat keine pflegerischen Aufgaben und kennt die eigenen Grenzen (vgl. Paulsen 2019). Sexualassistenz kann einen Beitrag leisten, um sexuelle Freiheit und Teilhabe von alten Menschen zu ermöglichen (vgl. Döring 2019: S. 27). Sie kann zu einem gesteigerten Wohlbefinden durch Nähe und Berührung führen (vgl. Vries 2011).

Im Pflegekontext ist Sexualassistenz mit verschiedenen Situationen konfrontiert. Wichtig ist, dass sie authentisch ist und dem Gegenüber nichts vorspielt sowie ein Bewusstsein, zu eigene Grenzen, hat (vgl. Vries 2011, Klee 2019). Im Kontext pflegerischer Berufe findet eine zwangsläufige Begegnung mit dem Thema Intimität statt, wenngleich ein offener Umgang mit Intimität und Sexualität fehlt (vgl. Immenschuh 2018). Eher wird oft beobachtet, dass mit alten Menschen wie mit kleinen Kindern umgegangen und gesprochen wird (vgl. Vries 2017). Pflegekräfte zeigen sich oft unsicher und überfordert mit dem Thema Intimität und Sexualität (vgl. Lamers 2021). In den Einrichtungen herrschen oft eher Sprachlosigkeit, Unwissenheit sowie Scham, was zwangsläufig zur Missachtung sexueller Wünsche und Bedürfnisse führt (vgl. Vries 2023). Die Sexualassistentin Nina de Vries (2023) weist in ihrem Vortrag „*Wohlbefinden durch Nähe und Berührung*“ darauf hin, dass die Missachtung zu großer Einsamkeit bis hin zu einem „*emotionalen und körperlichen Verhungern*“ führen kann (vgl. Vries 2023). Folgen sind oft Zwangshandlungen,

Verspannung, Selbst- und Fremdverletzungen, Unzufriedenheit und übergriffiges Verhalten (vgl. ebd.). Der Umgang mit Sexualität als wichtigem Bereich der Grenzverletzung ist aus dem Pflegekontext nicht wegzudenken (vgl. Döring 2019). Sexualassistent*innen kann einen wertvollen Beitrag leisten und, mit den verschiedenen Angeboten, unterstützend zur Seite stehen. Um im Weiteren ein besseres Verständnis, für die Angebote von Sexualassistent*innen, zu ermöglichen, werden im nächsten Abschnitt passive und aktive Angebote von Sexualassistent*innen ausführlicher erläutert.

3.4.2. Passive und aktive Sexualassistent*innen

In der Fachliteratur wird zwischen passiver und aktiver Sexualassistent*innen unterschieden (vgl. pro familia 2005, Vries 2011, Schill 2014). Wenn Menschen, aufgrund altersbedingter Erkrankungen und/ oder Beeinträchtigungen, ihre Sexualität, nicht ohne Hilfe und Unterstützung anderer leben können, könnten sie sexuelle Dienstleistungen benötigen (vgl. pro familia 2005). Die sexuelle Begleitung ist aktiv und passiv möglich. Die passive sexuelle Assistent*innen umfasst Angebote wie Gespräche, Beratung zu geeigneten Hilfsmitteln, die Suche nach einem intimen Raum, die Beschaffung von Verhütungsmitteln sowie Hilfe und Unterstützung bei der Masturbation (vgl. pro familia 2005, Marienhaus Stiftung 2017). Aktive sexuelle Assistent*innen umfasst unter anderem, erotische Massagen und/ oder den Austausch von Intimität und Zärtlichkeiten, wie gegenseitig streicheln und umarmen, bis hin zu Oral- und Geschlechtsverkehr gegen Bezahlung (vgl. Marienhaus Stiftung 2017). Die Sexualassistent*innen entscheidet selbst über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Angebote (vgl. Vries 2011, Schill 2014, Klee 2019). Manche schließen Küsse mit der Zunge sowie oral- und Geschlechtsverkehr aus (vgl. Vries 2011, Marienhaus Stiftung 2017). Für Stephanie Klee, Aktivistin, Sozialarbeiterin und Sexarbeiterin, haben die Angebote von Sexualassistent*innen einen präventiven Charakter und können sexualisierte Übergriffe minimieren (vgl. Klee 2019). Sexarbeitende sind Expert*innen auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit sowie im Kontext Verhütung und vermitteln spezifisches Wissen an ihre Kund*innen weiter, ohne überhaupt einen Bildungsauftrag zu haben (vgl. Rivière 2022).

Die Fachberatungsstelle für Prostituierte, Cassandra e.V. in Nürnberg, bietet das Fortbildungsangebot „*Qualifizierte Sexualbegleitung und Sexualassistent*innen*“ an, in der, gerontologische Grundlagen vermittelt werden (vgl. Cassandra e.V. 2024). Der Berufsverband erotischer und sexueller Dienstleistungen (BesB) e.V. bietet regelmäßige online Workshops für Sexarbeitende von Sexarbeitenden an. Insgesamt mangelt es in Deutschland jedoch eher an professionalisierten Weiterbildungen für Sexarbeitende (vgl. Rivière 2022: S. 369). Viele Sexarbeitende sind selbstständig und müssen sich neben ihrer eigentlichen Arbeit noch anderen Aufgaben stellen, wie Buchhaltung, Steuerpflicht,

Marketing und Kund*innenakquise (vgl. ebd.). Statt an den Gesetzen wie dem Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) „herumzudoktern“, sollte sich vielmehr die Praxis der gelebten Sexualität verändern (vgl. Maga 2019: S. 51ff).

Die Entscheidungsmacht, ob sexuelle Dienstleistungen wie Sexualassistenz und damit Sexarbeit in Anspruch genommen werden können, obliegt den Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen selbst. Sexualität im Heimkontext gestaltet sich oft eher als ein unentspanntes Thema (vgl. Vries 2017). Wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Angebote der Sexualassistenz zudem oft nicht bekannt sind (vgl. Warneck 2020). In den Institutionen sollte es viel stärker darum gehen, die Bedürfnisse und Rechte ihrer Bewohner*innen zu berücksichtigen. Ferner fehlen oft Rahmenbedingungen, um intime Stunden zu ermöglichen (vgl. Immenschuh 2018). Bedenken können sowohl hinsichtlich der Einwilligung, Privatsphäre und Sicherheit aller beteiligter Personen auftreten. Die rechtlichen Aspekte zur Sexualassistenz werden im folgenden Abschnitt thematisiert.

3.4.3. Rechtliche Aspekte der Sexualassistenz

In Deutschland finden kontroverse politische Diskurse im Kontext Sexualassistenz und damit Sexarbeit statt. Grundsätzlich ist die Nutzung von Angeboten der Sexualassistenz im Heimkontext möglich (vgl. Stumpe 2021, Körper Stiftung 2021, Scharfenberg 2023). In Deutschland wurde im Jahr 2002 das Prostitutionsgesetzes (ProstG) verabschiedet, welches, die sogenannte Sittenwidrigkeit abgeschafft hat und Sexarbeit, unter bestimmten Reglementierungen, legalisierte. Mit dem novellierten Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) von 2017 wurde Sexarbeit, unter der Voraussetzung einer gesundheitlichen Beratung (§10 ProstSchG) sowie einer Anmeldepflicht (§ 3 ProstSchG) weiter reglementiert (vgl. Künkel & Schrader 2019). Gemäß §2 ProstSchG zählen erotische und/oder sexuelle Dienstleistungen wie Sexualassistenz zur Sexarbeit. Das Tätigkeitsfeld der Sexarbeit wird als Grauzone beschrieben, von der wenig Konkretes bekannt ist (vgl. Mitrović 2007). Historisch wurde Sexarbeitenden die Ehrbarkeit, der Anstand und die Würde abgesprochen und es fanden Zuschreibungen, wie „*ehrlos, würdelos, unzüchtig*“ statt (Koller-Tejeiro 2007: S. 28). Trotzdem ist Sexarbeit in bestimmten kulturellen, ökonomischen und politischen Kontexten mehr oder weniger fest verankert (vgl. ebd.). Die intersektionale Dimension der Sexarbeit lässt sich anhand der Frauenmigration in Europa erahnen (vgl. ebd.). Die Mehrheit der gesamten Sexarbeit in Deutschland wird von Migrantin*innen aus EU-Ländern angeboten (vgl. ebd. 2007: S. 30). Aktuell sind, aufgrund fehlender Daten und standardisierter Verfahren, keine zuverlässigen Statistiken über Sexarbeitende vorhanden (vgl. Hofstetter 2024). Häufig gehen erhobene Daten auf Beratungsstellen zurück, weshalb keine generalisierten Aussagen möglich sind (vgl. ebd.). Die vielen Gesetze, die versuchen,

Sexarbeit zu regulieren, sowie vorherrschende moralische Vorstellungen der heteronormativen Mehrheitsgesellschaft führen zur anhaltenden Stigmatisierung von Sexarbeitenden (vgl. Mitrović 2007, DAH 2024). Das äußert sich vor allem in mangelndem Respekt (vgl. Koken 2012). Der Abbau von Diskriminierung, Stigmatisierung und Vorurteilen stellt eine Grundvoraussetzung dar, um eine Verbesserung der Lebensbedingungen aller Sexarbeitenden zu erreichen (vgl. DAH 2024).

Neben den paradoxen gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen zu Sexarbeit, ergeben sich weitere Hürden und Schwierigkeiten im Kontext der Pflege. Zinsmeister (2017) geht in ihren Aushandlungen der Frage nach, inwiefern der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen hat und betont, dass in vielen Alten- und Pflegeeinrichtungen oft Räumlichkeiten für Privat- und Intimsphäre fehlen, zudem können sich die Bewohner*innen meistens nicht aussuchen, mit wem sie zusammenleben (vgl. ebd.). Die Privat- und Intimsphäre wird auf ein Minimum begrenzt, was nahezu als totale soziale Kontrolle verstanden werden kann (vgl. Zinsmeister 2017: S. 76). Wenngleich für viele hilfe- und pflegbedürftige Menschen das Alten- bzw. Pflegeheim perspektivisch ihr Zuhause darstellt, sind sexuelle Aktivitäten nicht vorgesehen (vgl. ebd.). Das soziale Leben wird häufig nicht durch individuelle, sondern eher durch strukturelle Faktoren erschwert (vgl. ebd.: S. 77). Im Rahmen der Debatten über Sexualassistenz im Kontext Pflege ergeben sich weitere Kontroversen. Laut Zinsmeister (2017: S. 77) zeigen sich vor allem Schwierigkeiten, hinsichtlich der Grenzziehung zwischen Hilfe zur sexuellen Selbstbestimmung und dem sexuellen Missbrauch in Abhängigkeitsverhältnissen.

Tiefere Einblicke in die praktische Umsetzung sexueller Rechte von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen soll der sich anschließende methodische Teil 2 ermöglichen. In der vorliegenden Masterarbeit wurde eine empirische qualitative Interviewstudie mit Expert*innen aus dem Kontext Pflege und Sexualassistenz durchgeführt. Mittels einer fokussierten Inhaltsanalyse mit Hilfe der Software MAXQDA nach Kuckartz & Rädiker (2022) sollen Informationen und Antworten aus der Praxis analysiert und anschließend inhaltlich ausgewertet werden. Im methodischen Teil der Masterarbeit erfolgt eine ausführliche Beschreibung zur Vorgehensweise beim Forschungsprozesses und eine Darstellung generierter Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Interviewstudie.

4. Beschreibung des Methodisches Vorgehens

Im methodischen Teil der Masterarbeit sollen das zugrunde liegende Forschungsvorhaben und die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wissenschaftlich beschrieben werden. Für das Format der Forschung wurde ein qualitatives Design gewählt. Grundsätzlich beschäftigt sich die Sozial- und Humanforschung mit sozialen und humanen Sachverhalten (Döring & Bortz 2016). Die qualitative Sozialforschung arbeitet mit qualitativen Daten und wertet sie aus. Die Sexualwissenschaft zählt zu den Sozialwissenschaften und beschäftigt sich ebenso mit qualitativen Daten. Döring & Bortz (2016: S. 106f) entsprechend orientieren sich die Gütekriterien einer qualitativen Forschung, an jenen der quantitativen Forschung, das heißt an Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität meint in diesem Zusammenhang, dass die Forschung möglichst frei von Einflüssen involvierter Personen ist. Reliabilität bezieht sich auf die Zuverlässigkeit der Messmethode sowie auf die Ergebnisse der Forschung. Die Validität macht mehr oder weniger deutlich, ob auch das, was untersucht werden soll, zur Beantwortung der Forschungsfrage dient (vgl. ebd.). Eine dafür wichtige Voraussetzung ist die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, welche eine detaillierte Beschreibung voraussetzt (vgl. ebd.). Um eine möglichst hohe Transparenz im vorliegenden Forschungsprozess zu erzielen, soll in diesem Teil der Arbeit eine möglichst präzise Beschreibung der Forschungsschritte vorgenommen werden. Im nächsten Abschnitt wird zunächst das Design der Forschung beschrieben.

4.1. Forschungsdesign

Mit der beginnenden theoretischen Auseinandersetzung zu *Sexualität* und *Alter* erfolgte zunächst eine intensive themenbezogene Literaturrecherche. Die Quellensuche basierte auf analogen und digitalen Datenbanken. In Bibliotheken, digital und analog, im Internet, wie unter Google Scholar, und in verschiedenen anderen Datenbanken wurden gezielt Quellen nach Schlagwörtern, wie Intimität und Sexualität im Alter, Alter als Lebensphase, Sexualassistenten sowie Sexualassistenten im Kontext Pflege und zu sexuelle Rechte im Alter, gesucht. Relevante Informationen wurden aus verschiedenen Quellen, wie Fachliteratur und -zeitschriften, fachspezifischen Vorträgen, wissenschaftlichen Abhandlungen und Forschungen, wissenschaftliche Podcasts und Ratgeber, gesammelt und ausgewertet. Daraufhin erfolgte eine ausführliche Literatursichtung und -auswahl. Von Beginn an auffallend war, die geringe Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen und Abhandlungen zu Sexualität im Kontext Pflege. Wie bereits im theoretischen Teil beschrieben (siehe 3.2), haben alle Menschen sexuelle Rechte, auch hilfe- und pflegebedürftige. Wie konkret sexuelle Rechte als Menschenrechte in den Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen

gewährleistet werden, ist wenig erforscht. In diesem Zusammenhang entwickelte sich die Forschungsfrage zur vorliegenden Untersuchung:

Wie wird die Umsetzung sexueller Rechte im Alten- und Pflegeheim gewährleistet?

An dieser Fragestellung soll die vorliegende Untersuchung anknüpfen. In einigen Einrichtungen werden Angebote der Sexualassistenz als Möglichkeit betrachtet, sexuelle Rechte alter Menschen umzusetzen (vgl. Marienhaus Stiftung 2017, Scharfenberg 2022). Daran anknüpfend soll in der Untersuchung folgender vertiefender Forschungsfrage nachgegangen werden:

Können Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren?

Aktuelle Fachpublikationen und theoretische Abhandlungen geben gegenwärtig wenige Antworten auf diese Frage. Im weiteren Vorgehen entschied sich die Autor*in, bei der Auswahl einer geeigneten Erhebungsmethode, für das Format *qualitatives leitfadengestütztes Expert*inneninterview*. Die Perspektive der Fachkräfte nimmt eine wichtige Rolle ein, speziell von Pflegefachkräften, die oft regelmäßigen Kontakt zu den Bewohner*innen haben. Die Expert*innen aus dem Feld Pflege können wichtige Einblicke in die Praxis geben. Nämlich:

Wie konkret sexuelle Rechte in Alten- und Pflegeheimen in der Praxis umgesetzt werden.

Die Fachkräfte können praktische Antworten auf die Forschungsfrage geben. Eine ergänzende Perspektive sollen Expertisen von Sexualassistent*innen gewähren, da jene, von außerhalb der Einrichtung kommen. Mittels des Messinstrumentes *qualitatives leitfadengestütztes Expert*inneninterview* sollen Einblicke in die praktische Umsetzung sexueller Rechte, im Kontext Pflege, ermöglicht werden. Ziel der Untersuchung ist es, mit Hilfe einer Stichprobenbefragung, den Status quo, zur Umsetzung sexueller Rechte in der Pflegepraxis, zu ermitteln.

Die erhobenen Daten und Informationen aus den Interviews sollen im Anschluss, mit der unterstützenden Software MAXQDA, transkribiert, ausgewertet und analysiert werden. Die Verschriftlichung der Interviews soll nach den festgelegten Transkriptionsregeln (siehe A5 Transkriptionsregeln) erfolgen und im Anschluss mit der fokussierten Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2020) Ergebnisse aus der Praxis generieren. Im nächsten Abschnitt wird das Erhebungsinstrument *qualitatives Interview* näher beschrieben.

4.2. Qualitative Interviewmethode

Das Erhebungsinstrument *leitfadengestütztes Interview mit Expert*innen* erfordert in der Planung ein systematisches Vorgehen (vgl. Helfferich 2011). Die Durchführung von Interviews mit Expert*innen kann eine effektive Methode sein, um praxisnahe Informationen zu erhalten. Das qualitative Interview stellt eine interpretative Methode dar (vgl. ebd.). Die Erkenntnisse und Informationen aus der Praxis können zu Schlussfolgerungen für die Theorie führen, um spezifische Anwendungsmöglichkeiten und aufkommende Fragen aufzugreifen und zu thematisieren (vgl. ebd.). In der vorliegenden Untersuchung wurde eine strukturierte Vorgehensweise gewählt, in der die auf dem Leitfaden basierende Fragen als feste Vorgabe für die Interviews dienen soll (vgl. Helfferich 2011: S. 36f). Mit möglichst offenen Fragen sollen Expert*innen zur Forschungsfrage interviewt werden, um individuelle Perspektiven in die Betrachtung mit einbeziehen zu können.

Die Entwicklung des Leitfadens zum Interview orientierte sich an den Vorgaben nach Helfferich (2011). Die Leitfadenkonstruktion zum Interview soll demnach möglichst systematisch erfolgen (vgl. ebd.). Im ersten Schritt wurden alle wichtigen Informationen und Daten zur Forschungsfrage gesammelt, geprüft und sortiert (vgl. ebd.: S. 182ff). Bei einem ersten Brainstorming wurden alle möglichen themenspezifischen offenen Fragen gesammelt und aufgeschrieben. Anschließend erfolgte eine Prüfung der aufgestellten Fragen. Im weiteren Verlauf wurden alle unpassenden, unangemessenen und zu abstrakten Fragen gelöscht. Im nächsten Schritt wurden die Fragen, nach Inhalt und Relevanz, unterschiedlichen Themenbereichen zugeordnet und zu einem Fragebündel zusammengefasst (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang wurden Hypothesen entwickelt und aufgestellt, aus denen im Anschluss gezielt offene Fragen formuliert wurden. Besondere Herausforderungen ergaben sich hinsichtlich der Fragenentwicklung. Ziel sollte sein, dass Pflege und Sexualassistenz mittels eines Leitfadens Antworten auf die Forschungsfragen generieren. Dementsprechend sollten möglichst beide Felder, bei der Entwicklung des Leitfadens, berücksichtigt werden. Die Strukturierung des Interviewleitfadens wurde in drei Bereiche aufgeteilt (siehe A3 Interviewleitfaden).

1. Vorstellung der Person und beruflicher Hintergrund,
2. Fragenblöcke, zur Beantwortung der Forschungsfragen
3. und eine offen formulierte Zukunftsfrage.

Im ersten Teil des Interviews sollen die Teilnehmenden die Möglichkeit erhalten, sich persönlich vorzustellen und von ihrem beruflichen Hintergrund zu erzählen. Im zweiten Teil des Leitfadens soll die sehr offen gehaltene Frage „*Was fällt Ihnen spontan zu dem Thema*

Sexualität im Alter ein“ als Opener, für den Einstieg ins Thema, dienen. Absichtlich wurde die Frage sehr offen formuliert, um möglichst offene Antworten zu erzielen. Die Forschungsfragen wurden in vier Fragenblöcke unterteilt. In den jeweiligen Blöcken wurden mehrere beziehende Fragen zu einer bestimmten Thematik formuliert. Die Teilnehmenden sollen zu Begegnungen mit dem Thema Intimität und Sexualität im Arbeitskontext, zu sexuellen Rechten von Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben und zur Zugänglichkeit, zu Angeboten der Sexualassistenz, befragt werden (siehe A3 Interviewleitfaden). Die abschließende Frage „*Wie stellen Sie sich das Altenheim der Zukunft vor*“, soll Raum, für Zukunftsvisionen und Wünsche, ermöglichen. Eine Beschreibung der Stichprobe und dem Einstieg ins Feld wird im nächsten Abschnitt Folge getragen. In diesem Teil der Arbeit wird auf die potenziellen Studienteilnehmenden eingegangen.

4.3. Stichprobe und Einstieg ins Feld

Für die vorliegende Stichprobe sollen Expert*innen aus dem Feld Pflege, wie Pflegefachkräfte, Pflegepädagogik, Pflegedienstleitung und andere feldbezogenen Expert*innen für Interviews gewonnen werden. Um möglichst repräsentative und verlässliche Ergebnisse aus den Interviews zu generieren, sollen Expert*innen aus unterschiedlichen Einrichtungen zur Untersuchung herangezogen werden. Ergänzende Einblicke in die Praxis können die Expertisen von Sexualassistenz darstellen, da sie andere Perspektiven ermöglichen, weil sie von außerhalb des Heimkontextes kommen. Der Zugang zum Feld besteht aufgrund persönlicher und beruflicher Kontakte, Vernetzung sowie durch Austausch mit Akteur*innen aus den Bereichen Pflege und Sexualassistenz. In die Planung miteinbezogen wurden ebenso die Strukturierung und Vorbereitung der Interviewsituation. Aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen sollen die Interviews online, mit Webcam, oder telefonisch erfolgen. Der zeitliche Umfang der Interviews soll den zeitlichen Rahmen von ca. 30 - 45min nicht überschreiten.

Der Einstieg ins Feld erfolgte über einen Pretest der Erhebungsmethode. Der Pretest zum Interview erfolgte Anfang April 2024. Ziel des Pretests war es, neben der Kontrolle der technischen Ausstattung, eine genaue Überprüfung des Leitfadens zu erreichen. Mit dem Pretest sollte festgestellt werden, ob die Fragen zur Untersuchung tatsächlich passende Antworten generieren und offen genug gestellt worden sind. Weiterhin sollte der zeitliche Rahmen des Interviews erfasst werden. Im Pretest wurde eine stationären Pflegefachkraft interviewt, die seit vielen Jahren in einem Altenheim arbeitet. Der Zugang zur Teilnehmerin basiert auf persönlichem Kontakt. Im Vorfeld wurde die Teilnehmerin über das Forschungsvorhaben und den zugrundeliegenden Datenschutz informiert. Im Weiteren

wurde die Durchführung des Interviews besprochen. Aufgrund einer mangelnden technischen Ausstattung seitens der Teilnehmerin, wurde ein telefonisches Interview vereinbart. Das Interview dauerte im Pretest ca. 60 Minuten, mit Vor- und Nachbereitungszeit. Die Audioaufnahme ist ca. 35 Minuten lang. Nach erfolgtem Pretest wurde der Leitfaden zum Interview nachjustiert. Fragen, die für die vorliegende Forschung nicht zielführend waren, wurden gestrichen (vgl. Helfferich 2011). Im Pretest zeigte sich auch, dass ein telefonisches Interview Vorteile bot. Den Teilnehmenden kann dadurch mehr Anonymität zugesichert werden, vor allem hinsichtlich der sensiblen Arbeitsfelder. Ferner führten bereits technische Probleme im Pretest zu Verzögerungen und zu Verunsicherungen, so dass sich die Autor*in für das telefonische Format entschied.

Ziel soll sein, im Zeitraum von Mitte April bis Ende Juni 2024, mindestens sechs Studienteilnehmende für die vorliegende Untersuchung zu gewinnen. Aufgrund des besonderen Stellenwertes, datenschutzrechtlicher und forschungsethischer Grundsätze im Forschungsprozess soll darauf gesondert im nächsten Abschnitt eingegangen werden.

4.4. Datenschutz und Forschungsethik

Eine der wichtigsten Voraussetzungen, in der sozialwissenschaftlichen Forschung, ist die Gewährung des Datenschutzes sowie die Einhaltung der zugrundeliegenden Forschungsethik (vgl. Döring & Bortz 2016). Der Ethik-Kodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen betont, dass die generelle Freiwilligkeit der Beteiligten sowie eine möglichst ausführliche Information über Ziele und Methoden des Forschungsvorhabens, wesentlich sind (vgl. Friedrichs 2019: S 67ff). Im Forschungsvorhaben sollte auch darauf geachtet werden, dass keine unethischen Fragen formuliert werden (vgl. ebd.). Eines der obersten Gebote der Forschungsethik ist es, dass den jeweiligen Personen, die in die wissenschaftliche Untersuchung einbezogen werden, kein Schaden entstehen darf (vgl. Döring & Bortz 2016: S. 123). Die Forschungsethik umfasst alle ethischen Richtlinien, an denen sich Forschende, bei ihrer Forschungstätigkeit, insbesondere bei der Datenerhebung und Datenanalyse im Kontext empirischer Studien, orientieren sollen (vgl. ebd.). Im Fokus stehen soll der verantwortungsvolle Umgang mit den Untersuchungsteilnehmenden sowie der Schutz und die Vertraulichkeit ihrer Daten (vgl. ebd.). Wesentlich ist vor allem auch, dass die Regeln des Ethik-Kodex zum Verhalten gegenüber Fachkolleg*innen bei wissenschaftlichen Forschungsprozessen befolgt werden (Pampel 2019: S. 15). Die daten- und forschungsethischen Grundsätze sollen dem Schutz der Menschenwürde, der Menschenrechte, der Persönlichkeitsrechte sowie der Integrität der Untersuchungsperson dienen (vgl. Döring & Bortz 2016).

Die Forschung im Kontext Sexarbeit und Prostitution nimmt einen besonderen Stellenwert ein, worauf an dieser Stelle eingegangen werden soll. Unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen forschen zu Sexarbeit, oft findet eine mediale und politisch kontroverse Auseinandersetzung statt (vgl. Hofstetter 2024). Forschungen und wissenschaftliche Arbeiten sind oft stark moralisch und emotional aufgeladen sowie polarisierend (vgl. ebd.) Der Berufsverband erotischer und sexueller Dienstleistungen (BesD) e.V. hat zum Thema „gute Forschung zu Sexarbeit“ eine online Veranstaltung unter dem Format „Eine Stunde – ein Thema“ veranstaltet. Im Rahmen der Veranstaltung hat Dr. Joana Lilli Hofstetter, von der Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung (GSPF) referiert. Hofstetter (2024) betont die besondere ethische Verantwortung und die damit einhergehende Rücksicht auf jene Menschen, die in der Sexarbeit tätig sind. Das beinhaltet auch die Anerkennung der vielfältigen Expertisen von Sexarbeitenden. Nach wie vor ist die allgemeine Datengrundlage im Kontext der Sexarbeit und Prostitution schwierig, da es kaum Forschung im deutschsprachigen Raum gibt (vgl. Hofstetter 2024).

Um im Forschungsgeschehen für mehr Transparenz zu sorgen, soll im nächsten Kapitel, die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und der Akquise und zur Gewinnung potenzieller Interviewpartner*innen ausführlich beschrieben werden.

5. Datenerhebung und Akquise

Wie oben beschrieben, sollen in der Untersuchung, mittels dem Erhebungsinstrument *qualitatives leitfadengestütztes Expert*inneninterview* wichtige und relevanten Erkenntnisse aus der Praxis Antworten auf die vorangestellten Forschungsfragen generiert werden. Mit Blick auf datenschutzrechtliche und forschungsethische Grundsätze, wurden im Vorfeld der Interviews, sowohl das Forschungsvorhaben (siehe A1 Informationsblatt) als auch eine ausführliche Erklärung zur Einwilligung (siehe A2 Einwilligungserklärung) formuliert. Entsprechend der Planung sollen alle Interviews möglichst unter ähnlichen Bedingungen durchgeführt und mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet werden. Im Anschluss sollen die Interviews transkribiert, analysiert und mittels der fokussierten Inhaltsanalyse mit MAXQDA nach Kuckartz & Rädiker (2020) ausgewertet werden. Die Software MAXQDA soll Anwendung finden, um anschließend wichtige Erkenntnisse und Daten zu codieren und bestimmten Kategorien zuzuordnen, um eine Verbindung zwischen den einzelnen Antworten herzustellen (vgl. ebd.).

Im nächsten Abschnitt wird eine präzise Beschreibung zur Vorgehensweise der Akquise der potenziellen Teilnehmenden zur Interviewstudie vorgenommen.

5.1. Akquise zur Gewinnung von potenziellen Interviewpartner*innen

Bereits im Dezember 2023 begannen die ersten Vorbereitungen der Akquise, zur Gewinnung von potenziellen Interviewpartner*innen. Im Rahmen der online stattfindenden Fachdialogveranstaltung „*Sex im Altersheim – (k)ein Thema?*“ des pro familia Sachsen, konnten erste Kontakte und Vernetzungen zu Expert*innen aus dem Feld Pflege und Sexualassistenz entstehen. Die Vernetzung ermöglichte es, erste unverbindliche Anfragen zu stellen. Der offizielle Beginn der Akquise startete Anfang April 2024. Die Suche lief über unterschiedliche Kanäle. Zu Beginn der Akquise sollte die Kontaktaufnahme zunächst über die entstandene Vernetzung, durch die berufliche Weiterbildung, erfolgen. So wurden im ersten Schritt Expert*innen aus dem Netzwerk für ein Interview angefragt. Durch einen persönlichen Kontakt wurde mittels Mund zu Mund Propaganda das Forschungsvorhaben bei einem Träger der Altenpflege beworben. Weiterhin wurden im Forschungszeitraum gezielt Einrichtungen und Einzelpersonen per E-Mail über das Forschungsvorhaben (siehe A1 Informationsblatt) informiert und für Interviews angefragt. Die Einwilligung zum Interview (siehe A2 Einwilligungserklärung) wurde dem Informationsblatt beigelegt. Weitere Anfragen wurden ergänzend via Social Media (Instagram) gestellt. Im Vorfeld wurden Menschen gesucht, die Content ihrer Arbeit in der Pflege via Instagram veröffentlichen. Wie bereits geschildert, wurde das Erhebungsinstrument, Anfang April 2024, einem Pretest unterzogen und anschließend nachjustiert. So konnte im Vorfeld die

Aufnahmetechnik geprüft werden. Für die Interviews wurde ein möglichst ruhiger Ort gewählt, um für eine störungsfreie und angenehme Atmosphäre zu sorgen.

In der Zeit von Mitte April bis Ende Juni 2024 konnten für die vorliegende Studie acht Teilnehmende zum Interview akquiriert werden, sechs Expert*innen aus dem Feld Pflege und zwei Sexualassistent*innen. Alle Interviews wurden, nach erfolgter Terminvereinbarung, telefonisch durchgeführt. Die Interviews wurden mit einem, aus der Hochschule Merseburg ausgeliehenen, Aufnahmegerät aufgenommen. Die erhobenen Daten wurden, dem Datenschutz entsprechend, unter einem Pseudonym gespeichert und gesichert. Die folgende Übersichtstabelle gibt eine Übersicht der durchgeführten Interviews. Die Tabelle 1 bildet den Beruf bzw. die Funktion der Teilnehmenden, das Geschlecht, den Zugang, den Zeitraum sowie die durchschnittliche Länge der Interviews ab.

Tabelle 1: Übersicht zur Stichprobe (eigene Präsentation)

Interviewte Personen	Beruf/Funktion	Geschlecht	Zugang	Dauer	Zeitraum
00 Pretest	stationäre Pflegekraft, Gerontofachkraft	weiblich	über einen persönlichen Kontakt	35:57min	April 2024
01	Pflegefachkraft, Pflegepädagogin	weiblich	über einen persönlichen	26:13 min	April 2024
02	Krankenschwester, Pflegemanagement/ Sexologie	weiblich	fachlicher Austausch (Anfrage per E-Mail)	25:24 min	April 2024
03	Heilerziehungspflegerin, ambulante Pflegekraft mit Erfahrung in der stationären Pflege	weiblich	Social Media (Instagram), persönlich angeschrieben	21:01 min	Mai 2024
04	Pflegefachkraft, Stationsleitung in einem Pflegeheim	weiblich	Mund zu Mund Propaganda	22:02 min	Mai 2024

05	Krankenschwester Pflegeausbilderin mit Erfahrungen in der stationären Pflege	weiblich	Mund zu Mund Propaganda	34:07 min	Mai 2024
06	Sexualassistenz	weiblich	fachlicher Austausch Anfrage per E-Mail und Telefonkontakt	28:58 min	Mai 2024
07	Sexualassistenz	weiblich	Recherche, Anfrage via E-Mail und Telefonkontakt	14:33 min	Mai 2024
08	Krankenschwester Pflegedienstleitun	weiblich	Mund zu Mund Propaganda	17:55 min	Juni 2024

Die aufgenommenen Interviews wurden anschließend mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA transkribiert und von der Autor*in nach den aufgeführten Transkriptionsregeln (siehe A5) überarbeitet. Die Dauer der Interviews belief sich durchschnittlich auf 20 - 30 Minuten. Die jeweilige Vor- und Nachbereitungszeit beanspruchte durchschnittlich weitere 30 Minuten pro Interview.

Jedes Interview begann mit einer einleitenden persönlichen Vorstellung, mit beruflichem Kontext. Zu Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden über das Forschungsvorhaben sowie über den zu Grunde liegenden datenschutzrechtlichen Rahmen informiert. Alle Teilnehmenden wurden basierend auf dem Leitfaden interviewt. Der Verlauf der Interviews gestaltete sich zum großen Teil ähnlich. Zuerst wurde ein Termin zum Interview vereinbart. Zum vereinbarten Termin wurden die Teilnehmenden mit dem Telefon angerufen. Nach der persönlichen Vorstellung, mit der Möglichkeit offene Fragen zu klären, startete, mit dem Einverständnis der Teilnehmenden, das Interview und die Audioaufnahme. Die interviewende Person informierte alle Teilnehmenden sowohl über den Beginn als auch über die Beendigung der jeweiligen Aufnahme. Am Ende eines jeden Interviews wurde den Teilnehmenden Wertschätzung und Dank ausgesprochen für die Beteiligung an der Studie. Im Kontext der Reflexion zur eigenen Vorgehensweise bei den Interviews, soll rückblickend festgehalten werden, dass es wichtig ist, sich zuvor genau mit der Aufnahmetechnik zu beschäftigen. Der Interviewenden ist es im Kontext des ersten Interviews passiert, dass die Aufnahme nicht lief, so dass nochmals angefangen werden musste.

In den nächsten Abschnitten wird die Stichprobe (N=8) präsentiert. Die Darstellung der Interviews erfolgt aufgrund der verschiedenen Professionen differenziert in 5.2 Interviews mit Expert*innen aus dem Feld Pflege und 5.3 Interviews mit Sexualassistenz. In den folgenden Abschnitten soll vertiefend auf die durchgeführten Interviews eingegangen werden.

5.2. Interviews mit Expert*innen aus dem Feld Pflege

Im Fokus der Stichprobenbefragung stand die Forschungsfrage: *Wie sexuelle Rechte in Alten- und Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden.* Interviewt wurden insgesamt: eine stationäre und eine ambulante Pflegekraft, eine Expertin aus der Pflegeausbildung, eine Pflegepädagogin sowie jeweils eine Stations- und eine Pflegedienstleitung. Eine Expertin aus den Bereichen Sexologie und Pflegemanagement erklärte sich ebenso zu einem Interview bereit. Der Zugang zum Feld gründet auf persönlichen und beruflichen Schnittstellen. Der persönliche Kontakt trug dazu bei, dass mehr Teilnehmende für die Studie, akquiriert werden konnten. Ferner konnte eine Teilnehmerin via Social Media (Instagram) für die Studie gewonnen werden. Mit anfänglichen Schwierigkeiten, denn es gab kaum Rückmeldungen, wurde die Kontaktaufnahme erweitert. Bestehende Kontakte zu Einrichtungsleitungen, Pflegemanagement und Pflegekräften wurden genutzt, um potenzielle Interviewpartner*innen zu gewinnen. Die Rückmeldungen waren eher verhalten. Von über fünfzehn Emails an Einzelpersonen und Pflegeeinrichtungen in Sachsen (Leipzig und Dresden), Bayern, Niedersachsen und Hessen, meldete sich eine Person zurück. Durch persönliche Kontakte zu Expert*innen aus der Pflege wurde bei einem Träger der Altenpflege, die Werbetrommel für das Forschungsprojekt gerührt. Daraufhin meldeten sich gleich mehrere interessierte Expert*innen. Gezielt wurden weitere potenzielle Interviewpartner*innen via Social Media (Instagram) angefragt, die Content zu ihrer Arbeit in der Pflege online veröffentlichen.

In den folgenden Abschnitt soll auf die durchgeführten Interviews eingegangen werden. In den Ausführungen werden Informationen zum Zugang zur Stichprobe gegeben und die Interviews, in erzählerischer Form, zusammengefasst dargestellt.

5.2.1. T1 Interview mit einer ambulanten Pflegekraft

T1, 36 Jahre, ist eine ambulante Pflegekraft aus Hessen. T1 ist gelernte Heilerziehungspflegerin und hat viele Jahre in der stationären Behindertenhilfe gearbeitet. Die Kontaktaufnahme erfolgte über eine gezielte Anfrage via Instagram. Im Interview erzählt T1, dass sie, seit mindestens sieben Jahren, in der ambulanten Pflege tätig ist, aktuell in der Tagespflege, und insgesamt viel mit Senior*innen zu tun hat. Das Aufgabenfeld in der Tagespflege konzentriert sich auf die allgemeine Betreuung und Aktivierung der

Kund*innen. T1 gibt an, dass sie für die alltägliche Beschäftigung der alten Menschen verantwortlich ist, was das Servieren von Essen, Führen von Gesprächen über aktuelle Bedarfe sowie die allgemeine Aktivierung beinhaltet. Die ambulante Pflegekraft sorgt für das tägliche Betreuungsprogramm der Kund*innen. Auf die Frage, was T1 spontan zum Thema Sexualität im Alter einfällt, sagt sie, dass das Thema vorhanden ist, aber viel zu wenig darüber gesprochen wird. Entsprechend der Expertise von T1 wird Sexualität jedoch eher thematisiert, „*umso mehr Vertrauen aufgebaut wurde*“ (T1, Pos. 11). Oft beobachtet T1 einen unterschiedlichen Umgang, mit dem Thema Intimität und Sexualität, seitens der Pflegekräfte. Das betrifft, laut ihrer Aussage, ebenso den Umgang mit sexualisierten Verhalten (T1, Pos. 13). So berichtet T1, dass manche Pflegekräfte ihre Grenzen deutlich zeigen, andere hingegen es einfach aushalten und nicht darüber reden (T1, Pos. 13). Hinsichtlich der Frage nach den Rechten von alten Menschen, die in institutionalisierten Einrichtungen leben, antwortet T1:

„Man sollte meinen, dass sie, glaube ich, die gleichen Rechte haben wie Menschen, die nicht im Heim leben. Ich befürchte aber, dass gerade so das Recht auf Selbstbestimmung, dass das, glaube ich, ziemlich zu kurz kommt, leider. Da gehört natürlich auch die sexuelle Selbstbestimmung dazu (T1, Pos. 17).

T1 arbeitet im ländlichen Raum und betont, dass sie keinen Zugang zu Informationen über Angebote von Sexualassistenten hat. Im Verlauf des Interviews wird sie gefragt, welche Herausforderungen sich für Sexualassistenten im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen ergeben könnten, darauf antwortet T1:

„(...) ich glaube zum einen einmal, dass man so ein Umdenken bei den Leuten schafft, dass es eben nichts mit Prostitution zu tun hat, sondern dass es als Berufszweig irgendwo auch akzeptiert wird. Und im Gegenzug aber auch akzeptiert wird und normalisiert wird, vor allen Dingen, dass es Menschen gibt, die das in Anspruch nehmen...“ (T1, Pos. 27).

Laut T1, sollten Pflegefachkräfte vielmehr in bestimmte Prozesse mit einbezogen werden (T1, Pos. 29). Und das steht und fällt, so T1, auch mit den Einrichtungsleitungen.

„Die einen, die setzen das wirklich um, die anderen, die wissen, dass es im Konzept steht, möchten das aber nicht in ihrer Einrichtung haben, so ungefähr“ (T1, Pos. 29).

Im Interview erzählt T1, dass Intimität und Sexualität in ihrer Ausbildung nicht behandelt wurde. In der Praxis könnte sich T1 vorstellen, dass Informationen im Rahmen einer Fortbildung und/ oder eines Vortrages vermittelt werden könnten. Auch die Idee wird geäußert, dass sich eine Sexualassistentin in der Einrichtung vorstellen könnte, zum Beispiel

in einer Teamsitzung, so dass alle Mitarbeiter*innen einen Eindruck gewinnen können (T1, Pos. 29). Anschließend könnten dann die Informationen an Kund*innen, Patient*innen, Bewohner*innen weitervermittelt werden. Auf die Frage, inwieweit Institutionen der Alten- und Pflegeheime von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können, antwortete T1:

„(...) ich könnte mir vorstellen, dass durch sowas, die Leute auch wieder mehr aufblühen, weil sie einfach ein Bedürfnis befriedigt bekommen, was einfach da ist, wofür es aber so im Alltag nichts Vergleichbares gibt. Ich könnte mir wirklich vorstellen, dass das allgemein die Stimmung in Einrichtungen heben könnte, und das überträgt sich ja dann auch wieder auf alle. Das ist ja dann so eine Kettenreaktion. Ich kann Gedächtnistraining machen, ich kann mit den Leuten Bewegungstraining machen, ich kann ihnen Essen geben und dafür sorgen, dass sie sauber sind. Aber da ist dann halt auch schon die Grenze erreicht“ (T1, Pos. 31).

Auf die Frage, was es Menschen, die in der Pflege tätig sind, erleichtern würde, Sexualassistenz in der institutionellen Pflege zu akzeptieren, antwortete T1:

„Aufklärung. Ich glaube, eine Menge Aufklärung. Aufklärung dahingehend, dass es sich dabei um ein absolut menschliches Bedürfnis und nichts Perverses handelt. (T1, Pos. 33).

T1 hat bisher keine Erfahrungen mit Angeboten von Sexualassistenz, im Kontext von Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen, gemacht. Dennoch wurde ihr die Frage gestellt, ob Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können. T1 nimmt an, dass die Angebote viele positive Auswirkungen auf alle Beteiligten haben könnten und letztlich zu einem allgemein guten ausgeglichenen Klima führen können (T1, Pos. 33). Das Schlusslicht des Interviews bildete die Abschlussfrage zur Zukunft des Altenheims. T1 stellt sich das Altenheim der Zukunft in Richtung gemeinschaftlicher Lebenshöfe vor.

„Lebensorte, die mehr Möglichkeiten eröffnen und weg von starren Strukturen. Offene Lebensräume kombiniert mit Pflegekräften. Das wäre cool“ (T1, Pos. 36-37).

Ihrer Ansicht nach sind die Altenheime der Gegenwart oft extrem strukturell (T1, Pos. 36). Für die Zukunft des Altenheims wünscht sich T1 offenere Strukturen und Möglichkeiten.

5.2.2. T2 Interview mit einer Pflegepädagogin und -ausbilderin

T2 ist, seit ihrem achtzehnten Lebensjahr, in der Pflege und Pflegeausbildung in Bayern tätig. Sie ist eine ausgebildete Krankenschwester und arbeitete in verschiedenen Bereichen. T2 konnte durch die Vermittlung eines persönlichen Kontaktes durch eine Pflegekraft für ein

Interview gewonnen werden. T2 erzählt im Interview, dass sie in den 1990er Jahren eine Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe absolvierte und dann viele Jahre in der theoretischen Ausbildung in verschiedenen Schulen tätig war. Berufsbegleitend studierte T2 dann Pflegepädagogik. In den letzten sechzehn Jahren war T2 in einer Berufshochschule für Altenpflegeberufe tätig in der sie selbst acht Jahre die Schulleiterin war. Zu ihren Aufgaben zählten, die Koordination der generalistischen Ausbildung bzw. die Ausbildung der Pflegefachlehrer*innen, das heißt es bestand viel Kontakt zu Auszubildenden. Mit dem Beginn des Pflegeberufsgesetzes entschied sich T2, von der theoretischen in die praktische Ausbildung zu wechseln und hat jetzt eine Stelle im Pflegemanagement inne. Zur Frage, wie in den Alten- und Pflegeeinrichtungen mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen wird, beschreibt T2 zwei differenzierte Bereiche. Einerseits betont sie den besonderen Schutz von Auszubildenden. Andererseits benennt sie die sexuellen Bedürfnisse von Bewohner*innen (T2, Pos. 7). Laut T2 spielt die individuelle Haltung der Pflegekräfte eine wesentliche Rolle, wie mit dem Thema umgegangen wird. Der Umgang ist sehr unterschiedlich, häufig jedoch mit eher negativer Bewertung (T2, Pos. 9). T2 wird zu den sexuellen Rechten der Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen befragt und antwortet:

„Ja, im Grundsatz haben sie absolut das Recht auf Selbstbestimmtheit und damit auch auf Sexualität. Was natürlich ein Problem ist, wenn jetzt jemand in einem Einzelzimmer ist, dann kann er das, sozusagen, noch leichter ausleben. Wenn er aber in einem Doppelzimmer ist, dann hat er eigentlich keinen Freiraum“ (T2, Pos. 11).

Oft beobachtet T2 alte Menschen, denen es, im Kontext Intimität und Sexualität, nicht allein um Geschlechtsverkehr geht.

„Es geht vielmehr um einen Menschen, mit denen sie sich austauschen können und vielleicht auch um Berührung, Enge und Nähe“ (T2, Pos. 13).

Vor allem führen, so T2, oft starre Strukturen, unzureichende Rahmenbedingungen und die jeweilige Haltung von Angehörigen dazu, dass dem Menschen keine Sexualität mehr zugestanden wird. In einem Fallbeispiel erzählt T2 von ihren Erfahrungen und beschreibt, dass sie einen Fall erlebt hat, wo die eigenen Angehörigen eine Bindung der verwitweten Mutter zu einem neuen Partner unterbunden haben (T2, Pos. 13). Wie aus dem Fall deutlich wird, nimmt auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen eine wichtige Rolle ein. T2 hat in ihrem Arbeitsumfeld in den verschiedensten Einrichtungen, auch im Kontext der Arbeit mit Schulen, mit mehr als 60 Kooperationspartner*innen zu tun gehabt. Dabei hat sie noch keine einzige Einrichtung erlebt, in der Sexualassistenz angeboten wurde (T2, Pos. 17). Die

Kernprobleme sind, laut Expertin, einerseits die fehlende Akzeptanz von Sexualassistenz. Andererseits die oft fehlenden Rahmenbedingungen in den Einrichtungen. Oft fehlen Rückzugsorte und -möglichkeiten.

„Und die Privatsphäre, grundsätzlich die Privatsphäre, gibt eigentlich jeder alte Mensch sehr viel auf, wenn er in so eine Einrichtung ist. Also die Privatsphäre endet eigentlich (T2, Pos. 19).

In vielen Pflegeeinrichtungen sind, laut den Erfahrungen von T2, die Türen der Bewohner*innen immer unverschlossen, oft stehen die Türen sogar weit offen und jederzeit können Personen den Raum betreten.

„Es gehört zur Umgangsform anzuklopfen, was auch nicht von jedem eingehalten wird. Die letzte Intimsphäre ist dann noch die zugedeckte Bettdecke und die wird von manchen Pflegekräften sehr unsensibel, ohne zu fragen, einfach hochgehoben (T1, Pos. 19).

Zu Angeboten von Sexualassistenz positioniert sich T2 grundsätzlich dafür und bestätigt, dass Einrichtungen profitieren können. Gleichzeitig gibt T2 zu bedenken, dass oft entsprechende Rahmenbedingungen, wie Räume für intime Stunden, fehlen. T2 kommt zu dem Schluss: Sexualassistenz ja, allerdings eher außerhalb des Heimkontextes.

„Ich denke, da würden wir von profitieren. Es ist schon grundsätzlich so, dass jeder Mensch, der seine Sexualität nach seinen Bedürfnissen ausleben kann, ist wahrscheinlich ausgeglichener, zufriedener und das wird sich in der ganzen Stimmung und im Verhalten widerspiegeln. Sie werden dann insgesamt im Zusammenleben, in den Senioreneinrichtungen, entspannter und zufriedener sein“ (T2, Pos. 23).

Um dem in der Praxis zu begegnen, so T2, sollten viel mehr themenspezifische Weiterbildungen angeboten werden, um Raum zum Informieren und zum Austausch zu ermöglichen. Die Auseinandersetzung hat weniger mit Fachwissen an sich zu tun, sondern vor allem mit der eigenen Haltung zum Thema. Im Pflegekontext haben viele Beteiligte, so die Expertin, das Thema nicht auf dem Schirm (T2, Pos. 25). Eher zeigt sich, dass viele nach wie vor glauben, dass es Sexualität im Alter nicht mehr gibt oder dass es etwas Anrüchiges hat (T2, Pos. 25). Der Expertin zufolge ist es längst an der Zeit, Intimität und Sexualität in den Pflegekonzepten zu implementieren und zu verankern. Zum Ende des Interviews wird T2 gefragt, wie sie sich das Altenheim der Zukunft vorstellt. T2 spricht in diesem Rahmen die oft starren Abläufe an, die den Tagesablauf bestimmen, wie geregelte Essens- und Rückzugszeiten und die Wohnraumgestaltung.

„(...) man gibt hier mit Einzug in eine Senioreneinrichtung viele viele viele Dinge in fremde Hände. Die Selbstbestimmung, die sehr stark eingeschränkt ist“ (T2, Pos. 27).

Das Altenheim der Zukunft soll sich eher, so hofft T2, in eine autonomere und individuellere Richtung entwickeln entsprechend der unterschiedlichen Lebenswelten, außer natürlich bei schwerstpflegebedürftigen Menschen (T2, Pos. 29).

5.2.3. T3 Interview mit einer Expertin für Sexologie und Pflegemanagement

T3 ist von Haus aus Pflegefachkraft und hat viele Jahre in der Pflege gearbeitet. T3 hat Pflegemanagement studiert und ein Masterstudium in Sexologie abgeschlossen. Der Kontakt zu T3 entstand im Kontext einer beruflichen Weiterbildung. Im Interview erzählt T3, dass sie in ihrer eigenen Praxis als Sexologin, mit Zusatzqualifikationen der Psycho Onkologie und Heilpraktikerin für Psychotherapie, arbeitet. Ihrer Erfahrung nach ist der Umgang mit dem Thema Intimität und Sexualität in Alten- und Pflegeeinrichtungen sehr unterschiedlich. Laut der Expertin geht es jedoch eher um die Einstellungen und Haltung der Mitarbeitenden vor Ort, die in der Pflege tätig sind (T3, Pos. 11). T3 hat festgestellt, dass je offener und gebildeter die Pflegekräfte waren, umso einfacher konnte über das Thema Sexualität kommuniziert werden. Eine wichtige Voraussetzung ist der persönliche Bezug zum Thema Sexualität. T3 betont, wie wichtig Weiterbildungsangebote sind, um das Thema überhaupt zu eröffnen (T3, Pos. 15).

„Weil ansonsten ist es halt wirklich so, also die Menschen sind dann auf die eigenen Erlebnisse angewiesen. Wie lebe ich sexuell, wie stehe ich zu diesem Thema und was bedeutet das für mich und dann, übertrage ich das auch auf meine Kunden, Patienten“ (T3, Pos. 17).

Laut T3 haben Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, in der Theorie alle Rechte, die auch alle Menschen außerhalb von Einrichtungen, haben.

„In der Praxis kommt es darauf an, wie diese Bedürfnisse kommuniziert werden und wie diese Bedürfnisse verstanden werden. Ein offener Dialog fehlt!“ (T3, Pos. 19).

In der Praxis werden keine sexuellen Vorlieben oder Angaben zur persönlichen Sexualität abgefragt. T3 schildert das Dilemma jener Menschen, die das nicht oder nicht mehr kommunizieren können. Jene Menschen werden nicht gefragt.

„Es wird nicht präventiv gefragt, sollen wir ihnen eine Sexualassistenz organisieren oder möchten oder brauchen sie etwas, um den Masturbationsvorgang zu erleichtern (T3, Pos. 19).

Bei der Frage zum Zugang zu Sexualassistenz führt T3 einen weiteren Faktor an, der bisher weniger Beachtung fand. Die Angebote der Sexualassistenz gelten als private Leistungen. Manchmal besteht zwar die Möglichkeit, Angebote von Sexualassistenz zu nutzen, allerdings fehlen dann oft die finanziellen Rahmenbedingungen.

„Das ist schon Thema, wenn aber keine finanziellen Rahmenbedingungen vorhanden sind, dann ist das natürlich ein schwieriges Thema. Also ich kenne das so, dass so bald Menschen diesen Wunsch äußern oder die Mitarbeiter merken, dass es recht herausfordernd wird und man könnte das eigentlich damit abfangen, also mit Sexualassistenz abfangen, dann gibt es Gespräche zu finanziellen Möglichkeiten, sei es über Betreuer oder Betreuerinnen, sei es über Menschen direkt oder über Familien oder Angehörige“ (T3, Pos. 21).

In der Praxis gibt es keine einheitlichen Richtlinien. T3 betont an dieser Stelle, dass es auf alle Beteiligten ankommt. Eine Richtlinie könnte zum Beispiel sein, dass sexuelle Bedürfnisse und Wünsche bei der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung mit abgefragt werden könnten (T3, Pos. 21). Genauso bestätigt die Expertin, dass Alten- und Pflegeeinrichtungen auf jeden Fall von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können, da es eine der Möglichkeiten darstellt, sexuelle Bedürfnisse von Pflegebedürftigen zu erfüllen (T3, Pos. 23).

„Als Profi sehe ich eigentlich, dass die Grundbedürfnisse, Sexualität ist ja auch ein Grundbedürfnis, dass dieses Bedürfnis der Pflegebedürftigen ebenfalls erfüllt werden kann, mit Hilfe der Sexualassistenz (T3, Pos. 23).

Im Kontext der Zukunftsfrage spricht T3 die vordergründigen Probleme im Pflegebereich an. Oft fehlen personelle Ressourcen. Der anhaltende Pflegekräftemangel überfordert das Personal zusätzlich. Zukunftsvisionen sieht die Expertin in den neueren Technologien. Zukünftig könnten im Pflegeheim der Zukunft eher Aufgaben an künstliche Intelligenz (KI) oder an Roboter delegiert werden. So könnte, laut T3, mehr Zeit für die menschliche Ressourcenarbeit zu Verfügung stehen (T1, Pos. 29).

„So dass mehr Zeit für die zwischenmenschliche Kommunikation wäre, so dass mehr Zeit für die Menschen generiert wird und die Möglichkeit zur Beobachtung und Wahrnehmung von sexuellen Bedürfnissen besteht (T3, Pos. 29).

Die Expertin schlussfolgert, dass es insgesamt mehr Akzeptanz, Toleranz, Zeit und viel mehr Interesse am Menschen benötigt.

„Es gibt sehr viele Anforderungen, aber dafür sehr wenig Hände, sehr wenig Personal ist einfach da. Aber dieses Personal muss in dieser kurzen Zeit das Vierfache leisten. Und das ist das Problem, weil man kann das einen Tag, eine Woche, einen Monat, aber irgendwann fühlt man sich einfach überfordert damit“ (T3, Pos. 29).

Zur Entlastung der Pflegekräfte könnten, laut T3, mehr Angehörige und ehrenamtlich tätige Menschen, mit in den Prozess einbezogen werden. Verpflichtende Weiterbildungen zu sexuellen Bildungsthemen könnten einen Rahmen bilden, um die Kommunikation zum Thema zu eröffnen (T3, Pos. 33).

5.2.4. T4 Interview mit der Stationsleitung einer Pflegeeinrichtung

T4, 43 Jahre, arbeitet seit ihrem siebzehnten Lebensjahr in der Pflege. Aktuell ist T4 als Stationsleitung bzw. Wohnbereichsleitung, in einer stationären Pflegeeinrichtung in Bayern tätig. Der Kontakt entstand durch Mund zu Mund Propaganda in einem Altenheim. Im Interview erzählt T4, dass sie mehrere Weiterbildungen in dem Bereich Pflege absolviert und eine Ausbildung zur Praxisanleiterin abgeschlossen hat. In ihrem Arbeitsbereich ist T4 für die Organisationsstruktur der Station, für die Erstellung der Dienstpläne sowie für den allgemeinen Ablauf zuständig. Auf die Frage, wie ihrer Meinung nach, mit dem Thema Intimität und Sexualität in ihrer Einrichtung umgegangen wird, antwortet T4:

„Und es sind halt einfach diese Bedürfnisse, die gar nicht erfüllt werden oder gar nicht darauf eingegangen wird, weil man gar nicht weiß, wie oder wie es denn umzusetzen wäre (T4, Pos. 7).

Der Umgang mit Intimität und Sexualität seitens der Bewohner*innen wird, so T4, oft eher ausgeblendet oder es wird angenommen, dass keine sexuellen Bedürfnisse mehr da sind und *„(...) das ist das traurige dran...“* (T4, Pos. 21). In der Einrichtung, in der T4 tätig ist, wird Sexualität nicht verboten, eher tabuisiert. Die Bewohner*innen können sich, so T4, jederzeit auf ihr Zimmer zurückziehen.

„Das Problem ist, bei den Bewohnern, die ja zum Beispiel ein Doppelzimmer haben und die dieses Bedürfnis hätten, die hätten ja dann gar keine Möglichkeit oder tatsächlich nichts, wo sie sich zurückziehen könnten, um gemeinsam irgendwas zu tun (T4, Pos. 23).

In vielen Einrichtungen, so auch in der Einrichtung von T4, gibt es oft Doppelzimmer, die eine Privatsphäre unmöglich machen.

„Ich glaube nicht, dass irgendwelche sexuellen Rechte aberkannt werden, nur weil sie in einer Pflegeeinrichtung sind. Das Problem ist eher, dass es so stark eingeschränkt wird.

Einfach durch die ganze Situation, dass Pflegekräfte da sind, die jederzeit ins Zimmer gehen können, dass Angehörige oft sich dann einmischen und sagen, nein, das möchten sie nicht, die wollen das irgendwie verbieten (T4, Pos. 27).

In ihrer beruflichen Laufbahn, so T4, hatte sie bisher keine Berührungspunkte mit Angeboten der Sexualassistenz. In ihrer Einrichtung wurden bisher keine Angebote vermittelt.

„Und ich wüsste zum Beispiel auch nicht, wenn jetzt jemand sagt, ich hätte so gerne eine Frau und ich möchte so gerne eine. Ich wüsste ja gar nicht, wo ich da überhaupt anrufen könnte, dass eine kommt (T4, Pos. 27).

Auf die Frage wie seitens der Bewohner*innen mit dem Thema Intimität umgegangen wird, sagt T4, dass sie unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse wahrnimmt.

„Ich glaube, Berührung ist ganz wichtig. Das habe ich auch schon von einer Bewohnerin letztens mitbekommen. Sie vermisst einfach diese Berührungen so sehr“ (T4, Pos. 29).

Direkt angesprochen werden die Bewohner*innen nicht auf sexuelle Bedürfnisse.

„Und sonst, so direkt spreche ich sie ja nicht an, also den Bewohner, wenn der nicht von selbst mir irgendwie sagt, dass er ein Bedürfnis hätte (T4, Pos. 29).

Aufgrund der Struktur und fehlender Rahmenbedingungen ist es oft einfacher für die Menschen, wenn sie noch selbstständig fähig sind, ihre sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen, das macht es auch, so T4, für die Pflegekräfte einfacher.

„Ich würde tatsächlich niemals irgendwas dagegen sagen, wenn jemand sowas nutzen möchte. Und ich glaube auch nicht, dass diese Generation, was wir heute schon haben, dass die da ein Problem damit hätten (T4, Pos. 43).

In den Pflegeeinrichtungen gibt es für viele Bereiche Standardisierungen, nur für die Sexualität gibt es, so T4, einfach gar nichts. So als wäre die Sexualität komplett ausgeblendet (T4, Pos. 43). Die Zukunft des Altenheims sieht T4 eher pessimistisch.

„Eine Katastrophe. Ich weiß nicht, es ist jetzt schon wahnsinnig schwer in den Einrichtungen. Vom Personalmangel bis sonstiges. Ich weiß nicht, was die Zukunft bringt, aber ich glaube nicht, dass wir viel Positives in der Zukunft haben werden (T4, Pos. 44-45).

Zum Ende des Interviews betont T4, dass es endlich an der Zeit ist, das Thema Sexualität in den Pflegekontext mit einzubeziehen (T4, Pos. 45).

5.2.5. T5 Interview mit einer Pflegedienstleitung

T5 ist gelernte Krankenschwester und arbeitet seit ihrem sechzehnten Lebensjahr in dem Beruf. Seit 2010 ist T5 in einem Altenheim in Bayern tätig und hat viele berufsspezifische Weiterbildungen absolviert. Der Kontakt ergab sich aus der Weitergabe der Informationen zum Forschungsprojekt an interessierte Expert*innen. T5 erzählt im Interview, dass sie erst als Wohnbereichsleitung tätig war und seit 2019 als Einrichtungsleitung fungiert. T5 arbeitet aktuell in einem Altenheim, in dem 80 Bewohner*innen auf drei Stationen leben. Die Pflegedienstleitung ist für den wirtschaftlichen Faktor des Altenheims zuständig und delegiert Aufgaben an die unteren Leitungen weiter. In dem besagten Altenheim gibt es, laut den Angaben von T5, eine Verwaltungskraft, eine Pflegedienstleitung, die für den ganzen Pflegebereich zuständig ist und eine Hauswirtschaftsleitung, für den ganzen Hauswirtschaftsbereich. T5 delegiert diese drei Bereiche und ist für die finanzielle Stabilität im Altenheim zuständig. T5 ist sowohl Ansprechpartnerin für die Geschäftsführung als auch für Bewohner*innen bei auftauchenden Fragen und Problemen. T5 hat darüber hinaus, eine repräsentative Funktion, inne. Auf die offene Frage, was T5 spontan zum Thema Sexualität im Alter einfällt, antwortet sie:

„Sexualität im Alter, ich denke, dass gerade aktuell noch die Altersgruppe hier lebt, die das nicht öffentlich ausleben“ (T5, Pos. 7).

Im Anschluss daran wird T5 zum Umgang mit Intimität und Sexualität in ihrer Einrichtung befragt.

„Wie gesagt, das ist wenig Thema. Das ist weder Thema bei der Aufnahme noch die direkte Nachfrage danach oder Angebote. Es ist quasi nur, wenn das Thema von irgendjemandem direkt aufkommt, dann versuchen wir da einen Rahmen zu schaffen, wenn man das so ausdrücken kann“ (T5, Pos. 11).

Bei der Aufnahme von Bewohner*innen werden, wie bereits im theoretischen Teil beschrieben, keine sexuellen Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen erfragt. Im Pflegealltag äußern sich die sexuellen Bedürfnisse eher anders, so die Expertise der Expertin. Gezielt wird nicht nach sexuellen Bedürfnissen gefragt. Laut Expertise der Pflegedienstleitung, finden die Bedürfnisse von Bewohner*innen oft eher anders Ausdruck.

„Eher dann mal solche Sachen, wie dass ein männlicher Bewohner einer Pflegekraft Komplimente macht oder mal bei der Grundpflege am Po fasst“ (T5, Pos. 13).

Intimität und Sexualität als Thema findet oft keinen Raum und ist im Konzept nicht eingearbeitet. Oft wird sich dem Thema erst angenommen, wenn der akute Bedarf wahrgenommen wird und/ oder die akute Nachfrage danach besteht (T5, Pos. 15). Auf die Frage, welche Rechte Menschen haben, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, antwortet die Einrichtungsleitung:

„Die sollten alle Rechte haben, die andere Menschen auch haben, die zuhause wohnen, weil das ist ja ihr Zuhause hier. Nur, wie vorher schon erwähnt, kommt dieses Recht nie zum Ausdruck, wenn derjenige kein Bedürfnis äußert. Wir gehen ja bloß darauf ein, was sichtbar ist und wo wir danach handeln können, oder wenn jemand das richtig äußert, ein Bedürfnis zu haben oder einen Wunsch zu haben (T5, Pos. 19).

Im Interview berichtet T5, dass es im Grunde genommen nie direkte Nachfragen, wie „... *Oh ich habe ein sexuelles Bedürfnis, wie kann man das lösen*“, gibt (T5, Pos. 19). In der Einrichtung, in der T5 arbeitet, hat sie davon bisher noch nichts dergleichen gehört. Die Expertin geht davon aus, dass sich grundsätzlich an den sexuellen Bedürfnissen, die die Menschen gegebenenfalls zuvor hatten, auch mit dem Einzug in eine Einrichtung, nichts ändert (T5, Pos. 21). Hinsichtlich der Angebote von Sexualassistenten, sieht T5 eher die Problematik, dass vielmehr weibliche als männliche Bewohner*innen in ihrer Einrichtung leben.

„Ich glaube, dass es noch mal schwieriger wird, männliche Sexualarbeiter zu finden, wenn dann irgendwann einmal der Wunsch oder die Nachfrage da wäre (T5, Pos. 31).

Die Einrichtungsleitung spricht die begrenzten Möglichkeiten der Bewohner*innen an, die oft nur geringe finanzielle Mittel im Altenheim zur Verfügung haben.

„Viele können sich nicht mehr Zigaretten leisten, am Ende des Monats, weil das Taschengeld nicht ausreicht (T5, Pos. 31).

Daran anschließend wird T5 gefragt, wie ein angemessener Zugang zu den Angeboten der Sexualassistenten geschaffen werden könnte.

„Da könnte man, könnte ich mir vorstellen, wenn einmal das Angebot da wäre, so eine Koordinationskraft dafür festlegen, die mit denen das Gespräch führt, die das nutzen oder nutzen möchten, die das quasi organisiert“ (T5, Pos. 35).

T5 ist der Ansicht, dass Einrichtungen von Angeboten der Sexualassistenten profitieren könnten, vor allem im Kontext der Prävention von sexualisierter Gewalt. In ihrer beruflichen

Laufbahn konnte die Einrichtungsleitung bisher keine Erfahrungen mit Sexualassistentz sammeln (T5, Pos. 37). Zum Abschluss des Interviews wird T5 nach ihrer Vision für das Altenheim der Zukunft befragt und formuliert einen Wunsch:

„Wenn ich mir, was für die Zukunft wünschen könnte, würde ich gerne, jedem ein Einzelzimmer geben, dass die Privatsphäre von jedem gewährt ist“ (T5, Pos. 43).

Für die Zukunft wünscht sich die Einrichtungsleitung Altenheime, in denen die Menschen gerne leben wollen und gern den Rest ihres Lebens verbringen und jene nicht als Ort bezeichnen, wo sie nie enden wollten (T5, Pos. 43).

5.2.6. T6 Interview mit einer Praxisanleitung

T6, Jahrgang 1972, hat in Berlin ihre Krankenschwesterausbildung absolviert. Seit 2001 lebt und arbeitet sie in Bayern. Die Praxisanleiterin hat viele Jahre als Dauernachtwache in einer Pflegeeinrichtung gearbeitet. Der Zugang zur Praxisanleiterin ist, durch einen persönlichen Kontakt über eine Pflegefachkraft entstanden. T6 ist seit zwei Jahren als freigestellte Praxisanleiterin, in drei Altenheimen und einer Sozialstation tätig. Die Expertin berichtet im Interview zunächst von ihren Erfahrungen als Pflegekraft. Heutzutage, so T6, hat sich ein viel offenerer Umgang mit dem Thema Intimität und Sexualität im Heimkontext entwickelt. In der Vergangenheit wurde das Thema eher tabuisiert. *„Also mittlerweile ist es so, dass man wesentlich besser damit umgeht (T6, Pos. 9).* Veränderungen ergaben sich insbesondere, so die Expertin, durch die neue Pflegeausbildung, mit dem Schwerpunkt der individuellen Pflege und Ressourcenförderung. In der Praxis beobachtet und erlebt T6 oft eher einen offeneren Umgang mit dem Thema von jüngeren Pflegekräften als von älteren, die sich oft noch schwertun.

„Es gibt ja auch Frauen, die Bedürfnisse haben, genau wie Männer. Und da wird jetzt viel mehr und viel sensibler darauf reagiert als früher. Früher wurde geschimpft, wenn eine Frau ihre Hände in der Hose hatte, sozusagen sich selbst befriedigt hat. Unverständnis. Heute geht man raus und kommt zehn Minuten später wieder rein. Das ist schon ein großer Fortschritt“ (T6, Pos. 11).

Offene Gespräche mit den Kolleg*innen helfen, so T6, um dem Tabu mehr und mehr zu begegnen (T6, Pos. 11). T6 spricht auch die rechtlichen Aspekte an, wie die Fürsorgepflicht, insbesondere demenziell erkrankter Menschen. Im Kontext demenziell erkrankter Menschen muss gesondert geschaut werden. Wie bereits erwähnt, gilt Demenz als erhöhter Risikofaktor, Opfer bzw. Betroffene von sexualisierter Gewalt zu werden.

„Wir haben eigentlich jedem Dementen das Recht auf Sexualität abgesprochen“ (T6, Pos. 15).

In der Praxis, der Umsetzung sexueller Rechte von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen sind Pflegekräften oft eher die Hände gebunden. Die praktische Umsetzung wird zusätzlich durch personelle und strukturelle Rahmenbedingungen, erschwert.

„Schwierig ist es halt nur, den Leuten das auch zu ermöglichen, im Altenheim eine vernünftige Sexualität zu leben. Das ist momentan noch der Hauptknackpunkt“ (T6, Pos. 15).

Als wichtigster Schlüssel, um Sexualität als Grundbedürfnis wahrzunehmen und zu ermöglichen, gilt für die Expertin, die Kommunikation (T6, Pos. 17). Grenzen ergeben sich oft eher durch äußere Faktoren, wie Angehörige oder die jeweiligen gesetzlichen Betreuer*innen, die oft unterschiedliche Haltungen zum Thema haben. Auch Angehörige müssen sich dem Thema öffnen. T6 beschreibt den Umgang mit Sexualität im Kontext Pflege als Gratwanderung, bei der auf die Beteiligung aller involvierten Personen geachtet werden muss (T6, Pos. 17).

„Selbstbestimmung, ist für mich das, was man wirklich akzeptieren sollte“ (T6, Pos. 31).

Auf die Frage, wie zugänglich Sexualassistenz für Menschen ist, die in Alten und Pflegeeinrichtungen leben, antwortet T6:

„Ich hoffe, dass sich das durchsetzen wird. Dass sich das weiter rumspricht. Das ist bei vielen noch gar nicht angekommen, dass es sowas gibt. Und, dass es dann noch ein bisschen breiter in die Öffentlichkeit geht. Dass man dafür mehr Verständnis entwickelt und sich das mehr durchsetzt (T6, Pos. 35).

Die individuelle Haltung zum Thema ist für die Pflegeausbilderin eine der wesentlichen Voraussetzung, um einen professionellen Umgang mit Intimität und Sexualität im Kontext Pflege zu erreichen. Auch die Haltung der Angehörigen spielt eine bedeutsame Rolle.

„Es gibt Angehörige, denen das wahnsinnig wichtig ist, wie es demjenigen geht, was er möchte, was er braucht. Und es gibt Angehörige, die es nicht so interessiert“ (T6, Pos. 27).

Von Sexualassistenz hat T6 aus anderen Einrichtungen gehört, kennt allerdings selbst keine Angebote (T6, Pos. 37). Die Verwirklichung und Umsetzung sexueller Rechte im Kontext Pflege, so die Expertin, wird ein langwieriges gesellschaftliches Thema sein (T6, Pos. 41).

„Weil wir ja doch so sagen, der alte Mensch, der hat kaum noch Bedürfnisse. Der soll sauber, satt und trocken sein. Das ist momentan die Richtlinie und wir entwickeln uns ja schon mal, dass er schon mal Beschäftigung bekommt, dass er Lebensaktivität bekommt, dass er Entscheidungsrechte hat (T6, Pos. 41).

Der Fokus der Pflege wird immer mehr, so T6, auf die Bewohner*innen gerichtet. Heutzutage wird vielmehr auf den Schutz der Intim- und Privatsphäre geachtet, wie z.B. bei Bedarf, Schilder an die Tür zu hängen, um die Beachtung der Selbstbestimmung voranzutreiben (T6, Pos. 44). Die Expertin beobachtet eine zunehmende Umsetzung sexueller Rechte. So wird gegenwärtig, bei Übergriffen zunehmend und viel früher auf die Unterstützung von Ärzt*innen und Angehörigen zurückgegriffen (T6, Pos. 55).

„Aber es wäre gut, wenn der Staat, der Bund und die Länder grundsätzlich auch in diesen Bereichen, wesentlich mehr Öffentlichkeitsarbeit machen würden (T6, Pos. 45).

Die Expertin gibt an, dass sie nicht sagen kann, wie die Pflege von Sexualassistenz profitieren kann, da sie nicht weiß, welche Angebote unterbreitet werden (T6, Pos. 47). Grundsätzlich ist die Einrichtungsleitung, gegenüber den Angeboten von Sexualassistenz, positiv eingestellt. Sie glaubt, dass es in den Einrichtungen positive Effekte haben könnte.

„Also ich persönlich finde das gut. Weil, wenn der Mensch entspannt ist, Druck ablässt, ist er weniger aggressiv, ist er entspannt, hat ein gutes Gefühl und dann lässt sich das Zusammenleben wesentlich besser gestalten (T6, Pos. 49).

Wichtig ist vor allem, dass Sexualassistenz angenommen und akzeptiert wird (T6, Pos. 49). T6 glaubt, dass sie dann viel Positives bewirken würde.

„Ein befriedigter Mensch ist nicht aggressiv, der ist müde und schläfrig und glücklich. Glückliche Menschen neigen nicht zu Aggressionen (T6, Pos. 51).

Die Pflegeexpertin gibt im Interview an, dass sie hofft, dass Sexualassistenz zukünftig bekannter und mehr in die Öffentlichkeit getragen wird (T6, Pos. 65). Hinsichtlich der Zukunft des Altenheims vermutet T6, dass es ein sehr digitales sein wird. Die Expertin geht davon aus, dass es aufgrund des Pflegekräftemangels womöglich sehr digitalisiert werden könnte (T6, Pos. 53). Auch T6 hofft, dass die Entwicklung eher in Richtung alternativ betreuter Generationswohngruppen geht, wo Jung und Alt zusammenleben (T6, Pos. 53).

5.3. Interviews mit Sexualassistenz

Die Rekrutierung von potenziellen Teilnehmenden für Interviews aus dem Bereich Sexualassistenz erfolgte über verschiedene Kanäle. Im Internet findet sich, auf der Homepage von Deva Bhusha Glöckner eine Vernetzungsliste von Sexualbegleitung und Sexualassistenz aus Deutschland (vgl. Glöckner 2024). Anfangs wurden gezielt einzelne Sexualassistent*innen per E-Mail kontaktiert. Mindestens zehn Anfragen wurden per E-Mail versendet. Insgesamt meldete sich eine Sexualassistenz zurück, welche allerdings aufgrund zeitlicher Ressourcen die Interviewfragen explizit in Schriftform beantworten wollte. Da es an weiteren Rückmeldungen seitens der Sexualassistenz fehlte, wurde der Radius des Suchkreises erweitert und das Forschungsvorhaben, mit der Bitte um Weiterleitung, an den Berufsverband erotischer und sexueller Dienstleistungen (BesD) e.V. sowie an die Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung (GSPF) versendet. Die Informationen zum Forschungsvorhaben wurden daraufhin weitergeleitet, ohne Resonanz. Ein weiterer Versuch erfolgte über die persönliche Kontaktaufnahme via Telefon. Zwei der in Deutschland mittlerweile bekanntesten Sexualassistent*innen, Stephanie Klee und Nina de Vries, konnten so für ein Interview gewonnen werden und erscheinen in dieser Studie, auf ausdrücklichen Wunsch, mit ihrem Klarnamen.

5.3.1. T7 Interview mit Sexualassistenz Stephanie Klee

Stephanie Klee arbeitet seit vielen Jahren als Sexarbeiterin und Prostituierte. Im Interview erzählt sie, dass sie durch einen Zufall in den Bereich Sexualassistenz gekommen ist. Die Sexualassistentin bietet Workshops in Altenheimen, Hospizen und Krankenhäusern sowie auf Kongressen an, und ist aktiv in Theorie und Praxis. Stephanie Klee beschreibt, wie ihr ihre Berufserfahrung über die Jahre hinweg immer wieder verdeutlicht hat, welche Bedeutung Sexualität für die Menschen hat.

„Das es insbesondere dann, wenn sie lange unterdrückt worden ist, da spielen unterschiedliche Momente eine Rolle, dass sie dann auch einen heilenden Faktor oder ein stabilisierender Faktor haben kann, der über eine Bedürfnisbefriedigung hinaus eine große Rolle spielt“ (T7, Pos. 5).

Im Interview erzählt Stephanie Klee, wie sie im Kontext ihrer Arbeit erfahren konnte, wie Menschen durch ihre Angebote wieder zufriedener und glücklicher wurden, an gemeinsamen Aktionen wieder teilnahmen und nicht mehr übergriffig wurden (T7, Pos. 5). Auf die Frage, wie aus Sicht der Sexualassistenz in der Pflege mit Intimität und Sexualität umgegangen wird, antwortet sie:

„Also, wenn ich von meinen praktischen Erfahrungen auf ihre Frage eingehe, muss ich deutlich sagen, dass das meiste Personal in Einrichtungen, sich mit dem Thema Sexualität sehr schwertut, kaum Worte dafür findet und dass Einrichtungen nicht dann aktiv werden, wenn ein Bewohner, eine Bewohnerin sagt, ich habe Lust auf Sexualität, egal was das heißt. Sondern erst, wenn es zu Alarmsignalen kommt, also wenn zum Beispiel eine Pflegerin am Busen angefasst wird oder gesagt wird, du kannst bei mir beim Waschen da unten auch ein bisschen mehr rubbeln. Dann besteht meistens nicht nur eine Sprachlosigkeit, sondern auch ein Hilferuf (T7, Pos. 7)

Aus vielen Seminaren, die die Sexualassistentin in unterschiedlichen Einrichtungen gehalten hat, wurde ihr immer wieder deutlich, dass zu wenig themenspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, um auf das Thema Sexualität vorzubereiten (T6, Pos. 7). Auf die Frage, wie seitens der Pflegekräfte mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen wird, berichtet die Expertin, dass sie oft junges Personal erlebt, das sich entsetzt zeigt, und ein adäquater Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von Bewohner*innen fehlt.

„Und auch ein Unvermögen da ist, zum Teil, die Ansprüche, die man für sich selbst hat, also ich habe ein Recht auf meine Sexualität, ich habe ein Recht auf meine sexuelle Selbstbestimmung, dass auch jenen Menschen zuzugestehen, die sich in ihrer Obhut befinden, also die bedeutend älter sind, die pflegebedürftig sind, die vielleicht kurz vor dem Tod stehen, in Hospizeinrichtungen, und das bezieht sich natürlich auch auf Behinderteneinrichtungen. Also ganz viele Grundbedürfnisse, zum Thema Sexualität, werden in den Einrichtungen nicht gesehen, nicht unterstützt“ (T7, Pos. 7).

Trotz dessen, dass es ein Menschenrecht ist, das sowohl durch die WHO als auch im Grundgesetz und der Pflege-Charta verankert ist.

„Und da steht in der Pflege-Charta ein Paragraph, der sagt, natürlich können Sie in unserer Einrichtung Ihre Sexualität ausleben, soweit damit nicht die Rechte von anderen verletzt werden und natürlich in ihrem privaten Bereich. Das heißt, dass jeder Bewohner, Bewohnerin einer Einrichtung in seinem Zimmer machen darf, was er/sie will. Und dieses Recht wird zu wenig gesehen und zu wenig durchgesetzt (T7, Pos. 7).

Die Sexualassistentin wird im Weiteren gefragt, welche sexuellen Bedürfnisse ihrer Ansicht nach Menschen haben, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben. Darauf erwidert sie:

„Ich werde tatsächlich fast nur von Angehörigen, von Pflegepersonal, von Betreuern angesprochen, wenn es zu Übergriffen gekommen ist. Also, wenn das Kind bereits in den

Brunnen gefallen ist, wenn der Schrei nach Sexualität schon so laut ist, dass er nicht überhört werden kann“ (T7, Pos. 9).

Oft begegnet ihr dann Sprachlosigkeit und sie muss erstmal eine Brücke bauen, um mit dem Personal und/ oder auch den Angehörigen offen reden zu können.

„Und dann begegne ich, und wenn ich den ersten Kontakt zu den Herren, zu der Dame in der Einrichtung bekomme, der gleichen Vielfalt von sexuellen Wünschen, die wir in allen anderen Personengruppen auch haben. Ob das der Wunsch nach Nähe ist, ich will noch mal eine Brust küssen. Ob das der Wunsch ist, ich möchte noch mal tanzen, ich möchte massiert werden, ich möchte einen Orgasmus haben, ich möchte noch mal am Ende meines Lebens mir einen Wunsch erfüllen, in Dessous vor dir stehen, also in weibliche Kleidung, mich dir präsentieren. Oder, ich möchte als Mann mit einer transsexuellen Person Kontakt haben oder ich möchte erleben, was BDSM ist“ (T7, Pos. 9).

Stephanie Klee spricht auch das Thema Selbstbefriedigung an. Sie erzählt von weiblichen Kundinnen, die den Wunsch äußerten, Unterstützung bei der Masturbation zu erhalten oder wollten spüren, wie es ist, eine Domina zu sein (T7, Pos. 9). Auf die Frage, wie zugänglich Sexualassistenten für die Bewohner*innen ist, antwortet die Expertin *„gar nicht“* (T7, Pos. 11).

„Es wird, das ist meine Erfahrung, immer nur hinter vorgehaltener Hand weitererzählt. Also ich werde nur in Konfliktsituationen weitervermittelt“ (T7, Pos. 11).

Stephanie Klee wird oft eher in konflikthafter Situationen hinzugezogen, oft durch die Weitergabe ihres Kontakts. Es gibt, so die Sexualassistentin, genug Kolleginnen in den unterschiedlichen Bereichen in Deutschland, die ihre Arbeit gut machen und ein Netzwerk aufgebaut haben.

„Der Bedarf ist sehr, sehr, sehr viel größer. Es gibt auch genug Sexualassistentinnen, die den Job gerne ausüben. Aber der Weg vom Bedarf zu uns ist noch mit unterschiedlichen Hürden gepflastert (T7, Pos. 11).

Grundsätzlich hält Stephanie Klee alle Sexarbeiterinnen, für fähig, in diesem Bereich zu arbeiten, außer Personen, die neu in dem Aufgabengebiet angefangen haben.

„Aber es muss natürlich im Bereich Sexarbeit einiges mehr geleistet werden als im Bordell. Das heißt, man begibt sich erst mal aus der Anonymität in die Öffentlichkeit. Das heißt, ich muss in der Lage sein, das Telefonat zu führen, die Akquise zu machen und dann

in das Seniorenheim oder eine andere Einrichtung zu gehen. Das heißt, an der Pforte, auf der Station wissen dann gegebenenfalls alle, ah, guck mal da, da kommt Stephanie, die geht jetzt zum Herrn M. und die haben Sex miteinander. Dafür braucht man ein gewisses Standing. Dann muss man sich mit den Kunden beschäftigen und umgehen können und in der Lage sein, mit bestimmten Krankheiten und Behinderungen umzugehen. Das heißt, man begegnet Personen, die im Rollstuhl sitzen, die das Bett nicht mehr verlassen, die an Schläuchen hängen, die eingeschränkt in der Lage sind, sich zu verbalisieren, sich zu bewegen (T7, Pos. 13).

Stephanie Klee begegnet in den Einrichtungen unterschiedlichen Menschen, die unterschiedliche Voraussetzungen haben. Insgesamt sollten sich Sexarbeitende darüber bewusst sein, dass, wenn sie als Sexualassistentin agieren, sie sich in einen anderen Kontext begeben.

„Und es liegt natürlich, ich sage immer, für mich ein gewisser Geruch in der Luft. Das ist von den Reinigungsmitteln. Das ist auch ein Geruch von Krankheit und Medikamenten und ich sage nur, dass die Reinigung auch der Person schwierig ist (T7, Pos. 13).

Auf die Frage, wie ein angemessener Zugang zu den Angeboten von Sexualassistenten in den Einrichtungen gewährleistet werden könnte, antwortet Stephanie Klee, dass sie stark dafür plädiert, dass das Thema Sexualität breiter in der Ausbildung Platz findet. Sie sieht Hoffnung darin, dass die Pflege allgemein mehr auf einen universitären Standard gehoben wird, so dass in den Einrichtungen das Thema Sexualität endlich einen Platz findet.

„Also in der innerbetrieblichen Ausbildung und auch in der Haltung, die von oben vom Kopf bis zum letzten am Personal deutlich wird, Sexualität ist hier ein Grundbedürfnis (T7, Pos. 15).

In der Praxis könnte sich die Expertin vorstellen, dass Informationstafeln dazu dienen könnten, Werbung für Sexualassistenten zu machen. Oft finden sich auf den Informationstafeln Bilder des Pflegepersonals, Angebote von Friseur*innen, Physiotherapie und Fußpflege.

„Und warum kann da nicht auch ein Bild einer Sexualassistentin oder zumindest das Thema Sexualassistenten dastehen. Das Thema sollte ebenso, in der Biographiearbeit und in die Aufnahmegespräche einen Platz finden. Warum soll die Frage, bei einem Aufnahmegespräch, nicht möglich sein, wie zum Beispiel: Wie haben Sie sexuell bisher gelebt? Ich sage immer, wenn die 68er-Generation ins Altenheim kommt, die werden dort die Revolution veranstalten. Die werden sich nicht gefallen lassen, dass sie gegebenenfalls

gestört werden, wenn sie einen Pornofilm sehen oder wenn sie sexuelle Kontakte aufbauen oder wenn sie wilde Partys feiern. Die werden da Rambazamba machen (T7, Pos. 15)

Für Stephanie Klee haben die Angebote von Sexualassistenz einen präventiven Charakter, oft fallen dadurch Übergriffe oder Unannehmlichkeiten weg und in den Einrichtungen läuft es dadurch insgesamt runder (T7, Pos. 18).

„Ich glaube, eine ganz große Rolle spielt, dass sie eine Sexualassistentin, Sexualassistenten kennenlernen müssen. Ich erlebe immer wieder, egal ob ich Tagesseminare oder auch Workshops mache, dass das Pflegepersonal sagt: „Oh mein Gott, mit Ihnen kann man ja ganz normal reden“. Dass passt natürlich nicht mit dem Bild überein, was sie von einer Sexarbeiterin haben, ich sag mal, geschminkt, in Stöckelschuhen, mit Strapsen und vulgär. Das stimmt mit dem Bild der Sexualassistenz auf keinen Fall überein (T7, Pos. 20).

Insgesamt, so Stephanie Klee, führt ihre Arbeit zu mehr Geselligkeit der Person und trägt allgemein zu einem besseren Lebensgefühl bei, was auch zu mehr Teilnahme am alltäglichen Leben führt.

„Für die einzelne Person ist das eindeutig eine verbesserte Lebensqualität (T7, Pos. 18).

Letztlich kann Sexualassistenz, abhängig von der einzelnen Einrichtung, individuell schauen, wie ihre Erfahrungen, ihr Knowhow und ihre Kompetenzen zum Wohle aller in einer Einrichtung genutzt werden können (T7, Pos. 20-21). Im Rahmen der Zukunftsfrage zum Altenheim, äußert Stephanie Klee den Wunsch:

„Und ich würde mir für unsere Gesellschaft wünschen, dass es zu mehr generationsübergreifenden Wohnen kommt. Denn die Erfahrung, die ich gemacht habe, ist, dass 99 Prozent oder vielleicht 100 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren- und Pflegeeinrichtungen und auch von Behinderteneinrichtungen, sagen: „Eigentlich wollte ich nie hierhin“. Sie werden aus dem täglichen, selbstbestimmten und kiezbezogenen Miteinander herausgezogen, verdrängt, weil sie eben körperliche Gebrechen haben. Ich würde mir wünschen, dass das anders geregelt werden kann“ (T7, Pos. 24).

Am Ende des Interviews resümiert Stephanie Klee, dass sie es gut findet, dass sich die Autor*in dem Thema angenommen hat und eine zunehmende wissenschaftliche Auseinandersetzung stattfindet. Damit wird deutlich, dass das Thema bei einzelnen Personen angekommen ist. In diesem Zusammenhang wünscht sich die Expertin mehr öffentliche Diskussion und Auseinandersetzung mit dem Themenfeld (T7, Pos. 26).

5.3.2. T8 Interview mit Sexualassistentin Nina de Vries

Nina de Vries, eine niederländische Sexualassistentin, erklärte sich ebenso zum Interview bereit und wird im Weiteren, auf ausdrücklichen Wunsch, mit ihrem Klarnamen genannt. Nina de Vries wurde 1961 in den Niederlanden geboren und hat in den 1980er Jahren eine therapeutische und Körperarbeit-Ausbildung absolviert. Die Themen waren unter anderem Beziehungen, Sexualität und Meditation. Ihre Erfahrungen basierten zunächst auf erotischen, tantrischen und sinnlichen Massagen, die sie gegen Bezahlung, angeboten hat. Ihre Angebote wurden zunächst von sogenannten nichtbehinderten Männern angenommen, dann meldeten sich zunehmend auch körperbehinderte Männer. Nina de Vries erzählt, dass ihre Angebote durch Fernsehauftritte und Zeitungsartikel immer bekannter wurden und sich nach und nach auch Angehörige und Betreuungseinrichtungen an sie wendeten. In der Folge erweiterten sich ihre Angebote für Menschen mit kognitiven Behinderungen, Autismus Spektrum Störungen und Menschen mit Demenz. Seit ca. 1999 erhielt sie mehr und mehr Anfragen für Kongresse, Tagungen, interne Fortbildungen in Einrichtungen, Universitäten und im Kontext von Pflege- und Heilerziehungspflegeausbildungen. Gegenwärtig arbeitet sie fast nur noch mit Menschen, die schwer kognitiv beeinträchtigt sind.

„Mein Angebot ist für Männer und Frauen. Ich biete aktive Sexualassistenten an, und in meinem Fall beinhaltet das Kuscheln, Halten, Streicheln, auch die sogenannten erogenen Zonen und nackter Körperkontakt. Ich biete keinen Geschlechtsverkehr und Oralkontakt an und das ist nicht, weil ich das schlecht oder unmoralisch finde, sondern weil ich das nicht möchte. Es ist eine persönliche Grenze (T8, Pos. 3).

Auf die Frage, was der Sexualassistentin spontan zu dem Thema Sexualität im Alter einfällt, erwidert sie:

„Ich sehe viel Einsamkeit in den Pflegeeinrichtungen, Ersatzbefriedigungen, Überforderungen, sowohl beim Personal als auch bei den Bewohnern (T8, Pos. 5).

Den Umgang, mit Intimität und Sexualität in den Einrichtungen, erlebt die Sexualassistentin oft, als sehr schambehaftet.

„Einrichtungen und Angehörige sind oft sehr schamhaft. Das ist das, was ich dann so mitbekomme (T8, Pos. 7).

Die Sexualassistentin gibt zu bedenken, dass sie oft erst dann hinzugezogen wird, wenn es bereits zu sogenannten Übergriffen gekommen ist (T8, Pos. 9).

„Also das heißt, dass Bewohner, meist Männer, versuchen, Personal, weibliches Personal zu berühren oder andere Bewohnerinnen, die dann manchmal auch nicht orientiert sind (T8, Pos. 9).

Auf die Frage, welche Rechte Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen haben antwortet die Expertin:

„Ja das hängt von das Heim ab, wo sie sind. Und dann kann man natürlich auf die Webseite gucken, da sieht das dann alles ganz toll aus. Aber, wie es in der Realität ist, das kann ich nicht sagen (T8, Pos. 10-11).

Entsprechend der Expertise der Sexualassistenten haben Menschen unterschiedliche sexuelle Wünsche und Bedürfnisse.

„Es gibt so viele Bedürfnisse, wie es unterschiedliche Menschen gibt. Manche werden da nichts mit zu tun haben wollen. Ich denke, dass schon ganz viel Bedürfnis ist, eigentlich. Aber das wird meistens wahrscheinlich auch gar nicht, das wird ziemlich unterdrückt, denke ich auch, nach einfach Zärtlichkeit und Gesehen werden. (T8, Pos. 15).

Die Sexualassistentin erzählt aus ihren Erfahrungen und berichtet in diesem Zusammenhang, dass es Männer gibt, die schon über 90 Jahre alt sind und eine scheinbar endlose Potenz aufweisen. Mit den sexuellen Wünschen und Bedürfnissen von weiblichen Bewohnerinnen hat sie weniger Erfahrungen.

„Ich denke, dass auch noch viele, die jetzt im Heim sind, mit 90 oder älter, haben möglicherweise auch noch ganz viele Schrecken erlebt in ihrer Kindheit. Das spielt da auch alles mit rein (T8, Pos. 15).

Nina de Vries betrachtet Menschen grundsätzlich als sexuelle Wesen und betont die Bedeutung der sexuellen Gesundheit (T8, Pos. 17). Hinsichtlich der Zugänglichkeit von Angeboten der Sexualassistenten für Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben, antwortet sie:

„Das hängt wieder komplett ab von der jeweiligen Einrichtung oder die Angehörigen (T8, Pos. 18-19).

Die Sexualassistentin verweist auf die oft fehlenden Konzepte von Pflegeeinrichtungen zum Umgang mit Sexualität, Intimität und Sinnlichkeit, das müsste ein Konzept bzw. ein Leitfaden sein, wonach sich Mitarbeitende richten können, an denen sich alle Beteiligten orientieren können und das nicht in einer Schublade landet (T8, Pos. 19). Laut Expertise der

Sexualassistentin braucht es mehr sexualpädagogische Fortbildungen von qualitativ hohem Niveau (T8, Pos. 19).

„Und in diesen Fortbildungen sind dann Themen: die eigene Sexualität und Beziehungsgeschichte, eigene Grenzen und Möglichkeiten, lernen, darüber zu sprechen, ohne rot werden und kichern (T8, Pos. 19).

Die Expertin geht davon aus, dass die Thematisierung und Weiterbildung schon sehr hilfreich für die Mitarbeitenden sein kann, um ein Selbstbewusstsein zu entwickeln, so dass sie handlungsfähig bleiben und sich nicht sofort überfordert fühlen, sich abwenden oder beschämt sind, wenn das Thema auftaucht (T8, Pos. 19).

„In dieser ganzen Pflegekultur gibt es eigentlich wenig Bewusstheit (T8, Pos. 19-20).

Die Sexualassistentin erlebt den Kontakt zu den Kunden oft als problemfrei, vielmehr zeigen sich eher Schwierigkeiten im Umgang mit dem Pflegepersonal.

„Meine Erfahrung ist es, dass ich mit den Klienten meist problemlos klarkomme. Der Kontakt zum Personal ist nicht selten ein Spießroutenlauf (T8, Pos. 21).

Oft erlebt sie das Personal als „ungebildet, überfordert, schamhaft“. Sie betont, dass es oft eigentlich mehr Arbeit mit dem Umfeld ist als mit dem Menschen selbst (T8, Pos. 21). Auf die Frage, wie ein angemessener Zugang zu Sexualassistenz aussehen könnte, antwortet die Expertin, dass vor allem gelebte Konzepte und Fortbildungen wesentlich sind.

„Einfach nur darüber sprechen können oder schreiben oder sich austauschen können, bringt schon so viel Erleichterung. Davon bin ich absolut überzeugt (T8, Pos. 25).

Mit Möglichkeiten zum Austausch, zur Kommunikation und die Auseinandersetzung mit individuellen Grenzen kann der Schamhaftigkeit und Sprachlosigkeit begegnet werden. Das Altenheim der Zukunft, so Nina de Vries, wird sich mit Sicherheit, vor allem im Kontext Sexualität, verändern. Auf Kongressen, so die Expertin, wird oft berichtet, dass sich hinsichtlich der unterschiedlichen Lebenserfahrungen und -geschichten viel ändern wird. Die noch aktuelle Generation, die im Altenheim lebt, ist ganz anders aufgewachsen.

„Die sind einfach durch ihre Lebensgeschichte, die auch viel mit Hunger und Mangel oft zu tun hatte, durch den Krieg und so weiter. Die sind schon sehr glücklich, wenn sie einfach zu essen haben und so weiter (T8, Pos. 27).

Die Zukunft wird sich vermutlich dahin gehend ändern, so Vries, dass andere Generationen ins Alter kommen, mit ganz anderen Vorstellungen von Sexualität. Diese Generation wird sich vermutlich nicht damit abgeben, dass sie ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse nicht ausleben kann.

Die oben angeführten Interviews wurden alle im Zeitraum von April bis Juni 2024 durchgeführt. Im folgenden Kapitel soll eine ausführliche Auswertung der empirischen Untersuchung der Stichprobe (N=8) erfolgen.

6. Auswertung der empirischen Untersuchung

Die Auswertung, der vorliegenden empirischen Studie soll mittels der *fokussierten Inhaltsanalyse mit Hilfe von MAXQDA nach Kuckartz und Rädiker (2020)* erfolgen. Der zentrale Ausgangspunkt ist dabei, die Beantwortung der Forschungsfragen zu erreichen (vgl. ebd.). Im Gegensatz zur klassischen wird mit der fokussierten Inhaltsanalyse gezielt nach bestimmten Inhalten, Mustern oder Themen gesucht. Alle Forschungsbemühungen sollen auf die Beantwortung der Forschungsfragen gerichtet sein (vgl. ebd. 2020: S. 7). Wichtig ist in diesem Prozess sich immer wieder der zugrundeliegenden Forschungsfragen zu besinnen (vgl. ebd.). Bei der Analyse der erhobenen Daten sollte ein Bewusstsein darüber bestehen, dass die untersuchten Phänomene mehr oder weniger durch eine vorgeprägte Perspektive gesehen werden (vgl. ebd.). In den Ausführungen von Kuckartz & Rädiker (2020: S. 11f) wird darauf hingewiesen, dass die forschende Person eine reflektierende Haltung einnehmen, das heißt sich mit bestimmten Vorannahmen und Vermutungen über die untersuchten Zusammenhänge auseinandersetzen soll. Die Forschenden sollen sich demzufolge zuvor überlegen, wovon sie ausgehen, wenn eine Frage gestellt wird. Im Forschungsprozess bietet sich ein klares methodisches Vorgehen an (vgl. Kuckartz & Rädiker 2020). Die *fokussierte Inhaltsanalyse* kann als wertvolles Werkzeug für qualitative Forschung verstanden werden, welches es ermöglicht, komplexe Daten systematisch zu untersuchen und relevanten Erkenntnisse zu generieren (vgl. ebd.). Das *fokussierte Interview* kommt beispielsweise im Bildungskontext zum Einsatz (vgl. ebd.: S. XVI).

„Fokussierung ist also gerade in der qualitativen Forschung erforderlich und ihr wird ständig durch die Vielfalt des Materials und die vielfältigen Aspekte der Lebenswelt entgegengearbeitet. Insofern ist es von elementarer Wichtigkeit, sich immer wieder der Forschungsfrage(n) zu erinnern (Kuckartz & Rädiker 2020: S. 10).

Zu Beginn des Auswertungsprozesses sollen alle durchgeführten Interviews wiederholt gelesen werden und die beginnende Arbeit an den Interviews erfolgen. Die Forschenden sollen sich mit den verschriftlichten Texten vertraut machen, Auffälligkeiten sowie Muster

erkennen und die Fälle als Ganzes betrachten (Kuckartz & Rädiker 2020: S. 13). Anschließend soll eine systematische Strukturierung der Interviews erfolgen, um einen Überblick über alle Aussagen und Erkenntnisse zu erhalten. Zum Prozess der Auswertung sollen die Daten vorbereitet und organisiert werden. Dafür soll die Software MAXQDA zum Einsatz kommen und unterstützend zur Auswertung und Inhaltsanalyse herangezogen werden. Die Software MAXQDA kann ebenso bei der Verschriftlichung der Interviews helfen, die im Prozess nach bestimmten Transkriptionsregeln nachbereitet werden (vgl. ebd.). Wichtig ist, dass alle Interviews, auf die gleiche Art und Weise, analysiert werden und Forschende das Geschehen, innerhalb des Forschungsprozesses, möglichst offenlegen, um eine Nachvollziehbarkeit der wissenschaftlichen Studie zu erreichen (vgl. ebd.).

Der nächste Abschnitt soll den Prozess vom Transkript zur Datenauswertung beschreiben. Die Vorgehensweise bei der Bearbeitung und Auswertung der erhobenen Daten und Informationen soll im Folgenden weitere Einblicke in den Forschungsprozess ermöglichen.

6.1. Transkription und Datenauswertung

Die durchgeführten Interviews der vorliegenden Studie wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und im weiteren Prozess mittels der Software MAXQDA verschriftlicht, geglättet und zur Verarbeitung vorbereitet (vgl. Kuckartz & Rädiker 2020: S. 1f). Die Interviews wurden anschließend nach festgelegten Regeln (siehe A5 Transkriptionsregeln) verschriftlicht. Für die Untersuchung relevant waren vor allem die Kernaussagen der Teilnehmenden, so dass im Kontext der Transkription keine wesentliche Beachtung der Pausen vorgenommen wurde. Alle Transkripte sind in Absätzen strukturiert, um für mehr Übersichtlichkeit zu sorgen. Die Inhalte der Interviews wurden in erzählerischer Form dargestellt (siehe 5.2 und 5.3). Nach den Vorgaben von Kuckartz & Rädiker (2020: S. 21f) wurde im Kontext der Vorbereitung und Organisation der Daten eine systematische Anordnung der Interviews mit dem Softwareprogramm MAXQDA vorgenommen. Daran anknüpfend erfolgte eine fokussierte Auseinandersetzung mit den Inhalten des Gesagten. Die erzeugten Transkripte wurden gelesen und nochmals korrigiert. Mittels der Software MAXQDA wurden die Interviews im ersten Schritt in zwei Dokumentengruppen angelegt: Gruppe Expert*innen aus der Pflege und Gruppe Sexualassistenz. Anschließend wurden die Daten mit Hilfe von analytischen Werkzeugen mit den sogenannten Codes, versehen. Die Codes wurden im darauffolgenden Schritt bestimmten Schlüsselkategorien zugeordnet (vgl. ebd.: S. 25). Die Bildung von Kategorien kann der Klassifizierung, Reduzierung, Abstrahierung und Bedeutungszuschreibung dienen und für die Auswertung der Daten genutzt werden (vgl. ebd.). *„Kategorien sind ein wichtiges Werkzeug zur Analyse qualitativer Daten“* (Kuckartz & Rädiker 2020: S. 26). Voraussetzung ist, dass im Vorfeld

bestimmte Kategorien als Basiskategorien klar definiert werden, und die Leitfragen wiederum der Bildung von Kategorien dienen (vgl. ebd.).

Der sich anschließende Abschnitt beschäftigt sich mit der Methodik *fokussierte Inhaltsanalyse mit MAXQDA* und gibt Einblicke in die inhaltliche Analyse.

6.2. Fokussierte Inhaltsanalyse mit MAXQDA nach Kuckartz & Rädiker

In der vorliegenden Untersuchung wurden die erhobenen Ergebnisse, mit Hilfe der *fokussierten Inhaltsanalyse mit MAXQDA nach Kuckartz und Rädiker (2020)* ausgewertet. Mittels der fokussierten Inhaltsanalyse mit MAXQDA können die erhobenen Daten systematisch eingeschätzt, klassifiziert und letztlich bewertet werden (vgl. ebd.). Bei der Vorgehensweise sollen in sechs aufeinander folgenden Schritten die erhobenen Daten und Informationen, systematisch bearbeitet und ausgewertet werden (vgl. ebd.). Im ersten Schritt wurden, zu Beginn der Analyse, zunächst die erhobenen Daten vorbereitet und im Programm MAXQDA zur Bearbeitung aufbereitet (vgl. ebd.: S. 1f). Alle Interviews wurden dementsprechend in das Programm importiert und in zwei Dokumentengruppen eingeteilt, so dass die gezielte Datenverarbeitung mit computergestützter Software erfolgen konnte. Im zweiten Schritt wurde ein Kategorien- bzw. Kodierungssystem entwickelt, das auf den Fragen des Leitfadens gründet. Die aus Leitfaden und Forschungsaspekten entwickelten Kategorien dienten als zentrales Analysemittel für die Beantwortung der Forschungsfragen (vgl. ebd. S.: 23f). Im dritten Schritt wurde die Basiscodierung vorgenommen (vgl. ebd.: S. 43f). Im Kontext der Kodierung wurde im Vorfeld Kategorien formuliert und festgelegt (siehe A5 Kodierleitfaden), um auch diesen Prozess transparenter zu gestalten (vgl. ebd.: S. 45). Danach wurde im vierten Schritt die Arbeit am Kategoriensystem fortgesetzt und es wurde zu einem feingliedrigen Kategoriensystems (Feincodierung) weiterentwickelt (vgl. ebd.: S. 55). Die Analyse der Ergebnisse wurde im fünften Schritt mittels des Kodierungssystems vorgenommen (vgl. ebd.: S. 75f). Im abschließenden sechsten Schritt wurde eine Dokumentation der Analyse vorgenommen (vgl. ebd. S. 109).

Im folgenden Abschnitt soll auf das ausgearbeitete Kategoriensystem eingegangen und die aufgestellten Hauptkategorien beschrieben werden.

6.3. Darstellung des Kategoriensystems

Die Struktur des Kategoriensystems bilden alle identifizierten inhaltlichen Aspekte. Die Konzentration richtete sich vor allem auf inhaltliche Aspekte, die für die Forschungsfragen relevant sind (vgl. Kuckartz & Rädiker 2020). Die aus dem Datenmaterial aufgestellten Kategorien wurden mittels der Software MAXQDA erstellt und im weiteren Verlauf der Arbeit durch Subkategorien ergänzt. Dann wurden relevante Textzeilen den jeweiligen

Kategorien zugeordnet. Nicht relevante Textzeilen wurden nicht codiert (vgl. ebd.). Im Kontext der Forschungsarbeit wurden 5 Hauptkategorien, mit insgesamt 28 Subkategorien, gebildet. Die Hauptkategorien werden im Folgenden beschrieben.

Die Kategorie *sexuelle Rechte* bildet die erste Hauptkategorie. Die Kategorie wurde aufgestellt, um gezielt konkrete Antworten auf die vorangestellte Forschungsfrage zu erhalten. In drei Subkategorien wurden Daten und Informationen, zur Umsetzung sexueller Rechte im Pflegekontext, gesammelt. Hier wurden Fallbeispiele reingenommen, bei denen sexuelle Rechte entweder ermöglicht wurden oder die Umsetzung begrenzt oder gar nicht möglich ist. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung hat die dritte Subkategorie gebildet.

Die Kategorie *Struktur und Rahmenbedingungen* beinhaltet Subkategorien, die unterschiedliche beeinflussende Faktoren aufzeigen, die eine Umsetzung sexueller Rechte im Kontext Pflege aufgrund strukturell bedingter Gegebenheiten erschweren und beeinflussen. Dazu zählen Subkategorien wie starre Strukturen, fehlende Konzepte und Richtlinien zu Intimität und Sexualität, fehlende Kommunikation bis hin zum Pflegekräftemangel.

In der Kategorie *Haltung und Professionalität* befinden sich Subkategorien zum beruflichen Selbstverständnis. Mit den Subkategorien wurden relevante Bezugspunkte gesammelt, die mit persönlichen Einstellungen und Professionalität zum Thema Sexualität, zusammenhängen. Subkategorien, wie Haltung zu Sexualität, Scham, Informationsbedarf, Sprachlosigkeit und fehlende Kommunikation wurden im Kontext der Feinkodierung erfasst.

Nach längeren Überlegungen wurde die Kategorie *Aus-, Fort- und Weiterbildung* getrennt, von Struktur und Rahmenbedingungen, gebildet. Sexuelle Bildung kann eine besondere Rolle im Kontext Pflege zukommen. Die Kategorie beinhaltet Aussagen und Informationen zu Bedarfen und Wünschen im Kontext des Aus- und Weiterbildungssektors. Mit den Subkategorien, sexuelle Bildung und Wunsch nach Weiterbildung, wird der Bedarf und Wunsch nach sexueller Bildung erfasst.

Mit der Kategorie *Profitieren von Sexualassistenten* soll ein allgemeines Stimmungsbild eingeholt werden und ergänzt die Beantwortung der vorausgegangenen Forschungsfrage, dienen.

Die folgende Abbildung 1 gibt Einblicke in das Kodierungssystem mit Haupt- und Subkategorien.

Kodierungssystem

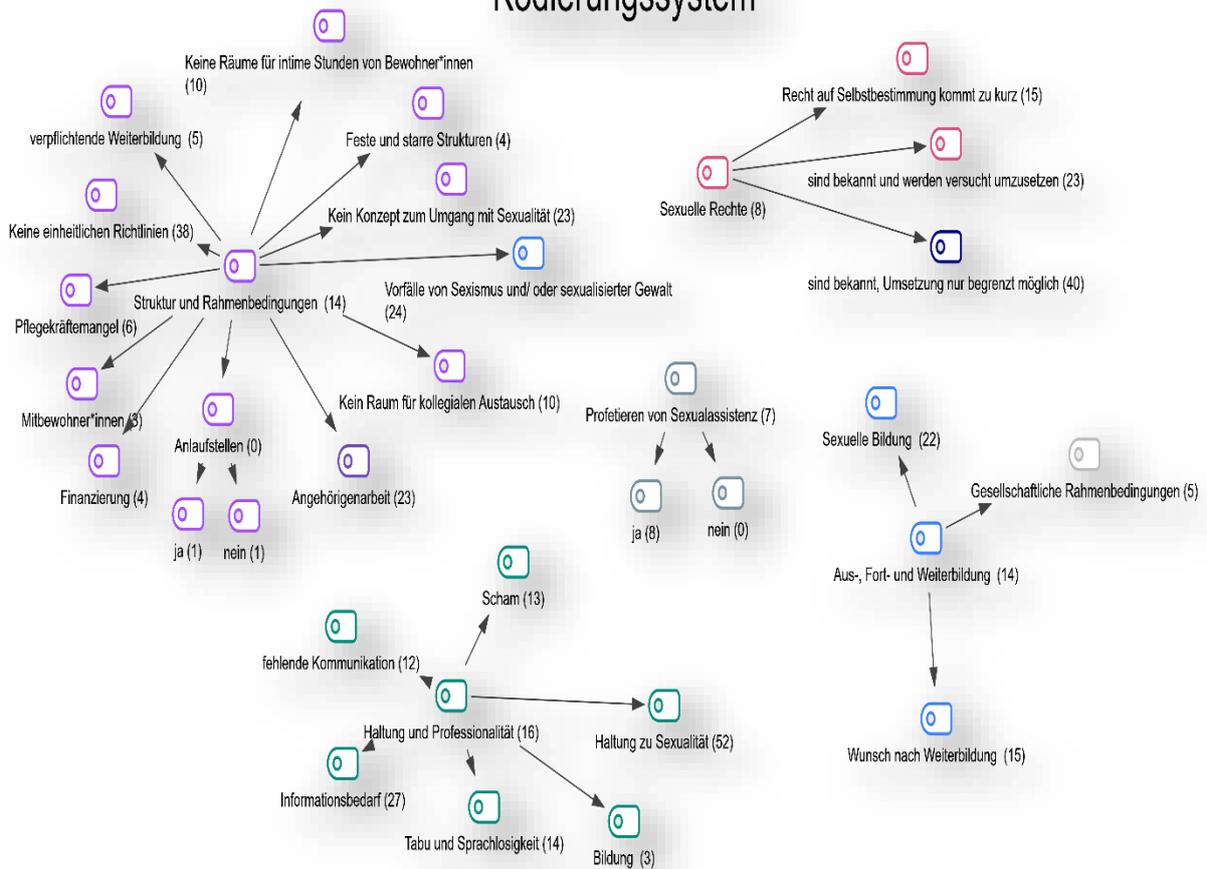


Abbildung 1: Kodierungssystem mit MAXQDA (eigene Darstellung)

Das nächste Kapitel soll sich im Weiteren der Ergebnisdarstellung widmen. Die erhobenen Daten werden in den folgenden Ausführungen präsentiert.

7. Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse aus der fokussierten Inhaltsanalyse sollen in diesem Abschnitt präsentiert und dargestellt werden. Bei der Auswertung und Analyse der Stichprobe (N=8) wurde Datenmaterial erhoben, um nachfolgend die Forschungsfragen möglichst beantworten zu können. Zu den jeweiligen gebildeten Hauptkategorien wurden Antworten der Teilnehmenden als Subkategorien aufgeführt. In den folgenden Ausführungen werden die Hauptkategorien mit Ergebnissen aus den Interviews zur Beantwortung der vorangestellten Forschungsfragen herangezogen. Die Hauptkategorien, die am häufigsten in den Ergebnissen auftauchten, wurden als wesentliche Faktoren gewertet, die mehr oder weniger die Umsetzung sexueller Rechte im Kontext Pflege, beeinflussen. Zu den klassifizierten Hauptkategorien zählen Struktur und Rahmenbedingungen, Haltung und Professionalisierung und Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zu diesen Kategorien wurden die meisten Subkategorien gebildet. In den nächsten Abschnitten sollen mittels der Hauptkategorien Antworten auf die Forschungsfragen geliefert werden. Die Ausführungen sollen transparent machen, zu welchen Ergebnissen die vorliegende Studie gekommen ist.

7.1. Struktur und Rahmenbedingungen

Die Kategorie *Struktur und Rahmenbedingungen* nimmt, bei der Beantwortung der Forschungsfragen eine wesentliche Bedeutung ein. Die Hauptkategorie wurde, von der Stichprobe (N=8), am häufigsten benannt und thematisiert. Um einen besseren Eindruck zu erhalten, welche Faktoren zur Kategorie *Struktur und Rahmenbedingungen* generiert wurden, soll die folgende Übersicht einen Überblick zu den relevanten Daten ermöglichen. Die Abbildung 2 zeigt alle Subkategorien, die von der Stichprobe (N=8) angesprochen wurden.

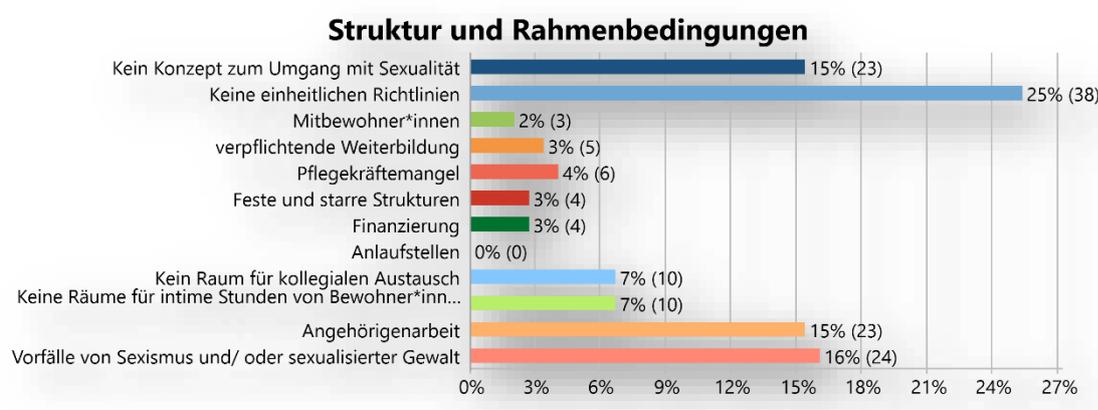


Abbildung 2: Übersicht der codierten Segmente zur Kategorie Struktur und Rahmenbedingungen aus MAXQDA

Die Auswertung der Daten lässt darauf schließen, dass fehlende Konzepte und Richtlinien zum Umgang mit Intimität und Sexualität die Umsetzung sexueller Rechte im Kontext

Pflege erschweren und mitunter unmöglich machen. In Bögen zur Aufnahme von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen werden sexuelle Bedürfnisse und Wünsche nicht erfasst. T1, eine ambulante Pflegekraft, äußert sich dazu im Interview wie folgt:

„... ich finde, sowas sollte zumindest auch in so einem Anamnesebogen, wenn derjenige sich auch noch klar äußern kann, sollte sowas mit abgefragt werden. Ob es da irgendwelche Wünsche gibt, ob man da vielleicht auch unterstützen kann, in irgendeiner Form, dass man irgendwelche Dinge ermöglicht oder so“ (vgl. T1, Pos 19).

Eine Expertin aus dem Bereich Sexologie und Pflegemanagement betont im Interview, dass aktuell keine Abfrage zu sexuellen Bedürfnissen und Wünschen vorgenommen wird und schlägt vor:

„Eine Richtlinie könnte zum Beispiel sein, dass sexuelle Bedürfnisse und Wünsche bei der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung mit abgefragt werden könnten“ (vgl. T3, Pos. 21).

Oft fehlen neben den bereits angeführten Faktoren, einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen wie Rückzugsorte und Räumlichkeiten, sowohl für Bewohner*innen als auch für die Mitarbeitenden (siehe Abbildung 2). Von nahezu allen Interviewteilnehmenden wurde die Problematik der fehlenden Räumlichkeiten, wie Doppelzimmer, keine Räume für intime Stunden, als Grund für Einschränkungen in der Umsetzung sexueller Rechte, angeführt.

Weitere Einschränkungen können sich laut Stichprobe (N=8) hinsichtlich der Zusammenarbeit und Kooperation mit den Angehörigen ergeben. Angehörigenarbeit wurde im Kontext der Forschung zunächst als Hauptkategorie angeführt. Im weiteren Prozess wurde die Kategorie der Hauptkategorie *Struktur und Rahmenbedingungen* zugeordnet. Eine Pflegeausbilderin berichtet von einem Fall:

„Da gab es auch einen Fall, die Frau war dement, der Mann ist auch nicht mehr ganz orientiert gewesen. Die haben sich dann gefunden, da gab es von den Angehörigen ein Riesentheater, das weiß ich noch. Und dann haben wir auch viel mit den Angehörigen reden müssen, dass das so ist, dass die das vergessen, die Familiengeschichte, den Ehemann vergessen und die eine neue Liebelei hatten. Und dann sollten wir das unterbinden und dann mussten wir uns auch erstmal mit den Angehörigen zusammensetzen und haben gesagt, das ist nicht so einfach (T6, Pos. 17).

Die Angehörigenarbeit nimmt einen wichtigen Stellenwert hinsichtlich der Umsetzung sexueller Rechte ein. Auch Angehörige müssen sich dem Thema Intimität und Sexualität öffnen, denn ohne deren Einwilligung kann die Umsetzung zusätzlich erschwert werden. Die Angehörigenarbeit hängt oft mit strukturellen Rahmenbedingungen zusammen. Wie sich die Angehörigenarbeit letztlich gestaltet, hängt wiederum mit der individuellen und teambezogenen Haltung sowie der Professionalität der Mitarbeitenden zusammen. Auf die Kategorie Haltung und Professionalität soll im nächsten Abschnitt vertiefend eingegangen werden.

7.2. Haltung und Professionalität

In der Auswertung der Ergebnisse der Stichprobe (N=8) wird deutlich, dass im Kontext Pflege und Sexualität die individuelle Haltung zum Thema eine grundlegende Rolle einnimmt. Von allen Studienteilnehmenden wird ausdrücklich auf die wesentliche Bedeutung der eigenen persönlichen Haltung zu Sexualität hingewiesen. Bezugnehmend auf die Expertise einer Pflegepädagogin geht es im Kontext Pflege und Sexualität weniger um die Auseinandersetzung mit Fachwissen, sondern vielmehr um die Entwicklung einer persönlichen Haltung zum Thema (vgl. T2, Pos. 24). Die Abbildung 3 gibt eine Übersicht zu den Faktoren, die zur Kategorie Haltung und Professionalität festgehalten wurden.

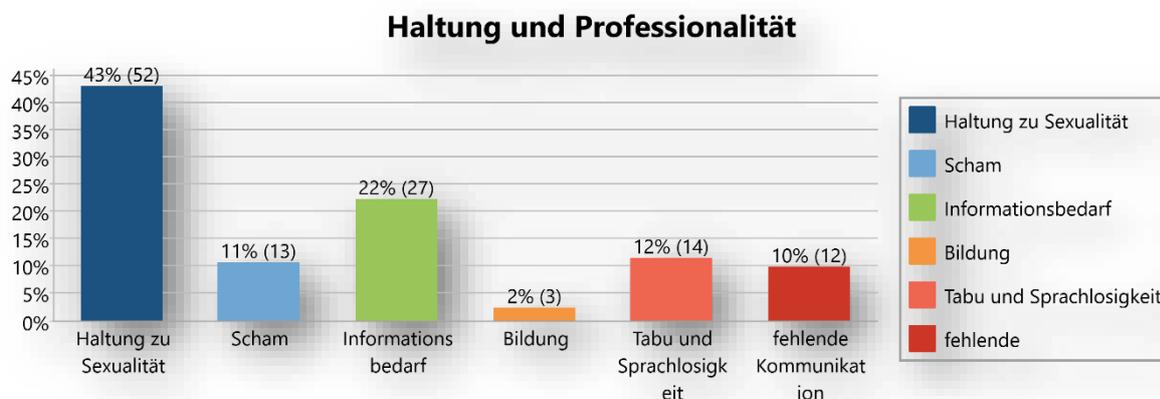


Abbildung 3: Übersicht der codierten Segmente zu Haltung und Professionalität mit MAXQDA

Um in der Pflegepraxis dem Thema Sexualität zu begegnen, bedarf es insgesamt mehr themenspezifischer Fort- und Weiterbildungen, um Raum zum Informieren und zum Austausch zu ermöglichen (vgl. ebd.). Das zeigt sich auch anhand der Abbildung 3 unter Informationsbedarf. Zur Entwicklung einer eigenen Haltung sowie einer Teamhaltung, benötigt es Kommunikation, Fort- und Weiterbildungen und entsprechende Rahmenbedingungen, die Möglichkeiten zum Austausch bieten. Eine Expertin aus den Bereichen Sexologie und Pflegemanagement betont die wichtige Rolle individueller Einstellungen der Mitarbeitenden vor Ort. Die Expertin hat die Erfahrung gemacht:

„..., dass je offener und gebildeter die Pflegekräfte waren, umso einfacher konnte über das Thema Sexualität kommuniziert werden...“ (T3, Pos. 15).

Der persönliche Bezug zum Thema, was die Arbeit an sich und die jeweilige Haltung zur eigenen Sexualität betrifft, gilt für die Expertin, als wichtige Voraussetzung. Die individuelle und teambezogene Haltung wird von allen acht Interviewteilnehmenden thematisiert. Immer wieder wird betont, dass die individuelle und teamspezifische Haltung eine wesentliche Rolle, im Kontext der Umsetzung sexueller Rechte der Bewohner*innen, einnimmt. Im Rahmen der Angebote von Sexualassistenten zeichnet sich ein weiteres Kernproblem ab. Eine Expertin aus dem Pflegemanagement spricht die fehlende Akzeptanz für Sexarbeit und die daraus resultierenden Folgen an (vgl. T2, Pos. 18). Oft kennen die Menschen, die in der Pflege tätig sind, die Angebote von Sexualassistenten nicht. Wie bereits erwähnt, zeigt die aktuelle Studienlage, dass ein adäquater Umgang mit sexuellen Bedürfnissen in Alten- und Pflegeeinrichtungen nur möglich ist, wenn sich, die in der Pflege Tätigen mit dem Thema Sexualität und auch mit der eigenen Sexualität auseinandersetzen (vgl. Tokarski 2024). Die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zum Thema braucht Raum, Zeit und Austausch, welche im Kontext von Aus-, Fort- und Weiterbildung ermöglicht werden können, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen werden soll.

7.3. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Menschen, die in der professionellen Pflege tätig sind, benötigen ausreichende und sich wiederholende Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Sexualität (vgl. Döring 2019). Die Auseinandersetzung bezieht sich, sowohl auf die individuelle Haltung und Einstellung zur eigenen Sexualität als auch auf die der Bewohner*innen. Um sich fachlich sicher zu fühlen, ist es notwendig, die eigene Haltung zu reflektieren, sexualfreundliche Handlungsweisen zu erlernen und eigene Grenzen wahrzunehmen und einzufordern (vgl. ebd.). In der Stichprobe (N=8) wurde vermehrt der Wunsch nach Aus-, Fort- und Weiterbildung formuliert. Eine Teilnehmende aus der Studie erzählt, dass das Thema Sexualität im Kontext ihrer Pflegeausbildung keinen Platz hatte und sie auch aktuell keinen Zugang zu Angeboten von Sexualassistenten hat.

„Aber wie gesagt, wenn einer mit sowas auf mich zukommt, steh ich da wie der Ochs von Berg und hab überhaupt keine Ahnung, weil ich es aber auch nie gelernt hab (T1, Pos. 29).

Alle Studienteilnehmenden sprechen den Themenkomplex sexualisierte Gewalt an. Sexualassistenten werden, in der Regel erst dann involviert, wenn es bereits zu Übergriffen gekommen ist. Der Bedarf und Wunsch nach Weiterbildungen zu sexuellen Themen wurden

mehrfach geäußert. Die Bildungsangebote könnten auch Informationen zu sexuellen Dienstleistungen beinhalten. Die Sexualassistentin Stephanie Klee formuliert ihren Wunsch im Interview wie folgt:

„Ich würde mir wünschen und plädiere stark dafür, dass das Thema Sexualität breiter in der Ausbildung Platz findet. Insbesondere jetzt, wo alles auf einen ziemlich universitären Standard gezogen wurde. Damit dann viel schneller in den Einrichtungen das Thema Sexualität einen Platz findet. Also in der innerbetrieblichen Ausbildung und auch in der Haltung, die von oben, vom Kopf bis zum letzten am Personal deutlich wird, Sexualität ist hier ein Grundbedürfnis (T7, Pos. 15).

In der Studie wurde ebenso deutlich, dass zwei Teilnehmende bisher kaum Berührungspunkte mit dem Begriff sexuelle Gesundheit hatten. Wie die folgenden Beispiele verdeutlichen sollen:

„Keine Ahnung, habe ich noch nie gehört (T1, Pos. 23).

„Ich weiß nicht. Ich denke, sexuelle Gesundheit ist einfach das, was das Bedürfnis verlangt und bis es gestillt ist. Aber ich weiß es nicht (T4, Pos. 31).

Für regelmäßige Weiterbildungen, ob fakultativ oder verpflichtend, braucht es entsprechende Strukturen und Rahmenbedingungen (siehe 7.1). Regelmäßige Formate sexueller Bildung könnten Möglichkeiten bieten, die fehlende Kommunikation und Sprachlosigkeit zu überwinden (siehe Abbildung 2 und Abbildung 3). Laut Expertise der Sexualassistentin Nina de Vries fehlt ein Leitfaden zum Umgang mit sexuellen Bedürfnissen und Wünschen von Bewohner*innen und adäquate Fortbildungen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema kann der erste Schritt in Richtung Veränderung sein.

„Wie setzt du Grenzen? Welche Situationen überfordern dich? Einfach nur darüber sprechen können oder schreiben oder sich austauschen können, bringt schon so viel Erleichterung (T8, Pos. 25).

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung wird deutlich, dass die Umsetzung sexueller Rechte im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen, von unterschiedlichen beeinflussenden Faktoren abhängen kann. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wird zunehmend umgesetzt, allerdings muss jeweils auf den Einzelfall geschaut werden. Bei Bewohner*innen von Doppelzimmern kommt das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung definitiv zu kurz. Das Pflegepersonal zeigt sich grundsätzlich darum bemüht, den Herausforderungen im Kontext der Umsetzung sexueller Rechte gerecht zu werden. Verschiedene beeinflussende Faktoren,

wie fehlende strukturelle Rahmenbedingungen führen dazu, dass die Umsetzung sexueller Rechte der Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Umständen nur begrenzt oder im schlimmsten Fall gar nicht ermöglicht werden kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse zeigen, dass oft einzelfallbezogene Kriterien z.B. hat die Person ein Einzelzimmer und stimmen die Angehörigen zu, bei der Realisierung und Umsetzung beachtet und berücksichtigt werden müssen. Das Bild zeichnet sich auch in der folgenden Abbildung 4 zur Übersicht der codierten Segmente ab.

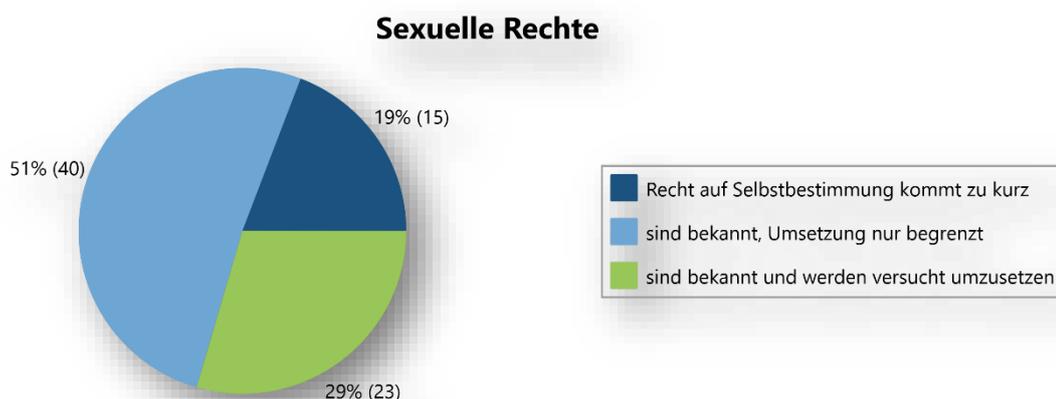


Abbildung 4: Übersicht der codierten Segmente zu sexuelle Rechte mit MAXQDA

Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung kommt oft zu kurz. Die Subkategorien ergaben sich aus den Angaben, die von den Teilnehmenden als Einschränkungen wie Doppelzimmer und fehlende Räume für intime Stunden benannt wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Realisierung der Umsetzung sexueller Rechte aufgrund fehlender einheitlicher Richtlinien und Konzepte sowie unzureichender Rahmenbedingungen Grenzen gesetzt sind. Darüber hinaus wird die Umsetzung zusätzlich dadurch erschwert, dass oft vor allem die persönliche Haltung von Mitarbeitenden mit darüber entscheidet, inwiefern sexuelle Bedürfnisse und Wünsche von Bewohner*innen Ernst und wahrgenommen werden. Das zeichnet sich auch in der oberen Abbildung 4 ab. Oft werden Bedürfnisse wahrgenommen können allerdings aufgrund unterschiedlicher Faktoren nur begrenzt umgesetzt werden. In den Interviews wurde deutlich, dass oft auch Räume und Möglichkeiten für die Pflegefachkräfte fehlen, um sich über Intimität und Sexualität von Bewohner*innen austauschen zu können. In diesem Zusammenhang können vor allem fach- und themenspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zu sexuellen Themen begünstigende Auswirkungen auf die konkrete Umsetzung sexueller Rechte haben. Vor allem hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und derer, der Bewohner*innen.

Die Ergebnisse der Interviewstudie lassen darauf schließen, dass Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können. In den Interviews mit Sexualassistenz wird jedoch auch deutlich, dass die Angebote oft erst dann hinzugezogen werden, wenn es bereits zu sexuellen Übergriffen gekommen ist (siehe 5.3.1 und 5.3.2). Stephanie Klee gibt zu bedenken:

„Also ich werde nur in Konfliktsituationen weitervermittelt. Der Bedarf ist sehr, sehr, sehr viel größer. Es gibt auch genug Sexualassistentinnen, die den Job gerne ausüben. Aber der Weg vom Bedarf zu uns ist noch mit unterschiedlichen Hürden gepflastert (T7, Pos. 11).

Die Teilnehmenden der Studie aus dem Bereich Pflege sind den Angeboten von Sexualassistenz gegenüber grundsätzlich positiv eingestellt. Zur Beantwortung der vorangestellten Forschungsfrage, *ob Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können*, wurden Expertisen von Expert*innen miteinbezogen. Eine Expertin aus dem Bereich Sexologie und Pflegemanagement antwortet darauf:

„Als Profi sehe ich eigentlich, dass die Grundbedürfnisse, Sexualität ist ja auch ein Grundbedürfnis, dass dieses Bedürfnis der Pflegebedürftigen ebenfalls erfüllt werden kann, mit Hilfe der Sexualassistenz (T3, Pos. 23).

Eine andere Expertin positioniert sich ebenfalls positiv und sagt ja zu Sexualassistenz, allerdings gibt sie auch zu verstehen, dass sie eher Bedenken hat, die Angebote in der Einrichtung stattfinden zu lassen. Eher plädiert sie dafür, dass die Angebote außerhalb des Heimkontextes genutzt werden sollten (vgl. T2, Pos. 21). Vier der sechs Teilnehmenden aus dem Feld Pflege kennen die Angebote der Sexualassistenz nur aus Erzählungen. Von praktischen Erfahrungen mit Angeboten der Sexualassistenz in Einrichtungen berichten zwei Studienteilnehmende. Sexualassistenz ist zwar allen Teilnehmenden ein Begriff, allerdings haben vier von sechs Teilnehmenden überhaupt keine Berührungspunkte. Die Frage, *ob Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren können*, wurde von allen Studienteilnehmenden grundsätzlich bejaht. Trotz dessen, dass vier von sechs Teilnehmenden aus dem Kontext Pflege bisher kaum berufliche Schnittpunkte mit Sexualassistenz hatten, zeigen sie sich den Angeboten gegenüber positiv eingestellt. Der Expertise von Stephanie Klee zufolge könnte in der Praxis vielmehr überlegt werden, wie die Erfahrungen, das Knowhow und die Kompetenzen einer Sexualassistenz zum Wohle aller in einer Einrichtung genutzt werden können (vgl. T7, Pos. 20). In Alten- und Pflegeeinrichtungen sollte es vor um die Fürsorge der Gepflegten und um einen respektvollen Umgang mit ihren sexuellen Bedürfnissen und Grenzen gehen (vgl. Döring 2019). Andererseits sollte das Thema Selbstfürsorge Beachtung finden, da sich viele der

überwiegend weiblichen Pflegekräfte vor sexuellen Grenzverletzungen und Übergriffen im Pflegealltag schützen müssen (vgl. ebd.). Ein sexualfreundlicher Ansatz beachtet die Rechte aller Beteiligten und spielt sie nicht gegeneinander aus (vgl. ebd.). Der Pflegekontext stellt immer einen Eingriff in die Intimsphäre dar, allerdings sind Pflegekräfte nicht für die Erfüllungen sexueller Bedürfnisse zuständig (vgl. Immenschuh 2018).

Die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie sollen im folgenden Kapitel als Grundlage zur Diskussion dienen und Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung ermöglichen.

8. Diskussion und Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung

Viele sexuell aktive alte Menschen sind von Altersdiskriminierung, Stigmatisierung und Scham betroffen, die sich aus der wahrgenommenen sozialen Inakzeptanz ihrer Sexualität ergeben (vgl. Curley & Johnson 2021). Im Kontext Pflege und Sexualität stehen viele offene Fragen zur Diskussion im Raum mit denen sich Theorie und Praxis auseinandersetzen muss. Wie sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zeigt, sprechen viele Argumente eher dafür die Bereiche Sexualität und Pflege zu trennen. Dennoch kann Pflege einen Beitrag leisten hinsichtlich der Realisierung sexueller Rechte. Alten- und Pflegeeinrichtungen sind auf Grundlage der Menschenrechte (3.2) dazu verpflichtet sexualfreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. Döring 2019). Wenngleich der Staat keine Möglichkeiten hat Sexualität als existenzielles menschliches Grundbedürfnis zu gewährleisten, so ergibt sich aus dem Grundgesetz des Art. 1 und 2 die Pflicht Menschen die Mindestvoraussetzungen zu sichern, die sie benötigen, um sich sexuell betätigen zu können (Zinsmeister 2017: S. 88). Demzufolge soll zumindest von staatlicher Seite die Sicherung einer bestimmten Infrastruktur zugesichert werden, wie flächendeckende Angebote sexueller Bildung, der Zugang zum Gesundheitssystem und zu bezahlbaren Verhütungsmitteln sowie wirkungsvolle Maßnahmen zum Schutz vor sexualisierter Gewalt (vgl. ebd.).

Die World Health Organization (WHO) (2002: S. 12) beschreibt in ihrem Konzept „*Aktiv Altern*“ den Prozess der Optimierung von Möglichkeiten, um sich mit zunehmendem Alter die Gesundheit zu wahren, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, um so die Lebensqualität zu verbessern. Das kann sich sowohl auf Einzelpersonen als auch auf die ganze Gesellschaft beziehen (vgl. ebd.). Daran anknüpfend sollte sich Frage anschließen:

*Wer für die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse von Bewohner*innen aus Alten- und Pflegeeinrichtungen zuständig ist.*

Die Forderungen hinsichtlich der sexualbezogenen Ansprüche pflegebedürftiger Menschen decken sich mit jenen der Alten- und Behindertenbewegung sowie in den entsprechenden Forschungsfeldern der Ageing Studies, Disability Studies, die im Kontext der Menschenrechte formuliert werden (vgl. Döring 2019: S. 25). In diesem Sinne muss für hilfe- und pflegebedürftige Menschen ein ausreichender Schutz und Sicherheit im Kontext Pflege gewährleistet werden. Das Ermöglichen von Räumlichkeiten und das Anbieten von ausgebildeter Sexualassistenten kann als Möglichkeit betrachtet werden sexuelle und erotische Gefühle von Bewohner*innen in die Normalität zu holen und damit, aus dem Tabu

herauszuführen (vgl. ebd.). Im Sinne der Prävention könnte es darum gehen, eine angemessene Nähe-Distanz-Regulation zu erlernen, gemeinsame Hausregeln (Kodex) aufzustellen und durchzusetzen sowie das Pflegepersonal zu geeigneten Interventionen zu schulen (vgl. Döring 2019: S. 26). Ein Kodex für Bewohner*innen und Pflegekräfte kann für klare Regeln im Umgang miteinander beitragen. Ein Kodex, der wichtige Verhaltensregeln umrahmt, an denen sich alle Beteiligten orientieren können.

Die Angebote von Sexualassistenz werden oft erst dann unterstützend hinzugezogen, wenn es bereits zu Konfliktsituationen gekommen ist (siehe 5.3.1 und 5.3.2). Als eines der Kernprobleme zeigt sich, dass die anhaltende Stigmatisierung und Diskriminierung von Sexarbeitenden dazu führen, dass Angebote oft nicht in Betracht gezogen werden. Das Bild der Sexarbeitenden ist nach wie vor negativ geprägt. Auch hier zeigen die Ergebnisse deutlich, welche besondere Bedeutung die individuelle und teaminterne Haltung einnehmen kann. Im öffentlichen Diskurs zu Sexualassistenz und damit Sexarbeit sollten vielmehr die positiven Auswirkungen hervorgehoben werden, auch im Kontext der Umsetzung sexueller Rechte in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Dafür braucht es offene und ehrliche Gespräche und einen akzeptierenden Diskurs zur Sexarbeit. Nach wie vor werden Sexarbeitende diskriminiert und stigmatisiert, was sich in Form von mangelndem Respekt und Inakzeptanz äußert (vgl. DAH 2024). Auch die Teilnehmenden der vorliegenden Studie nehmen die Diskrepanzen wahr, können sich allerdings auch vorstellen, dass sich durch individuelle und gesellschaftliche Prozesse, Veränderungen vorantreiben lassen.

Die Diskussion soll Anreize für die Etablierung neuer sozialer Normen in Bezug auf Sexualität und Alter geben und zu neuen Forschungen anregen (vgl. Curley & Johnson 2021). In die aktuellen Diskussionen sollte die Pflegeforschung, Politik, Gesellschaft, Ethik und auch die Sexualwissenschaft miteinbezogen werden. Ferner muss sich die Pflege selbst mit Fragen befassen, wie:

- Was sollten Pflegekräfte über Sexualität wissen?
- Wie kann Sexualität im Pflegekontext thematisiert werden?
- Ist Sexualität in der Pflege ein individuelles Thema?
- Wer ist für die Intimität und Sexualität von Bewohner*innen zuständig?

Auf die Fragen kann im Weiteren kein Bezug mehr genommen werden, sie dienen lediglich weiterer Anknüpfungspunkte zur Forschung. Das Schlusslicht der vorliegenden Masterarbeit soll ein abschließendes Fazit bilden und einen Ausblick in zukünftige Forschungen ermöglichen.

9. Fazit und Ausblick

Eine professionelle Haltung und adäquate strukturelle Rahmenbedingungen von Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen tragen zur Umsetzung sexueller Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen bei. Was sich bei Menschen verändern kann ist die individuelle Haltung zum Thema Sexualität im Alter. Zwar lassen sich damit keine starren Strukturen beseitigen, dennoch kann so ein Umdenken bewirkt werden. Eine professionelle Haltung im Pflegekontext kann die Realisierung und Umsetzung sexueller Rechte begünstigen und zur Aufweichung starrer Strukturen beitragen. Die sexuelle Entwicklung geht im Erwachsenenalter weiter und hört auch im Alter nicht auf. Sexuelle Bildung betrifft alle Lebensalter und setzt den Akzent auf selbstbestimmtes freiwilliges Lernen. Oft fehlen etablierte Strukturen sexueller Bildungsformate für Erwachsene. Die Überwindung von Sprachlosigkeit und Schambesetzung kann mit sexuellen Bildungsangeboten begegnet werden. Es ist an der Zeit Intimität, Sexualität und Lust bei alten Menschen zu enttabuisieren.

Für die Zukunft braucht es eine sexuelle Kultur in den Einrichtungen, welche Sprachfähigkeit und Kommunikation sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext erfordert. Die Weiterentwicklung der Kommunikation kann das Recht auf Sexualität stärken und vorantreiben. Zukünftig sollte sich der Frage gewidmet werden, wer sich im Pflegekontext um die körperlichen und sexuellen Bedürfnisse der Menschen bemüht. Sexualität gehört in die Intimsphäre, deshalb braucht es zeitgemäße gendersensible Schutzkonzepte mit Konzeptverankerung und Rahmenbedingungen, um die konkrete Umsetzung sexueller Rechte voranzutreiben. Sexualität im Kontext Pflege ist ein Thema. Wichtig ist, dass Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, ihre eigenen sexuellen Einstellungen und Praktiken reflektieren, um auch die Bedürfnisse und Wünsche alter Menschen besser zu verstehen. Der Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Intimität und Sexualität in der Pflege muss vorangetrieben werden. Und es braucht Räume für Bewohner*innen, um ihre Sexualität ausleben zu können und für Mitarbeitende, um Austausch, Reflexion und Kommunikation zu ermöglichen.

Der Diskurs zur Sexualassistenz hat längst eine politische Dimension erreicht. Die Diskussionen über die Kostenübernahme sexueller Dienstleistungen ist eine andere, soll dennoch in die Zukunftsbetrachtungen mit einfließen. Oft gehen die Diskussionen in zwei Richtungen. Sexualität versteht sich als natürliches Bedürfnis und stellt keine Krankheit dar, deshalb wird oft gegen Sexualassistenz auf Rezept argumentiert (vgl. BesD 2023a). Andererseits erhalten Menschen auch andere körperbezogene Rezepte, wie zur Physiotherapie, Körpertherapie und/ oder Chiropraktik (vgl. ebd.). Zinsmeister (2017: S.

71ff) stellt in diesem Zusammenhang die Frage: *Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen?* Entsprechend der gesetzlichen Grundlagen eher nicht, allerdings sollte die Vielfalt der Menschen in den Institutionen der Alten- und Pflegeeinrichtungen vielmehr Beachtung finden (vgl. ebd.). Aus Perspektive der Menschenrechte sind auch besondere sexuelle Vorlieben und Fetische, die manche Menschen ein Leben lang begleiten, anzuerkennen und nicht moralisch zu verurteilen (vgl. Döring 2019: S. 28). Dieser wichtige Aspekt fehlt bisher in den bisherigen Diskussionen um Sexualität in der Pflege (vgl. ebd.). Zukünftig sollten gendersensible Konzepte entwickelt werden, um einerseits Sexualität zu ermöglichen und andererseits Menschen vor sexualisierter Gewalt in Alten- und Pflegeheimen zu schützen. Der Prozess der Konzepterarbeitung sollte dabei partizipativ gestaltet werden und möglichst externe Unterstützung, wie Sexualberatung, Sexualtherapie, Sexualassistenz und Angebote sexueller Bildung mit einbeziehen (vgl. ebd.). Wesentlich kann ebenso die Einbeziehung von Angehörigen sein.

Aktuelle progressive Diskurse beschäftigen sich mit der Frage, wer den Alltag in den Alten- und Pflegeeinrichtungen eigentlich bestimmen sollte. Wie würde sich der Alltag gestalten, wenn die Bewohner*innen selbst darüber entscheiden könnten? Diesbezüglich gibt es aktuelle Projekte, deren Ergebnisse abzuwarten gilt. Künstliche Intelligenz (KI) und Roboter sind auf dem Vormarsch und könnten zukünftig zum Einsatz kommen. Erst kürzlich ist ein Zeitungsbericht über einen sozialen Pflegeroboter erschienen, der mit den alten Menschen interagieren soll (vgl. Merz 2024). In dem Pilotprojekt des Mannheimer Senior*innenzentrums werden aktuell soziale Pflegeroboter mit künstlicher Intelligenz (KI), getestet (vgl. ebd.). Ob und wie zukünftig Roboter und KI die Gegenwart mitgestalten bleibt offen. Fakt ist, dass das Bedürfnis nach Nähe und Berührung vermutlich nur im begrenzten Maße durch Maschinen ersetzt werden kann.

Literaturverzeichnis

- Albinus, K. (2020). Sexualität im Alter - Das Begehren bleibt. SWR2 Wissen. Kultur neu entdecken. SWR Produktion Erstsending (2018). online unter URL: <https://www.swr.de/swr2/wissen/sexualitaet-im-alter-das-begehren-bleibt-sw2-wissen-2020-08-28-102.html> (Zugriff 03.12.2023).
- Anderson, R. M. (2013). Positive Sexualität und ihre Auswirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Volume 56. Springer Verlag, S. 208 – 2014.
- Aner, K., Karl U. (Hrsg.) (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bach, D., Böhmer, F. (Hrsg.). (2011). Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien: Böhlau Verlag.
- Beauvoir, S. (1983). Das Alter. La Viellesse. Essay. Deutsch von Anjuta Aigner-Dünnwald und Ruth Henry. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Berberich, H. J. (2015). Sexualität im Alter. In: Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (Hrsg.). Schwerpunkt Sexualität im Alter. Band 22. Weimar: Deutsche Fachpresse, S. 6 – 12.
- Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen (BesD) e.V. (2023). Berufsbild Sexarbeit. online unter URL: <https://www.berufsverband-sexarbeit.de/index.php/sexarbeit/> (Zugriff 27.03.2024).
- Berufsverband erotischer und sexueller Dienstleistungen (BesD) e.V. (2023a). Eine Stunde - ein Thema: Sexualassistenz aus politischer Perspektive. online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=X-gE9fwyybA&list=PLK0mlcd4UUwjH7YRpUJZgX2gjUg4GJ7QL&index=7&t=1706s> (Zugriff 26.03.2024).
- Beyer, A.-K., Wurm, S., Wolff, J. K. (2017). Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., Tesch-Römer (Hrsg.). Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Ebook. Open Access Publikation. Wiesbaden: Springer Verlag, 329 – 344.
- Buchner, J., Maier, V., Ullmann, R., Garten, T. (2011). Sexualität im Alter. Ergebnisse einer Pilotstudie der HELIOS Klinik Berching. In: Bach, D., Böhmer, F. (Hrsg.). Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien: Böhlau Verlag, S. 69 – 95.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Pflegeversicherung. Hintergrundinformationen. online unter URL:

- <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/pflegeversicherungs-gesetz-108924> (Zugriff 28.07.2024).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2020). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 14. Aufl., Bundesministerium für Gesundheit. Referat Öffentlichkeitsarbeit. Berlin: MKL Druck GmbH & Co KG.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Queerpolitik und geschlechtliche Vielfalt. Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG). Hintergrundinformation, online unter URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sb-gg--199332> (Zugriff 31.07.2024).
- Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung (BZgA). (2016). Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern. Köln: BZgA.
- Charité Berlin (2023). Richtlinie zur Prävention und zum Schutz vor sexueller Belästigung/Grenzverletzungen an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Beratung-Beschwerdeablauf bei sexueller Belästigung/ Grenzverletzung, online unter URL: https://frauenbeauftragte.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/beauftragte/frauenbeauftragte/Projekte/WPP_SexuelleBel%C3%A4stigung/ZVA_Richtlinie_bei_sexueller_Bel%C3%A4stigung_Grenzverletzungen_V6_231205.pdf (Zugriff 04.08.2024)
- Curley, C. M., Johnson B. T. (2022). Sexuality and aging: Is it time for a new sexual revolution? Social Science and Medicine, online unter URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027795362200171X> (Zugriff 14.04.2024).
- Daimler, R. (2002). Verschwiegene Lust. Frauen über 60 erzählen von Liebe und Sexualität. München: Piper Verlag GmbH.
- Dekker, A. Matthiesen, S., Cerwenka, S., Otten, M., Briken, P. (2020). Gesundheit, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit. Ausgewählte Ergebnisse aus dem Survey „Gesundheit und Sexualität in Deutschland – GeSiD“. Deutsches Ärzteblatt. online

- unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/215850/Gesundheit-sexuelle-Aktivitaet-und-sexuelle-Zufriedenheit> (Zugriff 03.12.2023).
- Deutsche Aidshilfe (DAH) (Hrsg.) (2022). Sexarbeit. Realitäten, Identitäten und Empowerment. Ein Handbuch. Konzept: Dreyer, I., Kamitz, S., Apelt-Schunk, S., Bearbeitung: Sweers, H., Laußmann, C. Demirović, S., Berlin e.V., Berlin: DAH.
- Deutsche Aidshilfe (DAH) (2024). Was brauchen Sexarbeiter*innen? Eine qualitativ-partizipative Studie zu den gesundheitlichen Bedarfen von Sexarbeiter*innen in Deutschland. Forschungsbericht der Studie „Sexuelle Gesundheit und HIV/ STI-Präventionsstrategien und -bedarfe von Sexarbeitenden. 1. Aufl., Berlin: DAH.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl., Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Döring, N. (2019). Sexualität in der Pflege. Zwischen Tabu, Grenzüberschreitung und Lebenslust. Aus Politik und Zeitgeschichte. Zeitschrift der Bundeszentrale für politische Bildung (APuZ). 69. Jahrgang, S. 24 – 30.
- Escort Alltag (2023). Zur Sache! Baden-Württemberg. SRW. online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=MGpx52fo3Tw> (Zugriff 24.05.2024).
- Fem Power (2024). Gleichstellungsarbeit an der Hochschule Merseburg. Chancengerechtigkeit braucht Role Models - Start unserer Kampagne. In: Hochschule Merseburg, online unter URL: <https://www.hs-merseburg.de/hochschule/projekte/fem-power/handlungsfelder/> (Zugriff 12.08.2024).
- Flor, W. (2019). Alter(n) und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Online unter URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/altern-und-gesundheitsfoerderung/> (Zugriff 31.05.2024).
- Friedrich, J. (2019). Forschungsethik. In: Baur, N., Blasius (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH
- Gagnon, J. H., Simon W. (1986). Sexual Scripts: Performance and Change. Archives of sexual behavior. Vol. 15, Nr. 2. Plenum Publishing Corporation, S. 97 – 120.
- Gemeinnützige Stiftung Sexualität und Gesundheit (GSSG) (2024). Sexarbeit. online unter URL: <https://www.stiftung-gssg.org/themen-projekte/sexarbeit/> (Zugriff 13.07.2024).
- Gilges, G., Heying, M. (2024). Über uns: Die Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung. In: Gesellschaft für Sexarbeits- und Prostitutionsforschung.

- erstmal erschienen in: Arbeit Bewegung Geschichte. Zeitschrift für historische Studien, (2021) II, S. 101 - 110, online unter URL: <https://gspf.info/> (Zugriff 12.08.2024).
- Glöckner, D. B. (2024). Sexualbegleitung vernetzt, online unter URL: <https://www.devabhusha.de/sexualbegleitung-vernetzt/> (Zugriff 04.08.2024)
- Gore, G. (2020). "What do you mean by sex?" A qualitative analysis of traditional versus evolved meanings of sexual activity among older women and men. *The Journal of Sex Research* 58, S. 1 – 15.
- Grond, E. (2011). *Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können*. 2. Aktualisierte Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Hackbart, M. (Hrsg.) (2020). *Gesunde Vielfalt pflegen. Zum Umgang mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Gesundheit, Pflege und Medizin*. Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 26. 1. Aufl., Göttingen: Waldschlösschen Verlag.
- Helfferrich, C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 559-574.
- Hofstetter, L. (2024). Gute Forschung zu Sexarbeit. In: Berufsverband erotischer und sexueller Dienstleistungen (BesD) e.V., *Eine Stunde – ein Thema*, online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=LIn1HOPTvk&list=PLK0m1cd4UUwjH7YRpUJZgX2gjUg4GJ7QL&index=3> (Zugriff 07.07.2024).
- Holmström, C., Skilbrei, M.-L. (2013). The „nordic model“ of prostitution law is a myth. *The Conversation*. Online unter URL: <https://theconversation.com/the-nordic-model-of-prostitution-law-is-a-myth-21351> (Zugriff 27.03.2024).
- Immenschuh, U. (2018). *Scham und Würde in der Pflege. Pflegerische Interventionen. Scham und Würde*. Stuttgart/ New York: Georg Thieme Verlag KG, S. 115 – 119.
- Kassandra e.V., Fachberatungsstelle für Prostituierte (2024). *Fortbildung Sexualbegleitung*, online unter URL: <https://www.kassandra-nbg.de/fortbildung-sexualbegleitung/> (Zugriff 04.08.2024)
- Klee, S. (2016). *Sexualassistenz in der Praxis*. In: Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD). Vortrag von Stephanie Klee. Newsletter – Day. Thema: Sexualität einen Raum geben. Online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=zx2Vq4wj4-8> (Zugriff 06.01.2024).
- Klee, S. (2019). *Sexualität leben – auch mit Demenz*, online unter URL: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Fachtagungen/Demenz_und_Sexualitaet_2019/2019_09_05_Fachtagung_Demenz_Sexualitaet_Vortrag_Klee.pdf (Zugriff 07.01.2024).

- Kohli, M. (2013). Alter und Altern der Gesellschaft. In: Mau, S., Schöneck, N. (Hrsg.). Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Band 1 & 2. grundlegend überarbeitete 3. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 11-21.
- Kolland, F. (2011). Sexualität und Lebenszufriedenheit im Alter. In: Bach, D., Böhmer, F. (Hrsg.). Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag, S. 37 – 54.
- Koken, J. (2012). Independent Female Escort's Strategies for Coping with sex Work Related Stigma. *Sexuality and Culture* 2021. Interview mit Harriet Langanke. 16, S. 209-229. online unter URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12119-011-9120-3> (Zugriff 25.05.2024).
- Koller-Tejeiro, Y. (2007). Die rechtliche Lage der Prostitution in Europa. In: Mitrović, E. (Hrsg.). Arbeitsplatz Prostitution. Ein Beruf wie jeder andere? Band 4. Gender Studies in den Angewandten Wissenschaften. Hamburg: Lit Verlag, S. 195 – 223.
- Körper Stiftung (2021). Gabriele Paulsen spricht über 'Sex im Alter'. Gesellschaft besser machen. Podcast. 30. Episode, online unter URL: <https://koerberstiftung.de/mediathek/gabriele-paulsen-spricht-ueber-sex-im-alter/> (Zugriff 21.04.2024).
- Körner, C., Bensch S. (2021). Sexuelle Belästigung – Alltag in der Pflege. In: Pflege Praxis. PFLEGE Zeitschrift 74, S. 22 – 25.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Künkel, J., Schrader, K. (2019). Sexarbeit: Feministische Perspektiven. Geschlechterdschungel Band 10. 1. Aufl., Münster: unrast transparent.
- Küppers, C. (2016). **Sexarbeit**. Open Access Journal zu Gender und Diversity im intersektionalen Diskurs. online unter URL: <https://www.gender-glossar.de/post/sexarbeit> (Zugriff 26.03.2024).
- Lachapelle, A. (2022). Pflgetheorien und Pflegemodelle leicht erklärt. Wissenschaftliche Hintergründe und wo sie heute Anwendung finden. Pflegegesetz und Recht, online unter URL: <https://sanubi.de/pflegegesetz-recht/pflegetheorien> (Zugriff 06.08.2024).
- Lamers, M. (2021). Sexualität in der Pflege: Herausforderndes Verhalten und Übergriffigkeit. Kommunikation Wortlos, online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=AFS6XSYMJfI> (Zugriff 14.04.2024).
- Lottmann, R. (2020). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten.

- Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online publiziert. Springer Medizin Verlag GmbH.
- Lynch, N, Pehle, A., Ermer, N. (2024). Trauer und Sexualität. Wie Betroffene und Trauerbegleitende mit dem Tabuthema umgehen. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Maga, M. (2019). (M)ein Weg der heiligen Hure. In: Künkel, J., Schrader, K. (2019). Sexarbeit: Feministische Perspektiven. Geschlechterdschungel Band 10. 1. Aufl., Münster: unrast transparent., S. 51 – 59.
- Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., Tesch-Römer (Hrsg.). (2017). Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Alterssurvey. E-Book. Open Access Publikation. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Malteser Deutschland gGmbH (Hrsg.) (2018). Malteser Schutzkonzept: Prävention und Intervention sexualisierter Gewalt im Bereich Wohnen & Pflegen. Broschüre Schutzkonzept. Präventionsbeauftragte. Köln, online unter URL: https://www.malteser.de/fileadmin/Files_sites/malteser_de_Relaunch/Angebote_und_Leistungen/Personal/Broschuere_Schutzkonzept_2019.pdf (Zugriff 03.08.2024).
- Marienhause Stiftung (2017). Konzept: „Sexualität leben“ in den Senioreneinrichtungen der Marienhause Stiftung. Stabstelle für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit. Ethik Komitee der Marienhause Stiftung. Neuwied, online unter URL: https://www.marienhause.de/uploads/media/Konzept_Sexualitaet_leben.pdf. (Zugriff 05.08.2024).
- Matthiesen, S., Pietras, L. (2020). Was sagen uns Zahlen über Sexualität. Kontinuität und Wandel in der empirischen quantitativen Sexualforschung. In: Voß, H. - J. (Hrsg.). Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandaufnahme und Ausblick. Band 28 Angewandte Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 101 -121
- Mau, H. (2022). Entmenschlicht. Warum wir Prostitution abschaffen müssen. Taschenbuch. Edel Books – ein Verlag der Edelverlagsgruppe.
- Merz, S. (2024). Künstliche Intelligenz: Mannheimer Seniorenzentrum testet sozialen Roboter. In: Mannheimer Morgen. Nachrichten, online unter URL: https://www.mannheimer-morgen.de/orte/mannheim_artikel,-mannheimer-mannheimer-seniorenzentrum-testet-sozialen-roboter-_arid,2217322.html (Zugriff 17.08.2024)
- Mitrović, E. (Hrsg.) (2007). Arbeitsplatz Prostitution. Ein Beruf wie jeder andere? Band/Volume 4. Gender Studies in den Angewandten Wissenschaften. mit Beiträgen von Gerheim, U. und Koller-Tejeiro, Y, Hamburg: Lit Verlag.

- Morgenstern-Einenkel, A. (2022). Webinar: Einführung in MAXQDA 2022. YouTube. Methoden Coaching Morgenstern, online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=rX0EwHrVvV8> (Zugriff 01.08.2024).
- Morgenstern-Einenkel, A. (2023). Qualitative Inhaltsanalyse – Schritt für Schritt – mit MAXQDA 2022. YouTube. Methoden Coaching Morgenstern, online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=8mGdHCkZGbQ> (Zugriff 15.08.2024)
- Pampel, R. (2019). Wir reden zu wenig! Angebote zur sexuellen Bildung Erwachsener. Gießen: Psychosozial – Verlag.
- Paulsen, G. (2017). Sexualassistenz für Pflegebedürftige. Weil es gesund macht. In: Deutschlandradio Kultur. Gabriele Paulsen im Gespräch mit Maurice Wojach, online unter URL: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/sexualassistenz-fuer-pflegebeduerftige-weil-es-gesund-macht-100.html> (Zugriff 21.04.2024).
- Paulsen, G. (2019). Gabriele Paulsen – Beraterin für Sexualität im Alter. In Talk in Berlin, online unter URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Wj-F-oKjgy8> (Zugriff 21.04.2024).
- Pheterson, G. (1990). Hurenstigma. Wie man aus Frauen Huren macht. Aus dem Amerikanischen von Helga Bilitewski. 1. Aufl., Hamburg: Verlag am Galgenberg.
- pro familia (2005). Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen. Expertise. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., 1. Aufl., Frankfurt am Main. pdf.
- pro familia (2009). Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung. International Planned Parenthood Federation. Deutsche Version. online unter URL: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf (Zugriff 23.06.2024).
- pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V (2013). Sexualität und Alter. Pro familia Magazin Nr. 4. Frankfurt am Main
- pro familia (2018). Hintergrund Sexuelle Vielfalt. In Sexualberatung und Sexualpädagogik im Kontext sexueller und reproduktiver Rechte. pro familia Bundesverband. Frankfurt.
- pro familia (2023). Sexuelle und reproduktive Rechte KONKRET. SSR konkret. Bundesverband online unter URL: <https://www.profamilia.de/ueber-profamilia/projekte-und-kampagnen/sexuelle-und-reproduktive-rechte-konkret> (Zugriff 14.04.2024).

- Rivière, U. (2022). Sexuelle Erwachsenenbildung in der Sexarbeit. In: Böhm, M., Kopitzke, E., Herrath, F., Sielert, U. (2022). Praxishandbuch: Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 2. Aufl., Weinheim Basel: Juventa Verlag.
- Sandfort, L. (2010). Sexualassistentz und Sexualbegleitung. Empowerment und Konfliktprävention. In: Dobslaw, G. (Hrsg.). Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb) am 05.03.2010 in Kassel. Band 23. 1.Aufl. Berlin: Eigenverlag der DGSGb, S. 28 – 31.
- Sanyal, M. M. (2009). Vulva. Die Enthüllung des unsichtbaren Geschlechts. Sachbuch. Berlin: Klaus Wagenbach Verlag.
- Schmidt, G., Matthiesen, S. (2003). Spätmoderne 60-Jährige. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Alter und Sexualität. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Köln: BZgA, S. 16 – 24.
- Schmidt, G. (2005). Das neue DER DIE DAS. Über die Modernisierung des Sexuellen. 2. Korrigierte Aufl., Gießen: Psychosozial – Verlag.
- Scharfenberg, E. (2022). Sex im Altenheim darf kein Tabu sein. Mit Einrichtungsleitung Michael Rehnen. In: Fokus Pflege Podcast. Korian Stiftung für Pflege und würdevolles Altern, online unter URL: <https://www.korian-stiftung.de/korian-stiftung-sex-im-altersheim-darf-kein-tabu-sein> (Zugriff 24.05.2024).
- Schroeter, K. R., Prahl, H.-W. (1999). Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbuch für die Fachhochschule. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Schroeter, K. R., Künemund, H. (2010). „Alter“ als soziale Konstruktion – eine soziologische Einführung, S. 393 – 401. In: Aner, K., Karl U. (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schultz-Zehden, B. (2013). Sexualität im Alter. Alternde Gesellschaft. In: Bundeszentrale für politische Bildung (BpB). Aus Politik und Zeitgeschichte, online unter URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/> (Zugriff 11.05.2024).
- Sielert (2015). Einführung in die Sexualpädagogik. 2. völlig überarbeitete Aufl., Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Sielert, U. (2022): Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter – Eine „Reisebegleitung“. In: Böhm, Kopitzke, Herrath, Sielert (Hrsg.). Praxishandbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 1. Aufl., Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 22 – 37.
- Sigusch, V. (2001). Kultureller Wandel der Sexualität. In: Sigusch, V. (Hrsg.). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. 3. Aufl., Stuttgart: Thieme Verlag.

- Specht, (2014). Sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen. Bestandaufnahme und Handlungsempfehlungen für die institutionelle Praxis. Zeitschrift für Sexualforschung 34. Stuttgart: GEORG Thieme Verlag KG, S. 175 – 181.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). Sterbefälle und Lebenserwartung. Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland, online unter URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html#:~:text=Der%20langfristige%20Trend%20der%20steigenden%20Lebenserwartung%20in%20Deutschland,von%201871%2F1881%20f%C3%BCr%20das%20damalige%20Reichsgebiet%20beobachtet%20werden> (Zugriff 14.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a). Gesundheit. Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland. Statistik, online unter URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html (Zugriff 14.04.2024).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021, online unter URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html?nn=210648> (Zugriff 18.07.2024)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024c). Zum Thema Gesundheit Pflege, online unter URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html (Zugriff 28.07.2024)
- Stiftung ZQP (2024). Gewaltprävention in der Pflege. Sexualisierte Gewalt. Zentrum für Qualität in der Pflege, online unter URL: <https://www.zqp.de/thema/sexualisierte-gewalt-pflege/> (Zugriff am 30.07.2024)
- Stiftung ZQP (2024a). Projekt: Sexualisierte Gewalt in der stationären Langzeitpflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, online unter URL: <https://www.zqp.de/projekt/praevention-sexuelle-gewalt/> (Zugriff 30.07.2024)
- Sydow, K. (2015). Erotik, Zärtlichkeit und Sexualität älterer Frauen. In: Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (Hrsg.). Schwerpunkt Sexualität im Alter. Band 22. Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft. Weimar: Deutsche Fachpresse, S. 13 – 23.

- Tatort Pflege (2023). Sexuelle Belästigung. Tatort Pflege Podcast.de. online unter URL: <https://www.podcast.de/episode/616604759/sexuelle-belaestigung> (Zugriff 01.12.2023).
- Tokarski, A. (2024). Sexualität leben. Auch in Pflegeeinrichtungen. In: Neue Caritas. 25 Jahre Politik. Praxis. Forschung. Selbstbestimmung, online unter URL: <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang-2024/artikel/sexualitaet-leben.-auch-in-pflegeeinrichtungen> (Zugriff 12.08.2024).
- Valin, F. (2022). Pflegeprotokolle. Sonderausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn: Verbrecher Verlag.
- Valtl, K. (2006). Sexuelle Bildung als life long learning und die Aufgaben der Pädagogik. In: Institut für Sexualpädagogik. Vortrag Handout von Dr. Karlheinz Valtl, pdf.
- Valtl, K. (2006a). Sexuelle Bildung als neues Paradigma einer lernerzentrierten Sexualpädagogik für alle Lebensalter. Vortrag auf der Tagung: Sexuelle Bildung entsteht. Institut für Sexualpädagogik. Zürich.pdf.
- Vavrik, E. (2010). Nacktbadestrand. 1. Aufl. Taschenbuch. Wien: Ullstein Verlag.
- Voges, W., Zinke, M. (2010). Wohnen im Alter. In: Aner, K., Karl U. (Hrsg.) (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 301 – 313.
- Voß, H. J. (2023). Einführung in die Sexualpädagogik und Sexuelle Bildung. 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Vries, N. (2011). Erfahrungsbericht aus der Sexualassistenten. In: Bach, D., Böhmer, F. (Hrsg.). Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien: Böhlau Verlag, S. 147 – 155.
- Vries, N. (2017). Das Begehren kennt kein Alter. In: Körber Stiftung. Kampnagel Festival Alte Schule #3 mit Doris Kreinhöfer, online unter URL: <https://koerberstiftung.de/mediathek/das-begehren-kennt-kein-alter/> (Zugriff 14.07.2024)
- Vries, N. (2023). Wohlbefinden durch Nähe und Berührung. Vortrag für Professionelle, die mit Menschen mit Unterstützungsbedarf arbeiten. Sexualassistenten & Fortbildung, online unter URL: <https://ninadevries.com/ninadevries-com-2.html> (Zugriff 04.08.2024)
- Warneck, J. T. (2020). Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege. Dissertation. Georg – August – Universität Göttingen., online unter URL: <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/21.11130/00-1735-0000-0008-58BD-1> (Zugriff 27.11.2023).
- World Health Organization (WHO) (2002). Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und

- Bevölkerungspolitik (Hrsg.). Abteilung für Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten und Förderung der geistigen Gesundheit Altern und Lebenslauf. Wien
- World Health Organization (WHO) (2024). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH): Defining sexual health, online unter URL: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> (Zugriff 14.04.2024).
- Wurm, S., Berner, F., Tesch-Römer, C. (2013). Altersbilder im Wandel. In: Bundeszentrale für politische Bildung. Aus Politik und Zeitgeschichte. Bonn, online unter URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153117/altersbilder-im-wandel/> (Zugriff 16.03.2024).
- Zandt, F. (2021). Prostitution. Der Status quo von Sexarbeit in der EU. In: Statista. Kriminalität in Deutschland: Menschenhandel und Ausbeutung, online unter URL: <https://de.statista.com/infografik/26418/gesetzeslage-zur-prostitution-in-eu-mitgliedsstaaten/#:~:text=In%20den%20Niederlanden%20fand%20die%20Legalisierung%20von%20Prostitution,Rahmenbedingungen%20f%C3%BCr%20ihre%20Arbeit%2C%20sondern%20auch%20den%20Gewerkschaftsbeitritt> (Zugriff 08.08.2024).
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2023). Scham. Praxistipps für den Pflegealltag. 9. unveränderte Aufl. ZQA Ratgeber. Berlin.
- Zeyen, T.-L., Lottmann, R., Brunnett, R., Kiegelmann, M. (Hrsg.) (2020). LSBTIQ und Altern. Ein Lehrbuch für die Pflege und Soziale Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Zinsmeister, J. (2017). Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen? In: Lembke, U. (Hrsg.). Regulierungen des Intimen. Sexualität und Recht im modernen Staat. Band 60, S. 71–93. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zur Stichprobe (eigene Präsentation)	49
---	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kodierungssystem mit MAXQDA (eigene Darstellung)	77
Abbildung 2: Übersicht der codierten Segmente zur Kategorie Struktur und Rahmenbedingungen aus MAXQDA	78
Abbildung 3: Übersicht der codierten Segmente zu Haltung und Professionalität mit MAXQDA	80
Abbildung 4: Übersicht der codierten Segmente zu sexuelle Rechte mit MAXQDA	83

Eidesstaatliche Erklärung

Die oben angefertigte schriftliche Masterarbeit wurde selbstständig und ohne fremde Hilfe von mir angefertigt. In der vorliegenden Arbeit wurden alle Seiten, welche wortwörtlich oder sinngemäß zitiert oder übernommen wurden mit Quellenangabe kenntlich gemacht.

Hiermit möchte ich bestätigen, dass das Thema meiner wissenschaftlichen Arbeit von mir stammt und nicht von einer bereits vorhandenen Arbeit übernommen wurde.



Unterschrift Verfasser*in

Ort, Datum: Leipzig, 05.09.2024

Anhang

A1 Informationsblatt

Informationen zum Forschungsprojekt Sexuelle Rechte im Alten- und Pflegeheim

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg untersuche ich die Umsetzung sexueller Rechte in Alten- und Pflegeheimen. Sexualität im Alter ist in Deutschland nach wie vor ein tabu- und schambesetztes Thema. In der Sexualwissenschaft gewinnt das Thema zunehmend an Bedeutung. In einigen Pflegeeinrichtungen wird Sexualassistenten als Möglichkeit gesehen, die sexuellen Rechte älterer Menschen umzusetzen. In meiner Masterarbeit möchte ich der Frage nachgehen, ob und in welcher Form Institutionen wie Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenten profitieren können.

Mit meiner Arbeit möchte ich einen Beitrag zu einer offenen und ehrlichen Diskussion beitragen, um Vorurteile, Tabuisierung und Stigmatisierung sowohl gegenüber Sexualität im Alter als auch gegenüber Angeboten der Sexualassistenten abzubauen. Die Forschungsergebnisse können begünstigende Faktoren für das Angebot von Sexualassistenten in Alten- und Pflegeeinrichtungen aufzeigen. Es gibt wenig Forschung und Literatur zum Thema der sexuellen Rechte älterer Menschen und zum Thema der Sexualassistenten im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Dementsprechend sollen die Ergebnisse meiner Arbeit Anknüpfungspunkte für eine weiterführende Forschung bieten.



A2 Einwilligungserklärung

Datenschutz und Einwilligungserklärung

Die Durchführung des Interviews und weitere Verarbeitung der Daten geschieht auf Grundlage der EU-Datenschutzverordnung sowie des Datenschutzrechtes des Landes Sachsen-Anhalt. Ich unterliege der Schweigepflicht. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.

- Das Gespräch wird auf einem Tonträger aufgenommen. Das Interview wird transkribiert (abgetippt) und die Aufnahme nach Beendigung der Arbeit gelöscht.
- Es findet eine Anonymisierung sensibler Daten statt. Personen-, Orts- und Einrichtungsnamen sowie weitere Daten, die einen Rückschluss auf Sie zulassen, werden verändert.
- Ihr Name wird pseudonymisiert, das heißt, Sie können sich einen Namen aussuchen, der verwendet wird.
- Die Abschrift des Interviews sowie die Einwilligungserklärung werden mit demselben Code versehen. In einem nur mir zugänglichen Dokument wird eine Zuordnung gespeichert.
- Das Transkript wird nicht veröffentlicht und dient nur der projektinternen Auswertung. Das anonymisierte Transkript wird ausschließlich von mir sowie meinen Prüfer*innen gelesen, die der Schweigepflicht unterliegen.
- Der Gesprächsinhalt wird in der Arbeit nur in Ausschnitten zitiert. Es wird sichergestellt, dass diese nicht zur Identifizierung durch Dritte führen kann.
- Bis zum Beginn der Auswertung aller Daten, können Sie die Löschung Ihrer Interviewdaten fordern. Ich werde dann umgehend alles löschen und nicht verwenden.

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen Interviews mit einer Handreichung informiert worden.

Ich weiß, dass die Teilnahme des Interviews freiwillig ist und jederzeit von mir unterbrochen oder abgebrochen werden kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Aussagen, die aus dem Zusammenhang genommen wurden und damit nicht mehr mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können. Einzelne Sätze dürfen, unter der Voraussetzung, dass sie nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, zitiert werden. Unter den hier genannten

Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass das Interview auf einem Tonträger aufgenommen, anonymisiert und anschließend ausgewertet wird.

In der Studie soll folgendes Pseudonym (anstelle meines Namens verwendet werden):

Ort, Datum

Unterschrift

Widerrufsrecht

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung der Teilnahme am Interview jederzeit widerrufen kann. Ebenso bin ich darüber informiert, dass ich bis zum Beginn der Auswertung der Interviews auch nach bereits geführtem Interview meine Einwilligung widerrufen kann, mit der Folge, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die Zukunft unzulässig wird. Alle bis dahin erhobene Daten werden vollständig gelöscht, sobald ich diesen Widerruf schriftlich oder mündlich mitteile.

Bei Fragen, Auskunftswünschen oder dem Widerruf meiner Einwilligung bin ich darüber informiert worden, dass ich mich an die Hochschule Merseburg als verantwortliche Stelle wenden kann. Sollte mein Anliegen dort nicht zu meiner Zufriedenheit beantwortet werden, steht es mir frei, mich an die Datenschutzbeauftragte Person der Hochschule Merseburg (E-Mail: datenschutz@hs-merseburg.de) oder an die zuständige Aufsichtsbehörde, den Landesbeauftragten für den Datenschutz des Landes Sachsen-Anhalt (E-Mail: poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de), zu wenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Verwendung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich ein, dass die im Rahmen des unter Melanie Blochwitz beschriebenen Forschungsprojektes erhobenen personenbezogenen Daten meiner Person, in Form des Interviews und deren Transkripte, im Kontext der Forschungsarbeit „Sexuelle Rechte im Altenheim“ verarbeitet und veröffentlicht werden dürfen. Auf meinem Wunsch hin darf mein Name veröffentlicht werden. Mir ist bekannt, dass die Forschungsarbeit sowohl in Print als

auch digital publiziert wird. Der Widerspruch entfällt damit explizit. Mit meiner Unterschrift willige ich der Verwendung meines Klarnamens zu.

Ort, Datum

Unterschrift

A3 Interviewleitfaden

Leitfadengestütztes Interview mit Expert*innen

Perspektive Fachkräfte und Expert*innen, die in der Pflege tätig sind: Pflegedienstleitung, Pflegeausbildung, Pflegekräfte, Sexualassistenz, Ambulanter Pflegedienst, Fachstellen, etc.

Vor dem Interview:

Eigene Person vorstellen, Dank an Interviewpartner*innen, Hinweis auf Forschungsziel, Anonymität der Daten, Einverständniserklärung, offene Fragen klären

Fragen zum Einstieg:

- (1) Zu Beginn des Interviews möchte ich Sie bitten, sich vorzustellen und von ihrem beruflichen Hintergrund und aktuellem Tätigkeitsfeld zu erzählen.
 - a. Seit wann arbeiten Sie in dem Arbeitsfeld/Einrichtung?
 - b. Wofür sind Sie zuständig?

Interviewfragen

- (1) Was fällt Ihnen spontan zu dem Thema Sexualität im Alter ein?
- (2) Wie begegnet Ihnen das Thema Intimität und Sexualität in Ihrem Arbeitsbereich?
 - a. Wie wird in ihrem Arbeitsfeld mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen?
 - b. Wie wird in ihrem Team mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen?
 - c. Wie wird seitens der Bewohner*innen mit dem Thema Intimität und Sexualität umgegangen?
 - d. Wo findet das Thema Intimität und Sexualität Platz in ihrer täglichen Arbeit und in welcher Form?
- (3) Welche Rechte haben alte Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben?
 - a. Welche sexuellen Rechte haben Menschen, die Alten- und Pflegeeinrichtungen leben?
 - b. Welche sexuellen Bedürfnisse haben Ihrer Meinung nach Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben?
 - c. Was verstehen Sie unter sexueller Gesundheit?

- (4) Wie zugänglich ist Sexualassistenz für Menschen, die in Alten- und Pflegeeinrichtungen leben?
- a. Kennen Sie Angebote der Sexualassistenz und falls ja, können Sie ein Beispiel nennen?
 - b. Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich für Sexualassistenz und damit Sexarbeitende im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen?
 - c. Wie kann ein angemessener Zugang zu Angeboten der Sexualassistenz in Alten- und Pflegeeinrichtungen gewährleistet werden?
- (5) Wie können Alten- und Pflegeeinrichtungen von Angeboten der Sexualassistenz profitieren?
- a. Was erleichtert es Menschen, die in der Pflege tätig sind, Sexualassistenz in den Alten- und Pflegeeinrichtungen zu akzeptieren?

(6) Abschließende Frage: Wie stellen Sie sich das Altenheim der Zukunft vor?

Am Ende des Interviews:

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt. Gibt es etwas Wichtiges zu dem Thema, was wir vergessen haben bzw. was im Gespräch zu kurz gekommen ist?

A4 Kodierleitfaden

Der Kodierleitfaden orientiert sich an den Angaben nach Kuckartz & Rädiker (2020). Im Kontext des Kodierleitfadens wurden zusammenhängende Aussagen in Sätzen codiert. Die Fragen der Person sowie nicht zielführende Antworten wurden nicht mit Codes versehen. Jedes Auftauchen und Vorkommen der Codes wurde, auch bei Wiederholungen, festgehalten. Die Hauptkategorien wurden zuvor festgelegt und klar definiert. Die Anpassung und Erweiterung des Kategoriensystems wurde mittels Subkategorien erweitert und ergänzt. Im Folgenden soll der Kodierleitfaden dargestellt werden.

Kategorie	Definition	Kodierregel
<p>Sexuelle Rechte</p> <p>Ausgangsfragen: Wie werden sexuelle Rechte im Kontext von Alten- und Pflegeeinrichtungen gewährleistet? Wie wird Sexualität in den Einrichtungen gelebt?</p> <p>Werden sexuelle Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt?</p>	<p>Dieser Kategorie sollen alle Informationen und Fälle zugeordnet werden, die im Kontext der Umsetzung sexueller Rechte konkret benannt werden. Fallbeispiele, die eine Umsetzung möglich, nur begrenzt oder unmöglich gemacht haben.</p>	<p>Alle Informationen und Fallbeispiele werden mit Codes versehen, bei denen es um die Umsetzung sexueller Rechte geht oder bei denen, die Umsetzung, nur begrenzt oder gar nicht möglich war.</p>
<p>Struktur und Rahmenbedingungen</p> <p>Ausgangsfragen: Wie werden sexuelle Rechte von Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen umgesetzt? Was braucht es für institutionelle Rahmenbedingen?</p>	<p>Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung sexueller Rechte in Institutionen bestimmte Strukturen und Rahmenbedingen benötigt.</p>	<p>Subkategorien bilden alle Informationen zu begünstigenden oder erschwerenden strukturellen Einflussfaktoren, die zur Umsetzung sexueller Rechte im Kontext Pflege, relevant sein können.</p>
<p>Haltung und Professionalität</p> <p>Ausgangsfragen: Was verstehen sie unter sexueller Gesundheit? Findet das Thema Sexualität Platz im Pflegekontext? Wie stehen die Fachkräfte zum Thema Sexualität und wie wird es kommuniziert?</p>	<p>Diese Kategorie befasst sich mit der individuellen Haltung und Professionalität von Expert*innen. Es wird davon ausgegangen, dass die individuelle Haltung ebenso Einfluss auf die konkrete</p>	<p>Zu dieser Kategorie werden alle Daten gesammelt, die im Zusammenhang mit der individuellen Haltung und der Professionalität stehen.</p>

	Umsetzung sexueller Rechte in Institutionen hat.	
<p>Aus-, Fort- und Weiterbildung</p> <p>Ausgangsfragen: Setzen sich Pflegekräfte mit dem Thema Sexualität auseinander?</p> <p>Werden sexuelle Bedürfnisse und Wünsche von Bewohner*innen wahrgenommen? Werden sexuelle Bedürfnisse ernst genommen?</p>	Die Kategorie beinhaltet Aussagen und Informationen zu Bedarfen und Wünschen im Kontext des Aus- und Weiterbildungssektors.	Subkategorien bilden alle Informationen, die Bedarfe und Wünsche nach Bildungsangeboten enthalten.
<p>Profitieren von Sexualassistenz</p> <p>Ausgangsfragen: Kennen Pflegefachkräfte Angebote von Sexualassistenz? Wie kann Pflege von Angeboten der Sexualassistenz profitieren?</p>	Diese Kategorie soll ein allgemeines Stimmungsbild einholen und der konkreten Beantwortung der vorausgegangenen Forschungsfrage dienen.	In den Subkategorien sollen alle Aussagen gesammelt werden, die Hinweise auf die Beantwortung der Frage dienlich sein können.

A5 Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregel orientieren sich an den Angaben nach Kuckartz & Rädiker (2020: S. 3) und wurden für die vorliegende Forschungsarbeit wie folgt festgelegt:

1. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Um die Lesbarkeit zu erhöhen, wurden durch Leerzeichen beim Wechsel von Sprecher*innen deutlich gemacht. Zeitmarker wurden entfernt
2. Zur besseren Erkennbarkeit wurden die Sprechenden fett gesetzt. Für die Bearbeitung der Interviews wurden Pseudonyme der Interviewten verwendet.
3. Die Transkription wurde wörtlich vorgenommen. Vorhandene Dialekte wurde ins Hochdeutsch übersetzt.
4. Die Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet.
5. Auf Pausen wurde nicht eingegangen, da sie in der vorliegenden Forschung nicht berücksichtigt wurden.
6. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer, wie mhm, aha, etc., wurden möglichst nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, wurden anonymisiert, für Ausnahmen soll durch eine extra Einwilligung eingeholt werden

A6 Liste aufgestellter Codes

Liste der Codes	Häufigkeit
Codesystem	460
Sexuelle Rechte	8
Recht auf Selbstbestimmung kommt zu kurz	15
sind bekannt, Umsetzung nur begrenzt möglich	40
sind bekannt und werden versucht umzusetzen	23
Struktur und Rahmenbedingungen	14
fehlendes Konzept zum Umgang mit Sexualität	23
fehlende einheitliche Richtlinien	38
Mitbewohner*innen	3
verpflichtende Weiterbildung	5
Pflegekräftemangel	6
starre Strukturen	4
Finanzierung	4
Anlaufstellen	0
Nein	1
Ja	1
kein Raume für kollegialen Austausch	10
keine Räume für intime Stunden	10
Angehörige	23
Sexismus und sexualisierte Gewalt	24
Haltung und Professionalität	16
Haltung zu Sexualität	52
Scham	13
Informationsbedarf	27
Bildung	3
Tabu und Sprachlosigkeit	14

fehlende Kommunikation	12
Aus-, Fort- und Weiterbildung	14
Sexuelle Bildung	22
Wunsch nach Weiterbildung	15
Profitieren von Sexualassistenz	7
Nein	0
Ja	8