

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. J. Wiltfang)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Juliana Therèse Warneck
aus
Berlin

Göttingen 2020

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer: Prof. Dr. med. J. Wiltfang

Ko-Betreuer: Prof. Dr. rer. pol. W. Himmel

Prüfungskommission

Referent: Prof. Dr. J. Wiltfang

Ko-Referent: Prof. Dr. W. Himmel

Drittreferentin: Prof. Dr. C. von Arnim

Promotor-Vertreterin: Prof. Dr. M. Schön

Datum der mündlichen Prüfung: 28.07.2021

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege“ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den 16.07.2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
1.1 Literaturübersicht	3
1.2 Ausbildung und Lernfelder in der Altenpflege	6
1.3 Situation in den Pflegeheimen	8
1.4 Pflegestatistik im Kontext des demographischen Wandels in Deutschland	9
1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit	12
2 Methoden	14
2.1 Ethikvotum	14
2.2 Teilnahmekriterien	14
2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.2.2 Abbruchkriterien	15
2.3 Studienablauf	15
2.3.1 Erster Durchgang (Juni – Juli 2017)	17
2.3.2 Zweiter Durchgang (Juli – November 2017)	18
2.4 Fragebogen der Auszubildenden und Altenpflegenden	19
2.4.1 Antwortformate	21
2.4.2 Entwicklung des Fragebogens	23
2.4.3 Items der Forschungsliteratur	25
2.5 Datenauswertung	29
2.6 Stichprobe	29
3 Ergebnisse	31
3.1 Q 1: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung?	31
3.2 Q 2: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag?	35
3.3 Q 3: Was ist der aktuelle Wissensstand in der Altenpflege zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit?	44
3.4 Q 4: Wie wird die eigene Sexualität, die Sexualität älterer Menschen und die Sexualität eigener Angehöriger wahrgenommen?	45
3.5 Q 5: Wie werden die Themen Sexualität im Elternhaus und Sexuaufklärung behandelt?	48
4 Diskussion	52
4.1 Stichprobe	52
4.2 Erhebungsinstrument	54
4.3 Q 1: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung?	57

4.4	Q 2: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag?	58
4.5	Q 3: Was ist der aktuelle Wissensstand in der Altenpflege zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit?.....	65
4.6	Q 4: Wie wird die eigene Sexualität, die Sexualität älterer Menschen und die Sexualität eigener Angehöriger wahrgenommen?	66
4.7	Q 5: Wie werden die Themen Sexualität im Elternhaus und Sexuaufklärung behandelt?	68
4.8	Ausblick	70
5	Zusammenfassung.....	72
6	Anhang.....	74
6.1	Fragebogen Auszubildende/Altenpflegende	74
6.2	Fragebogen Lehrende	81
7	Literaturverzeichnis	90
7.1	Internetquellen.....	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Pflegebedürftige ab 65 Jahre nach Versorgungsart zum Jahresende 2013	10
Abbildung 2 Pflegebedürftige zum Jahresende 2015	11
Abbildung 3 Erster Durchgang (Juli 2017)	18
Abbildung 4 Zweiter Durchgang (November 2017)	19
Abbildung 5 Ich fühle mich gut vorbereitet auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigem Verhalten von Heimbewohnern	31
Abbildung 6 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ wurde bei mir in der Ausbildung behandelt	32
Abbildung 7 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ als Ausbildungsfach halte ich für hilfreich für den Arbeitsalltag	32
Abbildung 8 Sexuelle Übergriffe von Heimbewohnenden auf Pflegende	38
Abbildung 9 Sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohnende	38
Abbildung 10 Sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnenden	38
Abbildung 11 Sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden	42
Abbildung 12 Neubildung von Partnerschaften	42
Abbildung 13 Wieviel, meinen Sie, wissen Altenpflegende/Heimbewohnende im Durchschnitt über sexuell übertragbare Erkrankungen?	44
Abbildung 14 Ich kann meine Eltern/Großeltern als sexuell aktiv akzeptieren	46
Abbildung 15 Fragen zur eigenen Sexualität (1)	47
Abbildung 16 Fragen zur eigenen Sexualität (2)	48
Abbildung 17 Offenheit in der Familie	49
Abbildung 18 Wie häufig wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	49
Abbildung 19 Für wie aufgeklärt halte ich mich persönlich?	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Betreuungsschwerpunkte der Pflegeheime	8
Tabelle 2 Arbeitsschwerpunkte der im Pflegeheim Beschäftigten	9
Tabelle 3 Anzahl der Pflegebedürftigen zum Jahresende 2013	10
Tabelle 4 Alter und Geschlecht der Teilnehmenden	30
Tabelle 5 Vermittlung des Themas Alterssexualität: Gewünscht	33
Tabelle 6 Vermittlung des Themas Alterssexualität: Nicht gewünscht	33
Tabelle 7 Erweiterung des Themas Alterssexualität im Unterricht	34
Tabelle 8 Verringerung/Aussparung des Themas Alterssexualität im Unterricht	34
Tabelle 9 Am Arbeitsplatz habe ich eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden	36
Tabelle 10 Paarbildung in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich	37
Tabelle 11 Häufigkeit: Auffinden sexueller Hilfsmittel	39
Tabelle 12 Reale und sinnvolle Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in Einrichtungen	40
Tabelle 13 Bereitstellung sexueller Hilfsmittel durch die Pflegeeinrichtung	41
Tabelle 14 Mit welchen der folgenden sexuell übertragbaren Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Berufsalltag in der Altenpflege schon zu tun?	43
Tabelle 15 Gönnen Sie es alten Menschen, ihre Sexualität aktiv auszuleben?	45
Tabelle 16 Das aktive Ausleben von Sexualität im Alter ist etwas Natürliches	46
Tabelle 17 Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden?	50
Tabelle 18 Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? Aufteilung nach Geschlechtszugehörigkeit	50
Tabelle 19 Über Folgendes bin ich von meinen Eltern aufgeklärt worden	51

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Aktualität der Thematik „Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege“. Die Erörterung des Studienthemas erfolgte anhand einer in zwei Durchgängen durchgeführten prospektiven Fragebogenstudie in und um Göttingen (Umkreis ca. 150 km). Es wurden die Betrachtungsweisen von examinierten und auszubildenden Altenpflegenden an Altenpflegeheimen und -schulen zum Thema sexuelle Gesundheit und Alterssexualität angesichts ihrer Erfahrungen, unter besonderer Berücksichtigung der stationären Heimversorgung, erhoben. Hauptziel der Dissertation war es, mithilfe einer in der Arbeitsgruppe konzipierten Fragebogenstudie ein Meinungsbild zum Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege zu erheben. Weiterhin galt es im Rahmen der Studie eine Bestandsaufnahme durchzuführen, um das Wissen zu Sexualität und sexueller Aufklärung sowie die subjektive Einstellung der Teilnehmenden zum Thema Sexualität zu ermitteln. Auch wurden die Einschätzungen von Lehrenden zum Thema Alterssexualität in der Altenpflegeausbildung betrachtet.

Den Schwerpunkt der vorliegenden Dissertation bildet das Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege, weshalb zunächst eine eindeutige Definition gefordert ist. Die Weltgesundheitsorganisation (2011) definiert sexuelle Gesundheit als:

Einen Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sie setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.

Sexuelle Gesundheit beschreibt daher nicht ausschließlich den Geschlechtsverkehr, sondern vielmehr die Möglichkeit, die eigene Sexualität in jedem Alter ausleben zu können (vgl. WHO-Regionalbüro für Europa 2011). Dabei solle Sexualität im Alter nicht als besonders oder krankhaft betitelt werden, sie müsse vielmehr als natürlich und dazugehörig zum Älterwerden gelten und wie jedes andere Grundbedürfnis auch behandelt werden (Zettl-Wiedner 2011).

Die Bedeutsamkeit des Themas der sexuellen Gesundheit in der Altenpflege basiert auf folgenden Überlegungen: Das Statistische Bundesamt (2015) schätzt, dass bis zum Jahr 2030 die Anzahl der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren auf 3 Millionen ansteigen wird. Demzufolge ist zu erwarten, dass dadurch auch die Zahl der professionell Gepflegten im häuslichen

Umfeld oder in Heimen steigen wird. Für diese Menschen wird das Altenheim zu einem neuen Zuhause, einem Ort an dem gewohnt, gegessen, geschlafen, gearbeitet, geliebt und gestorben wird (Michelchen 2008). Altenpflegende beschäftigen sich somit mit vielen, besser gesagt mit allen Aspekten im Leben eines Bewohnenden bzw. Pflegebedürftigen (vgl. Michelchen 2008).

Der Wunsch, seine Sexualität ausleben zu können, bleibt bis ins hohe Alter bestehen (Bucher et al. 2003; Buchner et al. 2011). Durch ein striktes zeitlich und räumlich organisiertes Umfeld im Heim ist das aktive Ausleben von Sexualität für Bewohnende womöglich schwer zu realisieren (vgl. Meudt 2006). Fehlende Intim- und Privatsphäre, Mehrbettzimmer und wenig privater Freiraum behindern Bewohnende, sich sexuell verwirklichen zu können (Meudt 2006). Dadurch werden vor allem im stationären Bereich die Intimität und der Umgang mit Sexualität in der Bewohnendenversorgung zu einer Herausforderung (Meudt 2006). Sexuell aktive Heimbewohnende stellen für das Pflegepersonal eine potenzielle Herausforderung dar, sowohl auf professioneller als auch auf persönlicher Ebene (vgl. Grond 2011). Laut Grond (2011) könne das offene Ansprechen von Sexualität Pflegenden und Betroffenen helfen, Vertrauen aufzubauen und gleichsam persönliche Grenzen zu setzen.

Der Autor Gunnar Michelchen (2008) versucht die Begriffe Intimität und Sexualität zu differenzieren, denn ihm zufolge werden sie häufig gleichgesetzt verwendet. Die lateinische Übersetzung des Begriffes „Intimität“ würde treffender mit „Innigkeit“ oder „Vertrautheit“ umschrieben werden (Michelchen 2008). In der umgangssprachlichen Auslegung des Wortes „Intimität“ fänden sich vor allem körperliche Nähe und sexuelle Kontakte (vgl. Michelchen 2008). Abzugrenzen davon sind die Begriffe der Privat- und Intimsphäre. Während die Privatsphäre sich eher auf einen Raum bezieht, der der Öffentlichkeit verborgen bleiben sollte, bezieht sich die Intimsphäre auf Bereiche, die sich mit den innersten persönlichsten Gedanken und Gefühlen befassen (Michelchen 2008). Allenfalls wird auserwählten Personen ein Einblick in diese gewährt. Laut Michelchen (2008) würde jede pflegerische Tätigkeit einen Eingriff in die Intimsphäre darstellen, worüber sich jeder Pflegenden im Klaren sein sollte.

In vielen deutschen Altenheimen basiert die Pflege der Bewohnenden auf dem Konzept der „13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL), welche die Pflegewissenschaftlerin Monika Krohwinkel entwarf (vgl. Michelchen 2008). Sie sollen beinahe alle für einen Menschen notwendigen Tätigkeiten und Bedürfnisse umfassen. Zu diesen gehören unter anderem: „kommunizieren, sich bewegen, sich pflegen, ausscheiden, essen und trinken, sich kleiden, schlafen, für eine sichere Umgebung sorgen und sich als Mann oder Frau fühlen“ (vgl. Michelchen 2008). Viele dieser genannten Tätigkeiten verlangen zum Ausleben eine spezielle Intimität. Doch mit zunehmendem Alter wird auch

bei diesen intimen Handlungen Hilfe benötigt. Dennoch ändert sich der Wunsch nach Intimität auch mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nicht. Der Eingriff in die Intimsphäre sei besonders im stationären Bereich bedeutsam, da hier die Pflege von nicht vertrauten, fremden Pflegenden übernommen werde. Altenpflegende sollen sich des Eingriffs in die Intimsphäre und der damit verbundene Prozesse für den Betroffenen bewusst sein (Michelchen 2008).

1.1 Literaturübersicht

Im folgenden Kapitel wird auf die für die vorliegende Arbeit wesentliche Forschungsliteratur zu den Themen Sexualität und Pflege eingegangen. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde deutlich, dass es nur wenig Fachliteratur und aktuelle Forschung zu den Bereichen Sexualität in der Altenpflege und -ausbildung in Deutschland gibt. Zum Thema sexuelle Gesundheit in Bezug auf die Altenpflegeausbildung und den Umgang von Auszubildenden mit der Sexualität der Bewohnenden lagen zum Zeitpunkt der Erhebung keine deutschen Studien vor.

In dieser Arbeit wird zum Teil auf ältere und nicht-deutschsprachige Literatur zurückgegriffen. Auch zeigte sich, dass Studien zum Thema Sexualität und Pflege häufig nur eine kleine Stichprobe betrachteten. Grund hierfür ist möglicherweise, dass Sexualität im Alter als Tabuthema gilt bzw. als solches behandelt wird (vgl. Grond 2001; Michelchen 2008; Meudt 2006). Mittlerweile allerdings wird die Sexualität älterer Menschen nicht selten in der Populärliteratur und auch im Zusammenhang mit (Alten)pflge erwähnt. Auch das Internet bildet eine große Austauschfläche für diverse Aspekte der Thematik Sexualität im Alter. Körperliche Veränderungen im Alter werden hier angesprochen, einschränkende medikamentöse Therapien erläutert und Erkrankungen wie bspw. Demenz, die mit einer sexuellen Enthemmung einhergehen, werden benannt; das Informationsspektrum ist breit gefächert. Hingegen gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien zur Bedeutung der Alterssexualität im Arbeitsalltag der Altenpflegenden.

Michelchen (2008) zufolge betreibt die Gesellschaft eine Verdrängung des Wissens über die sexuelle Aktivität älterer Menschen. Für viele erscheint die Selbstverständlichkeit, dass ältere Menschen sexuell aktiv sind, unwirklich (Michelchen 2008). Durch die Gesellschaft finde eine Verleugnung der Sexualität älterer Menschen statt, indem diese als asexuell betrachtet würden (Zettl 2000). Gründe für die gesellschaftliche Verdrängung der Sexualität älterer Menschen seien unter anderem die öffentliche, aber auch private Tabuisierung der Thematik. Sexualität als Grundbedürfnis und die Natürlichkeit der Thematik seien auch im Bereich der Altenpflege vorurteilsbehaftet und von Unsicherheit geprägt (Michelchen 2008). Doch

gerade in der Altenpflege bedürfe es einer besonderen Offenheit gegenüber Sexualität (Grond 2011). Das Thema Sexualität solle Teil der Pflegeanamnese sein (Grond 2011). Da sexuelle Zufriedenheit auch im Alten- oder Pflegeheim Lebensqualität auszeichnet, sollte die empfundene Scham überwunden werden (Grond 2001). Offenheit sei nur möglich, wenn Pflegenden sich Fragen zu Selbsterfahrung und Selbstkenntnis stellen und reflektiert an die Thematik herantreten (Grond 2001). Der Verein Pro Familia bietet unter dem Titel „Sexualität - (K)ein Thema in der Altenpflege?“ Fortbildungsmöglichkeiten für Pflegenden zu den Themen Sexualität und Altenpflege an (vgl. Wendland 2013). Studienergebnisse bezüglich der Teilnehmerzahlen und dem Einfluss von Fortbildungen auf den Pflegealltag liegen zum jetzigen Zeitpunkt keine vor. In einem Magazin des Vereins schreibt Wendland (2013) über die Natürlichkeit von Sexualität im Alter, die Notwendigkeit von Fortbildungen für Altenpflegende sowie die erforderliche Selbstreflexion, um mit sexuell aktiven Heimbewohnenden/älteren Menschen umzugehen. Weiterhin werden die Herausforderungen, Platz für Sexualität in der Pflegesituation – sowohl auf zeitlicher als auch personeller Ebene zu schaffen – angesprochen (vgl. Wendland 2013).

Der Wunsch nach einer aktiven Sexualität bleibt auch noch im hohen Alter bestehen (vgl. Bucher et al. 2003; Buchner et al. 2011; Grond 2001; Michelchen 2008). In der Fragebogenstudie „Sexualität in der zweiten Lebenshälfte“, die in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt wurde, wurden 857 Frauen und 641 Männer von 45 bis 91 Jahren zum Thema Sexualität befragt (Bucher et al. 2003). Obwohl eine Diskrepanz zwischen sexuellem Interesse und dem aktiven Ausleben von Sexualität besteht, zeigen die Ergebnisse der Studie, dass Sexualität auch im hohen Alter noch relevant bleibt. Ein wesentlicher Faktor für das Fortbestehen einer aktiven Sexualität im höheren Alter ist unter anderem die Bedeutsamkeit von Sexualität in jüngeren Jahren sowie ein aktiver Lebensstil (Bucher et al. 2003). Die Pilotstudie „Sexualität im Alter“ der Helios Klinik Berching befasste sich ebenfalls mit der Sexualität von Menschen über 65 Jahren (Buchner et al. 2011). Im Rahmen einer Interviewstudie in den Jahren 2009 und 2010 wurden 50 Männer und Frauen zu ihrer Sexualität befragt. Mittels Screening-Verfahren wurden vorher die Erkrankungen Demenz und Depression ausgeschlossen. Teilnehmende wurden zu der Veränderung ihrer Sexualität im partnerschaftlichen Kontext befragt. Demnach werde der Geschlechtsverkehr an sich zwar seltener, aber er verändere sich, werde schöner und Zärtlichkeiten würden an Bedeutung gewinnen. Gründe für sexuelle Enthaltensamkeit sind unter anderem Libidoverlust (n= 8), Erkrankungen/Pflegebedürftigkeit (n= 7) oder das Versterben (n= 4) des Partners sowie eigene Erkrankungen (n= 3) (Buchner et al. 2011). Die Zusammenschau der Ergebnisse zeigt, dass Sexualität auch im hohen Alter Bestandteil des Lebens ist und dass

daher das Wahrnehmen von alten Menschen als Wesen mit sexuellen Gefühlen und Wünschen wichtig sei. Die Autoren diskutieren, dass im Hinblick auf diese Erkenntnis, Sexualität und sexuelle Aktivität mehr Beachtung in der Anamnese und Therapieplanung in der Altenpflege finden sollte (Buchner et al. 2011).

Lewis und Bor (1994) fanden in ihrer Fragebogenstudie heraus, dass von 161 befragten Krankenpflegenden in ausgewählten Londoner Krankenhäusern die Mehrzahl (86,9%) es als Teil ihrer pflegerischen Tätigkeit ansah, eine beratende Funktion im Bereich Sexualität zu übernehmen. Im Rahmen ihrer pflegerischen Grundausbildung wurden 68,1% der Befragten im Bereich Sexualität geschult; knapp ein Fünftel (18,8%) wurde explizit das Erheben einer Sexualanamnese gelehrt. Die Mehrheit (78,5%) des befragten Krankenpflegepersonals fühlte sich gut genug ausgebildet, um mit Patientenangelegenheiten bezüglich Sexualität umzugehen (Lewis und Bor 1994). Auch die Arbeitserfahrung und das Alter der Pflegenden schienen einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Alterssexualität zu haben (vgl. Bouman et al. 2007; Sieren 2012). So zeigte englisches Pflegepersonal in Pflegeheimen in Nottingham mit einer Arbeitserfahrung unter fünf Jahren eine deutlich restriktivere und negativere Einstellung gegenüber Alterssexualität als Personal mit mehr Arbeitserfahrung (Bouman et al. 2007). In einer Studie, die in norddeutschen Pflegeheimen durchgeführt wurde, erwiesen sich ältere Fachkräfte als toleranter gegenüber der Sexualität der Bewohnenden (Sieren 2012). Die jüngeren Teilnehmenden gaben an, während der Ausbildung nicht ausreichend auf die Thematik Alterssexualität vorbereitet worden zu sein. So käme es erst durch das Sammeln eigener Erfahrungen und den Austausch mit anderen Mitarbeitenden zu Kenntnissen in diesem Bereich (Sieren 2012).

Für Pflegende könne es schwierig sein, hilflose und multimorbide Bewohnende mit der Vorstellung eines noch vorhandenen Bedürfnisses nach Sexualität und Zärtlichkeit in Einklang zu bringen (van der Vight-Klußmann 2014). Bouman et al. (2007) vermuteten, dass Pflegende, die vorwiegend mit älteren, multimorbiden Personen arbeiteten, gegenüber dem Thema Alterssexualität restriktiver eingestellt waren, als Pflegende, die vergleichsweise gesunde Personen betreuten. Ekel, Scham und persönliche Grenzüberschreitungen könnten die Offenheit gegenüber der Sexualität erschweren und könnte Pflegende vor verschiedene Herausforderungen stellen (vgl. van der Vight-Klußmann 2014; Kleinevers 2004). So könne es mit einer Zunahme von Nähe und Vertrautheit zu gegenseitig empfundenen Sympathien und auch zu erotischen Gefühlen zwischen Pflegendem und Gepflegtem kommen (Zetzl 2000). Dies führe bei dem Behandelnden zu Verwirrung und Zwiespalt, denn hier stünden Lust, Schuld und Angst vor Kontrollverlust im Raum (Zetzl 2000). Der Umgang mit Gefühlen von Angst, Schuld, Lust und Phantasien in der Patientenversorgung solle durch

eine Reflexion der eigenen Situation besser geklärt werden (vgl. Zettl 2000; Kleinevers 2004). Dabei solle der Pflegende sich Fragen zu den eigenen, situativ-empfundene Gefühlen stellen und diese auch mit Kollegen besprechen. Diese Herangehensweise sei allerdings aufgrund der Tabuisierung von Sexualität im Zusammenhang mit professioneller Pflege erschwert (Zettl 2000).

Zusammenfassend geht aus der Literatur hervor, dass Sexualität im Alter eher als Tabuthema behandelt wird (vgl. Grond 2011; Michelchen 2008; Meudt 2006). Der Wunsch nach Sexualität bleibt dennoch bis ins hohe Alter bestehen (vgl. Bucher et al. 2003; Buchner et al. 2011; Grond 2001; Michelchen 2008). Pflegende sollen sich reflektiert gegenüber ihrer eigenen Sexualität und der Sexualität anderer Menschen verhalten, um einen respektvollen Umgang mit Sexualität im Alter möglich zu machen (vgl. Grond 2001; Kleinevers 2004; Zettl 2000; Michelchen 2008). Die Ergebnisse einiger Studien deuten darauf hin, dass sowohl das Alter der Pflegenden als auch die Berufserfahrung einen Einfluss auf die Einstellung zur Sexualität von Gepflegten haben (vgl. Bouman et al. 2007; Sieren 2012). Eine Thematisierung von Sexualität im Rahmen der Ausbildung scheint hilfreich für den späteren Berufsalltag (vgl. Lewis und Bor 1994). Daher stellt sich nun die Frage, ob und in welchem Umfang das Thema Sexualität in der Altenpflegeausbildung behandelt wird.

1.2 Ausbildung und Lernfelder in der Altenpflege

Im weiteren Verlauf wird der Werdegang zum Altenpflegenden kurz skizziert und exemplarisch einige Lernfelder der Ausbildung beschrieben. Inwieweit diese in Bezug auf das Thema sexuelle Gesundheit ausgearbeitet werden, liegt im subjektiven Ermessen der Lehrenden. Ziel der Altenpflegeausbildung ist es, kompetent im Bereich der professionellen Pflege zu sein und somit allumfassend, nach individuellen Fähigkeiten und biographieorientiert, mit Menschen zusammenzuarbeiten (Niedersächsisches Kultusministerium 2003). Um in Deutschland eine Ausbildung zum Altenpflegenden zu beginnen, muss der Auszubildende bestimmte Zugangsvoraussetzungen erfüllen. Zu diesen gehören entweder ein Realschulabschluss oder eine andere abgeschlossene 10-jährige allgemeine Schulausbildung. Bewerber mit einem Hauptschulabschluss müssen eine abgeschlossene Ausbildung in der Alten- oder Krankenpflegehilfe oder eine mindestens zweijährige anderweitige Berufsausbildung vorweisen. Außerdem wird ein Gesundheitszeugnis benötigt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016).

Die Ausbildung zum Altenpflegenden wird in theoretischer (2 100 Stunden) und praktischer (2 500 Stunden) Arbeit absolviert und dauert mindestens drei Jahre. Mit einem Arbeitsvertrag wird das Verhältnis zwischen Altenpflegeheim und Auszubildenden festgelegt. Zwischen

Altenpflegeheim und -schule liegt ein Kooperationsvertrag vor (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016).

Die Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule Altenpflege sehen unterschiedliche Lernfelder für Auszubildende der Altenpflege vor. Einige der für die Hauptthematik der vorliegenden Arbeit relevantesten Lernfelder werden an dieser Stelle kurz hervorgehoben.

Das Lernfeld „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim Altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“ nennt unter dem Punkt „Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“ als direkten Inhalt unter anderem die Sexualität im Alter. Welche Aspekte hier jedoch im Detail behandelt werden, wird nicht genannt. Die Auszubildenden sollen reflektiert und respektvoll in allen Arbeitsbereichen handeln (Niedersächsisches Kultusministerium 2003).

In dem Lernfeld „Anleiten, beraten und Gespräche führen“ sollen die Auszubildenden lernen, Nähe und Distanz zu beachten und situationsangemessen zu reagieren. Ebenfalls soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich über eigene Rollenkonflikte, Unsicherheiten und Ängste auszutauschen (Niedersächsisches Kultusministerium 2003). In diesem Lernfeld werden sexuell konnotierte Situationen nicht explizit genannt, dennoch wäre es möglich, dass die Auszubildenden in diesem Ausbildungsblock Ressourcen für entsprechende Situationen erwerben.

Das Lernfeld „Altenpflege als Beruf ausüben“ beinhaltet zahlreiche Unterpunkte. Ein Teil davon, und auch Gegenstand der mündlichen Prüfung, ist das Thema „Gewalt in der Pflege“. Hier soll unter anderem auf die Themen „Macht in der Pflegehandlung, sexuelle Belästigung und gefährliche Pflege“ eingegangen werden. Ebenfalls wird das Thema „Spannung in der Pflege“ besprochen, welches Nähe- und Distanzkonflikte beinhaltet und ebenfalls Bestandteil der mündlichen Prüfung ist (Niedersächsisches Kultusministerium 2003).

Die genannten Lernfelder der Ausbildung bieten Inhalte an, die im erweiterten Sinne mit sexueller Gesundheit und Alterssexualität in Zusammenhang stehen und somit Berührungspunkte mit der Hauptthematik bilden. Die tatsächliche Ausarbeitung der Lernfelder und das Ausmaß an Inhalten zum Thema sexuelle Gesundheit bleiben jedoch der jeweiligen Schule oder den Lehrenden individuell überlassen. In der vorliegenden Studie wurde daher insbesondere auf die subjektive Präsenz des Bereichs Alterssexualität im Rahmen der Ausbildung und des Altenpflegealltags eingegangen.

1.3 Situation in den Pflegeheimen

Um das Thema sexuelle Gesundheit in den Kontext der aktuellen Situation in Deutschland zu setzen, werden im Folgenden die Strukturen in deutschen Pflegeheimen beschrieben. Grundsätzlich werden drei verschiedene Heimtypen differenziert: das *Altenwohnheim*, das *Altenheim* und das *Pflegeheim* (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014). Bewohnende im *Altenwohnheim* leben in eigenen Wohnungen mit Küche, können aber – falls gewünscht – mit anderen Bewohnenden Mahlzeiten einnehmen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014). Im Gegensatz dazu werden Bewohnende im *Altenheim* pflegerisch und hauswirtschaftlich unterstützt. Die Unterkunft besteht in der Regel aus kleinen Wohnungen oder Apartments. Bewohnende in *Pflegeheimen* werden allumfassend pflegerisch und hauswirtschaftlich versorgt. Häufig leben Bewohnende in Einzel- oder Doppelzimmern mit eigenen Möbeln (Bundesministerium für Gesundheit 2014). Das Statistische Bundesamt (2017) berichtet, dass es zum Jahresende 2015 13 600 Pflegeheime in Deutschland gab, wovon bei 19% ein Altenheim oder betreutes Wohnen angegliedert war. Im Durchschnitt fand eine Betreuung von 63 Pflegebedürftigen pro Heim statt (Statistisches Bundesamt 2017). Mitte Dezember 2015 befanden sich 759 000 Personen in vollstationärer Dauerpflege. Der Hauptversorgungsschwerpunkt der Pflegeheime bildet die Betreuung älterer Menschen (s. **Tabelle 1**, Statistisches Bundesamt 2017).

Tabelle 1 Betreuungsschwerpunkte der Pflegeheime (basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes 2017)

Versorgungsschwerpunkte:	Relative Anzahl der Heime [%]
Betreuung älterer Menschen	94
Betreuung behinderter Menschen	2
Betreuung gerontopsychiatrischer oder psychisch-erkrankter Menschen	2
Begleitung sterbender und schwerkranker Menschen	2

Insgesamt waren laut dem Statistischen Bundesamt (2017) im Dezember 2015 rund 730 000 Menschen in Pflegeheimen angestellt, wovon zwei Drittel Teil- und ein Drittel Vollzeit beschäftigt waren (s. **Tabelle 2**). 51 100 Personen waren zum Zeitpunkt der Erhebung Auszubildende oder Umschulende und machten somit einen Anteil von 7% der Beschäftigten aus. In der Altenpflege waren neben Auszubildenden der Altenpflege, examinierten Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegern zusätzlich Praktikanten, Bundesfreiwilligendienst-

leistende und Pflegehelfende beschäftigt. 34% der Angestellten wiesen einen Abschluss als Altenpflegende vor, 10% waren examinierte Gesundheits- und Krankenpflegende. Insgesamt waren 84% der Beschäftigten weiblich (Statistisches Bundesamt 2017).

Tabelle 2 Arbeitsschwerpunkte der im Pflegeheim Beschäftigten (n= 730 000) (basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes 2017)

Arbeitsschwerpunkte:	Relative Anzahl [%]
Pflege und Betreuung	64
Hauswirtschaft	16
Haustechnik und sonstige Bereiche	9
„Betreuungsassistenz“	7
Soziale Betreuung	4

1.4 Pflegestatistik im Kontext des demographischen Wandels in Deutschland

Die demographische Entwicklung in Deutschland wird dazu führen, dass ein großer Teil der älter werdenden Bevölkerung auf fremde Hilfe angewiesen ist, sowohl im häuslichen Umfeld durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste als auch im Rahmen einer Heimversorgung (vgl. Statistisches Bundesamt 2015).

Das Statistische Bundesamt (2015) gab an, dass zum Jahresende 2013 von 81 Millionen Menschen in Deutschland 17% der Generation 65 plus angehörten (circa jeder Fünfte). Schätzungsweise wird 2060 sogar jeder Dritte in Deutschland mindestens 65 Jahre alt sein (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). **Tabelle 3** stellt die Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit vom Alter dar. Als pflegebedürftig gelten laut dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) Personen, die aller Voraussicht nach über einen mindestens sechsmonatigen Zeitraum hilfsbedürftig sein werden. Ursachen können körperliche, seelische oder geistige Erkrankungen oder Behinderungen sein, die dazu führen, dass Betroffene erhebliche Einschränkungen in ihrem täglichen Leben aufweisen (Statistisches Bundesamt 2015). Statistisch gesehen steigt das Risiko eines Menschen, auf Pflege angewiesen zu sein, je älter er wird (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, s. **Tabelle 3**).

Tabelle 3 Anzahl der Pflegebedürftigen zum Jahresende 2013 (basierend auf den Daten des Statistischen Bundesamtes 2015)

Altersgruppe [Jahre]	Pflegebedürftigkeit [%]
65 – 69	3
80 – 84	21
ab 90	64

Zum Jahresende 2013 betrug die Anzahl der Pflegebedürftigen 2,2 Millionen (Statistisches Bundesamt 2015). Zwei Jahre später war die Anzahl bereits auf 2,9 Millionen Menschen gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Das Statistische Bundesamt differenziert die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. So werden Pflegebedürftige bspw. zuhause durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste oder im Heim versorgt. Die Daten zur Versorgungsart der Pflegebedürftigen des Statistischen Bundesamtes aus den Jahren 2013 und 2015 sind in **Abbildung 1** und **Abbildung 2** dargestellt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015; Statistisches Bundesamt 2017). Von 2,2 Millionen wurden 708 000 (33%) der Pflegebedürftigen ab 65 Jahre zum Jahresende 2013 vollstationär im Heim versorgt (Statistisches Bundesamt 2015). Im Jahr 2015 waren es von 2,9 Millionen Pflegebedürftigen 783 000 (27%) (Statistisches Bundesamt 2017).

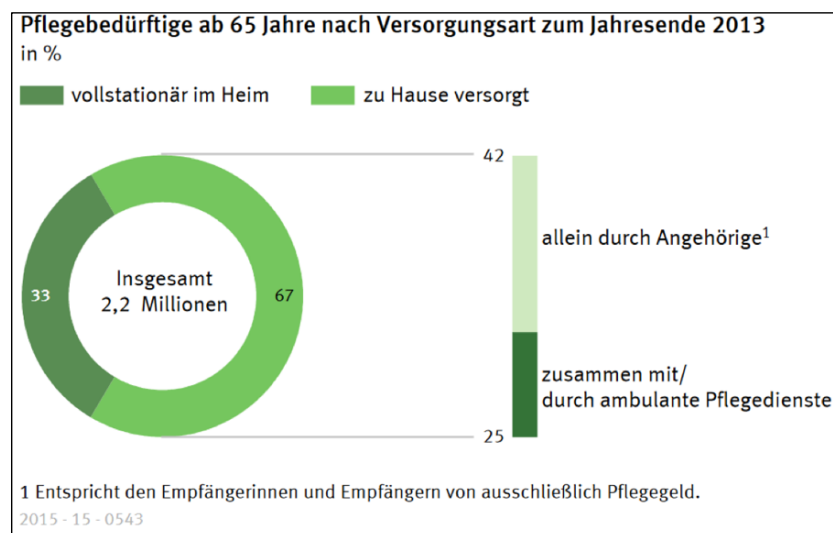


Abbildung 1 Pflegebedürftige ab 65 Jahre nach Versorgungsart zum Jahresende 2013, Schaubild 9.1 (Statistisches Bundesamt 2015)

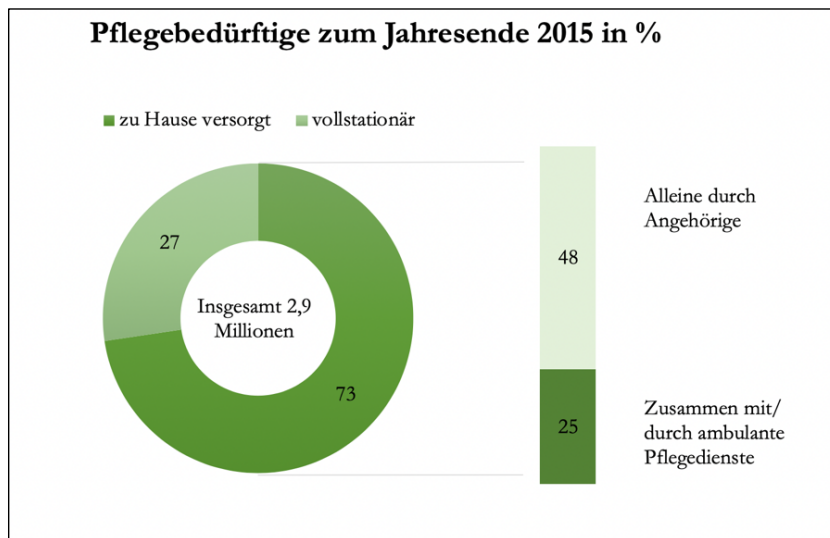


Abbildung 2 Pflegebedürftige zum Jahresende 2015 (basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes 2017)

Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) hatten Männer und Frauen bis zu ihrem 75. Lebensjahr einen ähnlichen Bedarf an Pflege. Jedoch lag der Anteil der pflegebedürftigen 85- bis 89-Jährigen Frauen bei 42% und bei gleichaltrigen Männern bei 30% (Stand 2013). Demnach werden mit steigendem Alter zunehmend Frauen pflegebedürftig. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass Frauen eine im Schnitt höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen (Statistisches Bundesamt 2015). In der Mehrzahl sind Frauen durch Verwitwung alleinstehend. So waren 51% der alleinstehenden Frauen zwischen 65 und 69 Jahren und 87% ab einem Alter von 85 Jahren verwitwet (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). Dies führt dazu, dass der weibliche Anteil Alleinstehender im höheren Alter größer und ihr Bedarf an Pflegeleistungen höher ist. Bei Männern hingegen erfolgte häufiger eine Versorgung zuhause durch die Partnerin. Wenn hier keine Antragstellung auf Leistungen erfolgte, wurden diese Männer auch nicht von der Pflegestatistik erfasst. Dadurch blieb die Anzahl der pflegebedürftigen Männer nach dem SGB XI geringer als die Anzahl der pflegebedürftigen Frauen (Statistisches Bundesamt 2015).

Die demographische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass die Heimunterbringung einen bedeutsamen Anteil in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen darstellt (vgl. Statistisches Bundesamt 2015; Statistisches Bundesamt 2017). Es ist davon auszugehen, dass von diesen im Heim versorgten Menschen ein Anteil noch sexuell aktiv ist. In Anbetracht dieser Tatsache sollte sexuelle Gesundheit in der Altenpflege jetzt und auch zukünftig thematisiert werden.

1.5 Fragestellungen und Zielsetzung der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, anhand einer prospektiven Fragebogenstudie die Aktualität und den Stellenwert des Themas sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung und im Pflegealltag zu erheben. Die Studie konzentrierte sich insbesondere auf auszubildende und examinierte Altenpflegende. Ebenso erfolgte im Rahmen der Datenerhebung eine Befragung der Lehrenden, auf die in dieser Dissertation nur begrenzt eingegangen wird (s. **Kapitel 2.3**).

Aufgrund der Vielzahl der Items (95) des Fragebogens wurden die Forschungsfragen in die untenstehenden fünf Hauptfragen (Q 1 – 5) strukturiert. Im Rahmen der vorliegenden Studie galt es, die aktuelle Situation deskriptiv anhand einer möglichst großen Stichprobe darzustellen, um für spätere Studien mögliche Zusammenhangshypothesen abzuleiten. Im Folgenden werden die Hauptfragen Q1 – 5 vorgestellt.

Q 1: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung?

Die Fragestellung Q 1 befasst sich zum einen mit der Behandlung des Themas Alterssexualität in der Altenpflegeausbildung aus Sicht der befragten examinierten und auszubildenden Altenpflegenden (Item 2.1 – 2.4). Zum anderen wurden einige Ansichten der Lehrenden zum Thema Alterssexualität als Ausbildungsinhalt untersucht.

Q 2: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag?

Unter der Fragestellung Q 2 werden verschiedene Aspekte und Berührungspunkte von Sexualität und sexueller Gesundheit im Pflege- bzw. Arbeitsalltag der Studienteilnehmenden zusammengefasst. Die Zusammenschau der Items dient dazu, einen Gesamteindruck des subjektiven Stellenwertes des Themas sexuelle Gesundheit im Altenpflegealltag zu erhalten. Unter anderem wurde nach dem Konzept der Sexualassistenz im Pflegealltag (Item 3.1 – 3.5) sowie nach Fortbildungsmöglichkeiten zu Alterssexualität und sexueller Gesundheit im Altenheim gefragt (Item 4.1 – 4.5). Die Studienteilnehmenden wurden zu sexuell konnotierten Situationen und erlebten Reaktionen zu sexueller Aktivität und Partnerschaften unter Heimbewohnenden befragt (Item 5.2 – 5.11, 7.1 – 7.12). Ein weiterer Aspekt von Q 2 bildete die Bereitstellung und Verfügbarkeit sexueller Hilfsmittel (Item 6.1 – 6.13), das ungestörte Ausleben von Sexualität (Item 6.14) sowie die Bedeutung von sexuell übertragbaren Erkrankungen und der ärztlichen Versorgung in der Altenpflege (Item 7.14 – 7.19).

Q 3: Was ist der aktuelle Wissensstand in der Altenpflege zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit?

Die Fragestellung Q 3 beschäftigt sich mit dem Wissensstand der Studienteilnehmenden zum Thema Sexualität. Anhand von vier Items (7.20 – 7.24) wurden Wissensfragen zu sexuellen Mythen, sexueller Orientierung und sexuellem Verhalten gestellt.

Q 4: Wie wird die eigene Sexualität, die Sexualität älterer Menschen und die Sexualität eigener Angehöriger wahrgenommen?

Im Rahmen der Fragestellung Q 4 wurden Fragen gestellt, die der Reflexion der eigenen Sexualität (Item 8.1, 8.6 – 8.13) und auch der Sexualität anderer Menschen (Item 8.3 – 8.4) dienen sollten. Weiterhin wurden den Studienteilnehmenden Fragen zum Ausleben von Sexualität im Alter (Item 8.2, 8.5) gestellt.

Q 5: Wie werden die Themen Sexualität im Elternhaus und Sexualaufklärung behandelt?

Die Fragestellung Q 5 befasst sich mit der Thematisierung von Sexualität im Elternhaus und im familiären Umfeld (Item 9.1 – 9.4). Weiterhin wurden Teilnehmende zu ihren Hauptaufklärungsquellen und -themen und dem subjektiven Grad der Aufgeklärtheit befragt (Item 9.5 – 9.7).

2 Methoden

Im vorliegenden Kapitel folgt eine kurze Übersicht über das Ethikvotum sowie eine Angabe der Teilnahme- und Abbruchkriterien der Studie. Der Studienablauf des ersten und des zweiten Erhebungszeitraumes wird beschrieben. Weiterhin erfolgt die Vorstellung des Fragebogens für Auszubildende und Altenpflegende (Erhebungsinstrument).

2.1 Ethikvotum

Um die ethisch korrekte Durchführung der Studie zu gewährleisten, wurde ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen beantragt (Antragsnummer 11/12/16). Die Studie sowie die Datenerhebung und -analyse wurden durch die Ethikkommission am 11.04.2017 genehmigt.

2.2 Teilnahme Kriterien

Der folgende Abschnitt befasst sich mit den Ein- und Ausschlusskriterien der Studienteilnahme. Des Weiteren werden die Abbruchkriterien für den individuellen Teilnehmenden und die Gesamtheit der Studie vorgestellt.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

1. Einschlusskriterien

Zur Teilnahme berechtigt waren Auszubildende und Lehrende der Altenpflegeschulen in Alfeld, Braunschweig, Duderstadt, Einbeck, Göttingen, Hannover, Hannoversch Münden, Hildesheim, Holz Minden, Schladen und Uslar (die Auflistung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge) sowie examinierte Altenpflegende und Altenpflegehelfende der ausgewählten Städte Hannover und Göttingen. Teilnehmende mussten mindestens 18 Jahre alt sein.

2. Ausschlusskriterien

Von der Studie ausgeschlossen wurden Personen unter 18 Jahren sowie nicht Auszubildende der oben genannten Altenpflegeschulen und nicht berufstätige Altenpflegende in Göttingen und Hannover.

2.2.2 Abbruchkriterien

1. Individuelle Abbruchkriterien

Der individuelle Abbruch der Studie konnte jederzeit erfolgen. Als individueller Abbruch definiert ist die Nichtabgabe des Fragebogens nach erfolgtem Ausfüllen des Fragebogens sowie das Nichtausfüllen eines erhaltenen Fragebogens.

2. Abbruchkriterien für die Gesamtstudie

Es lagen keine Annahmen vor, für deren Eintritt der Abbruch der Studie die Folge gewesen wäre.

2.3 Studienablauf

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer prospektiven Fragebogenstudie in Göttingen (Niedersachsen) und in einem Radius von ca. 150 km um Göttingen. Befragt wurden examinierte Altenpflegende in Heimen, Auszubildende der Altenpflege sowie Lehrende an Altenpflegesschulen. Die Auswahl der Altenpflegesschulen erfolgte über die Internetpräsenz der Pflegekammer Niedersachsen (Pflegekammer Niedersachsen KdöR). Die Altenpflegeheime wurden über die Internetseite Heimverzeichnis.de (Heimverzeichnis gGmbH) ausgewählt. Insgesamt wurden im ersten und zweiten Durchgang 147 Altenpflegeheime und 25 Altenpflegesschulen kontaktiert. Es nahmen 14 Altenheime und 11 Altenpflegesschulen an der Studie teil.

Initial bestand das Studiendesign aus zwei separaten Dissertationen mit zwei verschiedenen Fragebögen: (1) Auszubildende und Altenpflegende (Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege) sowie (2) Lehrende (Sexuelle Gesundheit im didaktischen Kontext der Altenpflege). Die Arbeit zu den didaktischen Aspekten von Alterssexualität im Lehralltag wurde noch vor Studienbeginn durch eine weitere Doktorandin abgebrochen. Der Fragebogen für Lehrende wurde dennoch ausgegeben, um im Rahmen der durchgeführten Studie zumindest einige Aspekte dieser Thematik beleuchten zu können.

Aufgrund mangelnder Informationen zu den Themen sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung und Altenpflege in deutschen Einrichtungen erfolgte im Rahmen der Studie die Erfassung eines Meinungsbildes anhand eines in der Arbeitsgruppe eigens dafür entworfenen Fragebogens. Angesichts der kontrovers diskutierten Thematik von Sexualität und Pflege war im Vorhinein nicht eindeutig absehbar, welche Größe die Stichprobe erreichen würde. Daher hatte sich die Arbeitsgruppe gegen eine Validierungsstudie und für eine, zu zwei Zeitpunkten erhobene, prospektive und deskriptive Studie entschieden. Ziel war es, so eine möglichst große Teilnehmerzahl zu erreichen.

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte primär mit dem Programm Microsoft Word Office 365. Nach Fertigstellung der Items wurden diese zur besseren Übersicht beim Ausfüllen und zur späteren Auswertung in die Umfragesoftware EvaSys als vollständiger Fragebogen übertragen.

Der Fragebogen wurde vor Studienbeginn im Rahmen eines Testdurchlaufs auf Inhalt und Verständnis geprüft. Er wurde von Studierenden der Medizin, examinieren Krankenpflegenden und Personen anderer Berufsgruppen ausgefüllt. Im Zuge der Pretests wurde der Fragebogen jedoch nicht von Auszubildenden oder examinieren Altenpflegenden bearbeitet; dies erfolgte erst während der Erhebungsphase. Während des Erstellungsprozesses und auch nach dem Testdurchlauf wurde der Fragebogen mit Mitarbeitern des Instituts für Statistik der Universitätsmedizin Göttingen besprochen.

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Durchgängen, wovon der erste Durchgang im Juni und Juli 2017 stattfand und der zweite Durchgang von Juli bis November 2017 lief. Im ersten Durchgang wurden ausschließlich Altenpflegeheime und Altenpflegesschulen in und um Göttingen kontaktiert. Im zweiten Durchgang wurde der geographische Umkreis der Studie um ca. 150 km um Göttingen erweitert.

Im Zuge der Auswertung des ersten Durchgangs fiel auf, dass 16 Items bei der Übertragung der Items von Microsoft Word in die Umfragesoftware EvaSys nicht übernommen worden waren. Die Teilnehmenden des zweiten Durchgangs erhielten daher eine modifizierte Fragebogenversion, bei der die fehlenden 16 Items ergänzt wurden (Items 6.1 bis 6.16). Ansonsten war der Fragebogen identisch zu dem des ersten Durchgangs (s. **Kapitel 2.4**).

Die ausgewählten Einrichtungen wurden mit einem identischen Anschreiben postalisch kontaktiert. Ansprechpartner waren die Heim-, Pflegedienst- oder Schulleitungen. Ziel des Anschreibens war es, das Thema der Dissertation vorzustellen. Dem Schreiben war eine Kopie der Fragebögen angefügt, damit die Betreffenden eine genauere Vorstellung von der Studie und den zu erwartenden Fragen erhielten. Im Anschluss an die postalische Kontaktaufnahme erfolgte in den darauffolgenden Wochen eine telefonische Kontaktaufnahme. In einigen der Göttinger Altenpflegeheimen und -schulen erfolgten die erneute Vorstellung der Studie und das Austeilen der Fragebögen vor Ort in einem persönlichen Gespräch mit den Pflegedienst- oder Heimleitungen. Die geplante Vorstellung des Themas und der Fragebögen vor Ort gestaltete sich aus zeitlichen und logistischen Gründen als schwierig, weshalb vorwiegend eine postalische Übermittlung der Fragebögen stattfand.

Die Heim-, Pflegedienst- oder Schulleitungen trafen die Entscheidung über die Studienteilnahme der Einrichtung. Eine Zustimmung der Leitung verpflichtete den

Einzelnen nicht zu der Studienteilnahme. Die individuelle Teilnahme der Auszubildenden, Lehrenden und Altenpflegenden erfolgte auf freiwilliger Basis.

Die von den Studienteilnehmenden ausgefüllten Fragebögen wurden in den Einrichtungen in fensterlosen Umschlägen oder Kartons an einem von den Leitungspersonen festgelegten Ort gesammelt. Anschließend wurden sie per Post oder durch Abholung an das Institut für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen zur nachfolgenden Auswertung gebracht. Das Auslesen der Fragebögen erfolgte mittels Einscannen in die Evaluations- und Umfragesoftware EvaSys in den Räumlichkeiten der Abteilung für Studium und Lehre der Universität Göttingen. Durch das o. g. Verfahren ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich und die Anonymität der Teilnehmenden ist gewährleistet.

2.3.1 Erster Durchgang (Juni – Juli 2017)

Im ersten Durchgang waren 12 von 18 angefragten Altenpflegeheimen der Stadt Göttingen mit einer Studienteilnahme einverstanden. In den Altenpflegeheimen wurden 288 Fragebögen verteilt. Eine Rückgabe der ausgeteilten Fragebögen erfolgte durch 10 der 12 teilnehmenden Altenpflegeheime. Des Weiteren nahmen vier Schulen in den Städten Arnstadt, Göttingen und Schladen teil. Diese wurden mit einem dem der Heime identischen Anschreiben kontaktiert (12.06.2017). Es wurden 206 Fragebögen für die Auszubildenden sowie 29 Fragebögen für die Lehrenden verteilt, eine Rückgabe erfolgte durch alle vier Schulen.

Eine graphische Darstellung des Auswahlverfahrens des ersten Durchgangs ist der **Abbildung 3** zu entnehmen. Insgesamt wurden 523 Fragebögen ausgegeben. Der gesamte Rücklauf des ersten Durchgangs betrug 220 Fragebögen für Auszubildende und Altenpflegende, sowie neun Fragebögen für Lehrende (Stand 27.07.2017).

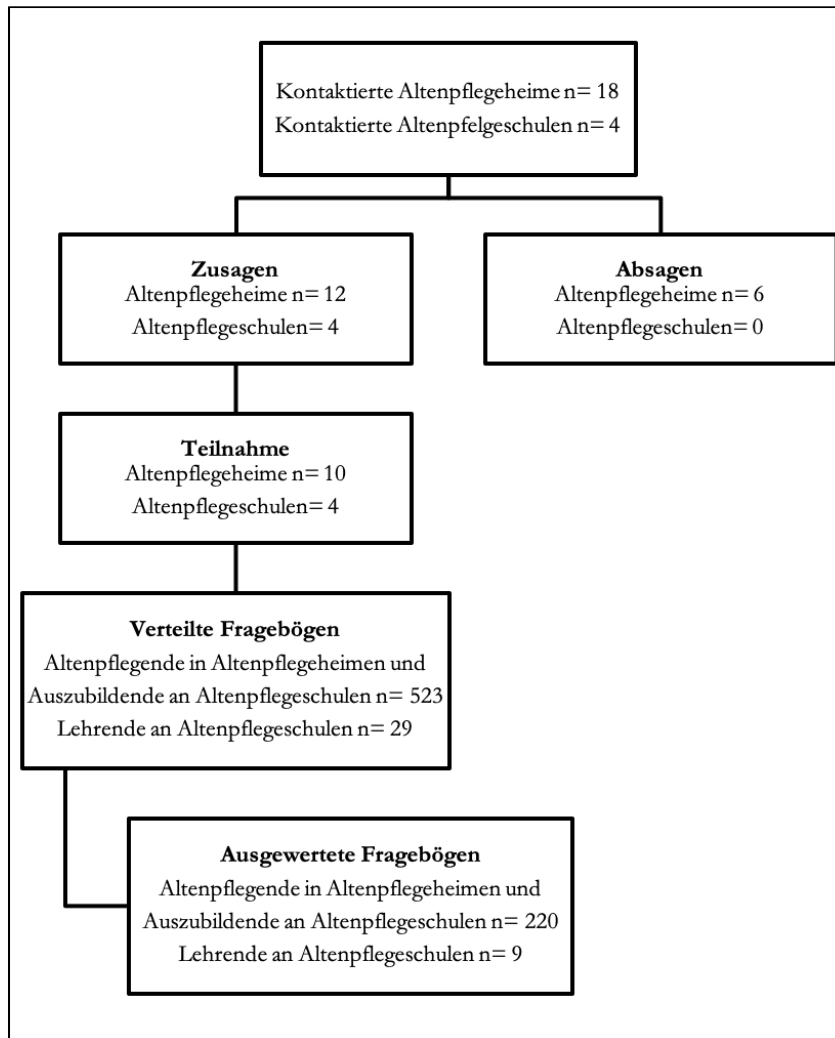


Abbildung 3 Erster Durchgang (Juli 2017)

2.3.2 Zweiter Durchgang (Juli – November 2017)

Die im zweiten Durchgang angeschriebenen Altenpflegeheime begrenzten sich auf die Landeshauptstadt Hannover. Hier wurden 130 Altenheime kontaktiert, wovon drei Altenheime aus Hannover der Teilnahme an der Studie zustimmten. Darüber hinaus nahm noch ein Göttinger Altenheim am zweiten Durchgang teil, welches den ersten Durchgang aus zeitlichen Gründen absagen musste. An die vier teilnehmenden Altenheime wurden 74 Fragebögen ausgegeben. Eine Rückgabe dieser erfolgte durch alle vier teilnehmenden Altenpflegeheime.

Der Umkreis der befragten Schulen wurde auf Städte im Radius von ca. 150 km um die Stadt Göttingen erweitert. Angeschrieben wurden Schulen in den Städten Alfeld, Braunschweig, Duderstadt, Einbeck, Göttingen, Hannover, Hannoversch Münden, Hildesheim, Holzminden, Schladen und Uslar (die Auflistung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge). Von 23 kontaktierten Schulen stimmten insgesamt neun der Teilnahme an der Studie zu. Zwei dieser Schulen hatten bereits im ersten Durchgang mit anderen Klassen teilgenommen. An

den Schulen wurden 551 Fragebögen für Auszubildende sowie 56 Fragebögen für Lehrende ausgegeben. Eine Rückgabe der ausgeteilten Bögen erfolgte durch alle neun teilnehmenden Altenpflegeschulen.

Eine graphische Darstellung des zweiten Durchgangs ist der **Abbildung 4** zu entnehmen. Insgesamt wurden 681 Fragebögen verteilt. Der gesamte Rücklauf des zweiten Durchgangs betrug 379 Fragebögen für Auszubildende und examinierte Altenpflegende, sowie 21 Fragebögen für Lehrende (Stand 16.11.2017).

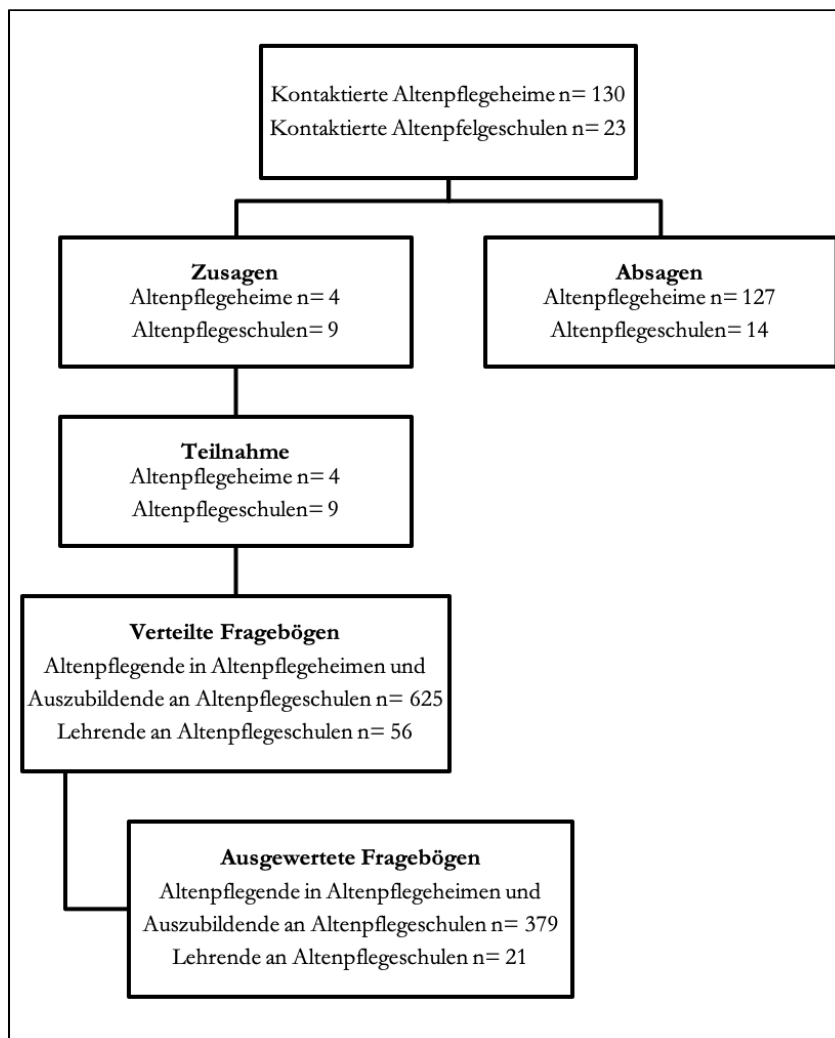


Abbildung 4 Zweiter Durchgang (November 2017)

2.4 Fragebogen der Auszubildenden und Altenpflegenden

Initiales Bestreben der Studie war die Erhebung eines Meinungsbildes zum Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege und die Darstellung der Ergebnisse anhand einer deskriptiven Statistik. Die Auslegung des Fragebogens erfolgte mit ebendieser Zielsetzung. Der Fragebogen sowie die Mehrzahl der verwendeten Items wurden in der Arbeitsgruppe

selbstständig entworfen. Einige Items entstammen der Forschungsliteratur und wurden im Fragebogen ergänzt (s. **Kapitel 2.4.3**). Die Items wurden mit dem Ziel entworfen, eine möglichst große Bandbreite an Informationen zum Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege zu erlangen. Das Vorgehen und das Erhebungsinstrument wurde vor Studienbeginn 2017 mit Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen besprochen.

Im folgenden Kapitel werden zum einen der Fragebogen der Auszubildenden und Altenpflegenden erläutert und zum anderen einzelne Items und Antwortoptionen exemplarisch vorgestellt. Der Fragebogen dient dazu, ein Meinungsbild der Einstellungen von Altenpflegenden, Auszubildenden und Lehrenden an Altenpflegesschulen zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflege zu erfassen. Die Fragebogenstudie erfolgte mit der Zielsetzung einer rein deskriptiven Auswertung. Weiterhin soll anhand des Fragebogens die Überprüfung der bereits in **Kapitel 1.5** genannten Forschungsfragen erfolgen. Der vollständige Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

Für die vorliegende Studie wurden zwei Fragebögen in der Arbeitsgruppe neu entwickelt: ein Fragebogen für die Gruppe der Auszubildenden und examinierten Altenpflegenden sowie ein anderer für Lehrende an Altenpflegesschulen. Da sich die Arbeit überwiegend auf auszubildende und examinierte Altenpflegende bezieht, wird in diesem Kapitel der Schwerpunkt auf den Fragebogen dieser Gruppe gelegt. Orientiert wurde sich an allgemeinen Richtlinien und Empfehlungen zur Erstellung eines Fragebogens (vgl. Porst 2014; Krosnick und Presser 2009).

Der Fragebogen der Auszubildenden und Altenpflegenden bestand im ersten Durchgang aus 79 Items. Ergänzt wurden im zweiten Durchgang die Items 6.1 bis 6.16, die den neuen Teil 6 „Situation in meinem Berufsalltag“ bilden (s. **Kapitel 2.3**). Die endgültige Anzahl von Items des Fragebogens beträgt insgesamt 95. Davon entstammen 21 Items der Forschungsliteratur, 74 Items wurden von der Arbeitsgruppe entworfen.

Insgesamt lässt sich der Fragebogen in 11 Unterabschnitte einteilen, welche im Folgenden näher erörtert werden. Der einleitende Text zur Studie wurde im Fragebogen als Teil 1 gekennzeichnet und enthält Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens sowie einleitende Worte in die Studie (vgl. Porst 2014). Teil 11 dient am Schluss des Fragebogens für Anmerkungen der Teilnehmenden. Die zu beantwortenden Items wurden zur besseren Übersicht in 9 Kategorien thematisch sortiert (vgl. Krosnick und Presser 2009). Am Anfang des Fragebogens stehen Fragen, die das Hauptthema der Studie einleiten. Themenblöcke, die persönliche Fragen beinhalten (z. B. Fragen zur eigenen Sexualität und Offenheit in der Familie), wurden am Ende des Fragebogens platziert (vgl. Krosnick und Presser 2009).

Es erfolgt eine Übersicht der Themenbereiche sowie in Klammern stehend die Anzahl der zugehörigen Items:

- 1) Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens (0)
- 2) Ausbildung (4)
- 3) Konzept der Sexualassistenz (5)
- 4) Fortbildungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (5)
- 5) Situation in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich (11)
- 6) Situation in meinem Berufsalltag (16)
- 7) Meinungsbild (24)
- 8) Fragen zur eigenen Sexualität (13)
- 9) Offenheit in der Familie (7)
- 10) Allgemeiner Teil (10)
- 11) Anmerkungen (0)

Im Folgenden werden die im Fragebogen verwendeten Antwortformate und exemplarisch einige Items vorgestellt. Weiterhin wird auf die Entwicklung des Fragebogens und die der Forschungsliteratur entstammenden Items eingegangen.

2.4.1 Antwortformate

In der vorliegenden Fragebogenstudie wurde vorwiegend ein geschlossenes Antwortformat gewählt, um die Antwortbereitschaft der Teilnehmenden zu erhöhen und die Ergebnisdarstellung im Rahmen der Auswertung zu vereinfachen (vgl. Porst 2014). Ausnahmen bildet der Teil 11 des Fragebogens, wo Teilnehmende die Möglichkeit hatten, Wünsche und Anregungen zu äußern sowie zwei Fragen, die im offenen Format zu beantworten waren (Item 6.10 und 6.12).

Offene Fragen:

6.10: Bereitstellung anderer als der hier genannten sexuellen Hilfsmittel in Ihrer Einrichtung:

Insgesamt erfolgte die Beantwortung der Items vorwiegend im Rahmen von Single- (Item 2.1 – 2.4, 3.1 – 3.5, 4.1 – 4.2, 4.5, 5.1 – 5.11, 6.1 – 6.8, 6.15 – 6.16, 7.1 – 7.3, 7.7 – 7.9, 7.13 – 7.18, 7.20 – 7.24, 8.1 – 8.5, 8.7 – 8.13, 9.1 – 9.5, 10.1 – 10.8, 10.10) und Multiple-Choice Optionen (Item 4.3 – 4.4, 6.9, 6.11, 6.13 – 6.14, 7.4 – 7.6, 7.10 – 7.12, 7.19, 8.6, 9.6 – 9.7, 10.9). Items, bei denen die Option einer Mehrfachnennung (Multiple-Choice) im Sinne einer

Auflistung bestand, wurden alphabetisch aufgezeigt, um Antworttendenzen zu reduzieren und um eine möglichst neutrale, wertungsfreie Darstellung der Antwortmöglichkeiten zu bieten (vgl. Bogner und Landrock 2015).

Single-Choice:

3.1:	Ist Ihnen das Konzept der Sexualassistenz bekannt?	Ja Nein Weiß nicht
------	--	--------------------------

Multiple-Choice:

7.19:	Mit welchen der folgenden sexuell übertragbaren Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Berufsalltag in der Altenpflege schon zu tun? Mehrfachnennungen möglich.	Chlamydien Gonorrhoe (Tripper) Hepatitis B und C Herpes genitales (HSV) Human Immunodeficiency Virus (HIV) Humanes Papilloma Virus (HPV- Feigwarzen) Pilzinfektionen, z. B. Scheidenpilze Treponema pallidum (Syphilis)
-------	--	--

Bei der Verwendung endpunktverbalisierter Skalen erfolgte die Darstellung mittels fünfer Skalenbreite (Item 2.1 – 2.3, 7.14 – 7.15, 8.1, 8.7 – 8.12, 9.1 – 9.5). Franzen (2014) beschreibt, dass eine ungerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten das Risiko der Akquieszenz – einer Tendenz zur inhaltsunabhängigen Zustimmung – verringert. Dennoch können ungerade Antwortmöglichkeiten die Interpretation von Ergebnissen erschweren, da Befragte, die keine Meinung zu einem Thema haben, eher zur Mitte tendieren (Franzen 2014). Weiterhin wurden die Endpunkte entsprechend der jeweiligen Frage modifiziert (bspw. 1= Trifft zu, 5= Trifft nicht zu; 1= Sehr offen, 5= Gar nicht offen), um das Verständnis der Antwortmöglichkeiten zu erleichtern und ggf. einer Ermüdung der Befragten vorzubeugen (vgl. Franzen 2014).

Endpunktverbalisierte Skalen:

2.1:	Ich fühle mich gut vorbereitet auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigen Verhalten von Heimbewohnern.	Trifft zu=1 Trifft nicht zu=5
------	--	----------------------------------

9.3:	Wie offen haben meine Eltern mit mir über Sexualität gesprochen?	Sehr offen=1 Gar nicht offen=5
------	--	-----------------------------------

2.4.2 Entwicklung des Fragebogens

Wie bereits in **Kapitel 2.3** beschrieben, wurden die Items der Fragebögen vor Studienbeginn mehreren Personen verschiedener beruflicher Hintergründe, unter anderem auch Krankenpflegenden, vorgestellt und in einem Testdurchlauf auf Inhalt und Verständnis geprüft. Im Folgenden werden die durch den Testdurchlauf entstandenen Änderungen des Fragebogens aufgezeigt, welche aufgrund von Praktikabilität und Verständnis erfolgt waren.

Im Teil 1: „Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens“ wird auf den Verzicht einer geschlechtsspezifischen Differenzierung hingewiesen und somit der Übersichtlichkeit halber auf ein korrektes Gendern (bspw. Sexualassistentin/Sexualassistent, Heimbewohner/Heimbewohnerin) verzichtet (s. Fragebogen im Anhang). Weiterhin erfolgte in der vorliegenden Fragebogenversion eine Nummerierung und Re-Gruppierung der einzelnen Abschnitte und Items des Fragebogens (vgl. Krosnick und Presser 2009, s. **Kapitel 2.4**).

Wie bereits unter **Kapitel 2.4.1** beschrieben, wurden die Multiple-Choice-Auflistungen alphabetisch aufgezeichnet, was in der Anfangsversion des Fragebogens nicht erfolgt war. Außerdem wurde bei den Items 7.4 – 7.6 und 7.10 – 7.12 die Antwortoption „Sonstiges“ mit der Möglichkeit einer Freitextangabe entfernt und auf eine geschlossene Frage mit Mehrfachnennung umgesetzt.

Initial war bei allen nominalskalierten Items nur eine dichotome Antwortmöglichkeit mit „Ja“ und „Nein“ gegeben. In der verwendeten Fragebogenversion wurde die zusätzliche Option „Weiß nicht“ hinzugefügt, um gegebenenfalls bei Unsicherheit und Meinungslosigkeit das Auslassen von Fragen zu reduzieren (Item 2.4, 3.1 – 3.5, 4.1, 4.2, 4.4, 6.8 – 6.9, 6.11, 6.13 – 6.15, 7.1 – 7.3, 7.7 – 7.9, 7.13, 7.16 – 7.18, 7.20 – 7.24, 8.2 – 8.6).

Erstversion:

Ist Ihnen das Konzept der Sexualassistentenz bekannt?	Ja Nein
---	------------

Vorliegende Version:

3.1:	Ist Ihnen das Konzept der Sexualassistentenz bekannt?	Ja Nein Weiß nicht
------	---	--------------------------

Der fünfte Teil des Fragebogens befasste sich mit der Situation in der Einrichtung, beziehungsweise des Wohnbereichs. Die Items 5.2 und 5.3 wurden in der Anfangsfassung des Fragebogens anhand einer fünfstufigen endpunktverbalisierten Likert-Skala (1= Nie, 5= Häufig) beantwortet. Zum besseren Verständnis und der Praktikabilität halber erfolgten eine Umformulierung der Items und eine Änderung des Antwortformats. In der vorliegenden Version wurde bewusst auf einen festen zeitlichen Abstand verzichtet, da vor allem das subjektive Empfinden des einzelnen Teilnehmenden erfasst werden sollte.

Erstversion:

Im Folgenden beantworten Sie bitte die Fragen nach der Häufigkeit ihrer Vorkommnisse. *Nie* entspricht keinem Vorkommen, mit *häufig* sind Vorkommnisse gemeint, die mehr als einmal im halben Jahr vorkommen.

Bestehende Partnerschaft zwischen Heimbewohner_innen	1=Nie 5=Häufig
Neu gebildete Partnerschaft zwischen Heimbewohner_innen	1=Nie 5=Häufig

Vorliegende Version:

5.2:	Wie häufig bilden sich unter Heimbewohnern neue Paare?	Nie Gelegentlich Regelmäßig
5.3:	Wie häufig bilden sich Paare unter Heimbewohnern und Externen?	Nie Gelegentlich Regelmäßig

Auch die Items 5.6 – 5.11 wurden in der Anfangsfassung anhand einer endpunktverbalisierten Likert-Skala (1= Nie, 5= Häufig) aufgelistet. Diese wurden in der Endversion des Fragebogens zur besseren Differenzierung auf eine fünfstufige Antwortmöglichkeit (s. unten) umgesetzt. Zudem wurde aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die betreffende Gruppe markiert, um sie im Text hervorzuheben (bspw. **Heimbewohner, Pflegende**).

Erstversion:

Verbale sexuelle Übergriffe von Heimbewohner_innen auf Pflegende	Nie=1 Häufig=5
--	-------------------

Vorliegende Version:

5.6:	Verbale sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z. B. Aufforderungen zu sexuellen Handlungen	Täglich=1 Wöchentlich=2 Monatlich=3 Seltener=4 Nie=5
------	--	--

Item 5.7 bestand in der Erstversion aus drei Unterpunkten mit einer Freitextmöglichkeit im Feld Sonstiges. In der vorliegenden Version wurde die Antwortoption von Item 5.7 aus Gründen der Übersicht identisch zu denen von 5.6, 5.8 – 5.11 übernommen.

Erstversion:

	Körperliche sexuelle Übergriffe durch Heimbewohner_innen	
	An den Po fassen	Nie=1 Häufig=5
	An den Busen fassen	Nie=1 Häufig=5
	Sonstiges:	Nie=1 Häufig=5

Vorliegende Version:

5.7:	Körperliche sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z. B. in den Schritt, Po oder Busen fassen	Täglich=1 Wöchentlich=2 Monatlich=3 Seltener=4 Nie=5
------	--	--

2.4.3 Items der Forschungsliteratur

An die Studie „SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ angelehnt, wurde Item 7.17 entworfen (Hallauer et al. 2005). Unter anderem galt es im Rahmen der Studie SÄVIP herauszufinden, wer im Altenpflegeheim für die Bewohnenden Arztbesuche veranlasst: das Pflegepersonal, die Bewohnenden selbst oder ihre Angehörigen. Ebenso wurde den Personen, die den Arztbesuch initiierten, eine zeitliche Komponente zugeordnet: Nie/Selten/Zu gleichen Teilen/Meistens/Immer (vgl. Hallauer et al. 2005). Das daraus entwickelte Item 7.17 beschränkte sich bewusst auf die Fachrichtungen Gynäkologie und Urologie, da diese von der Arbeitsgruppe als für die sexuelle Gesundheit der Heimbewohnenden besonders relevant eingeschätzt wurden.

Originalstudie:

Die Veranlassung von Arztbesuchen erfolgt vornehmlich durch: Pflegepersonal/Heimbewohner/Angehörige	Nie Selten Zu gleichen Teilen Meistens Immer
---	--

Vorliegende Studie:

7.17: Wird von Seiten der Pflege darauf geachtet, dass es zu Vorsorgeuntersuchungen von Ärzten der Gynäkologie bzw. Urologie kommt?	Ja Nein Weiß nicht
---	--------------------------

Der Themenkomplex Q 3 befasst sich mit Fragen, die den Wissensstand der Teilnehmenden bezüglich des Sexualverhaltens von Männern und Frauen abfragen sollten. Die Items 7.20, 7.21, 7.23 und 7.24 stammen aus der Studie „Wie viel Sex braucht das Medizinstudium?“ (Turner et al. 2014). Die Items 7.21 und 7.23 wurden der Originalstudie unverändert entnommen. Item 7.20 wurde zum Verständnis der Teilnehmenden modifiziert: Klimakterium - Wechseljahre (vgl. Porst 2014). Item 7.24 wurde gekürzt und als geschlossene Frage formuliert:

Originalstudie:

Ist häufige Masturbation (ab 2x täglich) beim Jungen bzw. Mann körperlich und/oder psychisch schädlich? Wenn ja, welche Schäden können durch häufige Masturbation hervorgerufen werden?	Körperlich: Psychisch: Weiß nicht
---	---

Vorliegende Studie:

7.24: Ist häufiges Masturbieren psychisch schädlich?	Ja Nein Weiß nicht
--	--------------------------

Aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt wurden die Items 8.1, 8.7, 8.12 und 8.13 des „Multidimensional Sexuality Questionnaire“ (Snell et al. 1993), ebenso die Items 8.8, 8.9, 8.10, 8.11 und 8.13 aus dem „Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire“ von Snell et al. aus dem Jahr 1998 (Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire). Aus Praktikabilitätsgründen wurde im Teil 8, der sich mit der eigenen Sexualität auseinandersetzt, das Antwortformat im Rahmen der Studie auf eine fünfstufige Likert-Skala (1= Trifft zu, 5=

Trifft nicht zu) geändert. In der Erstfassung sollten Studienteilnehmende die Items 8.1 und 8.7 bis 8.13 mit den unten genannten Antwortoptionen A bis D abgleichen.

Erstversion:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nach diesem Schema:

A: überhaupt nicht charakteristisch für mich

B: weniger charakteristisch für mich

C: charakteristisch für mich

D: sehr charakteristisch für mich

Für meine eigene Sexualität bin ich zum Großteil selbst verantwortlich.	A
	B
	C
	D

Vorliegende Version:

8.7: Für meine eigene Sexualität bin ich zum Großteil selbst verantwortlich.	Trifft zu=1
	Trifft nicht zu=5

Die Items 9.1 bis 9.5 wurden der Dissertation „Psychosoziale Einflussfaktoren auf das weibliche Sexualerleben“ entnommen (vgl. Lehmann 2007). In der Originalstudie sollten Teilnehmende ein Kreuz auf einer endpunktverbalisierten Linie (bspw. Überhaupt nicht offen bis Sehr offen) setzen, welche keine festdefinierte Skalenbreite besaß. In der vorliegenden Studie wurde für die Beantwortung der Items 9.1 – 9.5 eine fünfer Skalenbreite gewählt. Die Items 9.6 und 9.7 wurden angelehnt an die Originalstudie entworfen und modifiziert.

Originalstudie:

2. Wie offen wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	
überhaupt nicht offen	sehr offen

Vorliegende Studie:

9.2: Wie offen wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	Offen=1
	Gar nicht offen=5

Originalstudie:

12. Wörter und durch wen bin ich aufgeklärt worden ?

Kreuzen Sie bitte in der **linken** Spalte an, **worüber** Sie aufgeklärt wurden und geben Sie bitte gleichzeitig in der **rechten Spalte** an durch wen. (Mehrfachnennungen möglich)
 Bsp.: Über Verhütung haben mich meine Mutter, meine Freunde und mein Frauenarzt aufgeklärt.
 In diesem Fall kreuze ich auf der rechten Seite Nr. 3 an und gebe im linken Kasten die Buchstaben A, F und L an.

Wörter bin ich aufgeklärt worden? (Bitte ankreuzen)	Durch wen bin ich aufgeklärt worden? (A - M)
1. gar nicht aufgeklärt	<input type="checkbox"/>
2. rein biologisch	<input type="checkbox"/>
3. Verhütung	<input type="checkbox"/>
4. Missbrauch	<input type="checkbox"/>
5. Lustempfinden	<input type="checkbox"/>
6. Homosexualität	<input type="checkbox"/>
7. Techniken/ Praktiken	<input type="checkbox"/>
8. Selbstbefriedigung	<input type="checkbox"/>
9. Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>
10. (Geschlechts-) Krankheiten	<input type="checkbox"/>
11. männlicher Orgasmus	<input type="checkbox"/>
12. weiblicher Orgasmus	<input type="checkbox"/>
13. Menarche	<input type="checkbox"/>
14. Moralvorstellungen	<input type="checkbox"/>
15. anderes _____	<input type="checkbox"/>

A= Mutter
 B= Vater
 C= beide Eltern
 D= Geschwister
 E= sonstige Verwandte
 F= Freunde
 G= Partner
 H= Mitschüler
 I= Lehrer
 J= Erzieher
 K= Medien (TV, Literatur etc.)
 L= Arzt
 M= Andere

Vorliegende Studie:

9.6:	Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? Mehrfachnennungen möglich.	Fernsehen Freunde Geschwister Internet Mutter Schule Vater Zeitschriften Gar nicht
------	---	--

9.7:	Über Folgendes bin ich von meinen Eltern aufgeklärt worden: Mehrfachnennungen möglich.	Geburt Geschlechtskrankheiten Heterosexualität Homosexualität Monatliche Blutung (Periode) Schwangerschaft Selbstbefriedigung Sexuelle Funktionsstörungen Verhütung (Pille, Kondom, Spirale..) Gar nicht
------	---	---

2.5 Datenauswertung

Die Erhebung der Daten für die Fragebogenstudie sowie die Erfassung der Rohdaten erfolgte mittels der Evaluations- und Umfragesoftware EvaSys. Die damit gewonnenen Daten wurden mit Microsoft Excel 365 ausgewertet und deskriptiv mithilfe von Microsoft Word Office 365 dargestellt. Die Wahl des Auswertungsverfahrens wurde vor Studienbeginn mit Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen im Rahmen der statistischen Beratung besprochen und befürwortet. Die Auswertung aller abgegebenen Fragebögen erfolgte unabhängig der Anzahl nicht beantworteter Items (Stichprobe, s. **Kapitel 2.6**). Hieraus ergibt sich pro Item eine unterschiedliche Stichprobe (n), welche im Folgenden separat aufgezeigt wird.

2.6 Stichprobe

Die Studie wurde anhand einer Stichprobe von 629 Teilnehmenden durchgeführt. An der prospektiven Fragebogenstudie nahmen insgesamt 599 Altenpflegende und Auszubildende sowie 30 Lehrende von Altenpflegeschulen teil. Es wurden insgesamt 1119 Fragebögen an Auszubildende und Altenpflegende verteilt, was bei einer Stichprobe von 599 einen Rücklauf von 53,53% ergab. Für die Lehrenden wurden im ersten und zweiten Durchgang insgesamt 85 Fragebögen verteilt. Davon wurden 30 Fragebögen eingereicht, was einem Rücklauf von 35,3% entspricht.

Von $n = 599$ Teilnehmenden gaben 517 Personen Auskunft über ihren Ausbildungsstand. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren 106 (20,5%) Teilnehmende im ersten Ausbildungsjahr, 143 (27,7%) Teilnehmende im zweiten Ausbildungsjahr und 171 (33,1%) Teilnehmende im dritten Ausbildungsjahr. Eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 75

(14,5%) der Teilnehmenden. 22 Personen (4,3%) hatten keine Ausbildung in der Altenpflege. 82 Personen trafen keine Aussage über ihren Ausbildungsstand.

Die Altersverteilung wurde in vorgeschriebenen Gruppen sortiert (s. **Tabelle 4**). Eine Auskunft über ihr Alter gaben 534 (89,1%) Teilnehmende. Mit einem Anteil von 39,3% (n= 210) war der Großteil der Befragten in der Altersgruppe <25 Jahre. Eine Auskunft zu ihrem Geschlecht machten 418 (69,7%) Personen. 117 (28%) der Befragten waren männlich, 283 (67,7%) waren weiblich und 18 (4,3%) Teilnehmende fühlten sich einem anderen Geschlecht zugehörig. **Tabelle 4** zeigt die Einordnung der Geschlechter zu den Altersgruppen, unter Berücksichtigung der fehlenden Angaben von 65 Teilnehmenden zum Alter und der Nicht-Angabe des Geschlechts von 181 Befragten.

Tabelle 4 Alter und Geschlecht der Teilnehmenden

Altersgruppe [Jahre]	Anzahl <i>n</i> (%)	Männlich <i>n</i> (%)	Weiblich <i>n</i> (%)	Andere Zugehörigkeit <i>n</i> (%)
<25	210 (39,3)	44 (40,4)	116 (42,4)	2 (18,2)
25 – 35	140 (26,2)	38 (34,9)	64 (23,3)	4 (36,4)
35 – 45	72 (13,5)	15 (13,8)	31 (11,3)	0 (0)
45 – 55	67 (12,5)	6 (5,5)	49 (17,8)	2 (18,2)
55 – 60	19 (3,6)	1 (0,9)	8 (2,9)	0 (0)
>60	26 (4,9)	5 (4,6)	7 (2,5)	3 (27,3)
Gesamt	534	109	275	11

3 Ergebnisse

Die vorliegende Studie befasst sich mit der *subjektiven Einschätzung* von Auszubildenden und Altenpflegenden im Hinblick auf das Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege. Insbesondere Fragen zu Häufigkeiten spiegeln daher nicht zwangsläufig die reale Situation in der Altenpflege, sondern vielmehr die subjektiven Vorkommnisse von Ereignissen wider. Ziel der Arbeit war es, das erfasste Meinungsbild im Rahmen einer deskriptiven Statistik darzustellen.

3.1 Q 1: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung?

Die Items 2.1 – 2.4 dienten dazu, den Stellenwert des Themas Alterssexualität in der Altenpflegeausbildung zu erörtern (s. **Abbildung 5**, **Abbildung 6** und **Abbildung 7**). Von 560 Studienteilnehmenden gaben 53 (9,5%) an, dass Alterssexualität im Laufe ihrer Ausbildung nur negativ thematisiert worden war. 54,1% (n= 303) der Teilnehmenden verneinten dies und weitere 36,4% (n= 204) antworteten mit „Weiß nicht“. Die Items 2.1 – 2.3 wurden anhand einer fünfstufigen endpunktverbalisierten Likert-Skala (1= Trifft zu, 5= Trifft nicht zu) beantwortet. Knapp ein Drittel der Befragten (n= 180; 31%) fühlte sich gut auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigem Verhalten vorbereitet (s. **Abbildung 5**). Für 23% (n= 134) der Befragten traf diese Aussage (eher) nicht zu.

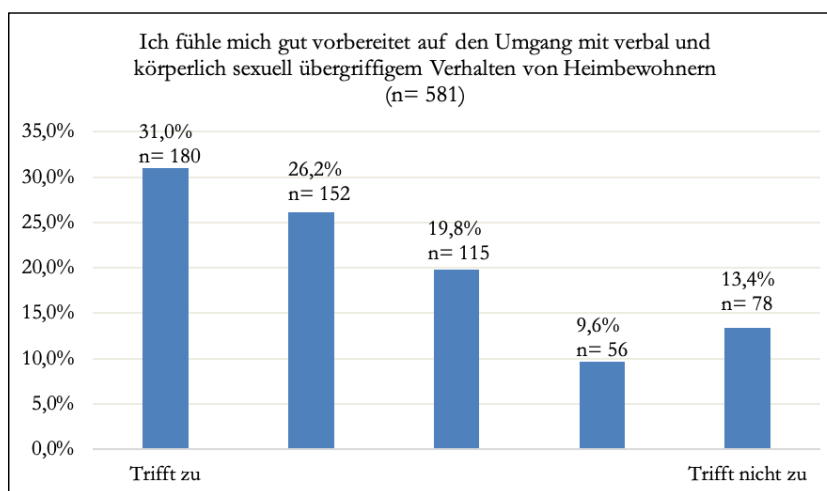


Abbildung 5 Ich fühle mich gut vorbereitet auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigem Verhalten von Heimbewohnern (n= 581)

Die Mehrheit der Studienteilnehmenden (n= 261; 44,8%) gab an, dass das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ (eher) nicht in ihrer Ausbildung behandelt wurde. Fast ebenso viele

Befragten (n= 243; 41,7%) befanden, dass die Aussage „Umgang mit Alterssexualität wurde bei mir in der Ausbildung behandelt“ (eher) auf sie zutreffen würde. (s. **Abbildung 6**).

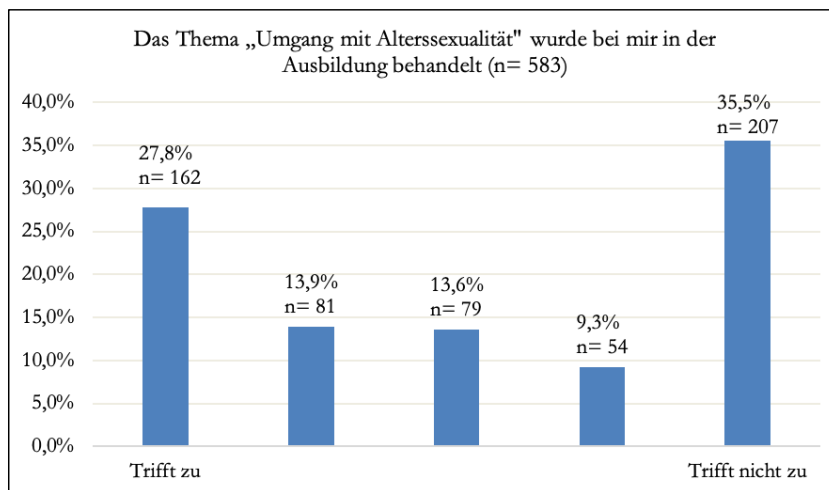


Abbildung 6 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ wurde bei mir in der Ausbildung behandelt (n= 583)

Ein Großteil (n= 390; 68,5%) der befragten Teilnehmenden hielt das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ für ein für den Arbeitsalltag hilfreiches Ausbildungsfach. Knapp ein Fünftel der Befragten (n= 109; 19,1%) teilte diese Ansicht (eher) nicht (s. **Abbildung 7**).

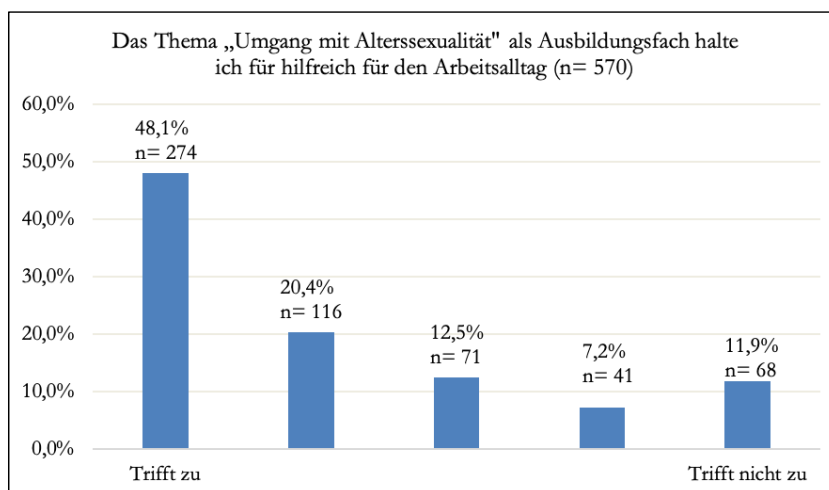


Abbildung 7 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ als Ausbildungsfach halte ich für hilfreich für den Arbeitsalltag (n= 570)

Es war ebenfalls Teil der Hauptfrage Q 1, die Ansicht der Lehrenden zum Thema Alterssexualität in der Altenpflegeausbildung zu beleuchten. Der Großteil der befragten Lehrenden gab an, dass das Thema Alterssexualität ein verpflichtender Teil des Curriculums ihrer Schule war (n= 18; 78,3%), gefolgt von der optionalen Behandlung des Themas im

Unterricht (n= 4; 17,4%). Bei 4,3% (n= 1) der Befragten war das Thema Alterssexualität kein Bestandteil des Curriculums (n_{gesamt}= 23).

Die Ergebnisse zu der Frage „Können Sie sich vorstellen, warum die Vermittlung des Themas Alterssexualität von der Schulleitung gewünscht wird?“ sind in **Tabelle 5** dargestellt. Mehrfachnennungen waren erwünscht. Im Bereich „Vermittlung des Themas Alterssexualität“ befanden die meisten Lehrenden, dass das Thema wichtig für den Berufsalltag sei (n= 20; 66,7%). Weiterhin würden sich die Schüler wünschen, über das Thema unterrichtet zu werden (n= 13; 43,4%). Dem wurde die Frage „Können Sie sich vorstellen, warum die Vermittlung des Themas Alterssexualität von der Schulleitung nicht gewünscht wird?“ gegenübergestellt (s. **Tabelle 6**). Nicht gewünscht sei die Vermittlung des Themas Alterssexualität vorwiegend aufgrund von Schamgefühlen (n= 6; 20%) sowie aus Unwichtigkeit für den Arbeitsalltag (n= 4; 13,3%).

Tabelle 5 Vermittlung des Themas Alterssexualität: Gewünscht (n= 30)

Vermittlung des Themas:	Anzahl n (%)
Gewünscht, da es wichtig für den Arbeitsalltag ist	20 (66,7)
Gewünscht, da es an anderen Schulen unterrichtet wird	2 (6,7)
Gewünscht, da es einen Wettbewerbsvorteil bietet	0 (0)
Gewünscht, aus persönlichen Gründen der Schulleitung	1 (3,3)
Gewünscht, da Schüler darüber unterrichtet werden wollen	13 (43,3)
Gewünscht aus sonstigen Gründe	7 (23,3)

Tabelle 6 Vermittlung des Themas Alterssexualität: Nicht gewünscht (n= 30)

Vermittlung des Themas:	Anzahl n (%)
Ungewünscht, weil es unwichtig für den Arbeitsalltag ist	4 (13,3)
Ungewünscht, weil es zusätzlich Kosten verursacht	3 (10)
Ungewünscht aus Schamgefühlen	6 (20)
Ungewünscht aus religiösen Gründen	2 (6,7)
Ungewünscht, weil das Thema an anderen Schulen unterrichtet wird	0 (0)

Im Folgenden wird auf die Erweiterung (s. **Tabelle 7**) und die Aussparung (s. **Tabelle 8**) des Themas Alterssexualität im Unterricht eingegangen. Die meisten der befragten Lehrenden würden das Thema Alterssexualität aufgrund der subjektiv erachteten Wichtigkeit in den Unterricht einbringen (n= 21; 70%). Auch die Schüler würden sich das Thema Alterssexualität im Unterricht wünschen (n= 7; 23,3%). Dem gegenübergestellt wurde die

Verringerung/Aussparung des Themas im Unterricht (s. **Tabelle 8**). Hauptsächlich würde eine Verringerung/Aussparung des Themas aus zeitlichen Gründen erfolgen ($n=4$; 13,3%). Ebenso viele Lehrende ($n=4$; 13,3%) gaben an, dass es den Schülern unangenehm sei, über das Thema unterrichtet zu werden.

Die Mehrzahl der befragten Lehrenden ($n=27$; 96,4%) war der Meinung, dass im Unterricht an Altenpflegeschulen auf die Sexualität alter Menschen eingegangen werden sollte ($n_{\text{gesamt}}=28$). Von den Befragten trauten sich die meisten zu, das Thema Alterssexualität fachlich zu unterrichten ($n=21$; 75%). 93,3% ($n=14$) der Befragten gab an, sich das Unterrichten des Themas nach einer entsprechenden Fortbildung zuzutrauen ($n_{\text{gesamt}}=15$).

Tabelle 7 Erweiterung des Themas Alterssexualität im Unterricht ($n=30$)

Erweiterung des Themas:	Anzahl n (%)
Ja, weil es vorgeschrieben ist	1 (3,3)
Ja, weil ich das Thema für wichtig erachte	21 (70)
Ja, weil es mir Spaß macht, das Thema im Unterricht zu bearbeiten	3 (10)
Ja, weil es von den Schülern so gewünscht ist	7 (23,3)
Ja, weil es von meinem Vorgesetzten so gewünscht ist	1 (3,3)
Ja, weil es von dem Träger der Schule so gewünscht ist	0 (0)

Tabelle 8 Verringerung/Aussparung des Themas Alterssexualität im Unterricht ($n=30$)

Verringerung/Aussparung des Themas:	Anzahl n (%)
Ja, aus zeitlichen Gründen	4 (13,3)
Ja, aus finanziellen Gründen	0 (0)
Ja, weil mir das Thema unangenehm ist	0 (0)
Ja, weil den Schülern das Thema unangenehm ist	4 (13,3)
Ja, weil es von meinem Vorgesetzten so gewünscht ist	0 (0)
Ja, weil es von dem Träger der Schule so gewünscht ist	1 (3,3)

Im Bereich Weiterbildungsmöglichkeiten/Seminare zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit berichtete die Mehrzahl der befragten Lehrenden ($n=18$; 64,3%), dass eine derartige Veranstaltung bislang nicht durch die Vorgesetzten angeboten wurde. 10,7% ($n=3$) der befragten Lehrenden hatten bereits an einer Veranstaltung zu diesem Thema teilgenommen. 14,3% ($n=4$) der Lehrenden gab an, dass ihre Vorgesetzten derartige Seminare zwar anbieten würden, aber bisher noch keine Teilnahme erfolgt war. Weitere 10,7% ($n=3$) wussten nicht, ob diese Fortbildungsmöglichkeiten bestünden ($n_{\text{gesamt}}=28$). 72,0% ($n=18$)

der befragten Lehrenden wünschte sich eine Fortbildung zum Thema Alterssexualität ($n_{\text{gesamt}} = 25$).

Im Bereich möglicher Wunschthemen einer Fortbildung zu Alterssexualität war das Interesse der Lehrenden ($n_{\text{gesamt}} = 28$) bezüglich der Unterthemen „Erlernen von didaktischen Fähigkeiten zur Vermittlung des Themas Alterssexualität und sexuelle Gesundheit“ ($n = 20$; 66,7%) sowie das „Erlernen von Fachwissen“ ($n = 16$; 53,3%) am größten. Das geringste Interesse bestand im „Erlernen von Fähigkeiten über das Thema zu reden“ ($n = 12$; 40%).

3.2 Q 2: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag?

Konzept Sexualassistentz

Die Items 3.1 – 3.5 befassten sich mit dem Konzept der Sexualassistentz. Vor Beantwortung dieser Items hatten Studienteilnehmende die Möglichkeit, eine kurze Erläuterung zum Thema Sexualassistentz zu lesen. Die Mehrzahl der befragten Studienteilnehmenden ($n = 301$; 66,9%) gab an, das Konzept der Sexualassistentz nicht zu kennen. Das Konzept der Sexualassistentz wurde fast ebenso häufig befürwortet ($n = 238$; 41,5%), wie sich andere Teilnehmende nicht sicher waren, ob sie es befürworten würden (Weiß nicht: $n = 229$; 40%). Ein vergleichsweise geringer Teil der Studienteilnehmenden lehnte eine Befürwortung ab ($n = 106$; 18,5%).

Die Umsetzung des Konzeptes der Sexualassistentz kannten 12,7% ($n = 73$) aus ihrem Berufsalltag in einer Pflegeeinrichtung ($n_{\text{gesamt}} = 574$). Nur ein kleiner Teil der Befragten ($n = 51$; 8,9%) gab an, dass das Konzept in ihrer aktuellen Einrichtung umgesetzt wird ($n_{\text{gesamt}} = 575$). Bei der Mehrzahl der Studienteilnehmenden wurde die Thematik Sexualassistentz nicht im Unterricht angesprochen ($n = 355$; 62,5%). Gut ein Fünftel der Befragten hatte das Thema Sexualassistentz im Unterricht besprochen ($n = 126$; 22,2%) und weitere 87 Teilnehmende (15,3%) wussten nicht, ob eine Thematisierung stattgefunden hatte ($n_{\text{gesamt}} = 568$).

Fortbildungsmöglichkeit am Arbeitsplatz

Die Mehrheit der Studienteilnehmenden ($n = 367$; 64,2%) gab an, dass Fortbildungen zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit bislang nicht von ihren Vorgesetzten angeboten wurden. 18,0% ($n = 103$) berichteten, dass eine derartige Veranstaltung zwar angeboten wurde, aber bisher noch keine Teilnahme erfolgt war. Ein geringer Teil der Befragten ($n = 30$; 5,2%) hatte bereits an einer Fortbildung zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit teilgenommen. Die restlichen Teilnehmenden ($n = 72$; 12%) wussten nicht, ob ein derartiges Fortbildungsprogramm besteht. Eine Vielzahl der Teilnehmenden

(n= 396; 71,9%) wünscht sich eine Fortbildung zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit.

Im Bereich möglicher Wunschthemen einer Fortbildung zu Alterssexualität und sexueller Gesundheit war das Interesse der Teilnehmenden (n_{gesamt}= 598) bezüglich des Unterthemas „Umgang mit sexuell aktiven Heimbewohnern“ (n= 350; 58,5%) am größten. Ähnlich groß war das Interesse bezüglich der Themen „Erlernen von Fähigkeiten über sexuelle Vorkommnisse in der Bewohnerversorgung zu reden“ (n= 224; 37,5%) und dem „Erlernen von Fachwissen“ (n= 217; 36,3 %). Nur ein kleiner Teil der Befragten gab an, eine solche Fortbildung nicht besuchen zu wollen (n= 55; 9,2%).

42,0% (n= 226) der Befragten gaben an, sich eine offizielle Anlaufstelle zu wünschen, um über sexuelle Vorkommnisse in der Bewohnerversorgung zu reden (n_{gesamt}= 538). 24,7% (n= 133) der Befragten wünschten und hatten eine solche Anlaufstelle und weitere 33,3% (n= 179) gaben an, keine solche Anlaufstelle zu benötigen. In der untenstehenden **Tabelle 9** sind die Ergebnisse der möglichen Anlaufstellen für Vorkommnisse und Probleme in der Bewohnerversorgung aufgelistet (Mehrfachnennungen waren möglich). Etwas über ein Fünftel (21,4%) der Teilnehmenden berichtet, keine offizielle Anlaufstelle zu haben.

Tabelle 9 Am Arbeitsplatz habe ich eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden (n= 598)

Anlaufstelle:	Anzahl n (%)
Betreuer/Supervisor	52 (8,7)
Betriebsrat	38 (6,4)
Pflegedienstleitung	195 (32,6)
Kollegen	234 (39,1)
Vorgesetzte	114 (19,1)
Keine	128 (21,4)
Weiß nicht	107 (17,9)

Situationen in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich

Der fünfte Teil des Fragebogens „Situation in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich“ befasste sich mit verschiedenen Aspekten zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag. Im Folgenden werden Ergebnisse zu sexuellen Übergriffen und Paarbildung dargestellt.

Etwas über die Hälfte (n= 261; 54,2%) der Studienteilnehmenden gab an, zum Erhebungszeitpunkt keine sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden erlebt zu haben. 45,8% (n= 259) der Studienteilnehmenden hatte sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden

erlebt. Studienteilnehmende wurden gefragt, wie häufig sie Paarbildungen unter Heimbewohnenden sowie unter Heimbewohnenden und Externen erlebt hatten. Bewusst wurden im Fragebogen die Antwortoptionen „Nie“, „Gelegentlich“ und „Regelmäßig“ gewählt, um so die subjektiv wahrgenommene Häufigkeit der Studienteilnehmenden zu diesem Thema zu eruieren (s. **Tabelle 10**). So schätzten die Studienteilnehmenden, dass es am häufigsten zu einer „gelegentlichen“ Paarbildung kommen würde (Unter Heimbewohnenden $n=405$; 71,6% und unter Heimbewohnenden und Externen $n=279$; 50,2%).

Tabelle 10 Paarbildung in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich

Paarbildung:	Nie n (%)	Gelegentlich n (%)	Regelmäßig n (%)
Unter Heimbewohnenden ($n=566$)	126 (22,3)	405 (71,6)	35 (6,2)
Unter Heimbewohnenden und Externen ($n=556$)	244 (43,9)	279 (50,2)	33 (5,9)

Die Items 5.6 bis 5.11 befassten sich mit den Themen körperliche und verbale sexuelle Übergriffe. Diese sollten jeweils in Bezug zu verschiedenen Konstellationen gesetzt werden (bspw. sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnenden oder zwischen Pflegenden und Heimbewohnenden). Die Beantwortung erfolgte anhand von Zeitangaben (Täglich, Wöchentlich, Monatlich, Seltener, Nie) und wurden der persönlichen Erfahrung nach beantwortet. Die Ergebnisse wurden in den untenstehenden Abbildungen zusammengefasst (s. **Abbildung 8**, **Abbildung 9** und **Abbildung 10**). Insgesamt hatten 23,9% ($n=136$) der Studienteilnehmenden mindestens monatlich verbale sexuelle Übergriffe durch Gepflegte miterlebt. 21,9% ($n=124$) der Befragten berichteten über mindestens monatlich erlebte körperliche sexuelle Übergriffe durch Heimbewohnende. Die Anzahl der durch Heimbewohnende auf Pflegende stattgefundenen sexuellen Übergriffe machten den Großteil der Übergriffe aus. Dennoch zeigt sich, dass es sowohl von Seiten der Heimbewohnenden als auch von Pflegenden ausgehend zu sexueller Gewaltausübung kommt.

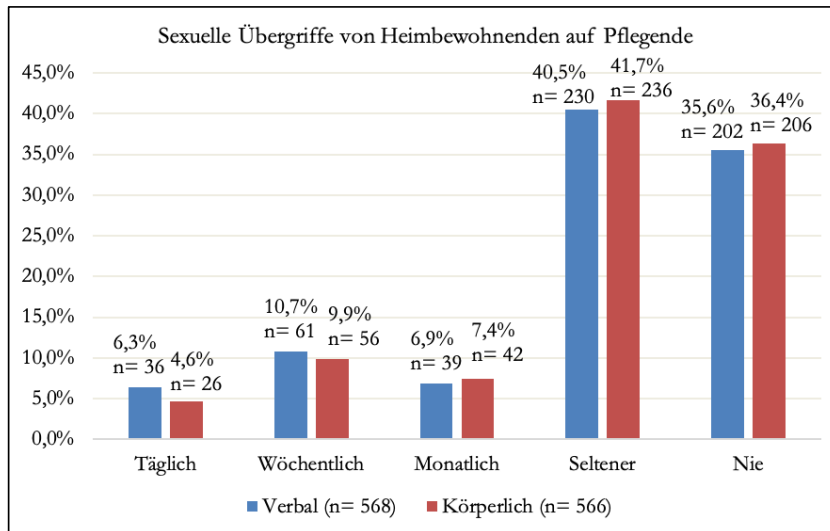


Abbildung 8 Sexuelle Übergriffe von Heimbewohnenden auf Pflegende

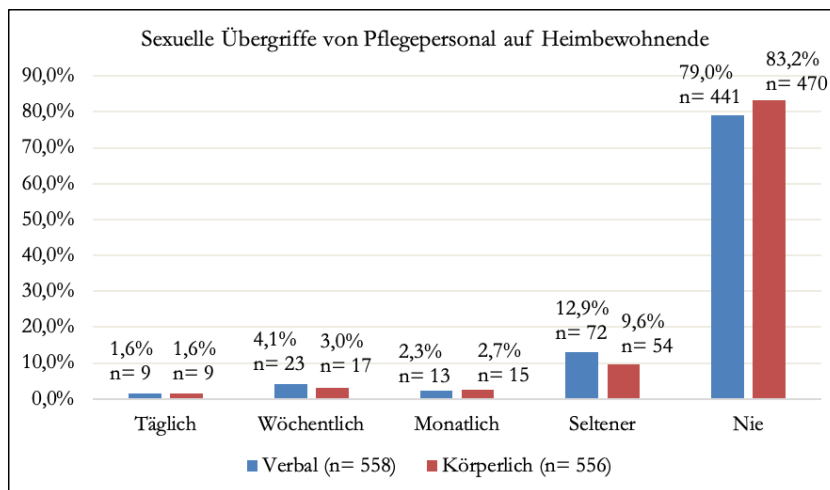


Abbildung 9 Sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohnende

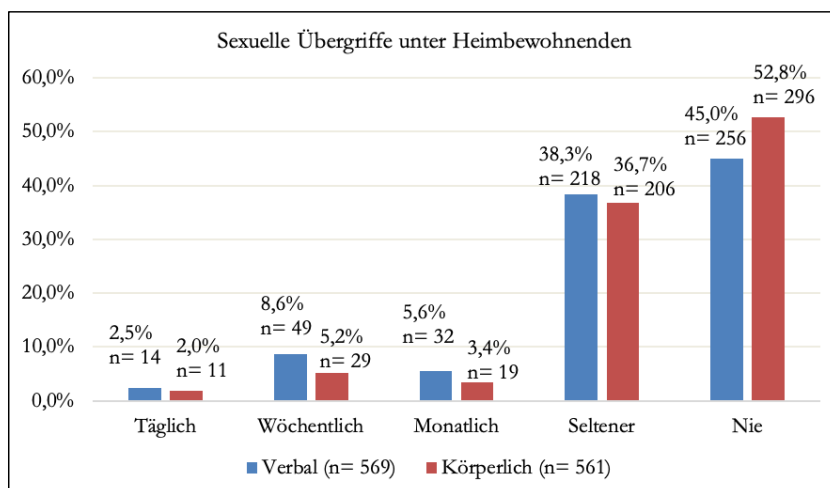


Abbildung 10 Sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnenden

Insgesamt hatten von 342 Studienteilnehmenden 128 (37,4%) der Befragten Situationen wie Selbstbefriedigung, Auffinden von erotischen Zeitschriften sowie sexuelle Belästigung mehrheitlich bei Männern beobachtet. 35 Teilnehmende (10,2%) gaben an, diese Situationen bei Männern und Frauen gleichermaßen beobachtet zu haben.

Situation in meinem Berufsalltag

Im Teil 6 des Fragebogens sollten Teilnehmende verschiedene Situationen in ihrem Berufsalltag ihrer Häufigkeit nach benennen. Die Items 6.1 bis 6.13 befassten sich mit dem Auffinden und der Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln. Die Häufigkeiten des Auffindens sexueller Hilfsmittel (Items 6.1 – 6.7) wurden in **Tabelle 11** aufgezeigt. Im Fragebogen wurden die Häufigkeiten zeitlich skaliert: Täglich, Wöchentlich, Monatlich, Seltener und Nie. Die Optionen Täglich, Wöchentlich und Monatlich wurden im Folgenden als zeitliche Angabe „Häufiger“ zusammengefasst (s. **Tabelle 11**). Dem gegenübergestellt wurden die zeitlichen Angaben Seltener und Nie. Seltener kam es zum Auffinden insbesondere von Zeitschriften ($n= 104$; 29,5%) und Videos/Filmen mit pornographischem Inhalt ($n= 83$; 24,3%). Zu den häufiger aufgefundenen Hilfsmitteln gehörten ebenfalls Zeitschriften ($n= 55$; 15,65%) und Videos/Filme mit pornographischem Inhalt ($n= 47$; 13,7%).

Tabelle 11 Häufigkeit: Auffinden sexueller Hilfsmittel

Sexuelle Hilfsmittel:	Häufiger n (%)	Seltener n (%)	Nie n (%)	Anzahl gesamt
Dildos	16 (4,6)	34 (9,7)	300 (85,7)	350
Gleitgel	15 (4,3)	28 (8)	306 (87,7)	349
Penisring	9 (2,6)	16 (4,5)	327 (92)	352
Potenzmittel	21 (5,9)	43 (12,1)	292 (82)	356
Vibrator	19 (5,4)	30 (8,6)	301 (86)	350
Videos/Film	47 (13,7)	83 (24,3)	212 (62)	342
Zeitschriften	55 (15,6)	104 (29,5)	194 (55)	353

Darüber hinaus wurden Teilnehmende gefragt, welche sexuellen Hilfsmittel von ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt wurden und ob sie die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in ihrer Einrichtung für sinnvoll erachten würden (s. **Tabelle 12**, Mehrfachnennungen waren möglich). Die konkrete Bereitstellung sexueller Hilfsmittel durch die Einrichtung wurde als *Reale Bereitstellung* aufgeführt. Die Ergebnisse zur Frage nach der sinnvollen Bereitstellung sexueller Hilfsmittel wurden als *Sinnvolle Bereitstellung* bezeichnet. Die Mehrheit der Studienteilnehmenden ($n= 91$; 66,1%) gab an, dass keine sexuellen Hilfsmittel von ihrer

Einrichtung zur Verfügung gestellt wurden. Videos und Filme mit pornographischem Inhalt waren die am häufigsten von einer Einrichtung zur Verfügung gestellten sexuellen Hilfsmittel ($n= 12$; 3,2%). Weiterhin war sich die Mehrheit der Befragten ($n= 137$; 36,2%) nicht sicher, ob eine Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in ihrer Einrichtung sinnvoll wäre. 31 % ($n= 117$) der Befragten erachteten die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel als nicht sinnvoll.

Tabelle 12 Reale und sinnvolle Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in Einrichtungen ($n= 378$)

Sexuelle Hilfsmittel:	Reale Bereitstellung n (%)	Sinnvolle Bereitstellung n (%)
Dildos	1 (0,3)	38 (10,1)
Gleitgel	7 (1,9)	30 (7,9)
Penisring	2 (0,5)	24 (6,3)
Potenzmittel	0 (0)	33 (8,7)
Vibrator	6 (1,6)	40 (10,6)
Videos/Film	12 (3,2)	59 (15,6)
Zeitschriften	4 (1,1)	71 (18,8)
Keine	91 (66,1)	117 (31)
Weiß nicht	11 (24,1)	137 (36,2)

Studienteilnehmende hatten außerdem die Gelegenheit, anhand zwei offener Fragen (Items 6.10, 6.12) weitere sexuelle Hilfsmittel zu nennen, die von ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt wurden. Dabei wurden Kondome ($n= 1$), Prostituierte ($n= 2$), Liebesschaukeln ($n= 2$) und Sexualassistenten ($n= 1$) genannt. Ebenfalls wurden Alltagsgegenstände aufgeführt, bspw. Löffel und Schnabelbecher ($n= 1$) oder Fernbedienungen ($n= 1$). Des Weiteren konnten Teilnehmende sexuelle Hilfsmittel nennen, deren Bereitstellung in Einrichtungen erfolgen sollte: Prostituierte ($n= 4$), Dildos ($n= 4$), Potenzmittel ($n= 2$), Kondome ($n= 1$) sowie einen Raum zum Zurückziehen ($n= 1$).

378 der Studienteilnehmenden beantworteten, inwieweit sie die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in Einrichtungen als sinnvoll erachteten (s. **Tabelle 13**; Mehrfachnennungen waren möglich). Eine Vielzahl der Teilnehmenden ($n= 140$; 37%) befand die Bereitstellung sinnvoll, da ältere Menschen sexuell aktiv sein wollen. Ähnlich viele Teilnehmende ($n= 139$; 36,8%) wussten nicht, ob die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel in einer Einrichtung sinnvoll wäre.

Tabelle 13 Bereitstellung sexueller Hilfsmittel durch die Pflegeeinrichtung (n= 378)

Die Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln ist:	Zustimmung n (%)
Sinnvoll, weil Bewohner selber beschaffen können	87 (23)
Sinnvoll, wegen körperlicher Einschränkungen bei sexuellen Handlungen im Alter	60 (15,9)
Sinnvoll, da ältere Menschen sexuell aktiv sein wollen	140 (37)
Sinnvoll, aber zu teuer	35 (9,3)
Nicht sinnvoll, da ältere Menschen nicht sexuell aktiv sind	21 (5,6)
Nicht sinnvoll, da trotz Hilfsmitteln keine sexuelle Aktivität mehr möglich ist	12 (3,2)
Nicht sinnvoll, da Sexualität bei Älteren abstoßend ist	16 (4,2)
Weiß nicht	139 (36,8)

Studienteilnehmende nannten Möglichkeiten, die Bewohnende für das ungestörte Ausleben ihrer Sexualität hatten ($n_{\text{gesamt}} = 378$; Mehrfachnennungen waren möglich). Die am häufigsten genannte Option war das Abschließen von Zimmern ($n = 155$; 41%), gefolgt von der Möglichkeit, dass Paare in Doppelzimmern wohnen konnten ($n = 145$; 38,4%). Weiterhin gaben 7,1% ($n = 27$) der Teilnehmenden an, dass es „Bitte-nicht-stören-Schilder“ für die Türen der Bewohnenden gab. 2,4% ($n = 9$) der Befragten berichteten über spezielle Räumlichkeiten und Rückzugsorte für Paare. 15,1% ($n = 57$) der Befragten sagten, dass es keine Möglichkeiten für Heimbewohnende gäbe, ungestört ihre Sexualität auszuleben. 23,5% ($n = 89$) antworteten mit „Weiß nicht“.

Meinungsbild

Im siebten Teil des Fragebogens Meinungsbild wurden Reaktionen zum Thema sexuelle Aktivität und Partnerschaften unter Heimbewohnern erfragt. Von 570 Studienteilnehmenden gaben 246 (43,2%) an, dass sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern vom Pflegepersonal toleriert werde. 26,7% ($n = 151$) der Befragten meinten, dass sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden von anderen Heimbewohnenden toleriert werde und weitere 15,0% ($n = 85$) sagten, dass Angehörige sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden tolerieren würden ($n_{\text{gesamt}} = 565$). Die subjektiv am häufigsten erlebten Reaktionen auf sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden sind in der untenstehenden **Abbildung 11** dargestellt. „Ekel“ (33,1%) und „Es lächerlich machen“ (31,4%) waren dabei die häufigsten Reaktionen des Pflegepersonals.

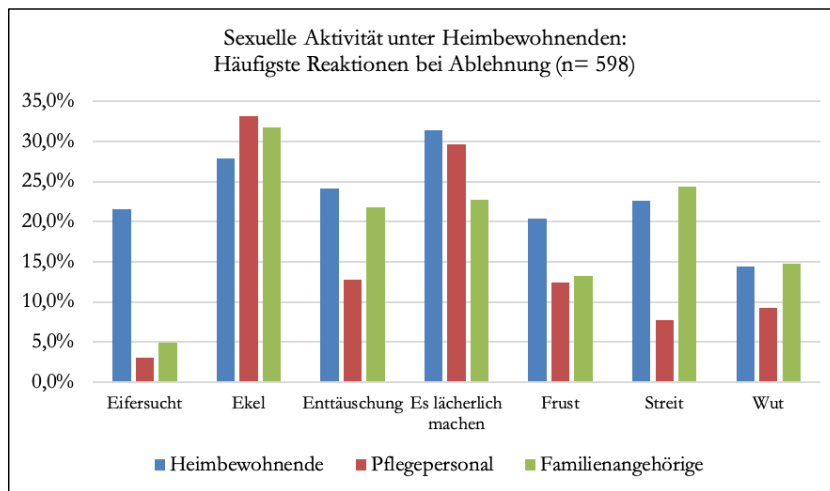


Abbildung 11 Sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden: Häufigste Reaktionen bei Ablehnung (n= 598)

Des Weiteren wurde die Toleranz gegenüber der Neubildung von Partnerschaften unter Heimbewohnenden erfragt. Von 559 Befragten gab fast die Hälfte an (n= 297; 49,9%), dass andere Heimbewohnende die Neubildung von Partnerschaften nicht tolerieren würden. 58,3% (n= 327) der Studienteilnehmenden schätzten, dass die Neubildung von Partnerschaften unter Heimbewohnenden vom Pflegepersonal toleriert werde ($n_{\text{gesamt}} = 561$). 26,4% (n= 146) der Befragten sagten, dass eine Neubildung von Partnerschaften von Familienangehörigen toleriert werde ($n_{\text{gesamt}} = 554$). Die subjektiv am häufigsten erlebten Reaktionen auf die Neubildung von Partnerschaften unter Heimbewohnenden sind in der untenstehenden **Abbildung 12** aufgeführt. Am häufigsten wurden neue Partnerschaften unter Heimbewohnenden sowohl vom Pflegepersonal (27,6%) als auch von anderen Heimbewohnenden (24,1%) lächerlich gemacht. Angehörige reagierten häufig mit Enttäuschung auf die Neubildung von Partnerschaften (23,4%).

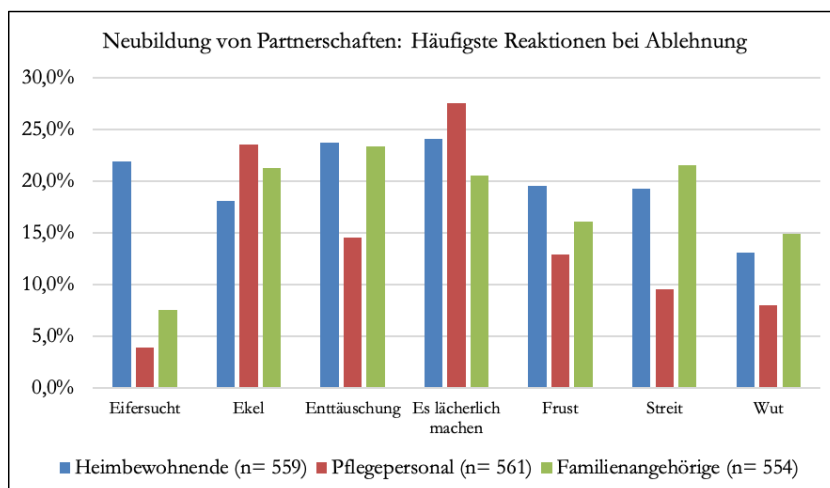


Abbildung 12 Neubildung von Partnerschaften: Häufigste Reaktionen bei Ablehnung

Meinungsbild: Welche Bedeutung haben sexuell übertragbare Erkrankungen und die ärztliche Versorgung in der Altenpflege?

37,5% (n= 212) der Studienteilnehmenden gaben an, dass von Seiten der Pflege auf Vorsorgeuntersuchungen durch Gynäkologen und Urologen geachtet wird (n_{gesamt} = 565). Die Mehrheit der Befragten (n= 380; 68,1%) erachteten diese Art von Arztbesuch als sinnvoll (n_{gesamt} = 558). 598 Studienteilnehmende beantworteten Fragen zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (*Sexually transmitted diseases*= STDs) in ihrem Berufsalltag (s. **Tabelle 14**). Die am häufigsten erlebten Erkrankungen waren Pilzinfektionen (n= 338; 56,6%), gefolgt von Hepatitis B und C (n= 215; 36%) und HIV (n= 135; 22,6%).

Tabelle 14 Mit welchen der folgenden sexuell übertragbaren Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Berufsalltag in der Altenpflege schon zu tun? (n= 598)

Sexuell übertragbare Erkrankungen:	Anzahl n (%)
Chlamydien	87 (14,5)
Gonorrhoe (Tripper)	44 (7,4)
Hepatitis B und C	215 (36)
Herpes genitalis	98 (16,4)
Human Immunodeficiency Virus (HIV)	135 (22,6)
Humanes Papilloma Virus (HPV)	56 (9,4)
Pilzinfektionen	338 (56,6)
Treponema pallidum (Syphilis)	34 (5,7)

Zudem sollten die Befragten angeben, wie viel Altenpflegende (n= 557) und Bewohnende (n= 548) zum Thema STDs wussten (s. **Abbildung 13**). Generell schienen die Studienteilnehmenden Altenpflegende für informierter zu halten als Heimbewohnende. Die Mehrzahl der Teilnehmenden (n= 399; 70,1%) meinte, es wäre wichtig, sexuell aktive Heimbewohnende über sexuell übertragbare Erkrankungen aufzuklären. 11,2% (n= 64) der Befragten halten dies nicht für notwendig (n_{gesamt} = 569).

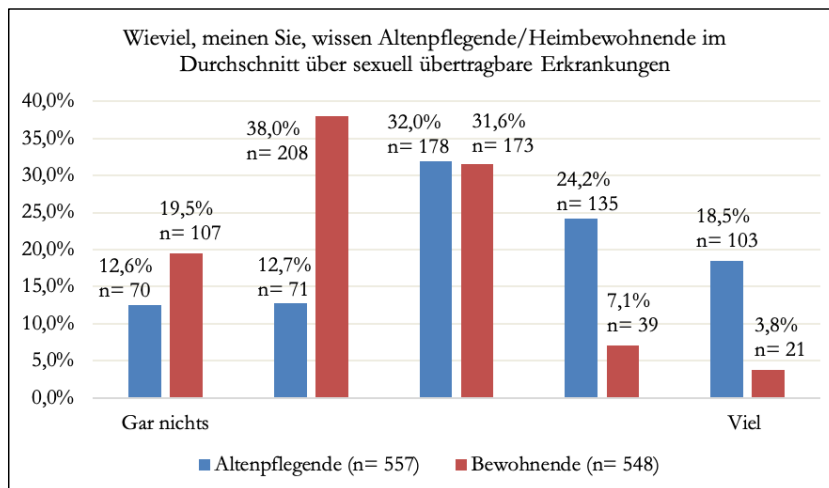


Abbildung 13 Wieviel, meinen Sie, wissen Altenpflegende/Heimbewohnende im Durchschnitt über sexuell übertragbare Erkrankungen?

3.3 Q 3: Was ist der aktuelle Wissensstand in der Altenpflege zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit?

Im Folgenden wird anhand der Items 7.20 bis 7.24 auf den Wissensstand der Teilnehmenden zum Thema Sexualität eingegangen. Die meisten Studienteilnehmenden beantworteten die Frage, ob der Mann aus biologischen Gründen sexuell aktiver sei als die Frau falsch (n= 204; 37,4%). Die richtige Antwort „Nein“ kannten 147 Studienteilnehmende (27%). Die restlichen Befragten antworteten mit „Weiß nicht“ (n= 77; 35,6%). Im Gegensatz dazu wusste die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n= 362; 70%), dass die Orgasmusfähigkeit von Frauen auch nach den Wechseljahren erhalten bleibt. Ein kleiner Teil der Befragten beantwortete diese Frage falsch (n= 8; 1,5%). Dagegen betrug der Anteil der Studienteilnehmenden, die es nicht wussten, fast ein Drittel (n= 147; 28,4%).

36,7% (n= 196) der Teilnehmenden bejahten, dass Frauen aus biologischen Gründen sexuelle Abstinenz besser ertragen würden als Männer. 14,8% (n= 79) verneinten dies. Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n=259; 48,5%) antwortete mit „Weiß nicht“ (n_{gesamt}= 534). Weiterhin wusste die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n= 349; 63,3%), dass häufiges Masturbieren nicht psychisch schädlich ist. 26,9% (n= 148) beantwortete die Frage mit „Weiß nicht“ und 9,8% (n= 54) der Befragten beantwortete die Frage falsch. Mit einer Mehrheit von 77,8% (n= 432) wussten die Studienteilnehmenden, dass Homosexualität keine Krankheit ist. 22,2% der Teilnehmenden lagen mit ihren Antworten zu der Frage „Ist Homosexualität eine Krankheit?“ falsch (Ja: n= 46; 8,3%. Weiß nicht: n= 77; 13,9%).

Insgesamt wurden die Items zu Wissen um Sexualität oft falsch oder mit „Weiß nicht“ beantwortet.

3.4 Q 4: Wie wird die eigene Sexualität, die Sexualität älterer Menschen und die Sexualität eigener Angehöriger wahrgenommen?

Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n= 423; 75,5%) gab an, älteren Menschen das aktive Ausleben von Sexualität zu gönnen. 62 (11,1%) Teilnehmende verneinten dies. Der Rest (n= 75; 13,4%) beantwortete diese Frage mit „Weiß nicht“ (n_{gesamt}= 560). Die Antworten auf die Frage „Gönnen Sie es alten Menschen, ihre Sexualität aktiv auszuleben?“ in Bezug auf das Alter der Studienteilnehmenden wurden in **Tabelle 15** aufgeführt. Hier zeigte sich in der Befürwortung einer aktiven Sexualität im Alter der deutlichste Unterschied zwischen der Gruppe der 35- bis 45-Jährigen (n= 63; 90%) und der Gruppe der > 60-Jährigen (n= 14; 53,8%). Die Gruppe der > 60-Jährigen hatte – prozentual gesehen – den größten Anteil der ablehnenden Teilnehmenden (n= 6; 23,1%), gefolgt von der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen (n= 3; 16,7%).

Tabelle 15 Gönnen Sie es alten Menschen, ihre Sexualität aktiv auszuleben? (n= 518)

Altersgruppe [Jahre]	Ja n (%)	Nein n (%)	Weiß nicht n (%)	Altersgruppe gesamt (n= 518)
<25	156 (76,1)	22 (10,7)	27 (13,2)	205
25 – 35	100 (74,1)	19 (14,1)	16 (11,9)	135
35 – 45	63 (90)	4 (5,7)	3 (4,3)	70
45 – 55	55 (85,9)	2 (3,1)	7 (10,9)	64
55 – 60	12 (66,7)	3 (16,7)	3 (16,7)	18
>60	14 (53,8)	6 (23,1)	6 (23,1)	26

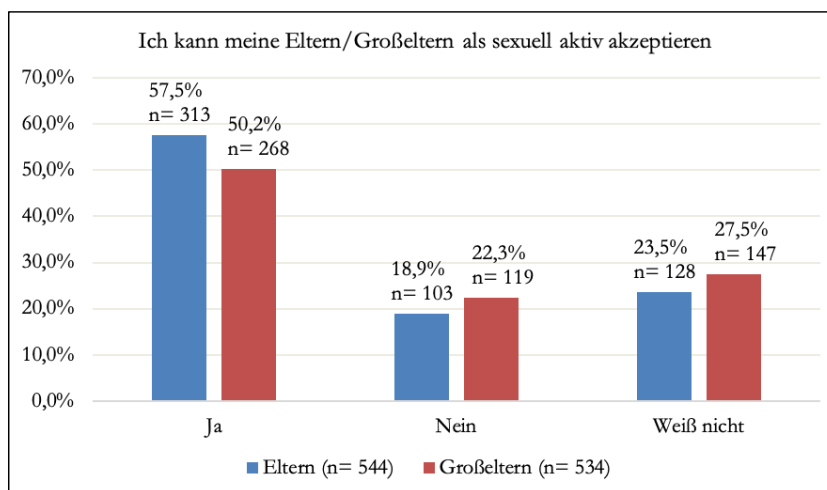
Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n= 385; 70,8%) sah es als positiv an, wenn ältere Menschen ein (erfülltes) Sexualeben haben. 10,4% (n= 55) der Befragten beantworteten mit „Nein“ und weitere 19,1% (n= 104) mit „Weiß nicht“ (n_{gesamt}= 544).

Eine Vielzahl der Studienteilnehmenden (n= 418; 76,4 %) sah das Ausleben von Sexualität im Alter als etwas Natürliches an. 15,9% (n= 87) der Befragten wussten nicht, ob dies etwas Natürliches sei und 7,7% (n= 87) verneinten es. Auch hier zeigte sich die Altersgruppe der >60-Jährigen am restriktivsten in der Befürwortung einer aktiven Sexualität im Alter (Ja: n= 9; 36%, s. **Tabelle 16**).

Tabelle 16 Das aktive Ausleben von Sexualität im Alter ist etwas Natürliches (n= 509)

Altersgruppe [Jahre]	Ja n (%)	Nein n (%)	Weiß nicht n (%)	Altersgruppe gesamt (n= 509)
<25	145 (71,4)	14 (6,9)	44 (21,7)	203
25 – 35	110 (83,3)	6 (4,5)	16 (12,1)	132
35 – 45	65 (92,9)	2 (2,9)	3(4,3)	70
45 – 55	59 (90,8)	1 (1,5)	5 (7,7)	65
55 – 60	9 (64,3)	1(7,1)	4 (28,6)	14
>60	9 (36)	9 (36)	7 (28)	25

In **Abbildung 14** wurde die Akzeptanz von sexuell aktiven Familienmitgliedern (Eltern n= 544 und Großeltern n= 534) vergleichend gegenübergestellt. Hier zeigte sich, dass über die Hälfte der Teilnehmenden ihre Eltern (n= 313; 57,5%) und Großeltern (n= 268; 50,2%) als sexuell aktiv akzeptierten.

**Abbildung 14** Ich kann meine Eltern/Großeltern als sexuell aktiv akzeptieren

Die Items 8.1 sowie 8.7 bis 8.13 dienten der Reflexion des eigenen Sexualverhaltens. Anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (1= Trifft zu, 5= Trifft nicht zu) trafen die Studienteilnehmenden Aussagen zu ihrer eigenen Sexualität und ihrem sexuellen Verhalten. Die deskriptive Darstellung erfolgte in **Abbildung 15** und **Abbildung 16**. Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden (n= 287; 60,4%) beantwortete die Fragen basierend auf einer aktuellen Beziehung. 27,4% (n= 130) der Befragten antworteten auf der Basis einer vergangenen Beziehung und 12,2% (n= 58) anhand einer hypothetischen Beziehung (n_{gesamt}= 475). Insgesamt zeigten sich die Teilnehmenden gegenüber ihrer eigenen Sexualität eher aufgeschlossen. Die Mehrzahl der Befragten war sich ihrer sexuellen Gefühle sehr bewusst (68,2%) und befand auch, dass sie für ihre Sexualität zum Großteil selbst verantwortlich

waren (65,1%). Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (57,9%) dachte, dass sie zukünftig ein gesundes und positives Sexualeben haben würde (s. **Abbildung 15**).

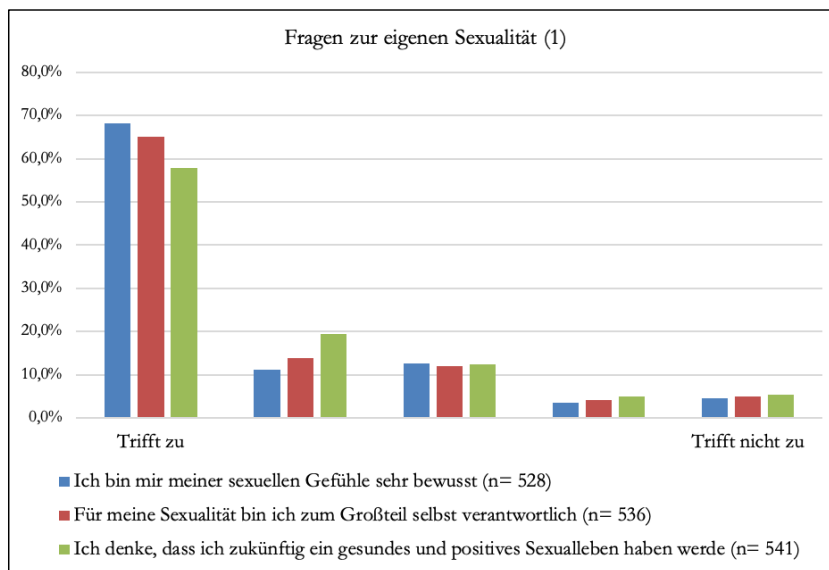


Abbildung 15 Fragen zur eigenen Sexualität (1)

Knapp ein Drittel der Teilnehmenden (33,2%) befand, dass sie sich selbst nicht die Schuld geben würden, sollte etwas in ihrem Sexualeben schiefgehen. Mehrheitlich (53,7%) meinten die Teilnehmenden, dass eine Bewertung ihres Sexualverhaltens und ihrer sexuellen Einstellung durch Mitmenschen für sie nicht wichtig sei. Für 24,5% der Teilnehmenden traf es (eher) zu, dass ihr sexuelles Verhalten hauptsächlich durch ihre Mitmenschen bestimmt werde. 42,1% der Befragten befanden, dass dies nicht auf sie zutreffen würde. Auch erachteten 41,7% der Teilnehmenden, dass die Aussage „Mir fällt schnell auf, wie Mitmenschen die sexuellen Aspekte meines Lebens bewerten“ nicht auf sie zutrefte (s. **Abbildung 16**).

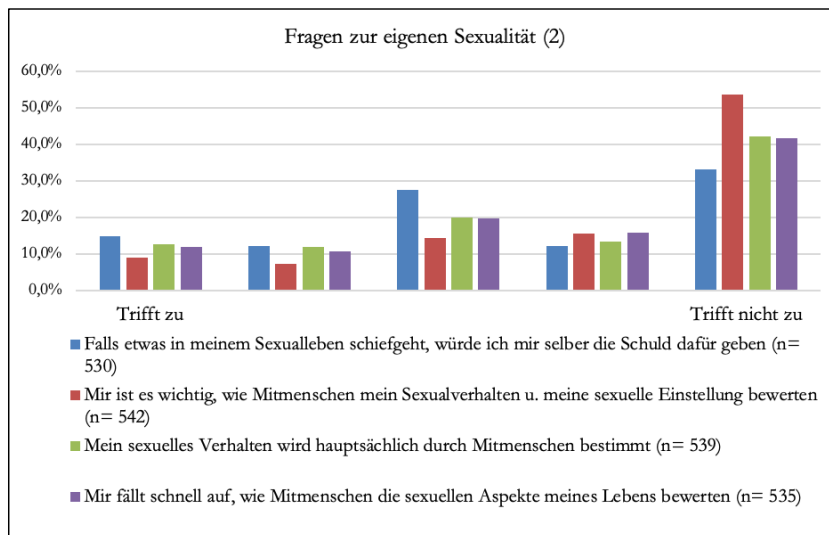


Abbildung 16 Fragen zur eigenen Sexualität (2)

3.5 Q 5: Wie werden die Themen Sexualität im Elternhaus und Sexualaufklärung behandelt?

Anhand einer fünfstufigen Likert-Skala wurden Fragen zum Thema Offenheit in der Familie beantwortet (Items 9.1 – 9.4). Dabei variierten die Angaben zwischen 1= Sehr häufig/Offen/Sehr offen und 5= Gar nicht häufig/Gar nicht offen. Die deskriptiven Darstellungen der Items sind der **Abbildung 17** und **Abbildung 18** zu entnehmen.

Generell zeigte sich eine eher restriktive Einstellung zum Thema Offenheit in der Familie (Items 9.2 – 9.4). Über die Hälfte der Studienteilnehmenden (51,3%) berichtet, dass die eigenen Eltern „Gar nicht offen“ über ihre eigene Sexualität gesprochen hatten. 28,8% der Befragten gab an, dass Sexualität „Gar nicht offen“ in der Familie angesprochen wurde. In 33,5% der Fälle war ebenfalls „Gar nicht offen“ mit den eigenen Eltern über Sexualität gesprochen worden (s. **Abbildung 17**). Weniger als die Hälfte der Teilnehmenden (n= 249; 45,9%) hatten eher weniger bis gar nicht häufig Sexualität in ihrer Familie thematisiert (s. **Abbildung 18**).

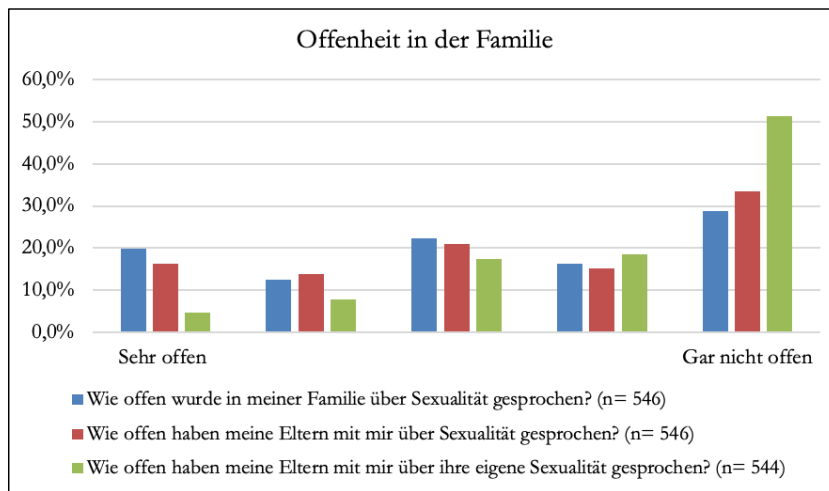


Abbildung 17 Offenheit in der Familie

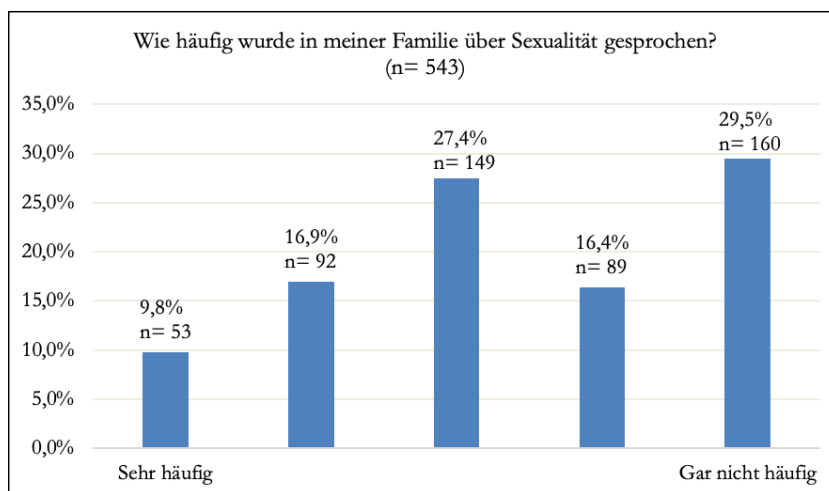


Abbildung 18 Wie häufig wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen? (n= 543)

Ferner wurden Studienteilnehmende zu ihrer Sexualaufklärung befragt (s. **Tabelle 17**). Über die Hälfte der Teilnehmenden (n= 314; 52,5%) gibt an, vorwiegend in der Schule aufgeklärt worden zu sein. Wichtige Bezugspersonen in der Sexualaufklärung waren Freunde (n= 274; 45,8%) und die Mutter (n= 230; 38,5%). Ähnlich viele Nennungen erhielt das Internet als Hauptaufklärungsquelle (n= 211; 35,3%). Die Bezugsperson „Vater“ spielte eine vergleichsweise untergeordnete Rolle in der Sexualaufklärung (n= 83; 13,9%). Unter Berücksichtigung der Geschlechterzugehörigkeit der Teilnehmenden (s. **Tabelle 18**) war für knapp die Hälfte der weiblichen Befragten die Mutter die Hauptaufklärungsquelle (n= 136; 48,1%). Insgesamt zeigte sich sowohl bei den männlichen (n= 63; 53,8%) als auch bei den weiblichen (n= 172; 60,8%) Teilnehmenden die Institution Schule als Hauptaufklärungsort. Studienteilnehmende, die sich einem anderen Geschlecht zugehörig fühlten, wurden hauptsächlich durch ihre Freunde aufgeklärt (n= 6; 33,3%).

Tabelle 17 Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? (n= 598)

Aufklärung durch:	Anzahl <i>n</i> (%)
Fernsehen	150 (25,1)
Freunde	274 (45,8)
Geschwister	99 (16,6)
Internet	211 (35,3)
Mutter	230 (38,5)
Schule	314 (52,5)
Vater	83 (13,9)
Zeitschriften	173 (28,9)
Gar nicht	43 (7,2)

Tabelle 18 Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? Aufteilung nach Geschlechtszugehörigkeit

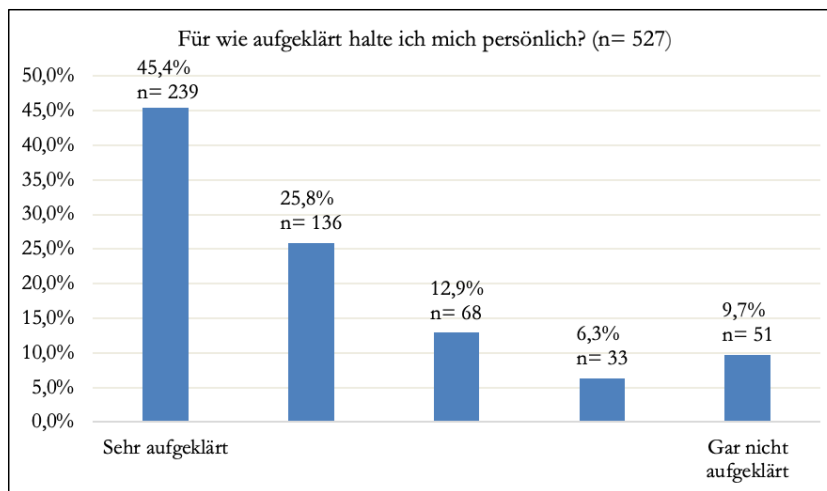
Aufklärung durch:	Männlich <i>n</i> (%)	Weiblich <i>n</i> (%)	Sonstige Zuordnung <i>n</i> (%)
Fernsehen	30 (25,6)	70 (24,7)	3 (16,7)
Freunde	49 (41,9)	140 (49,5)	6 (33,3)
Geschwister	13 (11,1)	48 (17)	5 (27,8)
Internet	56 (47,9)	90 (31,8)	3 (22,2)
Mutter	40 (34,2)	136 (48,1)	5 (27,8)
Schule	63 (53,8)	172 (60,8)	3 (16,7)
Vater	28 (23,9)	35 (12,4)	3 (16,7)
Zeitschriften	20 (17,1)	104 (36,7)	2 (11,1)
Gar nicht	13 (11,1)	17 (6)	4 (22,2)
Gesamt	117 (28)	283 (67,7)	18 (4,3)

Weiterhin wurden Studienteilnehmende befragt, welche Themen im Rahmen der elterlichen Sexualaufklärung besprochen wurden. Fast die Hälfte der Teilnehmenden (n= 290; 48,5%) gab an, durch die Eltern über die monatliche Blutung (Periode) und über Verhütung (n= 295; 49,3%) aufgeklärt worden zu sein. Auch die Themen Schwangerschaft (n= 281; 47%) und Geburt (n= 263; 44%) wurden häufig als Aufklärungsthemen genannt. Am wenigsten wurde das Thema „Sexuelle Funktionsstörungen“ (n= 55; 9,2%) besprochen. Fast ein Fünftel der Teilnehmenden (n= 118; 19,7%) gab an, dass sie gar nicht durch ihre Eltern aufgeklärt worden sind (s. **Tabelle 19**).

Tabelle 19 Über Folgendes bin ich von meinen Eltern aufgeklärt worden (n= 598)

Thema der Aufklärung:	Anzahl n (%)
Geburt	263 (44)
Geschlechtskrankheiten	206 (34,4)
Heterosexualität	118 (19,7)
Homosexualität	117 (19,6)
Monatliche Blutung (Periode)	290 (48,5)
Schwangerschaft	281 (47)
Selbstbefriedigung	76 (12,7)
Sexuelle Funktionsstörungen	55 (9,2)
Verhütung (Pille, Kondome, Spirale ...)	295 (49,3)
Gar nicht	118 (19,7)

Insgesamt befand die Mehrheit der Studienteilnehmenden, dass sie (sehr) gut aufgeklärt sei (n= 375; 71,2 %). Lediglich ein geringer Teil (n= 51; 9,7%) der Befragten stufte sich selbst als gar nicht aufgeklärt ein (s. **Abbildung 19**).

**Abbildung 19** Für wie aufgeklärt halte ich mich persönlich? (n= 527)

4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden Altenpflegende und Auszubildende hinsichtlich ihrer Erfahrungen zu den Themen sexuelle Gesundheit und Alterssexualität in ihrem Berufsalltag befragt. Ziel der Studie war es, eine Bestandsaufnahme im Sinne einer subjektiven Einschätzung zu diesen Themen zu erheben. Da es sich um subjektive Eindrücke der Teilnehmenden handelt, können reale Aussagen weder über das Verhalten noch über die Einstellungen von Heimbewohnenden getroffen werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert. Hierbei werden die Fragestellungen (Q) im Zusammenhang mit dem (aktuellen) Forschungsstand sowie der einschlägigen Literatur betrachtet. Insgesamt gibt es nur wenig deutschsprachige Studien und Literatur zu diesem Studienthema. Vergleichend werden daher auch nicht-deutsche Studien hinzugezogen. Da diese auf unterschiedlichen Ausbildungs- und Gesundheitssystemen beruhen, ist ein direkter Vergleich der Studienergebnisse mit internationalen Studien nur eingeschränkt möglich.

Im Rahmen der Studienergebnisse muss bedacht werden, dass es durch die Teilnahmebereitschaft oder Ablehnung der Schul- oder Pflegedienstleitungen zu einer Beeinflussung der Studienergebnisse kommen könnte. So ist zu vermuten, dass Leitungspositionen, bei denen ein Bewusstsein für das Thema Alterssexualität besteht, tendenziell eine höhere Bereitschaft zur Studienteilnahme geboten hatten. Unabhängig von der Einstellung der Leitungspersonen muss berücksichtigt werden, dass die Studienteilnahme des Einzelnen ebenfalls freiwillig erfolgte. Demnach war auch die individuelle Bereitschaft, sich auf die Thematik einzulassen, von Bedeutung. Durch eine Teilnahmebereitschaft oder Ablehnung der Schul- oder Pflegedienstleitungen sowie des individuellen Befragten kann es im Sinne eines *Selection Bias* zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen (vgl. Herkner und Müllner 2011). Dieser Bias entsteht, wenn Befragte, insbesondere bei heiklen Themen wie Sexualität, Fragen nicht oder nicht wahrheitsgemäß beantworten (vgl. Herkner und Müllner 2011). Ebenso ist vorstellbar, dass zeitliche und personelle Herausforderungen des Pflegealltags (bspw. Zeit- und Fachkräftemangel) die Teilnahmebereitschaft beeinflussen.

4.1 Stichprobe

Initiales Bestreben der Studie war es, dass sowohl examinierte Altenpflegende als auch Befragte aus verschiedenen Ausbildungsjahren in repräsentativer Anzahl an der Studie teilnahmen. Eine möglichst ausgewogene Alters- und Ausbildungsstruktur der Teilnehmenden wäre für die Studie wünschenswert gewesen. Allerdings war aufgrund des

hohen Rücklaufs von den Schulen die Gruppe der Auszubildenden (81,3%) im Vergleich zu der Gruppe der examinierten Altenpflegenden (14,5%) deutlich überrepräsentiert. Die Daten des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden (2017) zeigten, dass nur rund 7% der Beschäftigten in Altenpflegeheimen Auszubildende waren. Entsprechend dem Ausbildungsstand war auch die Altersverteilung nicht repräsentativ zur Grundgesamtheit der Altenpflegenden. In der vorliegenden Arbeit machte die Altersgruppe <25 Jahren mit einem Anteil von 39,3% den Großteil der Studienteilnehmenden aus (vgl. **Tabelle 4**). Die Altersstruktur der Pflegestatistik 2015 gab an, dass 18% der Arbeitenden in Pflegeheimen unter 30 Jahre alt waren (Statistisches Bundesamt 2017). Zwischen 30 bis 49 Jahren alt waren 41% der Beschäftigten und 50 Jahre und älter waren 40% (Statistisches Bundesamt 2017). Daher können die Ergebnisse der vorliegenden Studie nur mit Einschränkungen auf die Gesamtheit der Altenpflegenden und Auszubildenden der Altenpflege übertragen werden. Weiterhin könnte es durch den geringen Anteil an Altenpflegenden mit einer abgeschlossenen Ausbildung zu einer Verschiebung der Ergebnisse gekommen sein. Dies würde insbesondere auf Fragen zutreffen, die sich mit im Pflegealltag erlebten Situationen oder Ausbildungsinhalten auseinandersetzen. So sind Auszubildende der Altenpflege möglicherweise nicht in alle Abläufe der Bewohnerversorgung integriert. Dementsprechend muss bedacht werden, dass eine ältere und in der Ausbildung weiter fortgeschrittene Stichprobe mit mehr Berufserfahrung eventuell zu anderen Ergebnissen hätte führen können (vgl. Bouman et al. 2007; Bauer et al. 2013).

Bei Betrachtung des Alters und der Einstellung zur Sexualität zeigten sich insbesondere die jüngeren Teilnehmenden der vorliegenden Studie toleranter in ihren Antworten (s. **Tabelle 16**). Die Altersgruppe der über 60-Jährigen beantwortete Items zum Thema Sexualität im Alter generell restriktiver als die jüngeren Altersgruppen. Dennoch gilt es, in diesem Zusammenhang die Größe der Stichprobe zu berücksichtigen. Die Gruppe der > 60-Jährigen machte nur 4,9% der Gesamtstichprobe aus und könnte daher bei fehlender Repräsentanz zu einer Verzerrung der Aussagen führen. Im Gegensatz zu den Beobachtungen der vorliegenden Arbeit beschrieben Bouman et al. (2007), dass jüngeres Pflegepersonal das Thema Alterssexualität negativer und restriktiver bewertete als ältere Pflegenden mit mehr Berufserfahrung. Die Autoren halten für sehr wahrscheinlich, dass der geringere Altersunterschied zu einer größeren Toleranz der älteren Pflegenden gegenüber den Bewohnenden führen könnte, da sie sich möglicherweise eher in die Lage der Bewohnenden hineinversetzen könnten (vgl. Bouman et al. 2007). Demgegenüber fanden sich bei Bauer et al. (2013) keine Unterschiede in der Bewertung von Alterssexualität im Zusammenhang mit dem Alter oder der Arbeitserfahrung der Teilnehmenden. Daher lässt

die Zusammenschau der Studienergebnisse vermuten, dass keine eindeutigen Aussagen über die Einstellung von Alterssexualität und das Alter der Befragten zu treffen sind.

4.2 Erhebungsinstrument

Im Folgenden wird der Fragebogen als Instrument der Datenerhebung kritisch diskutiert. Um an einer Befragung teilnehmen zu können, durchläuft der Befragte verschiedene kognitive Prozesse (vgl. Porst 2014; Krosnick und Presser 2009; Krosnick et al. 1996; Bogner und Landrock 2015). Zuerst muss die Frage verstanden und die zur Beantwortung relevanten Informationen aus dem Gedächtnis abgerufen werden. Auf der Basis dieser Informationen wird ein Urteil gebildet und dieses Urteil ggf. an das vorgeschriebene Antwortformat angepasst. Vor der endgültigen Beantwortung der Frage muss das private Urteil ggf. noch an die Meinung des Fragenden bzw. des Fragebogens adaptiert werden (Porst 2014; Krosnick und Presser 2009; Krosnick et al. 1996; Bogner und Landrock 2015).

Für den ersten Schritt vor der Beantwortung einer Frage beschreibt Porst (2014), dass diese sowohl auf semantischer (*Was soll das „heißen“?*) als auch auf pragmatischer Ebene (*Was will mein Gegenüber „wissen“?*) verstanden werden muss. In der vorliegenden Studie wurden einige Items (Items 5.2 – 5.5) in ihrem Antwortformat bewusst zeitlich nicht festgelegt formuliert (Nie/Gelegentlich/Regelmäßig), um die subjektiven Einstellungen der Teilnehmenden zu erfassen. Auch die Begriffe „körperliche“ oder „verbale sexuelle Übergriffe“ (Items 5.6 – 5.11) wurden absichtlich nicht genau definiert, um die subjektive Einschätzung der Befragten zu diesen Themen zu erhalten. Diese Items liefen aufgrund ihrer offeneren Formulierung Gefahr, auf pragmatischer Ebene nicht verstanden zu werden (vgl. Porst 2014). Aufgrund von fehlendem Verständnis hätte es daher bspw. zum Auslassen oder zur Falsch-Beantwortung von Fragen kommen können (vgl. Porst 2014). Um dem vorzubeugen, war der Fragebogen vor Studienbeginn durch verschiedene Berufsgruppen auf Verständnis geprüft worden (s. **Kapitel 2.4.2**).

Der kognitive Aufwand, den Befragte beim Beantworten von Fragen aufbringen müssen, kann in die Begriffe *Optimizing* und *Satisficing* unterschieden werden (vgl. Krosnick et al. 1996; Krosnick und Presser 2009; Bogner und Landrock 2015). Beim *Optimizing* durchläuft der Befragte die vier o. g. Schritte, um eine Frage mit ausreichend kognitivem Aufwand zu beantworten (vgl. Krosnick et al. 1996; Krosnick und Presser 2009; Bogner und Landrock 2015). Das *Satisficing* kann in schwach (der Befragte durchläuft zwar alle vier Schritte, reduziert aber den kognitiven Aufwand) und stark (der Befragte verkürzt die Informationsverarbeitung, evtl. sogar bis zum Nichtlesen der Fragen) unterschieden werden (vgl. Krosnick et al. 1996; Krosnick und Presser 2009; Bogner und Landrock 2015). Zeigen

Befragte ein Verhalten von *Satisficing*, so besteht bei manchen Fragen die Gefahr, nur oberflächlich beantwortet zu werden (Krosnick et al. 1996; Krosnick und Presser 2009; Bogner und Landrock 2015). Ob ein Befragter die *Satisficing*-Strategie wählt, hängt laut Krosnick et al. (1996) im Wesentlichen von drei verschiedenen Faktoren ab: der Aufgabenschwierigkeit, der kognitiven Fähigkeit des Befragten, diese Aufgaben zu erfüllen, und der Motivation des Befragten, die Aufgaben durchzuführen. Je schwieriger die Aufgabe im Vergleich zur Fähigkeit und Motivation des Befragten ist, desto eher besteht die Tendenz zum *Satisficing* (Krosnick et al. 1996; Krosnick und Presser 2009; Bogner und Landrock 2015). Die Auswirkung dieser Prozesse kann zu Antworttendenzen führen (Bogner und Landrock 2015).

Eine Form von Antworttendenz in Umfragen ist die soziale Erwünschtheit (Bogner und Landrock 2015). Sie beschreibt vom soziologischen Standpunkt aus ein Antwortverhalten, das sowohl von Inhalten als auch von Situationen abhängig ist und eine Variation innerhalb gesellschaftlicher Untergruppen aufzeigt (Krebs 1991). Erklärt man den Begriff der sozialen Erwünschtheit aus psychologischer Sicht, werden positive Merkmale zur Selbstdarstellung im Vergleich zu den negativen tendenziell überschätzt (Krebs 1991). Dennoch scheint das Verhalten von sozialer Erwünschtheit nicht gleichmäßig in der Gesellschaft etabliert zu sein (vgl. Krebs 1991). Zwar scheint die Tendenz zwischen Männern und Frauen gleich ausgeprägt, sie variiert aber abhängig vom Alter, Familienstand, Schulbildung und Gehalt des Befragten (Krebs 1991). Aufgrund von mangelnder Erfahrung mit gesellschaftlich anerkanntem Antwortverhalten zeigte in einer Studie die Gruppe der 18- bis 29-Jährigen die geringste Tendenz zur sozial erwünschten Antwort (Krebs 1991).

Ein Vorteil der vorliegenden Studie war die Datenerhebung mittels Fragebogen im Vergleich zur Interviewbefragung, womit die Wahrscheinlichkeit einer situativen bzw. sozial erwünschten Antwort verringert wurde (vgl. Bogner und Landrock 2015). Die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ist größer, wenn die soziale Distanz – bspw. im Falle eines Interviews durch physische Nähe – gering ist. Denn hier läuft der Befragte Gefahr, sich vor dem Interviewer bloßzustellen (Bogner und Landrock 2015). Bei einer größeren Distanz, z. B. im Rahmen einer anonymen Fragebogenstudie, besteht eine geringere Tendenz zur positiven Selbstdarstellung (vgl. Bogner und Landrock 2015). Dennoch hätte es trotz der Verwendung eines Fragebogens in der vorliegenden Studie aufgrund von sozialer Erwünschtheit zu einer Verzerrung des Antwortverhaltens kommen können (vgl. Krebs 1991). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Teilnehmende zumindest teilweise, sowohl in der psychologischen als auch in der soziologischen Auslegung des Begriffs, zu sozial erwünschten Antworten neigen. Diese Vermutung entsteht insbesondere bei Items, die das eigene Sexualverhalten

porträtieren (Items 8.1, 8.7 – 8.12), aber auch bei Fragen zur Akzeptanz der Sexualität anderer Menschen (Items 7.13, 8.2 – 8.5). Allerdings deuten die Ergebnisse der von Krebs (1991) beschriebenen Studie darauf hin, dass zumindest aufgrund des niedrigen Alters der Teilnehmenden der vorliegenden Studie das Antwortverhalten insgesamt eher die subjektive Meinung der Befragten wiedergibt (vgl. Krebs 1991). Dennoch können insgesamt im Rahmen der vorliegenden Studie nur Vermutungen angestellt werden, ob und inwieweit soziale Erwünschtheit einen Einfluss auf die Beantwortung der Items hatte (s. **Kapitel 4.6**).

Ein Nachteil bei der Verwendung eines Fragebogens ist, dass Studienteilnehmende dazu tendieren, nicht alle vorgegebenen Fragen zu beantworten (vgl. Herkner und Müllner 2011). Möglicherweise war die hohe Anzahl an Items (Testlänge) nachteilig, sodass einzelne Items von Studienteilnehmenden eventuell aus diesem Grund weggelassen wurden (vgl. Porst 2014). Auch mangelnde oder nachlassende Konzentration sowie Desinteresse könnten eine Ursache für das Weglassen bzw. der Falsch-Beantwortung von Items sein (vgl. Krosnick et al. 1996). Generell ist davon auszugehen, dass Items, die sich mit der persönlichen Einstellung zum Thema Sexualität befassten, Gefahr liefen, gar nicht oder nicht wahrheitsgemäß beantwortet zu werden (vgl. Herkner und Müllner 2011).

Neben der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit lässt auch das Hinzufügen der Antwortoption „Weiß nicht“ zu den initial dichotomen Antwortmöglichkeiten (s. **Kapitel 2.4.2**) Raum für Interpretation (vgl. Franzen 2014). Laut Franzen (2014) beinhaltet die Kategorie „Weiß nicht“ sowohl eine echte Meinungslosigkeit – sie birgt aber auch das Risiko, dass Befragte sie wählen, um bei der Beantwortung von Fragen den „kognitiven Aufwand zu reduzieren, um eine Frage zu verstehen und zu beantworten“. Diese Beobachtung spiegelt sich in den Wissensfragen (s. **Kapitel 4.5**) und in Items wider, die das Thema Sexualassistenz (s. **Kapitel 4.4**) behandeln. Gegebenenfalls wird die Antwortoption „Weiß nicht“ auch ausgewählt, wenn Teilnehmende ihre Meinung aufgrund von Fehlen der „richtigen“ Antwortoption nicht zum Ausdruck bringen können.

Im Rahmen der Studie wurde keine zeitliche Begrenzung bei der Beantwortung der Fragen vorgegeben. Aber es ist anzunehmen, dass die Fragebögen von den Studienteilnehmenden während ihrer Arbeitsschicht im Heim bzw. während der Schulzeit ausgefüllt wurden, so dass sich eine zeitliche Begrenzung bei der Ausarbeitung nicht ausschließen lässt. So könnte es aufgrund von Zeitdruck ebenfalls zum Auslassen von Fragen gekommen sein.

In Zusammenschau der Beobachtungen gibt es multiple Gründe, warum einzelne Teilnehmende zur Nicht-Beantwortung, zum Auslassen oder zur „Falsch-Beantwortung“

von Items tendieren. Im Rahmen dieser Studie können diese jedoch nicht abschließend geklärt werden und unterliegen nur Vermutungen.

4.3 Q 1: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflegeausbildung?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten auf eine Diskrepanz zwischen der subjektiv empfundenen Wichtigkeit der Thematik Alterssexualität und der eigentlichen Umsetzung des Themas im Lehr- und Berufsalltag hin. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben weniger als die Hälfte ($n= 243$; 41,7%) der Studienteilnehmenden an, adäquat das Thema Alterssexualität während ihrer Altenpflegeausbildung behandelt zu haben. Einschränkend muss beachtet werden, dass zum Erhebungszeitpunkt nicht alle Studienteilnehmenden der vorliegenden Studie examiniert war. Somit besteht die Möglichkeit, dass Alterssexualität erst zu einem späteren Ausbildungszeitpunkt behandelt wird. Zudem deuten die Ergebnisse des befragten Lehrenden-Kollektivs darauf hin, dass zumindest ein Teil der Auszubildenden im Verlauf ihrer Ausbildung noch über das Thema Alterssexualität unterrichtet werden wird (s. **Kapitel 3.1**). Hierfür spricht, dass 78,3% der befragten Lehrenden Sexualität im Alter als Pflichtbestandteil des Curriculums angaben.

Vergleichend zeigte sich in einer Londoner Studie von Lewis und Bor (1994), dass 68,1% der befragten Krankenpflegenden während ihrer Grundausbildung über Sexualität unterrichtet wurden. Dennoch ist zu beachten, dass die Stichprobe der Studie von Lewis und Bor kleiner ($n= 161$) war und daher weniger aussagekräftig sein könnte. Somit könnte es unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Ausbildungsstandes und der Stichprobengröße zu einer Annäherung der Ergebnisse beider Studien kommen. Zudem muss bei der Betrachtung der Ergebnisse bedacht werden, dass die Unterrichtung des Themas Alterssexualität abhängig von der Altenpflegeschule sowie den Lehrenden ist. Dies gilt insbesondere, da zum Thema Alterssexualität in den Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule-Altenpflege keine verbindlichen Angaben gemacht werden (vgl. Niedersächsisches Kultusministerium 2003). Trotz der geringen Thematisierung hielt ein Großteil der befragten Auszubildenden/Examinierten ($n= 390$; 68,5%) das Thema Alterssexualität für ein für den Arbeitsalltag relevantes Ausbildungsfach (s. **Abbildung 7**). In Zusammenschau der o. g. Ergebnisse scheint es daher wichtig zu sein, dass nicht nur die Quantität von sexueller Bildung im schulischen Kontext eine Rolle spielt, sondern dass gelernte Inhalte eine Alltagsrelevanz aufweisen müssen.

Um die Frage nach Alterssexualität als Ausbildungsinhalt eindeutiger zu untersuchen, werden im Folgenden die Aussagen der Lehrenden betrachtet. Da die Stichprobe der Lehrenden klein ist ($n= 30$), muss sie als nicht repräsentativ für alle Altenpflegeschulen angesehen werden. Ebenfalls ist durch die Anonymisierung der Fragebögen kein Rückschluss auf die einzelnen Schulen möglich, womit die Lehrqualität dieser nicht differenziert werden kann. 66,7% ($n= 20$) der befragten Lehrenden gaben an, didaktische Fähigkeiten zur Vermittlung des Themas Alterssexualität erwerben zu wollen. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die befragten Lehrenden das Thema Alterssexualität als ausbildungsrelevant einstufen und fundiert auf die Unterrichtung des Themas vorbereitet sein wollen. Im Gegensatz zu der insgesamt recht positiven Einstellung der in der vorliegenden Studie befragten Lehrenden stellte Sielert (2011) fest, dass ein Großteil der Lehrenden während der allgemeinen Schulausbildung nicht gerne auf das Thema Sexualerziehung eingeht und auch nicht genügend auf das Unterrichten des Themas vorbereitet wird. Dennoch muss bei einem Vergleich beider Studien berücksichtigt werden, dass es sich in der Studie von Sielert (2011) um die Lehrenden von Grundschulern handelt und daher aufgrund des jungen Alters der Schüler eventuell andere Hemmschwellen durch die Lehrenden überwunden werden müssen. Darüber hinaus kritisiert Schmidt (2014), dass es an Schulen an gut ausgebildeten, sensibilisierten Lehrenden mangelt, welche den wachsenden Ansprüchen der schulischen Sexualpädagogik nicht gerecht werden. Zu Lösungen in diesem Zusammenhang tragen nicht nur gut ausgebildete Lehrkräfte bei, sondern auch standardisiertes Lehrmaterial, das eine positive Herangehensweise an das Thema Sexualität aufzeigt (Leitz und Signerski-Krieger 2018). Angesichts der Besonderheiten bei der Sexualerziehung werden zudem spezifische methodische Kompetenzen der Lehrenden gefordert (vgl. Sielert 2015).

4.4 Q 2: Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag?

Konzept Sexualassistenz

Bei der Sexualassistenz handelt es sich um eine sexuelle Dienstleistung, die Menschen mit körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Verwirklichung bzw. dem Ausleben ihrer Sexualität unterstützt (vgl. de Vries 2011). Insgesamt zeigten die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass das Konzept Sexualassistenz vielen der Teilnehmenden unbekannt war. Nur 12,7% ($n= 73$) der Studienteilnehmenden hatten eine Umsetzung in ihrer Berufslaufbahn erlebt. Unter den Teilnehmenden schien es keine eindeutige Meinung bezüglich einer Befürwortung von Sexualassistenz im Pflegealltag zu geben. Zudem wurden die Fragen häufig mit der Antwortoption „Weiß nicht“ beantwortet, was darauf hindeuten

kann, dass zum Thema Sexualassistenz Unsicherheiten bestehen. Die Autorin und Sexualassistentin Nina de Vries (2011) beschreibt, dass die Sexualassistenz keinen klar etablierten Stellenwert in der jetzigen Pflegesituation hat. Laut de Vries (2011) zählen bezahlte sexuelle Dienste generell zu den gesellschaftlich tabuisierten Themen. Somit vereint das Konzept der Sexualassistenz sowohl die gesellschaftlichen Tabuthemen Sexualität und Pflege als auch das Tabu der bezahlten sexuellen Dienstleistung in sich (vgl. de Vries 2011). Daher sei eine aktive Sexualassistenz nur möglich, wenn die eigene Sexualität im Vorhinein klar reflektiert wurde (vgl. de Vries 2011). Weiterhin müssen Heime Strukturen entwerfen, die den Pflegenden Sicherheit auf dem Gebiet der Sexualität in der Bewohnerversorgung verschaffen und den Bewohnenden das aktive Ausleben von Sexualität ermöglichen (de Vries 2011). Unklar bleibt im Rahmen dieser Studie, ob Teilnehmende eine wirkliche Meinungslosigkeit bzw. ihre Unsicherheit zum Ausdruck bringen wollten, oder ob die Option „Weiß nicht“ als Ausdruck eines reduzierten kognitiven Aufwandes bei der Beantwortung der Items verwendet wurde (vgl. Franzen 2014). Sollten die Ergebnisse ein Ausdruck von Unsicherheit sein, so scheinen die von de Vries beschriebenen Lösungsansätze noch keine eindeutige Präsenz im Pflegealltag zu zeigen.

Fortbildungsmöglichkeit am Arbeitsplatz

Eine Vielzahl der Teilnehmenden (n= 396; 71,9%) wünscht sich eine Fortbildung zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit. Fast 60% der befragten Examinierenden und Auszubildenden (n= 350; 58,5%) wollen im Rahmen von Fortbildungen mehr über den Umgang mit sexuell aktiven Heimbewohnern lernen. Insgesamt lässt der Fortbildungswunsch der Teilnehmenden vermuten, dass Alterssexualität und sexuelle Gesundheit einen aktiven Stellenwert im Berufsalltag haben und dass die Befragten mehr zu den Themen erfahren wollen. Dass es durch Fortbildungen zumindest kurzfristig zu einer Änderung der Einstellung gegenüber der Sexualität älterer Menschen kommen kann, konnte eine australische Studie anhand eines Pre- und Posttests zeigen (vgl. Bauer et al. 2013). So ergab der Posttest eine signifikant positive Auswirkung auf die Toleranz und die Einstellung der Befragten zum Thema Alterssexualität. Die Autoren diskutierten jedoch, dass nur der kurzfristige Effekt der Fortbildung beobachtet werden konnte. Im Rahmen der Studie konnte nicht evaluiert werden, ob sich diese positive Veränderung auch in der praktischen pflegerischen Tätigkeit widerspiegelt (vgl. Bauer et al. 2013). Dennoch scheinen Fortbildungen gute Möglichkeiten zu bieten, ein besseres Arbeitsumfeld für Altenpflegende sowie eine daraus resultierende verbesserte Lebensqualität für Heimbewohnende zu erreichen, sofern sich eine positive Einstellung auch auf die praktischen Tätigkeiten eines

Altenpflegenden auswirkt (vgl. Bauer et al. 2013). In einer Metaanalyse berichten Hillman und Stricker (1994), dass vermehrtes Wissen über Sexualität zu gesteigerter Toleranz gegenüber Alterssexualität führen kann. Dennoch gab es Wissenschaftler, die einen negativen oder nicht-signifikanten Zusammenhang der beiden Komponenten diskutierten (vgl. Hillman und Stricker 1994). Beispielsweise fanden Glass et al. (1986) in ihrer Studie heraus, dass vermehrtes Wissen zum Thema Alterssexualität eher zu restriktiveren Einstellungen gegenüber Alterssexualität führte. Die Zusammenschau der Ergebnisse deutet auf die Komplexität der Interdependenz von Wissen und Einstellung zu Alterssexualität hin.

Situation in meiner Einrichtung/meinem Wohnbereich

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen vermuten, dass in Altenpflegeheimen unzureichend auf die Privatsphäre von Heimbewohnenden geachtet wird. Dem subjektiven Erleben der Teilnehmenden nach gibt es wenig Raum für das ungestörte Ausleben von Sexualität in Pflegeeinrichtungen. So hatten 45,8% (n= 259) der Studienteilnehmenden bereits sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden erlebt. Zudem berichten die Befragten, dass es zwar Vorkehrungen gibt, die die Privatsphäre der Bewohnenden schützen, dennoch scheinen diese nicht vollständig etabliert zu sein. Verschiedene Beobachtungen in der Literatur sprechen ebenfalls die mangelnde Privatsphäre der Heimbewohnenden an (vgl. Sieren 2012; Grond 2001; Zettl-Wiedner 2011). In einer Fragebogenstudie von Zettl-Wiedner (2011) beurteilten die Bezugspflegepersonen die Sexualität der Bewohnenden in Langzeitpflegesituationen. Demnach wünschte sich fast die Hälfte der Heimbewohnenden (49,3%) mehr Privat- und Intimsphäre (Zettl-Wiedner 2011).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der vorliegenden Arbeit war es, sexuelle Gewalterfahrungen im Berufsalltag zu erfragen. Studienteilnehmende wurden nach der Häufigkeit von Situationen gefragt, die mit körperlichen oder verbalen sexuellen Übergriffen einhergingen. Knapp ein Fünftel der Studienteilnehmenden erlebten körperliche und/oder verbale sexuelle Gewalt, die von Bewohnenden ausging (s. **Abbildung 8**, **Abbildung 9** und **Abbildung 10**). Zudem wünschen sich 42,0% (n= 226) der Studienteilnehmenden eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Probleme/Vorkommnisse in der Bewohnerversorgung zu reden. Diese Beobachtungen sprechen dafür, dass sexuelle Gewalt einen aktiven Stellenwert im Pflegealltag hat. Im Einklang mit dem Studienergebnis der vorliegenden Studie werden sowohl sexuelle Übergriffe als auch andere Gewaltformen weltweit in Pflegeberufen beobachtet (vgl. Aström et al. 2002; Bronner et al. 2003; Sieren 2012). Eine schwedische Fragebogenstudie von Aström et al. (2002) zeigte, dass unter allen befragten Pflegeberufen

die größte Inzidenz von Gewalt (inklusive sexueller Gewalt) gegen Mitarbeitende in Altenpflegeheimen stattfand. Im Rahmen einer Umfrage unter israelischen Krankenpflegenden fiel auf, dass insbesondere Krankenschwestern und weibliche Auszubildende sexueller Belästigung ausgesetzt waren (vgl. Bronner et al. 2003). Hingegen wurden männliche Pflegende zwar weniger oft sexuell belästigt, allerdings wurden sie mit schweren Formen der Belästigung, bspw. intimen Berührungen oder körperlichen sexuellen Annäherungsversuchen konfrontiert (vgl. Bronner et al. 2003). In Anbetracht der dargelegten Studienergebnisse fühlten sich nur 57,2% der Teilnehmenden der vorliegenden Studie durch ihre Ausbildung gut auf verbal und körperlich sexuell übergriffiges Verhalten von Heimbewohnenden vorbereitet (s. **Abbildung 5**). Das vorwiegend geringe Alter sowie der Ausbildungsstand der Studienteilnehmenden suggeriert, dass Gewaltprävention und auch spezifische Prävention gegen sexuelle Übergriffe schon in der Ausbildung thematisiert werden und am Arbeitsplatz weiter eine Rolle spielen sollten.

Die Studienteilnehmenden der vorliegenden Studie berichten, dass sexuelle Gewalt nicht nur von Gepflegten, sondern auch von Pflegenden ausgeht (s. **Abbildung 9**). Die Beweggründe für sexuelle Übergriffe gegen Heimbewohnende wurden in der vorliegenden Studie nicht geklärt. Eine Erklärung zu verschiedenen Aspekten von Gewalt in der Pflege sucht die Autorin Esther Matolycz (2011). Sie erläutert das Prinzip der personalen Gewalt, welche beispielsweise durch die Missachtung der Intimsphäre, Beschimpfung von Heimbewohnenden oder Entmündigung durch Behandlung des Bewohnenden wie ein Kind ausgeübt wird. Achtsamkeit und Einfühlungsvermögen seien wichtig, um Handlungen in der Pflege zu entschärfen, die von Bewohnenden als gewaltvoll empfunden werden können. Durch diese Handlungen könne „akzidentelle“ Gewalt vermieden werden. Aggressionen, die Pflegende verspüren, verhindern Empathie, was zu absichtlichen gewalttätigen Handlungen gegen Bewohnende führen kann. Ursächlich für Aggressionen seien bspw. Zeitmangel und Überlastung im Pflegealltag. Aus diesem Grund rät die Autorin dazu, dass Pflegende die Kommunikation im Team als „Gewaltprophylaxe“ aufrechterhalten und besprechen, welche Heimbewohnende als besonders fordernd erlebt werden (Matolycz 2011).

Situationen in meinem Berufsalltag

Die Ergebnisse zu der Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln in der Altenpflege zeigen, dass nur wenige Hilfsmittel in Einrichtungen zur Verfügung standen (Keine: n= 91; 66,1%, s. **Tabelle 12**). Die meisten Nennungen erhielten Videos und Filme mit pornographischen Inhalten (n= 12; 3,2%), gefolgt von Vibratoren (n= 6; 1,6%). Ebenso gaben einige der

Teilnehmenden an, dass Bewohnende Alltagsgegenstände wie Fernbedienungen, Löffel oder Schnabeltassen zur sexuellen Stimulation verwendeten. Die meisten Befragten (n= 139; 36,8%) der vorliegenden Studie gaben an, nicht zu wissen, ob die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel durch die Pflegeeinrichtung sinnvoll wäre. Dennoch antworteten fast ebenso viele (n= 140; 37%), dass eine Bereitstellung sinnvoll wäre, um ältere Menschen in ihrer sexuellen Aktivität zu unterstützen. Die Beobachtungen der vorliegenden Studie stimmen mit denen einer Interviewstudie überein, bei denen Altenpflegende beobachtet hatten, wie Bewohnende beispielsweise Haarklammern zur sexuellen Stimulation verwendeten (vgl. Sieren 2012). Die Teilnehmenden berichteten von dem Zwiespalt, die Privatsphäre des Bewohnenden respektieren zu wollen, andererseits ggf. sexuelle Hilfsmittel für diese zu beschaffen, um das Verletzungsrisiko (bspw. beim Gebrauch von Haarklammern) zu reduzieren (vgl. Sieren 2012).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass wenig „offizielle“ sexuelle Hilfsmittel für Heimbewohnende zur Verfügung gestellt werden. Zudem scheinen sich Teilnehmende nicht klar zu dem Gebrauch sexueller Hilfsmittel in der Altenpflege positionieren zu können. Die von der Mehrheit der Befragten ausgewählte Antwortoption „Weiß nicht“ kann hier durchaus als Ausdruck einer echten Meinungslosigkeit verstanden werden, da insgesamt wenig Informationen zum Thema sexuelle Hilfsmittel in Pflegeeinrichtungen vorliegen (vgl. Franzen 2014). Wiederum könnte die hohe Zustimmungstendenz zur Bereitstellung von Hilfsmitteln, um sexuelle Aktivität zu unterstützen, ein Ausdruck sozialer Erwünschtheit in der soziologischen Auslegung des Begriffes sein, dass Teilnehmende in der mutmaßlichen Meinung des Fragenden antworteten (vgl. Krebs 1991). Eine eindeutige Aussage zum Thema sexuelle Hilfsmittel in der Pflege lässt sich daher anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht treffen.

Meinungsbild

Die vorliegende Studie zeigt, dass zu den häufigsten erlebten Reaktionen auf sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden „Ekel“ gehört. Sowohl Altenpflegende (33,1%) als auch Familienangehörige (31,8%) hatten so reagiert. Auch das „Lächerlich machen“ sexueller Aktivität gehörte mit zu den am häufigsten genannten Reaktionen (s. **Abbildung 11** und **Abbildung 12**). Das von den Studienteilnehmenden beobachtete Verhalten deutet darauf hin, dass Alterssexualität, obwohl als existierend anerkannt, inadäquate Reaktionen erfährt, sowohl auf familiärer als auch auf professioneller Ebene. Die in der vorliegenden Studie erlebten Reaktionen deuten an, dass zumindest teilweise eine negative Grundstimmung zu den Themen Sexualität und Paarbildung unter Heimbewohnenden herrscht. Allerdings

wurden mögliche Gründe hierfür nicht erfragt. Weiterhin wurden in der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit Paarbildung oder sexueller Aktivität bewusst nur negative Reaktionen abgefragt (Items 7.4 – 7.12). Teilnehmende hatten vorher die Möglichkeit abzuschätzen, ob diese Situationen toleriert wurden (Items 7.1 – 7.3). Laut Angaben der Befragten wurde insbesondere die Einstellung der Angehörigen negativ eingeschätzt: Nur 15% (n= 85) gaben an, dass Angehörige sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden tolerieren würden. Dabei gehörten Ekel und Streit zu den am häufigsten erlebten Reaktionen. In einer Studie von Steffl (1975) hatte sich gezeigt, dass sich viele der im Pflegeheim Arbeitenden eher nach den Wünschen der Angehörigen richteten als nach den Bedürfnissen der Heimbewohnenden (Steffl 1975, zitiert nach Glass et al. 1986). Die Tendenz, die Sexualität der Heimbewohnenden als sekundär anzusehen, zeigte sich insbesondere in den Leitungspositionen (vgl. Glass et al. 1986). Sexuelle Aktivität unter Bewohnenden zu tolerieren, könnte für Leitungspersonen bspw. zu rechtlichen Problemen führen, weshalb eine Vernachlässigung der Bewohnendensexualität vieles auf administrativer Ebene vereinfachen würde (vgl. Glass et al. 1986). Grund hierfür sei, so vermuteten die Autoren, dass diese zusätzlich ein Verantwortungsgefühl gegenüber anderen Bewohnenden und ihren Angehörigen hegten (vgl. Glass et al. 1986).

In der Pflegeheimsituation bekomme das Thema Sexualität durch Tuscheln und Tratschen einen pubertären Charakter (van der Vight-Klußmann 2014). Durch Restriktionen im Pflegealltag, die bspw. durch Mehrbettzimmer und mangelnde Privatsphäre entstehen, nimmt die sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden ab (van der Vight-Klußmann 2014). Durch mangelnde Privatsphäre wird im institutionalisierten Leben das eigentlich Private nun öffentlich gemacht – so auch das Ausleben von Sexualität (Kleinevers 2004). Doch wenn Heimbewohnende während einer sexuellen Aktivität „erwischt“ werden, dann kommt es zu peinlichen Situationen (van der Vight-Klußmann 2014). Die Autorin Kleinevers (2004) beobachtete, ebenso wie auch durch die vorliegende Studie belegt, unter anderem die Reaktionen Scham, Peinlichkeit, Ekel, Lust und Schuld bei Pflegenden. Diese Gefühle wurden nicht nur in sexuell-konnotierten Situationen empfunden, sondern auch als Reaktion auf pflegerische Handlungen, beispielsweise bei der Intimpflege (Kleinevers 2004). Einen Lösungsansatz zum Umgang mit diesen Gefühlen beschreibt Grond (2001) in der Selbstreflexion. Pflegende sollten sich bewusstwerden, welche Situationen im Pflegealltag Gefühle wie Scham und Ekel auslösen, diese reflektieren und bspw. in Rücksprache mit Kollegen eine standardisierte Lösung im Umgang mit auslösenden Situationen finden (vgl. Grond 2001).

Meinungsbild: Welche Bedeutung haben sexuell übertragbare Erkrankungen und die ärztliche Versorgung in der Altenpflege?

Teil der Fragestellung von Q 2 war der Aspekt der ärztlichen Versorgung in der Altenpflege, der in Bezug auf die sexuelle Gesundheit der Bewohnenden beleuchtet werden sollte. Die Erhebungen der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass die Studienteilnehmenden Arztbesuche durch Gynäkologen und Urologen im Altenpflegeheim zwar für sinnvoll halten, aber nur unzureichend von Seiten der Pflege darauf geachtet wird, dass es auch zu Vorsorgeuntersuchungen komme. Laut der Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (Sävip) zeigte sich in den 407 befragten Heimen, dass die ärztliche Versorgungssituation ungenügend war (Hallauer et al. 2005). Unter anderem sei es bei einer durchschnittlichen Bewohnerzahl von 77,16 Bewohnenden pro Heim selten zu Besuchen durch Ärzte der Gynäkologie (4,7 Besuche pro Heim pro Jahr) und Urologie (21,2 Besuche pro Heim pro Jahr) gekommen (vgl. Hallauer et al. 2005). Die Autoren befanden, dass insbesondere die gynäkologisch-urologische Versorgung aufgrund der Vielzahl entsprechender Krankheitsbilder (über 72% der Heimbewohnenden sind Urin-inkontinent) mangelhaft ist (vgl. Hallauer et al. 2005). In Zusammenschau der Ergebnisse beider Studien kann davon ausgegangen werden, dass die ärztliche Versorgung, die unter anderem die sexuelle Gesundheit der Heimbewohnenden fördern würde, insgesamt nur wenig bzw. unzureichende Beachtung im Pflegealltag findet.

Anlehnend an die ärztliche Versorgung in Altenpflegeheimen, werden nun die wesentlichen Ergebnisse zu dem Thema sexuell übertragbare Erkrankungen (STDs) in diesem Abschnitt zusammengefasst. Ziel der vorliegenden Studie war es nicht, die Prävalenzen von STDs zu erheben, sondern zu untersuchen, inwieweit sexuell übertragbare Erkrankungen im Pflegealltag präsent waren. Dennoch legen die Ergebnisse zu den im Berufsalltag erlebten STDs nahe, dass zum Erhebungszeitpunkt zumindest einige Bewohnende in den teilnehmenden Altenpflegeheimen erkrankt waren. Limitierend sollte berücksichtigt werden, dass von den in der vorliegenden Studie aufgeführten Erkrankungen sexuelle Kontakte nicht den einzigen Übertragungsweg darstellen (vgl. Herold 2016). 70,1% der befragten Altenpflegenden befand, dass es wichtig wäre, sexuell aktive Heimbewohnende über sexuell übertragbare Erkrankungen aufzuklären. In der Forschungsliteratur wurde von einem Anstieg sexuell übertragbarer Erkrankungen unter älteren Menschen in England und den USA berichtet (vgl. von Simson und Kulasegaram 2012). In einer englischen Studie, die sich mit der sexuellen Aktivität und dem sexuellen Risikoverhalten von über 50-Jährigen befasste, zeigte sich, dass sich 7% der Studienteilnehmenden Situationen aussetzten, die mit einem

erhöhten Infektionsrisiko für STDs einhergingen (Gott 2001). Fast alle Befragten gaben an, wenig Informationen zum Thema HIV und STDs erhalten zu haben. Ein Viertel der Teilnehmenden gab an, mehr Informationen zu diesen Themen erhalten zu wollen (Gott 2001). In ihrer Studie befand Gott (2001), dass entsprechendes Personal im Sozial- und Gesundheitswesen über die sexuelle Gesundheit älterer Menschen unterrichtet werden sollte. Zusammenfassend geben die vorliegenden Daten zu erkennen, dass sexuell übertragbare Erkrankungen unter sexuell aktiven Älteren eine Relevanz haben (vgl. von Simson und Kulasegaram 2012) und dass sowohl unter Altenpflegenden als auch unter sexuell aktiven Älteren Aufklärungsbedarf herrscht (vgl. Gott 2001).

4.5 Q 3: Was ist der aktuelle Wissensstand in der Altenpflege zum Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit?

Der Wissensstand der Studienteilnehmenden zum Thema Sexualität war in der vorliegenden Arbeit von Unsicherheit und fehlendem Fachwissen geprägt. Dies steht im Widerspruch zur subjektiv empfundenen Aufgeklärtheit der Teilnehmenden (s. **Abbildung 19**). Beispielsweise befanden 8,3% (n= 46) der Befragten, dass Homosexualität eine Krankheit sei und weitere 13,9% (n= 77) waren sich dessen nicht sicher. Insgesamt wurden Items, die sich mit dem Wissensstand der Teilnehmenden zum Thema Sexualität befassten, häufig mit „Weiß nicht“ beantwortet. Dennoch gilt bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass diese Antwortoption zum einen eine echte Unwissenheit oder auch eine Meinungslosigkeit zum Ausdruck bringen will (vgl. Franzen 2014). Zum anderen bietet sie aber auch die Möglichkeit, dass Befragte bei der Beantwortung den kognitiven Aufwand reduzieren (Franzen 2014).

Turner et al. (2014) fanden heraus, dass auch der Wissensstand von Medizinstudenten in Deutschland im Rückstand ist. In einer Fragebogenstudie vorklinischer Ulmer Medizinstudenten des Jahrgangs 1985/1986 hielten 19% der Befragten Homosexualität für eine psychische Störung und 28% waren unentschlossen (vgl. Brähler und Böhm 1988). Allerdings gilt es hier zu beachten, dass zum Zeitpunkt dieser Erhebung der Paragraph 175 des Strafgesetzbuches noch in Kraft gesetzt war, wonach Homosexualität unter Männern in der Bundesrepublik Deutschland eine Straftat war (Bundeszentrale für politische Bildung 2014). Erst im März 1994 wurde dieser Paragraph aus dem Strafgesetzbuch gestrichen (Bundeszentrale für politische Bildung 2014).

Die Studie Jugendsexualität 2015 wies Homosexualität ebenfalls als „Tabuthema“ aus (vgl. Bode und Heßling 2015). So hatten nur um die 40% (Varianz um den Wert 40%, je nach Geschlecht und Herkunft) der befragten Jugendlichen das Thema Homosexualität im Sexualkundeunterricht behandelt (vgl. Bode und Heßling 2015). Diese Ergebnisse machen

deutlich, dass auch knapp 30 Jahre später noch die Notwendigkeit der sexuellen Aufklärung besteht, insbesondere mit Schwerpunktsetzung im Bereich der sexuellen Orientierung (vgl. Brähler und Böhm 1988; Turner et al. 2014; Bode und Heßling 2015). Insgesamt wurden sowohl in der vorliegenden Studie als auch in der Studie von Turner et al. (2014) Wissensfragen zu Sexualität sowie Fragen über sexuelle Mythen oft falsch beantwortet. Die Ergebnisse beider Studien lassen den Schluss zu, dass das Thema Sexualität sowohl in der Altenpflegeausbildung als auch im Medizinstudium wenig Beachtung findet (vgl. Turner et al. 2014).

4.6 Q 4: Wie wird die eigene Sexualität, die Sexualität älterer Menschen und die Sexualität eigener Angehöriger wahrgenommen?

Im Folgenden wird die Wahrnehmung der eigenen Sexualität und die Sexualität anderer Menschen betrachtet. Studienteilnehmende scheinen insgesamt ihrem subjektiven Empfinden nach ihre eigene Sexualität überwiegend reflektiert zu betrachten. Die Ergebnisse der Items 8.1, 8.7 und 8.8 deuten darauf hin, dass die Mehrheit der Studienteilnehmenden der Meinung war, ein selbstbestimmtes Sexualleben zu führen (s. **Abbildung 15**). Im Vergleich dazu wurden Items, die die eigene Sexualität negativ und fremdbestimmt darstellten (Items 8.9 – 8.12), von den Befragten als eher nichtzutreffend beantwortet (s. **Abbildung 16**). Aufgrund der eher polarisierten Antworttendenzen der Teilnehmenden bei den o. g. Items muss an eine Selbstüberschätzung im psychologischen Sinne der sozialen Erwünschtheit gedacht werden (vgl. Krebs 1991). So neigten Teilnehmende an Persönlichkeitsfragebögen dazu, ihre positiven Persönlichkeitsmerkmale im Vergleich zu negativen Merkmalen tendenziell zu überschätzen (Krebs 1991). Diese Verhalten geschieht, um sich selbst in ein positives Licht zu rücken und nach sozialer Anerkennung zu streben. Einen Einfluss sozialer Erwünschtheit auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich daher zumindest vermuten (vgl. Krebs 1991).

Die Daten der vorliegenden Studie deuten an, dass die Einstellung gegenüber der Sexualität älterer Menschen durch diverse Faktoren beeinflusst wird. Neben dem Ausbildungsstand und dem Alter des Pflegepersonals (s. **Kapitel 4.1**) scheint auch das Bewohnendenkollektiv eine Rolle zu spielen. So vermuten Bouman et al. (2007), dass Pflegepersonal, welches mit immobilen, multimorbiden Bewohnenden arbeitete, diese eher als asexuell bewertete, als Pflegepersonal, das mit selbstständigen, weniger abhängigen Bewohnenden arbeitete.

Dennoch scheinen die Teilnehmenden der vorliegenden Studie überwiegend positiv gegenüber der Sexualität älterer Menschen eingestellt zu sein (s. **Kapitel 3.4**). Doch auch hierbei muss der Aspekt der sozialen Erwünschtheit berücksichtigt werden, wonach Teilnehmende aufgrund der Thematik des Fragebogens das Gefühl haben könnten, dass eine positive Einstellung von ihnen erwartet werden könnte (vgl. Krebs 1991). Nichtsdestotrotz könnte es aufgrund des geringen Alters der Teilnehmenden sein, dass bei mangelnder Erfahrung mit gesellschaftlichen Normen diese auch eher ihre eigene Meinung zum Ausdruck brachten und demnach aufrichtig antworteten (vgl. Krebs 1991). Zudem wird in der Literatur davon ausgegangen, dass eine Reflexion der eigenen Sexualität auch mit einer positiven Einstellung gegenüber der Sexualität älterer Menschen einhergeht, was die Beobachtungen der vorliegenden Studie unterstützen würde (vgl. Grond 2001; de Vries 2011; Kleinevers 2004; Zettl 2000; Michelchen 2008).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuteten darauf hin, dass sich die generelle Thematisierung von Sexualität vom thematischen Umgang mit der Sexualität der eigenen Angehörigen unterscheidet (s. **Abbildung 14**), was auch in einer Studie von Bauer et al. (2013) beobachtet wurde. Obwohl ein Wissenszuwachs bei Pflegenden die Einstellung zum Thema Alterssexualität positiv beeinflussen konnte, konnte diese Tendenz bei der Betrachtung der Sexualität der eigenen Angehörigen eher nicht beobachtet werden (vgl. Bauer et al. 2013). Lewis und Bor (1994) stellten Vermutungen an, wonach es Themenbereiche gäbe, die derart stark von einer emotionalen Komponente geprägt seien, dass diese nicht oder nur schwer durch vermehrtes Wissen zu diesem Thema beeinflusst werden könnten. So schätzen sie, dass die affektive Komponente deutlich schwerer zu ändern sei als die kognitive (vgl. Lewis und Bor 1994). Die Autoren wollen daher Pflegende darauf aufmerksam machen, dass jeder von einer gewissen Voreingenommenheit betroffen ist. Man solle sich diesem Bias bewusstwerden und eine nicht-wertende Umgebung für den Gepflegten schaffen (Lewis und Bor 1994). Um die Sexualität älterer Menschen zu akzeptieren, scheint es wichtig, die eigene Sexualität gut reflektieren zu können. Pflegende, die sich ihrer eigenen sexuellen Gefühle bewusst sind, könnte es leichter fallen, die Sexualität der Gepflegten differenzierter zu betrachten und somit unvoreingenommener ein Umfeld für sexuelle Offenheit zu schaffen (vgl. de Vries 2011; Grond 2011; Lewis und Bor 1994). Dennoch ist davon auszugehen, dass im Pflegealltag zusätzliche Faktoren wie bspw. Zeit- und Fachkräftemangel sowie limitierte Räumlichkeiten zusätzlich zur erforderlichen Selbstreflexion die Schaffung eines offenen Umfeldes beschränken können (vgl. Matolycz 2011; Sieren 2012; Grond 2001; Zettl-Wiedner 2011).

4.7 Q 5: Wie werden die Themen Sexualität im Elternhaus und Sexualaufklärung behandelt?

In der vorliegenden Studie wurde die Rolle von Sexualität in der Familie beleuchtet. Die Ergebnisse der Arbeit deuten an, dass wenig Offenheit in der Familie in Bezug auf Sexualität herrscht. Diese scheint insgesamt wenig thematisiert zu werden, wobei insbesondere die Sexualität der Eltern selten angesprochen wurde. Dennoch spielen sowohl Mutter (n= 230; 38,5%) als auch Vater (n= 83; 13,9%) eine Rolle in der Sexualaufklärung der Teilnehmenden. Vor allem für weibliche Studienteilnehmende stellt die Mutter eine größere Aufklärungsquelle dar als der Vater (s. **Tabelle 18**). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigte ebenfalls, dass für Mädchen die Mutter die Hauptbezugsperson war, während der Vater eher eine untergeordnete Rolle spielte (Bode und Heßling 2015). Hingegen waren laut BZgA heutzutage beide Eltern bei Jungen gleichbedeutend in der Sexualaufklärung, was in dieser Studie nicht gezeigt werden konnte (vgl. Bode und Heßling 2015). Neben dem Geschlecht der Befragten hatte auch die Herkunft einen Einfluss auf die Rolle des Elternhauses in der Sexualaufklärung (vgl. Bode und Heßling 2015). Während in der Altersgruppe 14 bis 25 Jahre 75% der weiblichen deutschen Jugendlichen und 65% der männlichen befragten Deutschen im familiären Rahmen über Partnerschaften und Sexualität gesprochen hatten, waren es im Vergleich dazu bei den männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund nur 47% und bei den weiblichen 52% (vgl. Bode und Heßling 2015). Zudem zeigten die Daten, dass auch innerhalb einer Altersgruppe eine große Varianz herrscht. Es stellte sich heraus, je älter die Teilnehmenden wurden (unabhängig von ihrer Herkunft), desto häufiger wurde mit den Eltern über sexuelle Themen gesprochen (Bode und Heßling 2015).

Die Beobachtungen legen nahe, dass der soziokulturelle und ethnische Hintergrund, der zumindest zu einem gewissen Teil durch die Eltern vorgegeben ist, einen Einfluss auf das Thema Sexualität im Elternhaus hat. Zu beachten ist, dass in der vorliegenden Arbeit weder auf die Religion noch auf den sozio-familiären und sozio-kulturellen Hintergrund der Studienteilnehmenden eingegangen wurde, da im Rahmen der Erhebung dieser Daten gegebenenfalls ein Rückschluss auf einzelne Personen möglich gewesen wäre. Obwohl er in der vorliegenden Studie nicht explizit erfragt wurde, kann der soziokulturelle und ethnische Hintergrund einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Sexualität haben (vgl. Ahrold und Meston 2010). So untersuchten Ahrold und Meston (2010) in ihrer Studie den Einfluss der ethnischen Herkunft auf die Einstellung zu Sexualität bei amerikanischen Collegestudenten mit asiatischem, lateinamerikanischem und europäischem Hintergrund. Im Rahmen ihrer Studie zeigte sich, dass bspw. asiatische Studierende trotz Akkulturation – einem kulturellen

Anpassungsprozess – konservativer gegenüber den Themen Homosexualität und Gelegenheitssex (Casual Sex) eingestellt waren als andere Befragte. Die Studienergebnisse sprechen also dafür, dass es bei den unterschiedlichen Ethnien gewisse Themen im Bereich Sexualität gibt, die trotz kultureller Integration bzw. Verwestlichung nicht beeinflusst werden können (vgl. Ahrold und Meston 2010). Aus diesen Beobachtungen resultiert, dass der ethnische Hintergrund durchaus einen Einfluss auf die Einstellung zu Sexualität hat. Dennoch wurde diese Perspektive der Thematik Sexualität zur Gewährleistung der Anonymität der Teilnehmenden nicht beleuchtet und kann damit nicht differenziert aufgezeigt werden.

In der vorliegenden Studie hatte sich gezeigt, dass neben dem Elternhaus auch die Schule eine wichtige Rolle in der Sexualaufklärung spielt. So gaben über die Hälfte der Studienteilnehmenden (n= 314; 52,5%) der vorliegenden Studie an, hauptsächlich während ihrer allgemeinen Schulzeit aufgeklärt worden zu sein (s. **Tabelle 17**). Bei Lewis und Bor (1994) zeigte sich ebenfalls, dass die Institution Schule eine wichtige Rolle in der Sexualaufklärung spielte. Diese Aussage wird auch von den Ergebnissen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung belegt. Diese gab an, dass 93% der befragten Jugendlichen aus der Bundesrepublik Deutschland in der Schule über Sexualerziehungsthemen unterrichtet wurden und 80% der Jugendlichen die Schule als Hauptaufklärungsort wahrnehmen würden (vgl. Bode und Heßling 2015). Hiermit kann verdeutlicht werden, dass insbesondere die allgemeine Schulausbildung eine wichtige Rolle in der Sexualaufklärung spielt. Auch zeigten Studien, dass unter anderem eine höhere schulische Bildung und größere Berufserfahrung einen positiven Einfluss auf die Einstellung zu Alterssexualität haben (vgl. Bouman et al. 2007).

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie muss beachtet werden, dass einige der Teilnehmenden schon vor längerer Zeit oder in anderen Ländern ihren Schulabschluss machten und daher eventuell in gesellschaftlich restriktiveren Perioden die Schule besucht haben könnten. Kulturelle und religiöse Aspekte unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen sollten insbesondere im Aufklärungsunterricht berücksichtigt werden (vgl. WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA 2011). Auch der Niedersächsische Landtag (2014) gab bekannt, dass Lerninhalte des Sexualkundeunterrichtes an die sexuellen und personellen Identitäten angepasst werden und somit auch zukünftig Themen wie Homo-, Hetero- und Bisexualität einen Einzug in den Unterricht und die Schulbücher finden sollen. Ziel dieser Ergänzung sei es, Diskriminierung entgegenzuwirken und die sexuelle Entwicklung und Diversität der Schüler zu gewährleisten (Niedersächsischer Landtag 2014). Unter

Berücksichtigung dieser Daten könnten somit zukünftige Generationen von Altenpflegenden einen anderen Blick und eine differenzierte Einstellung zu Sexualität erhalten (vgl. Bode und Heßling 2015; WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA 2011; Leitz und Signerski-Krieger 2018). Dennoch muss bei dem Thema Sexualaufklärung berücksichtigt werden, dass – unabhängig von der Sexualerziehung im schulischen Kontext – auch ungesteuerte Prozesse in der sexuellen und geschlechtlichen Entwicklung (sexuelle Sozialisation) in der Peer-Gruppe und im beruflichen Alltag stattfinden (Schmidt 2014).

4.8 Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie erfassten anhand der subjektiven Wahrnehmungen der Befragten examinierten und auszubildenden Altenpflegenden ein Meinungsbild zum Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege. Es erfolgte eine rein deskriptive Darstellung der Ergebnisse (s. **Kapitel 3**).

Im Anschluss an diese prospektive Fragebogenstudie wäre ein erneuter Durchlauf zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen und Korrelation von erhobenen Ergebnissen denkbar. Hierfür müsste die statistische Struktur des Fragebogens überarbeitet und angepasst werden. Auch wäre abschließend bspw. eine Längsschnittstudie zu überlegen, um die persönliche Entwicklung bzw. die Einstellung des einzelnen Teilnehmenden bzw. der Ausbildungsjahrgänge im Verlauf der Ausbildung und nach Einstieg in den Berufsalltag zu beobachten.

In Zusammenschau aller Ergebnisse der vorliegenden Studie sowie unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Literatur wären folgende Fragestellungen mit entsprechenden Hypothesen zu formulieren:

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen der Wahrnehmung der eigenen Sexualität und der Sexualität anderer Menschen/der Sexualität von Heimbewohnenden?

Je offener/positiver die Einstellung gegenüber der eigenen Sexualität, desto offener/positiver ist die Wahrnehmung der Sexualität anderer Menschen/Heimbewohnenden.

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen dem Ausbildungsstand der Teilnehmenden und der Akzeptanz von sexueller Aktivität im Alter/sexueller Aktivität unter Heimbewohnenden?

Je fortgeschrittener der Ausbildungsstand, desto höher ist die Akzeptanz sexueller Aktivität im Alter/sexueller Aktivität unter Heimbewohnenden.

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen dem Alter der Teilnehmenden und der Akzeptanz von sexueller Aktivität im Alter/sexueller Aktivität unter Heimbewohnenden?

Je älter die Teilnehmenden, desto höher ist die Akzeptanz sexueller Aktivität im Alter/sexueller Aktivität unter Heimbewohnenden.

Welchen Einfluss hat größeres Wissen (z. B. durch Fortbildungen/Behandlung des Themas im Unterricht) auf die Einstellung gegenüber sexuell aktiven Heimbewohnenden?

Je mehr Auszubildende/Examierte über sexuelle Gesundheit in der Altenpflege wissen, desto positiver ist die Einstellung gegenüber sexuell aktiven Heimbewohnenden.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Aktualität der Thematik „Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege“. Im Rahmen einer prospektiven Fragebogenstudie wurden Altenpflegende, Auszubildende und Lehrende an Altenpflegeschulen und -heimen in und um Göttingen zu den Themen Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Altenpflege befragt. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Durchgängen im Zeitraum von Juni bis November 2017. Die Rücklaufquote der Altenpflegenden und Auszubildenden betrug 53,53 % (n= 599). Bei den Lehrenden ergab sich ein Rücklauf von 35,3% (n= 30).

Ziel der Arbeit war es, eine subjektive Bestandsaufnahme zum Thema sexuelle Gesundheit in der Altenpflege zu erstellen. Dabei wurde die Arbeit in fünf Hauptfragen (Q 1 – Q 5) unterteilt. Es wurden die persönliche Einschätzung zum Stellenwert von Sexualität und sexueller Gesundheit in der Altenpflegeausbildung (Q 1) und im Pflegealltag (Q 2), der Wissensstand zu Sexualität (Q 3), die Wahrnehmung der eigenen Sexualität sowie die Sexualität älterer Menschen und Familienangehörigen (Q 4) erfragt. Von Interesse war ebenfalls die Frage, wie Sexualität im Elternhaus und in der Sexualaufklärung behandelt worden sind (Q 5).

Im Rahmen dieser Fragebogenstudie zeigte sich, dass sexuelle Gesundheit einen diskrepanten Stellenwert in der Altenpflegeausbildung hatte. So hielt die Mehrheit der Befragten das Thema Alterssexualität für ein alltagsrelevantes Ausbildungsfach, obwohl eine Behandlung im Unterricht häufig nicht erfolgt war. Auch die befragten Lehrenden schätzten die Thematik als alltagsrelevant ein und befanden, dass eine Unterrichtung des Themas auf Wunsch der Auszubildenden erfolgen sollte. Im Bereich Fortbildungen zeigte sich, dass Lehrende sich insbesondere didaktische Fähigkeiten zur Vermittlung des Themas Alterssexualität und sexuelle Gesundheit aneignen wollten. Auch Altenpflegende und Auszubildende bekundeten ein Interesse an Fortbildungen, um vor allem den Umgang mit sexuell aktiven Heimbewohnenden erlernen zu können. 57,2% der befragten Teilnehmenden gaben an, sich gut auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigem Verhalten von Heimbewohnenden vorbereitet zu fühlen.

Allgemein scheinen Sexualität und sexuelle Gesundheit im Pflegealltag präsent zu sein. So berichtete fast die Hälfte der Teilnehmenden, bereits sexuelle Aktivität unter Heimbewohnenden erlebt zu haben. Zudem waren sexuell übertragbare Erkrankungen im Pflegealltag zwar gegenwärtig, dennoch wurde eher seltener auf eine ärztliche Anbindung in den Bereichen Urologie und Gynäkologie geachtet. Weiterhin gaben die Befragten an, dass es sowohl von Seiten der Bewohnenden als auch von Pflegenden zu verbalen und körperlichen sexuellen Übergriffen gekommen sei. Die Studienteilnehmenden hatten eingeschätzt, dass

zu wenig Privatsphäre für Heimbewohnende geboten wird und dass kaum sexuelle Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Laut Angaben der Befragten zeigten sich Angehörige am wenigsten tolerant gegenüber sexueller Aktivität und Bildung neuer Partnerschaften unter Heimbewohnenden. In Zusammenschau der Ergebnisse scheint Alterssexualität zumindest teilweise weiterhin ein Tabuthema zu sein. So deuten die Beobachtungen der Teilnehmenden darauf hin, dass durch fehlende Privatsphäre und Offenheit sexuelle Gesundheit in einer Heimsituation aktuell nicht vollständig gewährleistet werden kann.


Der Wissensstand der Teilnehmenden war von Unwissenheit und Unsicherheit geprägt und stand damit im Gegensatz zur subjektiv empfundenen Aufgeklärtheit. Die Mehrzahl der Befragten gab an, eine überwiegend positive Einstellung zur eigenen Sexualität und zu der Sexualität anderer, auch älterer Menschen zu haben. Besonders jüngere Teilnehmende standen der Sexualität älterer Menschen eher positiv gegenüber. Generell zeigte sich zum Thema Offenheit in der Familie und zur Sexualität der eigenen Angehörigen eine eher restriktive Einstellung. Insbesondere die Sexualität der Eltern wurde zurückhaltend thematisiert. Die Mehrheit der Teilnehmenden gab als Hauptaufklärungsquelle die Institution Schule an.

Zusammenfassend muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestimmten Einschränkungen unterliegen. So spiegeln die Ergebnisse die subjektive Einschätzung der Teilnehmenden, basierend auf ihren Beobachtungen und Erfahrungen zu sexueller Gesundheit, aber nicht zwangsläufig reale Zustände in der Altenpflege wider. Auch der Einfluss von Antworttendenzen, bspw. der sozialen Erwünschtheit oder dem *Satisficing* muss berücksichtigt werden, da sie zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen können. Weiterhin waren die Auszubildenden in der Stichprobe überrepräsentiert. Daher ist eine Übertragung der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Altenpflegenden nur eingeschränkt möglich.

Abschließend deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie sowie die einschlägige Literatur darauf hin, dass sexuelle Gesundheit im Altenpflegealltag, sowohl für die Bewohnenden als auch für Altenpflegende, ein aktuelles und relevantes Thema darstellt. Viele Autoren fordern die Reflexion der eigenen Sexualität, um einen guten Umgang mit sexuell aktiven Heimbewohnenden zu finden. Sexuelle Gesundheit scheint gegenwärtig gering in der Altenpflegeausbildung und im Pflegealltag priorisiert zu werden. So könnte der Umgang mit sexueller Gesundheit zukünftig – bspw. anhand eines festgelegten Curriculums oder im Rahmen von Fortbildungen – Einzug in die Aus- und Weiterbildung von Altenpflegenden und Lehrenden finden, um den Wissensstand zu verbessern und Unsicherheiten zu überwinden.

6 Anhang

6.1 Fragebogen Auszubildende/Altenpflegende

EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	Electric Paper
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Juliana Warneck	
Auszubildende und Altenpfleger	Studie: Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege	

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Dieser Fragebogen wird im Rahmen einer Studie zum Thema Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege in ausgewählten Regionen Niedersachsens verteilt. Die kommenden Fragen sollen erfassen, welche Situationen Sie erleben und welche Relevanz die Themen sexuelle Gesundheit und Alterssexualität im Arbeitsalltag für Sie haben.

Im Folgenden ist unter dem Begriff Alterssexualität nicht nur der Geschlechtsverkehr an sich gemeint, sondern auch jegliche Form von körperlicher Nähe (Händchenhalten, Küssen, Streicheln) sowie Selbstbefriedigung und das Nutzen von erotischem Bildmaterial.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Text im Allgemeinen auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

Wir bitten Sie, alle Fragen ehrlich und nach bestem Wissen zu beantworten. Diese Umfrage ist keine Prüfung, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lassen Sie keine Fragen aus, sondern kreuzen Sie im Zweifel eine Aussage an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Sollten Sie ein falsches Kreuz gesetzt haben, dann machen Sie das Kästchen bitte durch Schwärzen unkenntlich und setzen Sie ein neues Kreuz.

Wenn Sie Wünsche oder Anmerkungen haben, kommentieren Sie diese gerne auf der letzten Seite in dem dafür vorgesehenen Textfeld.

Wir versichern Ihnen, dass der Fragebogen anonym behandelt und ausgewertet wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

2. Ausbildung


2.1 Ich fühle mich gut vorbereitet auf den Umgang mit verbal und körperlich sexuell übergriffigem Verhalten von Heimbewohnern.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.2 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ wurde bei mir in der Ausbildung behandelt.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.3 Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ als Ausbildungsfach halte ich für hilfreich für den Arbeitsalltag.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.4 Alterssexualität ist nur negativ (z.B. im Sinne von übergriffigem Verhalten in der Bewohnerversorgung) thematisiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht				

3. Konzept Sexualassistentz

Das Konzept der Sexualassistentz stammt ursprünglich aus der Pflege von Menschen mit Behinderung. Es handelt sich hierbei um Personen, die sexuelle Dienste entgeltlich anbieten. Bei diesen Diensten geht es nicht um Geschlechtsverkehr, sondern um andere Formen der körperlichen Zuwendung. Dazu gehören u.a angeleitetes Masturbieren, Streicheln und andere Zärtlichkeiten. Das Konzept wird im geringen Maße auch in der Altenpflege eingesetzt, um sexuell aktive Ältere in ihren Wünschen zu unterstützen.

3.1 Ist Ihnen das Konzept der Sexualassistentz bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
3.2 Befürworten Sie dieses Konzept?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
3.3 Wurde in Ihrem Unterricht dieses Konzept thematisiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
3.4 Haben Sie die Umsetzung dieses Konzeptes in Ihrem Berufsalltag in einer Pflegeeinrichtung selbst erlebt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
3.5 Wird dieses Konzept in Ihrer Einrichtung umgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

F5534U1846746875P1PLDVO 27.07.2017, Seite 1/7



4. Fortbildungsmöglichkeit am Arbeitsplatz

- 4.1 Meine Vorgesetzten sorgen für Fortbildungsmöglichkeiten/ Seminare zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit im Altenheim.
- Ja, und ich habe bereits an derartigen Veranstaltungen teilgenommen. Ja, aber ich habe bisher nicht an derartigen Veranstaltungen teilgenommen. Nein, derartige Veranstaltungen wurden bisher nicht angeboten.
- Weiß nicht
- 4.2 Wünschen Sie sich eine solche Fortbildung? Ja Nein Weiß nicht
- 4.3 Was sollte am ehesten Thema einer solchen Fortbildung sein?
Mehrfachnennungen möglich.
- Erlernen von Fachwissen über das Thema Erlernen des Umgangs mit sexuell aktiven Heimbewohnern Erlernen von Fähigkeiten über sexuelle Vorkommnisse in der Bewohnerversorgung zu reden
- Eine Fortbildung zum Thema Alterssexualität würde ich nicht besuchen
- 4.4 Am Arbeitsplatz habe ich eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/ Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden.
Mehrfachnennungen möglich.
- Ja, mit Betreuer/ Supervisor Ja, mit Betriebsrat Ja, mit Pflegedienstleitung (PDL)
 Ja, mit Kollegen Ja, mit Vorgesetzten Nein
 Weiß nicht
- 4.5 Ich wünsche mir am Arbeitsplatz eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/ Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden.
- Ja, und ich habe eine. Ja, ich wünsche mir eine, aber ich habe keine. Nein, ich brauche keine.


5. Situation in meiner Einrichtung/ meinem Wohnbereich

- 5.1 Schätzen Sie, wieviele Ihrer Heimbewohner mit ihren Ehe- oder Lebenspartnern im Altenheim zusammen leben:
- 0-25% 26-50% 51-75%
 76-100%
- 5.2 Wie häufig bilden sich unter Heimbewohnern neue Paare?
- Nie Gelegentlich Regelmäßig
- 5.3 Wie häufig bilden sich Paare unter Heimbewohnern und Externen?
- Nie Gelegentlich Regelmäßig
- 5.4 Haben Sie sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern erlebt?
- Ja Nein Weiß nicht
- 5.5 „Erwischen“ Sie sich selbstbefriedigende Heimbewohner?
- Nie Gelegentlich Regelmäßig

Im Folgenden beantworten Sie bitte die Häufigkeit folgender Vorkommnisse Ihrer persönlichen Erfahrung nach

- 5.6 Verbale sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z.B. Aufforderungen zu sexuellen Handlungen
- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie
- 5.7 Körperliche sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z.B. in den Schritt, Po oder Busen fassen
- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie
- 5.8 Verbale sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohner
- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie
- 5.9 Körperliche sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohner
- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
--------	---	---

5. Situation in meiner Einrichtung/ meinem Wohnbereich [Fortsetzung]

5.10 Verbale sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnern
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

5.11 Körperliche sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnern
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6. Situationen in meinem Berufsalltag

Im Folgenden beantworten Sie bitte die Fragen nach der Häufigkeit der Vorkommnisse

6.1 Auffinden von Dildos:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.2 Auffinden von Gleitgel:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.3 Auffinden von Penisringen:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.4 Auffinden von Potenzmitteln (z.B. Viagra):
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.5 Auffinden von Vibratoren:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.6 Auffinden von Videos/ Filmen mit pornografischen Inhalten:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

6.7 Auffinden von Zeitschriften mit pornografischen Inhalten:
 Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie


6.8 Die zuvor beschriebenen Situationen (Selbstbefriedigung, Auffinden von erotischen Zeitschriften, sexuelle Belästigung,...) kommen eher vor bei:
 Mehrheitlich Frauen Mehrheitlich Männern Frauen und Männer gleichermaßen
 Weiß nicht Ich habe keine der hier beschriebenen Situationen beobachtet

6.9 Werden oben genannte oder andere sexuelle Hilfsmittel von der Einrichtung zur Verfügung gestellt? Mehrfachnennungen möglich.
 Dildos Gleitgel Penisringe
 Potenzmittel (z.B. Viagra) Vibratoren Videos/Filme mit pornografischen Inhalten
 Zeitschriften mit pornografischen Inhalten Nein Weiß nicht
 Sonstige

6.10 Bereitstellung anderer als der hier genannten sexuellen Hilfsmittel in Ihrer Einrichtung:

6.11 Finden Sie die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel von der Einrichtung sinnvoll? Mehrfachnennungen möglich.
 Ja, Dildos Ja, Gleitgel Ja, Penisringe
 Ja, Potenzmittel (z.B. Viagra) Ja, Vibratoren Ja, Videos/ Filme mit pornografischen Inhalten
 Ja, Zeitschriften mit pornografischen Inhalten Nein Weiß nicht
 Ja, sonstige



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
--------	---	---

6. Situationen in meinem Berufsalltag [Fortsetzung]

6.12 Die folgenden Hilfsmittel sollten neben den hier genannten sexuellen Hilfsmittel in meiner Einrichtung zur Verfügung gestellt werden:

6.13 Mehrfachnennungen möglich. Die Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln:

<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil Bewohner selber keine beschaffen können	<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil es im Alter bei sexuellen Handlungen zu körperlichen Funktionseinschränkungen kommt	<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil viele ältere Menschen noch sexuell aktiv sein wollen
<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, aber denke, dass es zu teuer ist	<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da ältere Menschen nicht mehr sexuell aktiv sind	<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da ältere Menschen trotz Hilfsmittel nicht sexuell aktiv sein können
<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da das Ausleben von Sexualität im Alter abstoßend ist	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	

6.14 Können die Bewohner ihre Sexualität ungestört ausleben? Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Ja, es gibt speziell dafür vorgesehene Räumlichkeiten und Rückzugsorte für Paare	<input type="checkbox"/> Ja, Bewohner können Ihre Zimmer abschließen	<input type="checkbox"/> Ja, es gibt die Möglichkeit, dass Paare in einem Doppelzimmer wohnen
<input type="checkbox"/> Ja, es gibt "Bitte-nicht-stören" Schilder für die Türen der Bewohner	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

6.15 Klopfen Sie im Arbeitsalltag an, bevor Sie ein Zimmer betreten? Ausgenommen sind hier Notfallsituationen und Bewohner, die nicht mehr adäquat reagieren können.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

6.16 Warten Sie nach dem Anklopfen auch auf ein „Herein“ des Zimmerbewohners?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu, ich klopfe nicht an
-----------------------------	-------------------------------	---

7. Meinungsbild

7.1 Wird Ihrer Meinung nach sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern von anderen Heimbewohnern toleriert?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

7.2 Wird Ihrer Meinung nach sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern vom Pflegepersonal toleriert ?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

7.3 Wird Ihrer Meinung nach sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern von Angehörigen toleriert?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

7.4 Häufigste Reaktionen der anderen Heimbewohner bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit
<input type="checkbox"/> Wut		


7.5 Häufigste Reaktionen des Pflegepersonals bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit
<input type="checkbox"/> Wut		


7.6 Häufigste Reaktionen der Familienangehörigen bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.



<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit
<input type="checkbox"/> Wut		




EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
7. Meinungsbild [Fortsetzung]		
7.7	Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern von anderen Heimbewohnern toleriert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.8	Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern vom Pflegepersonal toleriert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.9	Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern von Familienangehörigen toleriert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.10	Häufigste Reaktionen der anderen Heimbewohner bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Eifersucht <input type="checkbox"/> Ekel <input type="checkbox"/> Enttäuschung <input type="checkbox"/> Es lächerlich machen <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Streit <input type="checkbox"/> Wut
7.11	Häufigste Reaktionen des Pflegepersonals bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Eifersucht <input type="checkbox"/> Ekel <input type="checkbox"/> Enttäuschung <input type="checkbox"/> Es lächerlich machen <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Streit <input type="checkbox"/> Wut
7.12	Häufigste Reaktionen der Familienangehörigen bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Eifersucht <input type="checkbox"/> Ekel <input type="checkbox"/> Enttäuschung <input type="checkbox"/> Es lächerlich machen <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Streit <input type="checkbox"/> Wut
7.13	Gönnen Sie es alten Menschen ihre Sexualität aktiv auszuleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.14	Wieviel meinen Sie, wissen Altenpfleger im Durchschnitt über sexuell übertragbare Krankheiten?	Gar nichts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viel
7.15	Wieviel meinen Sie, wissen die Bewohner des Altenheims im Durchschnitt über sexuell übertragbare Krankheiten?	Gar nichts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viel
7.16	Meinen Sie, es ist wichtig sexuell aktive Heimbewohner über sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.17	Wird von Seiten der Pflege darauf geachtet, dass es zu Vorsorgeuntersuchungen von Ärzten der Gynäkologie bzw. Urologie kommt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.18	Wären solche Arztbesuche Ihrer Meinung nach sinnvoll?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.19	Mit welchen der folgenden sexuell übertragbaren Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Berufsalltag in der Altenpflege schon zu tun? Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) <input type="checkbox"/> Hepatitis B und C <input type="checkbox"/> Herpes genitales (HSV) <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) <input type="checkbox"/> Humanes Papilloma Virus (HPV-Feigwarzen) <input type="checkbox"/> Pilzinfektionen, z.B. Scheidenpilze <input type="checkbox"/> Treponema pallidum (Syphilis)
7.20	Können Frauen auch nach den Wechseljahren noch Orgasmen haben?	<input type="checkbox"/> Ja, alle Frauen <input type="checkbox"/> Ja, viele Frauen <input type="checkbox"/> Ja, wenige Frauen <input type="checkbox"/> Nein, keine Frau <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.21	Können Frauen aus biologischen Gründen sexuelle Abstinenz besser ertragen als Männer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.22	Ist Homosexualität eine Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.23	Ist der Mann aus biologischen Gründen sexuell aktiver als die Frau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
7.24	Ist häufiges Masturbieren psychisch schädlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht

F5534U1846746875P5PL0V0 27.07.2017, Seite 5/7





EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
8. Fragen zur eigenen Sexualität		
8.1	Ich bin mir meiner sexuellen Gefühle sehr bewusst.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.2	Ich sehe es als positiv an, wenn ältere Personen ein (erfülltes) Sexualleben haben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.3	Ich kann meine Eltern als sexuell aktiv akzeptieren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.4	Ich kann meine Großeltern als sexuell aktiv akzeptieren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.5	Das aktive Ausleben von Sexualität im Alter ist etwas Natürliches.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.6	Ich kann offen über Sex reden. Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Ja, mit meinen Eltern <input type="checkbox"/> Ja, mit meinen Freunden <input type="checkbox"/> Ja, mit meinen Geschwistern <input type="checkbox"/> Ja, mit meinem Partner <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.7	Für meine eigene Sexualität bin ich zum Großteil selbst verantwortlich.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.8	Ich denke, dass ich zukünftig ein gesundes und positives Sexualleben haben werde.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.9	Falls etwas in meinem Sexualleben schiefliegt, würde ich mir selbst die Schuld dafür geben.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.10	Mir ist es wichtig, wie Mitmenschen mein Sexualverhalten und meine sexuelle Einstellung bewerten.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.11	Mein sexuelles Verhalten wird hauptsächlich durch Mitmenschen bestimmt (z.B. durch meinen Partner, meine Freunde, meine Familie...).	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.12	Mir fällt schnell auf, wie Mitmenschen die sexuellen Aspekte meines Lebens bewerten.	Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
8.13	Die Beantwortung vorangegangener und folgender Fragen basierten auf:	<input type="checkbox"/> Einer aktuellen sexuellen Beziehung <input type="checkbox"/> Einer vergangenen sexuellen Beziehung <input type="checkbox"/> Einer vorgestellten/ hypothetischen sexuellen Beziehung
9. Offenheit in der Familie		
9.1	Wie häufig wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	Sehr häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht häufig
9.2	Wie offen wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	Offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
9.3	Wie offen haben meine Eltern mit mir über Sexualität gesprochen?	Sehr offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
9.4	Wie offen haben meine Eltern mit mir über ihre eigene Sexualität gesprochen?	Sehr offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
9.5	Für wie aufgeklärt halte ich mich persönlich?	Sehr aufgeklärt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht aufgeklärt
9.6	Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Zeitschriften <input type="checkbox"/> Gar nicht
9.7	Über folgendes bin ich von meinen Eltern aufgeklärt worden: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Heterosexualität <input type="checkbox"/> Homosexualität <input type="checkbox"/> Monatliche Blutung (Periode) <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Selbstbefriedigung <input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen <input type="checkbox"/> Verhütung (Pille, Kondome, Spirale...) <input type="checkbox"/> Gar nicht
F5534U1846746875PEPLDVD		
27.07.2017, Seite 6/7		
		

EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
10. Allgemeiner Teil		
10.1 Alter	<input type="checkbox"/> <25 Jahre	<input type="checkbox"/> 25-35 Jahre <input type="checkbox"/> 35-45 Jahre
	<input type="checkbox"/> 45-55 Jahre	<input type="checkbox"/> 55-80 Jahre <input type="checkbox"/> >80 Jahre
10.2 Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges
10.3 Beziehungsstatus	<input type="checkbox"/> Feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Offene Beziehung <input type="checkbox"/> Single
	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Sonstiges
10.4 Sexuelle Orientierung	<input type="checkbox"/> Asexuell	<input type="checkbox"/> Bisexuell <input type="checkbox"/> Heterosexuell
	<input type="checkbox"/> Homosexuell	<input type="checkbox"/> Sonstiges
10.5 Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Ausbildung 1. Jahr <input type="checkbox"/> Ausbildung 2. Jahr
	<input type="checkbox"/> Ausbildung 3. Jahr	<input type="checkbox"/> Keine Ausbildung in der Altenpflege
10.6 Berufserfahrung im jetzigen Beruf	<input type="checkbox"/> <1 Jahr	<input type="checkbox"/> 1-3 Jahre <input type="checkbox"/> 3-5 Jahre
	<input type="checkbox"/> 5-10 Jahre	<input type="checkbox"/> 10-20 Jahre <input type="checkbox"/> >20 Jahre
10.7 Studienabschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.8 Träger des Altenheims	<input type="checkbox"/> Kirche	<input type="checkbox"/> Öffentlich <input type="checkbox"/> Privat
	<input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverband	<input type="checkbox"/> Sonstiges
10.9 Ich arbeite im folgenden Bereich: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Ambulante Wohngemeinschaft/ Alten- WGs	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Mehrgenerationenhaus
	<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Teilstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Sonstiges
10.10 Schätzen Sie, wie viele Ihrer Heimbewohner an Demenz erkrankt sind:	<input type="checkbox"/> 0-25%	<input type="checkbox"/> 26-50% <input type="checkbox"/> 51-75%
	<input type="checkbox"/> 76-100%	
11. Anmerkungen		
11.1 Wünsche und Anregungen sind an dieser Stelle willkommen.		



6.2 Fragebogen Lehrende

EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Juliana Warneck	
Lehrende	Studie: Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege	

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Dieser Fragebogen wird im Rahmen einer Studie zum Thema Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege in ausgewählten Regionen Niedersachsens verteilt. Die kommenden Fragen sollen erfassen, welche Situationen Sie erleben und welche Relevanz die Themen sexuelle Gesundheit und Alterssexualität im Arbeitsalltag für Sie haben.

Im Folgenden ist unter dem Begriff Alterssexualität nicht nur der Geschlechtsverkehr an sich gemeint, sondern auch jegliche Form von körperlicher Nähe (Händchenhalten, Küssen, Streicheln) sowie Selbstbefriedigung und das Nutzen von erotischem Bildmaterial.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Text im Allgemeinen auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

Wir bitten Sie, alle Fragen ehrlich und nach bestem Wissen zu beantworten. Diese Umfrage ist keine Prüfung, es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lassen Sie keine Fragen aus, sondern kreuzen Sie im Zweifel eine Aussage an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Sollten Sie ein falsches Kreuz gesetzt haben, dann machen Sie das Kästchen bitte durch Schwärzen unkenntlich und setzen Sie ein neues Kreuz.

Wenn Sie Wünsche oder Anmerkungen haben, kommentieren Sie diese gerne auf der letzten Seite in dem dafür vorgesehenen Textfeld.


Wir versichern Ihnen, dass der Fragebogen anonym behandelt und ausgewertet wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

2. Ausbildung

2.1	Wenn Sie eine Ausbildung gemacht haben: Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ wurde in meiner Ausbildung behandelt.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.2	Wenn Sie ein Studium absolviert haben: Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ wurde in meinem Studium behandelt.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.3	Ich fühle mich gut ausgebildet, den Schülern den Umgang mit sexuellem Erleben von Heimbewohnern zu vermitteln.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.4	Ich fühle mich gut ausgebildet, den Schülern den Umgang mit sexuell übergriffigem Verhalten von Heimbewohnern zu vermitteln.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.5	Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ als Teil eines Studiums halte ich für hilfreich für den Arbeitsalltag.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.6	Das Thema „Umgang mit Alterssexualität“ als Ausbildungsinhalt an Altenpflegeschulen halte ich für hilfreich für den Arbeitsalltag.	Trifft zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trifft nicht zu
2.7	Alterssexualität ist nur negativ (z.B. im Sinne von übergriffigem Verhalten in der Bewohnerversorgung) thematisiert worden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu				



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
--------	---	---

3. Das Thema „Sexualität“ in der Rolle als Lehrkraft

3.1 Ist das Thema „Alterssexualität“ Teil des Curriculums an der Altenpflegeschule, an der Sie unterrichten? Ja, verpflichtend Ja, optional Nein

3.2 Das Thema „Alterssexualität“ ist optionaler Teil des Curriculums an der Altenpflegeschule, an der Sie unterrichten. Gehen Sie persönlich auf das Thema ein? Ja Nein Trifft nicht zu

3.3 Wie viele Lehrstunden umfasst das Thema „Alterssexualität“ insgesamt?

3.4 Können Sie sich vorstellen, warum die Vermittlung des Themas von der Schulleitung gewünscht wird? Mehrfachnennungen möglich.

Gewünscht, weil es als wichtig für den Arbeitsalltag angesehen wird Gewünscht, weil das Thema an anderen Schulen unterrichtet wird Gewünscht, um einen Wettbewerbsvorteil anderen Schulen gegenüber zu haben

Gewünscht, da es der Schulleitung aus persönlichen Gründen wichtig ist Gewünscht, da die Schüler über die Thematik unterrichtet werden wollen Gewünscht aus sonstigen Gründen

3.5 Können Sie sich vorstellen, warum die Vermittlung des Themas von der Schulleitung nicht gewünscht wird? Mehrfachnennungen möglich

Ungewünscht, weil es als unwichtig für den Arbeitsalltag angesehen wird Ungewünscht, weil es zusätzliche Kosten verursacht Ungewünscht aus Schamgefühlen

Ungewünscht aus religiösen Gründen Ungewünscht, weil das Thema an anderen Schulen unterrichtet wird

3.6 Sollte Ihrer Meinung nach im Unterricht an Altenpflegeschulen auf die Sexualität alter Menschen eingegangen werden? Ja Nein Weiß nicht

3.7 Haben Sie darüber nachgedacht, die Vermittlung des Themas Alterssexualität in Ihrem Unterricht zu erweitern? Mehrfachnennungen möglich

Ja, weil es vorgeschrieben ist Ja, weil ich das Thema für wichtig erachte Ja, weil es mir Spaß macht, das Thema im Unterricht zu bearbeiten

Ja, weil es von den Schülern so gewünscht ist Ja, weil es von meinem Vorgesetzten so gewünscht ist Ja, weil es von dem Träger der Schule so gewünscht ist

3.8 Haben Sie darüber nachgedacht, die Vermittlung des Themas Alterssexualität in Ihrem Unterricht auszusparen/ zu verringern. Mehrfachnennungen möglich

Ja, aus zeitlichen Gründen Ja, aus finanziellen Gründen Ja, weil mir das Thema unangenehm ist

Ja, weil den Schülern das Thema unangenehm ist Ja, weil das von meinem Vorgesetzten so gewünscht ist Ja, weil es von dem Träger der Schule so gewünscht ist

3.9 Trauen Sie es sich fachlich zu, das Thema Alterssexualität zu unterrichten? Ja Nein Weiß nicht

3.10 Wenn nicht zutreffend: Würden Sie sich die Unterrichtung des Themas nach entsprechender Fortbildung zutrauen? Ja Nein Weiß nicht

3.11 Meine Vorgesetzten sorgen für Weiterbildungsmöglichkeiten/ Seminare zum Thema Alterssexualität und sexuelle Gesundheit im Altenheim.

Ja, und ich habe bereits an derartigen Veranstaltungen teilgenommen Ja, aber ich habe bisher nicht an derartigen Veranstaltungen teilgenommen Nein, derartige Veranstaltungen wurden bisher nicht angeboten

Weiß nicht

3.12 Was sollte am ehesten Thema einer solchen Fortbildung sein? Mehrfachnennungen möglich

Erlernen von Fachwissen über das Thema Erlernen von Fähigkeiten um über das Thema zu reden Erlernen von didaktischen Fähigkeiten zur Vermittlung des Themas

3.13 Wünschen Sie sich eine solche Fortbildung? Ja Nein Weiß nicht



4. Erfahrungen und Vorstellungen zum Thema „Sexualität“ aus der Sicht der Pflegekraft

- 4.1 Haben Sie Berufserfahrung im Kontext der Altenpflege?
 Ja, in der Vergangenheit Ja, aktuell Nein, keine Berufserfahrung

Falls Sie keine Berufserfahrung in der Altenpflege haben, fahren Sie bitte mit Teil 5 fort!

- 4.2 Am Arbeitsplatz habe/ hatte ich eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/ Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden. Mehrfachnennungen möglich.

- Ja, mit Betreuer/ Supervisor Ja, mit Betriebsrat Ja, mit Pflegedienstleitung (PDL)
 Ja, mit Kollegen Ja, mit Vorgesetzten Nein
 Weiß nicht

- 4.3 Ich wünsche/ wünschte mir am Arbeitsplatz eine offizielle Anlaufstelle, um über sexuelle Vorkommnisse/ Probleme in der Bewohnerversorgung zu reden.

- Ja, und ich habe eine. Ja, ich wünsche mir eine, aber ich habe keine. Nein, ich brauche keine.

- 4.4 Schätzen Sie, wieviele Ihrer Heimbewohner mit ihren Ehe- oder Lebenspartnern im Altenheim zusammen leben:

- 0-25% 26-50% 51-75%
 76-100%

- 4.5 Wie häufig bilden sich unter Heimbewohnern neue Paare?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig

- 4.6 Wie häufig bilden sich Paare unter Heimbewohnern und Externen?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig

- 4.7 Haben Sie sexuelle Aktivität unter Heimbewohnern erlebt?

- Ja Nein Weiß nicht

- 4.8 „Erwischen“ Sie sich selbstbefriedigende Heimbewohner?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig

Im Folgenden beantworten Sie bitte die Häufigkeit folgender Vorkommnisse Ihrer persönlichen Erfahrung nach

- 4.9 Verbale sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z.B. Aufforderungen zu sexuellen Handlungen

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

- 4.10 Körperliche sexuelle Übergriffe von Heimbewohnern auf Pflegende: z.B. in den Schritt, Po oder Busen fassen

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

- 4.11 Verbale sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohner

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

- 4.12 Körperliche sexuelle Übergriffe von Pflegepersonal auf Heimbewohner

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

- 4.13 Verbale sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnern

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie

- 4.14 Körperliche sexuelle Übergriffe unter Heimbewohnern

- Täglich Wöchentlich Monatlich
 Seltener Nie




4. Erfahrungen und Vorstellungen zum Thema „Sexualität“ aus der Sicht der Pflegekraft [Fortsetzung]

Im Folgenden beantworten Sie bitte die Fragen nach der Häufigkeit der Vorkommnisse

- 4.15 Auffinden von Dildos:
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.16 Auffinden von Gleitgel:
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.17 Auffinden von Penisringen:
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.18 Auffinden von Potenzmitteln (z.B. Viagra):
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.19 Auffinden von Vibratoren:
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.20 Auffinden von Videos/Filmen mit pornografischen Inhalten:
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Monatlich |
| <input type="checkbox"/> Seltener | <input type="checkbox"/> Nie | |
- 4.21 Werden oben genannte oder andere sexuelle Hilfsmittel von der Einrichtung zur Verfügung gestellt?
Mehrfachnennungen möglich.
- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dildos | <input type="checkbox"/> Gleitgel | <input type="checkbox"/> Penisringe |
| <input type="checkbox"/> Potenzmittel (z.B. Viagra) | <input type="checkbox"/> Vibratoren | <input type="checkbox"/> Videos/Filme mit pornografischen Inhalten |
| <input type="checkbox"/> Zeitschriften mit pornografischen Inhalten | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |
- 4.22 Bereitstellung anderer als der hier genannten sexuellen Hilfsmittel in Ihrer Einrichtung:
-
- 4.23 Die zuvor beschriebenen Situationen (Selbstbefriedigung, Auffinden von erotischen Zeitschriften, sexuelle Belästigung,...) kommen eher vor bei:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mehrheitlich Frauen | <input type="checkbox"/> Mehrheitlich Männern | <input type="checkbox"/> Frauen und Männer gleichermaßen |
| <input type="checkbox"/> Weiß nicht | <input type="checkbox"/> Ich habe keine der hier beschriebenen Situationen beobachtet | |
- 4.24 Können die Bewohner ihre Sexualität ungestört ausleben? Mehrfachnennungen möglich.
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, es gibt speziell dafür vorgesehene Räumlichkeiten und Rückzugsorte für Paare | <input type="checkbox"/> Ja, Bewohner können Ihre Zimmer abschließen | <input type="checkbox"/> Ja, es gibt die Möglichkeit, dass Paare in einem Doppelzimmer wohnen |
| <input type="checkbox"/> Ja, es gibt "Bitte-nicht-stören" Schilder für die Türen der Bewohner | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
- 4.25 Klopfen Sie im Arbeitsalltag an, bevor Sie ein Zimmer betreten? Ausgenommen sind hier Notfallsituationen und Bewohner, die nicht mehr adäquat reagieren können.
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- 4.26 Warten Sie nach dem Anklopfen auch auf ein „Herein“ des Zimmerbewohners?
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu, ich klopfe nicht an |
|-----------------------------|-------------------------------|---|



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]		
4. Erfahrungen und Vorstellungen zum Thema „Sexualität“ aus der Sicht der Pflegekraft [Fortsetzung]			
4.27 Wird Ihrer Meinung nach <u>sexuelle Aktivität</u> unter Heimbewohnern von anderen Heimbewohnern toleriert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
4.28 Wird Ihrer Meinung nach <u>sexuelle Aktivität</u> unter Heimbewohnern vom Pflegepersonal toleriert ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
4.29 Wird Ihrer Meinung nach <u>sexuelle Aktivität</u> unter Heimbewohnern von Angehörigen toleriert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
4.30 Häufigste Reaktionen der anderen Heimbewohner bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			
4.31 Häufigste Reaktionen des Pflegepersonals bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			
4.32 Häufigste Reaktionen der Familienangehörigen bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			
4.33 Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern von anderen Heimbewohnern toleriert ?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	
4.34 Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern vom Pflegepersonal toleriert ?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	
4.35 Wird Ihrer Meinung nach die <u>Neubildung von Partnerschaften</u> unter Heimbewohnern von Familienangehörigen toleriert ?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	
4.36 Häufigste Reaktionen der anderen Heimbewohner bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			
4.37 Häufigste Reaktionen des Pflegepersonals bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			
4.38 Häufigste Reaktionen der Familienangehörigen bei Ablehnung: Mehrfachnennungen möglich.			
<input type="checkbox"/> Eifersucht	<input type="checkbox"/> Ekel	<input type="checkbox"/> Enttäuschung	
<input type="checkbox"/> Es lächerlich machen	<input type="checkbox"/> Frust	<input type="checkbox"/> Streit	
<input type="checkbox"/> Wut			



5. Konzept Sexualassistenz

Das Konzept der Sexualassistenz stammt ursprünglich aus der Pflege von Menschen mit Behinderung. Es handelt sich hierbei um Personen, die sexuelle Dienste entgeltlich anbieten. Bei diesen Diensten geht es nicht um Geschlechtsverkehr, sondern um andere Formen der körperlichen Zuwendung. Dazu gehören u.a. angeleitetes Masturbieren, Streicheln und andere Zärtlichkeiten. Das Konzept wird im geringen Maße auch in der Altenpflege eingesetzt, um sexuell aktive Ältere in ihren Wünschen zu unterstützen.


- 5.1 Ist Ihnen das Konzept der *Sexualassistenz* bekannt? Ja Nein Weiß nicht
- 5.2 Befürworten Sie dieses Konzept? Ja Nein Weiß nicht
- 5.3 Wurde in Ihrem Unterricht, den Sie unterrichten, dieses Konzept thematisiert? Ja Nein Weiß nicht
- 5.4 Wurde in Ihrem Unterricht während Ihrer Ausbildung/ Ihres Studiums dieses Konzept thematisiert? Ja Nein Weiß nicht

- 5.5 Haben Sie die Umsetzung dieses Konzeptes in Ihrem Berufsalltag in einer Pflegeeinrichtung selbst erlebt?
 Ja Nein Weiß nicht
 Trifft nicht zu (keine Berufserfahrung in der Altenpflege)
- 5.6 Wird dieses Konzept in Ihrer Einrichtung umgesetzt?
 Ja Nein Weiß nicht
 Trifft nicht zu (keine Berufserfahrung in der Altenpflege)


6. Fragen zur eigenen Sexualität

- 6.1 Ich bin mir meiner sexuellen Gefühle sehr bewusst. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.2 Ich sehe es als positiv an, wenn ältere Personen ein (erfülltes) Sexualleben haben. Ja Nein Weiß nicht
- 6.3 Ich kann meine Eltern als sexuell aktiv akzeptieren. Ja Nein Weiß nicht
- 6.4 Ich kann meine Großeltern als sexuell aktiv akzeptieren. Ja Nein Weiß nicht
- 6.5 Das aktive Ausleben von Sexualität im Alter ist etwas Natürliches. Ja Nein Weiß nicht
- 6.6 Ich kann offen über Sex reden. Mehrfachnennungen möglich.
 Ja, mit meinen Eltern Ja, mit meinen Freunden Ja, mit meinen Geschwistern
 Ja, mit meinem Partner Nein Weiß nicht
- 6.7 Für meine eigene Sexualität bin ich zum Großteil selbst verantwortlich. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.8 Ich denke, dass ich zukünftig ein gesundes und positives Sexualleben haben werde. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.9 Falls etwas in meinem Sexualleben schiefgeht, würde ich mir selbst die Schuld dafür geben. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.10 Mir ist es wichtig, wie Mitmenschen mein Sexualverhalten und meine sexuelle Einstellung bewerten. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.11 Mein sexuelles Verhalten wird hauptsächlich durch Mitmenschen bestimmt (z.B. durch meinen Partner, meine Freunde, meine Familie...). Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.12 Mir fällt schnell auf, wie Mitmenschen die sexuellen Aspekte meines Lebens bewerten. Trifft zu Trifft nicht zu
- 6.13 Die Beantwortung vorangegangener und folgender Fragen basierten auf:
 Einer *aktuellen* sexuellen Beziehung Einer *vergangenen* sexuellen Beziehung Einer *vorgestellten/ hypothetischen* sexuellen Beziehung



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
7. Offenheit in der Familie		
7.1	Wie häufig wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	Sehr häufig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht häufig
7.2	Wie offen wurde in meiner Familie über Sexualität gesprochen?	Offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
7.3	Wie offen haben meine Eltern mit mir über Sexualität gesprochen?	Sehr offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
7.4	Wie offen haben meine Eltern mit mir über ihre eigene Sexualität gesprochen?	Sehr offen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht offen
7.5	Für wie aufgeklärt halte ich mich persönlich?	Sehr aufgeklärt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gar nicht aufgeklärt
7.6	Von wem bin ich hauptsächlich aufgeklärt worden? Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Freunde <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Zeitschriften <input type="checkbox"/> Gar nicht
7.7	Über folgendes bin ich von meinen Eltern aufgeklärt worden: Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten <input type="checkbox"/> Heterosexualität <input type="checkbox"/> Homosexualität <input type="checkbox"/> Monatliche Blutung (Periode) <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Selbstbefriedigung <input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen <input type="checkbox"/> Verhütung (Pille, Kondome, Spirale...) <input type="checkbox"/> Gar nicht
8. Meinungsbild		
8.1	Gönnen Sie es alten Menschen, aktiv ihre Sexualität auszuleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.2	Wieviel meinen Sie, wissen die Bewohner des Altenheims im Durchschnitt über sexuell übertragbare Krankheiten?	Gar nichts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viel
8.3	Wieviel meinen Sie, wissen Altenpfleger im Durchschnitt über sexuell übertragbare Krankheiten?	Gar nichts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viel
8.4	Wie viel wissen Ihre Schüler Ihrer Meinung nach über für den Berufsalltag wichtige sexuell übertragbare Krankheiten?	Gar nichts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viel
8.5	Wie wichtig denken Sie ist es Schüler über für den Berufsalltag wichtige sexuell übertragbare Krankheiten aufzuklären?	Gar nicht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sehr wichtig
8.6	Wird von Seiten der Pflege darauf geachtet, dass es zu Vorsorgeuntersuchungen von Ärzten der Gynäkologie bzw. Urologie kommt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.7	Wären solche Arztbesuche Ihrer Meinung nach sinnvoll?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
8.8	Mit welchen der folgenden sexuell übertragbaren Erkrankungen hatten Sie in Ihrem Berufsalltag in der Altenpflege schon zu tun? Mehrfachnennungen möglich.	<input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) <input type="checkbox"/> Hepatitis B und C <input type="checkbox"/> Herpes genitales (HSV) <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) <input type="checkbox"/> Humanes Papilloma Virus (HPV-Feigwarzen) <input type="checkbox"/> Pilzinfektionen, z.B. Scheidenpilze <input type="checkbox"/> Treponema pallidum (Syphilis) <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu (keine Berufserfahrung in der Altenpflege)



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
--------	---	---

8. Meinungsbild [Fortsetzung]

8.9 Finden Sie die Bereitstellung sexueller Hilfsmittel von einer Einrichtung sinnvoll? Mehrfachnennungen möglich.

<input type="checkbox"/> Ja, Dildos	<input type="checkbox"/> Ja, Gleitgel	<input type="checkbox"/> Ja, Penisringe
<input type="checkbox"/> Ja, Potenzmittel (z.B. Viagra)	<input type="checkbox"/> Ja, Vibratoren	<input type="checkbox"/> Ja, Videos/ Filme mit pornografischen Inhalten
<input type="checkbox"/> Ja, Zeitschriften mit pornografischen Inhalten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Ja, sonstige		

8.10 Die folgenden Hilfsmittel sollten neben den hier genannten sexuellen Hilfsmittel in einer Einrichtung zur Verfügung gestellt werden:

8.11 Mehrfachnennungen möglich. Die Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln:

<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil Bewohner selber keine beschaffen können	<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil es im Alter bei sexuellen Handlungen zu körperlichen Funktionseinschränkungen kommt	<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, weil viele ältere Menschen noch sexuell aktiv sein wollen
<input type="checkbox"/> Halte ich für sinnvoll, aber denke, dass es zu teuer ist	<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da ältere Menschen nicht mehr sexuell aktiv sind	<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da ältere Menschen trotz Hilfsmittel nicht sexuell aktiv sein können
<input type="checkbox"/> Halte ich nicht für sinnvoll, da das Ausleben von Sexualität im Alter abstoßend ist	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	

8.12 Können Frauen auch nach den Wechseljahren noch Orgasmen haben?

<input type="checkbox"/> Ja, alle Frauen	<input type="checkbox"/> Ja, viele Frauen	<input type="checkbox"/> Ja, wenige Frauen
<input type="checkbox"/> Nein, keine Frau	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	

8.13 Können Frauen aus biologischen Gründen sexuelle Abstinenz besser ertragen als Männer?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

8.14 Ist Homosexualität eine Krankheit?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

8.15 Ist der Mann aus biologischen Gründen sexuell aktiver als die Frau?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

8.16 Ist häufiges Masturbieren psychisch schädlich?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

9. Allgemeiner Teil

9.1 Alter

<input type="checkbox"/> <25 Jahre	<input type="checkbox"/> 25-35 Jahre	<input type="checkbox"/> 35-45 Jahre
<input type="checkbox"/> 45-55 Jahre	<input type="checkbox"/> 55-60 Jahre	<input type="checkbox"/> >60 Jahre

9.2 Geschlecht

<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Sonstiges
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

9.3 Beziehungsstatus

<input type="checkbox"/> Feste Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Offene Beziehung	<input type="checkbox"/> Single
<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Sonstiges

9.4 Sexuelle Orientierung

<input type="checkbox"/> Asexuell	<input type="checkbox"/> Bisexuell	<input type="checkbox"/> Heterosexuell
<input type="checkbox"/> Homosexuell	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

9.5 Derzeit in der Altenpflege aktiv

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

9.6 Studienabschluss


<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

9.7 Träger der Altenpflegeschule

<input type="checkbox"/> Kirche	<input type="checkbox"/> Öffentlich	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverband	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

9.8 Auf welchem Weg sind Sie zu Ihrer Qualifikation als Lehrender an einer Altenpflegeschule gelangt? Bitte unter Angabe der Ausbildung/ Studium/ Fortbildung und des Abschlussjahres.



EvaSys	Sexuelle Gesundheit in der Altenpflege [Copy]	
--------	---	---

9. Allgemeiner Teil [Fortsetzung]

9.9 Berufserfahrung im jetzigen Beruf <1 Jahr 1-3 Jahre 3-5 Jahre
 5-10 Jahre 10-20 Jahre >20 Jahre

9.10 Jetziger Beruf mit Fachrichtung

10. Anmerkungen

10.1 Wünsche und Anregungen sind an dieser Stelle willkommen.



7 Literaturverzeichnis

- Ahrold TK, Meston CM (2010): Ethnic differences in sexual attitudes of U.S. college students: gender, acculturation, and religiosity factors. *Arch Sex Behav* 39, 190–202
- Aström S, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, Saveman B-I (2002): Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scand J Caring Sci* 16, 66-72
- Bauer M, McAuliffe L, Nay R, Chenco C (2013): Sexuality in Older Adults: Effect of an Education Intervention on Attitudes and Beliefs of Residential Aged Care Staff. *Educ Gerontol* 39, 82–91
- Bode H, Heßling A: Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2015
- Bogner K, Landrock U (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim, GESIS Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines). DOI: 10.15465/gesis-sg_016
- Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM (2007): Nottingham study of sexuality and ageing (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A study in residential and nursing homes. *Sex Relation Ther* 22, 45–61
- Brähler E, Böhm A: Einstellungen zur Sexualität und sexualmedizinische Kenntnisse von zukünftigen Ärzten/Ärztinnen. In: Brähler E, Meyer A (Hrsg.): Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit. Springer, Berlin 1988, 277–291
- Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M (2003): Sexual harassment of nurses and nursing students. *J Adv Nurs*. 42, 637-644
- Bucher T, Hornung R, Buddeberg C (2003): Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Z Sexualforsch* 16, 249–270
- Buchner J, Maier V, Ullmann R, Garten T: Sexualität im Alter. Ergebnisse einer Pilotstudie der Helios Klinik Berching. In: Bach D, Böhmer F (Hrsg.): Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien 2011, 69–95
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Altenpflegeausbildung. Informationen zu Ausbildung und Beruf der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. 5. Auflage; Bonifatius GmbH, Paderborn 2016
- de Vries N: Erfahrungsbericht aus der Sexualassistenz. In: Bach D, Böhmer F (Hrsg.): Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien 2011, 147–155
- Glass JCJ, Mustian RD, Carter LR (1986): Knowledge and Attitudes of Healthcare Providers Toward Sexuality in the Institutionalized Elderly. *Educ Gerontol* 12, 465-475

- Franzen A: Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden 2014
- Gott CM (2001): Sexual activity and risk-taking in later life. *Health Soc Care Community* 9, 72–78
- Grond E: Sexualität im Alter. (K)ein Tabu in der Pflege. 1. Auflage; Brigitte Kunz Verlag, Hagen 2001
- Grond E: Sexualität im Alter. Was Pflegekräfte wissen sollten und was sie tun können. 2. Auflage; Brigitte Kunz Verlag, Hagen 2011
- Hallauer JF, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H: SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover 2005
- Herkner H, Müllner M: Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik. Grundlagen, Interpretation und Umsetzung: Evidence Based Medicine. 3. Auflage; Springer, Wien 2011
- Herold G: Innere Medizin: Eine vorlesungsorientierte Darstellung. Auflage 2016; Herold Verlag, Köln 2016
- Hillman JL, Stricker G (1994): A Linkage of Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality: Not Necessarily a Uniform Relationship. *Gerontologist* 34, 256–260
- Kleinevers S: Sexualität und Pflege. Bewusstmachung einer verdeckten Realität. 1. Auflage; Schlütersche, Hannover 2004
- Krebs D (1991): Was ist sozial erwünscht? Der Grad sozialer Erwünschtheit von Einstellungssitems. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen - ZUMA-Arbeitsbericht 18
- Krosnick JA, Narayan S, Smith WR (1996): Satisficing in Surveys: Initial evidence. *Advances in Survey Research* 70, 29-44
- Krosnick JA, Presser S: Question and Questionnaire Design. In: Wright JD, Marsden PV (Hrsg.): Handbook of Survey Research. 2. Auflage; Elsevier, San Diego 2009
- Lehmann A: Psychosoziale Einflussfaktoren auf das weibliche Sexualerleben. Phil. Diss. Berlin 2007
- Leitz S, Signerski-Krieger J (2018): Sexualität der Vielfalt? Eine empirische Untersuchung niedersächsischer Biologiebücher. *Z Sexualforsch* 31, 356-377
- Lewis S, Bor R (1994): Nurses' knowledge of and attitudes towards sexuality and the relationship of these with nursing practice. *J Adv Nurs* 20, 251–259
- Matolycz E: Pflege von alten Menschen. Springer, Wien 2011
- Meudt D: Sexualität in der Pflege alter Menschen. Ein Ausbildungsmodul für die Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2006

- Michelchen G: Intimität in der Altenpflege. Tabus in Pflegeeinrichtungen überwinden. 1. Auflage; CW Haarfeld, München 2008
- Niedersächsischer Landtag (Hrsg.): Schule muss der Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten gerecht werden -Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen fördern -Diskriminierung vorbeugen. Niedersächsischer Landtag-17. Wahlperiode- Drucksache 17/2585. o. Verl., Hannover 2014
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.): Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule-Altenpflege. o. Verl., Hannover 2003
- Porst R: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2014
- Schmidt R-B: Schule als Ort sexueller Sozialisation. In: Hagedorn J (Hrsg.): Jugend, Schule und Identität. Selbstwerdung und Identitätskonstruktion im Kontext Schule. Springer VS, Wiesbaden 2014, 249–264
- Sielert U: Expertise zum Thema „Sexualerziehung in Grundschulen“. Institut für Sozialpädagogik der Universität Kiel, Kiel 2011
- Sielert U: Einführung in die Sexualpädagogik. 2. Auflage; Beltz Verlag, Weinheim 2015
- Sieren K: Sexuelle Bedürfnisse von Altenheimbewohnern. Empirische Studie zu einem Tabuthema. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg 2012
- Snell WE Jr, Fisher TD, Walters AS (1993): The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An Objective Self-Report Measure of Psychological Tendencies Associated with Human Sexuality. *Ann Sex Res* 6, 27-55
- Statistisches Bundesamt: Die Generation 65+ in Deutschland. Destatis, Wiesbaden 2015
- Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden 2017
- Turner D, Driemeyer W, Nieder TO, Scherbaum N, Briken P (2014): „Wie viel Sex braucht das Studium der Medizin?“ - Eine Erhebung des Wissens und Interesses Medizinstudierender zum Thema Sexualmedizin. *Psychother Psych Med* 64, 452–457
- van der Vight-Klußmann R: (Kein) Sex im Altenheim? Körperlichkeit und Sexualität in der Altenhilfe. Schlütersche, Hannover 2014
- von Simson R, Kulasegaram R (2012): Sexual health and the older adult. *Stud BMJ* 20, e688
- Wendland S (2013): Sexualität- (K)ein Thema in der Altenpflege? *Pro Familia Magazin* 4, 14-15
- Zettl S: Krankheit, Sexualität und Pflege. Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu. 1. Auflage; W. Kohlhammer, Stuttgart 2000

Zettl-Wiedner K: Hat Sexualität im Alter in einer Langzeitpflagesituation überhaupt Platz?

In: Bach D, Böhmer F (Hrsg.): Intimität, Sexualität, Tabuisierung im Alter. Böhlau Verlag, Wien 2011, 123–130

7.1 Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Glossar, Begriffe A-Z. Heim.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/heim.html>; abgerufen am 10.01.2020

Bundeszentrale für politische Bildung (2014): 1994: Homosexualität nicht mehr strafbar.

<https://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/180263/1994-homosexualitaet-nicht-mehr-straftbar>; abgerufen am 13.04.2020

Heimverzeichnis gGmbH. Altenheime, Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen mit Lebensqualität.

https://www.heimverzeichnis.de/index.php?id=12&f_su_ort=g%C3%B6ttingen&f_su_ent=10&f_sop_traeg=0&art_der_einr=0&f_su_submit3.x=0&f_su_submit3.y=0&f_sp_161=0&f_sp_ang=; abgerufen am 10.06.2017

Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire.

<https://openpsychometrics.org/tests/MSSCQ.php>; abgerufen am 12.10.2017

Pflegekammer Niedersachsen KdöR.

<http://www.pflegekammer-niedersachsen.de/index.php/de/ausbildungsstaetten-in-niedersachsen/schulen-fuer-altenpflege.html>; abgerufen am 06.06.2017

WHO-Regionalbüro für Europa (2011): Sexuelle und reproduktive Gesundheit.

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>; abgerufen am 06.10.2017

WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA (2011): Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten

https://www.bzgawhocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_deutsch.pdf; abgerufen am 02.12.2019

Danksagung

Herrn Prof. J. Wiltfang möchte ich als Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen besonders für die Möglichkeit einer Promotion an seinem Institut danken. Herrn Prof. J. Wiltfang als meinem Doktorvater und Herrn Prof. W. Himmel möchte ich für die stets konstruktiven Kritiken und Vorschläge während unserer gemeinsamen Treffen danken.

Meiner Betreuerin Frau Dr. S. Meyer-Rötz möchte ich für die Hilfe, Unterstützung und den organisatorischen Beistand besonders in den Anfängen der Studie danken. Meinem Betreuer Herrn Dr. J. Signerski-Krieger möchte ich für die unzähligen, immer unterhaltsamen, produktiven Treffen über die gesamte Zeit und insbesondere in der Endphase der Promotion danken! Es war mir eine große Freude mit ihm zusammen zu arbeiten. Ebenso bedanke ich mich für die Freiheiten, die mir während der Vorbereitung der Studie überlassen worden sind. Vielen Dank für die seelische Unterstützung und der Ermutigung, wenn (wie immer) nicht alles nach Plan lief.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen des Instituts für Studium und Lehre, die mir während des Einscannens meiner Fragebögen beigestanden und geholfen haben.

Meiner guten Freundin Emilie Sievert danke ich für die Möglichkeit, mir den Zugang zu vielen interessanten und spannenden Quellen zu ermöglichen.

Ein riesengroßes Dankeschön gilt allen teilnehmenden Altenpflegenden, Auszubildenden und Lehrenden der Altenpflegeheime und -schulen, denn ohne ihren Einsatz und ihre Geduld wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.