

AgeWise-Handbuch

*Fortbildung für Pädagog*innen und
Gesundheitsfachkräfte im Bereich Geschlecht,
Sexualität und Vielfalt im dritten Lebensalter*





Erscheinungsdatum: April 2026

Herausgegeben von: Societatea Română Alzheimer

Projekttitel: Never Gets Old – Generationenübergreifende Aufklärung zu Geschlecht und Sexualität

Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Website: www.nevergetsold.eu

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor*innen und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wider. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden.

Dieser Leitfaden wird unter einer Creative-Commons-Lizenz „Namensnennung – Nicht kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen“ (CC BY-NC-SA) zur Verfügung gestellt.

Projektpartner



Verein Niedersächsischer
BILDUNGSINITIATIVEN e.V.
| Geschäftsstelle Göttingen |



SOCIETATEA ROMÂNĂ
ALZHEIMER



Proportional
Message



Inhaltsverzeichnis

Einführung in das AgeWise-Handbuch.....	8
MODUL 1	11
<i>Die alternde Bevölkerung und positive Ansätze zum Altern</i>	<i>11</i>
Überblick.....	12
Schlüsselbegriffe und Definitionen	13
Das Thema verstehen.....	13
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte.....	25
Zusammenfassung und Proportional Messages.....	26
Praktische Hilfsmittel.....	26
Literaturverzeichnis.....	28
MODUL 2	30
<i>Altersdiskriminierung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen. 30</i>	
Überblick.....	31
Schlüsselbegriffe und Definitionen	32
Das Thema verstehen.....	33
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte.....	41
Zusammenfassung und Proportional Messages.....	42
Praktische Hilfsmittel.....	43
Literaturverzeichnis.....	45
MODUL 3	46
<i>Sexualität, Geschlecht und Vielfalt</i>	<i>46</i>
Überblick.....	47
Schlüsselbegriffe und Definitionen	48
Das Thema verstehen.....	49
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte.....	63
Zusammenfassung und Proportional Messages	64
Praktische Hilfsmittel und Ressourcen	64

Literaturverzeichnis.....	66
MODUL 4	68
<i>Die Geschichte der sozialen Normen zu Geschlecht und Sexualität in Europa</i>	<i>68</i>
Überblick.....	69
Das Thema verstehen	71
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte	77
Zusammenfassung und Proportional Messages	80
Praktische Hilfsmittel.....	80
Literaturverzeichnis.....	83
MODUL 5	84
<i>Sexualität im dritten Lebensalter und Gesundheitsindikatoren</i>	<i>84</i>
Überblick.....	85
Schlüsselbegriffe und Definitionen.....	86
Das Thema verstehen	86
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte	93
Zusammenfassung und Proportional Messages	97
Praktische Hilfsmittel.....	98
Literaturverzeichnis.....	100
MODUL 6	102
<i>„Othering“ in der Arbeit mit älteren und hochbetagten Erwachsenen .</i>	<i>102</i>
Überblick.....	103
Schlüsselbegriffe und Definitionen.....	104
Das Thema verstehen	106
Leitlinien für Pädagog*innen und Fachkräfte.....	113
Zusammenfassung und Proportional Messages	119
Praktische Hilfsmittel.....	120
Literaturverzeichnis.....	124
MODUL 7	127
<i>Inklusive Methoden zum Umgang mit Sexualität, Geschlecht und</i>	

Vielfalt im dritten Lebensalter	127
Übersicht.....	128
Wichtige Begriffe und Definitionen	129
Das Thema verstehen	130
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte	143
Zusammenfassung und Proportional Messages	144
Praktische Hilfsmittel und Ressourcen	144
Literaturverzeichnis.....	146
MODUL 8	147
<i>Demenz und Sexualität: Kritische Punkte.....</i>	147
Überblick.....	148
Schlüsselbegriffe und Definitionen.....	148
Das Thema verstehen	150
Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte	157
Leitfaden für Familienangehörige und Betreuungspersonen (Psychoedukation zu Hause)	160
Zusammenfassung und Proportional Message	162
Praktische Hilfsmittel.....	162
Literatur	164
Praktische Hilfsmittel	165
Modul 1.....	165
Unterrichtsplan	166
Übung 1.....	170
Aufgabe 2.....	172
Übung 3.....	180
Modul 2	185
Unterrichtsplan	186
Übung 1.....	189
Übung 2.....	194
Übung 3.....	197

Modul 3	198
Unterrichtsplan	199
Übung 1.....	203
Übung 2.....	211
Übung 3.....	233
Modul 4	238
Unterrichtsplan	239
Übung 1.....	241
Übung 2.....	242
Übung 3.....	244
Modul 5	248
Unterrichtsplan	249
Übung 1.....	252
Übung 2.....	255
Übung 3.....	259
Modul 6	261
Unterrichtsplan	262
Übung 1.....	264
Übung 2.....	267
Übung 3.....	270
Modul 7	272
Unterrichtsplan	273
Übung 1.....	276
Aufgabe 2.....	279
Übung 3.....	282
Modul 8	285
Unterrichtsplan	286
Übung 1.....	288
Übung 2.....	290
Übung 3.....	294



Einführung in das AgeWise-Handbuch

Über das Projekt „Never Gets Old“

„Never Gets Old – Intergenerationelle Geschlechter- und Sexualitätsbildung“ ist eine zweijährige Erasmus+-Kooperationspartnerschaft im Bereich der Erwachsenenbildung, an der Organisationen aus Deutschland, Rumänien, Frankreich, Portugal und Zypern beteiligt sind. Das Projekt befasst sich mit einem wichtigen, aber oft übersehenen Thema in der Erwachsenenbildung, im Gesundheitswesen und in der Sozialfürsorge: dem anhaltenden Altersdiskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung im Zusammenhang mit Sexualität, Geschlecht und Intimität im Alter.

In ganz Europa sehen sich ältere Menschen nach wie vor mit Stereotypen konfrontiert, die das Älterwerden als unvereinbar mit Sexualität, Intimität, emotionaler Verbundenheit oder Geschlechtervielfalt darstellen. Diese Annahmen können sich negativ auf die Praxis im Gesundheitswesen, auf pädagogische Ansätze, auf das institutionelle Umfeld und auf die Selbstwahrnehmung älterer Menschen selbst auswirken. Viele Fachkräfte, die mit älteren Menschen arbeiten, berichten von unzureichender Ausbildung und Unsicherheit im Umgang mit Themen wie Sexualität, Intimität, Beziehungen oder LSBTIQ+-Fragen im höheren Lebensalter. Gleichzeitig verinnerlichen ältere Menschen möglicherweise selbst altersbedingte Stigmatisierung, was zu Schweigen, Scham oder eingeschränktem Zugang zu angemessener Unterstützung und Information führt.

Das Projekt „Never Gets Old“ wurde entwickelt, um diese Lücken zu schließen, indem es inklusive, respektvolle und personenzentrierte Ansätze in Bezug auf Sexualität und Geschlechtervielfalt im höheren Erwachsenenalter fördert. Durch Forschungsaktivitäten, generationsübergreifenden Dialog und die Entwicklung von Bildungsangeboten zielt die Partnerschaft darauf ab, die fachlichen Kompetenzen zu stärken und gleichzeitig zu mehr Würde, Sichtbarkeit und Wohlbefinden für ältere Menschen in vielfältigen sozialen und kulturellen Kontexten beizutragen.

Das „AgeWise“-Handbuch stellt eines der zentralen Bildungsergebnisse des Projekts dar.

Zweck des Handbuchs

Das „AgeWise“-Handbuch wurde als praktische und pädagogische Ressource entwickelt, um Fachkräfte und Organisationen, die mit älteren Menschen arbeiten, dabei zu unterstützen, Themen wie Sexualität, Intimität, Geschlecht und Beziehungen im höheren Lebensalter auf respektvolle, fundierte und inklusive Weise anzugehen.

Das Handbuch vereint theoretisches Wissen, reflektierende Ansätze und praktische pädagogische Instrumente. Es soll Fachkräfte dabei unterstützen,

- die Vielschichtigkeit von Sexualität im höheren Lebensalter zu verstehen;
- die Auswirkungen von Altersdiskriminierung, Stigmatisierung und sozialen Normen zu erkennen;
- Sexualität und Intimität als Bestandteile von Gesundheit, Wohlbefinden und Menschenwürde zu betrachten;
- die Entwicklung personenzentrierter Kommunikationsfähigkeiten;
- die Schaffung sicherer und inklusiver Umgebungen in Bildung, Gesundheitswesen und Gemeinschaft.

Anstatt Sexualität ausschließlich aus medizinischer Perspektive darzustellen, verfolgt das Handbuch ein ganzheitliches Verständnis von sexuellem Wohlbefinden, das biologische, emotionale, zwischenmenschliche, psychologische, soziale und kulturelle Dimensionen einbezieht. Besondere Aufmerksamkeit gilt zudem der Vielfalt der Erfahrungen im Alter, einschließlich LSBTIQ+-Perspektiven, Beziehungsvielfalt, Autonomie, Einwilligung und ethischen Überlegungen im höheren Lebensalter.

Das Handbuch zielt nicht nur darauf ab, Wissen zu vermitteln, sondern auch Reflexion, Dialog und professionelles Selbstvertrauen zu fördern, wenn es um Themen geht, die in der Erwachsenenbildung und im Pflegebereich oft als sensibel gelten oder nur unzureichend behandelt werden.

Aufbau des Handbuchs

Das AgeWise-Handbuch gliedert sich in zwei sich ergänzende Abschnitte:

- **Theoretischer Teil** – liefert die konzeptionelle und informative Grundlage für die acht Module des Handbuchs und behandelt zentrale Themen im Zusammenhang mit Sexualität, Geschlecht, Intimität und Altern.
- **Teil „Praktische Hilfsmittel“** – enthält Unterrichtspläne, Fallstudien, Rollenspielaktivitäten, Reflexionsübungen und Leitfäden zur Moderation für jedes Modul.



Darüber hinaus stehen auf der [Projektwebsite](#) zu jedem Modul begleitende **PowerPoint-Präsentationen** zur Verfügung, die zur Unterstützung von Workshops, Mitarbeiter*innenschulungen und Bildungsaktivitäten genutzt werden können.

Zielgruppe

Das „AgeWise“-Handbuch wurde in erster Linie entwickelt für:

- Erwachsenenbildner*innen und Trainer*innen;
- Fachkräfte im Gesundheitswesen;
- Psycholog*innen und Berater;
- Sozialarbeiter*innen und Pflegepersonal;
- Organisationen, die mit älteren Menschen arbeiten;
- Gemeindepädagog*innen und Moderator*innen;
- Fachkräfte, die an Initiativen zu Inklusion, Vielfalt und Wohlbefinden beteiligt sind.

Die Materialien können in einer Vielzahl von Kontexten eingesetzt werden, darunter:

- Programme der Erwachsenenbildung;
- berufliche Weiterbildung und Personalschulungen;
- Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegebereichs;
- Gemeinschaftsworkshops;
- generationsübergreifende Lernaktivitäten;
- Initiativen zur Sensibilisierung und Inklusion.

Das Handbuch wurde bewusst so konzipiert, dass es an unterschiedliche berufliche Hintergründe, nationale Kontexte und den jeweiligen Erfahrungsstand mit den behandelten Themen angepasst werden kann.

Wie die Projektaktivitäten in das Handbuch einfließen

Der Inhalt des AgeWise-Handbuchs entstand im Rahmen gemeinsamer Aktivitäten, die während des „Never Gets Old“-Projekts in den Partnerländern durchgeführt wurden. Das Handbuch spiegelt Erkenntnisse wider, die durch folgende Maßnahmen gewonnen wurden:

- Konsultationen und Austausch mit älteren Menschen, Erwachsenenbildner*innenn, Fachkräften im Gesundheitswesen und Pflegepersonal;
- Aktivitäten zum generationsübergreifenden Dialog;
- Pilotprojekte und Feedback-Maßnahmen.

In diesem Sinne stellt das AgeWise-Handbuch eine gemeinschaftlich erarbeitete europäische Bildungsressource dar, die durch Dialog, Erfahrungsaustausch und praktische Zusammenarbeit mit Fachkräften und Gemeinschaften, die mit älteren Menschen arbeiten, entwickelt wurde.

MODUL 1

Die alternde Bevölkerung und positive Ansätze zum Altern

Entwickelt von:

Elisa Klein-Peters

Proportional Message



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Europa steht derzeit vor einem tiefgreifenden demografischen Wandel, der durch einen deutlichen Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten gekennzeichnet ist (Europäische Kommission, 2024). Dieser Wandel hat zu einem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung geführt, was sowohl Herausforderungen als auch Chancen mit sich bringt, das Verständnis, das Erleben und die Unterstützung des Alterns neu zu überdenken (Rudnicka et al., 2020). Bis 2050 wird prognostiziert, dass in der Region auf 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter 43 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter kommen werden (De Gobbi et al., 2025).

Dieses Modul stellt demografische Trends in Europa vor und präsentiert einige positive Konzepte wie *gesundes Altern*, *aktives Altern* und *Lebensqualität*. Es hinterfragt damit altersdiskriminierende Narrative, die das spätere Leben als eine Phase unvermeidlichen Verfalls, der Abhängigkeit oder der Asexualität darstellen. Stattdessen betont das Modul das Altern als eine dynamische Lebensphase, die von Identität, Beziehungen, Begehren und Intimität geprägt ist.

Ergebnisse aus den „Never Gets Old“-Fokusgruppen (WP2) zeigten, dass Sexualität und Identität im höheren Lebensalter sowohl von Fachkräften als auch von älteren Menschen häufig ignoriert oder als irrelevant abgetan werden. Die Teilnehmenden hoben das Fortbestehen schädlicher Stereotypen, das Schweigen rund um das Thema Intimität sowie ein erhebliches Unbehagen bei Fachkräften bei der Auseinandersetzung mit diesen Themen hervor. Modul 1 reagiert auf diese Erkenntnisse, indem es Identität und Sexualität als integrale Bestandteile des Wohlbefindens über die gesamte Lebensspanne hinweg und als Teil positiver Konzepte des Alterns verortet.

Durch die Auseinandersetzung mit diesem Modul gewinnen Fachkräfte ein differenzierteres Verständnis der demografischen Alterung, reflektieren ihre eigenen impliziten Annahmen, lernen drei verschiedene Konzepte des positiven Alterns kennen und stärken auf diese Weise ihre Fähigkeit, ältere Menschen ganzheitlicher zu unterstützen.

Lernziele Modul 1

Angestrebte Ergebnisse: Was werden die Lernenden wissen oder können?	Nachweis: Woran erkennen wir, dass die Lernenden die Ziele erreicht haben?
Strukturelles Bewusstsein: Die Auswirkungen des demografischen Wandels in Europa erläutern.	Die Lernenden können den „ <i>demografischen Bremsfaktor</i> “ in einfachem Englisch erklären und dessen Auswirkungen auf ihre Arbeitsbelastung darlegen.
Integration von Rahmenkonzepten: Unterscheiden Sie zwischen den Modellen „Gesundes Altern“, „Aktives Altern“ und „Lebensqualität“.	Die Lernenden können eine Reihe von Pflegeszenarien korrekt dem entsprechenden theoretischen Rahmen zuordnen.
Subjektive Bewertung: Verwenden Sie validierte Instrumente (CASP-19/WHOQOL), um das Wohlbefinden über die klinische Gesundheit hinaus zu messen.	Praktische Demonstration eines Interviews zur Lebensqualität unter Verwendung der bereitgestellten Fragebogen-Links.
Ganzheitliche Anwendung: Anwendung einer <i>geschlechts- und kulturspezifischen Perspektive</i> zur Identifizierung von Barrieren, mit denen ältere Menschen konfrontiert sind.	Fallstudienanalyse, in der die Lernenden ermitteln, wie Geschlecht und Kultur die Einstellungen und das Verhalten älterer Menschen oder Fachkräfte beeinflussen.
Berufsethik: Abwägen zwischen der <i>Würde des Risikos</i> (Autonomie) und der <i>institutionellen Sicherheit</i> (Wohltätigkeit).	Durchnahme der „Do’s and Don’ts“ und Gruppendiskussionen zu spezifischen ethischen und beruflichen Dilemmata (z. B. Intimität in der Pflege).



Schlüsselbegriffe und Definitionen

Altersdiskriminierung: Bezieht sich auf Stereotypen (wie wir denken), Vorurteile (wie wir fühlen) und Diskriminierung (wie wir handeln) gegenüber anderen oder sich selbst aufgrund des Alters (WHO, 2025).

Altersabhängigkeitsquote: Ein demografischer Indikator, der das Verhältnis der älteren abhängigen Personen, typischerweise der über 65-Jährigen, zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, in der Regel 15–64 Jahre, misst (Eurostat, 2024).

Gesundes Altern: Der Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die das Wohlbefinden im höheren Lebensalter ermöglicht (das zu sein und zu tun, was man als wertvoll erachtet) (WHO, 2020).

Aktives Altern: Der Prozess der Optimierung von Chancen für Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit zur Verbesserung der Lebensqualität im Alter (WHO, 2002).

Lebensqualität: Die Wahrnehmung eines Menschen hinsichtlich seiner Lebenssituation im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, sowie im Verhältnis zu seinen Zielen, Erwartungen, Maßstäben und Anliegen (WHOQOL, 1998).

Gender-Perspektive: Eine Sichtweise, die berücksichtigt, wie sich sozialer Status, traditionelle Rollen und biologische Unterschiede auf das Wohlbefinden und die Chancen von Männern, Frauen und geschlechtsdiversen Personen auswirken (WHO, 2002).

Ganzheitlicher Ansatz in der Gerontologie: Ein Ansatz, der das Altern nicht lediglich als eine Abfolge medizinischer Symptome oder biologischer Einschränkungen betrachtet, sondern die Verflechtung verschiedener Aspekte des Lebens einer Person anerkennt, darunter ihre psychischen und emotionalen Zustände, Beziehungen, ihren kulturellen Hintergrund und ihre persönlichen Vorlieben (Hello Leaders, 2024).



Das Thema verstehen

Altern: Demografische Daten

Laut dem Bericht der Europäischen Kommission zur Bevölkerungsalterung aus dem Jahr 2024 wird die Bevölkerung der EU in den kommenden Jahren voraussichtlich zurückgehen, während die Zahl älterer Menschen steigt, insbesondere im Verhältnis zur Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter. Das bedeutet, dass die älteren Altersgruppen kontinuierlich an Größe zunehmen, während die jüngeren Altersgruppen schrumpfen würden.

Dieser demografische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft ist nicht nur eine statistische Veränderung, sondern stellt eine grundlegende Verschiebung im sozialen und wirtschaftlichen Gefüge Europas dar. Da der Anteil älterer Erwachsener zunimmt, während die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter abnimmt, wird die Nachfrage nach hochwertiger Pflege, inklusiven Unterstützungsleistungen und spezialisierten Gesundheitsmaßnahmen voraussichtlich erheblich steigen. Dieser Wandel übt zunehmenden Druck auf die ohnehin begrenzten personellen Ressourcen aus, weshalb es unerlässlich ist, dass sich die Gesundheits- und Sozialsysteme an eine vielfältigere und alternde Bevölkerung anpassen. Die im Folgenden dargestellten Daten liefern empirische Belege für diesen demografischen Trend und verdeutlichen das Ausmaß der Herausforderung sowie die Dringlichkeit, Fachkräfte auszubilden, die eine ganzheitliche und respektvolle Pflege leisten können.

Die Altenabhängigkeitsquote ist das Verhältnis der älteren Bevölkerung in der EU zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und vermittelt einen Eindruck vom Wandel zwischen potenziellen Rentnern und potenziellen Erwerbstätigen und damit davon, wie eine alternde Bevölkerung das Gleichgewicht zwischen Leistungsempfängern und Beitragszahlern verändert. Die Altenabhängigkeitsquote für die EU lag am 1. Januar 2024 bei 33,9 % (siehe Tabelle unten), wobei auf jede Person im Alter von 65 Jahren und älter etwas mehr als 3

Personen im erwerbsfähigen Alter auf jede Person im Alter von 65 Jahren und älter. Die Altenquotient in den EU-Ländern reichte von Tiefstwerten von 21,7 % in Luxemburg und 23,6 % in Irland – mit fast 5 Personen im erwerbsfähigen Alter pro Person im Alter von 65 Jahren und älter – bis zu Höchstwerten von 38,4 % in Italien, 38,2 % in Bulgarien und 38,2 % in Portugal, wo auf jede Person im Alter von 65 Jahren und älter weniger als drei Personen im erwerbsfähigen Alter kamen (Eurostat, 2024).

Den erhobenen Daten zufolge würde die Altenquotient bis 2070 weiter auf 59,0 ansteigen, wobei der größte Teil des Anstiegs bereits bis 2045 erwartet wird. Das bedeutet, dass die EU von fast dreißig Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren pro zehn Personen über 65 Jahren im Jahr 2022 auf weniger als zwanzig Personen bis 2045 zurückgehen würde (Europäische Kommission, 2024).

Land	Bevölkerung 1. Januar 2024	Altersabhängigkeitsquote * 2024	Medianalter in Jahren 2024	Zuwachs der Personen ab 65 Jahren zwischen 2014 und 2024
Deutschland	83,4 Millionen 19 % der Gesamtbevölkerung der EU	35,2	45,5	20,9 % auf 22,4 %
Frankreich	68,4 Millionen 15 % des EU- Gesamtwerts	34,8	42,6	18,0 % bis 21,4 %
Rumänien	19,07 Millionen	31,2	43,8	13,9 % bis 17,7 %
Zypern	934 000 0,2 % des EU- Gesamtwerts	26,5	40,6	16,5 % bis 20,0 %
Portugal	10,64 Millionen des EU- Gesamtwerts	38,2	47,1	20,0 % – 24,1 %
Europa	449,31 Millionen	33,9	44,7	18,7 % bis 21,6 %

Datenquelle: Eurostat (2024) *Die Altersabhängigkeitsquote ergibt sich aus der Zahl der jungen und älteren Menschen in einem Alter, in dem beide Gruppen in der Regel nicht erwerbstätig sind (d. h. unter 15 Jahren und ab 65 Jahren), im Verhältnis zur Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter (d. h. 15–64 Jahre).

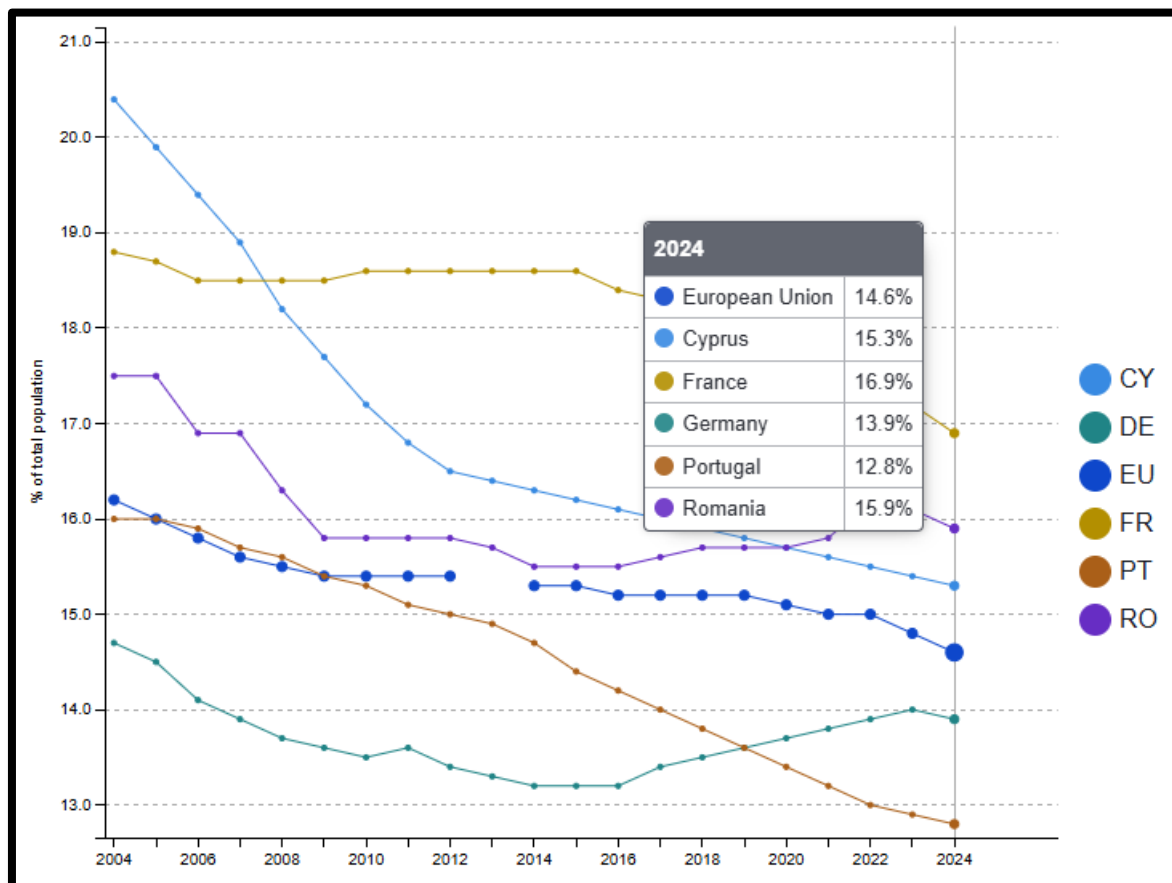


Abbildung 1 – Bevölkerung unter 15 Jahren in % der Gesamtbevölkerung (Eurostat, 2024)

Innerhalb des „Never Gets Old“-Konsortiums repräsentieren die Partnerländer ein vielfältiges Spektrum des demografischen Wandels in Europa. Portugal verzeichnet derzeit neben Italien und Griechenland eine der höchsten Altenquoten in der EU (geschätzt auf über 38 %), wobei das Medianalter dort mit einer der höchsten Raten in der Region ansteigt (Eurostat, 2024). Im Gegensatz dazu hat sich das Medianalter in Deutschland in jüngster Zeit leicht stabilisiert oder ist sogar gesunken – ein Phänomen, das in erster Linie auf den Zustrom jüngerer Arbeitskräfte mit Migrationshintergrund zurückgeführt wird. Frankreich verfügt weiterhin über eine der größten und widerstandsfähigsten Bevölkerungen; dennoch ist auch dieses Land nicht immun gegen den in ganz Westeuropa vorherrschenden Trend der „Überalterung“, der den Schwerpunkt der nationalen Politik auf die langfristige Nachhaltigkeit der Sozialsysteme verlagert hat.

Die Partnerländer im Osten und im Mittelmeerraum sehen sich unterschiedlichen strukturellen Belastungen gegenüber: Rumänien hat einen der stärksten relativen Bevölkerungsrückgänge in der EU verzeichnet (ca. -11 % seit 2004), der größtenteils auf die Abwanderung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zurückzuführen ist, wodurch sich ein „kopflastiger“ Alterungsprozess beschleunigt hat. Umgekehrt verzeichnet Zypern das höchste relative Bevölkerungswachstum in der Union (29 % seit 2004), sieht sich jedoch paradoxerweise mit einem schrumpfenden Anteil an Kindern konfrontiert, was darauf hindeutet, dass seine künftige demografische Lage weiterhin fragil ist.

Die Daten des Altersberichts 2024 unterstreichen einen Übergang von einer Phase des demografischen *Dividenden* (ein Land verfügt über eine große, junge Erwerbsbevölkerung) zu einer Phase des demografischen *Bremswirkung*. Eine demografische Belastung tritt ein, wenn eine schrumpfende Erwerbsbevölkerung und eine wachsende ältere Bevölkerung das Wirtschaftswachstum eines Landes verlangsamen. Dies geschieht, weil es weniger Erwerbstätige gibt, die Steuern zahlen, um die steigenden Kosten beispielsweise für Renten, Gesundheitsversorgung und soziale Dienstleistungen für ältere Bürger zu decken. Mit anderen Worten: Wir können uns nicht mehr darauf verlassen, dass eine riesige Gruppe junger Erwerbstätiger die Wirtschaft antreibt; stattdessen müssen wir neue Wege finden, um eine deutlich ältere Gesellschaft zu unterstützen. Für das Projekt „Never Gets Old“ bestätigen diese Zahlen

, dass der Pflege- und Sozialsektor einem doppelten Druck ausgesetzt sein wird: einem schrumpfenden Pool an professionellen Pflegekräften und einer steigenden Nachfrage nach personenzentrierter Unterstützung. Der prognostizierte sprunghafte Anstieg der Abhängigkeitsquote bis 2045 deutet darauf hin, dass sich das Zeitfenster für die Umsetzung von Konzepten für *positives Altern* verengt. Folglich ist der Schritt über die klinische Pflege hinaus hin zu einem ganzheitlichen Wohlbefinden – einschließlich der oft übersehenen Aspekte von Identität und Intimität – nicht mehr nur eine ethische Entscheidung, sondern eine strukturelle Notwendigkeit, um die Nachhaltigkeit und Würde der alternden Gesellschaften in Europa zu gewährleisten.

Mythen versus Realitäten in der Sexualität im Alter

Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Alterns wird oft durch *sexuellen Ageismus* getrübt, eine systemische Voreingenommenheit, die das Sexualleben älterer Erwachsener abwertet oder pathologisiert und die gesellschaftliche Erwartung widerspiegelt, dass ältere Menschen keine sexuellen Beziehungen eingehen oder eingehen sollten. Während demografische Trends einen Anstieg der Lebenserwartung und eine wachsende Bevölkerung älterer Erwachsener zeigen, hinkt der öffentliche und fachliche Diskurs oft hinter dieser Realität her und spiegelt weiterhin altersdiskriminierende Annahmen über das späte Leben und Sexualität wider (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Wenn man an Stereotypen denkt, ist ein weit verbreiteter Mythos, dass ältere Erwachsene von Natur aus asexuell seien, jenseits jeglichen Verlangens stünden oder dass das sexuelle Interesse mit zunehmendem Alter ganz natürlich verschwinde. Die Realität sieht jedoch so aus, dass Sexualität eine dynamische Lebensphase ist, die sich über die gesamte Lebensspanne erstreckt. Auch wenn sich die körperlichen Funktionen verändern mögen, deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass viele ältere Menschen Sex als einen wesentlichen Bestandteil ihrer Lebensqualität betrachten und ihren Fokus oft von rein körperlichen Handlungen hin zu tieferer emotionaler Intimität und einer „vollständigen“ Verbindung verlagern (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Ein weiterer verbreiteter Mythos stellt die Sexualität im Alter als lächerlich oder unangemessen dar, doch Studien zeigen, dass es gerade die Verinnerlichung dieser Stereotypen und nicht das Alter an sich ist, die den sexuellen Ausdruck am häufigsten behindert (Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Diese Fehlvorstellungen haben tiefgreifende Auswirkungen auf die Versorgung und das Wohlbefinden. Wenn Fachkräfte unter dem Einfluss des Mythos der Asexualität handeln, übersehen sie möglicherweise Bedürfnisse im Bereich der sexuellen Gesundheit, versäumen es, in Pflegeeinrichtungen für Privatsphäre zu sorgen, oder ignorieren die spezifischen Anliegen schutzbedürftiger Gruppen, wie beispielsweise LSBTIQ+-Erwachsener, die einer „doppelten Unsichtbarkeit“ ausgesetzt sind (Gewirtz-Meydan et al., 2018). Wirksame Konzepte für das Altern müssen sich daher von einem streng biomedizinischen Modell des körperlichen Verfalls lösen und eine ganzheitliche sowie inklusive Perspektive einnehmen. Dazu gehört die Anerkennung, dass Sexualität ein grundlegendes Menschenrecht und ein Indikator für erfolgreiches Altern ist. Indem Fachkräfte diese Mythen entkräften, können sie ein unterstützendes Umfeld schaffen, in dem ältere Menschen sich befähigt fühlen, ihre Identität und ihre Wünsche in Würde zum Ausdruck zu bringen.

Um tiefer in die Wurzeln altersdiskriminierender Stereotypen und der gesellschaftlichen Vorurteile einzutauchen, die die Intimität im höheren Lebensalter beeinträchtigen, empfehlen wir Ihnen, Modul 2 des AgeWise-Handbuchs zu konsultieren: [Altersdiskriminierung und Fehlvorstellungen über ältere Menschen](#).

Konzepte für positives Altern

Angeichts des bedeutenden demografischen Wandels in Europa und weltweit hat sich der Schwerpunkt der Gerontologie und der Sozialpolitik von einem defizitorientierten Modell, das das Altern in erster Linie als eine Phase unvermeidlichen Verfalls oder von Krankheit betrachtet, hin zu Konzepten des positiven Alterns verlagert, die das Altern als eine fortwährende Phase des Wachstums, der Entwicklung und des Potenzials betrachten. Ein Rahmenkonzept bietet eine Möglichkeit zum Verständnis und kann als Instrument zur Organisation von Programmen oder Dienstleistungen für Senioren dienen. Wenn beispielsweise verschiedene Erwachsenenbildungsorganisationen dasselbe Rahmenkonzept nutzen, um ihre Arbeit zu reflektieren und zu kommunizieren, lassen sich Versorgungslücken identifizieren und es kann dazu beitragen, Senioren den Zugang

die von ihnen benötigten Dienstleistungen zu erhalten – wo und wann immer sie diese benötigen. Die folgenden Rahmenkonzepte bieten unterschiedliche theoretische Leitfäden, um ältere Menschen dabei zu unterstützen, nicht nur länger zu leben, sondern sich auch wohlfühlen.

Gesundes Altern: Ein funktionaler Ansatz

Beim gesunden Altern geht es um mehr als nur darum, unsere körperliche Gesundheit im Laufe der Zeit zu erhalten. Es geht auch um unsere geistige und emotionale Gesundheit, unsere Unabhängigkeit und Lebensqualität sowie um unsere Wohn- und finanzielle Sicherheit. Es geht um unsere Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, in unseren Gemeinschaften aktiv zu bleiben und uns als geschätzte Mitglieder der Gesellschaft zu fühlen. Beim gesunden Altern geht es um unsere Fähigkeit, angesichts zunehmender Gebrechlichkeit, nachlassender Selbstständigkeit und sich verändernder Lebensumstände, mit denen viele Menschen im Alter konfrontiert sind, widerstandsfähig zu bleiben.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert gesundes Altern als den Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit, die das Wohlbefinden im höheren Lebensalter ermöglicht. Im Gegensatz zu älteren medizinischen Modellen, die sich ausschließlich auf die Abwesenheit von Krankheit konzentrierten, betont gesundes Altern das Zusammenspiel zwischen den intrinsischen Fähigkeiten (körperlichen und geistigen) eines Menschen und seinem Lebensumfeld (WHO, 2020). Damit verlagert sich das Ziel von *der Heilung* hin zur *Funktionsfähigkeit*. Selbst Menschen mit chronischen Erkrankungen können gesund altern, wenn ihr Umfeld (sozial, politisch und physisch) ihre Fähigkeit unterstützt, das zu tun, was ihnen wichtig ist.

Funktionsfähigkeit bedeutet, über die Fähigkeiten zu verfügen, die es Menschen ermöglichen, das zu sein und zu tun, was ihnen wichtig ist (Beard et al., 2016). Sie wird definiert als die Fähigkeit:

- ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen,
- zu lernen, sich weiterzuentwickeln und Entscheidungen zu treffen,
- mobil zu sein,
- Beziehungen aufzubauen und zu pflegen sowie
- einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Abud et al. (2022) zu einem klaren Rahmenkonzept für gesundes Altern identifizierte verschiedene Determinanten des gesunden Alterns in unterschiedlichen Dimensionen:

- **Körperliches Wohlbefinden:** Körperliche Aktivität, Bewegung, gesunde Ernährung, proaktive Lebensstilentscheidungen, Medikamentenmanagement, alternative Therapien zur Unterstützung der Körperfunktionen;
- **Psychisches/kognitives Wohlbefinden:** Selbstwahrnehmung, positive Lebenseinstellung (zukunftsorientierte Denkweise), Sinnhaftigkeit, lebenslanges Lernen, Hobbys, Glaube/Religion und Spiritualität;
- **Soziales Wohlbefinden:** Soziale Unterstützung und Beziehungen zu Familie, Freunden und sogar Gesundheitsdienstleistern, finanzielle Sicherheit, gesellschaftliches Engagement/ehrenamtliche Tätigkeit;
- **Unabhängigkeit** in allen drei Dimensionen.

Unabhängigkeit scheint der rote Faden zu sein, der den körperlichen, geistigen und sozialen Bereich miteinander verbindet. Sie bezieht sich auf die Fähigkeit, ohne ständige Unterstützung zu leben, selbstständig zu bleiben und finanziell unabhängig zu sein. Die Wahrnehmung von Unabhängigkeit ist sehr individuell; für Menschen mit chronischen Erkrankungen mag der Schwerpunkt auf der körperlichen Leistungsfähigkeit liegen; für andere definiert sie sich durch die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen.

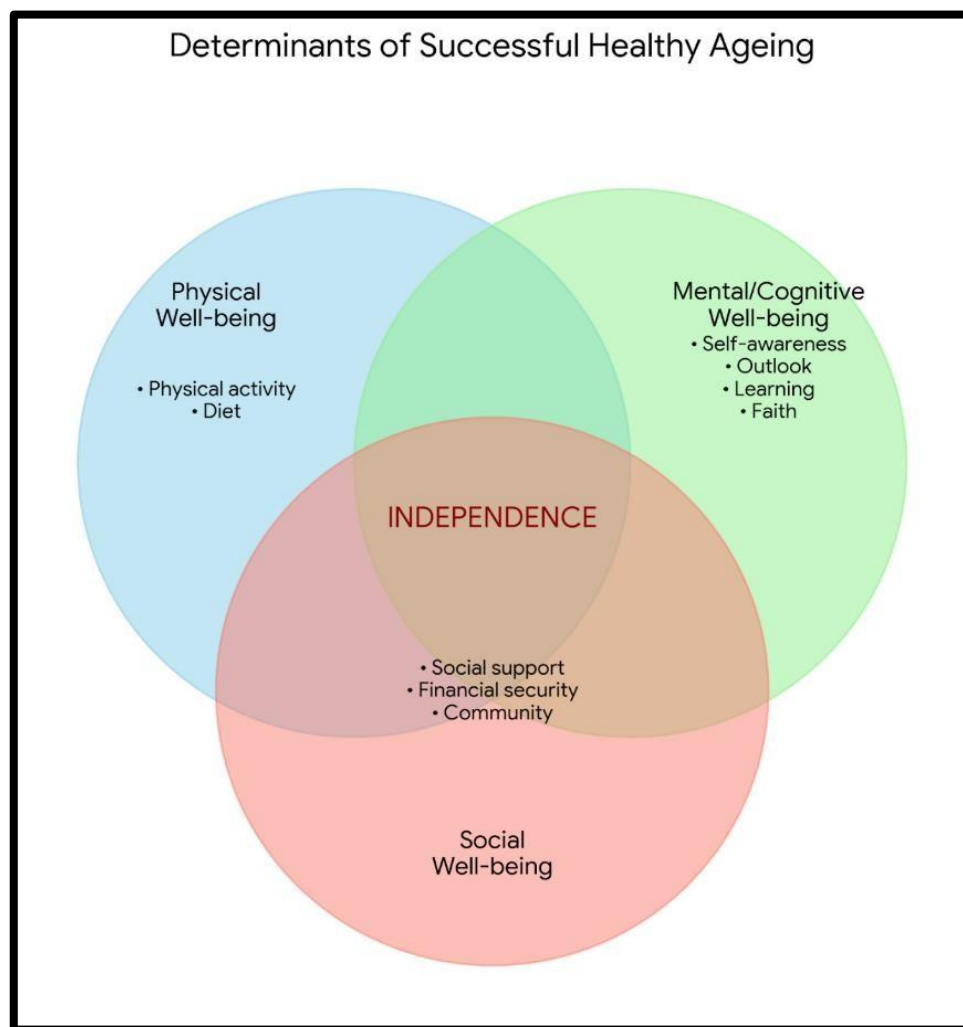


Abbildung 2 – Daten basierend auf Abud et al., 2022.

Beispiele für gesundes Altern



*Bilder erstellt/bezogen über Canva (2026)

- **Altersgerechte städtische Infrastruktur:** In einer Stadt, die diesem Ansatz Priorität einräumt, kann ein Einwohner mit eingeschränkter Mobilität weiterhin selbstständig einkaufen gehen, da die Stadtverwaltung Beschilderungen angebracht, Gehwege verbreitert und die Ampelphasen für Fußgänger verlängert hat. Durch den Abbau baulicher Barrieren gleicht die Umgebung den Rückgang der körperlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen aus und ermöglicht ihm so, unabhängiger zu bleiben.
- **Ernährungssicherheit und Gesundheitsvorsorge:** Stellen Sie sich einen älteren Menschen vor, der an einem Community-Supported-Agriculture-Programm teilnimmt, das frische Produkte aus der Region liefert. Durch eine nährstoffreiche Ernährung mit viel Eiweiß und Vitaminen stärkt er sein Immunsystem und erhält seine Muskelmasse (und beugt so Sarkopenie vor). Dieser proaktive Ansatz in der Ernährung verringert das Sturzrisiko und die Wahrscheinlichkeit von Krankenhausaufenthalten und trägt direkt zur langfristigen funktionellen Stabilität bei.
- **Selbstmanagement und Gesundheitsförderung:** Eine Person, die gemeinsam mit ihrem Hausarzt eine Erkrankung wie Bluthochdruck behandelt. Indem sie ihren Blutdruck selbst überwacht und ihre Medikamente versteht, zeigt sie ein hohes Maß an „Selbstbewusstsein“ und Eigenverantwortung und wandelt sich von einem passiven Patienten zu einem aktiven Verfechter der eigenen Gesundheit.

Aktives Altern: Chancen optimieren

Das Konzept des aktiven Alterns wurde Anfang der 2000er Jahre von der WHO eingeführt, um eine inklusivere Botschaft als die des „gesunden Alterns“ zu vermitteln. Während des Weltgipfels zur Bevölkerungspolitik, der im April 2002 in Madrid stattfand, verabschiedete die WHO das aktive Altern als Hauptziel der Gesundheits- und Sozialpolitik für ältere Menschen (Paúl et al., 2012). Der Begriff „aktiv“ bezieht sich auf die fortgesetzte Teilhabe an sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen, spirituellen und bürgerschaftlichen Belangen und nicht nur auf die Fähigkeit, körperlich aktiv zu sein oder am Arbeitsleben teilzunehmen. Er stützt sich auf drei Säulen: Gesundheit, Teilhabe und Sicherheit (WHO, 2002).

Es ist zu erwarten, dass das Profil des aktiven Alterns je nach Kontext und Kultur variiert und als Leitfaden für spezifische gemeinschafts- und individuenbezogene Maßnahmen im lokalen Umfeld dienen kann. Forschungsergebnisse zeigen

, dass es subjektive Variablen gibt, die zum aktiven Altern beitragen (Paúl et al., 2012). Nach Angaben der WHO umfasst das Rahmenkonzept für aktives Altern sechs Gruppen von Determinanten, von denen jede gesellschaftliche und umweltbezogene Bedingungen für aktives Altern ermöglicht:

1. **Gesundheits- und Sozialdienste:** Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Langzeitpflege und Dienste im Bereich der psychischen Gesundheit.
2. **Verhaltensdeterminanten:** Raucherentwöhnung, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Mundgesundheit, Alkoholkonsum und Einhaltung der Medikamenteneinnahme.
3. **Persönliche Determinanten:** Biologie, Genetik und psychologische Faktoren.
4. **Physische Umwelt:** Gewährleistung einer altersgerechten Umgebung, sicherer Wohnverhältnisse, Sturzprävention und der Vermeidung von Umweltverschmutzung (sauberes Wasser, saubere Luft und sichere Lebensmittel).
5. **Soziale Determinanten:** Soziale Unterstützung, Prävention von Gewalt und Missbrauch sowie Förderung von Bildung und Alphabetisierung.
6. **Wirtschaftliche Determinanten:** Überwachung des Einkommens, soziale Absicherung und finanzielle Sicherheit.

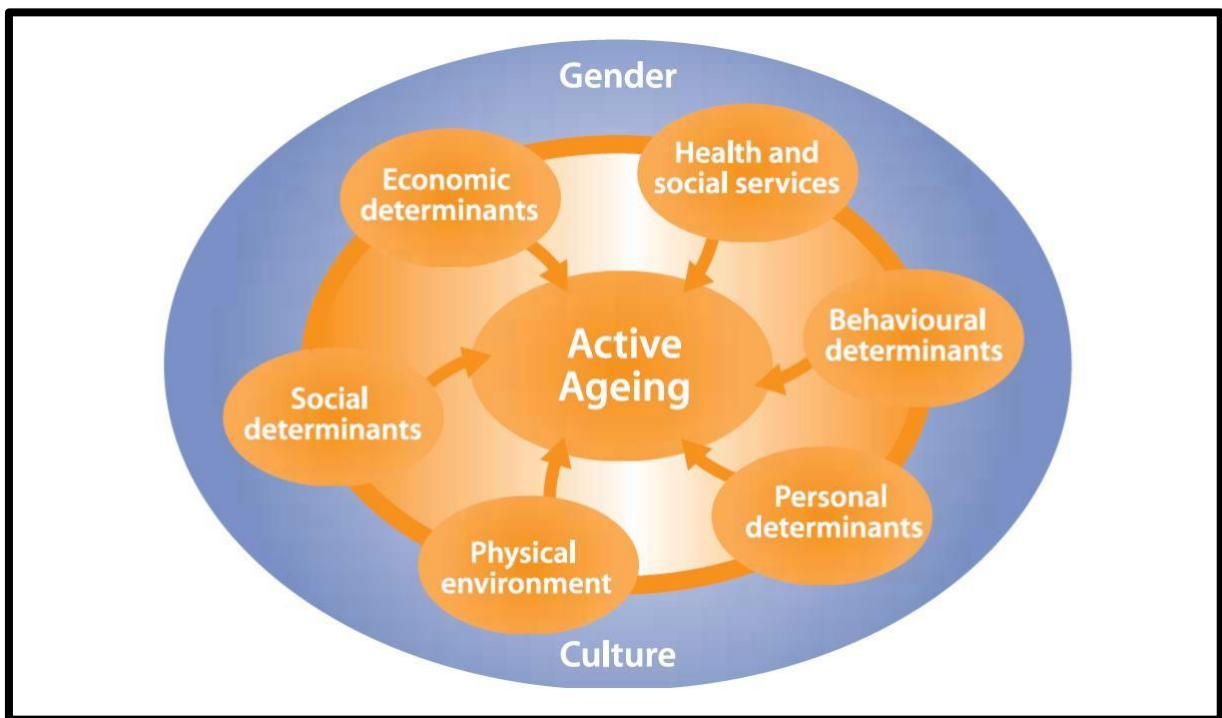


Abbildung 3 – Die Determinanten des aktiven Alterns (WHO, 2002)

Kultur und Geschlecht werden als übergreifende Determinanten eingestuft, da sie nicht isoliert existieren, sondern als grundlegende Faktoren wirken, die jeden anderen Faktor des Rahmens für aktives Altern prägen und beeinflussen.

Kultur dient als übergreifendes Umfeld für den Einzelnen und bestimmt gesellschaftliche Sichtweisen auf den Alterungsprozess, gesundheitsförderndes Verhalten und Lebensformen, wie beispielsweise die Präferenz für Mehrgenerationenhaushalte.

Das Geschlecht fungiert unterdessen als kritische Perspektive für die Angemessenheit politischer Maßnahmen und verdeutlicht, wie unterschiedliche soziale Stellungen und traditionelle Rollen zu spezifischen Risiken führen: Frauen sind aufgrund lebenslanger unbezahlter Pflegearbeit häufig einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, während Männer statistisch gesehen anfälliger für berufliche Gefahren und

risikoreichem Verhalten. Zusammen sorgen diese Determinanten dafür, dass das Altern nicht nur als biologischer Prozess, sondern als komplexe soziale und persönliche Erfahrung verstanden wird (WHO, 2002).

Einige zentrale Aspekte des aktiven Alterns sind:

- **Autonomie:** die empfundene Fähigkeit, das eigene tägliche Leben zu gestalten, damit zurechtzukommen und persönliche Entscheidungen darüber zu treffen;
- **Unabhängigkeit:** die Fähigkeit, alltägliche Lebensfunktionen auszuführen – die Fähigkeit, ohne und/oder mit nur geringer Hilfe von anderen selbstständig in der Gemeinschaft zu leben;
- **Lebensqualität:** „die Wahrnehmung eines Menschen hinsichtlich seiner Lebenssituation im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in dem er lebt, sowie in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen“ (THE WHOQOL GROUP, 1998).
- **Gesunde Lebenserwartung:** wird häufig als Synonym für „behinderungsfreie Lebenserwartung“ verwendet.

Beispiele für aktives Altern



**Generationen
übergreifende
s Mentoring**



**Lebensla
nges
politisches
Engageme
nt**



**Senioren
universität**

*Bilder erstellt/bezogen über Canva (2026)

- **Generationenübergreifendes Mentoring:** Ein älterer Fachmann, der zwar aus dem Vollzeitberuf ausgeschieden ist, nimmt an einem „Wissenstransfer“-Programm in einem lokalen Unternehmen teil. Durch die Betreuung jüngerer Mitarbeiter*innen bleibt er im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Sinne „aktiv“ und stellt sicher, dass seine Fähigkeiten von der Gesellschaft weiterhin geschätzt werden.
- **Lebenslanges politisches Engagement:** Teilnahme an Gemeinderatssitzungen zur Durchsetzung der Rechte älterer Menschen. Dies gewährleistet die Erfüllung der Säule „Sicherheit“, indem älteren Menschen eine Mitsprache bei politischen Entscheidungen ermöglicht wird, die ihr Leben und ihr Lebensumfeld betreffen.
- **Seniorenuniversität:** Die Einschreibung an einer „Universität des dritten Lebensalters“, um eine neue Sprache oder Geschichte zu lernen. Dies steht für das Bekenntnis zum „lebenslangen Lernen“, hält den Geist aktiv und erweitert den sozialen Kreis.

Lebensqualität: Die subjektive Erfahrung

Während sich Konzepte für gesundes und aktives Altern oft auf funktionelle Fähigkeiten und gesellschaftliche Teilhabe konzentrieren, steht im Rahmenkonzept der Lebensqualität die subjektive Erfahrung des Einzelnen hinsichtlich seiner eigenen Existenz im Mittelpunkt. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Lebensqualität als die Wahrnehmung eines Menschen hinsichtlich seiner Lebenssituation im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in denen er lebt, sowie in Bezug auf seine Ziele, Erwartungen und Anliegen (The WHOQOL Group, 1998). Dieses Konzept ist mehrdimensional und geht über traditionelle medizinische Indikatoren hinaus, um psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und persönliche Überzeugungen einzubeziehen.

Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung dient die Lebensqualität als entscheidender Indikator für das Wohlbefinden, das auch dann noch bestehen bleibt, wenn die körperliche Gesundheit nachlässt. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die Lebensqualität bei älteren Menschen eng mit den Konzepten der Autonomie (der Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen) und der Kontrolle über den Tagesablauf verbunden ist (Wiggins et al., 2004). Im Gegensatz zu bestimmten Lebensstandards, die sich auf Einkommen und materiellen Besitz konzentrieren, misst die Lebensqualität, wie zufrieden sich eine Person mit ihren sozialen Beziehungen, ihrem Gefühl der Würde und ihrer Fähigkeit zur Selbstverwirklichung im höheren Lebensalter fühlt. Daher ist die Lebensqualität für viele ältere Menschen enger mit Autonomie (der Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen) und Verbundenheit (Beziehung zu anderen) verbunden als mit der Abwesenheit körperlicher Schmerzen.

Für Fachkräfte erfordert das Rahmenkonzept der Lebensqualität einen Perspektivwechsel: weg von der Frage „*Wie lautet die Diagnose?*“ hin zur Frage „*Was macht das Leben für diese Person lebenswert?*“ Indem sie die persönlichen Werte eines Menschen – einschließlich seines Bedürfnisses nach Intimität, Privatsphäre und Identität – in den Vordergrund stellen, können Pflegekräfte eine würdevolle Lebensphase unterstützen, die von der Person selbst definiert wird, die sie erlebt, und nicht von ihren klinischen Einschränkungen.

Beispiele für Lebensqualität



**Bewahrung
des
persönlichen
Stils und der
Identität**



**Privatsphäre
und
Intimität**



**Autonomie
bei kleinen
Entscheidungen**

*Bilder erstellt/bezogen über Canva (2026)

- **Bewahrung des persönlichen Stils und der Identität:** Ein älterer Mensch in einem Pflegeheim kleidet sich weiterhin in seinem bevorzugten Stil und trägt sein Lieblingsparfüm bzw. sein Lieblingsaftershave. Dieses subjektive Gefühl der „Selbstentfaltung“ ist ein wesentlicher Bestandteil der psychologischen Lebensqualität.

- **Privatsphäre und Intimität:** Die Autonomie, ungestört Zeit mit einem Partner oder einem engen Freund zu verbringen. Für viele wird Lebensqualität durch die Freiheit definiert, intime Beziehungen zu pflegen.
- **Autonomie bei kleinen Entscheidungen:** Die Fähigkeit, die eigenen Essenszeiten selbst zu bestimmen, zu entscheiden, was man im Fernsehen anschauen möchte, oder wann man spazieren geht. In der Gerontologie ist das Gefühl der „Kontrolle“ über den Alltag einer der stärksten Prädiktoren für eine hohe Lebensqualität.

Messung der Lebensqualität

Um die subjektive Erfahrung des Alterns zu messen, stützen sich Forscher und Praktiker in der Regel auf validierte, evidenzbasierte Instrumente, die den multidimensionalen Charakter des Wohlbefindens erfassen. Zwei der weltweit anerkanntesten Rahmenwerke zur Bewertung der Lebensqualität sind der **WHOQOL-BREF** und der **CASP-19** (siehe auch die Aktivitäten im Toolkit im Anhang).

Der von der WHO entwickelte WHOQOL-BREF ist ein Fragebogen mit 26 Items und steht hier in über 40 Sprachen zum Download bereit: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

Der CASP-19 richtet sich an ältere Menschen und konzentriert sich weniger auf gesundheitsbezogene Indikatoren als vielmehr auf *das Gedeihen* im Alter. Er ist in zahlreichen Sprachen verfügbar, um internationale Forschung und Praxis zu unterstützen: <https://casp19.com/casp-translations/>

Weitere praktische Informationen sowie Anleitungen zur Anwendung dieser Instrumente finden Sie im strukturierten [Unterrichtsentwurf](#) für Modul 1 und [Übung 2](#).

Der Einsatz dieser Instrumente ermöglicht es Fachkräften, über klinische Beobachtungen hinauszugehen und ein direktes, personenzentriertes Verständnis des Wohlbefindens eines Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg zu erlangen.

Sexualität und Identität im Kontext ganzheitlichen Wohlbefindens

Ein wirklich ganzheitlicher Ansatz für diese Rahmenkonzepte muss anerkennen, dass Sexualität und Identität integraler Bestandteil des Wohlbefindens sind und nicht mit Erreichen eines bestimmten chronologischen Alters enden. Innerhalb der Modelle für aktives Altern und Lebensqualität ist Sexualität nicht bloß eine biologische Funktion, sondern ein grundlegender Ausdruck von Identität, Beziehung und Handlungsfähigkeit. Zur Realität des späteren Lebens gehören das Fortbestehen des Verlangens, das Bedürfnis nach Berührung und die Aufrechterhaltung eines sexuellen Selbstverständnisses – allesamt Faktoren, die wesentlich zur psychischen Resilienz beitragen.

Wenn Fachkräfte Sexualität ignorieren oder als irrelevant behandeln, untergraben sie die Säulen der Lebensqualität, nämlich Autonomie und Selbstverwirklichung. Ganzheitliche Unterstützung erfordert einen Perspektivwechsel: die Erkenntnis, dass für viele Menschen ein würdevolles Leben die Freiheit beinhaltet, ihre Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung auszudrücken und über die gesamte Lebensspanne hinweg Intimität und Verbundenheit anzustreben. Die Einbeziehung von Sexualität in Konzepte für positives Altern stellt sicher, dass wir den ganzen Menschen unterstützen und nicht nur eine klinische Version des „höheren Alters“.

Synergien mit den „Never Gets Old“-Fokusgruppen

Die in Modul 1 untersuchten theoretischen Rahmenkonzepte liefern Anhaltspunkte für die Interpretation der Lebenserfahrungen, die die Teilnehmenden*innen unserer nationalen Fokusgruppen geteilt haben. Im Verlauf der Diskussionen fanden die vorgestellten Rahmenkonzepte ihren Niederschlag, und die Teilnehmenden*innen definierten ihre alltäglichen Bedürfnisse; dabei gingen sie oft über klinische Gesundheitsaspekte hinaus, um die Bedeutung von Autonomie und die subjektiven Empfindungen des Älterwerdens hervorzuheben.

„Niemand will alt werden. Ich will es nicht. [...] Ich glaube nicht, dass es irgendjemandem gefällt. Das ist ein sehr innerer Prozess, und man muss wissen, wie man alt wird. Und zu wissen, wie man alt wird, ist nicht für jeden einfach [...]“ – Teilnehmenden aus Portugal.

Die Natur von Geschlecht und Kultur spiegelte sich auch in der Gruppendynamik wider, da kulturelle Erwartungen hinsichtlich der familiären Pflege oder geschlechtsspezifische Normen beeinflussen, wie Einzelpersonen über ihre Identitäten sprechen.

„Ich glaube, die Menschen halten sich immer noch sehr zurück. Meine Großmutter zum Beispiel wurde schon früh Witwe. Es war jedoch undenkbar, sich ein neues Leben aufzubauen. Niemals in ihrem Leben. In ihren Augen ergab das keinen Sinn [...]“ – Teilnehmendenin aus Portugal

„Als lesbische Rentnerin stehe ich doppelt ‚außerhalb‘.“ – Teilnehmendenin aus Deutschland

Darüber hinaus zeigten sich die Determinanten des aktiven Alterns, insbesondere soziale Unterstützung, als praktische Hindernisse oder fördernde Faktoren in ihrem Leben.

„Nachdem ihr zweiter Ehemann gestorben war, hat sie bei sich zu Hause eine Art Club organisiert ... und pflegt jeden Tag soziale Kontakte.“ – Teilnehmenden aus Rumänien

„Ich finde diese generationsübergreifende Arbeit großartig, denn ich glaube, ich kann noch viel lernen. Es ist nicht so, dass ich früher nicht jung war, aber ich war zu einer anderen Zeit jung [...]“ – Teilnehmendenin aus Portugal

Indem wir diese Erkenntnisse aus den Fokusgruppen in diese etablierten Rahmenkonzepte einordnen, wird deutlich, dass der demografische Wandel nicht nur eine statistische Herausforderung ist, sondern auch eine persönliche Erfahrung, bei der die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Sexualität über die gesamte Lebensspanne hinweg im Mittelpunkt eines personenzentrierten Pflegemodells steht.

Berufliche Herausforderungen

Die Umsetzung von Konzepten für positives Altern in die tägliche Praxis kann für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen Herausforderungen mit sich bringen. Oft befinden sich Fachkräfte in einem Spannungsfeld zwischen dem biomedizinischen Modell, das Sicherheit und Risikomanagement in den Vordergrund stellt, und dem Konzept der Lebensqualität, das Autonomie und das Recht auf das Eingehen würdiger Risiken betont.

So kann beispielsweise die Unterstützung der sexuellen Identität oder des Bedürfnisses nach Intimität eines älteren Menschen in einer stationären Einrichtung im Widerspruch zu starren institutionellen Protokollen oder veralteten beruflichen Grenzen stehen. Darüber hinaus ist es für Fachkräfte eine Herausforderung, innerhalb der bestehenden Systeme stets eine personenzentrierte Pflege zu leisten, während sie zunehmend durch Personalmangel und begrenzte Ressourcen unter Druck stehen. Um diese Kluft zu überbrücken, ist ein Umdenken in der beruflichen Haltung erforderlich: weg von der Rolle als Beschützer älterer Menschen hin zur Rolle als Förderer ihrer fortbestehenden Handlungsfähigkeit und Selbstentfaltung.

Tipps, wie Sie ältere Menschen besser unterstützen und einen stärker personenzentrierten Ansatz umsetzen können, finden Sie im folgenden Abschnitt: [Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte](#) oder werfen Sie einen Blick auf den [Unterrichtsplan](#) für Modul 1 und [Übung 3](#).

Schutzbedürftige Gruppen und Intersektionalität

Zwar bieten Konzepte wie „Aktives Altern“ ein universelles Ideal, doch werden sie nicht von allen gleichermaßen erlebt. Ein intersektionaler Ansatz ist notwendig, um zu verstehen, wie sich verschiedene Identitäten wie

ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität, sich überschneiden und einzigartige Hindernisse für das Wohlbefinden schaffen.

So können beispielsweise ältere LSBTIQ+-Menschen einer doppelten Unsichtbarkeit ausgesetzt sein und befürchten, dass ihre sexuelle Identität in traditionellen Pflegeumgebungen nicht respektiert wird, was dazu führt, dass sie wesentliche Teile ihres Lebens verbergen. In ähnlicher Weise können ältere Migranten mit einer kulturellen Entfremdung konfrontiert sein, wenn die allgemeinen Gesundheitsdienste ihre spezifischen Traditionen in Bezug auf Familie und Pflege nicht berücksichtigen.

Die Anerkennung dieser sich überschneidenden Vulnerabilitäten stellt sicher, dass positives Altern kein „Einheitskonzept“ ist, sondern ein flexibles Unterstützungssystem, das die Rechte und die Würde jedes Einzelnen schützt, unabhängig von seinem Hintergrund.



Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Der Übergang von der Theorie zur Praxis erfordert eine Veränderung in der Art und Weise, wie wir mit älteren Menschen umgehen. Die folgenden Leitlinien sollen Fachkräften dabei helfen, Konzepte des positiven Alterns umzusetzen und dabei ethische Standards und Sensibilität zu wahren.

Empfehlungen zur Kommunikation

Bestätigen, nicht infantilisieren: Vermeiden Sie „Elderspeak“ (die Verwendung hoher Stimmlagen oder übermäßig vereinfachter Sprache). Behandeln Sie ältere Menschen als die autonomen Gleichgestellten, die sie sind.

Aktives Zuhören zur Identitätsfindung: Achten Sie auf Hinweise zur Identität einer Person, zu früheren Rollen und aktuellen Wünschen. Sexualität und Intimität werden oft in „Grautönen“ angesprochen – subtile Andeutungen, die eine einfühlsame, nicht wertende Reaktion erfordern.

Verhaltensregeln

Tu	Nicht
Verwenden Sie eine „Person-First“-Sprache und sprechen Sie die Person als Gleichberechtigten an, unabhängig von ihrem körperlichen oder kognitiven Zustand.	Verwenden Sie kein „Elderspeak“ (Babysprache, hohe Stimmlage oder Sammelbezeichnungen wie „wir“), das die Würde einer Person beeinträchtigt.
Fördern Sie die gemeinsame Entscheidungsfindung und ermöglichen Sie es der Person, das Gespräch über ihre Pflege und ihren Tagesablauf zu leiten.	Machen Sie keine Annahmen darüber, was eine Person kann oder nicht kann, nur aufgrund ihres Alters oder ihrer medizinischen Diagnose.
Schaffen Sie private Räume für den Ausdruck von Intimität und Geschlechtsidentität (z. B. klopfen Sie an und warten Sie auf eine Antwort, bevor Sie den Raum betreten).	Pathologisieren oder ignorieren Sie die sexuelle Gesundheit oder Identität älterer Menschen nicht und behandeln Sie diese nicht als unangemessen oder als Symptom.
Betrachten Sie den „ganzen Menschen“ und berücksichtigen Sie neben dem klinischen Gesundheitszustand auch den kulturellen Hintergrund, die spirituellen Bedürfnisse und die Lebensgeschichte.	Behandeln Sie die Person nicht als „Fall“ oder als Liste medizinischer Symptome; vermeiden Sie es, sich ausschließlich auf den biologischen Verfall zu konzentrieren.

Unterstützen Sie die „Würde des Risikos“ und ermöglichen Sie es den Betroffenen, Entscheidungen zu treffen, die ihre Lebensfreude steigern, auch wenn diese mit geringen Risiken verbunden sind.	Räumen Sie der institutionellen Sicherheit nicht so viel Vorrang ein, dass dies zum „sozialen Tod“ oder zur völligen Einschränkung des Einzelnen führt.
Fragen Sie offene Fragen: „Wie bedeutet ‚Unabhängigkeit‘ für dich heute?“	Gehen Sie nicht von Asexualität aus: Tun Sie den Wunsch eines Bewohners nach Privatsphäre oder den Ausdruck seiner Geschlechtsidentität niemals als unangemessen ab.

Ethische Überlegungen

Die wichtigste ethische Spannung in der Altenpflege ist das Gleichgewicht zwischen Wohltätigkeit (im besten Interesse der Person zu handeln) und Autonomie (ihr Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren). Fachkräfte sollten nach Möglichkeit das Prinzip der „Würde des Risikos“ anwenden und anerkennen, dass ein Leben ohne Risiko ein Leben ohne Freiheit ist. Die Gewährleistung, dass ältere Menschen ihre Sexualität und Identität zum Ausdruck bringen können, ist eine Frage der grundlegenden Menschenrechte und kein klinischer Luxus.



Zusammenfassung und Proportional Message

Modul 1 stellt fest, dass das Altern ein dynamischer und multidimensionaler Prozess ist und nicht einfach eine Geschichte des unvermeidlichen Verfalls. Die zentrale Erkenntnis ist, dass positives Altern durch das Zusammenspiel von gesundem Altern (Funktionsfähigkeit), aktivem Altern (Teilnahme und Sicherheit) und Lebensqualität (subjektive Zufriedenheit) erreicht wird. Wir haben gesehen, dass demografische Veränderungen in ganz Europa zwar wirtschaftliche Herausforderungen mit sich bringen, der Schwerpunkt für Fachkräfte jedoch weiterhin auf der Unabhängigkeit und Autonomie des Einzelnen liegen muss.

Zu den Proportional Message gehört die Anerkennung von Kultur und Geschlecht als übergreifende Perspektiven, die bestimmen, wie Menschen das Altern erleben und Zugang zu Pflege erhalten. Darüber hinaus müssen wir anerkennen, dass Identität und Sexualität über die gesamte Lebensspanne hinweg bestehen bleiben; sie sind wesentliche Bestandteile des Wohlbefindens, die professionelle Anerkennung und Unterstützung erfordern. Durch den Übergang zu einem ganzheitlichen, personenzentrierten Ansatz können wir sicherstellen, dass sich die „Never Gets Old“-Philosophie in jeder Interaktion widerspiegelt und die Würde jedes älteren Menschen unabhängig von seinem Hintergrund oder körperlichen Zustand gewahrt bleibt.



Praktische Hilfsmittel

Unterrichtsplan Modul 1

Der Unterrichtsplan ist ein strukturierter Leitfaden, der Trainer*innenn oder Fachkräften Anweisungen zur Durchführung von Modul 1 in einer Gruppe gibt. Er bietet einen Rahmen für eine Schulungsdauer von 2,5 Stunden mit einer dazugehörigen PowerPoint-Präsentation, listet Lernziele und eine Checkliste zur Vorbereitung auf und beschreibt drei Übungen (siehe unten).

- **Unterrichtsplan Modul 1** – Demografischer Wandel und Rahmenkonzepte für positives Altern, einschließlich Anleitungen zu den Übungen.

- **Präsentation Modul 1** – Alternde Bevölkerung und positive Ansätze zum Altern.

Übung 1 – World Café

Ziel: Verknüpfung der EU-Daten mit der spezifischen regionalen und beruflichen Realität der Lernenden mithilfe der World-Café-Methode (siehe Anweisungen im Unterrichtsplan).

- Bezeichnungen der World-Café-Stationen

Übung 2 – Messung der Lebensqualität

Ziel: Übung im Umgang mit den Instrumenten WHOQOL-BREF und CASP-19 anhand von Rollenspielszenarien (siehe Anweisungen im Unterrichtsentwurf).

- Rollenspiel-Charakterkarten – für *Fachkräfte* und *ältere Erwachsene*.
- Fragebogen WHOQOL-BREF.

Übung 3 – Analyse von Fallstudien und Erstellung eines 3-Stufen-Aktionsplans

Ziel: Anwendung der *Gender- und Kulturperspektive* sowie Lösung ethischer Dilemmata anhand von Fallstudien und Erstellung von 3-Stufen-Aktionsplänen (siehe Anweisungen im Unterrichtsentwurf).

- Fallstudienkarten.
- Arbeitsblatt „3-Stufen-Aktionsplan“.

Literaturverzeichnis

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K. & Myint, P. K. (2022). Determinanten des gesunden Alterns: eine systematische Übersicht über die aktuelle Literatur. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215–1223.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). Der Weltbericht über Altern und Gesundheit: Ein politischer Rahmen für gesundes Altern. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.
- De Gobbi, M. S., Kühn, S., Heins, G., & Malikova, Z. (2025). Demografischer Wandel in Europa und Zentralasien: Bewältigung des Problems einer schrumpfenden und alternden Erwerbsbevölkerung (Nr. 139). ILO-Arbeitspapier. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/324229/1/1929162480.pdf>
- Europäische Kommission. (2024). Der Altersbericht 2024: Wirtschafts- und Haushaltsprognosen für die EU-Mitgliedstaaten (2022–2070) (Institutionelles Papier 279). Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. <https://doi.org/10.2765/049223>
- Europäische Kommission. (2021). Grünbuch zum Thema Altern: Förderung von Solidarität und Verantwortung zwischen den Generationen. https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/green_paper_ageing_2021_en.pdf
- Eurostat. (2024, September). Bevölkerungsstruktur und demographischen Wandel. Europäische Kommission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Eurostat. (2025). Demografie in Europa – 2025 Ausgabe. Interaktive Publikation. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2025>
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). „Grautöne“: Eine Untersuchung der öffentlichen Meinung zur Sexualität im Alter. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647–661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. und Ayalon, L. (2018) „Ageism and Sexuality“, in: Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, S. 149–162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>
- Hello Leaders. (13. März 2024). Ganzheitliche Pflege: Ein umfassender Ansatz für das Wohlbefinden im Altenpflegesektor. <https://helloleaders.com.au/article/holistic-care-a-comprehensive-approach-to-well-being-in-the-aged-care-sector>
- Paúl, C., Ribeiro, O. & Teixeira, L. (2012). Aktives Altern: Ein empirischer Ansatz zum WHO-Modell. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Ribeiro, M. G. (26. Juni 2025). Aktives Altern: Europäische Rahmenbedingungen und Fortschritte. Europäische Vereinigung für Erwachsenenbildung. <https://eaea.org/2025/06/26/active-ageing-european-frameworks-and-progress/>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R. & Grymowicz, M. (2020). Der Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für gesundes Altern. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>



DIE WHOQOL-GRUPPE. (1998). Entwicklung des WHOQOL-BREF-Fragebogens der Weltgesundheitsorganisation zur Bewertung der Lebensqualität. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. doi:10.1017/S0033291798006667

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P. & Blane, D. (2004). Die Casp-19-Skala zur Lebensqualität im Alter: ihre Messcharakteristika, Reliabilität und Validität. *Ageing & Society*, 24(5), 693–706.

Weltgesundheitsorganisation. (28. April 2025). Altern: Altersdiskriminierung. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Welt Gesundheits Organisation. (2020). Jahrzehnt der gesunden Altern: Grundlagenbericht .
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Weltgesundheitsorganisation. (2002). Aktives Altern: Ein politischer Rahmen (Nr. WHO/NMH/NPH/02.8). Weltgesundheitsorganisation.



MODUL 2

Altersdiskriminierung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen

Entwickelt von:

Elisa Klein-Peters

Proportional Message



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Dieses Modul untersucht, wie Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung aufgrund des Alters systemische Barrieren für ältere Menschen schaffen. Wir gehen über allgemeine Altersdiskriminierung hinaus und befassen uns speziell mit *sexueller Altersdiskriminierung*, der Annahme, dass ältere Menschen asexuell sind, und der daraus resultierenden Missachtung ihrer Beziehungs- und Identitätsbedürfnisse.

Im Kontext von Sexualität und Diversität wirkt Altersdiskriminierung wie ein *stiller* Akteur. Wenn Fachkräfte altersdiskriminierende Vorurteile hegen, übersehen sie die sexuelle Gesundheit, die Geschlechtsidentität und die intimen Bedürfnisse älterer Menschen. Dies kann zu einer geringeren Lebensqualität, zunehmender sozialer Isolation und medizinischen Fehlern führen, bei denen Probleme der sexuellen Gesundheit fälschlicherweise als bloßer Teil des Alterungsprozesses diagnostiziert werden.

Ergebnisse aus den „Never Gets Old“-Fokusgruppen (WP2) zeigten eine erhebliche Wissens- und Komfortlücke auf. Während Fachkräfte den Gedanken einer ganzheitlichen Betreuung schätzen, gaben viele an, dass das Ansprechen von Sexualität mit älteren Menschen unangemessen erscheine und sehr oft keine Priorität habe. Daten aus WP2 zeigen, dass institutionelle Praktiken oft Sicherheit und Hygiene vor Intimität priorisieren und ältere Menschen damit effektiv „entsexualisieren“, um dem Komfort der Einrichtung gerecht zu werden.

Durch die Absolvierung dieses Moduls entwickeln Fachkräfte „*Bias-Literacy*“ – die Fähigkeit, altersdiskriminierende Auslöser bei sich selbst und in ihren Einrichtungen zu erkennen. Sie erwerben das Vokabular, um sich für die sexuellen Rechte älterer Menschen einzusetzen, sowie die Werkzeuge, um Mythen zu entkräften, die eine inklusive Pflege behindern.

Lernziele Modul 2

Gewünschte Ergebnisse: Was werden die Lernenden wissen oder können?	Nachweis: Woran erkennen wir, dass die Ziele erreicht wurden?
Die drei Ebenen der Altersdiskriminierung (institutionell, zwischenmenschlich, verinnerlicht) und deren systemische Auswirkungen identifizieren und definieren.	Die Lernenden ordnen reale Szenarien erfolgreich den richtigen Mythen zu und identifizieren korrekt die jeweilige Ebene der Altersdiskriminierung, um die es in jedem Fall geht (Übung 1).
Die Diskrepanz zwischen der expliziten beruflichen Befürwortung sexueller Rechte und impliziten persönlichen Vorurteilen oder Unbehagen erkennen.	Die Lernenden können die fünf Hauptforschungsthemen identifizieren, die Gewirtz-Meydan und Ayalon (2020) in den Reaktionen des Personals festgestellt haben, und inklusive alternative Reaktionen vorschlagen (Übung 2).
Verstehen, wie sich Geschlecht, Kultur und kognitiver Status überschneiden und so einzigartige Barrieren für Intimität schaffen.	Anhand der „Shades of Grey“-Diskussionen können die Lernenden darlegen, warum ein <i>einheitlicher</i> Pflegeplan LSBTIQ+-Senioren oder Frauen, die mit geschlechtsspezifischen Schönheitsidealen konfrontiert sind, nicht gerecht wird.
Das <i>Stereotyp der Asexualität</i> und die Priorisierung von Sicherheit gegenüber dem Recht Erwachsener auf Privatsphäre hinterfragen.	Erfolgreiche Entwicklung einer Kampagne gegen Altersdiskriminierung, die respektvolle Sprache und einen konkreten <i>Aufruf zum Handeln</i> beinhaltet (Übung 3).



Schlüsselbegriffe und Definitionen

Altersdiskriminierung: Bezieht sich auf **Stereotypen** (wie wir denken), **Vorurteile** (wie wir fühlen) und **Diskriminierung** (wie wir handeln) gegenüber anderen oder sich selbst aufgrund des Alters (WHO, 2025).

Stereotypen: Kognitive Strukturen, in denen unsere Gedanken, Überzeugungen und Erwartungen hinsichtlich der Merkmale von Angehörigen sozialer Gruppen gespeichert sind. Im Falle von Altersdiskriminierung werden Altersstereotypen verwendet, um Rückschlüsse auf Menschen einer bestimmten Altersgruppe zu ziehen und das Verhalten ihnen gegenüber zu steuern (WHO, 2021).

Vorurteil: Eine affektive Reaktion oder ein Gefühl, das sich gegen eine Person richtet, die einer bestimmten sozialen Gruppe angehört. Im Falle von Altersdiskriminierung richtet sich das Vorurteil gegen Personen, die als Angehörige einer bestimmten Altersgruppe wahrgenommen werden, unabhängig davon, ob sie tatsächlich zu dieser Gruppe gehören (WHO, 2021).

Diskriminierung: Alle Handlungen, Praktiken, Gesetze oder Richtlinien, die auf Menschen aufgrund ihrer wahrgenommenen oder tatsächlichen Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich relevanten Gruppe angewendet werden und ihnen eine Form der direkten oder indirekten Benachteiligung (negative Diskriminierung) oder Begünstigung (positive Diskriminierung) auferlegen. Im Falle der altersbedingten Diskriminierung richten sich diese Handlungen, Praktiken und Richtlinien gegen Menschen, die als Angehörige einer bestimmten Altersgruppe wahrgenommen werden (WHO, 2010).

Institutioneller Altersdiskriminismus: Gesetze, Vorschriften, Normen, Richtlinien und Praktiken von Institutionen – sowie die Ideologien, die zu ihrer Rechtfertigung gefördert werden –, die Chancen ungerechtfertigt einschränken und Personen aufgrund ihres Alters systematisch benachteiligen (WHO, 2021).

Zwischenmenschlicher Altersdiskriminierung: Altersdiskriminierung, die im Rahmen von Interaktionen zwischen zwei oder mehr Personen auftritt. Bei der zwischenmenschlichen Altersdiskriminierung wird zwischen dem Täter und dem Opfer der Altersdiskriminierung unterschieden (WHO, 2021).

Verinnerlichter Altersdiskriminierung / Selbstgerichtete Altersdiskriminierung: Gegen sich selbst gerichtete Altersdiskriminierung. Menschen verinnerlichen altersbezogene Vorurteile aus der sie umgebenden Kultur, nachdem sie diesen wiederholt ausgesetzt waren, und wenden diese Vorurteile dann auf sich selbst an (WHO, 2021).

Expliziter Altersdiskriminierung: Altersdiskriminierung, die von einer Person bewusst und absichtlich ausgeübt wird. Sie wird oft der impliziten Altersdiskriminierung gegenübergestellt, die weitgehend außerhalb des Bewusstseins stattfindet (WHO, 2021).

Impliziter Altersdiskriminierung: Altersdiskriminierung, die von einer Person ohne bewusstes Bewusstsein und ohne Absicht ausgeübt wird (WHO, 2021).

Sexueller Altersdiskriminierung: Die spezifische Überzeugung, dass ältere Menschen asexuell sind oder sein sollten, dass sexuelles Interesse im Alter abnormal ist und dass sie nicht in der Lage sind, Sex zu haben oder ein Sexualleben zu genießen, wie sie es in ihrer Jugend taten (Surles, 2023).

„Elderspeak“: Anpassungen der Sprachmuster, die jüngere Menschen manchmal bei der Kommunikation mit älteren Erwachsenen vornehmen, wie z. B. langsamer oder lauter zu sprechen, Sätze zu verkürzen oder einen begrenzten oder weniger komplexen Wortschatz zu verwenden. Diese vereinfachten Sprachmuster basieren implizit auf der Annahme, dass ältere Erwachsene kognitiv beeinträchtigt oder nicht in der Lage sind, normale Sprache zu verstehen (WHO, 2021).

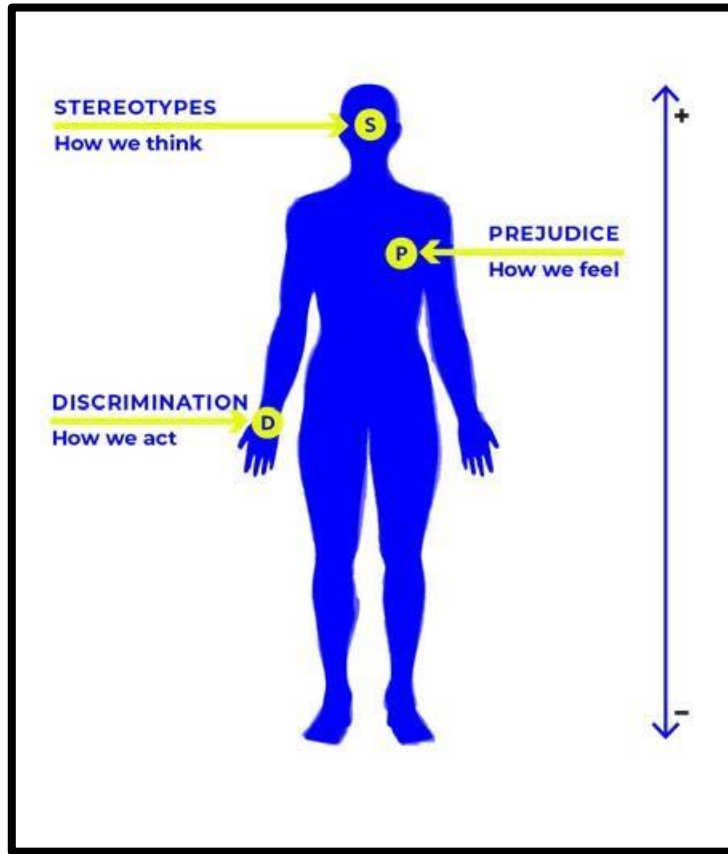


Abbildung 4 – Die drei Dimensionen des Ageismus, darunter Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung (WHO, 2021).



Das Thema verstehen

Auswirkungen von Altersdiskriminierung

Vom Druck, jedes graue Haar zu überfärben, bis hin zu Anti-Aging-Produkten – die Botschaft ist klar: Jugend scheint der Maßstab für Wert zu sein, und alt zu sein gilt es zu vermeiden. Dabei wird außer Acht gelassen, dass diese Stereotypen eine Welt schaffen, die für alle weniger einladend sein wird, wenn sie dort ankommen.

Sexuelle Gesundheit, Identitäten und Intimität sind für die Lebensqualität älterer Menschen von entscheidender Bedeutung, doch in der Gesellschaft gibt es viele Überzeugungen und Vorurteile hinsichtlich der Sexualität im Alter. Altersdiskriminierung wird oft als das *letzte gesellschaftlich akzeptierte Vorurteil* beschrieben (Abrams, 2023). Mit anderen Worten: Während unsere Gesellschaft hart daran gearbeitet hat, Diskriminierung aufgrund von Merkmalen wie Hautfarbe oder Geschlecht zu bekämpfen, werden Vorurteile gegenüber älteren Menschen oft noch ignoriert oder sogar als „normal“ angesehen.

Altersdiskriminierung bezieht sich auf Stereotypen – also wie wir denken –, Vorurteile – also wie wir fühlen – und Diskriminierung – also wie wir handeln –, gegenüber anderen oder sich selbst aufgrund des Alters (WHO, 2025). Während explizite Altersdiskriminierung bewusst und absichtlich erfolgt, vollzieht sich implizite Altersdiskriminierung weitgehend außerhalb des Bewusstseins und ohne bewusste Absicht.

Es ist wichtig zu erkennen, dass altersbedingte Voreingenommenheit ein universelles Phänomen ist, das Menschen in jeder Lebensphase betreffen kann. Altersdiskriminierung tritt immer dann auf, wenn Stereotypen, Vorurteile oder Diskriminierung aufgrund des Alters gegen Menschen gerichtet sind. Ein Hinweis zum Schwerpunkt: Während Altersdiskriminierung alle Generationen betrifft, konzentriert sich Modul 2

konzentriert sich speziell auf Altersdiskriminierung, die sich gegen ältere Erwachsene richtet. Diese Ausrichtung stellt sicher, dass unsere Schulung direkt die Mission des Projekts „Never Gets Old“ unterstützt und die einzigartigen systemischen Barrieren und Tabus thematisiert, die die sexuellen Rechte und das ganzheitliche Wohlbefinden älterer Menschen beeinträchtigen.

Es ist bekannt, dass Altersdiskriminierung das Leben älterer Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinträchtigt. Er geht mit einer schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheit einher (Lyons et al., 2018; Robb et al., 2002), führt zu einer geringeren Lebensqualität (Bodner & Cohen-Fridel, 2019) sowie zu höheren Raten von Einsamkeit und sozialer Isolation (Donizzetti & Lagacé, 2022). Daher stellt er ein großes Hindernis für gesundes Altern dar. Im Allgemeinen haben Untersuchungen gezeigt, dass Erfahrungen mit Altersdiskriminierung bei Menschen ohne Partner, bei Arbeitslosen sowie bei Personen mit geringerem Einkommen und schlechterer selbst eingeschätzter Gesundheit stärker ausgeprägt sind (Heywood et al., 2019).

Im folgenden Abschnitt werden wir verschiedene Perspektiven des Ageismus untersuchen.

Drei Ebenen des Ageismus

Um Altersdiskriminierung wirklich zu verstehen, müssen wir über einzelne Äußerungen hinausblicken. Altersdiskriminierung ist ein vielschichtiges Phänomen, das auf verschiedenen Ebenen auftritt; sie findet sich in den Gesetzen unserer Länder, in den Interaktionen auf unseren Fluren und sogar in den stillen Gedanken in unseren eigenen Köpfen. Altersdiskriminierung ist nicht nur ein persönliches Gefühl; sie ist in unsere Systeme eingebettet und lässt sich in drei unterschiedliche Ebenen einteilen: institutionelle, zwischenmenschliche und verinnerlichte Altersdiskriminierung.

1. Institutionelle Altersdiskriminierung (die systemische Ebene)

Institutioneller Altersdiskriminierung bezieht sich auf Gesetze, Vorschriften, soziale Normen und Praktiken von Organisationen, die Menschen aufgrund ihres Alters in ihren Möglichkeiten einschränken oder benachteiligen (WHO, 2021). Dies ist oft die am wenigsten sichtbare Form, da sie fest in die Funktionsweise der Gesellschaft eingebettet ist.

Ein Paradebeispiel ist die Altersobergrenze für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen im Gesundheitswesen. In vielen Regionen werden routinemäßige Untersuchungen zur sexuellen Gesundheit oder zur reproduktiven Gesundheit automatisch eingestellt, sobald eine Patientin das 65. Lebensjahr erreicht, und zwar unter der altersdiskriminierenden Annahme, dass sie nicht mehr sexuell aktiv ist oder kein Risiko mehr für sexuell übertragbare Infektionen besteht. Dies schafft einen systemischen blinden Fleck, in dem ältere Erwachsene eine minderwertigere Vorsorge erhalten als jüngere Erwachsene – allein aufgrund einer Zahl in einer Tabelle.

Im Arbeitsbereich wäre ein weiteres Beispiel Altersdiskriminierung, die sich durch systemische Barrieren manifestiert, wie beispielsweise diskriminierende Einstellungsverfahren, die jüngere Bewerber bevorzugen, oder obligatorische Ruhestandsalter, die qualifizierte Fachkräfte unabhängig von ihrer tatsächlichen Kompetenz aus ihren Positionen drängen.

2. Zwischenmenschlicher Altersdiskriminierung (die soziale Ebene)

Diese Ebene tritt in den täglichen Interaktionen zwischen Menschen auf. Sie umfasst die Stereotypen und Vorurteile, die entstehen, wenn eine Person mit einer anderen interagiert (WHO, 2021).

In der professionellen Pflege äußert sich dies beispielsweise oft in Form von Mikroaggressionen oder abwertendem Verhalten. Wenn Mitarbeiter*innen beispielsweise Witze darüber machen, dass zwei Bewohner eine neue Liebesbeziehung eingehen, üben sie damit zwischenmenschlichen Altersdiskriminierung aus. Selbst wenn dies als harmloser Spaß gemeint ist, signalisieren diese Kommentare dem älteren Menschen, dass sein Wunsch nach Intimität eher Anlass zum Amüsement ist als ein legitimes menschliches Bedürfnis. Dies schafft eine Kultur der Scham und hält die Bewohner davon ab, die sozialen Kontakte zu suchen, die sie für ihr Wohlbefinden benötigen.

Ein weiteres Beispiel wäre, wenn wir gegenüber älteren Menschen einen übermäßig zuvorkommenden Ton oder eine vereinfachte Sprache verwenden – eine Praxis, die als „Elderspeak“ bekannt ist. Dadurch infantilisieren wir ältere Menschen und verstärken eine gesellschaftliche Wahrnehmung von Unfähigkeit, die oft zu respektloser oder abwertender Behandlung führt.

3. Verinnerlichter Altersdiskriminierung (auf persönlicher Ebene)

Verinnerlichter Altersdiskriminierung (auch als selbstgerichtete Altersdiskriminierung bezeichnet) liegt vor, wenn ältere Menschen die negativen Stereotypen, die sie ihr Leben lang gehört haben, auf sich selbst richten. Sexuelle Selbstdiskriminierung richtet sich somit gegen die eigene Person und manifestiert sich durch die Verinnerlichung externer Stereotypen und Vorurteile (Kerssies et al., 2025). Ältere Menschen beginnen zu glauben, dass die Mythen über das Altern tatsächlich auf sie zutreffen.

Man stelle sich zum Beispiel eine ältere Frau vor, die unter körperlichen Beschwerden wie Scheidentrockenheit leidet oder den Wunsch nach einem neuen Partner verspürt. Wenn sie die Botschaft verinnerlicht hat, dass sie „zu alt“ ist, um attraktiv zu sein, wird sie möglicherweise niemals ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen oder eine Beziehung eingehen. Dies ist vielleicht die schädlichste Ebene, da sie zu *Selbstaussgrenzung* führt. Die Person hindert sich selbst daran, Freude oder Gesundheit zu erfahren, weil sie das Gefühl hat, aufgrund ihres Alters nicht mehr für diese Erfahrungen qualifiziert zu sein.

Selbstgerichteter Altersdiskriminierung betrifft auch junge Menschen; so können beispielsweise Menschen in ihren Zwanzigern die Überzeugung verinnerlichen, dass ihnen für eine bestimmte Rolle oder eine berufliche Position die nötige Lebenserfahrung fehlt, was dazu führt, dass sie sich vorzeitig von Karrieremöglichkeiten ausschließen.

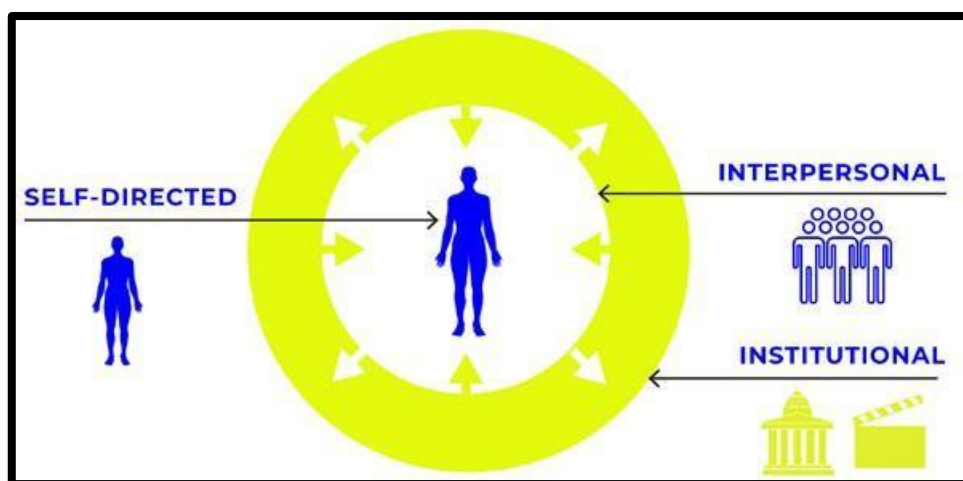


Abbildung 5 – Die drei Ebenen des Ageismus (WHO, 2021).

Diese drei Ebenen existieren nicht isoliert voneinander; sie beeinflussen sich gegenseitig. Die **institutionelle** Vernachlässigung der sexuellen Gesundheit verstärkt die **zwischenmenschliche** Vorstellung, dass ältere Menschen nicht sexuell aktiv sind, was schließlich zu der **verinnerlichten** Überzeugung führt, dass man gar nicht erst um Hilfe bitten sollte. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen, müssen Fachkräfte auf allen drei Ebenen gleichzeitig eingreifen.

Um mehr darüber zu erfahren, wie man die Ebenen des Ageismus mithilfe von 12 Mini-Fallstudien und Mythen zum Älterwerden identifizieren kann, lesen Sie bitte [Übung 1](#), die auf „*Demystifying the Myths of Ageing*“ (WHO, 2013) basiert.

Negative gesellschaftliche Überzeugungen und Tabus rund um die Sexualität im Alter

In vielen Kulturen löst die Schnittstelle zwischen *Alter* und *Sexualität* ein tiefgreifendes soziales Unbehagen aus. Dieses Unbehagen hat seine Wurzeln in verschiedenen gesellschaftlichen Überzeugungen, die Fachkräfte erkennen und hinterfragen lernen müssen. Sexueller Altersdiskriminierung ist die Überzeugung, dass ältere Menschen asexuell sind oder sein sollten und dass sexuelles Interesse im Alter abnormal ist. Sie tritt auf, wenn ältere Menschen stereotyp als nicht sexuell dargestellt werden, als unfähig, Sex zu haben oder ein Sexualleben zu genießen, wie sie es in ihrer Jugend taten (Surles, 2023).

Die Annahme der „Asexualität“

Die am weitesten verbreitete Überzeugung ist, dass das sexuelle Verlangen ab einem bestimmten Alter ganz natürlich erlischt. Dieses Tabu suggeriert, dass eine Person, sobald sie das reproduktive Alter hinter sich gelassen hat oder mit körperlichen Einschränkungen konfrontiert ist, asexuell wird. Wenn ältere Menschen sexuelles Interesse zum Ausdruck bringen, reagiert die Gesellschaft oft mit Entsetzen oder Spott (die Bilder vom „schmutzigen alten Mann“ oder der „raubtierhaften Großmutter“) und pathologisiert damit normales menschliches Verlangen. Dieses Tabu hindert ältere Menschen daran, mit Ärzt*innenn über sexuelle Gesundheit zu sprechen, da sie befürchten, als unangemessen beurteilt zu werden.

Die Heiligkeit des zerbrechlichen Körpers

Es gibt eine gesellschaftliche Tendenz, den alternden Körper durch eine Brille der Gebrechlichkeit zu betrachten, die mit Sexualität unvereinbar ist. Wir sehen ältere Menschen oft ausschließlich als Großeltern oder Patienten. Diese Rollen sind kulturell *entsexualisiert*. In institutionellen Einrichtungen manifestiert sich dieses Tabu in einer bestimmten Haltung: Das Personal hat möglicherweise das Gefühl, die Würde eines Bewohners zu schützen, indem es dessen sexuelle Identität ignoriert, während es ihm in Wirklichkeit seine Selbstbestimmung nimmt.

Die Doppelmoral in Bezug auf Alter und Geschlecht

Gesellschaftliche Tabus rund um Sexualität sind stark geschlechtsspezifisch geprägt. Männern wird in der Öffentlichkeit oft eine längere sexuelle Laufbahn zugestanden, während Frauen einer *Doppelmoral* ausgesetzt sind, bei der das Älterwerden mit einem Verlust an sexuellem Wert gleichgesetzt wird. Dies wird durch eine milliarden schwere Anti-Aging-Industrie verstärkt, die die natürlichen Zeichen eines gelebten Lebens – Falten, graue Haare, sich verändernde Körperformen – als *Probleme* abstempelt, die *behooben werden müssen*, und damit die Überzeugung weiter verfestigt, dass nur jugendliche Körper sexuell gültig sind.

Das Schweigen des „Closets“

Für ältere LSBTIQ+-Menschen gelten diese Tabus in doppeltem Maße. Viele haben Zeiten durchlebt, in denen ihre Identitäten kriminalisiert oder pathologisiert wurden. Es entstanden gesellschaftliche Tabus, die viele ältere LSBTIQ+QIA+-Erwachsene dazu zwingen, sich beim Eintritt in die Altenpflege wieder zu verstecken. Dieses Schweigen ist kein Mangel an Identität; es ist ein Überlebensmechanismus gegen eine Gesellschaft, die sich weigert, Vielfalt im Alter anzuerkennen.

Viele ältere LSBTIQ+QIA+-Menschen, die mit HIV leben, sehen sich gezwungen, sich bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung wieder zu „verstecken“. Diese Selbstverheimlichung wird oft durch einen Mangel an Fachwissen beim medizinischen Personal und bei den Mitbewohnern hinsichtlich moderner HIV-Behandlungen und der Übertragbarkeit der Infektion verursacht. Das soziale Stigma und die Angst rund um die Krankheit – Überbleibsel aus den Anfängen der Epidemie – verstärken diese Isolation noch. Nachdem sie ihr ganzes Leben lang mit systemischer Gewalt und Diskriminierung zu kämpfen hatten, entscheiden sich viele Menschen dafür, ihre Identität erneut zu verbergen, um weitere Vorurteile in der ungewohnten und oft heteronormativen Umgebung eines Pflegeheims zu vermeiden.

Diese Tabus schaffen einen Kreis des Schweigens:

- Der ältere Mensch schweigt, um nicht als *eklig* oder *schwierig* wahrgenommen zu werden.
- Das Fachpersonal schweigt, um Unbehagen oder Respektlosigkeit zu vermeiden.
- Die Familie schweigt, um ein bestimmtes Bild ihrer Eltern aufrechtzuerhalten.

Um diese Tabus zu durchbrechen, müssen Fachkräfte von einem „Sicherheit geht vor“-Modell zu einem *rechtsbasierten Modell* übergehen. Die Erkenntnis, dass Sexualität keine Phase der Jugend, sondern ein lebenslanges Recht ist, ist der erste Schritt zum Abbau der negativen gesellschaftlichen Vorurteile, die ältere Menschen isolieren.

Einige Mythen und Realitäten

Mythos	Realität
„Ältere Menschen haben keinen Sex.“	Nationale Umfragen zeigen, dass ein erheblicher Prozentsatz der Erwachsenen ab 70 Jahren weiterhin sexuell aktiv ist und Intimität schätzt. Gleichzeitig steigt die sexuelle Zufriedenheit mit zunehmendem Alter oft an oder bleibt stabil. Auch wenn sich die <i>körperlichen Aspekte</i> ändern mögen, vertiefen sich die emotionale Intimität und das Selbstvertrauen vertiefen sich oft.
„Ältere Körper sind unattraktiv und nicht sexuell.“	Schönheit ist ein soziales Konstrukt. Attraktivität im höheren Lebensalter hängt oft eher mit Vitalität und Verbundenheit zusammen als mit „makelloser“ Haut.
„Wenn sie keinen Geschlechtsverkehr haben können, ist ihr Sexualleben vorbei.“	Das ist die <i>Hegemonie der Penetration</i> . Zur Sexualität gehören Berührungen, Küssen, Masturbation und emotionale Nähe. Diese bleiben auch bei körperlichen Einschränkungen von entscheidender Bedeutung.
„Sex ist gefährlich für das Herz.“	Sexuelle Aktivität ist nicht anstrengender als das Hinaufsteigen von zwei Treppen; für die meisten ist sie eine sichere, gesunde körperliche Betätigung.
„Demenz macht einen asexuell.“	Das Bedürfnis nach Berührung und Verbundenheit ist eines der letzten Dinge, die nachlassen. Sexualität bleibt auch bei kognitivem Verfall ein zentraler Bestandteil der Identität.
„Geschlechtskrankheiten sind für Menschen über 65 kein Thema.“	Aufgrund des <i>Mythos der Asexualität</i> nutzen ältere Erwachsene seltener Verhütungsmittel oder lassen sich testen. Die Rate sexuell übertragbarer Infektionen in der älteren Bevölkerung ist deutlich gestiegen, da Ärzt*innen es versäumen, mit ihnen über Safer Sex mit ihnen besprechen.
„LSBTIQ+-Senioren ziehen sich wieder in den Schrank zurück.“	Zwar tun dies viele aus Angst, doch ist dies ein Versagen der institutionellen Kultur und keine Entscheidung des Einzelnen.

Eine Studie von Gewirtz-Meydan und Ayalon (2020) ist eine bahnbrechende qualitative Untersuchung, die über einfache Ja/Nein-Fragen zum Thema Altersdiskriminierung hinausgeht. Sie beleuchtet insbesondere die *Grauzonen* – die komplexen, oft widersprüchlichen Sichtweisen der Öffentlichkeit auf Sexualität im höheren Lebensalter.

Die meisten Studien zum Thema Altersdiskriminierung verwenden quantitative Skalen (mit einer Einstufung der Zustimmung von 1 bis 5), die häufig unter einem „Desirability Bias“ leiden – das bedeutet, dass die Befragten das antworten, was sie für höflich halten. Gewirtz-Meydan und Ayalon verfolgten stattdessen einen offenen qualitativen Ansatz. Sie baten 135 Teilnehmenden*innen, frei zu beschreiben, wie *sich* ihrer Meinung nach *die Sexualität im Alter verändert*, wodurch ehrlichere, komplexere und manchmal auch unverblünte Meinungen zum Vorschein kamen.

Die Studie identifizierte fünf Hauptthemen, die das Spektrum der öffentlichen Meinung veranschaulichen – von negativ bis hoffnungsvoll und transformativ. Die Forscher stellten fest, dass zwar expliziter Altersdiskriminierung abnimmt, sexuelle Altersdiskriminierung jedoch nach wie vor tief in der öffentlichen Wahrnehmung verwurzelt ist.

1. **Das Narrativ des Verfalls – „Die Welt gehört den Jungen“:** Ein erheblicher Teil der Befragten betrachtete die Sexualität im höheren Lebensalter ausschließlich unter dem Gesichtspunkt von Verlust und Verfall. Sie

gingen davon aus, dass das Verlangen auf natürliche Weise verschwindet und dass ältere Körper weniger attraktiv oder weniger leistungsfähig sind.

2. **Das Stereotyp der Asexualität:** Einige Teilnehmenden hatten sogar Schwierigkeiten, sich ältere Erwachsene als sexuelle Wesen vorzustellen. Sie beschrieben Sex im höheren Lebensalter als selten, nicht existent oder langweilig und verbanden ihn oft nur mit biologischen Funktionen (wie Hormonen) statt mit emotionaler Verbundenheit.
3. **Quantität vor Qualität:** Positiv zu vermerken ist, dass viele Befragte der Ansicht waren, dass zwar die Häufigkeit von Sex abnehmen möge, die emotionale Tiefe jedoch zunehme. Sie betrachteten die Sexualität im höheren Lebensalter als vollständiger, reifer und bedeutungsvoller im Vergleich zum eher körperbetonten Sex der Jugend.
4. **Die Vorherrschaft der Penetration:** Die Studie ergab, dass die Öffentlichkeit Sex nach wie vor eng als penetrativen Geschlechtsverkehr definiert. Da das Älterwerden körperliche Veränderungen (wie Erektionsstörungen oder vaginale Trockenheit) mit sich bringen kann, die eine Penetration erschweren, geht die Öffentlichkeit oft davon aus, dass das Sexualleben vorbei ist, wenn die Penetration ausbleibt.
5. **Ambivalenz und Widerspruch:** Der Titel „*Shades of Grey*“ bezieht sich auf die Tatsache, dass viele Menschen widersprüchliche Ansichten vertreten. Sie mögen zwar sagen, dass sie das Recht älterer Erwachsener auf Sex (explizit) unterstützen, finden die Vorstellung jedoch immer noch geschmacklos oder „seltsam“, wenn sie in der Realität damit konfrontiert werden (implizit).

Um tiefer in die verschiedenen Hauptthemen einzutauchen, siehe [Übung 2](#). Diese Übung hilft Fachkräften dabei, Diskrepanzen zwischen ihren expliziten (bewussten/höflichen) Überzeugungen und ihren impliziten (unbewussten/instinktiven) Reaktionen zu erkennen.

Auswirkungen von Vorurteilen auf das Gesundheitswesen, das Bildungswesen und institutionelle Einrichtungen

Vorurteile gegenüber älteren Menschen sind nicht nur eine Einstellung; sie sind eine systemische Kraft, die die Qualität der Pflege und Bildung prägt. Im Gesundheitswesen führen altersdiskriminierende Vorurteile oft zu therapeutischem Nihilismus – der Überzeugung, dass die Behandlung der Erkrankung einer älteren Person eine Verschwendung von Ressourcen sei, weil „sie sowieso bald sterben wird“. Dies führt zur Unterdiagnose behandelbarer Erkrankungen wie Depressionen oder sexueller Funktionsstörungen, die als „normales“ Altern abgetan werden.

Im Bildungswesen und in institutionellen Einrichtungen werden ältere Menschen häufig aufgrund des *Mythos des „digitalen Ageismus“* – der Annahme, dass sie keine neuen Fähigkeiten erlernen können oder wollen – von modernen Lehrplänen oder technologischen Schulungen ausgeschlossen. Dies schafft einen Kreislauf der Ausgrenzung: Institutionen stellen keine Mittel zur Teilhabe bereit, und die daraus resultierende mangelnde Teilhabe wird als Beweis dafür herangezogen, dass ältere Menschen inkompetent sind. Wenn Institutionen Sicherheit und Verwaltung über Autonomie und Identität stellen, entziehen sie älteren Menschen faktisch ihr Erwachsensein und behandeln sie als passive Empfänger von Pflege statt als aktive Teilnehmenden am Leben.

Synergien mit den „Never Gets Old“-Fokusgruppen

Die Ergebnisse der „Never Gets Old“-Fokusgruppen aus Arbeitspaket 2 schlagen eine Brücke zwischen Theorie und der gelebten Realität älterer Menschen. Die Stimmen der Teilnehmenden aus den Partnerländern spiegeln die Kernthemen von Modul 2 wider, insbesondere das Vorhandensein von sexuellem Ageismus, die geschlechtsspezifische Doppelmoral und das dringende Bedürfnis nach Privatsphäre in Einrichtungen.

„Ich denke, unsere Kultur und Gesellschaft muss mehr in dieses Thema investieren; um den Menschen zu zeigen, dass dies nichts Böses ist. Es ist keine Sünde. Es ist etwas ganz Natürliches.“ – Teilnehmenden aus Portugal

Ein immer wiederkehrendes Thema in den Fokusgruppen war die Wahrnehmung von Sexualität als sündhaft, wenn sie mit höherem Alter in Verbindung gebracht wird. Dieses Zitat untermauert unsere Diskussion über negative gesellschaftliche Überzeugungen und verdeutlicht, dass Altersdiskriminierung nicht nur auf mangelnde Information zurückzuführen ist, sondern auf ein moralisches Urteil, das natürliche menschliche Bedürfnisse als Tabu einstuft.

In den Fokusgruppen wurde auch die *Doppelmoral im Zusammenhang mit dem Älterwerden* thematisiert. Die Teilnehmenden stellten fest, dass für Frauen der biologische Übergang in die Wechseljahre oft als gesellschaftliches Verfallsdatum für ihre Sexualität behandelt wird.

„Vor allem nach der Menopause denken die Leute, das Leben sei vorbei, [...] es erscheint sogar unschicklich, darüber zu sprechen.“ – Teilnehmendenin, Portugal

Dies untermauert den Abschnitt des Moduls zu intersektionalen Perspektiven und zeigt, wie Frauen sowohl gegen Altersdiskriminierung als auch gegen Sexismus kämpfen müssen, um ihr Recht zu wahren, als sexuelle Wesen wahrgenommen zu werden.

Teilnehmende in Deutschland hoben hervor, wie *verinnerlichter* Altersdiskriminierung die Sexualität in den Schatten drängt. Wenn die umgebende Kultur Sex im Alter als hässlich ansieht, verbirgt der Einzelne seine Identität. Wenn Menschen sich beurteilt fühlen, ziehen sie sich zurück, was zu der bereits früher in diesem Modul diskutierten sozialen Isolation und Einsamkeit führen kann.

„[...] spiegelt sich oft in unserem Selbstbild und in Bezug auf die Sexualität wider, die tendenziell weniger offen gelebt wird [...] sie ist viel versteckter, d. h. im Verborgenen.“ – Teilnehmenden*in, Deutschland

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der „Shades of Grey“-Studie (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020) beschrieben die Teilnehmenden eine Realität, die dem „Decline Narrative“ widerspricht. Dies bestätigt die Tatsache, dass das Älterwerden die emotionale Qualität des Sex verbessern kann, weg von der Leistungsorientierung und hin zu Vertrauen und „sich aufeinander einzustimmen“.

„[...] aus meiner eigenen Erfahrung mit Sexualität ist es einfach viel entspannter, es ist viel ruhiger, eigentlich auch vertrauensvoller.“ – Teilnehmenden, Deutschland

Schließlich lieferten die Fokusgruppen konkrete Belege für den Abschnitt „Leitfaden für Fachkräfte“ in Bezug auf institutionelle Grenzen und die *Würde des Risikos*.

„In einem Pflegeheim anklopfen, bevor man hereinkommt [...] Und wenn eine Person gerade dabei ist, sich selbst zu befriedigen ... vielleicht einfach leise und unauffällig den Raum verlassen.“ – Teilnehmenden, Deutschland

Dieses Zitat ist ein Argument gegen *institutionellen* Altersdiskriminierung. Es verdeutlicht, dass das Wirkungsvollste, was eine Fachkraft tun kann, ganz einfach ist: den Bewohner als Erwachsenen mit einem Recht auf private, völlig normale sexuelle Ausdrucksformen zu respektieren

Berufliche Herausforderungen: Der Umgang mit dem „Paradoxon des Beschützers“

Fachkräfte in der Altenpflege und im Sozialwesen stehen bei der Auseinandersetzung mit altersdiskriminierendem Verhalten in Bezug auf Sexualität oft vor einer Reihe einzigartiger ethischer und praktischer Hürden. Die bedeutendste davon ist das *Paradoxon des Beschützers*: Eine Fachkraft hat möglicherweise das Gefühl, dass sie einen Bewohner vor Stürzen, sexuell übertragbaren Krankheiten oder der Missbilligung durch die Familie schützt, indem sie dessen sexuelle Ausdrucksformen ignoriert oder unterbindet. In Wirklichkeit verletzt dieser Schutz jedoch oft das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung.

Weitere häufige Herausforderungen sind:

- **Der Konflikt mit der Familie:** Der Umgang mit erwachsenen Kindern, denen das neue Liebesinteresse oder die Geschlechtsumwandlung ihrer Eltern möglicherweise unangenehm ist.
- **Die Kompetenzlücke:** Das Gefühl, nicht in der Lage zu sein, über sexuelle Gesundheit oder LSBTIQ+-Identitäten zu sprechen, da diese Themen in der beruflichen Ausbildung nie behandelt wurden.

- **Die institutionellen Erwartungen:** Starre Zeitpläne für Mahlzeiten, Körperpflege und die Verabreichung von Medikamenten, die keinen Raum für Privatsphäre oder die „chaotische“ Realität menschlicher Beziehungen lassen.

Gefährdete Gruppen und Intersektionalität

Um die Auswirkungen von Altersdiskriminierung zu verstehen, müssen wir erkennen, dass *ältere Menschen* keine homogene Gruppe bilden. Intersektionalität ist das Rahmenkonzept, das uns hilft zu erkennen, wie sich verschiedene Formen der Diskriminierung (wie Rassismus, Homophobie und Altersdiskriminierung) überschneiden und so einzigartige Erfahrungen der Marginalisierung schaffen.

LSBTIQ+-Senior*innen: Viele haben Jahrzehnte damit verbracht, in einer Welt zu überleben, die ihre Identitäten pathologisiert hat. Wenn sie in die Altenpflege kommen, sehen sie sich oft einer doppelten Unsichtbarkeit gegenüber. Sie sind als sexuelle Wesen unsichtbar, weil sie alt sind, und als queere Wesen unsichtbar, weil sie sich in einem Umfeld befinden, das davon ausgeht, dass alle heterosexuell sind.

Menschen mit Demenz: Diese Gruppe ist besonders anfällig für sexuelle Infantilisierung. Das Pflegepersonal betrachtet jeden Ausdruck von Intimität möglicherweise als ein Verhaltenssymptom, das unterdrückt werden muss, anstatt als menschliches Bedürfnis nach Verbundenheit. Ethische Pflege erfordert hier ein sensibles Gleichgewicht zwischen der Beurteilung der Leistungsfähigkeit und der Vermeidung eines pauschalen Verbots von Körperkontakt.

Eine stärker intersektionale Perspektive zeigt zudem, dass die Erfahrung des Alterns tiefgreifend von der eigenen sozialen Position geprägt sein kann:

Der weibliche Schönheitsstandard: Ältere Frauen bewegen sich oft in einem sozialen Umfeld, das Weiblichkeit mit Jugend gleichsetzt. Sie sehen sich einem strengeren Maßstab für das ästhetische Altern gegenüber und verinnerlichen möglicherweise die Überzeugung, dass sie sexuell nicht mehr attraktiv sind, sobald sie den jugendlichen Schönheitsidealen nicht mehr entsprechen. Dies kann dazu führen, dass sie sich selbst zum Schweigen bringen und zögern, Hilfe bei Problemen mit körperlicher Intimität zu suchen.

Männlichkeit und Krankheit: Für viele ältere Männer ist die Identität traditionell mit Stärke, Autonomie und sexueller Leistungsfähigkeit verbunden. Chronische Erkrankungen oder körperliche Veränderungen (wie Erektionsstörungen oder Prostataprobleme) können nicht nur als gesundheitliche Probleme, sondern auch als tiefgreifender Verlust der Männlichkeit empfunden werden. Dies kann zu Rückzug, Depressionen oder der Weigerung führen, aus Scham über sexuelle Gesundheit zu sprechen.

Soziale Schicht und Wirtschaft: Menschen mit geringeren finanziellen Mitteln (aufgrund des geschlechtsspezifischen Lohngefälles oft Frauen) haben weniger Zugang zu privaten Räumen und hochwertigen Angeboten zur sexuellen Gesundheit, wodurch ihr Intimleben stärker der institutionellen Überwachung ausgesetzt ist.

Kultur: In manchen Kulturen ist das Sprechen über Sexualität ein tiefes Tabu, das als streng private Angelegenheit gilt oder in den Familienkreis gehört, anstatt Teil eines individuellen Gesundheitsproblems zu sein. Für Fachkräfte macht dies das Eingreifen zu einer heiklen Aufgabe. Ein allzu direkter Ansatz könnte als aufdringlich oder respektlos empfunden werden und dazu führen, dass sich die ältere Person verschließt. Fachkräfte müssen mit kultureller Demut vorgehen und anerkennen, dass sexuelle Rechte zwar universell sind, die Sprache und die Grenzen, mit denen darüber gesprochen wird, jedoch an die kulturelle Komfortzone der jeweiligen Person angepasst werden müssen. Das Ziel ist es, einen sicheren Raum zu schaffen, in dem die Person das Gefühl hat, dass ihre Privatsphäre respektiert und ihre Rechte gewahrt werden.

Um die Lernenden zu befähigen, Gegendarstellungen zu entwickeln, die altersdiskriminierende Medieninhalte hinterfragen und die sexuellen Rechte sowie die Vielfalt älterer Menschen fördern, siehe [Übung 3](#).



Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Impliziter Altersdiskriminierung ist gefährlicher, weil sie unbewusst erfolgt. Es ist das intuitive Gefühl der Unbehaglichkeit, das man vielleicht verspürt, wenn man ein älteres Paar beim Küssen beobachtet. Um dem entgegenzuwirken, müssen wir uns in „Bias-Literacy“ üben, was bedeutet, ständig zu hinterfragen, warum wir uns in solchen Momenten unwohl fühlen.

„**Bias-Literacy**“ ist die Fähigkeit, altersdiskriminierende Auslöser in Echtzeit zu erkennen. Bevor Sie handeln, fragen Sie sich: *„Würde ich genauso reagieren, wenn diese Person 30 Jahre alt wäre?“* Wenn die Antwort „Nein“ lautet, ist Ihre Reaktion wahrscheinlich von Altersdiskriminierung geprägt.

Der Familienkonflikt: Eine der größten Herausforderungen entsteht, wenn die Familie eines Bewohners Einwände gegen dessen Liebesleben erhebt.

- Erinnern Sie die Angehörigen daran, dass ihr Elternteil nach wie vor ein Erwachsener mit dem Recht auf Privatsphäre und Selbstbestimmung ist.
- Wenn eine Tochter sagt: *„Es ist peinlich, dass Papa mit 85 noch eine Beziehung hat“*, sollte eine Fachkraft antworten: *„Wir verstehen, dass dies eine Umstellung für die Familie ist, aber das emotionale Wohlbefinden Ihres Vaters und sein Recht, Beziehungen einzugehen, haben für uns hier Priorität.“*

Was man tun und was man vermeiden sollte

Was Sie tun sollten	Nicht
Verwenden Sie den von der Person bevorzugten Namen, z. B. „John“. „Herr“ und „Frau“ können für manche Transgender-Personen problematisch sein, da sie das Geschlecht einer Person allein anhand ihres Aussehens voraussetzen.	Verwenden Sie keine „Elderspeak“-Ausdrücke oder Verkleinerungsformen (z. B. „Schätzchen“, „Liebling“, „junger Mann“).
Behalten Sie Ihre berufliche Neutralität bei. Dokumentieren Sie eine neue Beziehung als <i>„positive soziale Verbindung“</i> .	Reagieren Sie nicht mit Schock, Ekel oder nervösem Lachen, wenn Sie Zeuge körperlicher Zärtlichkeiten eines älteren Paares werden.
Stellen Sie offene Fragen: <i>„Wer sind derzeit die wichtigen Menschen in Ihrem Leben?“</i>	Gehen Sie niemals davon aus, dass jemand heterosexuell ist oder keine sexuellen Bedürfnisse mehr hat.
Wenn ein Bewohner aus einer Kultur stammt, in der Sexualität ein tiefes Tabu ist, legen Sie den Schwerpunkt auf Geborgenheit und Privatsphäre.	Wenn ein Bewohner aus einer Kultur stammt, in der Sexualität ein tiefes Tabu ist, erzwingen Sie kein westliches klinisches Gespräch.
Machen Sie das Thema zu etwas Alltäglichem und beziehen Sie Fragen zur sexuellen Gesundheit in die routinemäßigen Beurteilungen ein. Wenn die Fachkraft das Thema als normal behandelt, wird sich der Bewohner sicher fühlen.	Überspringen Sie keine Fragen zur sexuellen Gesundheit oder zu sexuell übertragbaren Infektionen, nur weil der Patient „zu alt“ ist, als dass dies relevant wäre.
Verwenden Sie geschlechtsneutrale Sprache: <i>„Hatten Sie einen Partner oder eine wichtige Person in Ihrem Leben?“</i>	Gehen Sie nicht davon aus, dass ein verwitweter Bewohner heterosexuell ist. Vermeiden Sie die Frage: <i>„Wie hieß Ihr Mann?“</i>

Unterscheiden Sie zwischen unangemessenem Verhalten und einem unerfüllten Bedürfnis nach Nähe. Suchen Sie nach Möglichkeiten, sichere, einvernehmliche Berührungen oder sensorischen Trost zu bieten.

Gehen Sie nicht davon aus, dass eine Person mit Demenz das Bedürfnis nach Berührung verloren hat.

So vermeiden Sie Stereotypen:

Hinterfragen Sie das „Großeltern“-Etikett: Auch wenn jemand Großelternteil ist, ist das nicht seine einzige Identität. Behandeln Sie die Person als Individuum mit einer Lebensgeschichte, einem Geschlecht und einer sexuellen Identität.

Überprüfen Sie Ihre Witze: Wenn Sie hören, wie ein Kollege einen Witz über die neue Freundin des Großvaters macht, greifen Sie behutsam ein: „*Eigentlich ist es toll, ihn so glücklich zu sehen; Verbundenheit ist in jedem Alter wichtig.*“

Die einladende Frage: Sagen Sie bei Gesundheitsuntersuchungen: „*Viele Menschen stellen fest, dass sich ihre sexuellen Bedürfnisse mit zunehmendem Alter verändern. Gibt es in diesem Bereich etwas, worüber Sie gerne sprechen möchten?*“ Das senkt die Hemmschwelle für ältere Menschen, sich zu äußern.

Ihre Rolle ist es nicht, als moralischer Wächter zu fungieren, sondern die Würde zu wahren. Indem Sie Ihre Vorurteile hinterfragen, die Privatsphäre respektieren und eine erwachsene Sprache verwenden, schaffen Sie ein Umfeld, in dem sich ältere Menschen sicher genug fühlen, ganz sie selbst zu sein.



Zusammenfassung und Proportional Message

Modul 2 hat die Allgegenwärtigkeit von Altersdiskriminierung untersucht und diese als mehrdimensionale Barriere identifiziert, die ältere Menschen systematisch entsexualisiert. Wir sind über einfache Vorurteile hinausgegangen, um die drei strukturellen Ebenen der Altersdiskriminierung zu untersuchen: *institutionell* (ausgrenzende Richtlinien), *zwischenmenschlich* (alltägliche Interaktionen und „Elderspeak“) und *verinnerlicht* (die schädlichen Überzeugungen, die ältere Menschen gegen sich selbst richten).

Durch die Untersuchung der „Grauzonen“ in der öffentlichen Meinung und des spezifischen *sexuellen Ageismus*, der davon ausgeht, dass das höhere Alter eine Phase der Asexualität ist, hat dieses Modul aufgezeigt, wie Mythen über Attraktivität und Leistungsfähigkeit zu schlechteren Gesundheitsergebnissen und sozialer Isolation führen. Schließlich haben wir eine intersektionale Perspektive eingenommen und anerkannt, dass die Erfahrung von Ageismus durch Geschlecht, Kultur und LSBTIQ+-Identitäten verstärkt wird, was von Fachkräften verlangt, bei der Arbeit mit älteren Menschen über einen einheitlichen Ansatz hinauszugehen.

Proportional Message für Fachkräfte

- Altersdiskriminierung ist ein klinisches und soziales Risiko: Altersdiskriminierung ist nicht nur unfreundlich, sie kann zu medizinischen Fehlern, Fehldiagnosen und Menschenrechtsverletzungen führen. Das Erkennen von Vorurteilen ist eine grundlegende berufliche Kompetenz.
- Der Mythos der Asexualität ist eine Entscheidung, keine Tatsache: Forschungsergebnisse zeigen durchweg, dass Intimität und sexuelles Interesse bis weit in die 80er und 90er Jahre hinein wesentliche Bestandteile der Lebensqualität bleiben. Das Ende des Sexuallebens ist oft eher eine Folge gesellschaftlicher Stigmatisierung als einer biologischen Notwendigkeit.
- Privatsphäre ist ein Recht, kein Privileg: In institutionellen Einrichtungen ist Privatsphäre die Voraussetzung für Würde. Fachkräfte müssen sich von „Wächter*innen“, die das Verhalten überwachen, zu Vermittler*innen wandeln, die den privaten Raum der Bewohner schützen.

- Intersektionalität prägt die Erfahrung: Wir können ältere Menschen nicht wirksam unterstützen, ohne ihre vielfältigen Hintergründe anzuerkennen. Die Lebensgeschichte einer Person – sei es ein älterer LSBTIQ+-Mensch, eine Person mit Demenz oder jemand mit einem traditionellen kulturellen Hintergrund – bestimmt, wie sie ihre intimen Bedürfnisse wahrnimmt und zum Ausdruck bringt.
- Die Auseinandersetzung mit Vorurteilen erfordert ständige Übung: Die Bekämpfung von Altersdiskriminierung ist ein fortlaufender Prozess der Selbstreflexion. Indem wir unsere Sprache (und damit „Elderspeak“) sowie unsere Reaktionen hinterfragen, schaffen wir eine Kultur, in der ältere Menschen mit intakter Identität altern können.

Abschließender Gedanke: Wenn wir das Glück haben, ein langes Leben zu führen, sind die altersdiskriminierenden Stereotypen, die wir heute hinterfragen, genau diejenigen, die uns morgen geschadet hätten. Inklusive Pflege ist eine Investition in unsere gemeinsame Zukunft.

Praktische Hilfsmittel

Unterrichtsplan Modul 2

Der Unterrichtsplan ist ein strukturierter Leitfaden, der Trainer*innenn oder Fachkräften Anweisungen zur Durchführung von Modul 2 in einer Gruppe gibt. Er bietet einen Rahmen für eine Schulungsdauer von 2,5 Stunden mit einer dazugehörigen PowerPoint-Präsentation, listet Lernziele und eine Checkliste zur Vorbereitung auf und beschreibt drei Übungen (siehe unten).

- **Unterrichtsplan Modul 2** – Auswirkungen und Ausprägungsgrade von Altersdiskriminierung, einschließlich Anleitungen zu den Übungen.
- **Präsentation Modul 2** – Altersdiskriminierung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen.

Übung 1 – Das Altersdiskriminierungs-Puzzle

Ziel: Die Lernenden erkennen anhand von realen Szenarien, wie sich die 12 Mythen über das Altern (WHO, 2013) auf der *institutionellen*, *zwischenmenschlichen* und *verinnerlichten* Ebene des Ageismus manifestieren (siehe Anweisungen im Unterrichtsplan).

Materialien:

- **12 Fallbeispielkarten.**
- **12 Mythenkarten.**
- **Arbeitsblatt: Ein Lösungsschlüssel für Moderator*innen zur Überprüfung der Paarungen.**

Übung 2 – Grautöne

Ziel: Fachkräften dabei helfen, Diskrepanzen zwischen ihren expliziten (bewussten/höflichen) Überzeugungen und ihren impliziten (unbewussten/instinktiven) Reaktionen anhand von 5 zentralen Forschungsthemen zu erkennen (siehe Anweisungen im Unterrichtsentwurf).

Materialien:

- **5 Karten zu den Hauptthemen.**

Übung 3 – Die Erzählung neu denken: Ein Workshop zur Medienkampagne

Ziel: Die Lernenden sollen befähigt werden, Gegenerzählungen zu entwickeln, die altersdiskriminierende Medieninhalte hinterfragen und die sexuellen Rechte sowie die Vielfalt älterer Menschen fördern. (siehe Anweisungen im Unterrichtsentwurf).

Materialien:

- [Arbeitsblätter zur Kampagne.](#)



Literatur

Abrams, Z. (1. März 2023). Ein neues Konzept des Alterns. *Monitor on Psychology*, 54(2).
<https://www.apa.org/monitor/2023/03/cover-new-concept-of-aging>

Bodner, E.; Cohen-Fridel, S. Zusammenhänge zwischen Bindungsstilen, Altersdiskriminierung und Lebensqualität im hohen Alter. *Int. Psychogeriatr.* 2010, 22, 1353–1361.

Donizzetti, A.R.; Lagacé, M. COVID-19 und psychische Erkrankungen bei älteren Menschen: Die Rolle von Risikowahrnehmung, sozialer Isolation, Einsamkeit und Altersdiskriminierung. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4513.

Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). „Grautöne“: Eine Untersuchung der öffentlichen Meinung zur Sexualität im Alter. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647–661.
<https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. und Ayalon, L. (2018) „Ageism and Sexuality“, in: Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, S. 149–162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>

Heywood, W., Minichiello, V., Lyons, A., Fileborn, B., Hussain, R., Hinchliff, S., ... Dow, B. (2019). Die Auswirkungen von Erfahrungen mit Altersdiskriminierung auf die sexuelle Aktivität und das sexuelle Interesse im höheren Lebensalter. *Ageing and Society*, 39(4), 795–814. doi:10.1017/S0144686X17001222

Kerssies, J., Huijg, J. M., Messelis, E., Abma, T. A. & Bendien, E. (2025). Die Überwindung von sexuellem (Selbst-)Altersdiskriminierung: Ein maßgeschneiderter partizipativer Aktionsforschungsansatz für kollaboratives Lernen unter älteren Erwachsenen. *Educational Gerontology*, 51(12), 1340–1352.

Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... Dow, B. (2018). Erfahrungen mit Altersdiskriminierung und die psychische Gesundheit älterer Erwachsener. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>

Moore, A., & Reynolds, P. (2016). Gegen die Hässlichkeit des Alters: Auf dem Weg zu einer Erotik des alternden sexuellen Körpers. *InterAlia: Zeitschrift für Queer-Studien*, (11a). <https://doi.org/10.51897/interalia/lrjz7417>

Robb, C., Chen, H. & Haley, W.E. Altersdiskriminierung in der psychischen Gesundheit und im Gesundheitswesen: Eine kritische Übersicht. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 1–12 (2002).
<https://doi.org/10.1023/A:1013013322947>

Surles, T. (1. Februar 2023). Bekämpfen Sie sexuellen Altersdiskriminierung und stärken Sie Ihr sexuelles Selbstvertrauen. *Next Avenue*. <https://www.nextavenue.org/fight-sexual-ageism-boost-your-self-confidence/>

Weltgesundheitsorganisation. (28. April 2025). Altern: Altersdiskriminierung. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Weltgesundheitsorganisation. (2021). *Globaler Bericht über Altersdiskriminierung*.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

Weltgesundheitsorganisation. (2013). *Mythen über das Altern entlarven*. WHO-Regionalbüro für Europa.
<https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>

MODUL 3

Sexualität, Geschlecht und Vielfalt

Entwickelt von:

Curt Morgane

Le Girofard



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Warum es dieses Modul gibt

Trotz bedeutender Fortschritte bei den LSBTIQ+-Rechten in ganz Europa bleibt eine Bevölkerungsgruppe sowohl im öffentlichen Diskurs als auch in der beruflichen Praxis weitgehend unsichtbar: ältere LSBTIQ+-Menschen. Wann haben Sie das letzte Mal ein offen lesbisches oder schwules älteres Paar in einem Schulungsvideo gesehen? Wann haben Sie das letzte Mal die spezifischen Bedürfnisse einer alternden Transperson in einer Pflegeeinrichtung besprochen? Für die meisten von uns lautet die Antwort: noch nie.

Dieses Schweigen ist kein Zufall. Es ist das Ergebnis einer tiefgreifenden Verflechtung verschiedener Formen der Unsichtbarkeit: Altersdiskriminierung, die ältere Menschen entsexualisiert und infantilisiert; Heteronormativität, die davon ausgeht, dass alle Menschen heterosexuell sind; Cisnormativität, die trans- und nicht-binäre Erfahrungen ausblendet; sowie das anhaltende Erbe jahrzehntelanger Kriminalisierung, Pathologisierung und sozialer Stigmatisierung.

Das Gewicht der Geschichte

Die heute lebenden älteren LSBTIQ+-Menschen haben außergewöhnliche historische Veränderungen durchlebt. In Frankreich wurde Homosexualität 1791 teilweise entkriminalisiert, doch das Schutzalter blieb bis 1982 ungleich. In Deutschland tragen ältere schwule Männer möglicherweise das Trauma des Paragraphen 175 aus der Nazizeit mit sich, der erst 1994 vollständig aufgehoben wurde. In Rumänien galt Homosexualität bis 2001 als Straftat. Transidentitäten wurden bis weit ins 21. Jahrhundert hinein als psychische Erkrankungen eingestuft. Die AIDS-Epidemie der 1980er und 1990er Jahre dezimierte Netzwerke von Freunden und selbst gewählter Familie und hinterließ tiefe Narben aus Trauer und Überlebensschuld.

Das ist keine längst vergangene Geschichte. Es ist die gelebte Erfahrung von Menschen, die heute in ihren 70ern, 80ern und 90ern sind. Sie haben gelernt, ihr wahres Ich zu verbergen, Institutionen zu misstrauen und mit Ablehnung zu rechnen. Diese Überlebensmechanismen verschwinden nicht mit rechtlichen Fortschritten. Sie tauchen wieder auf, wenn eine Person mit neuen Verletzlichkeiten konfrontiert wird: Verlust der Selbstständigkeit, Einzug in eine Pflegeeinrichtung, Abhängigkeit von anderen.

Die „Rückkehr in den Schrank“

Eines der herzerzitterndsten Phänomene, das von „Grey Pride“ und in Le Girofards eigenen Fokusgruppen dokumentiert wurde, ist die „Rückkehr in den Schrank“. Eine ältere Person, die jahrzehntelang offen gelebt hat, kann sich beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung gezwungen fühlen, ihre Identität erneut zu verbergen. Sie entfernt Fotos ihres Partners. Sie schweigt über ganze Jahrzehnte ihres Lebens. Warum? Weil Einrichtungen nicht als sicher empfunden werden. Weil das Personal nicht geschult ist. Weil der Preis der Sichtbarkeit, wenn man verletztlich ist, zu hoch erscheint.

Was dieses Modul bietet

Dieses Modul lädt Fachkräfte dazu ein:

- den historischen Kontext zu verstehen, der das Leben von LSBTIQ+-Senioren geprägt hat.
- die spezifischen Hindernisse zu erkennen, denen sie beim Zugang zu einer würdigen Pflege gegenüberstehen;
- Altersdiskriminierung innerhalb von LSBTIQ+-Gemeinschaften zu erkennen – eine schmerzhafteste Realität, die sich aus unseren generationenübergreifenden Dialogen ergibt.
- Von inspirierenden Alternativen zu lernen: die „Maison de la Diversité“, „Lebensort Vielfalt“ und das „Bienvenue“-Label von Grey Pride Label „Bienvenue“.

- Entwickeln Sie praktische Fähigkeiten zur Schaffung von Umgebungen, in denen sich jede ältere Person gesehen, sicher und respektiert fühlt.

Letztendlich bekräftigt dieses Modul, dass Würde im Alter das Recht bedeutet, ganz man selbst zu sein – ohne Verheimlichung oder Angst. Es geht darum, eine Zukunft zu gestalten, in der kein älterer Mensch zwischen Sicherheit und Identität wählen muss.

Lernziele Modul 3

Am Ende dieses Moduls werden die Teilnehmenden in der Lage sein:

- zwischen den Begriffen sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck und biologisches Geschlecht zu unterscheiden und zu erklären, warum diese Unterscheidungen bei der Unterstützung älterer Menschen von Bedeutung sind.
- die spezifischen Lebenserfahrungen von LSBTIQ+-Senioren zu beschreiben: Sozialisation im Kontext von Kriminalisierung, Auswirkungen von HIV/AIDS, „Rückzug in den Schrank“ in Einrichtungen.
- zu analysieren, wie Alter, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zusammenwirken und so einzigartige Situationen der Verletzlichkeit schaffen.
- Ausprägungen von Altersdiskriminierung innerhalb der LSBTIQ+-Gemeinschaften selbst sowie deren Folgen für die Isolation älterer Menschen zu erkennen.
- Nennen Sie inspirierende Initiativen (Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, Grey Pride's „*Bienvenue*“) und lassen sich davon in ihrer beruflichen Praxis inspirieren.
- Verwenden Sie eine Sprache und nehmen Sie eine Haltung ein, die weder Heterosexualität noch Cis-Identität der von ihnen unterstützten Menschen voraussetzt.



Schlüsselbegriffe und Definitionen

Sexuelle Orientierung: Oberbegriff, der das Geschlecht bzw. die Geschlechter beschreibt, zu denen eine Person emotionale, romantische und/oder sexuelle Anziehung empfinden kann (lesbisch, schwul, bisexuell, pansexuell, asexuell, heterosexuell).

Geschlechtsidentität: Das tiefe innere Gefühl einer Person, männlich, weiblich, beides, keines von beiden oder irgendwo anders auf dem Spektrum zu sein. Kann vom bei der Geburt zugewiesenen biologischen Geschlecht abweichen.

Cisgender: Eine Person, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen biologischen Geschlecht übereinstimmt.

Transgender/Trans: Eine Person, deren Geschlechtsidentität vom bei der Geburt zugewiesenen biologischen Geschlecht abweicht.

Nicht-binär: Begriff, der Geschlechtsidentitäten beschreibt, die nicht ausschließlich in die binäre Einteilung von Mann und Frau passen.

Queer: Oberbegriff für Menschen, deren sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität von den vorherrschenden Normen abweicht. Der Begriff war einst abwertend, wurde jedoch zurückerobert; einige ältere Erwachsene nehmen ihn jedoch möglicherweise immer noch negativ wahr.

Heteronormativität: Die systemische Annahme, dass Heterosexualität die Norm ist. Konkretes Beispiel: ein Aufnahmeformular, das nur die Optionen „verheiratet“ oder „verwitwet“ anbietet.

Cisnormativität: Die Annahme, dass die Geschlechtsidentität jedes Menschen zwangsläufig mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

„Zurück in den Schrank“: Phänomen, bei dem LSBTIQ+-Senioren ihre Identität beim , aus Angst vor Verurteilung oder Diskriminierung.

Minderheitenstress: Ein von Ilan H. Meyer (1995) geprägter Begriff, der die körperlichen und psychischen Gesundheitsprobleme beschreibt, die mit der Diskriminierung von Minderheiten zusammenhängen.



Das Thema verstehen

1. Warum ein spezielles Modul zu LSBTIQ+-Senior*innen?

Dieses Modul ist kein „Diversity-Zusatz“. Es ist von grundlegender Bedeutung, da LSBTIQ+-Senior*innen das 20. Jahrhundert auf eine radikal andere Weise erlebt haben als ihre heterosexuellen und cisgeschlechtlichen Altersgenoss*innen. Das Verständnis dieser Geschichte ist keine Option – es ist unerlässlich für eine kompetente und würdevolle Pflege.

1.1. Ein kontrastreiches rechtliches und kulturelles Erbe in Europa

Die Rechte von LSBTIQ+-Personen haben sich in den verschiedenen europäischen Ländern in sehr unterschiedlichem Tempo entwickelt. Diese Vergangenheit ist keine längst vergangene Geschichte – sie hat die Lebenswege der heutigen Senioren direkt geprägt. Die folgende Tabelle veranschaulicht diese Unterschiede:

Land	Entkriminalisierung	Ehe	Auswirkungen auf Senioren
Frankreich	1982	2013	Senioren, die zunächst kriminalisiert und später anerkannt wurden.
Deutschland	1969 (BRD) / 1988 (DDR)	2017	Generationen, die von Paragraph 175 (nazistische Kriminalisierung) geprägt wurden.
Rumänien	2001	Verboten	Anhaltende Stigmatisierung, fehlende rechtliche Anerkennung.
Zypern	1998	Verboten / Zivile Lebenspartnerschaft seit 2015	Fehlende soziale Absicherung, Renten, Erbschaftsrechte und medizinischer Schutz

Portugal	1982	2010	Jahre des Wartens auf gesellschaftliche und staatliche Anerkennung
----------	------	------	--

In Frankreich und Deutschland wuchsen viele ältere Menschen trotz gesetzlicher Fortschritte in einem Umfeld auf, in dem ihre Identität pathologisiert, kriminalisiert oder verheimlicht wurde. Dies hat tief verwurzelte Muster des Verheimlichens, der Scham und des Misstrauens gegenüber Institutionen geschaffen – Muster, die weder mit zunehmendem Alter noch durch gesetzliche Änderungen verschwinden.

„Ich habe jahrzehntelang mit meinem ‚Freund‘ zusammengelebt. Alle wussten davon, aber wir haben uns nie an den Händen gehalten. Heute tun die Menschen das ganz offen, und das macht mich unbehaglich.“

(Teilnehmendenin einer Fokusgruppe, über 70)

Dieses Zitat veranschaulicht das Dilemma älterer Generationen: Sie haben gelernt, sich zu verstecken, um zu überleben, und diese Gewohnheit verschwindet nicht mit sich ändernden Gesetzen. Sie bleibt tief verwurzelt und kann in Pflegeumgebungen, in denen die Verletzlichkeit groß ist, wieder zum Vorschein kommen.

1.2. Das Gewicht der Institutionen: Ein Leben in Angst vor ihnen

Für viele ältere LSBTIQ+-Menschen waren Einrichtungen nie sichere Orte. Brett, ein 72-jähriger Transmann aus Lyon, trägt diese Geschichte in sich:

„Ich habe den größten Teil meines Lebens in Einrichtungen verbracht. Das hat mir nie Angst gemacht. Aber ich werde nicht in einem Pflegeheim leben können, so wie meine Mutter.“

Brett verbrachte seine Teenagerjahre in Pflegefamilien und Wohngruppen, entfremdet von seiner Familie. Anders als seine Mutter, die in ein Pflegeheim einziehen konnte und dabei grundlegende Würde und Anerkennung erwarten durfte, weiß Brett, dass seine Erfahrung anders sein wird. Er trägt einen Vollbart, hat eine tiefe Stimme und hat sich die Brüste entfernen lassen. Aber er hat sich nie einer geschlechtsangleichenden Operation unterzogen, was bedeutet, dass sein Transgender-Status für jede Pflegekraft, die ihn baden oder ankleiden soll, sofort offensichtlich wäre.

Diese Angst ist nicht abstrakt. Sie wurzelt in einem Leben voller Erfahrungen mit Einrichtungen, die nicht für Menschen wie ihn konzipiert waren. Für Brett und für unzählige andere LSBTIQ+-Senior*innen ist der Einzug in eine Pflegeeinrichtung kein neutraler Übergang – es ist eine potenzielle Rückkehr zu einem Leben voller Verletzlichkeit, Bloßstellung und dem ständigen Bedürfnis, die eigene Existenz rechtfertigen zu müssen.

1.3. Die Auswirkungen von HIV/AIDS auf eine Generation

Die AIDS-Epidemie der 1980er und 1990er Jahre war eine Katastrophe für schwule und bisexuelle Gemeinschaften. Sie dezimierte ganze Netzwerke aus Freunden, Partnern und der selbst gewählten Familie und verursachte ein tiefes generationenübergreifendes Trauma, das die Überlebenden bis heute prägt.

Wichtige Daten:

- 30 % der HIV-Diagnosen in Frankreich betreffen mittlerweile Menschen über 50
- Über 50.000 Menschen, die in Frankreich mit HIV leben, sind über 50
- Viele Überlebende leiden unter dem sogenannten „Lazarus-Syndrom“ – PTBS-ähnliche Symptome, die dadurch entstehen, dass sie die Epidemie überlebt haben, während sie mit ansehen mussten, wie Freunde starben

Diese Geschichte beeinflusst unmittelbar, wie ältere LSBTIQ+-Menschen zum Thema Altern und zu Institutionen stehen:

- Misstrauen gegenüber medizinischen Einrichtungen, die sie einst pathologisierten oder sie während der AIDS-Krise im Stich ließen
- Fragile Unterstützungsnetzwerke – selbst gewählte Familien wurden oft dezimiert, wodurch die Überlebenden isoliert zurückblieben
- Angst vor Abhängigkeit – die Sorge, die Selbstständigkeit zu verlieren und potenziell wertenden Pflegekräften ausgeliefert zu sein

Wie Grey Pride warnt: „Pflege- und Betreuungspersonal hat keine Schulung zum Thema HIV erhalten. Wir laufen Gefahr, dieselbe Angst und Ablehnung zu erleben, die wir in den 1980er Jahren in Krankenhäusern erfahren haben.“

1.4. Die Last des Schweigens: Unsichtbarkeit in Medien und Gesellschaft

LSBTIQ+-Senior*innen fehlen fast vollständig in den Darstellungen der Medien, in Schulungsmaterialien und im öffentlichen Diskurs. Wie Francis Carrier, Präsident von Grey Pride, feststellt:

„Derzeit ist es fast unmöglich, in der französischen LGBT-Ikonografie positive Darstellungen älterer Menschen zu finden.“
„LGBT-Paare, als ob sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität nur der Jugend vorbehalten wären.“

Diese Unsichtbarkeit ist eine Form von Gewalt. Sie vermittelt die Botschaft, dass Menschen wie Brett nicht existieren, keine Rolle spielen und es nicht verdienen, gesehen zu werden. Sie trägt direkt zu Isolation und Selbstzensur bei.

2. Die besonderen Herausforderungen für LSBTIQ+-Senioren

2.1. Der Körper als Ort der Verletzlichkeit: Ältere Trans-Menschen in Pflegeeinrichtungen

Für trans ältere Menschen wird der Körper selbst zu einem Ort potenzieller Entlarvung und Verletzlichkeit. Bretts Situation veranschaulicht dies mit schmerzhafter Deutlichkeit. Für die Außenwelt ist er ein Mann. Sein Bart, seine Stimme, seine Kleidung – all das stimmt mit seiner Geschlechtsidentität überein. Doch sein Körper erzählt eine komplexere Geschichte – eine, die eine Pflegekraft im Pflegeheim unerwartet entdecken könnte, während sie ihm beim Baden hilft.

Dieser Moment der Entdeckung ist mit Risiken behaftet. Wird die Pflegekraft mit professioneller Gelassenheit reagieren, da sie darin geschult wurde, die Vielfalt transsexueller Körper zu verstehen? Oder wird es Schock, Verlegenheit und geflüsterte Gespräche auf dem Flur geben? Bretts Angst ist nicht hypothetisch – sie basiert auf einem ganzen Leben, in dem er sich in Umgebungen zurechtfinden musste, in denen sein Körper als „falsch“, „verwirrend“ oder „abweichend“ angesehen wurde.

Zentrale Herausforderungen für trans-Ältere in Pflegeeinrichtungen:

- Unfreiwillige Offenlegung des Trans-Status bei der Körperpflege
- Mangelnde Schulung des Personals hinsichtlich der Vielfalt von Transkörpern und Transitionen
- Fehlen von Richtlinien für eine respektvolle Intimpflege
- Angst vor Belästigung durch andere Bewohner
- Mögliche falsche Geschlechtsbezeichnung, nachdem das Personal von der Trans-Vergangenheit erfahren hat

2.2. Das Phänomen der „Rückkehr in den Schrank“

Eine der erschütterndsten Erkenntnisse aus Forschung und Praxis ist die „Rückkehr in den Schrank“. Eine ältere Person, die jahrzehntelang offen gelebt hat, kann sich beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung gezwungen fühlen, ihre Identität erneut zu verbergen.

Warum geschieht das?

- Angst vor Diskriminierung durch das Personal oder/die andere Bewohner
- Fehlen sichtbarer Zeichen für Sicherheit (Regenbogenaufkleber, Plakate zum Thema Inklusion)
- Frühere negative Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistern
- Die Annahme, dass „Menschen wie ich“ hier nicht willkommen sind

Wichtige Daten:

- 90 % der älteren LSBTIQ+-Menschen haben keine Kinder (INSEE)
- Nur 12 % der Pflegeheime in Frankreich schulen ihr Personal in Bezug auf LSBTIQ+-Themen (Grey Pride, 2024)
- In Einrichtungen mit dem „Bienvenue“-Label geben 30 % mehr Bewohner ihre LSBTIQ+-Identität

2.3. Altersdiskriminierung innerhalb von LSBTIQ+-Gemeinschaften

Eine der auffälligsten Erkenntnisse aus den generationenübergreifenden Dialogrunden von Le Girofard ist die Realität der Altersdiskriminierung innerhalb der queeren Gemeinschaften selbst.

Ausprägungen von Altersdiskriminierung innerhalb der Gemeinschaften:

- Im Nachtleben und in kulturellen Räumen: ein allgegenwärtiger „Jugendkult“ in Schwulenbars, Clubs und der Drag -Szene
- In Dating-Apps: explizite Ablehnung aufgrund des Alters („zu alt“, „pass“)
- Im Aktivismus: Jüngere Generationen werden manchmal als „zu theoretisch“ oder als losgelöst von historischen Kämpfen wahrgenommen; älteren Generationen wird manchmal das Gefühl vermittelt, dass ihre Beiträge nicht mehr relevant sind

- Sozialer Druck, ein jugendliches Aussehen und jugendliche Energie zu bewahren, insbesondere in sozialen und Dating-Kontexten

Diese Realität ist besonders schmerzhaft, da sie Menschen betrifft, die von der Mainstream-Gesellschaft ohnehin schon an den Rand gedrängt werden. Sie unterstreicht die Notwendigkeit bewusst geschaffener generationenübergreifender Räume, in denen Altersvielfalt als Stärke und nicht als Barriere angesehen wird.

2.4. Das anhaltende Tabu der Sexualität älterer Menschen

Über die LSBTIQ+-Gemeinschaften hinaus herrscht in der Gesellschaft nach wie vor ein tiefes Unbehagen hinsichtlich der Sexualität älterer Menschen.

Die Ausprägungen dieses Tabus:

- Der Mythos der Asexualität: die Überzeugung, dass sexuelles Verlangen ab einem bestimmten Alter von Natur aus erlischt
- Der gealterte Körper als „nicht-sexueller“ Körper: Ältere Menschen werden nur als Großeltern oder Patienten gesehen – kulturell entsexualisierte Rollen
- Das Schweigen der Institutionen: In Pflegeeinrichtungen glauben Mitarbeiter*innen möglicherweise, sie würden die Bewohner „schützen“, indem sie deren Intimleben ignorieren, während sie ihnen in Wirklichkeit ihre Selbstbestimmung nehmen

„Nicht über Verlangen zu sprechen, bedeutet, einen wesentlichen Teil des Individuums auszublenden.“

(Grey-Pride-Kampagne)

„Sexualität zeigt sich in Zärtlichkeit ... aber nicht unbedingt im Geschlechtsverkehr.“

(Teilnehmenden einer Fokusgruppe)

Für ältere Trans-Menschen verschärft sich dieses Tabu noch. Ihr Körper, der durch gesellschaftliche Normen ohnehin schon als „anders“ gekennzeichnet ist, wird durch das Alter zusätzlich entsexualisiert. Die Möglichkeit von Intimität, von Berührung, von der Wahrnehmung als begehrendes und begehrenswertes Wesen wird unter dem Blick der Institution fast unvorstellbar.

Dieses Tabu schafft einen Teufelskreis des Schweigens:

- Die ältere Person schweigt, um nicht als unangemessen wahrgenommen zu werden
- Die Fachkraft schweigt aufgrund mangelnder Schulung oder aus Angst vor Unbehagen
- Die Familie schweigt, um ein bestimmtes Bild ihres alternden Elternteils zu bewahren

2.5. Isolation: Ein strukturelles Problem

Isolation betrifft viele ältere Menschen, doch bei älteren LSBTIQ+-Personen wird sie oft durch spezifische Faktoren verstärkt.

Spezifische Faktoren der Isolation	Wichtige Daten
Fehlende Kinder	90 % der älteren LSBTIQ+-Menschen haben keine Kinder (INSEE). „Selbstgewählte Familien“ sind von entscheidender Bedeutung, können jedoch fragil sein.
Mangel an inklusiven Einrichtungen	Nur 12 % der Pflegeheime schulen ihr Personal in Bezug auf LSBTIQ+-Themen (Grey Pride, 2024).
Wirtschaftliche Unsicherheit	40 % der queeren älteren Menschen beziehen eine Rente von weniger als 1.000 € pro Monat, was auf durch Diskriminierung unterbrochene Berufslaufbahnen zurückzuführen ist.
Ablehnung durch die Familie	Viele wurden von ihren Herkunftsfamilien abgelehnt, wodurch ihnen traditionelle Unterstützungsnetzwerke fehlen.
Geografische Isolation	In ländlichen Gebieten sind die Möglichkeiten, mit anderen LSBTIQ+-Personen in Kontakt zu treten, äußerst begrenzt.

*„LGBT-Senior*innen leiden noch stärker unter Isolation und Armut als andere ältere Menschen.“*

2.6. Zugang zur Gesundheitsversorgung: Ein Minenfeld

Der Zugang zu einer respektvollen und kompetenten Gesundheitsversorgung bleibt für ältere LSBTIQ+-Menschen eine große Herausforderung.

Wichtige Daten:

- 72 % der Ärzt*innen fragen ältere Patienten niemals nach ihrer sexuellen Orientierung
- Mehr als die Hälfte der LSBTIQ+-Personen spricht bei Arztbesuchen nicht über ihre sexuelle Orientierung
- 67 % der LSBTIQ+-Personen über 50 glauben, dass sie einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben
- 65 % befürchten, in Pflegeeinrichtungen Gewalt ausgesetzt zu sein

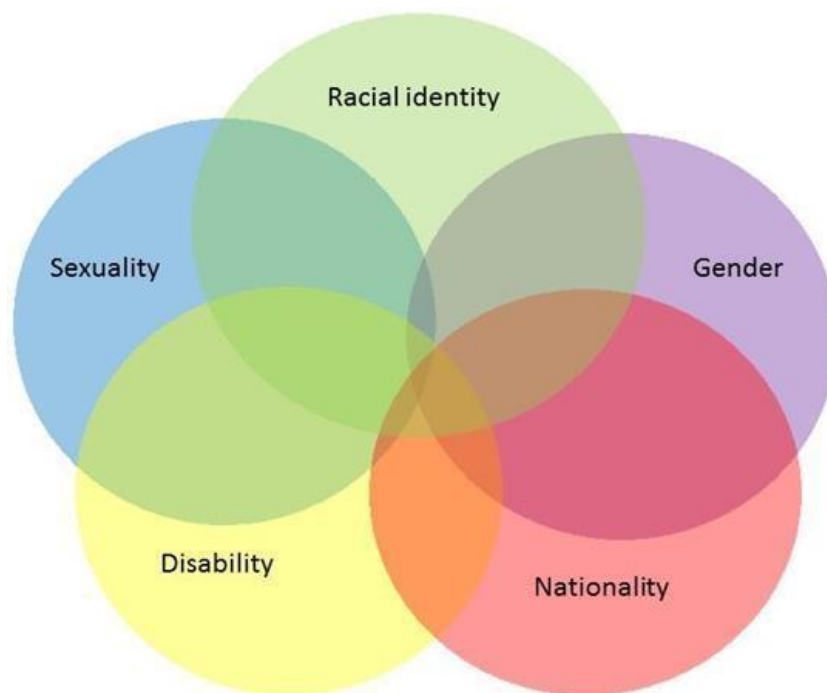
Spezifische Hindernisse:

- Unsichtbarkeit in Arztpraxen: Das Schweigen beruht auf der falschen Annahme, dass die sexuelle Orientierung entweder offensichtlich (Heterosexualität wird vorausgesetzt) oder irrelevant ist
- Mangelndes Wissen über spezifische Bedürfnisse: Das Personal wird selten in Bezug auf die Bedürfnisse älterer Trans-Menschen geschult (Kontinuität der Hormontherapie) oder älterer schwuler Männer (sexuelle Gesundheit, HIV) geschult
- Angst vor Diskriminierung: Viele zögern, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder vermeiden es, wichtige Informationen preiszugeben

„Die Unmöglichkeit, über die eigene Identität zu sprechen, führt zu größerer Isolation und Prekarität.“

3. Intersektionalität in der Praxis: Komplexe Situationen verstehen

Intersektionalität ist kein abstraktes Konzept – sie ist ein praktisches Instrument zur Analyse von Situationen und zur Anpassung der Betreuung. Hier finden Sie Fallstudien aus der Forschung und aus Fokusgruppen.



Fallstudie 1: Barry, 72, Transmann (inspiriert von einem Artikel in „The Atlantic“)

Barry ist ein 72-jähriger Transmann, der in Lyon lebt. Er hat einen Vollbart, eine tiefe Stimme und hat sich die Brüste entfernen lassen. Eine geschlechtsangleichende Operation hat er jedoch nie vornehmen lassen. Sein Körper trägt daher die Spuren eines einzigartigen Übergangsprozesses, der sich von den standardisierten Wegen unterscheidet, die sich Pflegekräfte oft vorstellen.

Nach einer Karriere im Bildungswesen und einem Leben, das von komplexen familiären Beziehungen geprägt war (er verbrachte seine Teenagerjahre in Pflegefamilien), lebt Barry allein. Vor kurzem haben ein Sturz und das Auftreten von Herzproblemen ihn dazu veranlasst, widerwillig den Einzug in ein Pflegeheim in Betracht zu ziehen.

Bei einem Besuch vor der Aufnahme spricht ihn der Leiter mit „Mister“ an – er fühlt sich anerkannt. Doch als die Pflegekoordinatorin das Thema Körperpflege und tägliche Unterstützung anspricht, spürt er Unbehagen. Er weiß, dass eines Tages, vielleicht schon bald, eine Pflegekraft seinen nackten Körper entdecken wird und damit eine Geschichte, die sein äußeres Erscheinungsbild nicht verrät. Er fürchtet die Fragen, die Blicke, das Getuschel. Er fürchtet, sich erneut rechtfertigen zu müssen, wer er ist.

Zentrale Herausforderungen:

- Unfreiwillige Offenlegung des Trans-Status bei der Intimpflege
- Mangelnde Schulung des Personals hinsichtlich der Vielfalt von Transkörpern und Transitionsprozessen
- Fehlen institutioneller Protokolle für eine respektvolle Intimpflege
- Angst vor Isolation und Diskriminierung durch andere Bewohner
- Die Last eines lebenslangen Misstrauens gegenüber Institutionen

Fragen zur Reflexion:

- Welche Annahmen könnten die Reaktionen des Personals beeinflussen, wenn es Bretts Körper entdeckt?
- Welche Risiken bestehen, wenn die Einrichtung die Situation ignoriert und im Vorfeld keine Vorkehrungen trifft?
- Wie würde eine respektvolle, personenzentrierte Reaktion aussehen?

Fallstudie 2: Simone, 78, lesbisch

Simone lebte 40 Jahre lang mit ihrer Partnerin zusammen, bevor sie verstarb. Nun zieht sie in ein Pflegeheim ein. Auf den ersten Blick: eine ältere, verwitwete Dame. Doch hinter dieser scheinbaren Einfachheit verbirgt sich eine weitaus komplexere Realität:

- Altersdiskriminierung: Niemand spricht mehr mit ihr über ihr Gefühlsleben. Man geht davon aus, dass in ihrem Alter „diese Fragen“ nicht mehr aufkommen.
- Sexismus: Als ältere Frau ist sie mit der „Doppel moral des Alterns“ konfrontiert – ihr sozialer Wert und ihre Attraktivität nehmen mit zunehmendem Alter ab, anders als bei Männern.
- Lesbophobie/Unsichtbarkeit: Niemand fragt sie jemals, ob die wichtige Person in ihrem Leben eine Frau war. Das Hochzeitsfoto auf der Kommode? Sie hat keines. Ihre Trauer wird völlig ignoriert.

Intersektionalität bedeutet zu verstehen, dass diese drei Dimensionen zusammenwirken und eine einzigartige Situation der Verletzlichkeit und Unsichtbarkeit schaffen. Ein inklusiver Ansatz muss alle diese Aspekte berücksichtigen.

Fallstudie 3: Fatima, 68, lesbisch und einer ethnischen Minderheit angehörig

Fatima ist eine lesbische Frau nordafrikanischer Herkunft, die in einer Kleinstadt lebt und überlegt, in eine betreute Wohnanlage zu ziehen.

- Rassismus und Lesbenfeindlichkeit: Sie ist potenzieller Diskriminierung ausgesetzt, die sowohl mit ihrer Herkunft als auch mit ihrer sexuellen Orientierung zusammenhängt und durch Altersdiskriminierung noch verstärkt wird.
- Doppelte Unsichtbarkeit in der Darstellung: In Medien und Kultur werden ältere, rassifizierte, lesbische Frauen so gut wie nie gezeigt. Sie ist nirgendwo vertreten.

- Spezifische Stereotypen: Sie könnte mit Stereotypen wie dem der „maskulinen Lesbe“ oder der Hypersexualisierung von rassifizierten Frauen konfrontiert sein.
- Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung: Strukturelle Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund verschärfen sich durch die Zurückhaltung, über LSBTIQ+-Themen zu sprechen.

Diese Beispiele zeigen, dass es unmöglich ist, eine Person angemessen zu unterstützen, ohne die Gesamtheit ihrer Identität zu berücksichtigen. Inklusion bedeutet nicht, alle „gleich“ zu behandeln – sie bedeutet, die Herangehensweise an die Einzigartigkeit jedes Lebensweges anzupassen.

4. Die Forschung verstehen: Was uns Studien sagen

Aktuelle Forschungsergebnisse liefern wertvolle Einblicke in die Erfahrungen und Bedürfnisse älterer LSBTIQ+-Menschen.

4.1. Die LEAP-Studie (2025–2027)

Die LEAP-Studie (LSBTIQ+ Inclusive Home Provision for older people), ein großes, im Juni 2025 startendes Forschungsprojekt mit Sitz im Vereinigten Königreich, zielt darauf ab, zu verstehen, inwieweit Pflegekräfte in der häuslichen Pflege darauf vorbereitet sind, ältere LSBTIQ+-Menschen zu unterstützen.

Wichtige Erkenntnisse aus früheren Untersuchungen, die in diese Studie einfließen:

- Pflegekräften fehlen die Fähigkeiten, das Wissen und das Selbstvertrauen, um ältere LSBTIQ+-Menschen zu unterstützen
- Studien haben sich bisher auf Pflegeheime konzentriert, doch die häusliche Pflege ist nach wie vor unzureichend erforscht
- Viele LSBTIQ+-Erwachsene befürchten, in der Sozialfürsorge feindselig oder diskriminierend behandelt zu werden
- Einige berichten von Ängsten, ihr eigenes Zuhause „ent-schwulen“ zu müssen, um sich vor erwarteter Homophobie oder Transphobie

Bretts Geschichte veranschaulicht dies perfekt. Die Angst gilt nicht dem Zuhause, das er möglicherweise verlassen muss, sondern der Einrichtung, in die er möglicherweise einziehen wird – einem Ort, an dem er die Kontrolle über seine eigene Lebensgeschichte verlieren könnte.

4.2. Der Insider-Outsider-Status

Untersuchungen zu LSBTIQ+-Bewohnern in regulären Wohnprojekten zeigen einen „Insider-Outsider-Status“ – sie erleben teilweise Sichtbarkeit, sind aber gleichzeitig ausgrenzendem Druck ausgesetzt, der sie als „die Anderen“ positioniert.

Wichtige Erkenntnisse aus einer britischen Studie (2019–22) mit 15 LSBTIQ+-Bewohnern im Alter von 55 bis 79 Jahren:

- LSBTIQ+-Bewohner bewegen sich in einer komplexen sozialen Position – sichtbar und doch an den Rand gedrängt
- Ausgrenzende Praktiken anderer Bewohner*innen verstärken die Grenzen der sexuellen und geschlechtlichen „Normalität“
- Die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte außerhalb der Wohnanlage gewinnt entscheidende Bedeutung

Diese Untersuchung stellt die Annahme in Frage, dass Seniorenwohnanlagen automatisch „sichere Räume zum Älterwerden“ bieten. Für LSBTIQ+-Senioren kann Sicherheit nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden – sie muss aktiv geschaffen werden.

4.3. Das Konzept der „gewählten Familie“ und seine Grenzen

Die Bedeutung von „gewählten Familien“ neben den Herkunftsfamilien ist gut dokumentiert. Die Forschung zeigt jedoch auch die Fragilität dieser Netzwerke auf:

- Nähe ist wichtig: Freunde wohnen möglicherweise nicht in der Nähe oder haben selbst altersbedingte Mobilitätsprobleme
- Freunde sind möglicherweise im gleichen Alter und erleben ähnliche gesundheitliche Einschränkungen
- Durch die AIDS-Krise dezimierte Netzwerke hinterließen bleibende Lücken in der Unterstützung

Deshalb sind der bewusste Aufbau von Gemeinschaften und eine inklusive institutionelle Unterstützung unerlässlich – selbstgewählte Familien können nicht immer die Pflege leisten, die eigentlich von Institutionen angeboten werden sollte.

5. Inspirierende Initiativen für Maßnahmen

Es reicht nicht aus, Probleme zu identifizieren. In ganz Europa gibt es konkrete Lösungen, die beweisen, dass ein anderer Weg möglich ist.

5.1. Das „Maison de la Diversité“ (Lyon, Frankreich)

Unter der Leitung von „Les Audacieuses & Les Audacieux“ reagiert dieses inklusive und partizipative Wohnprojekt auf die soziale Isolation von LSBTIQ+-Senioren und Menschen, die mit HIV leben.

Das Konzept: individuelle Wohneinheiten + gemeinsame Gemeinschaftsräume + generationenübergreifendes Wohnen (einschließlich Studentenwohnungen), basierend auf einem Projekt der gegenseitigen Hilfe und Solidarität rund um das Thema „gut altern“.

Kernwerte:

- Soziale Verbundenheit als Schlüssel zum guten Altern und zur Wahrung der Selbstständigkeit
- Inklusives Wohnen als unterstützende, spekulationsfreie Lebensweise
- Generationenübergreifende Solidarität als Quelle der Inspiration und Bereicherung
- Offenheit gegenüber der umliegenden Nachbarschaft

Dieses Projekt ist direkt inspiriert von „Lebensort Vielfalt“ in Berlin, einem europäischen Vorreiter seit 2013.

5.2. Grey Pride und das „Bienvenue“-Label (Frankreich)

Grey Pride verbindet Interessenvertretung mit konkreten Hilfsmitteln für Fachkräfte. Beziehungen, Sexualität oder Identität sind einige der Themen, die bei älteren LSBTIQ+-Personen, die in Pflegeeinrichtungen einziehen, eine Rolle spielen können. Dieses Label soll dazu beitragen, diese Themen in der Pflege in den Vordergrund zu rücken.

Wichtige Maßnahmen:

- Nationale Hotline für isolierte ältere Menschen (01 44 93 74 03, dienstags und donnerstags 16–18 Uhr)
- Qualiopi-zertifizierte Schulungen in Pflegeheimen für das gesamte Personal (Pflegekräfte, Verwaltung, Leitung)

„Bienvenue“-Gütesiegel: strenge Kriterien für inklusive Einrichtungen:

- Geschultes Personal
- Charta gegen Diskriminierung
- Geschlechtsneutrale Räume
- Regelmäßige Überprüfungen durch LSBTIQ+-Verbände
- Partnerschaften mit auf HIV spezialisierten Ärzt*innenn

Kennzahlen: In Einrichtungen mit dem „Bienvenue“-Label geben 30 % mehr Bewohner*innen ihre LSBTIQ+-Identität an.

„Über das Label hinaus, durch Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor: Wir müssen auf die Anerkennung von Geschlechtsidentitäten in Senioreneinrichtungen hinarbeiten.“

Für Brett würde eine mit dem „*Bienvenue*“-Label ausgezeichnete Einrichtung ein unmittelbares Signal senden: Hier wurde das Personal geschult. Hier wird mein Körper kein Grund zum Anstoß sein. Hier kann ich vielleicht in Ruhe alt werden.“

5.3. Lebensort Vielfalt (Berlin, Deutschland)

Eine wegweisende Wohnanlage, die 2013 von der Schwulen Beratung Berlin eröffnet wurde und 24 Wohneinheiten für selbstbestimmtes Wohnen von älteren LSBTIQ+-Menschen bietet. Angesichts einer Warteliste von 400 Personen wurden seitdem zwei weitere Einrichtungen eröffnet, die auf neurodegenerative Erkrankungen und psychische Störungen spezialisiert sind.

Stärken:

- Gewählte Vielfalt: 60 % schwule Männer / 20 % junge Menschen (unter 55) / 20 % Frauen
- Kleine spezialisierte Pflegeeinheit für Menschen mit nachlassender Selbstständigkeit
- Offenheit gegenüber der Nachbarschaft und dem kulturellen Leben

5.4. Tonic @Bankhouse (London, Großbritannien)

Die erste LSBTIQ+-freundliche Seniorenwohnanlage Großbritanniens, die 2021 eröffnet wurde und bis Ende 2024 vollständig belegt sein wird.

Hauptmerkmale:

- 26 Bewohner in einer Mischung aus Eigentums- und Mietwohnungen
- Eine von allen Mitarbeiter*innenn und Bewohnern unterzeichnete „Gemeinschaftsvereinbarung“, die sich der Inklusion verpflichtet
- Die Bewohner organisieren ihre eigenen Ausflüge, gemeinsamen Mahlzeiten und Zusammenkünfte – und fördern so das Gefühl einer „selbst gewählten Familie“
- Unterstützung bei Erfahrungen am Lebensende, gemeinsamer Trauer und der Reflexion über das eigene Vermächtnis

*„Bei Tonic finden die Menschen eine selbst gewählte Familie, ein unterstützendes Netzwerk, in dem sie ganz sie selbst sein können
selbst sein können.“*

„Warum sollten wir nur akzeptiert werden müssen? Akzeptiert zu werden ist fast so, als würde man toleriert werden. Aber Bestätigung bedeutet: Du musst nichts erklären, du bist ein Teil von uns.“

(Tonic-Bewohner)

Diese Unterscheidung – zwischen „akzeptiert“ und „bejaht“ – ist entscheidend.

5.5. Wichtige Erkenntnisse aus diesen Initiativen

Erkenntnis	Implikation
Inklusion ist nicht gleich Toleranz	„Akzeptiert klingt fast wie toleriert. Bejahend bedeutet, dass man nichts erklären muss.“
Selbstgewählte Familien brauchen Unterstützung	Institutionen müssen diese Netzwerke anerkennen und unterstützen, statt sie zu ignorieren.
Die Schulung muss umfassend sein	Alle Mitarbeiter*innen – nicht nur die Betreuer – benötigen Schulungen.
Sichtbare Zeichen der Sicherheit sind wichtig	Regenbogen-Aufkleber, inklusive Plakate und geschlechtsneutrale Räume senden starke Botschaften aus.
Gemeinsame Gestaltung ist unerlässlich	Ältere Menschen müssen in die Gestaltung der für sie bestimmten Räume und Angebote einbezogen werden.

Diese Beispiele zeigen, dass Inklusion kein abstraktes Konzept ist – sie besteht vielmehr aus einer Reihe konkreter Entscheidungen: Entscheidungen in Bezug auf Wohnen, Weiterbildung, Gemeinschaftsbildung und die Anerkennung vorbildlicher Praktiken

6. Die Sitzungen zum generationsübergreifenden Dialog: Wichtigste Erkenntnisse

Die von Le Girofard organisierte Sitzung zum generationsübergreifenden Dialog in Bordeaux (22. Oktober 2025) brachte 23 Teilnehmenden im Alter von 19 bis 82 Jahren zusammen und lieferte wichtige Erkenntnisse.

Zentrale Themen, die dabei zur Sprache kamen:

1. Altersdiskriminierung und Ausgrenzung innerhalb von LSBTIQ+-Gemeinschaften

- Mehrere Teilnehmenden*innen beschrieben einen „Jugendkult“ in queeren Räumen
- Ältere schwule Männer berichteten, dass sie sich in Bars und Clubs unsichtbar fühlten

- Einigen wurde gesagt, sie seien für bestimmte Veranstaltungen oder Orte „zu alt“

2. Neudefinition von Sexualität im späteren Leben

- Die Teilnehmenden definierten Sexualität weit gefasst: Zärtlichkeit, Zuneigung, Sinnlichkeit, emotionale Verbundenheit
- Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung von penetrativem Sex ab
- Die Bedeutung von Selbstbefriedigung und Solo-Sexualität wurde anerkannt

3. Tiefes Misstrauen gegenüber institutioneller Pflege (EHPADs)

- Weit verbreitete Angst, sich wieder „verstecken“ zu müssen
- Bedenken hinsichtlich heteronormativer und cisnormativer Umgebungen
- Mangelnde Schulung des Personals zu LSBTIQ+-Themen

„Meine Herausforderung wäre es, Pflegeheime um jeden Preis zu vermeiden. Was dort geschieht, ist wirklich entsetzlich.“

4. Starker Wunsch nach gemeindenahen Alternativen

- Generationsübergreifende Wohngemeinschaften
- LSBTIQ+-spezifische Seniorenwohnheime
- Gemeinschaftsbasierte Betreuungsnetzwerke
- „Altern am gewohnten Ort“ mit Unterstützung durch die Gemeinschaft

„Ich würde gerne in einer Wohngemeinschaft leben ... Ich glaube, es gibt bereits erste Projekte, die ins Leben gerufen werden, nämlich Wohngemeinschaften für ältere Menschen. »

5. Generationenübergreifendes Lernen wird geschätzt – und ist notwendig

- Jüngere Teilnehmenden lernen etwas über historische Kämpfe (AIDS-Krise, Rechtsstreitigkeiten)

- Ältere Teilnehmende lernen etwas über sich wandelnde Begrifflichkeiten und Identitätskonzepte
- Starker Wunsch nach regelmäßigeren generationenübergreifenden Austauschmöglichkeiten

7. Implikationen für die berufliche Praxis

Was bedeuten all diese Erkenntnisse für Pädagog*innen, Betreuende und Institutionen?

Für Ausbildung und Weiterbildung:

- Modul einbeziehen, die sich speziell mit Altersdiskriminierung innerhalb der Gemeinschaft befassen
- Entwickeln Sie Fallstudien auf der Grundlage realer Erfahrungen
- Gehen Sie auf praktische Bedenken hinsichtlich Pflegeeinrichtungen und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ein
- Den generationsübergreifenden Dialog als zentrale Methode nutzen
- Schulen Sie das Personal gezielt zum Thema „Trans-Altern“ und zur Vielfalt von Trans-Körpern

Für die institutionelle Praxis:

- Entwickeln Sie klare Protokolle für die Intimpflege, die die Autonomie und Würde der Bewohner*innen respektieren
- Sichtbare Zeichen der Sicherheit (Regenbogaufkleber, inklusive Plakate) sind unverzichtbar und keine Option
- Die Schulung des Personals muss umfassend und kontinuierlich sein
- Antidiskriminierungsrichtlinien müssen aktiv durchgesetzt und nicht nur ausgehängt werden
- Partnerschaften mit LSBTIQ+-Organisationen liefern unverzichtbares Fachwissen und sorgen für Glaubwürdigkeit

Für Politik und Interessenvertretung:

- Unterstützen Sie die Entwicklung von LSBTIQ+-freundlichen Wohnangeboten
- Finanzieren Sie Forschungsarbeiten zu den spezifischen Bedürfnissen von LSBTIQ+-Senioren
- Schreiben Sie Schulungen zur kulturellen Kompetenz in allen öffentlich finanzierten Altenpflegeeinrichtungen vor
- Anerkennung und finanzielle Unterstützung von gemeindegeleiteten Initiativen

Für alle Fachkräfte, die möglicherweise mit einem LSBTIQ+-Senioren in Kontakt kommen:

- Denken Sie daran, dass Sie möglicherweise die erste Person sind, die ihm jemals die richtige Frage gestellt hat
- Denken Sie daran, dass Ihre Reaktion auf seinen Körper sich auf seine gesamte Pflegeerfahrung auswirken wird
- Denken Sie daran, dass Würde kein Geschenk ist, das Sie gewähren – sie ist ein Recht, das Sie schützen müssen
- Denken Sie daran, dass diese Menschen ihr ganzes Leben lang mit institutioneller Gewalt konfrontiert waren. Ihre Aufgabe ist es, dies hier anders zu gestalten.



Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Wichtige Fähigkeiten, die es zu entwickeln gilt

Sprache als wichtigstes Instrument der Inklusion:

- ✓ Ersetzen Sie „Haben Sie einen Ehemann/eine Ehefrau?“ durch „Gibt es eine wichtige Person in Ihrem Leben?“
- ✓ Fragen Sie: „Welche Pronomen soll ich verwenden?“
- ✓ Verwende neutrale Begriffe wie „Partner“.
- ✓ Ersetzen Sie in Formularen „Herr/Frau“ durch „Vorname“, „Nachname“ und fügen Sie die Option „Sonstiges“ hinzu.

Was Sie vermeiden sollten:

- ✗ „Elderspeak“ oder herablassende Kosenamen („junge Dame“, „junger Mann“, „Liebling“, „Schatz“).
- ✗ Die Annahme von Heterosexualität („Wie alt war Ihr Mann, als er verstorben ist?“).
- ✗ Lachen oder „diskrete“ Bemerkungen über eine Beziehung zwischen zwei älteren Menschen machen.

Schaffung einer einladenden Atmosphäre

- Sichtbare Zeichen: Ein kleiner Regenbogen-Aufkleber oder ein Plakat mit der Aufschrift „Hier ist jeder willkommen“ sind starke Signale.
- Informationen: Kontaktdaten von Vereinigungen wie Grey Pride aushängen.
- Geschlechtsneutrale Räume: Toiletten, die für alle Geschlechter zugänglich sind.
- Aktivitäten: Bieten Sie vielfältige Veranstaltungen an, nicht nur traditionell geschlechtsspezifische Aktivitäten.

Anpassung Ihrer Praxis

- Im Umgang mit einer trans Person: Respektieren Sie den gewählten Namen und die Pronomen, sorgen Sie für die Kontinuität der Hormontherapie und stellen Sie keine indiskreten Fragen.
- Im Umgang mit einer Person, die mit HIV lebt: Stigmatisieren Sie nicht, sorgen Sie für eine medizinische Nachsorge und informieren Sie sich über spezialisierte Hilfsangebote.
- Im Umgang mit einer Person mit anderem kulturellen Hintergrund: Zeigen Sie kulturelle Demut, fragen Sie nach den von ihr verwendeten Begriffen und Bezugspunkten.



Zusammenfassung & Proportional Message

- Die Einbeziehung von LSBTIQ+-Senioren ist keine Option, sondern eine ethische und berufliche Verpflichtung, um gleichberechtigten Zugang zu Versorgung und Würde zu gewährleisten.
- Die Geschichte spielt eine Rolle. Die Erfahrungen mit Stigmatisierung bei LSBTIQ+-Senior*innen beeinflussen deren Beziehung zu Institutionen. Diese Geschichte zu ignorieren bedeutet, Gewalt zu reproduzieren.
- Altersdiskriminierung gibt es auch innerhalb von Gemeinschaften. Wir müssen uns dessen bewusst sein und wirklich generationenübergreifende Räume schaffen.
- Es gibt alternative Modelle, die funktionieren (inklusive Wohnen, Gütesiegel, Schulungen). Sie beweisen, dass eine inklusive Gesellschaft für alle Altersgruppen möglich ist.
- Handeln beginnt mit Sprache und Haltung. Als Fachkraft haben Sie die Macht, allein durch Ihre Art zu sein und zu sprechen, sichere Räume zu schaffen.



Praktische Hilfsmittel und Ressourcen

Unterrichtsplan Modul 3

Der [Unterrichtsplan](#) ist ein strukturierter Leitfaden, der Trainer*innenn oder Fachkräften Anweisungen zur Umsetzung von Modul 3 in einer Gruppe gibt. Er bietet einen Rahmen für eine Schulungsdauer von 2,5 Stunden mit einer entsprechenden PowerPoint-Präsentation, listet Lernziele und eine Checkliste zur Vorbereitung auf und beschreibt drei Übungen (siehe unten).

Übung 1 – Das Vokabular der Inklusion

Ziel: Verständnis und Aneignung der wichtigsten LSBTIQ+-Begriffe und ihrer Bedeutung in der beruflichen Praxis mit älteren Menschen (siehe Anweisungen im Unterrichtsplan).

[Szenariokarten](#) – Das Vokabular der Inklusion.

Übung 2 – Fallstudienanalyse

Ziel: Konkrete Situationen von LSBTIQ+-Senioren zu analysieren und gemeinsam eine angemessene, personenzentrierte Reaktion zu erarbeiten (siehe Anweisungen im Lehrplan).

[Fallstudienkarte](#).

[Diskussionsfragen zur Fallstudie](#).

Übung 3 – Die Einrichtung neu denken

Ziel: Konkrete Maßnahmen zu entwerfen, um eine Einrichtung für LSBTIQ+-Senior*innen in drei Bereichen inklusiver zu gestalten: Fortbildung, bauliche Rahmenbedingungen und Richtlinien/Prozesse (siehe Anweisungen im Unterrichtsentwurf).

[Einrichtungskarten](#) – Alten- und Pflegeheim (EHPAD) / Häuslicher Pflegedienst / Krankenhaus / Betreutes Wohnen.

Arbeitsblatt zum Aktionsplan für die drei Bereiche.



Literaturhinweise

Grey Pride & französische Initiativen

Vereinigung Grey Pride. (2023–2024). Leitfaden „Accueillir les seniors LSBTIQ+“, Gütesiegel „Bienvenue“ – Kriterien und Wirkungsdaten, Nationale Hotline.

<https://greypride.fr/>

<https://greypride.fr/label-bienvenue/>

France Inter / Radio France. (15. Juni 2023). Zwei Pariser Seniorenheime wurden für ihre Betreuung von LSBTIQ+-Senioren mit dem Label „Grey Pride“ ausgezeichnet.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/deux-ehpad-parisiens-recompenses-du-label-grey-pride-pour-leur-accueil-des-seniors-LSBTIQ+-1402454>

20 Minutes. (19. Juni 2023). Paris: Pflegeheime mit LSBTIQ+-Gütesiegel für die Aufnahme aller sexuellen Orientierungen. <https://www.20minutes.fr/paris/4041985-20230620-paris-ehpad-labellises-LSBTIQ+-accueillir-toutes-sexualites>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Das Projekt „Maison de la Diversité“.

<https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Internationale Initiativen

Schwulenberatung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender.

<https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – Großbritanniens erste LSBTIQ+-freundliche Seniorenwohnanlage.

Prekäre Lebensverhältnisse: Forschung zu LSBTIQ+-Senioren

im Wohnungswesen. <https://tonichousing.org.uk/>

<https://tonichousing.org.uk/our-impact/>

Trans-Altern

The Atlantic. (12. August 2015). Die Herausforderung, als Transgender in einem Pflegeheim zu leben.

<https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/08/transgender-nursing-home-aging/400580/>

Siverskog, A. (2021). Alternde Körper, die zählen: Alter, Geschlecht und Körperlichkeit in den Lebensgeschichten älterer Transgender-Personen. Journal of Aging Studies, 58, 100951.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Witten, T. M. (2017). Altern bei Transgender-Personen und geschlechtsnonkonformen Menschen: Eine Literaturübersicht. Journal of Aging Studies, 43, 1–8.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Bockting, W., Coleman, E. & De Cuypere, G. (2011). Versorgung transsexueller Personen. New England Journal of Medicine, 364(26), 2559–2560.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714669/>

Wichtige Forschungsergebnisse und Daten

Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A. & Dickinson, T. (2020). Hindernisse für ältere Erwachsene bei der Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung im Bereich der sexuellen Gesundheit: Eine Übersichtsarbeit. International Journal of

Nursing Studies, 107, 103566.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380261/>

Flesia, L., Monaro, M., Jannini, E. A. & Limoncin, E. (2023). „Dafür bin ich zu alt“: Die Rolle von Altersdiskriminierung und übertriebenen Vorstellungen von sexueller Dysfunktion bei der sexuellen Gesundheit in einer Stichprobe heterosexueller und LGB-Älterer. Healthcare, 11(4), 459.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36832993/>

Fredriksen-Goldsen, K. I. et al. (2011). Der Bericht zu Altern und Gesundheit: Ungleichheiten und Resilienz bei älteren lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender Erwachsenen. Institut für generationenübergreifende Gesundheit. <https://stagebeta.scispace.com/papers/resilience-and-disparities-among-lesbian-gay-bisexual-and-46a7zc9ai4>

Institute of Medicine (US). (2011). Die Gesundheit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender -Personen: Schaffung einer Grundlage für ein besseres Verständnis. National Academies Press.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>

Simpson, P., Horne, M., Brown, L. J. E., Wilson, C. B., Dickinson, T. & Torkington, K. (2018). Die Erfahrungen älterer lesbischer, schwuler, bisexueller und transgender Menschen in Pflegeheimen: Eine systematische Übersicht. Ageing & Society, 38(11), 2217–2240. <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society>

de Vries, B., & Croghan, C. F. (2014). LSBTIQ+ im Alter: Die Beiträge der gemeindebasierten Forschung. Journal of Homosexuality, 61(1), 1–20.

<https://www.semanticscholar.org/paper/LSBTIQ+-Aging%3A-The-Contributions-of-Community-Based-Vries-Croghan/19ea7944dd8f48449926c0e147d9ebe23512ba83>

Französische Daten und Berichte

INSEE. (2023). Erhebung zu Familie und Wohnraum – Daten zur Haushaltszusammensetzung.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques>

Les Petits Frères des Pauvres. (2022). Bericht über die soziale Isolation älterer Menschen.

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-publications/rapports>

Glossare & Terminologie

Chase, B., & Ressler, P. (2009). Ein LSBTIQ+IQ-Glossar. The English Journal, 98(4), 23–24. <https://eric.ed.gov/?id=EJ832256>

Zeyen, T. L., Brunnett, R., Lottmann, R., & Kiegelmann, M. (2020). LSBTIQ und Alter(n): Ein Lehrbuch für Pflege und soziale Arbeit.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Weltgesundheitsorganisation

Weltgesundheitsorganisation. (2021). Globaler Bericht über Altersdiskriminierung.

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

Weltgesundheitsorganisation. (2019). Sexuelle Gesundheit und

Rechte. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

MODUL 4

Die Geschichte der sozialen Normen zu Geschlecht und Sexualität in Europa

Entwickelt von:

Karina Hoßfeld & Thomas Wilde

Verband niedersächsischer

Bildungsinitiativen e.V. (VNB e.V.)



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Alter und Sexualität sind nach wie vor eng mit stereotypen Vorstellungen, normativen Zuschreibungen, Unsichtbarkeit und Tabus verbunden. Dies zeigen auch die bisherigen Ergebnisse des Projekts „Never gets old“ (2024–2026), in dessen Rahmen in fünf europäischen Ländern Umfragen zu Einstellungen gegenüber Sexualität und Alter durchgeführt werden. Ältere Menschen werden oft als asexuell betrachtet, d. h. ohne jegliches Bedürfnis nach Sexualität oder vorrangig funktional im Hinblick auf familiäre Strukturen und Rollen (Großeltern). Dies geschieht sowohl im Alltagsdiskurs als auch in Medien und institutionellen Strukturen, wie beispielsweise in geriatrischen Pflegeeinrichtungen, die wir in unser Projekt einbezogen haben.

Soziale Normen zu „Geschlecht und Sexualität“ sind jedoch keine statische Struktur, sondern das Ergebnis historischer Verhandlungsprozesse. In Europa wurden sie über Jahrtausende hinweg von Religion, Recht, Medizin, Wirtschaft und politischer Macht geprägt – und immer wieder hinterfragt. Unsere Vorstellungen von Geschlecht, Alter und Sexualität haben sich somit historisch entwickelt und prägen das Selbstbild älterer und jüngerer Menschen, familiäre Erwartungen sowie das Handeln von Fachkräften in der Pflege, Beratung und Erwachsenenbildung.

Die Interviews und Gruppendiskussionen aus dem 2. Arbeitspaket des Projekts zeigen, dass das Thema Sexualität im Alter in den unterschiedlichsten Kontexten stark tabuisiert ist: in Familien, in Einrichtungen und insbesondere in Pflegeheimen sowie zwischen den Generationen. In den Diskussionen wurde vor allem die Erfahrung geteilt, dass Sexualität im Alter jüngere Menschen überrascht. So beschreibt eine Ausbilderin für Pflegeberufe ihren Alltag:

„Ich spüre Grenzen insofern, als mir die Studierenden manchmal so oft zeigen, wenn es um Sex im Alter geht, [...] ab 40 ist es vorbei. Ich reflektiere das immer wieder und es herrscht großes Erstaunen.“

Auch die Reaktionen auf Bilder, die sie im Unterricht zeigt, verdeutlichen verinnerlichte stereotype Vorstellungen:

„Und die Reaktionen auf Bilder, die ich zeige, auf denen sich Menschen über 60 umarmen, lauten: ‚Wow, ich kann gar nicht hinsehen, muss das so sein?‘ Oder Händchenhalten (...) ‚Oh, das ist ja süß‘.“

Es ist seit langem erforscht und beschrieben, dass Sexualität kein Privileg der Jugend ist und dass Sexualität im Alter kein Randphänomen darstellt, sondern Teil der lebenslangen Identitätsbildung ist. Unsere Wahrnehmung von Sexualität wird durch Normen, Narrative (kulturelle Erzählstrukturen) und Medienbilder beeinflusst. Diese fließen dann auch in die konkrete Umsetzung von Pflege-, Beratungs- und Bildungsarbeit ein.

Ziel dieses Moduls ist es, aufzuzeigen, dass sich gesellschaftliche Normen zu Geschlecht und Sexualität im Laufe unserer Geschichte immer wieder gewandelt haben und dass die jeweils geltenden Normen unser soziales Miteinander prägen und unser eigenes Selbstbild beeinflussen. Durch die kritische Hinterfragung der Mechanismen zur Übernahme von Werten, Normen und Rollen eröffnet sich die Möglichkeit, Stereotypen zu erkennen, Tabus in Frage zu stellen und eine selbstbestimmte Lebensweise älterer Menschen zu fördern.

Das Modul soll Fachkräfte dabei unterstützen, ihre eigenen Annahmen zu reflektieren, ihren beruflichen Handlungsspielraum zu gestalten und normativ bedingte Erwartungen sicher und bewusst anzusprechen. Den Teilnehmenden werden Methoden und Räume an die Hand gegeben, um gesellschaftliche Normen zu erkennen, die eigenen Einstellungen zu hinterfragen und reflektiert auf alters- und sexualitätsspezifische Fragestellungen zu reagieren.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, die historischen, kulturellen und medialen Mechanismen aufzuzeigen, die soziale Normen zu Alter und Sexualität prägen, und daraus methodische Ansätze für eine praxisorientierte Bildungsarbeit abzuleiten.

Lernziele in Modul 4

Zielgruppe	Wissenserwerb
Die Teilnehmenden lernen:	Normen haben sich im Laufe der Geschichte gewandelt - Was heute als „normal“ gilt, war früher anders – und wird sich auch weiterhin verändern. Die eigenen Überzeugungen sind gesellschaftlich geprägt - Irritationen und Unbehagen haben kulturelle Ursachen und sind keine individuellen Defizite. Sexualität im Alter ist kein Sonderfall - sondern Teil der lebenslangen Identitätsentwicklung.
Vorteile für Erwachsenenbildner*innen	Erwachsenenbildner*innen profitieren davon, weil sie: - sensibler moderieren können, - ihre eigenen impliziten Normen erkennen, - Lernräume schaffen, in denen niemand in Verlegenheit gerät, - Generationskonflikte besser verstehen.
Vorteile für Fachkräfte	Fachkräfte (Pflege, Sozialarbeit, Beratung) profitieren davon, weil sie: - professioneller mit Nähe, Intimität und Grenzen umgehen, - die Bedürfnisse älterer Menschen ernst nehmen, - institutionelle Regeln kritisch hinterfragen, - ethischer handeln.



Das Thema verstehen

1. Theoretischer Bezugsrahmen: Soziale Normen, Identität und Alter

Soziale Normen sind grundlegende Regeln und Vereinbarungen, die das Verhalten von Individuen innerhalb einer Gesellschaft strukturieren. Sie definieren, was als angemessen, erwartet oder abweichend gilt, und haben sowohl eine regulierende als auch eine leitende Wirkung (vgl. Dimbath, 2025). Normen in Bezug auf Geschlecht, Sexualität und Alter sind von besonderer Bedeutung, da diese Bereiche eng mit Fragen der Moral und Tabus verknüpft sind. Sie beeinflussen somit stark das individuelle Verständnis und die Akzeptanz von sexuellen Orientierungen und Identitäten, die von der Norm abweichen. In den Sozialwissenschaften werden die Begriffe Geschlecht und Sexualität nicht ausschließlich als biologische Gegebenheiten verstanden, sondern als soziale Konstruktionen, die in historischen, kulturellen und institutionellen Kontexten entstehen (Feldmann et al. 2025). So bezieht sich beispielsweise der Begriff „Geschlecht“ auf die gesellschaftlich produzierten Rollen, Erwartungen und Zuschreibungen, die mit Körpern und Identitäten verbunden sind. Im sozialwissenschaftlichen Sinne wird auch *das Alter* nicht nur als biologischer Prozess verstanden, sondern als eine sozial strukturierte Lebensphase, die im jeweiligen sozialen Kontext mit bestimmten Rollenbildern, Rechten und Pflichten verbunden ist. Auch die Auseinandersetzung mit Sexualität unterliegt gesellschaftlichen Veränderungsprozessen und wird durch Normen, Sprache, Wissen und Institutionen geprägt. Es gibt Formen der Sexualität, die legitimiert sind, andere werden marginalisiert oder tabuisiert. Soziale Normen wirken nicht nur repressiv, sondern auch produktiv (vgl. Dimbath 2025), indem sie bestimmte Identitäten und Lebensweisen überhaupt erst hervorbringen. So ist beispielsweise eine „schwule Identität“ eng mit der historischen Verfolgung homosexueller Männer und der daraus entstandenen „Schwulenbewegung“ verbunden.

Ein kurzer theoretischer Rahmen ist hilfreich, um Sexualität im Alter zu verstehen. In gesellschaftlichen Diskussionen wird der Sexualität älterer Menschen oft wenig Beachtung geschenkt oder sie wird gänzlich ignoriert. Stattdessen wird häufig davon ausgegangen, dass sexuelle Bedürfnisse mit zunehmendem Alter ebenfalls verschwinden. Diese Vorstellung ist jedoch nicht natürlich, sondern das Ergebnis historisch gewachsener gesellschaftlicher Normen. Die Auseinandersetzung mit dieser Perspektive bildet die Grundlage für die folgende historische Analyse.

2. Historische Entwicklung gesellschaftlicher Normen zu Alter und Sexualität

Die heutigen gesellschaftlichen Vorstellungen von Sexualität im Alter lassen sich nur vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen verstehen. Im Folgenden wird ein historischer Überblick mit einigen zentralen normativen Verschiebungen in Bezug auf Sexualität, Geschlecht und Alter gegeben.

2.1 Vormoderne Gesellschaften: Moral, Religion und soziale Ordnung

In vormodernen Gesellschaften war Sexualität stark in religiöse und moralische Systeme eingebettet. Sie wurde in erster Linie als funktional für die Fortpflanzung angesehen. Obwohl Geschlecht in dieser Epoche binär – männlich und weiblich – verstanden wurde, definierte sich Sexualität weniger durch Identität als durch soziale Rolle. Entscheidend war nicht das Geschlecht des Partners, sondern die Position in der Machtstruktur: aktiv versus passiv, frei versus unfrei oder versklavt. Beziehungen zwischen erwachsenen Männern und jugendlichen Jungen (Päderastie) waren gesellschaftlich akzeptiert, solange sie bestimmten Normen entsprachen.

Das Alter wurde hingegen oft mit Rückzug, Weisheit oder spiritueller Hingabe assoziiert. Sexuelle Aktivität jenseits fortpflanzungsbezogener Zwecke, insbesondere im Alter, galt eher als unangebracht oder moralisch fragwürdig. Diese normativen Vorstellungen wirkten sich nicht nur individuell, sondern auch strukturell aus: Abweichungen konnten soziale Sanktionen nach sich ziehen. Sexualität im Alter war weniger unsichtbar als vielmehr moralisch verpönt. Es muss jedoch auch angemerkt werden, dass es nur sehr wenige alte oder sehr alte Menschen gab. Die meisten Menschen starben in einem Alter, das den heutigen „Bestagern“ entspricht.

Mit der Ausbreitung des Christentums im Mittelalter (ca. 9. bis 15. Jahrhundert) veränderte sich die Sichtweise auf Geschlecht und Sexualität in Europa grundlegend. Sexualität wurde zunehmend moralisiert und mit Sünde in Verbindung gebracht. Legitimer Sex war auf die Ehe beschränkt und diente der Fortpflanzung. Lust galt als

als gefährlich oder als Sünde verstanden. Im patriarchalischen Denken wurde die Frau als „Verführerin“ des Mannes angesehen, es sei denn, sie galt als „Jungfrau“, rein von aller Sünde – d. h. von Sexualität. Diese Dichotomie findet sich bis heute in der christlichen Vorstellung von der „Jungfrau Maria“, die zugleich Mutter wird – jedoch ohne den mit Sünde behafteten Geschlechtsverkehr.

2.2 Frühe Neuzeit: Disziplinierung und Wissenschaft

Zwischen dem 16. und 18. Jahrhundert verstärkte sich die staatliche und kirchliche Kontrolle über Körper und Sexualität, und das Eheleben unterlag strengeren Vorschriften. In der katholischen Kirche wurde das Zölibat für Priester eingeführt. Gleichzeitig begann die Medizin, das Geschlecht systematisch zu erforschen. In dieser Zeit (um 1800) setzte sich in Europa zunehmend das sogenannte „Zwei-Geschlechter-Modell“ durch und verdrängte damit die Vorstellung, Frauen seien „unvollständige Männer“. Nun wurde postuliert, dass Frauen und Männer grundlegende, biologisch bedingte Gegensätze seien. Daraus wurden dann soziale Rollen (z. B. Hausfrau, Ernährer) abgeleitet, die nun als „natürlich“ galten.

Sexualität wurde zunehmend als individueller Akt betrachtet, der überwacht, klassifiziert und standardisiert werden musste. Abweichungen galten nicht mehr nur als Sünde, sondern wurden zunehmend als Krankheit oder sogar als Verbrechen eingestuft. Die Vorstellungen gingen so weit, dass sogar Masturbation als gesundheitsgefährdend angesehen wurde. Dieser Mythos überdauerte bis ins 20. Jahrhundert und ist in manchen Gesellschaften und Milieus noch immer anzutreffen.

2.3 Moderne: Medizinische und wissenschaftliche Normierung

Ab dem 18. Jahrhundert, mit der Moderne und dem Aufkommen wissenschaftlicher Denkweisen, setzte sich die oben beschriebene Sichtweise auf Sexualität durch. Die biologische Klassifizierung führte zur Verfestigung der Vorstellung von zwei klar getrennten Geschlechtern mit „natürlichen“ Merkmalen. Sexualität wurde zunehmend aus medizinischer und biologischer Perspektive betrachtet. Damit einhergehend verfestigte sich in der biologischen Rollenbetrachtung auch die Vorstellung von klar unterscheidbaren *Lebensphasen* mit spezifischen Funktionen. Das Alter wurde nun oft als Defizitphase bewertet, die durch körperlichen Verfall und Funktionsverlust gekennzeichnet war. Sexualität im Alter wurde nicht mehr in erster Linie moralisch verurteilt, sondern als nicht mehr „altersgerecht“ pathologisiert oder als medizinisches Problem eingestuft, da sie als für alte Menschen unangebracht empfunden wurde. Eine „gesunde“, angemessene Sexualität wurde zunehmend nur noch jungen Menschen im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Fortpflanzung zugestanden.

Diese Perspektive trug zur Verfestigung der Annahme bei, dass Sexualität an Jugend, Gesundheit und Produktivität gebunden sei. Parallel zu dieser Entwicklung entstanden die ersten sozialen Bewegungen, wie beispielsweise die frühe Frauenbewegung, die diese Zuschreibungen in Frage stellten.

2.4 19. Jahrhundert: Bourgeoisie, Pathologisierung und Identität

Das 19. Jahrhundert brachte tiefgreifende Veränderungen mit sich. Die bürgerliche Gesellschaft erhob die Kernfamilie zum moralischen Ideal, und die sexuelle Treue in der Ehe etablierte sich noch fester als Norm. Die Geschlechterrollen waren scharf voneinander getrennt: Der Mann gehörte in die Öffentlichkeit und in die Erwerbsarbeit, die Frau in den Haushalt, wo ihre zentrale Aufgabe die Mutterschaft war (vgl. Beck-Gernsheim 1980). Dieses Modell war jedoch nur für Frauen aus der Mittelschicht realisierbar. Arbeiterinnen mussten sich sowohl um den Haushalt und ihre Kinder kümmern als auch einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Gleichzeitig entstand die moderne Sexologie. Begriffe wie „Homosexualität“ wurden geprägt – zunächst als medizinische Diagnose. Zum ersten Mal wurde gleichgeschlechtliches Verlangen als stabile Identität verstanden, jedoch meist als Abweichung oder Degeneration.

Diese neue Kategorisierung hatte ambivalente Folgen: Sie ermöglichte und förderte Sichtbarkeit und Selbstbeschreibung, führte aber auch zu Stigmatisierung, da sie mit „Krankheit“ assoziiert wurde.

Die Betroffenen versuchten ihrerseits, Letzteres durch erfolglose Behandlungsversuche zu vermeiden, die ihnen von einigen Psychiatern verordnet wurden. Wurde Homosexualität jedoch als unveränderliches

Merkmal einer Person anerkannt wurde, bot sich auch die Möglichkeit, politisch gegen die Kriminalisierung gleichgeschlechtlicher Handlungen vorzugehen. Selbst nach der damaligen Rechtsauffassung konnten nur diejenigen bestraft werden, die für ihre Handlungen verantwortlich waren. Karl-Heinrich Ulrichs war der Erste, der 1867 auf dem Deutschen Juristenkongress versuchte, mit dieser Begründung die Aufhebung der Strafbarkeit zu fordern. Er scheiterte jedoch. Dies ist überraschend, da gleichgeschlechtliche Handlungen bereits vor der Gründung des Deutschen Reiches im Jahr 1871 in einigen deutschen Staaten straffrei waren. Im neuen Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches wurde jedoch § 143 des Preußischen Strafgesetzbuches als § 175 übernommen, der „unnatürliche Unzucht“ zwischen Männern unter Strafe stellte.

2.5 20. Jahrhundert: Brüche, Gewalt und Befreiung

Das 20. Jahrhundert war von extremen Gegensätzen geprägt. In Deutschland führten Industrialisierung, Urbanisierung und der Erste Weltkrieg zum Zerfall traditioneller Rollenbilder. Insbesondere der Krieg führte dazu, dass Frauen die Aufgaben der Männer übernehmen mussten, die an der Front waren. Nach Kriegsende wollten viele Frauen nicht mehr in ihre „alte Rolle“ zurückkehren. Dabei kam ihnen zugute, dass mit dem Ende des Deutschen Reiches auch den Frauen das Wahlrecht gewährt wurde. Vor allem in Berlin entwickelte sich in der liberaleren Gesellschaft eine ausgeprägte schwule und lesbische Subkultur, die weltweit einzigartig war. Das nationalsozialistische Regime setzte dieser Entwicklung im Umgang mit Homosexualität ein Ende und festigte erneut starre Geschlechternormen und Rollenbilder. Um die Strafverfolgung homosexueller Männer zu erleichtern, wurde § 175 im Jahr 1935 so verschärft, dass bereits anzügliche Blicke eine Strafverfolgung auslösen konnten. Es wurde zwischen Männern, die lediglich verführt worden waren, und offen homosexuellen Männern unterschieden. Gleichgeschlechtliche Handlungen wurden nicht mehr als Teil der Persönlichkeit, sondern wieder als schuldhaftes Fehlverhalten interpretiert. Dabei ging es jedoch nicht mehr um moralische Vorstellungen, sondern um den Vorwurf, homosexuelle Männer würden sich der Fortpflanzung verweigern. Frauen hingegen wurden – wie bereits im Deutschen Reich – als rein „passive“ Wesen wahrgenommen. Dementsprechend wurde § 175 im Jahr 1935 nicht auf sie ausgeweitet. Dennoch wurden lesbische Frauen verfolgt, wenn sie sich offen zeigten. Eine Anklage wegen Verstoßes gegen die guten Sitten wurde dann möglich.

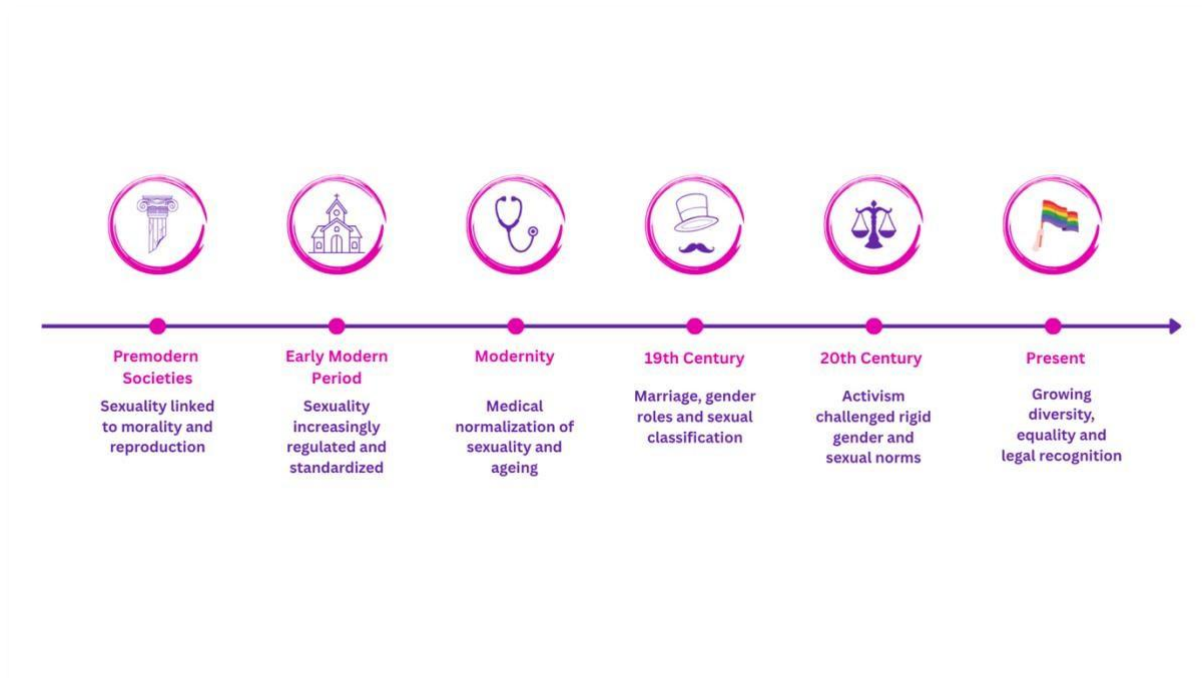


Abbildung 1. Bild erstellt in Canva (2026)

Betrachtet man die EU-Länder in unserem Projekt, so entstand die **zyprische Schwulenrechtsbewegung (AKOK)** etwas später als in Deutschland. Auf Initiative des bekannten Aktivisten Alecos Modinos wurde sie gemeinsam

mit 16 schwulen Männern und einer lesbischen Frau im Dezember 1987 offiziell gegründet. Die Gründung erfolgte zu einer Zeit, als gleichgeschlechtliche Beziehungen zwischen Männern auch in Zypern strafbar waren und Homosexualität in der Öffentlichkeit kaum thematisiert wurde. Als erste organisierte Interessenvertretung für LSBTIQ+-Personen auf der Insel setzte sich AKOK in erster Linie für die Entkriminalisierung männlicher Homosexualität ein.

Portugal schloss sich in den 1980er Jahren einer wachsenden Zahl europäischer Länder an, die ihre Bemühungen zur Anerkennung und zum Schutz sexueller Rechte verstärkten. Obwohl die Entkriminalisierung die bestehende Stigmatisierung und Diskriminierung nicht sofort beseitigte, stellte sie einen grundlegenden strukturellen Schritt zur Anerkennung der Rechte und der Würde von LSBTIQ+-Personen dar. Die Reform brachte das Land auf eine Stufe mit anderen europäischen Staaten, die Homosexualität bereits entkriminalisiert hatten, und legte den Grundstein für weitere Maßnahmen im Bereich der rechtlichen Gleichstellung.

In Frankreich wurde im August 1982 die vollständige rechtliche Gleichstellung im Sinne der Entkriminalisierung homosexueller Handlungen vollzogen. Die Gesetzesänderung bedeutete, dass gleichgeschlechtliche Beziehungen zwischen einvernehmlich handelnden Erwachsenen strafrechtlich nicht mehr anders behandelt wurden als heterosexuelle Beziehungen. Damit wurde ein wichtiger rechtlicher Gleichstellungsgrundsatz gestärkt. Gleichzeitig blieb die gesellschaftliche Akzeptanz begrenzt, und viele LSBTIQ+-Personen waren im Alltag weiterhin Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt. Dennoch stellte die Reform einen zentralen Schritt in Richtung rechtlicher Normalisierung dar und war ein wichtiger Bezugspunkt für die nachfolgenden Entwicklungen im Bereich der Gleichstellung der Geschlechter in Europa.

In Rumänien beendete die Regierung im Jahr 2001 im Zuge des EU-Beitrittsprozesses mittels eines Notverordnungsdekrets die strafrechtliche Verfolgung und rechtliche Diskriminierung von LSBTIQ+-Personen. Die Reform stand in engem Zusammenhang mit den Anforderungen der europäischen Integration, ging jedoch über eine rein formale Anpassung hinaus. Die Aufhebung des Paragraphen stellte einen wichtigen symbolischen Wendepunkt dar, da damit erstmals das Recht auf Privatsphäre und die Würde homosexueller Bürger stärker in den Vordergrund gerückt wurden. Auch wenn die Maßnahme zunächst vor allem im Kontext der EU-Beitrittskriterien stand, markierte sie einen grundlegenden Schritt in Richtung rechtlicher Gleichstellung.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde die Strafverfolgung homosexueller Männer in der Bundesrepublik Deutschland zunächst unverändert fortgesetzt, und Männer, die unter dem Nationalsozialismus nach § 175 verurteilt worden waren, blieben in Haft. Daher entfallen die meisten Verurteilungen nach § 175 auf die 1950er Jahre. Möglich wurde dies unter anderem durch ein Urteil des BVerfG aus dem Jahr 1957, das § 175 nicht als nationalsozialistisches Recht einstufte. Zudem stellte das Gericht fest, dass die unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen in § 175 nicht gegen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verstoße, da sich die Sexualität von Männern und Frauen grundlegend unterscheide.

Die sexuelle Revolution der 1960er und 1970er Jahre stellte daraufhin die Ehe, die Heteronormativität und patriarchalische Geschlechterordnungen in Frage. Feministische Bewegungen kämpften für reproduktive Rechte, sexuelle Selbstbestimmung und Gleichberechtigung.

Lesbische, schwule und später auch Trans*- und Inter*-Bewegungen forderten gesellschaftliche Anerkennung. Geschlecht und Sexualität wurden zunehmend als soziale Konstruktionen verstanden, nicht nur als biologische Gegebenheiten. In den letzten Jahren hat sich „queer“ zum Oberbegriff für nicht-„heteronormative Menschen“ entwickelt, wozu dann auch Menschen gehören, deren sexuelles Verlangen nicht auf ein Geschlecht festgelegt ist oder die sich weder als männlich noch als weiblich fühlen.

2.6 Gegenwart: Pluralisierung und Konflikt

Mehr Gleichberechtigung und eine Vielfalt an Lebensformen prägen das heutige Europa. So wurde beispielsweise **2016 in Portugal das Adoptionsrecht für verheiratete gleichgeschlechtliche Paare** gesetzlich verankert. Zuvor war die Rechtslage wesentlich eingeschränkter: Zwar konnten gleichgeschlechtliche Paare – unabhängig davon, ob sie verheiratet waren oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebten – in bestimmten Fällen adoptieren, doch in der Regel konnte nur ein Partner die rechtliche Elternschaft übernehmen. Dies führte häufig zu rechtlicher Ungleichheit innerhalb der Familie, da ein Elternteil nicht vollständig anerkannt wurde und die Kinder nur eingeschränkten rechtlichen Schutz durch beide Bezugspersonen genossen. Die Reform von 2016 beseitigte diese Unterschiede und ermöglichte sowohl die gemeinsame Adoption als auch die sogenannte Stiefkindadoption.

Adoption. Durch die Gesetzesänderung wurde das portugiesische Familienrecht stärker an internationale Menschenrechtsstandards angeglichen und gleichzeitig der Lebensrealität vieler LSBTIQ+IQ+-Familien Rechnung getragen.

Das Recht auf gemeinsame Adoption für verheiratete gleichgeschlechtliche Paare in **Deutschland wurde mit der Einführung der „Ehe für alle“ am 1. Oktober 2017 eingeführt**. Seit diesem Datum können gleichgeschlechtliche Paare heiraten und gemeinsam Kinder adoptieren, wodurch sie mit heterosexuellen Ehepaaren gleichgestellt sind.

Im Jahr 2018 kündigte **der damalige portugiesische Präsident** Marcelo Rebelo de Sousa das **Gesetz zur Selbstbestimmung des Geschlechts** an. Es führt das Recht ein, im Alter von 16 Jahren und bei entsprechender Unterstützung den offiziellen Namen und das Geschlecht zu ändern, wodurch bürokratische und diskriminierende Hindernisse abgebaut werden.

Im Mai **2020 führte Zypern ein umfassendes Verbot sogenannter Konversionstherapien ein**. Damit wurden alle psychologischen, medizinischen, religiösen oder sonstigen Praktiken verboten, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität einer Person zu ändern oder zu unterdrücken. Verstöße können mit Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren sowie Geldstrafen geahndet werden.

Die Gesetzesinitiative wurde maßgeblich von der Organisation „Accept-LSBTIQ+ Cyprus“ unterstützt und steht im Einklang mit den Empfehlungen der Europäischen Union.

Die Regelung knüpft an frühere Entwicklungen wie die Entkriminalisierung homosexueller Handlungen und die Einführung eingetragener Lebenspartnerschaften an. Indem das Gesetz diese Praktiken als eine Form häuslicher Gewalt einstuft, schafft es zudem rechtliche Möglichkeiten für Betroffene, über Meldesysteme und Gerichtsverfahren Schutz und Gerechtigkeit einzufordern. Trotz einiger weiterhin bestehender gesellschaftlicher Vorbehalte gilt Zypern somit in der Region als Vorreiter im Bereich des rechtlichen Schutzes für LSBTIQ+-Personen.

In Deutschland trat am 24. Juni 2020 das Gesetz zum Schutz vor Konversionstherapien in Kraft, und Frankreich verbietet ab Januar 2022 Konversionstherapien und Praktiken, die darauf abzielen, die sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität einer Person zu ändern.

Gleichgeschlechtliche Ehen, die rechtliche Anerkennung von Trans*-Personen in Deutschland seit 2024 und Debatten über nicht-binäre Geschlechter stehen für einen tiefgreifenden Wandel gesellschaftlicher Normen.

Gleichzeitig werden diese Entwicklungen nicht von allen gewünscht und akzeptiert, und pluralistische Konzepte von Geschlecht und Sexualität werden von religiösen, konservativen und nationalistischen Bewegungen in Frage gestellt. Es wird deutlich, dass Normen niemals endgültig sind, sondern Ausdruck fortwährender Kämpfe um Macht und Deutung.

3. Faktoren, die das Bild des Alters beeinflussen

3.1 Kulturelle Narrative über das Altern und „Angemessenheit“

Kulturelle Narrative haben verschiedene Funktionen: Sie dienen der Informationsvermittlung, der Kommunikation, dem Gemeinschaftsbildung, der Weitergabe von Wissen oder einfach der Unterhaltung (vgl. Matuszkiewicz 2017). Diese kulturellen Narrative werden auch als Erzählungen bezeichnet und strukturieren gesellschaftliche Vorstellungen. Sie vermitteln implizite Erwartungen und definieren, was als „normal“ oder „abweichend“ gilt.

In Bezug auf das Alter gibt es in unserer westlichen Gesellschaft Narrative, die das Älterwerden mit Rückzug, Ruhe und verminderten Bedürfnissen verbinden. Das Bedürfnis nach aktiver Teilnahme an Veranstaltungen, insbesondere an solchen für jüngere Generationen, kann dann Erstaunen hervorrufen. So beschreibt beispielsweise eine Teilnehmendenin der Fokusgruppe in Deutschland, wie sie trotz der sich aufweichenden stereotypen Altersbilder eine soziale Grenze in Bezug auf Alter und Teilnahmemöglichkeiten wahrnimmt:

„Ich erlebe es so, dass 60 eine echte Schallmauer ist. Ich habe den Eindruck, dass man, wenn man für etwas gefragt wird, bitte nicht älter als 60 sein sollte. Das höre ich immer öfter.“

In diesen Erzählungen steht Sexualität oft im Widerspruch zu den Erwartungen an ein „angemessenes“ Altern. Ältere Menschen werden vor allem in Rollen wie Großeltern, Pflegebedürftigen oder weisen Ratgebern dargestellt, während ihre Körperlichkeit und Sexualität ausgeblendet werden. Dadurch entsteht das Bild einer asexuellen Lebensphase.

Diese Narrative wirken sich auf mehreren Ebenen aus: Sie beeinflussen das Selbstbild älterer Menschen, prägen familiäre Erwartungen und strukturieren institutionelle Rahmenbedingungen. Sexualität im Alter wird nicht offen abgelehnt, sondern oft stillschweigend ausgeklammert. Dieses Schweigen verstärkt Unsicherheit und Selbstzensur.

Die Konstruktion von Angemessenheit fungiert somit als sozialer Regulator. Sie bestimmt weniger, was verboten ist, als vielmehr, was nicht thematisiert wird. In diesem Sinne sind kulturelle Narrative ein zentrales Bindeglied zwischen historisch gewachsenen Normen und aktuellen Praktiken – und damit ein Schlüssel zum Verständnis des anhaltenden Tabus rund um Sexualität im Alter.

3.2 Mediale Darstellungen von Alter und Sexualität: Sichtbarkeit, Stereotypen und Unsichtbarkeit

Die Medien spielen eine zentrale Rolle bei der Vermittlung und Festigung gesellschaftlicher Normen. Sie fungieren als kulturelle Resonanzräume, in denen gesellschaftliche Vorstellungen von Körper, Geschlecht, Sexualität und Alter reproduziert, verdichtet oder sogar hinterfragt werden. Im Hinblick auf die Sexualität im Alter besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen der Praxis im realen Leben und der Darstellung in den Medien.

Ältere Menschen treten sowohl in traditionellen als auch in digitalen Medien vergleichsweise selten als sexuelle Subjekte in Erscheinung. Wenn Sexualität im Alter thematisiert wird, geschieht dies oft in bestimmten Darstellungsformen: als humorvolle Abweichung, als medizinisches oder psychologisches Problem oder als moralisch irritierendes Ereignis. Diese Darstellungen tragen zur Reproduktion stereotyper Bilder bei, in denen sexuelle Wünsche älterer Menschen entweder lächerlich gemacht, problematisiert oder gänzlich negiert werden.

Ein zentrales Merkmal der medialen Darstellungen ist **die Unsichtbarkeit**, die auch von einer Teilnehmenden in der Fokusgruppe aus Deutschland beschrieben und kritisiert wird:

„Das gilt insbesondere für die Sexualität – sie ist praktisch unsichtbar. Obwohl wir in einer Gesellschaft leben, die von sexualisierten Bildern und Reizen durchdrungen ist, betreffen diese ältere Menschen so gut wie nie. Es geht immer um die Jungen – weil ältere Menschen davon ausgehen, dass bei ihnen nichts mehr los ist.“

Der weit verbreitete Mangel an realistischen, vielfältigen Darstellungen von Sexualität im Alter vermittelt den Eindruck, dass es sich um ein Randphänomen oder um etwas gesellschaftlich Irrelevantes handelt. Diese Unsichtbarkeit hat eine normative Wirkung: Was nicht gezeigt wird, scheint auch nicht beabsichtigt zu sein. Infolgedessen wird Sexualität implizit mit Jugend, Attraktivität und körperlicher Leistungsfähigkeit verknüpft.

Gleichzeitig tragen die Medien jedoch auch zur Verfestigung normativer Körperbilder bei. Alternende Körper werden oft als mangelhaft, krank oder pflegebedürftig dargestellt, was bedeutet, dass sie aus den vorherrschenden Diskursen über Sexualität ausgeschlossen bleiben. Diese Darstellungslogik beeinflusst nicht nur gesellschaftliche Einstellungen, sondern auch berufliche Kontexte, beispielsweise in der Pflege, Beratung oder Erwachsenenbildung, in denen Medienbilder unreflektiert übernommen werden können.

Die Wirkung von Medienstereotypen beschränkt sich nicht auf individuelle Wahrnehmungen. Sie prägen familiäre Erwartungen, institutionelle Routinen und politische Diskurse. Sexualität im Alter wird auf diese Weise nicht explizit verboten, sondern strukturell an den Rand gedrängt. Die Medien leisten somit einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Normen, die Altern und Sexualität als widersprüchlich konstruieren.

Eine kritische Auseinandersetzung mit medialen Darstellungen ist daher ein zentraler Bestandteil normreflexiver Bildungsarbeit. Sie ermöglicht es, dominante Bilder zu dekonstruieren, Unsichtbares sichtbar zu machen und alternative Erzählungen zu eröffnen, die Sexualität im Alter als natürlichen Teil des menschlichen Lebens anerkennen.

3.3 Tabus, Schweigen und institutionelle Praxis

Sexualität im Alter ist in vielen Gesellschaften ein **doppelt tabuisiertes Thema**. Sie stößt auf gesellschaftliche Normen, die Sexualität im Allgemeinen mit Jugend, Attraktivität und Leistungsfähigkeit verbinden, sowie auf altersbezogene Vorstellungen von Zurückgezogenheit, Weisheit oder moralischer Angemessenheit. Die Folge ist oft Schweigen – sowohl in Familien als auch in institutionellen Kontexten. Dieses Schweigen führt nicht zu Neutralität, sondern zu Unsicherheit, Unbehagen und struktureller Marginalisierung.

Im familiären Kontext drückt sich das Tabu oft in subtilen Signalen aus: Wünsche, Intimitätsbedürfnisse oder sexuelle Erfahrungen älterer Menschen werden nicht thematisiert oder stillschweigend abgewertet. Fachkräfte in der Pflege, Beratung oder Sozialarbeit erleben diese Spirale des Schweigens oft als Herausforderung. Sie müssen berufliche Zurückhaltung, ethische Verantwortung und das Bedürfnis der Betroffenen nach Anerkennung ihrer Lebensrealität gegeneinander abwägen. Ein Mangel an Aus- und Weiterbildung zu diesem Thema verstärkt Unsicherheit und Hemmungen.

Auf institutioneller Ebene werden Tabus durch Strukturen und Regeln verstärkt. Einrichtungen wie Pflegeheime oder Beratungsstellen verfügen oft nicht über klare Leitlinien für den Umgang mit Sexualität im Alter. Es mangelt an Räumen, Ressourcen oder Leitfäden für die thematische Einbindung in Bildungs- oder Betreuungsangebote. Dies kann zu Stagnation, normativer Selbstzensur oder sogar zu unangemessenen Reaktionen auf die Bedürfnisse älterer Menschen führen.

Die Analyse solcher Tabumuster zeigt, dass Schweigen nicht zufällig entsteht, sondern durch **soziale, historische und institutionelle Mechanismen** verfestigt wird. Bildungs- und Fortbildungsmodule können hier eine Schlüsselrolle spielen: Durch die Reflexion eigener Einstellungen, die Dekonstruktion vorherrschender Narrative und die Diskussion von Fallbeispielen werden die Teilnehmenden in die Lage versetzt, bewusst mit Tabus umzugehen. Sie lernen, Unsicherheiten zu benennen, normative Erwartungen kritisch zu hinterfragen und handlungsorientierte Strategien zu entwickeln, die den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden.

Der Umgang mit Tabus ist daher nicht nur eine theoretische Aufgabe, sondern hat unmittelbare praktische Relevanz: Er ermöglicht es Erwachsenenbildner*innen und Fachkräften, Lern- und Arbeitsräume zu schaffen, in denen Sexualität im Alter sichtbar, respektiert und fachlich thematisiert werden kann.



Leitlinien für Pädagog*innen und Fachkräfte

Im Folgenden werden einige Leitlinien formuliert, um Fachkräfte und Teilnehmende dabei zu unterstützen, sich sowohl in Seminaren als auch in ihren eigenen Organisationen reflektiert, sensibel und professionell mit dem Thema Alter und Sexualität auseinanderzusetzen.

Empfehlungen zur Kommunikation

Ein respektvoller Umgang mit dem Thema beginnt bei der Sprache. Die Kommunikation sollte daher wertschätzend und offen sein, d. h.

- Die Haltung ist geprägt von der Grundannahme: Sexualität im Alter ist möglich.
- Im Dialog sind offene Fragen, die ein breites Spektrum an Antworten zulassen, vorteilhaft. Diese sollten wertfrei sein.
- Suggestive Fragen sollten vermieden werden.
- Pausen, Unsicherheiten und Schweigen dürfen zugelassen und hingenommen werden.
- Wie sich eine Person selbst definiert, sollte respektiert und nicht in Frage gestellt werden.

Leitprinzipien:

1. Beschreiben statt bewerten

- Trenne Beobachtungen von Interpretationen.
- Vermeiden Sie Etikettierungen (z. B. „unangemessen“); bleiben Sie stattdessen konkret und so neutral wie möglich → „Mir ist aufgefallen, dass ...“.

2. Verwenden Sie Ich-Botschaften

- Machen Sie Ihre eigenen Wahrnehmungen, Gefühle und Bedürfnisse deutlich.
- Keine Verallgemeinerungen oder Vorwürfe.
„Ich bin verärgert, weil ich unsere Vorgehensweise anders verstanden hätte“ statt „So macht man das nicht“.

3. Offenheit für unterschiedliche Perspektiven

- Akzeptiere, dass es nicht nur einen einzigen richtigen Standpunkt gibt.
- Fragen statt Andeutungen. „Wie hast du die Situation erlebt?“

4. Keine impliziten Normen oder „Männerbotschaften“

- Vermeiden Sie Aussagen wie:
 - „So sollte es sein.“
 - „Du solltest ...“.
- Stattdessen: Nenne deine eigenen Werte, ohne sie zu verallgemeinern.

5. Respektiere Autonomie

- Angebote statt Anweisungen: „Wäre es hilfreich, wenn wir nach einer anderen Lösung suchen würden?“

6. Gefühle anerkennen – ohne zu urteilen

- Akzeptiere Gefühle, auch wenn du sie nicht teilst.
„Das klingt für dich frustrierend“ (nicht: „Dafür gibt es keinen Grund“).

7. Verwende eine inklusive und präzise Sprache

- Keine Verallgemeinerungen über Gruppen oder Personen.

- Sensibilität für Machtverhältnisse und Rollen (z. B. Lehrer – Schüler, Pflegekraft – Bewohner, Manager – Mitarbeiter*innen).

8. Ziel: Verstehen, nicht korrigieren

- Kommunikation als gemeinsamen Klärungsprozess verstehen.
- Nicht: „Korrigieren“, sondern Fokus auf Beziehung und Verständnis.

Verhaltensregeln

Was man tun sollte	Was man nicht tun sollte
Reflektieren Sie aktiv Ihre eigenen Annahmen	Sexualität im Alter ignorieren oder bagatellisieren
Die Vielfalt der Lebensentwürfe anerkennen	Humor auf Kosten älterer Menschen einsetzen
Die eigene Sprache bewusst inklusiv gestalten	Normative Aussagen treffen („In diesem Alter ist es ...“)
Unsicherheiten offen benennen („Das ist ein heikles Thema ...“)	Intime Themen ohne Einwilligung ansprechen
Weiterbildung und Schulungen nutzen	Verallgemeinerung kultureller oder religiöser Zuschreibungen

Risiken und Vermeidungsstrategien

Ein zentrales Risiko, das einer reflektierten und inklusiven Bildungsarbeit im Wege stehen kann, ist die unbewusste Reproduktion von Stereotypen in Bezug auf Alter und Sexualität. So werden beispielsweise in der Bildungsarbeit unbeabsichtigt vereinfachende Darstellungen gezeigt oder humorvolle Kommentare abgegeben, die Sexualität im Alter letztlich jedoch als Abweichung kennzeichnen. Kommen moralisierende Haltungen und Äußerungen hinzu („aber das sollte man in diesem Alter nicht tun“), werden die Autonomie und Selbstbestimmung älterer Menschen eingeschränkt oder ignoriert.

Problematisch ist auch die Medikalisierung der sexuellen Bedürfnisse älterer Menschen, d. h. Sexualität im Alter wird vorrangig aus medizinischer Sicht betrachtet und als Funktionsstörung verstanden, während subjektive Bedeutungen und Bedürfnisse, Beziehungserfahrungen und soziale Kontexte außer Acht gelassen werden.

Um diese Risiken zu vermeiden, ist eine kontinuierliche Selbstreflexion der Fachkräfte von entscheidender Bedeutung. Die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Normen, Unsicherheiten und kulturellen Prägungen trägt dazu bei, unreflektierte Zuschreibungen zu erkennen. Formate des kollegialen Austauschs, Fallbesprechungen und der Einsatz multiperspektivischer Materialien, die Vielfalt sichtbar machen, wirken dabei unterstützend. Eine Trennung zwischen persönlichen Werten und der beruflichen Rolle ermöglicht es, auch in Situationen normativer Ambivalenz sensibel und respektvoll zu handeln. Auf diese Weise kann die Aus- und Weiterbildung sowie die praktische Arbeit dazu beitragen, die Verfestigung von Stereotypen zu vermeiden und einen offenen, würdevollen Umgang mit Sexualität im Alter zu fördern.



Zusammenfassung & Proportional Message

Die Geschichte der gesellschaftlichen Normen zu Geschlecht und Sexualität in Europa ist eine Geschichte von Kontrolle und Befreiung, von Unsichtbarkeit und Sichtbarkeit. Sie macht deutlich, dass das, was uns „natürlich“ erscheint, stets historisch gewachsen ist – und daher veränderbar ist. Die historische Entwicklung zeigt somit keine lineare Liberalisierung, sondern eine Ambivalenz zwischen der Öffnung und dem Fortbestehen normativer Ausgrenzungen. Diese Ambivalenz prägt aktuelle kulturelle Narrative über Altern und Sexualität.

Proportional Messages

- **Die heutigen Normen sind weder selbstverständlich noch unveränderlich, sondern das Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklungen.**
- **Konzepte sind somit veränderbar.**
Praktischer Impuls: Hinterfragen Sie Ihre eigenen Annahmen und Maßstäbe immer wieder kritisch.
- **Kulturelle Narrative prägen unsere Wahrnehmungen und Handlungen:** Erzählungen über „angemessenes Altern“ oder „natürliche Sexualität“ beeinflussen unsere Einstellungen.
Praktischer Impuls: In der pädagogischen Arbeit können diese Narrative sichtbar gemacht und hinterfragt werden, und es können alternative Perspektiven angeboten werden.
- **Ambivalenzen in der Wahrnehmung und im Wandel:** Fortschritte bei der Sichtbarkeit von Sexualität im Alter gehen mit anhaltenden Ausgrenzungen einher.
Praktischer Impuls: Erkennen Sie Widersprüche an und gehen Sie methodisch reflektiert darauf ein – z. B. in Diskussionen, Fallstudien oder Gruppenarbeiten.
- **Professionelle Reflexion ist entscheidend:** Ambivalenzen und Tabus erfordern von Fachkräften, dass sie ihre eigenen Werte, Unsicherheiten und Annahmen aktiv reflektieren.
Praktischer Impuls: Nutzen Sie Supervision, kollegialen Austausch und Fortbildungen, um normkritisch zu handeln.



Praktische Instrumente

Durch eine angemessene, inklusive methodische Umsetzung des Moduls sollen die Teilnehmenden in die Lage versetzt werden, Lernziele auf verschiedenen Ebenen zu erreichen.

Lernziele des Fortbildungsmoduls

Nach Abschluss des Moduls sollten die Teilnehmenden die folgenden Ziele erreicht haben:

Wissensziele

- Sie können soziale Normen in Bezug auf Geschlechterrollen, Sexualität und Alter in ihren historischen Entwicklungsprozess einordnen.
- Sie kennen zentrale historische und aktuelle Narrative zu Alter und Sexualität,
- Sie verstehen die Mechanismen der Zusammenhänge zwischen sozialen Tabus und Sexualität.

Reflexionsziele

- Sie sind in der Lage, ihre eigenen Einstellungen und Unsicherheiten zu reflektieren.
- Sie kennen ihre eigenen Werte und können soziale Normen von persönlichen Werturteilen unterscheiden.

Handlungskompetenz

- Sie kennen die Kriterien einer wertschätzenden, vorurteilsfreien Kommunikation und können diese anwenden.
- Sie wissen, wie sie stereotype Zuschreibungen sensibel hinterfragen und Menschen wertschätzend ansprechen können, anstatt sie und Gespräche über Sexualität zu meiden.

Unterrichtsplan Modul 4

Der Unterrichtsplan ist eine strukturierte Anleitung für die Umsetzung des Moduls in der Bildungsarbeit. Er bietet Trainer*innen oder Fachleuten eine strukturierte Orientierung für eine Schulungsdauer von ca. 2,5 Stunden. Er enthält eine PowerPoint-Präsentation sowie eine Checkliste zur Vorbereitung und beschreibt die erwarteten Lernergebnisse und drei Übungen (siehe unten).

Unterrichtsplan Modul 4 – Die Geschichte gesellschaftlicher Normen zu Geschlecht und Sexualität in Europa

Präsentation Modul 4

Übung 1 – „Positionsbarometer: Sexualität im Alter“

Ziele:

- Einstimmung der Teilnehmenden auf das Seminarthema.
- Eine erste Einschätzung der aktuellen Situation und Schaffung einer Diskussionsgrundlage.
- Förderung der Offenheit der Teilnehmenden für Plenardiskussionen.

Materialien:

Drei vorbereitete Blätter oder Moderationskarten mit jeweils einer Aussage: 1. „Das trifft auf mich überhaupt nicht zu“, 2. „Manchmal ist es bei mir so“, 3. „Ja, dem stimme ich voll und ganz zu“.

Übung 2 – „Bilder von Alter und Sexualität“

Ziele:

Die Teilnehmenden

- erkennen, dass ihre Vorstellungen von gesellschaftlichen Bildern geprägt sind
- unterscheiden zwischen persönlichen Assoziationen und gesellschaftlicher Sichtbarkeit
- verstehen, dass Normen historisch variabel sind
- reflektieren darüber, wie Unsichtbarkeit und Stereotypen entstehen
- entwickeln erste Ansätze, um ihre eigenen Vorstellungen zu hinterfragen.

Materialien: Präsentationsunterlagen, Flipchart, Pinnwand.

Übung 3 – Selbstreflexion: Sexualität im Alter – Normen, Werte und Tabus

Ziele:

- Eine eingehende Auseinandersetzung mit den eigenen Annahmen
- Einblick in die Entstehung von Einstellungen gegenüber gesellschaftlichen Normen
- Reflexion über gesellschaftliche Normen und Brainstorming zur Vermeidung von Stereotypen

Materialien:

Vorbereitete Arbeitsblätter mit Leitfragen für die Einzelarbeit und die anschließende Diskussion in der Kleingruppe und im Plenum.



Literatur

- Ariès, P. (1988). Geschichte des Privatlebens. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Beck-Gernsheim, E. (1980): Das halbierte Leben: Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie. Frankfurt a. M.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2016). Die soziale Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt a. M. Butler, J. (1991). Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt a. M.
- Dimbath, O. (2025): Soziale Norm. In: <https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Norm>
- Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M. P. & Lyons, I. (2012). Die Konstruktion von Altern und Altersidentitäten: Eine Fallstudie zum Diskurs in Zeitungen. Ageing & Society, 32(1), 85–102.
- Feldmann, M., Wazinski, K., Wanka, A. (2025): Intersektionale Perspektiven auf Alter(n) und Geschlecht in der Sozialarbeit
- Foucault, M. (1999). Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1.
- Goffman, E. (1977). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a. M.
- Honneth, A. (2010). Das Ich im Wir. Berlin
- Matuszkiewicz, K. (2017): „Wer schreibt Geschichte? Medien und persönliche Erzählungen in digitalen Spielen“. In: Maren Conrad, Theresa Schmidtke und Martin Stobbe (Hrsg.): Digitale Kontexte. Literatur und Computerspiele in der heutigen Gesellschaft. Sonderausgabe Nr. 2 von Textpraxis. Digital Journal of Philology (2.2017). URL: <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/kai-matuszkiewicz-wer-erzeugt-die-geschichte>, DOI: <http://dx.doi.org/10.17879/61269492200>.
- Plummer, K. (1995). Telling Sexual Stories. London: Routledge.
- Somers, M. R. (1994). Die narrative Konstitution von Identität. Theory and Society, 23(5), 605–649. Woodward, K. (2006). Das Altern und seine Unzufriedenheiten. Bloomington: Indiana University Press.

MODUL 5

Sexualität im dritten Lebensalter und Gesundheitsindikatoren

Erstellt von:

Ioana Teacoe

Rumänische Alzheimer-Gesellschaft



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Dieses Modul beleuchtet Sexualität im höheren Lebensalter als einen vielschichtigen Aspekt von Gesundheit, Wohlbefinden und Menschenwürde. Es geht über Stereotypen hinaus, die das Älterwerden mit einem Verlust an Intimität oder Verlangen in Verbindung bringen, und stellt sexuelles Wohlbefinden als einen wesentlichen Bestandteil des gesunden Alterns dar, der von biologischen, psychologischen, zwischenmenschlichen und sozialen Faktoren geprägt ist. Ziel ist es, Pädagog*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen und andere Praktiker dabei zu unterstützen, zu verstehen, wie sich sexuelle Ausdrucksformen und intime Bedürfnisse im höheren Erwachsenenalter entwickeln können, während sie gleichzeitig für die Lebensqualität weiterhin von Bedeutung und relevant bleiben.

Das Modul beginnt mit einer Darstellung der medizinischen und physiologischen Veränderungen, die mit dem Altern sowohl bei Männern als auch bei Frauen einhergehen, wobei die Variabilität und nicht der Rückgang als bestimmendes Merkmal der Sexualität im höheren Lebensalter hervorgehoben wird. Anschließend wird untersucht, wie chronische Erkrankungen und Medikamente die sexuelle Funktionsfähigkeit durch körperliche Symptome, Behandlungseffekte und die allgemeine gesundheitliche Belastung beeinflussen können. Auf dieser Grundlage hebt das Modul die Bedeutung der psychischen Gesundheit, des Körperbildes und des Beziehungswohlbefindens hervor und erkennt an, dass emotionale Sicherheit, Partnerschaft und Selbstwahrnehmung sexuelle Erfahrungen oft ebenso stark prägen wie physiologische Faktoren.

Weitere Abschnitte befassen sich mit Risiken für die sexuelle Gesundheit und Schutzstrategien, darunter das oft unterschätzte Vorkommen sexuell übertragbarer Infektionen in der älteren Bevölkerung sowie die Bedeutung von Prävention, Aufklärung und routinemäßigen klinischen Gesprächen. Das Modul schließt mit einem Schwerpunkt auf ethischer, personenzentrierter Kommunikation im Gesundheitswesen und bietet praktische Anleitungen, um respektvolle Gespräche über Sexualität zu initiieren und auf geäußerte Bedürfnisse einzugehen. Zusammen bilden diese Komponenten einen ganzheitlichen Rahmen, der Wissen, ethisches Bewusstsein und praktische Kommunikationsfähigkeiten vereint, um das sexuelle Wohlbefinden im Alter zu fördern.

Dieses Modul stützt sich zudem auf Erkenntnisse aus den im Rahmen des Projekts durchgeführten Fokusgruppen und generationenübergreifenden Dialogrunden, in denen ältere Erwachsene persönliche Reflexionen über Intimität, Einsamkeit, emotionale Verbundenheit und die Bedeutung von Sexualität im Alter teilten. Diese Diskussionen machten deutlich, dass Sexualität von älteren Menschen oft nicht nur unter physiologischen Gesichtspunkten verstanden wird, sondern als umfassendere Erfahrung von Zuneigung, Kommunikation, Würde und Zugehörigkeit zu einer Beziehung. Die Teilnehmenden betonten zudem die Auswirkungen von Einsamkeit, sozialer Isolation und sich verändernden Lebensumständen auf das Wohlbefinden, was die Bedeutung einer ganzheitlichen, personenzentrierten Herangehensweise an das Thema Sexualität unterstreicht. Die Einbeziehung dieser Lebenserfahrungen neben medizinischem und psychosozialen Wissen stärkt die Relevanz des Moduls und stellt sicher, dass die fachliche Beratung weiterhin auf den tatsächlichen Bedürfnissen und Stimmen der am Projekt beteiligten älteren Menschen basiert.



Schlüsselbegriffe und Definitionen

Medizinische und physiologische Veränderungen

Das Altern geht mit allmählichen endokrinen, vaskulären, neurologischen und muskuloskelettalen Veränderungen einher, die das sexuelle Verlangen, die Erregung, das Wohlbefinden und die Reaktion beeinflussen können. Diese Prozesse variieren stark von Person zu Person und verhindern nicht zwangsläufig befriedigende oder bedeutungsvolle intime Beziehungen.

Chronische Erkrankungen und Auswirkungen von Medikamenten

Häufige chronische Erkrankungen im höheren Lebensalter – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Arthritis oder Krebs – und deren Behandlungen können die sexuelle Funktionsfähigkeit durch Müdigkeit, Schmerzen, vaskuläre oder neurologische Beeinträchtigungen, hormonelle Veränderungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten beeinträchtigen. Das Erkennen beeinflussbarer Faktoren, einschließlich pharmakologischer Einflüsse, ist für eine personenzentrierte Versorgung unerlässlich.

Polypharmazie

Unter Polypharmazie versteht man die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente, was in der älteren Bevölkerung häufig vorkommt. Sie kann die sexuelle Funktion durch Nebenwirkungen beeinflussen, die sich auf die Libido, die Erregung, die Lubrikation, die Erektionsfähigkeit oder die allgemeine Energie und Stimmung auswirken.

Psychische Gesundheit, Körperbild und Beziehungswohlbefinden

Emotionales Wohlbefinden, Selbstwahrnehmung und die Qualität von Beziehungen beeinflussen die sexuelle Ausdrucksfähigkeit im höheren Lebensalter stark. Depressionen, Ängste, Einsamkeit oder Trauer können das Verlangen und die Intimität verringern, während Partnerschaft, emotionale Geborgenheit und ein positives Körperbild eine anhaltende Verbundenheit und Zufriedenheit fördern können.

Risiken und Schutzmaßnahmen im Bereich der sexuellen Gesundheit

Ältere Erwachsene sind weiterhin anfällig für sexuell übertragbare Infektionen und andere Probleme der sexuellen Gesundheit, insbesondere wenn Prävention, Vorsorgeuntersuchungen und Aufklärung nur in begrenztem Umfang verfügbar sind. Zu den Schutzmaßnahmen zählen regelmäßige Gespräche, Safer-Sex-Praktiken, Zugang zu Informationen und die Einbindung der sexuellen Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung.

Personenzentrierte Kommunikation

Personenzentrierte Kommunikation erkennt Sexualität als legitimen Aspekt von Würde, Autonomie und Identität über die gesamte Lebensspanne hinweg an. Sie umfasst einen respektvollen, inklusiven Dialog, gemeinsame Entscheidungsfindung, die Berücksichtigung emotionaler und zwischenmenschlicher Bedürfnisse sowie die Anpassung an individuelle kulturelle und soziale Kontexte.

Sexueller Reaktionszyklus

Der sexuelle Reaktionszyklus bezieht sich auf die Abfolge physiologischer und psychologischer Prozesse im Zusammenhang mit sexueller Erregung und Befriedigung, die üblicherweise als Verlangen, Erregung, Plateauphase, Orgasmus und Resolution beschrieben werden.



Das Thema verstehen

Medizinische und physiologische Veränderungen der Sexualität im Alter

Mit zunehmendem Alter durchlaufen Menschen Veränderungen in ihren geistigen, emotionalen, körperlichen, biologischen und sozialen Funktionen. Aus biologischer Sicht treten altersbedingte Veränderungen bei jedem vielzelligen Organismus auf, der die Fortpflanzungsreife erreicht; sie betreffen alle Mitglieder einer Spezies und haben eine gemeinsame

molekulare Grundlage (Hayflick, 2007). Der Alterungsprozess weist jedoch erhebliche individuelle Unterschiede auf, insbesondere zwischen Frauen und Männern. Frauen leben im Allgemeinen länger als Männer, können jedoch im fortgeschrittenen Alter eine größere Gebrechlichkeit erfahren, während Männer häufig mit einem früheren Auftreten von kardiovaskulären und metabolischen Risikofaktoren konfrontiert sind, die die sexuelle Funktionsfähigkeit beeinflussen können. Diese Unterschiede unterstreichen die Bedeutung personalisierter, geschlechtssensibler Ansätze für die sexuelle Gesundheit im Alter. Im Zusammenhang mit der Sexualität können altersbedingte physiologische Veränderungen zwar die sexuelle Ausdrucksweise beeinflussen, sie schließen jedoch die Möglichkeit bedeutungsvoller und befriedigender intimer Beziehungen nicht aus.

Das Verständnis dieser umfassenderen Alterungsprozesse bildet eine wesentliche Grundlage für die Untersuchung der spezifischen physiologischen Veränderungen, die die sexuelle Funktionsfähigkeit im höheren Lebensalter beeinflussen können.

„Nach dem 60. bis 65. Lebensjahr verlieren die Menschen nicht die Lebensfreude; vielmehr ändert sich die Art und Weise, wie sie die Freuden des Lebens erleben.“

(Teilnehmendenin einer Fokusgruppe, Rumänien)

Bei Männern geht der Alterungsprozess mit allmählichen Veränderungen im endokrinen, vaskulären und neurologischen System einher, die die sexuelle Reaktion beeinflussen. Der Testosteronspiegel im Blut sinkt in der Regel mit zunehmendem Alter progressiv, und diese hormonelle Veränderung kann bei manchen Menschen zu einem Rückgang des sexuellen Verlangens beitragen. Wichtig ist, dass Veränderungen des sexuellen Verlangens nicht einheitlich verlaufen und viele ältere Männer trotz altersbedingter hormoneller Veränderungen keinen vorhersehbaren Rückgang der Libido erleben. Gefäßveränderungen, darunter eine verminderte Arteriennachgiebigkeit und Endothelfunktion, können das Einsetzen einer Erektion verzögern und die Erektionshärte verringern, was häufig eine stärkere körperliche Stimulation zur Erregung erforderlich macht. Obwohl sich die Spermienzahl mit zunehmendem Alter oft nur minimal verändert, können der Anteil funktionsfähiger Spermien und die Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis abnehmen. Neurologische Veränderungen können die sensorische Rückkopplung abschwächen, und die refraktäre Phase nach dem Orgasmus verlängert sich typischerweise – all dies kann das Muster der sexuellen Reaktion verändern. Zudem kann das typischerweise mit der Plateauphase verbundene Gefühl der Dringlichkeit im späteren Leben nachlassen (Meston, 1997; Steffens & Zdanys, 2022).

Bei Frauen stellt die Menopause die bedeutendste physiologische Veränderung dar, die die sexuelle Funktion beeinflusst. Der Rückgang von Östrogen und anderen Sexualsteroiden trägt zu Veränderungen im Genitalgewebe bei, darunter eine Ausdünnung und verminderte Elastizität des Vaginalepithels sowie eine verminderte natürliche Lubrikation. Diese Veränderungen können zu vaginaler Trockenheit, Beschwerden oder Dyspareunie beim Geschlechtsverkehr führen. Das Altern kann zudem mit einer Verkürzung und Verengung des Vaginalkanals sowie einer verminderten Durchblutung des Beckenbereichs einhergehen. Das Altern verändert auch die Durchblutung der Genitalien und die Erregungsreaktionen, die langsamer oder weniger intensiv ausfallen können, und die Anzahl oder Intensität der Muskelkontraktionen während des Orgasmus kann abnehmen (Meston, 1997; Steffens & Zdanys, 2022).

Die Forschung zur Sexualphysiologie und zum sexuellen Wohlbefinden bei älteren Transgender- und geschlechtsdiversen (TGD) Erwachsenen ist nach wie vor begrenzt, und ein Großteil der bestehenden klinischen Leitlinien basiert weiterhin auf Studien, die an jüngeren Kohorten durchgeführt wurden. Infolgedessen ist das langfristige Zusammenspiel zwischen Alterungsprozessen und geschlechtsbejahenden medizinischen Interventionen noch nicht vollständig verstanden (Institute of Medicine, 2011; Iwamoto et al., 2023). Die verfügbaren Erkenntnisse deuten auf erhebliche individuelle Unterschiede in der sexuellen Funktionsfähigkeit über

Lebensspanne hin. Faktoren wie eine langfristige geschlechtsbejahende Hormontherapie, die Operationsgeschichte und die physiologischen Auswirkungen des Alterns können auf komplexe Weise zusammenwirken und das sexuelle Verlangen, die Erregung, das Wohlbefinden bei Intimität sowie das allgemeine sexuelle Wohlbefinden beeinflussen (Ceolin et al., 2024).

So berichten Studien beispielsweise, dass etwa 25–75 % der transfemininen Personen nach einer Vaginoplastik unter einer Form sexueller Dysfunktion leiden können, während rund 54 % der transmaskulinen Personen nach Eingriffen wie einer Hysterektomie oder einer Phalloplastik über Probleme mit der sexuellen Funktionsfähigkeit berichten. Es wurden auch Symptome im Zusammenhang mit dem Beckenboden beschrieben, darunter Harninkontinenz (die in einigen Studien bei bis zu 15 % der transfemininen Personen und bis zu 50 % der transmaskulinen Personen berichtet wurde) sowie irritative Harnsymptome und Beschwerden, die die sexuelle Aktivität beeinträchtigen können (Dominoni et al., 2024). Die verfügbare Literatur ist jedoch nach wie vor begrenzt und heterogen, wobei sich viele Studien auf kleine Stichproben und relativ kurze Nachbeobachtungszeiträume stützen. Daher sind die Langzeitergebnisse noch nicht vollständig geklärt.

Was die geschlechtsbejahende Hormontherapie betrifft, so variieren der Beginn und die Intensität der Auswirkungen auf die Sexualfunktion erheblich von Person zu Person, und die verfügbaren Erkenntnisse zu vielen Langzeitergebnissen sind nach wie vor begrenzt. So wird beispielsweise eine Östrogen- in Kombination mit einer Antiandrogen-Therapie bei transfemininen Personen häufig mit vermindertem sexuellem Verlangen, reduzierten spontanen Erektionen und fortschreitender Hodenatrophie in Verbindung gebracht – Veränderungen, die bereits in den ersten Monaten der Behandlung auftreten können. Im Gegensatz dazu führt die Testosterontherapie bei transmaskulinen Personen häufig zu einem gesteigerten sexuellen Verlangen, einer Vergrößerung der Klitoris und dem Ausbleiben der Menstruation, während eine vaginale Atrophie manchmal zu Beschwerden beim Geschlechtsverkehr beitragen kann (Hembree et al., 2017).

Über physiologische Prozesse und geschlechtsspezifische endokrine Veränderungen hinaus wird das sexuelle Wohlbefinden im späteren Leben auch durch chronische Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und allgemeine Gesundheitszustände geprägt, die im folgenden Abschnitt näher beleuchtet werden.

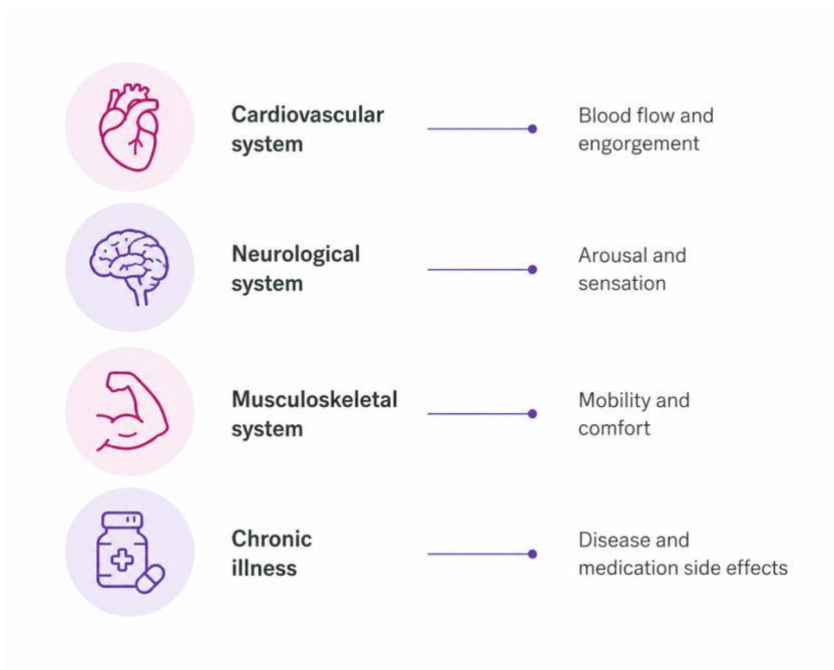


Abbildung 1. KI-generierte Infografik

Chronische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und sexuelle Funktionsfähigkeit

Erkenntnisse aus einer narrativen Übersichtsarbeit deuten darauf hin, dass chronische Erkrankungen die sexuelle Funktionsfähigkeit im höheren Lebensalter durch unterschiedliche physiologische Mechanismen und die damit verbundene Symptombelastung beeinflussen können (Merghati-Khoei et al., 2016).

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen können die Durchblutung der Genitalien beeinträchtigen und die Erregung oder die Erektionsfähigkeit verringern.
- Diabetes geht häufig mit Neuropathie, Gefäßschäden und hormonellen Veränderungen einher, die das sexuelle Verlangen, die Erektionsfähigkeit oder die Lubrikation beeinträchtigen können.
- Chronische Atemwegserkrankungen können die körperliche Ausdauer einschränken und die Ermüdung während des Geschlechtsverkehrs verstärken.
- Erkrankungen des Bewegungsapparats wie Arthritis können Schmerzen, Steifheit und Bewegungseinschränkungen verursachen, die eine angenehme sexuelle Körperhaltung beeinträchtigen.
- Krebs und seine Behandlungen können das Körperbild, den Hormonhaushalt und das Energieniveau weiter verändern und so zu Veränderungen des sexuellen Interesses oder der sexuellen Reaktionsfähigkeit beitragen.

Zusammengenommen veranschaulichen diese Beispiele, wie die funktionellen Auswirkungen chronischer Erkrankungen auf die Sexualität oft das Zusammenspiel zwischen Krankheitsmechanismen, Behandlungseffekten und dem allgemeinen körperlichen Zustand des Einzelnen im höheren Lebensalter widerspiegeln.

Die Einnahme von Medikamenten stellt einen zusätzlichen und häufig unterschätzten Faktor für sexuelle Funktionsstörungen bei älteren Erwachsenen dar. Viele pharmakologische Behandlungen, die bei chronischen Erkrankungen verschrieben werden – wie Blutdrucksenker, Antidepressiva, Antipsychotika, Beruhigungsmittel und einige Hormontherapien – können die Libido, die Erregung, die Lubrikation, die Erektionsfähigkeit oder die Orgasmusreaktion beeinflussen.

In der klinischen Praxis werden sexuelle Veränderungen manchmal ausschließlich dem Altern oder dem Fortschreiten der Erkrankung zugeschrieben, obwohl sie stattdessen mit veränderbare medikamentösen Wirkungen zusammenhängen könnten. Eine sorgfältige Überprüfung der Medikation und ein offenes Gespräch mit medizinischen Fachkräften können daher eine wichtige Rolle dabei spielen, reversible Ursachen für sexuelle Schwierigkeiten zu identifizieren. Diese Überlegungen unterstreichen, wie wichtig es ist, die sexuelle Gesundheit im Rahmen der Behandlung chronischer Erkrankungen und der Versorgung im höheren Lebensalter routinemäßig zu berücksichtigen.

Psychische Gesundheit und Beziehungswohlbefinden

Das sexuelle Wohlbefinden im höheren Lebensalter steht in engem Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit, dem emotionalen Erleben und der Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen. Untersuchungen zur geriatrischen psychischen Gesundheit zeigen, dass Depressionen, Angstzustände, Einsamkeit sowie Verlusterlebnisse oder Trauerfälle im höheren Erwachsenenalter mit vermindertem sexuellem Verlangen, nachlassender Motivation für Intimität und dem Rückzug aus zwischenmenschlicher Nähe verbunden sind (DeLamater, 2012). Umgekehrt können emotionale Sicherheit, Kameradschaft und ein Zugehörigkeitsgefühl das anhaltende Interesse an Zuneigung und intimer Verbundenheit auch bei körperlichen Veränderungen unterstützen.

„Sexualität beschränkt sich nicht allein auf den Geschlechtsakt; sie umfasst viel mehr – sie ist ein weit gefassterer Begriff.“

(Teilnehmendenin einer Fokusgruppe, Rumänien)

Das Älterwerden geht zudem mit Veränderungen des Körperbildes einher, die beeinflussen können, wie ältere Erwachsene ihre Attraktivität, ihre Begehrtheit und ihren Anspruch auf Intimität wahrnehmen. Sichtbare körperliche Veränderungen, krankheitsbedingte Einschränkungen und verinnerlichte altersdiskriminierende Überzeugungen können dazu führen, dass manche Menschen Sexualität im höheren Lebensalter als unangemessen oder unerreichbar betrachten. Es gibt Hinweise darauf, dass diese Selbstwahrnehmungen den sexuellen Ausdruck ebenso stark prägen können wie physiologische Veränderungen selbst, was unterstreicht, wie wichtig es ist, neben der körperlichen Gesundheit auch das emotionale Wohlbefinden und das Selbstbild zu berücksichtigen (DeLamater & Koepsel, 2015).

Beziehungskontexte spielen eine zentrale Rolle bei der Gestaltung sexueller Erfahrungen im höheren Erwachsenenalter. Langjährige Partnerschaften können sich verändern, wenn sich die Rollen aufgrund von Pflegeaufgaben, Krankheit oder sich wandelnden funktionellen Fähigkeiten verschieben, während Menschen ohne Partner unter Einsamkeit oder eingeschränkten Möglichkeiten zur Intimität leiden können. Intimität im höheren Lebensalter wird daher oft neu definiert und umfasst Zuneigung, Berührung, emotionale Nähe und Kameradschaft statt nur Geschlechtsverkehr, wobei unterstützende Beziehungen als Schutzfaktoren sowohl für die psychische Gesundheit als auch für das allgemeine Wohlbefinden im Alter wirken (Fileborn et al., 2017).

„In einer bestimmten Lebensphase kann Einsamkeit zu einem Faktor psychischer Dekompensation werden.“

(Teilnehmendenin einer Fokusgruppe, Rumänien)

Neben individuellen psychologischen und zwischenmenschlichen Faktoren können auch weiter gefasste soziale Kontexte das sexuelle Wohlbefinden im Alter beeinflussen. Psychosoziale Determinanten wie Minderheitenstress, Diskriminierungserfahrungen, der Zugang zu unterstützenden Gemeinschaften und die Anerkennung von Beziehungen können die sexuelle Gesundheit älterer Erwachsener prägen, insbesondere bei Angehörigen sexueller oder geschlechtlicher Minderheiten. Diese Erfahrungen können sowohl die Möglichkeiten für Intimität als auch die Bereitschaft beeinflussen, Unterstützung bei Anliegen zur sexuellen Gesundheit in Anspruch zu nehmen (Iwamoto et al., 2023).

Insgesamt stellen psychische Gesundheit, Körperbild und Beziehungswohlbefinden wesentliche Dimensionen der Sexualität im Alter dar. Die Förderung des sexuellen Wohlbefindens erfordert daher nicht nur die Berücksichtigung physiologischer Funktionen, sondern auch der emotionalen Resilienz, der Selbstwahrnehmung und der Beziehungsumgebungen, in denen ältere Menschen leben und Kontakte pflegen.

Risiken und Schutzmaßnahmen im Bereich der sexuellen Gesundheit im Alter

Zwar bleiben sexuelle Aktivität und sexuelles Interesse bei vielen älteren Erwachsenen oft bis ins hohe Alter bestehen, doch gibt es spezifische Risiken für die sexuelle Gesundheit, die in klinischen und pädagogischen Kontexten Beachtung verdienen. Ein großes Problem ist die oft unterschätzte Belastung durch sexuell übertragbare Infektionen (STIs) bei älteren Erwachsenen. Epidemiologische Daten zeigen, dass STIs wie Chlamydien, Gonorrhö und Syphilis bei Erwachsenen ab 50 Jahren in den letzten Jahren zugenommen haben, was zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass diese Altersgruppe oft von herkömmlichen Aufklärungs-, Vorsorge- und Präventionsprogrammen im Bereich der sexuellen Gesundheit ausgeschlossen wird. Ältere Erwachsene unterschätzen möglicherweise auch ihr Infektionsrisiko und wenden Schutzmaßnahmen weniger konsequent an, da sie in einer Zeit aufgewachsen sind, in der es noch keine flächendeckende HIV-Aufklärung und Kondomwerbung gab (Kumar, 2025).

Mit dem Altern einhergehende physiologische Veränderungen – darunter dünneres Schleimhautgewebe, verminderte Scheidenfeuchtigkeit und veränderte Immunreaktionen – können die Anfälligkeit für Infektionen und Komplikationen erhöhen, sobald eine Exposition stattfindet (Kumar, 2025). Zudem können chronische Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter häufiger auftreten, wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Gewebeheilung und die Immunfunktion beeinträchtigen und dadurch die Folgen einer Infektion oder Verletzung mitunter verschlimmern. Diese Faktoren unterstreichen die Bedeutung routinemäßiger Untersuchungen zur sexuellen Gesundheit, der Beratung zur Risikominderung und altersgerechter STI-Vorsorgeuntersuchungen bei älteren Menschen.

Wichtig ist, dass es Schutzstrategien gibt, die die sexuelle Gesundheit und Sicherheit im höheren Lebensalter verbessern können. Konzepte zur Gesundheitsförderung betonen die Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärung zur sexuellen Gesundheit, die auch ältere Erwachsene einbezieht, regelmäßige Gespräche zwischen Ärzt*innenn und Patienten über sexuelle Aktivität und Bedenken sowie die Förderung sicherer Sexualpraktiken wie der Kondomnutzung zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen (Stowell et al., 2023; Penhollow et al., 2024). Auch Gesundheitsdienstleister können eine Schlüsselrolle spielen, indem sie diese Gespräche normalisieren, maßgeschneiderte Informationen zur Risikominderung anbieten und gegebenenfalls den Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Behandlungen erleichtern.

Insgesamt trägt das Verständnis und die Auseinandersetzung mit Risiken für die sexuelle Gesundheit im höheren Lebensalter – einschließlich der Anfälligkeit für sexuell übertragbare Infektionen, Reaktionsproblemen und psychosozialen Einflüssen – zu einem ganzheitlichen und personenzentrierten Ansatz für das sexuelle Wohlbefinden bei. Die Integration der Förderung der sexuellen Gesundheit in die Routineversorgung trägt dazu bei, die Würde, Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen zu schützen.

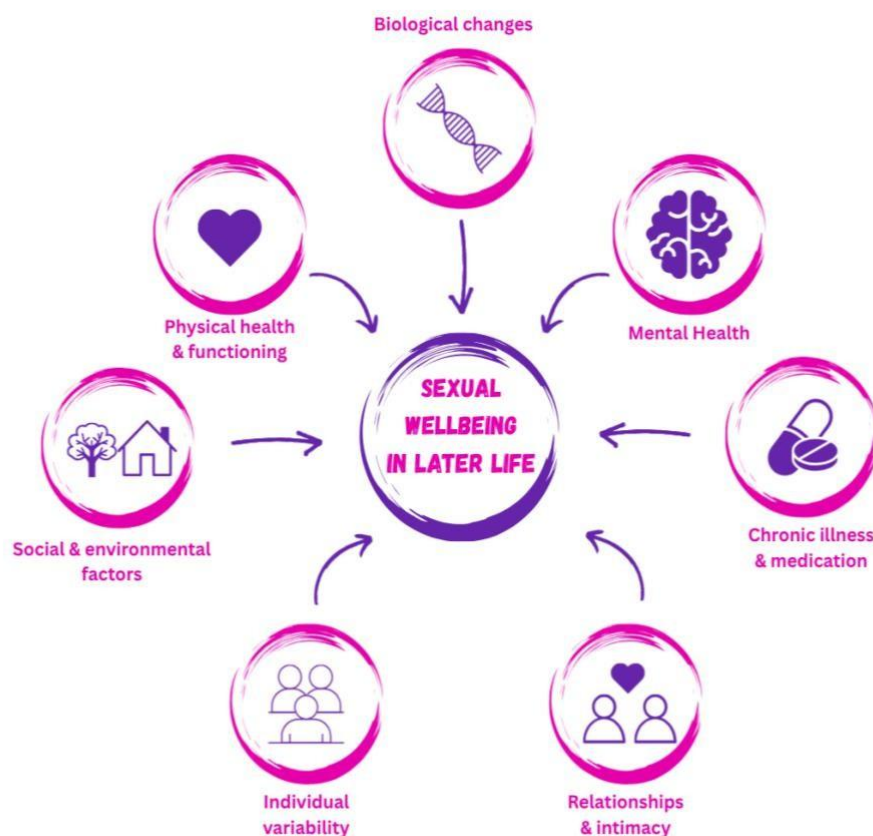


Abbildung 2. Bild erstellt in Canva (2026)

Kommunikation im Gesundheitswesen und personenzentrierter Ansatz

Eine offene, respektvolle und personenzentrierte Kommunikation ist für die Förderung des sexuellen Wohlbefindens im Alter unerlässlich. Trotz der anerkannten Bedeutung der Sexualität für die Lebensqualität fehlen Gespräche über Intimität und sexuelle Anliegen häufig in routinemäßigen medizinischen Begegnungen mit älteren Menschen. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl Fachkräfte im Gesundheitswesen als auch Patienten diese Gespräche aufgrund von Unbehagen, Annahmen über Asexualität im Alter, Zeitmangel oder Unsicherheit hinsichtlich beruflicher Grenzen vermeiden können, was zu unerfüllten Bedürfnissen und nicht ausreichend wahrgenommenen Belastungen führt (Fileborn et al., 2017; Gott & Hinchliff, 2003).

Der Weltbericht der Weltgesundheitsorganisation *über Altern und Gesundheit* betont die Notwendigkeit, dass Gesundheits- und Sozialsysteme zu personenzentrierten Ansätzen übergehen, die die Werte, Präferenzen, funktionellen Fähigkeiten und Lebenskontexte älterer Menschen respektieren (Weltgesundheitsorganisation, 2015). Obwohl diese Grundsätze eher im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit und dem Wohlbefinden als speziell mit der Sexualität formuliert sind, stellt die sexuelle Gesundheit einen integralen Bestandteil der Lebensqualität dar und fällt daher in den Rahmen einer ganzheitlichen, personenzentrierten Versorgung. Aus dieser Perspektive ist die Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter kein optionaler oder nebensächlicher Aspekt der Praxis, sondern Teil der Förderung von Würde, Autonomie und sinnvoller Teilhabe am Alltag. Personenzentrierte Pflege bedeutet in diesem Zusammenhang, die Individualität jedes älteren Menschen anzuerkennen, gemeinsame Entscheidungsfindung zu praktizieren, auf emotionale, zwischenmenschliche sowie körperliche Bedürfnisse einzugehen und die Kommunikation und Unterstützung an den kulturellen Hintergrund, die Präferenzen und die Lebenserfahrung der Person anzupassen. Ein solcher Ansatz ermöglicht es Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen, das sexuelle Wohlbefinden auf respektvolle, ethische und inklusive Weise in die umfassende Pflege zu integrieren.

Bei der Kommunikation über Sexualität im Alter sollte zudem die Vielfalt der Erfahrungen älterer Menschen berücksichtigt werden, einschließlich der Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, sexuelle Orientierung, Beziehungsstatus, Behinderung, kognitive Veränderungen und Lebensumfeld. Inklusive Kommunikationspraktiken – wie das Vermeiden heteronormativer Annahmen, das Stellen offener Fragen und das Anerkennen emotionaler Erfahrungen – verbessern nachweislich das Vertrauen, das Engagement und die allgemeine Zufriedenheit mit der Versorgung (Hinchliff & Gott, 2011; Fileborn et al., 2017).

Grundsätze für das Ansprechen von Themen rund um Sexualität im Gesundheitswesen (basierend auf Dukes, 2025)

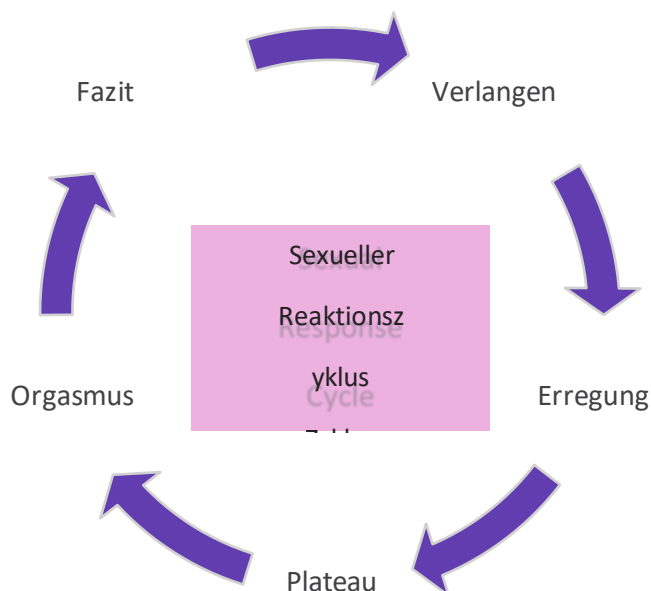
Grundsatz	Praktische Bedeutung im klinischen Gespräch	Beispielfragen oder -formulierungen
Normalisieren des Themas	Stellen Sie sexuelle Gesundheit als routinemäßigen und legitimen Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens dar und tragen Sie so dazu bei, Stigmatisierung oder Verlegenheit abzubauen.	„Ich befrage alle meine Patienten zur sexuellen Gesundheit, da sie ein wichtiger Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens ist.“
Für ein angenehmes Umfeld und Einverständnis sorgen	Schaffen Sie einen sicheren, vorurteilsfreien Raum und geben Sie dem Patienten ausdrücklich die Erlaubnis, Fragen abzulehnen oder zu überspringen.	„Dies ist ein vertrauliches und vorurteilsfreies Gespräch. Sie können jede Frage überspringen oder jederzeit unterbrechen.“
Verwenden Sie offene, inklusive Sprache	Vermeiden Sie Annahmen über sexuelle Orientierung, Partner oder Identität und regen Sie dazu an, durch neutrale, offene Formulierungen.	„Bist du etwas in Bezug auf deine Sexualität oder deine intimen Beziehungen, worüber du gerne sprechen würdest?“
Fang mit einem ganzheitlichen Ansatz	Stellen Sie das Thema Sexualität zunächst im breiteren Kontext von Gesundheit und Lebensqualität vor, bevor Sie nach konkreten Details fragen.	„Manchmal können gesundheitliche Veränderungen oder Medikamente die Intimität oder das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen. War das für Sie relevant?“

Bestätigen Sie Sexualität als Teil Ihrer Identität	Anerkennen, dass Sexualität ist eine bedeutungsvolle und berechnigte Dimension im Lebens eines Menschen, unabhängig vom Alter.	„Sexualität und Intimität bleiben wichtige Aspekte des Lebens für viele Menschen, wenn sie älter werden.“
Fragen Sie direkt, aber taktvoll	Sobald die Sicherheit gewährleistet ist, gehen Sie auf konkrete Bedenken wie Lust, Lust, Schmerz oder Veränderungen in der Beziehung.	„Haben Sie Veränderungen in Bezug auf Ihr Verlangen, Ihr Wohlbefinden oder Ihre Lust bemerkt, bei denen Sie bei denen du Unterstützung wünschen würdest?“

Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Den sexuellen Reaktionszyklus als Gesprächsrahmen nutzen

Für viele Fachkräfte kann es unangenehm oder aufdringlich sein, Gespräche über Sexualität mit älteren Menschen zu beginnen. Das Vermeiden des Themas kann jedoch dazu führen, dass wichtige Bedürfnisse unerkannt und unberücksichtigt bleiben. Eine hilfreiche Möglichkeit, das sexuelle Wohlbefinden respektvoll und strukturiert anzusprechen, besteht darin, den sexuellen Reaktionszyklus als konzeptionellen Leitfaden für den Dialog zu nutzen und nicht als starres klinisches Modell. Sensibel umgesetzt kann diese Perspektive eine ganzheitliche Beurteilung unterstützen und gleichzeitig Würde, Privatsphäre und emotionale Sicherheit wahren. Fachkräfte können die Phasen des sexuellen Reaktionszyklus als praktischen Leitfaden im Hinterkopf behalten, wenn sie über das sexuelle Wohlbefinden sprechen. Dabei sollten sie jede Phase nacheinander betrachten und die Faktoren berücksichtigen, die sie beeinflussen können, um zu vermeiden, dass wichtige Informationen über die Erfahrungen der Person übersehen werden.



Im höheren Lebensalter können sich die traditionell im sexuellen Reaktionszyklus beschriebenen Phasen – wie Verlangen, Erregung, Befriedigung und emotionale Auflösung – in ihrer Intensität, Dauer oder Bedeutung verändern, sie verschwinden jedoch nicht. Schwierigkeiten in einem dieser Bereiche können auf zugrunde liegende körperliche Gesundheitsprobleme, Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Belastungen, Beziehungsprobleme oder soziale Isolation hindeuten. Die Erforschung dieser Dimensionen durch behutsame, offene Fragen ermöglicht es Fachkräften, die Erfahrungen der betroffenen Person zu verstehen, ohne von einer Funktionsstörung auszugehen oder normative Erwartungen aufzuerlegen.

Fachkräfte können zunächst den Fokus auf Interesse und emotionale Nähe legen, indem sie beispielsweise fragen, ob die Person noch immer ein Verlangen nach Intimität, Zuneigung oder Gesellschaft verspürt. Anschließend können die Fragen auf körperliches Wohlbefinden und körperliche Veränderungen ausgeweitet werden, darunter auch, ob Schmerzen, Müdigkeit, Trockenheit oder Erektionsstörungen die intimen Erfahrungen beeinflussen. Es kann eine Diskussion über Befriedigung und emotionale Bedeutung folgen, in der untersucht wird, ob sich die Person in ihren Beziehungen erfüllt, verbunden oder verstanden fühlt. Schließlich kann die Reflexion darüber, was Intimität in dieser Lebensphase bedeutet, wichtige Werte in Bezug auf Identität, Würde und Lebensqualität offenbaren.

Um das praktische Verständnis zu unterstützen, zeigt die folgende Tabelle auf, wie verschiedene Phasen des sexuellen Reaktionszyklus durch häufige medizinische, psychologische und beziehungsbezogene Faktoren im höheren Erwachsenenalter beeinflusst werden können.

Phase des sexuellen Reaktionszyklus	Wichtige Einflussfaktoren bei älteren Erwachsenen	Beispielfragen
Lust	Hormoneller Rückgang (Östrogen, Testosteron), Depressionen oder Einsamkeit, Qualität der Beziehung, chronische Erkrankungen oder Müdigkeit, verinnerlichte altersdiskriminierende Überzeugungen in Bezug auf Sexualität.	„Wie wichtig sind Ihnen körperliche Intimität oder Zuneigung derzeit in Ihrem Leben?“ „Haben Sie im Laufe der Zeit Veränderungen in Ihrem Interesse an sexuellen Aktivitäten oder Nähe bemerkt?“ „Manchmal können Stress, Erschöpfung oder gesundheitliche Probleme das sexuelle Verlangen beeinflussen. Hat Sie irgendetwas derartiges Sie beeinflusst?“ „Haben Sie das Gefühl, dass emotionale Nähe zu Ihrem Partner Ihr Interesse an Intimität beeinflusst?“
Erregung	Gefäß- und neurologische Erkrankungen, vaginale Trockenheit oder Erektionsstörungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Schmerzen oder eingeschränkte Mobilität, Ängste oder Bedenken hinsichtlich des Körperbildes.	„Manche Frauen leiden nach den Wechseljahren unter vaginaler Trockenheit oder Beschwerden beim Intimverkehr. Ist dir das bereits aufgefallen oder möchtest du mehr darüber erfahren darüber?“ „Manche Menschen stellen fest, dass Erektionen länger dauern oder weniger fest sind als zuvor. Falls dies bei Ihnen der Fall ist, können wir mögliche Ursachen und Optionen besprechen.“ „Haben Sie Veränderungen bei der Lubrikation,

		der Erektion oder beim körperlichen Wohlbefinden beim Intimverkehr bemerkt?“ „Wenn der Intimverkehr unangenehm geworden ist, können wir darüber sprechen, wie sich Schmerzen lindern und das Wohlbefinden steigern lassen.“
Plateau	Verminderte körperliche Ausdauer, kardiovaskuläre Einschränkungen, Müdigkeit oder Begleiterkrankungen, Beziehungsspannungen und mangelnde Privatsphäre in Pflegeeinrichtungen.	„Fällt es Ihnen manchmal schwer, die Erregung während der Intimität aufrechtzuerhalten?“ „Manche Menschen stellen fest, dass sie mehr Zeit oder Stimulation benötigen, um sich beim Intimverkehr wohlfühlen. War das auch Ihre Erfahrung?“ „Beeinträchtigen Müdigkeit, gesundheitliche Probleme oder Umweltfaktoren Ihre Fähigkeit, Intimität zu genießen?“ „Gibt es Situationen, in denen Privatsphäre oder Wohnverhältnisse Intimität erschweren?“
Orgasmus	Diabetes, neurologische Erkrankungen oder Prostataprobleme, hormonelle Veränderungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, psychische Hemmungen oder eine verminderte partnerschaftliche Verbundenheit.	„Haben Sie Veränderungen festgestellt, wie leicht Sie zum Orgasmus kommen oder wie intensiv Ihr sexuelles Vergnügen ist?“ „Manche Erkrankungen oder Medikamente können den Orgasmus beeinflussen. Möchten Sie besprechen, ob dies auf Sie zutreffen könnte?“ „Sind Sie zufrieden mit dem Ausmaß an Lust, das Sie während der Intimität empfinden?“ „Gibt es Schwierigkeiten beim Sex, bei denen Sie Unterstützung wünschen?“
Lösungsansätze	Emotionales Wohlbefinden, Partnerschaft oder Trauer, kognitive Veränderungen, die die Intimität beeinträchtigen, sowie Möglichkeiten für einen würdevollen und liebevollen Umgang im Alltag.	„Fühlen Sie sich nach intimen Momenten in der Regel entspannt und emotional zufrieden?“

		„Hat der Verlust eines Partners oder eine veränderte Lebenssituation Ihr Intimitätserleben beeinflusst?“ „Haben Sie Möglichkeiten für liebevollen Körperkontakt, wie zum Beispiel Umarmungen oder Nähe?“ „Gibt es Aspekte in Ihrem derzeitigen Umfeld, die Intimität fördern oder einschränken?“
--	--	---

Wann sollte eine Überweisung an einen Arzt oder Spezialisten in Betracht gezogen werden?

Eine Überweisung an eine medizinische Fachkraft oder einen Psycholog*innen sollte in Betracht gezogen werden, wenn sexuelle Probleme anhaltend, belastend oder schmerzhaft sind oder mit erheblichen Veränderungen der körperlichen, kognitiven oder emotionalen Gesundheit einhergehen. Dazu können vermutete Nebenwirkungen von Medikamenten, unbehandelte Depressionen oder Angstzustände, chronische Schmerzen, hormonelle oder urogenitale Erkrankungen, Erektionsstörungen oder sich abzeichnende kognitive Beeinträchtigungen gehören, die die Einwilligungsfähigkeit oder das Verhalten beeinträchtigen. Eine rechtzeitige Überweisung ermöglicht eine umfassende Beurteilung, eine angemessene Behandlung und den Schutz des Wohlbefindens, der Selbstbestimmung und der Sicherheit im Alter.

Häufige sexuelle Gesundheitsprobleme, über die ältere Erwachsene berichten

Typisch geäußertes Anliegen	Mögliche fachliche Reaktion
„Ich verspüre nicht mehr so viel Verlangen wie früher. Ist das normal?“	Bestätigen Sie, dass Veränderungen des sexuellen Verlangens im Alter häufig vorkommen. Erörtern Sie mögliche Einflussfaktoren wie Stimmung, Müdigkeit, Medikamente oder die Dynamik in der Partnerschaft. Wenn die Situation belastend ist oder anhält, schlagen Sie vor, das Thema mit einer medizinischen Fachkraft zu besprechen, die hormonelle, psychologische oder medizinische Ursachen abklären kann.
„Mein Partner und ich haben keinen Geschlechtsverkehr mehr.“	Machen Sie deutlich, dass sich Intimität mit zunehmendem Alter verändern kann und auch andere Formen der Nähe als Geschlechtsverkehr umfassen kann. Ermutigen Sie zu offener Kommunikation zwischen den Partnern und erörtern Sie, ob die Veränderung auf Vorlieben, Wohlbefinden oder mögliche gesundheitliche Bedenken zurückzuführen ist.
Angst, wegen des Wunsches nach Intimität in einer Pflegeeinrichtung verurteilt zu werden	Versichern Sie der Person, dass Intimität und Zuneigung auch im höheren Lebensalter legitime Aspekte des Wohlbefindens bleiben. Besprechen Sie das Recht auf Privatsphäre und Würde in Pflegeeinrichtungen und erörtern Sie mögliche praktische Vorkehrungen, die persönliche Beziehungen unterstützen.

Vaginale Trockenheit oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	Erklären Sie, dass vaginale Trockenheit nach den Wechseljahren häufig vorkommt. Ermutigen Sie die Person, einen Gynäkologen oder Hausarzt aufzusuchen, der mögliche Ursachen abklären und geeignete Behandlungsmöglichkeiten wie Gleitmittel, Feuchtigkeitscremes oder Hormontherapien besprechen kann.
Erektionsstörungen	Weisen Sie darauf hin, dass Veränderungen der Erektionsfähigkeit mit zunehmendem Alter häufig auftreten, aber auch mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Nebenwirkungen von Medikamenten zusammenhängen können. Ermutigen Sie die Person, einen Arzt oder Urologen aufzusuchen, um eine angemessene Beurteilung und Behandlung zu erhalten.
Sorgen um das Körperbild im Zusammenhang mit dem Alterwerden	Bestätigen Sie emotionale Reaktionen auf körperliche Veränderungen und besprechen Sie, wie sich Intimität und Anziehung im späteren Leben entwickeln können. Wenn diese Sorgen das Wohlbefinden oder Beziehungen erheblich beeinträchtigen, schlagen Sie vor, sie mit einer Fachkraft für psychische Gesundheit oder einem Berater zu besprechen.
Scham oder Verlegenheit in Bezug auf Masturbation	Stellen Sie Selbstbefriedigung als eine übliche und gesunde Form des sexuellen Ausdrucks über das gesamte Leben hinweg dar. Versichern Sie der Person, dass es sich um eine private Angelegenheit handelt und kein Problem darstellt, solange sie kein Leid verursacht.
Medikamente, die die Erregung oder den Orgasmus beeinträchtigen	Weisen Sie darauf hin, dass manche Medikamente die sexuelle Funktion beeinflussen können. Ermutigen Sie die Person, dies mit dem verschreibenden Arzt zu besprechen, da manchmal Anpassungen oder Alternativen möglich sind.



Zusammenfassung und Proportional Message

„Das Alter ist keine Einschränkung der Rechte.“

*(Teilnehmenden*in einer Fokusgruppe, Rumänien)*

Sexualität im Alter ist weder nicht vorhanden noch einheitlich; sie ist eine dynamische und zutiefst persönliche Dimension der menschlichen Erfahrung, die von Gesundheit, Beziehungen, Identität und sozialem Kontext geprägt ist. Das Verständnis dieser Komplexität ist für Fachkräfte, die mit älteren Menschen arbeiten, von entscheidender Bedeutung, da sexuelles Wohlbefinden direkt zur Lebensqualität, emotionalen Resilienz und Würde im Alter beiträgt.



Das biologische Altern bringt physiologische Veränderungen mit sich, die das Verlangen, die Erregung oder das Wohlbefinden beeinflussen können; dennoch schließen diese Veränderungen die Möglichkeit einer erfüllenden Intimität nicht aus. Vielmehr spiegelt die Sexualität im höheren Lebensalter erhebliche individuelle Unterschiede und Anpassungsprozesse wider. Chronische Erkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten und allgemeine Gesundheitszustände können die sexuelle Funktionsfähigkeit zusätzlich beeinflussen, was die Bedeutung einer ganzheitlichen Beurteilung und der Berücksichtigung potenziell reversibler Einflussfaktoren unterstreicht.

Ebenso wichtig sind die psychologischen und zwischenmenschlichen Dimensionen der Sexualität. Psychische Gesundheit, Körperbild, Partnerschaft und emotionale Geborgenheit bestimmen oft, ob Intimität weiterhin möglich und erfüllend ist. Das Anerkennen vielfältiger Ausdrucksformen von Nähe – einschließlich Zuneigung, Berührung und emotionaler Verbundenheit – fördert ein inklusiveres Verständnis des sexuellen Wohlbefindens im höheren Erwachsenenalter.

Risiken für die sexuelle Gesundheit, darunter die Anfälligkeit für sexuell übertragbare Infektionen und ungedeckter Aufklärungsbedarf, zeigen, dass Sexualität auch im höheren Lebensalter ein relevantes klinisches und gesundheitspolitisches Thema bleibt. Präventive Aufklärung, routinemäßige Vorsorgeuntersuchungen und ein offener Dialog sind daher wesentliche Bestandteile einer umfassenden Versorgung.

Im Mittelpunkt einer wirksamen Praxis steht eine ethische, personenzentrierte Kommunikation. Fachkräfte spielen eine entscheidende Rolle dabei, Gespräche über Sexualität zu normalisieren, sichere und respektvolle Umgebungen zu schaffen und sensibel auf geäußerte Bedürfnisse einzugehen. Die Integration des sexuellen Wohlbefindens in die routinemäßige Gesundheits- und Sozialversorgung stärkt die Autonomie, schützt die Würde und unterstützt ein ganzheitliches, gesundes Altern.

Letztendlich erfordert die Förderung der Sexualität im dritten Lebensalter, über Stereotypen hinauszugehen und einen mitfühlenden, evidenzbasierten und personenzentrierten Ansatz zu verfolgen, der Intimität als lebenslange menschliche Fähigkeit anerkennt.



Praktische Hilfsmittel

Dieses Modul wird durch praktische Ressourcen aus dem AgeWise-Toolkit ergänzt, die Trainer*innenn und Fachkräften dabei helfen sollen, theoretisches Wissen über Sexualität im Alter in reflektierende und anwendungsorientierte Lernaktivitäten umzusetzen.

Unterrichtsplan Modul 2

Enthält die Struktur, den Zeitplan, die Lernziele und Leitlinien für die Moderation zur Durchführung des Moduls im Schulungskontext.

Übung 1

Anwendung des Zyklus der sexuellen Reaktion – [Fallbasiertes Arbeitsblatt](#) – unterstützt die Analyse realistischer Situationen im höheren Lebensalter und fördert eine personenzentrierte Interpretation sexueller Anliegen.

Übung 2

[Reflexionsinstrument für ganzheitliches sexuelles Wohlbefinden](#) – leitet die Reflexion über die biologischen, psychologischen, zwischenmenschlichen und sozialen Dimensionen der Sexualität im höheren Lebensalter an.

Übung 3

Kommunikation und sexueller Reaktionszyklus – Rollenspiel – ermöglicht es den Teilnehmenden, den Umgang mit sensiblen sexuellen Anliegen zu üben und das sexuelle Wohlbefinden durch einen strukturierten, personenzentrierten Dialog unter Einbeziehung des sexuellen Reaktionszyklus zu erkunden.

PowerPoint-Präsentation

Erleichtert eine klare, leicht zugängliche und anpassungsfähige Vermittlung der Modul Inhalte.

So können die Instrumente eingesetzt werden

- zur Planung und Strukturierung von Schulungseinheiten;
- zur Anregung von Diskussionen und kritischer Reflexion;
- zur Anwendung theoretischen Wissens auf reale Szenarien;
- zur Stärkung einer ethischen, inklusiven und personenzentrierten beruflichen Praxis.

Zusammen unterstützen diese Ressourcen die praktische Umsetzung des Moduls in Bildungs-, Gesundheits- und kommunalen Einrichtungen.

Literaturverzeichnis

- Ceolin, C., Papa, M. V., Scala, A., Sergi, G. & Garolla, A. (2024). Im gewünschten Geschlecht alt werden: eine systematische Übersichtsarbeit zu Alterserkrankungen bei Transgender-Personen. *Journal of Endocrinological Investigation*, 47(8), 1851–1862. <https://doi.org/10.1007/s40618-024-02353-y>
- DeLamater, J. (2012). Sexuelle Ausdrucksformen im höheren Lebensalter: eine Übersicht und Synthese. *Journal of Sex Research*, 49(2–3), 125–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- DeLamater, J., & Koepsel, E. (2014). Beziehungen und sexuelle Ausdrucksformen im höheren Lebensalter: eine biopsychosoziale Perspektive. *Sexual & Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Dominoni, M., Scatigno, A. L., Pasquali, M. F., Bergante, C., Gariboldi, F., & Gardella, B. (2024). Beckenboden- und sexuelle Funktionsstörungen nach geschlechtsangleichenden Operationen: eine systematische Übersicht und Metaanalyse. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(1), 184–195. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146>
- Dukes, C. Über S-E-X im Gesundheitswesen sprechen: Lasst uns klinisch vorgehen. *Dela J Public Health*. 31. Juli 2025; 11(2):46–49. doi: 10.32481/djph.2025.07.12. PMID: 40786709; PMCID: PMC12333857.
- Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B., Malta, S. & Minichiello, V. (2017). Verbesserung des Sexuallebens älterer Australier: Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), E36–E42. <https://doi.org/10.1111/ajag.12405>
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). Wie wichtig ist Sex im Alter? Die Ansichten älterer Menschen. *Social Science & Medicine* (1982), 56(8), 1617–1628. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00180-6)
- Hayflick, L. (2007). Biologisches Altern ist kein ungelöstes Problem mehr. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1100(1), 1–13. <https://doi.org/10.1196/annals.1395.001>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. & T'Sjoen, G. G. (2017). Endokrine Behandlung von Personen mit Geschlechtsdysphorie bzw. Geschlechtsinkongruenz: Eine klinische Praxisleitlinie der Endocrine Society*. *Die Zeitschrift für Klinische Endokrinologie & Metabolismus*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Inanspruchnahme medizinischer Hilfe bei sexuellen Problemen im mittleren und höheren Lebensalter: eine Übersicht über der Literatur. *Journal of Sexuality Research*, 48(2-3), 106–117. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548610>
- Ausschuss des Institute of Medicine (US) für Gesundheitsfragen sowie Forschungslücken und -chancen bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen. Die Gesundheit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen: Schaffung einer Grundlage für ein besseres Verständnis. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 6, Spätes Erwachsenenalter. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Kaoutzanis, C., Davies, R. D., Moreau, K. L. & Rothman, M. S. (2023). Geschlechtsbejahende Hormontherapie, psychische Gesundheit und chirurgische Überlegungen für alternde Transgender-Personen und geschlechtsdiversen Erwachsenen. *Therapeutic Advances in Endocrinologie und Stoffwechsel*, 14, 20420188231166494. <https://doi.org/10.1177/20420188231166494>

Kumar B, Kaushal I, Narayanan B, Narang T. Sexuell übertragbare Infektionen bei älteren Menschen: Ein wachsendes Problem in der Altenpflege. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. Jan.–Juni 2025; 46(1):16–21. doi: 10.4103/ijstd.ijstd_108_24. Online-Veröffentlichung: 9. Juni 2025. PMID: 40546355; PMCID: PMC12180883.

Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M. & Rezasoltani, P. (2016). Sexualität und ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen: Eine Übersicht über die vorhandene Literatur. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>

Meston C. M. (1997). Altern und Sexualität. *The Western Journal of Medicine*, 167(4), 285–290.

Penhollow T. M. (2024). Sexualität bei älteren Erwachsenen: Umfassende Strategien für Kliniker und patientenzentrierte Versorgung. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 19(3), 392–402. <https://doi.org/10.1177/15598276241293100>

Steffens, D. C., & Zdanys, K. F. (2022). Die American Psychiatric Association veröffentlicht das Lehrbuch „Textbook of Geriatric Psychiatrie. In: *American Psychiatric Association Publishing eBooks*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615375196>

Stowell, M., Hall, A., Warwick, S., Richmond, C., Eastaugh, C. H., Hanratty, B., McDermott, J., Craig, D. & Spiers, G. F. (2023). Förderung der sexuellen Gesundheit bei älteren Erwachsenen: Ergebnisse aus zwei Schnellübersichten. *Maturitas*, 177, 107795. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107795>

Weltgesundheitsorganisation. (2015). *Weltbericht über Altern und Gesundheit*. WHO Press.

MODUL 6

„Othering“ bei der Arbeit mit älteren und hochbetagten Menschen

Entwickelt von:

Karina Hoßfeld & Thomas Wilde

Verein für niedersächsische

Bildungsinitiativen e.V.



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Der Begriff „Otherismus“, oft auch als „Othering“ bezeichnet, leitet sich von den englischen Begriffen „other“ oder „otherness“ ab, was so viel wie „anders“ oder „Othering“ bedeutet. Otherismus beschreibt einen Prozess, in dem Individuen oder Gruppen („wir“) von anderen Individuen oder Gruppen („die Anderen“) unterschieden werden. In diesem sozialen Prozess werden Menschen oder Gruppen somit als „anders“ konstruiert. Dabei wird die fremde Gruppe stets als „anders“ und „fremd“ kategorisiert, da sie von der „Norm“ abweicht, was als Rechtfertigung für Ausgrenzung dient (siehe <https://diversity-arts-culture.berlin/dictionary/othering>).

Es ist wichtig zu erkennen, dass ältere Menschen oft ausdrücklich aufgrund ihres Alters diskriminiert oder als mangelhaft oder nicht mehr leistungsfähig abgestempelt werden (Butler, 1969; WHO, 2021). Dieses Modul „Otherisms“ erweitert den Fokus über altersspezifische Formen der Diskriminierung hinaus und untersucht andere Formen der Diskriminierung („Other-Isms“), von denen ältere Menschen betroffen sein können. Denn sie sind oft vielfältigen Formen der Stereotypisierung ausgesetzt – aufgrund ihres Alters, gesundheitlicher Einschränkungen, Demenz, ihrer Herkunft oder ihres sozialen Status oder einer nicht-heteronormativen Identität oder Lebensgeschichte.

Sexualität und Identität im höheren Lebensalter sind von solchen Prozessen der Ausgrenzung besonders betroffen. Ältere Menschen, die sexuelle Bedürfnisse äußern oder intime Beziehungen eingehen möchten, weichen von der gesellschaftlichen Norm der „jugendlichen Sexualität“ ab und werden daher oft als unangemessen oder problematisch wahrgenommen. Diese Wahrnehmung führt häufig zur Pathologisierung oder Moralisierung ihres Verhaltens, insbesondere in institutionellen Pflegeeinrichtungen.

Diskriminierung kann im höheren Alter besonders akut werden, da die Abhängigkeiten zunehmen: Die Menschen sind stärker auf professionelle Unterstützung, institutionelle Strukturen (Pflege, Betreuung, Wohnen) und formalisierte Regelungen angewiesen. Hier wird nicht nur „Unterstützung“ organisiert, sondern auch Normalität: Denjenigen, die als „nicht passend“ wahrgenommen werden, wird weniger Raum (im wörtlichen und symbolischen Sinne), weniger Glaubwürdigkeit und weniger Handlungsspielraum eingeräumt. Dies ist besonders relevant in Kontexten, in denen Sexualität und Intimität ohnehin schon gesellschaftliche Tabus sind: Normen fungieren dann nicht als explizites Verbot, sondern als „nicht vorgesehen“ (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Ein Beispiel aus dem Alltag

In einer stationären Einrichtung sprechen Mitarbeiter*innen im Personalraum davon, dass „die Bewohner heute wieder schwierig sind“. Was bedeutet das? Sie beziehen sich auf mehrere verschiedene Personen mit individuellen Bedürfnissen. Dieser Sammelbegriff schafft Distanz und verschleiert die konkreten Ursachen für Unruhe oder Unzufriedenheit. Hier beginnt die Ausgrenzung: Ein erster, vermutlich unbewusster Schritt wurde in Richtung „wir Pflegekräfte“ gegenüber „diesen schwierigen Bewohnern“ unternommen, die als homogene Gruppe betrachtet werden.

Reflexionsfragen für die eigene Arbeit

- In welchen Situationen verwende ich in diesem Zusammenhang die Begriffe „wir“ und „sie“ (z. B. „die Klienten“, „die Pflegekräfte“, „die Pflegebedürftigen“)?
- Wie wirkt sich diese Sprache auf unsere Einstellungen und unser Handeln aus?
- Wie könnten wir dieselbe Situation auf eine persönlichere und respektvollere Weise beschreiben?

Es wird deutlich, dass im Zentrum des „Andersseins“ die Trennung in „wir“ und „sie“ steht. Diese Unterscheidung wird oft unbewusst getroffen, beispielsweise wenn Fachkräfte sich von Pflegebedürftigen oder von den von ihnen betreuten Menschen distanzieren oder wenn Entscheidungen ausschließlich innerhalb des Teams getroffen werden, ohne die betroffenen Menschen einzubeziehen. Psychologisch dient dies oft als Mittel zur Selbstorientierung und zum Schutz vor emotionaler Überlastung. Und es vereinfacht oft die Arbeit, wenn alle

gleich behandelt werden. Leider gilt auch das Gegenteil: Je stärker auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wird, desto höher sind die Erwartungen der Pflegebedürftigen, dass diese Bedürfnisse erfüllt werden. Dies ist jedoch innerhalb der vorgegebenen Arbeitszeiten und Budgetgrenzen oft schlichtweg nicht möglich.

Aus soziologischer Perspektive hat diese pauschale Unterscheidung zwischen „uns“ und „ihnen“ daher den „Vorteil“, dass sie die Rollenverteilung und die Machtstrukturen innerhalb von Pflegeeinrichtungen stabilisiert. In diesem System liegt die „Macht“ der Pflegekräfte darin, den Pflegebedürftigen die als „Standard“ definierten Pflegeleistungen zukommen zu lassen und individuelle Wünsche „außer Acht lassen zu dürfen“. Dies entlastet die Pflegekräfte sowohl psychisch als auch hinsichtlich ihrer Arbeitsbelastung. Die Einrichtung befreit sie von der „Verpflichtung“, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen.

Dennoch lohnt es sich sowohl für den Einzelnen als auch für die Einrichtungen, darüber nachzudenken, wo wir das „Anderssein“ fördern und wo wir es vermeiden können. Dieser Beitrag untersucht zentrale theoretische Aspekte des „Andersseins“, insbesondere in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen für ältere Menschen. Obwohl Sexualität und Identität während des gesamten Lebenszyklus zentrale Bestandteile des menschlichen Lebens bleiben, werden diese Themen im Alter oft als Tabu behandelt. Darüber hinaus dürfen aus fachlich-wissenschaftlicher Perspektive intersektionale Überlegungen – also sich überschneidende Dimensionen der Diskriminierung – nicht außer Acht gelassen werden. Sexismus, Ableismus, Homophobie, Transphobie und soziale Ausgrenzung (z. B. Armut, Einsamkeit, begrenzte soziale Netzwerke, digitale Ausgrenzung) sind nach wie vor relevant und wirkungsvoll.

Lernergebnisse in Modul 4

Dieses Modul richtet sich in erster Linie an Erwachsenenbildner*innen*innen, Pflegefachkräfte, Lehrkräfte in Pflegeausbildungsgängen sowie an Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege. Doch auch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie pflegende Angehörige, die sich mit Stigmatisierungsprozessen auseinandersetzen und ihre eigenen Einstellungen und Annahmen kritisch reflektieren möchten, werden wertvolle Erkenntnisse gewinnen:

- Ansatzpunkte, um „-ismen“ als strukturelle Praktiken (und nicht nur als individuelle Einstellungen) zu erkennen,
- ein tieferes Verständnis von Intersektionalität und der Frage, warum das Älterwerden zu sehr unterschiedlichen Lebensrealitäten führt,
- konkrete Leitlinien für inklusive Kommunikation, den Umgang mit Privatsphäre und ethische Überlegungen (Autonomie/Schutz/Einwilligung),
- Ideen und Anregungen dazu, wie Teams und Organisationen Antidiskriminierungsstandards umsetzen können, ohne die Betroffenen bloßzustellen oder zu beschämen.



Schlüsselbegriffe und Definitionen

Identität und Orientierung

Identität beschreibt die Art und Weise, wie Menschen sich selbst auf der Grundlage ihrer Lebensgeschichte und durch ständige Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld wahrnehmen und verstehen. Wichtige Faktoren, die zur Identitätsbildung beitragen, sind beispielsweise Geschlecht, Alter und sozialer Hintergrund; ethnische Zugehörigkeit, Nationalität und Gruppenzugehörigkeiten; Beruf und sozialer Status; sowie persönliche Eigenschaften und Kompetenzen (Dorsch-Enzyklopädie der Psychologie).

- Sexuelle Orientierung: Muster romantischer/sexueller Anziehung.
- Geschlechtsidentität: Das innere Geschlechtsgefühl einer Person.
- Cis: Die Geschlechtsidentität entspricht dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

- Trans: Die Identität weicht vom bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht ab.

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bedeutet, dass jede Person das Recht hat, selbst zu entscheiden, wie sie leben möchte. Diese Freiheit, über das eigene Leben zu bestimmen, ist in Europa ein Menschenrecht, das auch durch unsere Verfassung geschützt ist (Schneider et al. 2026).

Altersdiskriminierung

Diskriminierung oder Benachteiligung aufgrund des Alters; im Zusammenhang mit Sexualität äußert sich dies oft in Form von **Entsexualisierung** („braucht das nicht“), Moralisierung („unangemessen“) oder steht im Zusammenhang mit sexueller Leistungsfähigkeit oder Jugendlichkeit (Butler, 1969).

Sexismus

Diskriminierung aufgrund des Geschlechts; bei älteren Menschen steht dies oft im Zusammenhang mit Körnernormen, wirtschaftlicher Ungleichheit und geschlechtsspezifischen Erwartungen hinsichtlich „Anstand“, Pflege und Rollen in Beziehungen (Calasanti & Slevin, 2001; Sontag, 1972).

Behindertenfeindlichkeit

Die Normalisierung von Leistungsfähigkeit und Autonomie als Maßstab; dies führt zu **Entsexualisierung**, Infantilisierung, Überbehütung oder pauschalen Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit einer Person (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Homophobie / Transphobie

Diskriminierung, Unsichtbarmachung oder Benachteiligung aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder der Geschlechtsidentität; oft erkennbar in heteronormativen institutionellen Praktiken (Formulare, Annahmen, Nichtanerkennung von Partnerschaften) oder durch falsches Gendern (Warner, 1991; Herek, 2000).

Soziale Ausgrenzung

Mangel an Ressourcen und Ausschluss von Teilhabe (Armut, Isolation, digitale Barrieren, unsichere Wohnverhältnisse). Ressourcen (Räume, Mobilität, Netzwerke, Zugang zu Beratung) sind oft entscheidend für die sexuelle Selbstbestimmung (Levitas et al., 2007).

Stigmatisierung

Ein soziales Etikett, das zu Scham, Schweigen, Rückzug oder eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung führen kann (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Intersektionalität

Ungleichheiten wirken nicht isoliert voneinander, sondern sind miteinander verflochten, wodurch sich ihre Auswirkungen verstärken: Alter × Geschlecht × Behinderung × soziale Schicht × Gesundheit × Migration × Queerness usw. Daraus ergeben sich spezifische, individuelle Lebensumstände und nicht lediglich additive „Mehrfachprobleme“ (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Einwilligung

Einwilligung ist freiwillig, informiert, widerrufbar und kontextabhängig. In Abhängigkeitsverhältnissen (Pflege/Unterstützung) müssen Machtungleichgewichte und Schutzmaßnahmen aktiv berücksichtigt und

ständig reflektiert werden. Bei kognitivem Verfall sollten individuelle Beurteilungen Vorrang vor pauschalen Verboten haben.

Entscheidungsfähigkeit

Eine informierte Einwilligung setzt voraus, dass eine Person die Informationen versteht, die Optionen abwägt und freiwillig zustimmt. Bei älteren Menschen, insbesondere bei solchen mit kognitiven Beeinträchtigungen, kann die Entscheidungsfähigkeit variieren. In solchen Fällen ist eine situative und beziehungsbezogene Beurteilung erforderlich (Beauchamp & Childress, 2019).

Alibipolitik

Alibipolitik bezeichnet eine Form der symbolischen Inklusion, bei der Angehörige marginalisierter Gruppen zwar sichtbar einbezogen werden, zahlenmäßig jedoch stark unterrepräsentiert bleiben und infolgedessen einer erhöhten Sichtbarkeit, Stereotypisierung, Rollenzuweisung und einem besonderen Leistungsdruck ausgesetzt sind.

Berufliche Grenzen

Berufliche Grenzen dienen dem Schutz sowohl der betreuten Personen als auch der Fachkräfte. Sie legen fest, welche Formen von Nähe, Unterstützung und Kommunikation ethisch akzeptabel sind und welche eine Grenzüberschreitung darstellen.

Sexualität / Intimität / sexuelles Verlangen

Sexualität umfasst mehr als nur sexuelle Praktiken: Sie beinhaltet Körperlichkeit, Nähe, Zärtlichkeit, Begehren, Identität, Selbstbild, Beziehungsdynamiken und Grenzen. Sie wird stets individuell erlebt und geprägt. So kann Intimität beispielsweise sexualisiert oder nicht-sexualisiert sein. In jedem Fall bleibt Sexualität über die gesamte Lebensspanne hinweg von Bedeutung. Theoretisch lässt sich dies unter anderem anhand der „Sexual Script Theory“ verstehen: Sexualität ist kulturell erlernt, sozial geprägt und situationsabhängig – nicht lediglich biologisch bedingt (Gagnon & Simon, 1973).



Das Thema verstehen

1. Theoretischer Rahmen

Sexualität im Alter

Sexualität im Alter ist weit mehr als nur körperliche Sexualität. Sie umfasst Intimität, Nähe, Identität, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität und emotionale Bindungen. Forschungsergebnisse zeigen, dass sexuelle Erfahrungen auch im Alter zur Lebensqualität beitragen (WHO, 2015).

Dennoch wird das Älterwerden oft als kontinuierliche sexuelle Abwertung erlebt, begleitet von Sorgen um die eigene Attraktivität, nachlassende sexuelle Leistungsfähigkeit sowie verschiedene Krankheiten und Beschwerden. Insbesondere Frauen sind von der gesellschaftlichen Doppelmoral in Bezug auf das Älterwerden betroffen (siehe Ingrisich 2022), was bedeutet, dass Frauen früher als Männer als unattraktiv, alt und asexuell wahrgenommen werden. Soziale Normen und Bilder führen dann dazu, dass alternde Menschen sich selbst als asexuell beschreiben, obwohl sie sich gar nicht so fühlen.

Zudem wird Sexualität oft auf den konventionellen Geschlechtsverkehr reduziert. Die vielfältigen Bedürfnisse und Aspekte der Sexualität werden dabei ignoriert. Ebenfalls ignoriert werden die begrenzten oder fehlenden Möglichkeiten für den Austausch von Zärtlichkeit, liebevoller Zuwendung, körperlichem Kontakt und intimer Kommunikation; insbesondere in Einrichtungen

wie Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegeeinrichtungen. Dies führt zu Fehlinterpretationen des Sexualverhaltens älterer und kranker Menschen und zu unzureichender Toleranz ihnen gegenüber. Ältere Menschen empfinden ihre sexuellen Bedürfnisse manchmal als beschämend und unangemessen (siehe Schultz-Zehden, B. 2013).

„-ismen“ gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung

Diskriminierung beginnt nicht erst im Alter – doch ihre Auswirkungen können sich mit zunehmendem Alter summieren und institutionalisieren. Zwei Mechanismen sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung:

- 1. Akkumulation im Lebensverlauf:** Ungleichheiten bestehen über Jahre und Jahrzehnte hinweg fort (wie etwa geringere Einkommen, schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung, Lücken im Erwerbsleben und niedrigere Renten) und treten im Alter deutlicher zutage (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).
- 2. Institutionelle Abhängigkeit:** Mit dem Ausbau von Unterstützungssystemen werden die Regeln, Routinen und Interpretationsrahmen von Institutionen zum zentralen „Knotenpunkt“ von Inklusion und Exklusion (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

Institutioneller Rahmen und Sexualität im höheren Lebensalter

Im Zusammenhang mit Sexualität und Intimität kommt ein dritter Faktor ins Spiel: **Sexualität im Alter** ist oft ein kulturelles Tabu – infolgedessen üben soziale Normen durch Schweigen, das Vermeiden des Themas und implizite Grenzen des Angemessenen einen besonders starken Einfluss aus (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973).

Was den Umgang mit Sexualität in Einrichtungen betrifft, so zeigte sich in den im Rahmen des Projekts durchgeführten Fokusgruppeninterviews ein grundlegendes Muster der „Nichtberücksichtigung“. Ein Teilnehmenden der Interviews berichtete:

„Über Sexualität wird dort gar nicht gesprochen [...] das ist eine ganz andere Welt. Sie werden wie kleine Kinder behandelt, die noch nicht alt genug sind, um eigene Entscheidungen zu treffen. Selbst die Kinder im Kindergarten dürfen mehr.“

Fokusgruppeninterview in Göttingen, März 2025

In institutionellen Einrichtungen wird Sexualität oft nicht ausdrücklich verboten, sondern als „nicht vorgesehen“ behandelt – als etwas, das beim Eintritt in die Betreuung symbolisch „abgegeben“ wird.

„Und man lässt seine Sexualität vor der Tür zurück. ... Ob es nun eine Kindertagesstätte, ein Seniorenheim oder ein Pflegeheim ist – was auch immer es ist –, man lässt seine Sexualität vor der Tür zurück. Man hat keine. Unter keinen Umständen. Man hat auch keine Gefühle, keine Emotionen.“

Teilnehmenden am Experteninterview 2025

Diese Aussagen beschreiben nicht nur ein individuelles Tabu, sondern eine institutionelle Norm, in der Autonomie und Erwachsensein abgewertet werden – eine typische Schnittstelle, an der sich Altersdiskriminierung und Behindertenfeindlichkeit verflechten (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Diese Synthese ist für „Other-isms“ von zentraler Bedeutung, da sie zeigt, dass Ausgrenzung nicht nur aus individuellen Vorurteilen entsteht, sondern auch durch institutionelle Routinen und Statuszuweisungen (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

Other-isms – Mechanismen der Strukturierung von Sexualität und Intimität

Unsichtbarkeit

„Invisibilisierung“ bedeutet, dass Bedürfnisse nicht identifiziert, dokumentiert oder berücksichtigt werden. Infolgedessen wird „nicht thematisiert“ schnell zu „nicht existent“ (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Dies betrifft marginalisierte Gruppen besonders stark, da sie ohnehin schon häufiger Stigmatisierung ausgesetzt sind und ein Coming-out (z. B. als queere oder trans Person) mit Risiken verbunden sein kann (Spade, 2015).

Die Unsichtbarkeit queerer Lebensgeschichten

Viele ältere homosexuelle Menschen erinnern sich noch an eine Zeit, in der Homosexualität strafbar war und Homosexuelle von vielen ihrer Zeitgenossen verachtet wurden. Auch Transgender-Personen stießen früher auf wenig Verständnis. Diese Erfahrungen prägen ihr Vertrauen, ihre Schamgefühle und die Art und Weise, wie sie mit der Offenheit über ihre eigenen Lebensgeschichten umgehen.

Praktisches Beispiel

In biografischen Erhebungen wird routinemäßig nach einem „Ehemann“ oder einer „Ehefrau“ gefragt. Wer unverheiratet geblieben ist, wird dadurch in dem Gefühl bestärkt, dass in seinem Leben „etwas“ fehlt. Ältere schwule Männer konnten beispielsweise ihre Lebenspartner nicht heiraten, wenn diese vor der allgemeinen Öffnung der Ehe im Jahr 2017 verstorben waren. Ein anderer Mann kam als Gastarbeiter hierher und wollte keine arrangierte Ehe mit einer Frau aus seinem Heimatland eingehen. Vorurteile hinderten ihn jedoch daran, hier eine Frau kennenzulernen. Er ist daher gegen seinen Willen unverheiratet.

Fragen zum Nachdenken

- *Inwieweit spiegeln unsere Formulare und Beratungsgespräche die Vielfalt der Geschlechter und Lebensformen wider?*
- *Signalisieren wir aktiv, dass unterschiedliche Lebensentscheidungen respektiert werden?*

Doch selbst bei Menschen, die nicht zu marginalisierten Gruppen gehören, wird der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sexualität in Anamnesegesprächen oft übersehen. Wie einer der von uns befragten Experten beschreibt:

„HausÄrzt*innen denken bei Patienten in den Sechzigern oder Siebzigern ... gar nicht daran zu fragen: ‚Wie sieht Ihr Sexualleben aus?‘ ... Denn man geht davon aus, dass da ja nichts mehr los ist.“

Teilnehmenden am Experteninterview 2025

Kernpunkt: Schweigen oder Verschweigen ist keine Neutralität. Es verstärkt die Norm, dass „Alter gleichbedeutend mit Nicht-Sexualität“ ist, und verlagert die Beweislast auf die Betroffenen, wodurch diese gezwungen werden, zunächst ihre Bedürfnisse zu „beweisen“ oder sich „mutig“ zu äußern (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Entsexualisierung & Infantilisierung (Altersdiskriminierung × Behindertenfeindlichkeit)

Entsexualisierung ist mehr als nur „kein Sex“ – sie ist ein Statusurteil: Die Person wird nicht mehr als legitimes Subjekt von Begehren, Intimität und Selbstbestimmung angesehen. Ableismus verstärkt dieses Urteil, wenn der Bedarf an Pflege oder Unterstützung mit mangelnder Rechtsfähigkeit gleichgesetzt wird (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Die beiden oben erwähnten Zitate aus den Experteninterviews spiegeln dies mit den Aussagen „Man lässt seine Sexualität vor der Tür“ und „Sie werden wie kleine, hilflose Kinder behandelt“ wider.

Kernpunkt: Dies veranschaulicht, wie Pflege in Entmündigung umschlagen kann. Dabei handelt es sich weniger um „individuelles Fehlverhalten“ als um ein strukturelles Risiko, das entsteht, wenn Schutz grundsätzlich Vorrang vor Autonomie hat (Beauchamp & Childress, 2019).

Moralische Regulierung („Angemessenheit“) durch Abwehr, Beschämung und Verharmlosung

Moralische Regulierung manifestiert sich oft in den kleinsten Reaktionen (Blicke, Witze, Wegschauen, Verharmlosung) und erzeugt Scham (Goffman, 1963). Sexualität im Alter kollidiert somit mit kulturellen Skripten, in denen Sexualität mit Jugend, Attraktivität und sexueller Leistungsfähigkeit verknüpft ist (Gagnon & Simon, 1973).

Eine unserer Expertinnen beschreibt die Reaktion der Studierenden, wenn sie während einer Vorlesung an einer Schule für Altenpflege Fotos von älteren Menschen zeigt, die Zärtlichkeiten austauschen:

„Wow, das ist süß!“

Teilnehmendenin des Experteninterviews 2025

oder

„Igit, das kann ich mir gar nicht ansehen – müssen die das wirklich tun?“

Teilnehmenden am Experteninterview 2025

Kernpunkt: Die Trivialisierung („niedlich“) leugnet die Ernsthaftigkeit von Intimität und versetzt sie in einen kindlichen Kontext. Die Abwehrhaltung („Ist das wirklich notwendig?“) kennzeichnet sie als inakzeptabel. In beiden Fällen erfolgt eine Ausgrenzung ohne ausdrückliches Verbot.

Pathologisierung / Medikalisierung

Wenn Sexualität im Alter sichtbar wird, wird sie oft als „Problem“ betrachtet: als Funktionsstörung, als Symptom oder als Risiko. Dies steht im Einklang mit einer modernen Logik der Normalisierung und medizinischen Klassifizierung (Foucault, 1976; Link & Phelan, 2001). Wie einer unserer Experten beschreibt:

*„Sexuell übertragbare Infektionen bei älteren Erwachsenen [...] [nehmen zu]. In manchen Fällen bleibt dies jedoch völlig unentdeckt, weil beispielsweise Hausärzt*innen gar nicht auf die Idee kommen, ihre Patienten in den Sechzigern oder Siebzigern nach ihrem Sexualleben zu fragen. [Sie gehen davon aus] [...], dass dort nichts mehr vor sich geht.“*

Teilnehmenden am Experteninterview 2025

Kernpunkt: Es entsteht eine doppelte Logik: 1. Sexualität wird als „nicht existent“ betrachtet → kein Raum für Diskussion; 2. wenn sie sichtbar wird → wird sie in erster Linie als Risiko oder Abweichung dargestellt. Dies verhindert oft eine auf Lebensqualität ausgerichtete Perspektive.

Durch Unsicherheit getriebene Überregulierung („nur um auf Nummer sicher zu gehen“)

Wenn Leitlinien fehlen, reagieren Einrichtungen oft mit pauschalen Regeln. Diese Regeln wirken sich unverhältnismäßig stark auf marginalisierte Personen aus, da diese oft über weniger soziale Netzwerke verfügen, einem höheren Risiko von Stigmatisierung und Bloßstellung ausgesetzt sind und weniger in der Lage sind, für sich selbst einzutreten (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

„In Pflegeheimen [...] kommt [sexuelle Aktivität] also wirklich überhaupt nicht vor.“

Teilnehmenden am Experteninterview 2025

Kernpunkt: Wenn ein Thema offiziell „nicht zur Debatte steht“, gibt es im Konfliktfall keine professionellen Wege, es anzusprechen. In solchen Fällen kommen informelle Normen (Moral, Scham usw.) ins Spiel – und genau dort werden „-ismen“ aufrechterhalten.

2. Mythen vs. Realitäten

Mythos 1: „Gleichbehandlung = gerecht.“

Realität: Gleichbehandlung kann Barrieren reproduzieren. Gerechtigkeit bedeutet, Bedingungen so zu gestalten, dass unterschiedliche Lebenssituationen echten Zugang haben (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Mythos 2: „Sexualität im Alter ist selten, daher ist sie kein Thema.“

Realität: Oft ist nicht die Seltenheit das Problem, sondern Unsichtbarkeit, Scham und mangelnde Befähigung (Goffman, 1963).

Mythos 3: „Behinderung/Pflegebedarf und Sexualität passen nicht zusammen.“

Realität: Dies ist ein ableistisches Normalitätsmodell. Entscheidend sind die Logik der Unterstützung, Privatsphäre, Schutz und Selbstbestimmung (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Mythos 4: „Queere Themen sind ein Thema der Jugend.“

Realität: LSBTIQ+-Menschen werden älter – oft mit biografischen Stigmatisierungserfahrungen und spezifischen Sicherheitsbedürfnissen (Herek, 2000; Stryker, 2008).

Mythos 5: „Nicht darauf einzugehen schützt.“

Realität: Schweigen ist nicht neutral; es festigt Stigmatisierungen (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

3. Intersektionale Perspektive: Wenn sich Kategorien überschneiden

„Othering“ hat eine besonders starke Wirkung, wenn mehrere Merkmale zusammenkommen. Ältere Menschen sind nicht nur alt – sie können auch einen Migrationshintergrund haben, einer religiösen Minderheit angehören, queer sein, mit einer Behinderung leben oder sozial benachteiligt sein. Diese Überschneidungen (Intersektionen) erhöhen das Risiko, übersehen, missverstanden oder stereotyp behandelt zu werden.

So wird beispielsweise eine unverheiratete, lesbische Bewohnerin mit türkischem familiärem Hintergrund Ausgrenzung anders erlebt haben als eine Frau deutscher Herkunft, die ihre Partnerin geheiratet hat. Letztere wird sich wahrscheinlich besser in die Abläufe der Einrichtung einfügen, da die Frage nach dem Familienstand ohnehin bei allen gestellt wird. Die Pflege darf sich jedoch nicht einfach damit begnügen, sich an das anzupassen, was der Mehrheit entspricht. Dies gilt umso mehr in einer zunehmend vielfältigen Gesellschaft, in der eine einheitliche Lösung, die für alle passt, immer seltener werden wird. Wenn sich die Gesellschaft inzwischen so weit entwickelt hat, dass mit der Öffnung der Ehe auch Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung „gesehen“ werden, dann muss die Pflege entsprechend reagieren. Ein schwuler Mann, der Diskriminierung erlebt hat, darf nicht länger in eine Situation geraten, in der er das Gefühl hat, seine Identität in einem Pflegeheim aus Angst vor erneuter Ablehnung verbergen zu müssen. Ein Bewohner mit Flüchtlingshintergrund reagiert möglicherweise empfindlich auf laute Geräusche oder Kontrollsituationen – ohne dass dies sofort als eine durch seine Lebensgeschichte bedingte Reaktion erkannt wird.

Intersektionales Denken bedeutet, Menschen nicht auf eine einzige Kategorie zu reduzieren, sondern die Komplexität ihrer Lebenserfahrungen anzuerkennen und insbesondere zu berücksichtigen, dass sich die Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, gegenseitig verstärken können, wenn sich diese Kategorien überschneiden.

- **Ältere LSBTIQ+-Menschen: Selbsthilfegruppen vs. Altersnormen**

Die Fokusgruppen zeigen eine gewisse Ambivalenz: Die Community kann ein sicherer Raum sein – doch gleichzeitig gibt es „neue Normen“.

„... in der Queer-Szene ... ist es so, dass es keine Rolle spielt, wie alt man ist.“

Teilnehmenden*in der Fokusgruppendifkussion 2025, Göttingen

Gleichzeitig wird folgende Erfahrung gemacht:

„Im Club werden immer nur junge Hits‘ gespielt – da passe ich überhaupt nicht rein.“

Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion 2025, Göttingen

Und:

„Als lesbische Rentnerin stehe ich doppelt ‚außerhalb‘.“

Teilnehmendenin der Fokusgruppendifkussion 2025, Göttingen

Proportional Message: Intersektionalität ist hier kein abstrakter Zusatz, sondern beschreibt konkrete Dynamiken der Anerkennung und Teilhabe (Crenshaw, 1989): Das Zusammenspiel von Alter und Queerness verändert die Art und Weise, wie Sichtbarkeit und Zugehörigkeit ausgehandelt werden.

- **Biografische Prägung: Die Geschichte der Diskriminierung wirkt weiterhin nach**

„Ich habe Paragraph 175 noch erlebt [...] der bis heute Auswirkungen hat“

Teilnehmenden der Fokusgruppendifkussion 2025, Göttingen

Dies verweist auf Risiken und Schutzstrategien, die in der eigenen Lebensgeschichte verwurzelt sind (Herek, 2000): Offenheit oder Schweigen sind keine Frage des „Charakters“, sondern oft das Ergebnis einer rationalen Risikoeinschätzung.

- **Sexismus im Alter: Doppelmoral und Reproduktion als normativer Rahmen**

Sexistische Vorstellungen vom Alter wirken sich unter anderem durch Körperrnormen und die „Doppelmoral des Alterns“ aus (Sontag, 1972; Calasanti & Slevin, 2001).

„Ich könnte mir also vorstellen, dass Männer da etwas selbstbewusster sind, während Frauen das immer noch verinnerlicht haben – das ist das Thema Kinderkriegen [...] Wenn das dann irgendwann sozusagen abgeschlossen ist, dann ist das schon eine gewisse Veränderung oder ein Übergang in eine solche Lebensphase, während der Mann theoretisch bis ins hohe Alter noch Vater werden könnte, wenn er wollte.“

Teilnehmendenin des Einzelinterviews 2025, Göttingen

- **Soziale Ausgrenzung: „Du passt hier nicht rein“**

„Die Tatsache, dass ich jetzt mit 58 Jahren nicht auf dieser Rave-Party sein muss [...] Du passt hier überhaupt nicht rein.“

Teilnehmenden an der Fokusgruppendifkussion 2025, Göttingen

Soziale Ausgrenzung betrifft somit auch die Räume, in denen Flirt, Beziehungen, Sichtbarkeit und Zugehörigkeit stattfinden.



Leitlinien für Pädagog*innen und Fachkräfte

Pädagog*innen und Fachkräfte tragen eine besondere Verantwortung. Durch Fort- und Weiterbildung können Fachkräfte Selbstvertrauen in ihr Handeln gewinnen und ihre professionelle Haltung stärken.

Grundlegende Aspekte der Arbeit im Kontext von „Othering“ sind:

- Reflexion der eigenen Werte, Normen und Unsicherheiten im Umgang mit Sexualität im Alter.
- Kenntnis und Vermittlung von Wissen über rechtliche und ethische Grundsätze.
- Förderung einer offenen Teamkultur, in der schwierige Situationen besprochen werden können.
- Aktiver Schutz der Privatsphäre, der Intimität und der Selbstbestimmung.
- Einbeziehung der Biografiearbeit zur besseren Einschätzung individueller Bedürfnisse.

Zentrale Grundsätze zur Bekämpfung von Ausgrenzung

Schaffung sicherer und respektvoller Räume

Ein zentraler Bestandteil ist die Schaffung von Räumen, in denen offen über Sexualität und Identität gesprochen werden kann. Dies erfordert eine wertschätzende Haltung, diskriminierungssensible Sprache und die aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Vorurteilen. Ein solcher Raum ist besonders für LSBTIQ+QIA+-Senior*innen von entscheidender Bedeutung, da sie oft lebenslange Erfahrungen mit Diskriminierung gemacht haben (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Inklusive Kommunikationspraktiken

Inklusive Kommunikation bedeutet, Sprache und Verhalten so zu gestalten, dass sich alle Menschen angesprochen und respektiert fühlen. Dazu gehört, heteronormative Annahmen zu vermeiden („Kommt deine Frau dich besuchen?“), geschlechtsneutrale Sprache zu verwenden und in Gesprächen aktiv zuzuhören. Fachkräfte sollten Gespräche über Sexualität nicht vermeiden, sondern sie einfühlsam und professionell begleiten.

Privatsphäre und Vertraulichkeit

Privatsphäre ist ein grundlegendes Menschenrecht und kommt im Pflegekontext besondere Bedeutung zu. In Langzeitpflegeeinrichtungen wird sie oft durch Mehrbettzimmer, organisatorische Abläufe oder Personalmangel eingeschränkt. Gerade hier müssen Intimität und Rückzugsmöglichkeiten aktiv geschützt werden, beispielsweise durch abschließbare Räume, klare Besuchsregelungen und vertrauliche Gesprächsräume.

Einwilligung bei schwankender Zurechnungsfähigkeit

Ein besonders sensibles Thema ist die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Demenz oder/anderen kognitiven Beeinträchtigungen. Aktuelle ethische Ansätze vertreten die Auffassung, dass Einwilligung nicht ausschließlich als statischer Zustand, sondern als dynamischer Prozess betrachtet werden sollte. Wünsche, nonverbale Signale und frühere biografische Äußerungen sollten in die Beurteilung einbezogen werden (Dewing, 2007).

Berufliche Beziehungen und ethische Verantwortung

Mitarbeiter*innen befinden sich oft im Spannungsfeld zwischen Unterstützung und professioneller Distanz. Es ist von zentraler Bedeutung, dass es legitim und notwendig ist, das Bedürfnis nach Nähe und Intimität anzuerkennen, ohne Abhängigkeitsverhältnisse auszunutzen oder Grenzen zu überschreiten. Regelmäßige Supervision und ethische Fallbesprechungen können hier unterstützend wirken.

Beispiele für Herausforderungen in der Praxis

Religiöse, kulturelle und queere Bedürfnisse im Alltag

„Otherismus“ entsteht auch, wenn institutionelle Prozesse stillschweigend von einer „Normbiografie“ ausgehen: heterosexuell, deutschsprachig, christlich sozialisiert.

Praxisbeispiel

Eine gleichgeschlechtliche Partnerin wird im Alltag als „Freundin“ bezeichnet und als Lebenspartnerin nicht ernst genommen. Sie wird bei Besuchsregelungen weniger selbstverständlich einbezogen als die Ehefrauen der Männer. Oder: Religiöse Rituale, Essgewohnheiten oder Schamgrenzen bei der Körperpflege werden als „Sonderwünsche“ behandelt statt als Teil der persönlichen Würde.

Reflexionsfragen

- Welche Lebensweisen gelten in unserem Land implizit als „normal“?
- Wer muss sich an unsere Abläufe anpassen – und wo könnten wir flexibler sein?
- Wie unterscheiden wir zwischen organisatorischen Grenzen und bloßen Gewohnheiten?

Aufnahmegespräche/Formulare

Diese heteronormativen Annahmen („Ehemann/Ehefrau“) zeigen sich dann auch in den Aufnahmegesprächen und -formularen von Einrichtungen und machen Beziehungen unsichtbar (Warner, 1991; Spade, 2015).

Privatsphäre

Ohne Privatsphäre ist Intimität kaum möglich – insbesondere in Gemeinschaftsräumen (Goffman, 1961).

„Also das Zimmer oder so, das ist der private Raum, die Privatsphäre und so weiter, damit das einfach anders akzeptiert und respektiert wird, was das Ausleben von Sexualität angeht.“

Teilnehmendenin des Einzelinterviews 2025, Göttingen

Kulturelle Praktiken

Verharmlosung, Abwehrhaltung und Humor sind normbildend (Goffman, 1963).

Familiäre Konflikte

Familiennormen vs. Selbstbestimmung der Person (Beauchamp & Childress, 2019).

Unsicherheit ohne Leitlinien

Wenn Sexualität „nicht stattfindet“, entstehen im Konfliktfall oft Ad-hoc-Einschränkungen (Spade, 2015).

„Das [Sexleben] findet eigentlich gar nicht statt.“

Teilnehmendenin des Einzelinterviews 2025, Göttingen

Empfehlungen zur Kommunikation

Beschreiben statt bewerten: „Mir ist aufgefallen, dass ...“ statt „Das ist unangemessen“.

Offene, wertfreie Fragen: „Was ist dir in Bezug auf Nähe/Privatsphäre/Beziehungen wichtig?“

Keine Vermutungen anstellen: Keine Annahmen über sexuelle Orientierung, Geschlecht, Beziehungsstatus oder „Familienmodell“ treffen (Warner, 1991).

Sprachliche und kulturelle Zuschreibungen

Praxisbeispiel

Eine Bewohnerin mit Kopftuch lehnt bestimmte Speisen ab. Das Team sagt: „Sie kann das nicht essen.“ Tatsächlich handelt es sich nicht um ein religiöses Verbot, sondern um eine persönliche Abneigung. Die voreilige kulturelle Zuschreibung ersetzt die individuelle Nachfrage.

Ein weiteres Beispiel: Ein älterer Mann spricht kaum über sein Privatleben. Die Mitarbeiter*innen vermuten ein mangelndes Interesse an sozialen Kontakten. Tatsächlich hat er seine Transgender-Identität jahrzehntelang verheimlicht und ist es gewohnt, vorsichtig zu sein, weil er nicht immer jedem Transsexualität erklären möchte.

Fragen zur Reflexion

- *Wann interpretieren wir Verhalten voreilig aus kultureller oder religiöser Sicht?*
- *Welche Fragen könnten wir stellen, anstatt Vermutungen anzustellen?*
- *Wie offen sprechen wir über unterschiedliche Lebensweisen, damit sich auch gleichgeschlechtliche Bewohner*innen sicher fühlen können?*

Migration, Sprache und Macht

Sprache ist ein zentraler Faktor des „Otherismus“. Wenn ältere Menschen kein Deutsch sprechen oder es nur in begrenztem Umfang beherrschen, werden sie schneller als „desorientiert“ oder „unkooperativ“ eingestuft.

Praxisbeispiel

Ein Bewohner mit geringen Deutschkenntnissen reagiert nicht auf Pflegeanweisungen. Dies wird als kognitive Einschränkung dokumentiert. Tatsächlich versteht er die Situation sprachlich nicht. Ein Gespräch in seiner Muttersprache zeigt, dass er sehr gut orientiert ist.

Oder: Angehörige werden automatisch als Dolmetscher herangezogen, selbst bei sensiblen Themen. Dadurch gehen Selbstbestimmung und Privatsphäre verloren, und gleichzeitig werden Angehörige in die Pflicht genommen, deren Aufgabe eigentlich das Dolmetschen ist.

Reflexionsfragen

- *Wo verwechseln wir Sprachbarrieren mit kognitiven Beeinträchtigungen?*
- *Welche Möglichkeiten der professionellen Sprachvermittlung kennen und nutzen wir?*
- *Wie können wir nonverbale Kommunikation und kultursensible Betreuung stärken, ohne Menschen auf ihre „Kultur“ zu reduzieren?*

Korrigiere Fehler und falsche Geschlechtsbezeichnungen kurz, übernehme Verantwortung, dramatisiere nicht.

Tabu-sensible Moderation

Diskussionsräume nicht „erzwingen“, sondern sicher öffnen Einer der Experten sagte in einem Interview:

„Mit dem nötigen Fingerspitzengefühl. Nicht einfach nur einladen, sondern über Sex reden.“

Teilnehmenden des Einzelinterviews 2025, Göttingen

Do's und Don'ts

Do's	Don'ts
Sexualität/Beziehungen als Teil der Lebensqualität betrachten, nicht nur im Konfliktfall	Schweigen als Neutralität interpretieren (Link & Phelan, 2001).
Privatsphäre aktiv ermöglichen (Regeln zum Anklopfen, Rückzugsorte, Besuchsmöglichkeiten) (Goffman, 1961).	Pauschalverbote aus Unsicherheit („um sicherzugehen“) anstelle einer Einzelfallprüfung (Beauchamp & Childress, 2019).
Intersektionale Reflexion: Identifizierung von Barrieren bei Anerkennung, Zugang und Sicherheit (Crenshaw, 1989).	Risiken einer Enttarnung schaffen (Fragen vor Dritten, Dokumentation ohne Einwilligung)
Standardisierung der Teamreflexion: Stoppregeln vs. beschämender Humor (Goffman, 1963).	Reproduktion infantilisierender Pflege.

Risikofaktoren & Vermeidungsstrategien

Moralische Regulierung

Reaktionen von Fachkräften, die nicht neutral sind, sondern Sexualität im Alter oder bei queeren Menschen bewerten – z. B. als „unangenehm“, „ekelhaft“ oder umgekehrt kindisch trivialisierend.

Beispiele:

- Eine Pflegekraft sagt: „In diesem Alter muss das doch nicht mehr sein...“.
- Kichern oder abfällige Blicke bei gleichgeschlechtlicher Intimität.
- Herabwürdigung: „Ach, die beiden sind ja so süß wie Teenager“.

Strategie: Hier empfiehlt es sich, eine **Teamregel** zu formulieren: „Beschreiben statt bewerten“ oder Supervision **in Anspruch zu nehmen** bzw. eine **kollegiale Fallbesprechung** einzurichten.

Behindertenfeindliche Schutzlogik

Die Sexualität älterer Menschen wird unter dem Vorwand des „Schutzes“ eingeschränkt oder gar verhindert; insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen und oft ohne echte Überprüfung der Selbstbestimmung

stattfindet. Das Problem dabei ist, dass die Selbstbestimmung zugunsten einer übertriebenen Vorstellung von Schutz eingeschränkt wird.

Beispiele:

- Eine Beziehung wird verhindert, weil eine Person an Demenz leidet („Das kann sie nicht entscheiden“).
- Angehörige oder Pflegepersonal verbieten Besuche eines Partners „zu ihrem Schutz“.
- Intimität wird generell als „gefährlich“ eingestuft.

Strategie: In diesem Fall ist es ratsam, ein transparentes **Einwilligungsmanagement**, strukturierte **Verfahren und Handlungsrichtlinien** einzuführen, um den Schutz schutzbedürftiger Erwachsener (Kinder, Jugendlicher) vor jeglicher Form von Gewalt, Missbrauch, Ausbeutung oder Vernachlässigung (Schutzmaßnahmen) zu gewährleisten, sowie eine gute **Dokumentation** und stets eine **Einzelfallprüfung sicherzustellen** (Beauchamp & Childress, 2019).

Alibipolitik

Symbolische „Inklusion“ ohne echte strukturelle Veränderungen. Das Problem entsteht, wenn dies ohne weitere inklusive Maßnahmen und eine angemessene Haltung geschieht. Dann wird Alibipolitik zu Pseudo-Inklusion, und die eigentlichen Probleme bleiben bestehen

Beispiele:

- Gut gemeint: die Regenbogenfahne im Eingangsbereich – aber das Personal ist nicht geschult.
- Im Leitbild wird „Vielfalt“ erwähnt – aber Beschwerden von LSBTIQ+-Personen werden ignoriert.
- Es gibt eine „queere Ansprechperson“ – doch diese hat keine Entscheidungsbefugnis.

Strategie: Selbstkritische Überprüfung innerhalb der Organisation

- Sprache (verwenden wir inklusive Formulierungen?)
- Räumlichkeiten (z. B.: Haben wir sichere Rückzugsorte?)
- Regeln (sind sie diskriminierungsfrei?)
- Beschwerdekanaäle (für wen sind sie gedacht und wie zugänglich und wirksam sind sie?)

Kulturalisierung

Ein Verhalten oder bestimmte Bedürfnisse werden vorschnell der „Kultur“ zugeschrieben, anstatt die individuelle Perspektive zu berücksichtigen. Dadurch werden Menschen auf Stereotypen reduziert, was die Ausgrenzung verstärkt.

Beispiele:

- „Das ist in deiner Kultur ein Tabu, nicht wahr?“
- Die Annahme, dass eine Person ihre Sexualität aufgrund ihrer Herkunft unterdrückt.
- Pauschale Zuschreibungen an „religiöse Familien“.

Strategie:

- Stelle individuelle Fragen, anstatt Vermutungen anzustellen oder unreflektiert Annahmen zu treffen.
- Ausrichtung auf intersektionale Ansätze (z. B. Patricia Hill Collins & Sirma Bilge).

Konkrete Beispiele für inklusives Handeln

Formulare/Anamnese: Verwendung neutraler Begriffe in Formularen („Partner“, „Ansprechpartner“), optional: Pronomen/Anrede.

Privatsphäre als Standard: Respektierung von Räumen/Privaträumen, „Bitte nicht stören“-Optionen, Vereinbarung klarer Regeln für die Anrufwarteschleife.

Teamkultur: Etablierung einer Reflexionsroutine („Was löst bei uns Reaktionen aus? Welche Norm kommt hier zum Tragen?“) anstelle von Scherzen oder Abwehrhaltungen (Goffman, 1963).

Gesundheitssystem: Sexualanamnese als Empowerment und Prävention.

„Dass der Hausarzt manchmal so danach fragt.“

Teilnehmendenin des Einzelinterviews 2025, Göttingen

Umsetzung Aspekte kulturell sensibler Ansätze

Personenzentrierte Fragen

Der Fokus liegt auf der Perspektive der Person, nicht auf Normen oder Annahmen.

Beispiele:

- „Welche Bedeutung hat Nähe/Beziehung für Sie im Moment?“
- „Worauf können oder sollten wir hier achten, damit Sie sich wohlfühlen?“
- „Wie möchten Sie angesprochen werden?“

Überlegungen zur Sicherheitsdimension

Berücksichtigung der Tatsache, dass Offenheit in Bezug auf die Identität Risiken bergen kann (Ablehnung, Stigmatisierung, Sanktionen).

Beispiele:

- Eine Person möchte ihre sexuelle Orientierung nicht offen zeigen, weil Verwandte ablehnend reagieren.
- Angst vor Diskriminierung durch Mitbewohner.
- Sorge, dass das Pflegepersonal dann anders behandelt wird.

Strategie:

- Vertraulichkeit gewährleisten
- Optionen anbieten (z. B. diskrete Unterstützung)
- Sensibler Umgang mit Informationen
- Verweis auf die Stigmatisierungstheorie (z. B. Bruce G. Link & Jo C. Phelan)

Ethische Ausrichtung

Alltägliche Handlungen und die damit verbundenen Entscheidungen basieren nicht nur auf institutionellen Regeln oder eigenen Normen, sondern auf ethischen Prinzipien wie **Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und Nichtschädigung**; jeweils angepasst an die individuelle Lebenswelt der Person (vgl. Beauchamp & Childress, 2019). Die ethische Orientierung stellt somit sicher, dass kultursensible Pflege nicht nur „höflich“ ist, sondern **systematisch moralisch verantwortungsvoll, personenzentriert und fair** umgesetzt wird. Sie bildet die Brücke zwischen Theorie (ethische Prinzipien) und Praxis (Umgang mit Vielfalt im Alltag).



Zusammenfassung & Proportional Messages

Zusammenfassend macht dieses Kapitel deutlich, dass Sexualität und Identität auch im höheren Lebensalter wesentliche Aspekte der Menschenwürde und Lebensqualität sind. Gleichzeitig zeigen die Aussagen aus den Experteninterviews und Diskussionen im Rahmen des Projekts „Never gets old“, dass Sexualität im Alter in institutionellen Kontexten oft als „nicht vorgesehen“ erlebt wird. Diskriminierung wirkt häufig durch Unsichtbarmachung, Entmündigung, moralische Regulierung, Pathologisierung und Überregulierung (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001). Das „Anderssein“ wird komplexer, wenn das Alter mit Migrationserfahrungen, Erfahrungen mit Rassismus, queeren Lebensweisen oder Sprachbarrieren zusammenwirkt. Eine professionelle Haltung in der Arbeit mit älteren Menschen bedeutet daher auch, intersektional zu denken: nicht voreilig zu erklären, sondern neugierig zu bleiben, biografische Fragen zu stellen und Unterschiede weder zu dramatisieren noch zu ignorieren. Eine diversitätssensible, machtkritische Pflegepraxis stärkt Würde, Geborgenheit und Zugehörigkeit – insbesondere für Menschen, die in ihrem Leben bereits Ausgrenzung erfahren haben.

Für die Arbeit mit älteren Menschen bedeutet der Umgang mit dem „Otherismus“ somit einen Perspektivwechsel: weg von defizitorientierten Zuschreibungen, hin zu einer machtbewussten, biografieorientierten und diversitätsbewussten Praxis. Die wissenschaftliche Grundlage hilft dabei, Alltagssituationen nicht als Einzelfälle, sondern als Teil größerer sozialer Dynamiken zu verstehen – und somit professioneller, reflektierter und gerechter zu handeln.

Inklusive Praxis bedeutet, Bedingungen zu schaffen, damit Vielfalt im Alter möglich wird. Dazu gehören ein sicheres und respektvolles Umfeld, einschließlich der Kommunikation, der Schutz der Privatsphäre und der sensible Umgang mit der Einwilligung nach Aufklärung. Diese Aspekte bilden die Grundlage ethischer Praxis. Gerade in Pflegekontexten ist es notwendig, institutionelle Strukturen kritisch zu hinterfragen und die individuelle Autonomie zu stärken. Das Modul liefert somit wichtige Impulse für eine ganzheitliche, menschenrechtsorientierte Pflege älterer Menschen.

Proportional Messages

1. „Othering“ ist ein zentraler Mechanismus sozialer Ausgrenzung

- Ältere Menschen, insbesondere LSBTIQ+-Personen, erleben oft, dass ihre Identität, ihre Bedürfnisse und ihre Beziehungen als „abweichend“ abgestempelt werden.
- Diese Ausgrenzung erfolgt auf subtile Weise durch Sprache, normative Erwartungen (Heteronormativität, Altersnormen, Reproduktionsnormen) und strukturelle Praktiken in Organisationen und Institutionen.

2. „Other-Ismen“ scheinen miteinander verflochten zu sein

- „Other-Ismen“ (Sexismus, Ableismus, Homophobie/Transphobie, soziale Ausgrenzung) scheinen im Alter oft miteinander verflochten zu sein und beeinflussen Anerkennung, Zugangsmöglichkeiten und individuelle Sicherheit.

3. Lebenslange Diskriminierung wirkt sich weiterhin aus

- Biografische Erfahrungen mit Diskriminierung, Stigmatisierung und Marginalisierung beeinflussen Verhalten, Vertrauen und Bedürfnisse im Alter.
- Ältere Menschen, die früher ausgegrenzt oder pathologisiert wurden, benötigen einen sensiblen Umgang und sichere Räume.

4. Heteronormative und ableistische Annahmen verstärken die Ausgrenzung

- Sprache, Rituale und Regeln in Pflegeeinrichtungen setzen oft unbewusst heterosexuelle, reproduktive und „normale“ Altersrollen voraus.
- Pauschale Schutzabsichten oder Annahmen über Fähigkeiten (z. B. bei kognitiven Beeinträchtigungen) können die Selbstbestimmung untergraben.

5. Alibipolitik und symbolische Inklusion reichen nicht aus

- Regenbogenfahnen oder „diversitätsfreundliche Leitbilder“ ohne echte strukturelle Maßnahmen reichen allein nicht aus und wirken oft oberflächlich.
- Wirksames Handeln erfordert in der Regel Anpassungen und Überarbeitungen von Regeln, die Einrichtung inklusiver Beschwerdekanaäle, Schulungen und konkrete Unterstützungsangebote.

6. Kulturell sensible und personenzentrierte Ansätze mindern die Ausgrenzung

- Individuelle Bedürfnisse, kulturelle Hintergründe und persönliche Bedeutungen werden aktiv erfragt.
- Ethische Leitprinzipien (Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit, Nichtschädigung) gelten als grundlegende Richtschnur für transparente, verantwortungsvolle und respektvolle Entscheidungen in der Pflege.
- Sicherheitsaspekte (Stigmatisierung, institutionelle Sanktionen, familiäre Normen) müssen berücksichtigt werden.

7. Die Reflexion über eigene Standards und Teamprozesse ist von zentraler Bedeutung

- Teams sollten regelmäßig ihre eigenen Annahmen, moralischen Bewertungen und institutionellen Normen austauschen (z. B. in Supervisionen oder Ethikrunden).
- „Beschreiben statt bewerten“ in Kommunikation und Dokumentation reduziert subtile Formen der Ausgrenzung.



Praktische Hilfsmittel

Das Schulungsinstrument soll den Teilnehmenden Möglichkeiten zur Selbstreflexion bieten, ihre Handlungskompetenz in unsicheren Situationen und Themenbereichen erweitern und Anregungen für die Umsetzung ihrer eigenen Bildungsangebote sammeln.

Lernziele des Schulungsmoduls

1. Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung: „Unsichtbare“ Mechanismen sichtbar machen

- Die Teilnehmenden erkennen, wie Ausgrenzung im Pflegealltag entsteht.

- Sie verstehen die Auswirkungen auf ältere Menschen, insbesondere auf LSBTIQ+.
- Sie reflektieren ihre eigenen Annahmen (z. B. Heteronormativität, Altersbilder).

2. Stärkung der Reflexionsfähigkeit: professionelle Selbstreflexion statt unbewusster Reproduktion von Normen

- Hinterfragung der eigenen Werte, Einstellungen und möglicher Vorurteile.
- Ambivalenzen erkennen.
- Entwicklung eines wertschätzenden Umgangs mit Unsicherheit im Team.

3. Aufbau praktischer Fähigkeiten für den Alltag

Konkrete Strategien anwenden können, wie zum Beispiel:

- diskriminierungssensible Sprache,
- „Beschreiben statt bewerten“,
- personenzentrierte Gesprächsführung.

4. Förderung ethischer Entscheidungsfähigkeiten

- Anwendung zentraler Prinzipien: Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden, Gerechtigkeit
- Umgang mit Dilemmata (z. B. Einwilligungsfähigkeit, Schutzkonzepte).

5. Kultursensible und inklusive Praxis stärken und im Alltag umsetzen

- Die individuellen Lebensrealitäten verstehen, anstatt sich auf stereotype Annahmen zu stützen.
- Berücksichtigung der Sicherheitsdimension (Stigmatisierung, Diskriminierungsrisiken).
- Vertrauen fördern und sichere Räume schaffen.

6. Strukturelle Veränderungen anstoßen

Einrichtungen kritisch analysieren hinsichtlich:

- Sprache & Formen
- Regeln & Routinen
- Beschwerdemechanismen
- Alibipolitik erkennen und vermeiden

7. Reflexionsfragen für Teams

- Welche unterschiedlichen Lebenserfahrungen können hinter scheinbar „ungewöhnlichen“ Reaktionen stecken?
- Wo neigen wir dazu, Menschen auf ihre Herkunft, Religion, sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität zu reduzieren?
- Wie können biografische Ansätze und offene Fragen dazu beitragen, individuelle Hintergründe besser zu verstehen?

Zielgruppen der Schulung

Primäre Zielgruppen

- Pflegekräfte (stationär und ambulant).
- Pflegehelfer*innen / Pflegekräfte.
- Sozialarbeiter*innen*innen / Sozialpädagog*innen.
- Erwachsenenbildner*innen.
- Therapeutische Berufe (Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie).

Sekundäre Zielgruppen

Je nach Kontext profitieren auch höhere Führungsebenen von der Fortbildung. Im Hinblick auf Organisationsentwicklungsprozesse und strukturelle Veränderungen ist es sinnvoll, Führungskräfte und das Qualitätsmanagement einzubeziehen.

Erweiterte Zielgruppen

Im weiteren Sinne profitieren auch Zielgruppen, die in Organisationen oft indirekt eine zentrale Rolle spielen, da sie unverzichtbar sind und in der Regel einen intensiveren täglichen Kontakt zu Bewohnern, Angehörigen und medizinischem Personal haben:

- Auszubildende in Pflege- und Sozialberufen.
- Hauswirtschafts- und Servicepersonal.
- Ehrenamtliche.
- Angehörige (optional, je nach Einrichtung).

Unterrichtsplan Modul 6

Zur Planung und Durchführung dieses Moduls in der Bildungsarbeit wird ein strukturierter Leitfaden verwendet. Er ist als Vorschlag zu verstehen und bietet Ausbildern und Fachkräften eine didaktische und methodische Orientierung für eine Ausbildungsdauer von ca. 2,5 Stunden. Er enthält eine PowerPoint-Präsentation sowie eine Checkliste zur Vorbereitung und beschreibt die erwarteten Lernergebnisse und drei Übungen (siehe unten).

Unterrichtsplan Modul 6 – Vorurteile in der Arbeit mit älteren und hochbetagten Menschen

Präsentation Modul 6

Übung 1 – „Normale Brillen erkennen“

Lernziele:

- „Othering“ und normative Annahmen sichtbar machen
- Einstieg in das Thema ohne große Hürden

Dauer: 35 Minuten

Materialien: Vorbereitete Arbeitsblätter in der Anzahl der Teilnehmenden mit „typischen“ Aussagen im pflegerischen Kontext.

Übung 2 – „Fallstudie“

Ziele Fall 1

- Sensibilisierung für behindertenfeindliche Schutzlogik
- Abwägen zwischen Selbstbestimmung und Schutz
- Anwendung ethischer Grundsätze auf konkrete Situationen

Ziele Fall 2

- Heteronormative Ausgrenzung erkennen
- Umgang mit Konflikten im sozialen Umfeld
- Entwicklung inklusiver Handlungsstrategien

Ziele Fall 3:

- Vermeidung stereotyper Zuschreibungen
- Förderung eines kultursensiblen, individuellen Ansatzes
- Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten

Ziele Fall 4:

- Verständnis des Unterschieds zwischen Alibipolitik und echter Inklusion
- Analyse institutioneller Strukturen
- Entwicklung konkreter Ansätze für Veränderungen

Dauer: 45 Minuten

Materialien: vorbereitete Arbeitsblätter, Flipchart.

Übung 3 – Train-the-Trainer*innen – „Übertragung auf die eigene Einrichtung“

Ziele:

- Die Teilnehmenden entwickeln eine konkrete, realistische Mini-Intervention, mit der sie das Thema „*Othering*“ in ihrer eigenen Einrichtung einführen können.
- Schwerpunkt: Umsetzung statt Theorie

Dauer: 60 Minuten

Materialien: Vorbereitete Arbeitsblätter mit den genauen Aufgabenanweisungen und Leitfragen für die Übung.

Literaturhinweise

Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (letzter Zugriff: 05.02.2026).

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.). Oxford University Press.

Butler, R. N. (1969). Age-Isms: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Teil 1), 243 ff.

Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, soziale Ungleichheiten und Altern*. AltaMira Press.

Campbell, F. K. (2009). *Konturen des Ableismus: Die Konstruktion von Behinderung und Nichtbehinderung*. Palgrave Macmillan.

Collins, P. H. & Bilge, S. (2016). *Intersektionalität*. Polity Press.

Crenshaw, K. W. (1989). Die Entmarginalisierung der Schnittstelle von Rasse und Geschlecht: Eine schwarze feministische Kritik an Antidiskriminierungsdoktrin, feministischer Theorie und antirassistischer Politik. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, S. 139–167.

Dannefer, D. (2003). Kumulative Vorteile/Nachteile und der Lebensverlauf: Gegenseitige Befruchtung von Alters- und Sozialwissenschaftstheorie. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S. 327–337.

Dewing, J. (2007). Partizipative Forschung: Eine Methode zur Einholung der Einwilligung bei Menschen mit Demenz. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.

Dorsch Lexikon der Psychologie: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/identitaet> (zuletzt abgerufen am 05.02.2026).

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B. & Goldsen, J. (2017). Kognitive Beeinträchtigung, Alzheimer-Krankheit und andere Demenzerkrankungen im Leben älterer lesbischer, schwuler, bisexueller und transgenerer Menschen und ihrer Pflegepersonen. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.

Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexuelles Verhalten: Die sozialen Ursprünge der menschlichen Sexualität*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Anstalten: Essays über die soziale Situation von psychisch Kranken und anderen Insassen*. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Anmerkungen zum Umgang mit beschädigter Identität*. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism*. Routledge.

Herek, G. M. (2000). Die Psychologie sexueller Vorurteile. *Aktuelle Richtungen in der Psychologie*, 9(1), S. 19–22.

Ingrisch, D. (2022): Es fängt schon an, wenn wir ganz jung sind. Altern und Altersprobleme. In: mdw-Webmagazin. <https://www.mdw.ac.at/magazin/2022/04/28/es-faengt-schon-an-wenn-wir-ganz-jung-sind/> (zuletzt abgerufen am 24.03.2026)

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. & Patsios, D. (2007). *The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion*. Universität Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Konzeptualisierung von Stigmatisierung. *Annual Review of Sociology*, S. 27, S. 363–385.

Schahrzad, Farrokhzad (2019): Empowerment junger Menschen mit (zugeschriebenem) Migrationshintergrund im Spannungsfeld von Othering und Selbstermächtigung. Hrsg. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbildung e.V. IDA. Düsseldorf. Link zur Publikation (letzter Zugriff: 10.11.2025).

Schneider, G.; Toyka-Seid, C. (2026): Das junge Politik-Lexikon von www.hanisauland.de, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321117/selbstbestimmung/> (zuletzt abgerufen am 23.03.2026).

Schultz-Zehden, B. (2013): Sexualität im Alter. In: Bundeszentrale für politische Bildung <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/>
Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 DE

Serano, J. (2007). *Whipping Girl: Eine transsexuelle Frau über Sexismus und die Sündenbockrolle der Weiblichkeit*. Seal Press.

Sontag, S. (23. September 1972). The Double Standard of Aging. *The Saturday Review*, S. 29ff.

Spade, D. (2015). *Normal Life: Administrative Gewalt, kritische Trans-Politik und die Grenzen des Rechts*. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.

Warner, M. (1991). Einleitung: Angst vor einem queeren Planeten. *Social Text*, (29), S. 3–17.

Weltgesundheitsorganisation. (2021). *Globaler Bericht über Altersdiskriminierung*. Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2015). *Weltbericht über Altern und Gesundheit*. WHO Press. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content> (zuletzt abgerufen am 11.02.2026).

Zusammenleben neu gestalten (2022): *Konfliktkultur!?! Anregungen zum Umgang mit Othering und Anfeindungen*. Hrsg. Zusammenleben neu gestalten. Angebote für das plurale

Gemeinwesens – Prozessbegleitung. Impulse. Reflexionen. Frankfurt am Main. Link zur Publikation (zuletzt aufgerufen am 10.11.2025).



MODUL 7

Inklusive Methoden zur Auseinandersetzung mit Sexualität, Geschlecht und Vielfalt im dritten Lebensalter

Entwickelt von:

Curt Morgane

Le Girofard



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Warum es dieses Modul gibt

Zu wissen, was zu tun ist, ist nicht dasselbe wie zu wissen, wie man es tut. Viele Fachkräfte, die mit älteren Menschen arbeiten, verstehen im Prinzip, dass Sexualität, Geschlecht und Vielfalt wichtig sind. Sie haben die Empfehlungen gelesen, die Chartas unterzeichnet und an Sensibilisierungsveranstaltungen teilgenommen. Doch wenn sie mit einer realen Situation konfrontiert werden – einem Bewohner, der über seine intimen Bedürfnisse sprechen möchte, einem Paar, das Privatsphäre sucht, einem älteren Trans-Menschen, dessen Körper eine andere Geschichte erzählt –, sind sie wie gelähmt. Ihnen fehlen die praktischen Werkzeuge, die richtigen Worte und das Selbstvertrauen zum Handeln.

Dieses Modul soll diese Lücke zwischen Absicht und Handeln schließen. Es geht über das „Warum“ der Inklusion hinaus und konzentriert sich auf das „Wie“. Es bietet Fachkräften konkrete, anpassungsfähige Methoden, um Umgebungen zu schaffen, in denen jede ältere Person ihre volle Menschlichkeit – ihre Wünsche, ihre Identität, ihr Bedürfnis nach Verbundenheit – ohne Angst oder Scham zum Ausdruck bringen kann.

Vom Schweigen zum Dialog

Das wirkungsvollste Werkzeug, über das eine Fachkraft verfügt, ist keine Richtlinie und kein Protokoll – es ist die Fähigkeit, ein Gespräch in Gang zu bringen. Doch wie beginnt man ein Gespräch über etwas so zutiefst Persönliches, das kulturell so tabuisiert ist? Wie befragt man eine 85-jährige Frau zu ihrem Intimleben, ohne aufdringlich zu wirken? Wie signalisiert man einem schwulen Mann, dass es sicher ist, den Namen seines verstorbenen Partners zu erwähnen? Wie unterstützt man eine Person mit Demenz dabei, ihr Bedürfnis nach Zärtlichkeit zum Ausdruck zu bringen?

Das sind keine theoretischen Fragen. Es sind die täglichen Herausforderungen für alle, die in der Gerontologie, der Sozialarbeit, im Gesundheitswesen oder in der Gemeindepädagogik tätig sind. Dieses Modul liefert Antworten.

Was dieses Modul bietet

Dieses Modul ist ein praktisches Toolkit. Es lädt Fachkräfte dazu ein:

- Kernprinzipien zu verstehen: Lernen Sie die grundlegenden Elemente jeder inklusiven Methodik kennen: Respekt, Sicherheit, Einwilligung und kulturelle Sensibilität.
 - Kommunikationsfähigkeiten zu entwickeln: Praktische Techniken für inklusive Sprache, aktives Zuhören und die Schaffung von Bedingungen für einen sicheren Dialog.
- Partizipative Strategien anzuwenden: Über Top-down-Ansätze hinauszugehen, um gemeinsam mit älteren Menschen selbst Lern- und Betreuungsangebote zu gestalten.
- Sich an unterschiedliche Bedürfnisse anzupassen: Lernen Sie, wie Sie Methoden auf Menschen mit unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten, emotionalen Zuständen und sozialen Kontexten anzupassen.
- Schwierige Gespräche meistern: Gewinnen Sie Selbstvertrauen im Umgang mit sensiblen Themen, von Sehnsüchten über Trauer bis hin zur Identität.

Letztendlich bekräftigt dieses Modul, dass Methodik keine Sammlung starrer Techniken ist – sie ist ein flexibler, reaktionsfähiger und zutiefst menschlicher Ansatz zur Unterstützung der Menschen in Ihrer Obhut.

Lernziele Modul 3

Am Ende dieses Moduls werden die Teilnehmenden in der Lage sein:

1. zu erklären, warum spezifische Methoden notwendig sind, um Sexualität, Geschlecht und Diversität bei älteren Menschen anzusprechen, und dabei über gute Absichten hinaus zu einer effektiven Praxis zu gelangen.
2. die vier Kernprinzipien einer inklusiven Methodik – Respekt, Sicherheit, Einwilligung und kulturelle Sensibilität – in ihren beruflichen Interaktionen anzuwenden.
3. konkrete Kommunikationstechniken (inklusive Fragenstellen, aktives Zuhören, nonverbale Signale) einzusetzen, um sichere Räume für den Dialog zu schaffen.
4. partizipative, lernerzentrierte Aktivitäten zu konzipieren und zu moderieren, die ältere Menschen als aktive Partner in Gespräche über Intimität und Identität einbeziehen.
5. Passen Sie Ihren Ansatz an die kognitiven, emotionalen und sozialen Bedürfnisse verschiedener älterer Menschen an, einschließlich derer mit Demenz, sensorischen Beeinträchtigungen oder traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit.
6. Sich selbstbewusst in schwierigen Gesprächen über sensible Themen wie Begehren, Verlust, Identität und Einwilligung zu bewegen.



Zentrale Konzepte und Definitionen

Inklusive Methodik

Ein Ansatz, der aktiv dafür sorgt, dass sich alle Teilnehmenden gesehen, gehört und respektiert fühlen. Er passt sich unterschiedlichen Bedürfnissen an, hinterfragt Annahmen und schafft die Voraussetzungen für uneingeschränkte Teilhabe.

Lernendenzentrierter Ansatz

Eine Methodik, die die Bedürfnisse, Erfahrungen und Perspektiven der Lernenden in den Mittelpunkt des Prozesses stellt. Die Fachkraft agiert eher als Moderator*in denn als Expert*in und gestaltet gemeinsam mit den Teilnehmenden Wissen und Bedeutung.

Partizipative Strategie

Ein Ansatz, der die Zielgruppe aktiv in die Gestaltung, Umsetzung und Bewertung Aktivitäten einbezieht. Basierend auf dem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns“.

Psychologische Sicherheit

Die gemeinsame Überzeugung, dass ein Raum sicher ist, um zwischenmenschliche Risiken einzugehen – um Fragen zu stellen, Verletzlichkeit zu zeigen oder persönliche Erfahrungen zu teilen, ohne Angst vor Blamage oder Bestrafung zu haben.

Aktives Zuhören

Eine Kommunikationstechnik, bei der sich der Zuhörer voll und ganz konzentriert, das Gesagte versteht, darauf reagiert und sich daran erinnern muss. Dabei spielen sowohl verbale als auch nonverbale Signale der Aufmerksamkeit eine Rolle.

Kulturelle Sensibilität

Das Bewusstsein für und der Respekt vor kulturellen Unterschieden in Bezug auf Werte, Überzeugungen und Praktiken im Zusammenhang mit Sexualität, Geschlecht und Intimität. Dies erfordert Demut und die Bereitschaft, aus den Sichtweisen der/die anderen Person zu lernen.

Trauma-informierter Ansatz

Eine Methodik, die die Verbreitung von Traumata anerkennt und eine Retraumatisierung aktiv vermeidet. Sie legt den Schwerpunkt auf Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit, Entscheidungsfreiheit, Zusammenarbeit und Selbstermächtigung.



Das Thema verstehen

1. Warum Methoden wichtig sind: Mehr als nur gute Absichten

Gute Absichten reichen nicht aus. Tatsächlich können gut gemeinte Fachkräfte ohne eine geeignete Methodik unbeabsichtigt Schaden anrichten. In diesem Abschnitt wird erläutert, warum ein bewusster, strukturierter Ansatz unerlässlich ist.

1.1. Das Risiko unbeabsichtigter Schädigung

Betrachten Sie diese häufigen Szenarien:

- Eine wohlmeinende Pflegekraft, die inklusiv sein möchte, fragt eine neue Bewohnerin: „Also, haben Sie einen Ehemann oder eine Ehefrau?“ Die Bewohnerin, eine Lesbe, die ihre Partnerin vor Jahren verloren hat, fühlt sich ausgeblendet und unsichtbar.
- Ein Sozialarbeiter*innen, der einen offenen Dialog anregen möchte, beginnt eine Gruppensitzung damit, dass er alle bittet, „ihre Erfahrungen mit Sexualität“ zu teilen. Es herrscht Stille im Raum. Die Teilnehmenden fühlen sich bloßgestellt und verletztlich.
- Ein Aktivitätskoordinator organisiert einen „romantischen Filmabend“ für Paare und grenzt damit unbeabsichtigt alle alleinstehenden, verwitweten oder nicht in einer Partnerschaft lebenden Bewohner*innen aus.

In jedem dieser Fälle hatte die Fachkraft gute Absichten. Doch ohne eine Methodik – ohne sorgfältige Überlegungen zu Sprache, Sicherheit und Inklusion – richteten ihre Handlungen Schaden an. Bei Methodik geht es nicht um Bürokratie, sondern um Absicht. Es ist der Unterschied zwischen dem Wunsch, inklusiv zu sein, und tatsächlicher Inklusion.

1.2. Die Macht des „verborgenen Lehrplans“

In jedem Bildungs- oder Betreuungsumfeld gibt es einen „verborgenen Lehrplan“ – die unausgesprochenen Normen, Werte und Annahmen, die durch Handlungen und nicht durch Worte vermittelt werden. Wenn es um Sexualität und Geschlecht geht, ist der verborgene Lehrplan oft einflussreich und schädlich:

- Schweigen vermittelt Irrelevanz: Wenn Fachkräfte niemals Intimität oder Identität erwähnen, vermitteln sie älteren Menschen, dass diese Themen unwichtig und unerwünscht sind.
- Annahmen vermitteln Unsichtbarkeit: Wenn Formulare nur „Herr/Frau“ anbieten, wenn Fragen immer von Heterosexualität ausgehen, wenn Aktivitäten streng nach Geschlecht getrennt sind, vermitteln Fachkräfte LSBTIQ+- und geschlechtsdiversen Menschen, dass sie nicht existieren.
- Unbehagen vermittelt Gefahr: Wenn sich die Körpersprache einer Fachkraft verändert, wenn sie schnell das Thema wechselt, wenn sie Augenkontakt vermeidet – vermittelt sie, dass dieses Thema gefährlich und beschämend ist.

Die Methodik gibt uns Werkzeuge an die Hand, um den versteckten Lehrplan zu untersuchen und zu verändern. Sie ermöglicht es uns, bewusst darauf zu achten, was wir durch unser Handeln vermitteln.

1.3. Die Notwendigkeit von Anpassungsfähigkeit

Es gibt keinen einzigen „richtigen Weg“, um mit älteren Menschen über Sexualität, Geschlecht und Diversität zu sprechen. Eine Methodik, die bei einer Gruppe kognitiv gesunder, sozial engagierter Senioren hervorragend funktioniert, kann bei Menschen mit Demenz völlig versagen. Ein Ansatz, der sich für eine cisgeschlechtliche, heterosexuelle Frau sicher anfühlt, kann für einen Transmann mit einer Vorgeschichte institutioneller Gewalt bedrohlich wirken.

Deshalb konzentriert sich dieses Modul auf Prinzipien und anpassungsfähige Strategien und nicht auf starre Techniken. Wahre Methodik ist flexibel; sie passt sich an, um die Person dort abzuholen, wo sie steht, anstatt die Person zu zwingen, sich der Methode anzupassen.

2. Kernprinzipien einer inklusiven Methodik

Alle wirksamen Methoden zur Behandlung sensibler Themen mit älteren Menschen beruhen auf vier miteinander verbundenen Prinzipien: Respekt, Sicherheit, Einwilligung und kulturelle Sensibilität.

2.1. Respekt: Die Grundlage jeder Interaktion

Respekt ist nicht nur eine Einstellung, sondern eine Reihe beobachtbarer Verhaltensweisen. In der Praxis bedeutet Respekt:

- Den Menschen als Ganzes sehen: Anerkennen, dass eine ältere Person nicht nur ein Patient oder Bewohner ist, sondern ein ganzer Mensch mit einer Geschichte, Wünschen und einer Identität.
- Die Würde wahren: Das bedeutet zum Beispiel, immer anzuklopfen und auf eine Antwort zu warten, bevor man ein Privatzimmer betritt. Es bedeutet, intime Pflegebedürfnisse diskret zu besprechen und nicht mit lauter Stimme in einem Gemeinschaftsraum.
- Die bevorzugten Namen und Pronomen zu verwenden: Dies ist ein grundlegender Akt der Anerkennung. Dazu muss man nachfragen, statt Vermutungen anzustellen.
- Infantilisierung vermeiden: Verwenden Sie gegenüber älteren Menschen niemals Bezeichnungen wie „Schätzchen“, „Liebling“ oder „junge Dame“. Sprechen Sie sie als die Erwachsenen an, die sie sind.
- Erfahrung wertschätzen: Anerkennen, dass ältere Menschen ein erfülltes Leben geführt haben und über Weisheit verfügen, die sie weitergeben können. Sie sind Experten für ihre eigenen Erfahrungen.

2.2. Sicherheit: Bedingungen für Verletzlichkeit schaffen

Damit eine ältere Person über Intimität, Identität oder Begehren sprechen kann, muss sie sich sicher fühlen. Die Schaffung psychologischer Sicherheit umfasst mehrere Ebenen:

Körperliche Sicherheit:

- Private, vertrauliche Räume für Gespräche.
- Sichtbare Zeichen der Inklusion (Regenbogenaufkleber, inklusive Plakate), die signalisieren: „Dies ist ein sicherer Ort.“
- Klare Richtlinien für die Meldung von Diskriminierung oder Missbrauch.

Emotionale Sicherheit:

- Vorhersehbare, beständige Interaktionen, die Vertrauen aufbauen.
- Keine Wertung, kein Schock, keine unangemessenen Fragen.
- Das Recht, sich zurückzuziehen – sich dafür zu entscheiden, nicht zu antworten oder nicht teilzunehmen.
- Klare Grenzen darüber, was mit wem geteilt wird (Vertraulichkeit).

Soziale Sicherheit:

- Gruppenvereinbarungen, die Respekt und Vertraulichkeit gewährleisten.
- Moderation, die sicherstellt, dass niemand ins Visier genommen wird oder sich anders fühlt.
- Aktivitäten, die Verbindungen und gegenseitige Unterstützung unter den Teilnehmenden fördern.

2.3. Einverständnis: Ein fortlaufender, aktiver Prozess

Einverständnis ist kein einmaliger Haken in einem Kästchen. Im Zusammenhang mit der Diskussion sensibler Themen muss Einverständnis folgende Eigenschaften aufweisen:

- Fortlaufend: Fragen Sie regelmäßig nach: „Ist es in Ordnung, wenn wir weiter darüber sprechen?“ „Möchten Sie lieber aufhören?“
- Aktiv: Achten Sie auf begeistertes Engagement, nicht nur auf passive Zustimmung. Seien Sie wachsam gegenüber Anzeichen von Unbehagen – Zurückziehen, Zappeln, Veränderungen im Tonfall.
- Spezifisch: Die Einwilligung zur Diskussion eines Themas bedeutet nicht automatisch die Einwilligung zur Diskussion eines anderen Themas.
- Widerrufbar: Machen Sie deutlich, dass die Person ihre Einwilligung jederzeit und aus jedem Grund ohne dass dies Konsequenzen hat.

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erfordert die Beurteilung der Einwilligung besondere Fähigkeiten. Achten Sie auf Zustimmung – positives Engagement durch Körpersprache, Tonfall und Ausdruck. Achten Sie auf Anzeichen von Bedrängnis oder Rückzug, die auf eine fehlende Einwilligung hindeuten können, auch wenn die Person dies nicht in Worte fassen kann.

2.4. Kulturelle Sensibilität: Menschen dort abholen, wo sie stehen

Kulturelle Sensibilität bedeutet nicht, alles über jede Kultur zu wissen. Es bedeutet:

- Kulturelle Demut zu praktizieren: Jede Person als Expertin für ihren eigenen kulturellen Rahmen zu betrachten. Zu fragen: „Können Sie mir helfen zu verstehen, was das in Ihrer Kultur bedeutet?“
- Annahmen vermeiden: Nicht davon ausgehen, dass jemand mit einem bestimmten Hintergrund bestimmte Überzeugungen vertritt. Innerhalb von Kulturen gibt es ebenso viel Vielfalt wie zwischen ihnen.
- Intersektionalität anerkennen: Verstehen, dass die Erfahrungen einer Person durch das Zusammenspiel mehrerer Identitäten geprägt sind – Alter, Geschlecht, Sexualität, ethnische Zugehörigkeit, Religion, Behinderung.
- Sprache und Konzepte anpassen: Sich bewusst sein, dass Begriffe wie „schwul“, „trans“ oder sogar „Partner“ möglicherweise nicht in allen kulturellen Kontexten Anklang finden. Wenn möglich, die Sprache der Person selbst verwenden.

3. Kommunikationsansätze: Einen sicheren Dialog schaffen

Kommunikation ist das wichtigste Instrument jeder inklusiven Methodik. Dieser Abschnitt vermittelt konkrete Techniken zur Schaffung eines sicheren, respektvollen und produktiven Dialogs.

3.1. Die Kraft der Sprache

Sprache prägt die Realität. Die Worte, die wir wählen, können Türen öffnen oder verschließen. Hier sind praktische Leitlinien für inklusive Kommunikation:

Anstelle von...	Versuchen Sie lieber...	Warum
„Hast du einen Ehemann/eine Ehefrau?“	„Gibt es eine wichtige Person in deinem Leben?“ / „Erzähl mir von deinen Beziehungen.“	Setzt weder Heterosexualität noch einen bestimmten Familienstand voraus.
„Herr/Frau [Name]“	Verwende den Vornamen (falls gewünscht) oder frage: „Wie möchtest du angesprochen werden?“	Respektiert die Geschlechtsidentität und persönliche Präferenzen.
„Als du jung warst ...“	„Im Laufe Ihres Lebens ...“	Vermeidet es, das Leben der Person als „vorbei“ darzustellen.
„Du bist so mutig/im Herzen jung geblieben!“	„Danke, dass du mir das erzählt hast.“	Vermeidet herablassende Formulierungen.
„Das muss für deinen Mann schwer gewesen sein.“	„Wie hat sich das auf die Menschen in deinem Umfeld ausgewirkt?“	Macht keine Annahmen über das Geschlecht des Partners.

3.2. Aktives Zuhören: Mehr als nur Worte hören

Aktives Zuhören ist eine Fähigkeit, die man erlernen kann. Dazu gehören:

Verbale Techniken:

- Paraphrasieren: „Wenn ich dich richtig verstehe, hast du dich verletzt gefühlt, als ...“
- Gefühle widerspiegeln: „Es klingt, als wäre diese Erfahrung für dich sehr schmerzhaft gewesen.“
- Offene Fragen stellen: „Kannst du mir mehr darüber erzählen?“ statt „Hat dich das dich traurig gemacht?“
- Kleine Bestärkungen: „Mm-hmm“, „Ich verstehe“, „Erzähl mir mehr“

Nonverbale Techniken:

- Augenkontakt: Warm und aufmerksam, ohne zu starren.
- Offene Körperhaltung: Arme nicht verschränkt, Körper dem Gesprächspartner zugewandt.

- Leicht nach vorne beugen: Zeigt Interesse und Engagement.
- Nicken: Signalisiert Verständnis und Ermutigung.
- Stille: Dem Gesprächspartner Raum zum Nachdenken und Sprechen geben, ohne die Stille überstürzt zu füllen.

3.3. Bedingungen für den Dialog schaffen

Manchmal findet die wichtigste Arbeit statt, bevor auch nur ein Wort gesprochen wird. Die Schaffung von Bedingungen für Dialog bedeutet:

Den Raum vorbereiten:

- Wählen Sie einen privaten, gemütlichen Ort.
- Ordnen Sie die Sitzplätze so an, dass sie das Gespräch erleichtern (Stühle schräg zueinander, nicht gegenüber an einem Schreibtisch).
- Beseitigen Sie physische Barrieren.
- Sorgen Sie dafür, dass der Raum warm und einladend ist.

Den richtigen Ton finden:

- Beginnen Sie mit einer klaren Erläuterung des Zwecks und der Grenzen.
- Stellen Sie die Vertraulichkeit klar: „Was wir hier besprechen, ist privat. Ich müsste etwas nur dann weitergeben, wenn ...“
- Betonen Sie das Recht der Person, selbst zu entscheiden, was sie preisgeben möchte.

Visuelle Hinweise nutzen:

- Zeigen Sie inklusive Bilder (Regenbogenfahnen, Paare unterschiedlicher Herkunft, Menschen jeden Alters).
- Stellen Sie Materialien (Bücher, Broschüren) bereit, die Offenheit signalisieren.
- Trage einen Pronomen-Anstecker oder erwähne Pronomen in deiner Vorstellung.

3.4. Die Kunst, Fragen zu stellen

Fragen können zum Austausch einladen oder ihn unterbinden. Hier sind Leitlinien für das Stellen von Fragen zu sensiblen Themen:

Fragen, die Sie stellen sollten	Fragen Sie nicht
Offene Fragen: „Wie hast du ... erlebt?“	Suggestive Fragen: „Das muss dir doch sicher schwergefallen sein, oder?“

Fragen, die Vielfalt als normal darstellen: „Hattest du schon einmal einen Partner, der einem anderen Geschlecht angehörte?“	Fragen, die eine Pathologie unterstellen: „Wann hast du gemerkt, dass du anders bist?“
Fragen, die eine Wahlmöglichkeit bieten: „Möchtest du mir von deinen Beziehungen erzählen?“	Fragen, die eine Offenlegung verlangen: „Erzähl mir von deiner sexuellen Vergangenheit.“
Fragen, die dem Gesprächsverlauf folgen: „Du hast vorhin deinen Partner erwähnt. Möchtest du mehr darüber erzählen?“	Aufdringliche oder neugierige Fragen: „Und was ist dann passiert?“

4. Partizipative und lernerzentrierte Strategien

Traditionelle Ansätze in Bildung und Pflege sind oft von oben nach unten ausgerichtet: Die Fachkraft ist der Experte, die ältere Person ist der Empfänger. Partizipative, lernerzentrierte Strategien kehren dieses Modell um. Sie erkennen an, dass ältere Erwachsene die Experten für ihr eigenes Leben sind und dass sinnvolles Lernen und Unterstützung durch Zusammenarbeit entstehen, nicht durch Vorschriften.

4.1. Das Prinzip „Nichts über uns ohne uns“

Dieses Prinzip, das aus der Behindertenrechtsbewegung hervorgegangen ist, ist grundlegend für die inklusive Arbeit mit älteren Menschen.

Es bedeutet:

- Ältere Menschen in die Gestaltung einbeziehen: Beziehen Sie ältere Menschen von Anfang an in die Entwicklung neuer Programme, Aktivitäten oder Richtlinien ein. Fragen Sie sie, was sie brauchen, was sie sich wünschen und was in der Vergangenheit funktioniert hat oder nicht.
- Gemeinsame Gestaltung von Inhalten: Entwickeln Sie Materialien und Aktivitäten gemeinsam mit älteren Menschen, nicht nur für sie. Lassen Sie sie die Agenda mitgestalten.
- Macht teilen: Erkennen Sie an, dass das Fachwissen der Fachkraft die Lebenserfahrung der älteren Menschen ergänzt, ihr aber nicht überlegen ist.

4.2. Praktische partizipative Methoden

Fokusgruppen:

- Kleine, moderierte Diskussionen mit 6–8 Teilnehmendenn.
- Dienen dazu, Erfahrungen, Bedürfnisse und Ideen zu ergründen.
- Können als einmalige Sitzung oder fortlaufend stattfinden.
- Besonders nützlich, um vielfältige Perspektiven einzuholen.

Co-Design-Workshops:

- Strukturierte Sitzungen, in denen Fachkräfte und ältere Menschen gemeinsam eine Lösung erarbeiten (ein Programm, einen Raum, eine Ressource) zu entwerfen.
- Verwenden Sie kreative Techniken (Brainstorming, Prototyping, Rollenspiele).

- Betonen Sie die gleichberechtigte Partnerschaft und die gemeinsame Entscheidungsfindung.

Moderation durch Gleichaltrige:

- Schulen Sie ältere Menschen darin, Diskussionen oder Aktivitäten mit Gleichaltrigen zu moderieren.
- Nutzt die Kraft gemeinsamer Erfahrungen.
- Stärkt die Kompetenzen und das Selbstvertrauen innerhalb der Gemeinschaft.

Gemeinschaftsbeiräte:

- Richten Sie eine feste Gruppe älterer Menschen ein, die die Organisation in Bezug auf Richtlinien, Programme und Vorgehensweisen berät.
- Stellen Sie sicher, dass die Gruppe vielfältig und repräsentativ ist.
- Entschädigen Sie die Mitglieder für ihre Zeit und ihr Fachwissen.

4.3. Lernende-zentrierte Moderationstechniken

In jeder Gruppensituation besteht die Rolle des Moderators darin, Rahmenbedingungen für das Lernen zu schaffen, nicht Inhalte zu vermitteln.

Zu den wichtigsten Techniken gehören:

Dort ansetzen, wo die Teilnehmenden stehen:

- Fragen Sie zu Beginn, was die Teilnehmenden bereits wissen, was sie lernen möchten und welche Bedenken sie haben.
- Passen Sie die Tagesordnung entsprechend ihren Antworten an.

Erfahrungsorientiertes Lernen nutzen:

- Gestalten Sie Aktivitäten rund um die eigenen Erfahrungen der Teilnehmenden.
- Nutzen Sie Geschichten, Fallstudien und Szenarien aus dem wirklichen Leben.
- Schaffen Sie Gelegenheiten zur Reflexion und zum Austausch.

Förderung des gegenseitigen Lernens:

- Gestalten Sie die Aktivitäten so, dass die Teilnehmenden voneinander lernen.
- Nutzen Sie Diskussionen in kleinen Gruppen, den Austausch zu zweit und die Zusammenfassung in der gesamten Gruppe.
- Bestätigen und bauen Sie auf den Beiträgen aller Teilnehmenden auf.

Wahlmöglichkeiten bieten:

- Bieten Sie verschiedene Möglichkeiten zur Teilnahme an (Sprechen, Schreiben, Zeichnen, Bewegen).
- Ermöglichen Sie den Teilnehmenden, den Grad ihrer Beteiligung selbst zu wählen.
- Respektieren Sie das Recht, sich nicht zu beteiligen.

Den Kreis schließen:

- Fassen Sie das Gelernte zusammen.
- Fragen Sie die Teilnehmenden, was sie mitnehmen werden.
- Erläutern Sie, wie ihre Beiträge genutzt werden.

5. Anpassung der Methoden an unterschiedliche Bedürfnisse

Es gibt keine einheitliche Methodik, die für alle gleichermaßen geeignet ist. Effektive Fachkräfte passen ihren Ansatz an die individuellen Bedürfnisse jeder einzelnen Person oder Gruppe an. Dieser Abschnitt bietet Anleitungen zur Anpassung von Methoden an unterschiedliche kognitive, emotionale und soziale Kontexte.

5.1. Anpassung an kognitive Bedürfnisse

Für Menschen mit **Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen:**

- Vereinfachen Sie die Sprache: Verwenden Sie kurze, klare Sätze. Vermeiden Sie abstrakte Konzepte. Seien Sie konkret.
- Nutzen Sie verschiedene Sinneskanäle: Kombinieren Sie Worte mit Bildern, Gegenständen, Musik oder Bewegung.
- Konzentrieren Sie sich auf den gegenwärtigen Moment: Anstatt nach vergangenen Erfahrungen zu fragen, konzentrieren Sie sich auf aktuelle Gefühle und Bedürfnisse.
- Achten Sie auf nonverbale Signale: Körpersprache, Mimik und Tonfall sind oft verlässlicher als Worte.
- Emotionen anerkennen: Auch wenn die Äußerungen der Person keinen Sinn ergeben, sind ihre Gefühle echt. Spiegeln Sie diese wider und bestätigen Sie sie. Dies bezieht sich auf einen Ansatz, der darauf ausgerichtet ist, die Gefühle und die subjektive Realität einer Person mit Demenz anzuerkennen und zu akzeptieren, anstatt sachliche Ungenauigkeiten zu korrigieren oder Verwirrung anzusprechen.
- Schaffen Sie Routinen: Vorhersehbare Strukturen verringern Ängste und schaffen

Sicherheit. Für Menschen mit **sensorischen Beeinträchtigungen:**

- Bei Hörverlust: Wenden Sie sich der Person zu, sprechen Sie deutlich und reduzieren Sie Hintergrundgeräusche. Nutzen Sie schriftliche Hilfsmittel. Ziehen Sie Gebärdensprachdolmetscher in Betracht.
- Bei Sehbeeinträchtigungen: Beschreiben Sie visuelle Materialien mündlich. Verwenden Sie taktile Objekte. Sorgen Sie für gute Beleuchtung.
- Stellen Sie Materialien in barrierefreien Formaten bereit: Großdruck, Audio, Braille, Easy Read.

Für Menschen mit **Aphasie oder Kommunikationsschwierigkeiten:**

- Geben Sie zusätzliche Zeit: Ermöglichen Sie der Person, Informationen zu verarbeiten und zu antworten, ohne sie zu drängen.
- Nutzen Sie Kommunikationshilfen: Bilder, Schrift, Gesten, Kommunikationstafeln.
- Stellen Sie gegebenenfalls Ja/Nein-Fragen: „Möchten Sie fortfahren?“ „Ist das bequem?“

- Vergewissern Sie sich, dass Sie richtig verstanden haben: „Ich glaube, Sie meinen ... Stimmt das?“

5.2. Auf emotionale Bedürfnisse eingehen

Für Menschen mit **traumatischer Vorgeschichte**:

- Verwenden Sie einen traumainformierten Ansatz: Legen Sie Wert auf Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit, Wahlmöglichkeiten, Zusammenarbeit und Selbstermächtigung.
- Vermeiden Sie auslösende Inhalte: Seien Sie sich bewusst, dass bestimmte Themen (sexuelle Gewalt, medizinische Untersuchungen, bestimmte Arten von Berührungen) tiefgreifende Auslöser sein können.
- Geben Sie Kontrolle: Betonen Sie, dass die Person jederzeit aufhören und selbst entscheiden kann, was sie preisgibt.
- Achten Sie auf Anzeichen von Belastung: Rückzug, Unruhe, Dissoziation. Seien Sie bereit, eine Pause einzulegen oder abubrechen.
- Halten Sie Unterstützungsangebote bereit: Wissen Sie, wie Sie bei Bedarf an traumainformierte Dienste

verweisen können. Für Menschen, die **Trauer oder einen Verlust** erleben:

- Nehmen Sie den Verlust zur Kenntnis: „Ich verstehe, dass Ihr Partner verstorben ist. Das muss sehr schwer für Sie sein.“
- Orientieren Sie sich an der Person: Manche Menschen möchten reden, andere nicht. Respektieren Sie ihr Tempo.
- Schaffen Sie Raum zum Gedenken: Bieten Sie auf Wunsch Möglichkeiten an, geliebte Menschen zu ehren.
- Seien Sie einfach da: Manchmal ist die stärkste Unterstützung, einfach nur da zu sein, ohne Worte.

Für Menschen, die **ängstlich oder schüchtern** sind:

- Fangen Sie langsam an: Bauen Sie nach und nach Vertrauen auf. Üben Sie keinen Druck aus.
- Biete Alternativen an: Manche Menschen ziehen Einzelgespräche Gruppengesprächen vor. Manche schreiben lieber, als zu sprechen.
- Nehmen Sie Unbehagen ernst: „Es ist völlig normal, dass es einem etwas unangenehm ist, darüber zu sprechen.“
- Nutze strukturierte Aktivitäten: Spiele, Quizze oder künstlerische Projekte können ein sichereres Gefühl vermitteln als offene Diskussionen.

5.3. Anpassung an soziale und kulturelle Kontexte

Für Menschen mit **unterschiedlichem kulturellen Hintergrund**:

- Informieren Sie sich über kulturelle Normen: Gehen Sie jedoch nicht von Vermutungen aus – fragen Sie nach.
- Verwenden Sie nach Möglichkeit die Sprache der Person: Arbeiten Sie bei Bedarf mit Dolmetschern zusammen.
- Berücksichtigen Sie die Familiendynamik: In manchen Kulturen wird die Einbeziehung der Familie in Entscheidungen erwartet und gewünscht.
- Respektieren Sie unterschiedliche Werte: Auch wenn diese von Ihren eigenen abweichen.

• Vermeiden Sie es, westliche Konzepte von Sexualität und Identität aufzuzwingen: Orientieren Sie sich am Bezugssystem der Person. Für Menschen **in ländlichen oder abgelegenen Gegenden**:

- Setzen Sie Technologie kreativ ein: Videoanrufe, telefonische Unterstützung, Online-Gruppen.
- Bauen Sie auf bestehenden Netzwerken auf: Arbeiten Sie mit lokalen Gemeindegruppen, Glaubensgemeinschaften oder Vereinen zusammen.
- Seien Sie geduldig: In eng verbundenen Gemeinschaften, in denen die Privatsphäre eingeschränkt ist, kann es länger dauern, Vertrauen aufzubauen. Für Menschen mit **begrenzter sozialer Unterstützung**:

• Seien Sie eine beständige Bezugsperson: Zuverlässigkeit schafft Vertrauen.

- Stellen Sie eine Verbindung zu Ressourcen in der Gemeinschaft her: Helfen Sie der Person, Gruppen, Dienste oder Aktivitäten zu finden.
- Erkennen Sie die Rolle der „gewählten Familie“ an: Unterstützen Sie Kontakte zu Freunden, Nachbarn und anderen nicht-traditionellen Unterstützungsnetzwerken.

6. Umgang mit sensiblen Themen und schwierigen Gesprächen

Selbst bei bester Vorbereitung können Gespräche über Sexualität, Geschlecht und Intimität eine Herausforderung sein. Dieser Abschnitt bietet Strategien für den Umgang mit schwierigen Momenten.

6.1. Wenn eine Person etwas Unerwartetes offenbart

- Bleiben Sie ruhig: Ihre Reaktion gibt den Ton an. Atmen Sie tief durch. Behalten Sie einen neutralen, wohlwollenden Gesichtsausdruck bei.
- Bestätigen Sie die Offenbarung: „Danke, dass Sie mir genug vertrauen, um mir das mitzuteilen.“
- Fassen Sie das Gesagte zusammen: „Du erzählst mir also, dass ...“
- Fragen Sie, was die Person braucht: „Wie kann ich dich gerade am besten unterstützen?“ „Was wäre hilfreich?“
- Haken Sie nicht nach: Sie müssen nicht alle Details wissen. Konzentrieren Sie sich auf die Bedürfnisse der Person, nicht auf Ihre Neugier.
- Kennen Sie Ihre Grenzen: Wenn das Thema außerhalb Ihres Fachgebiets liegt, sagen Sie es und helfen Sie dabei, geeignete Unterstützung zu finden.

6.2. Wenn ein Gespräch emotional wird

- Machen Sie eine Pause: „Ich sehe, dass das hier starke Gefühle in Ihnen auslöst. Möchten Sie sich einen Moment Zeit nehmen?“
- Bestätigen Sie die Gefühle: „Es ist verständlich, dass Sie so empfinden.“
- Bieten Sie Wahlmöglichkeiten an: „Möchten Sie weitermachen oder möchten Sie lieber erst einmal aufhören?“
- Wende bei Bedarf Erdungstechniken an: „Lass uns gemeinsam ein paar Mal tief durchatmen.“ „Kannst du drei Dinge nennen, die du in diesem Raum siehst?“

- Sei präsent: Versuche nicht, die Emotion zu „beheben“. Bleibe einfach bei der Person.

6.3. Wenn eine Person etwas Unangemessenes oder Verletzendes sagt

- Bleiben Sie ruhig und professionell: Beschämen oder greifen Sie die Person nicht an.
- Benennen Sie das Verhalten, nicht die Person: „Diese Bemerkung über [Gruppe] ist verletzend. In diesem Raum behandeln wir jeden mit Respekt.“
- Nutzen Sie es als Lernmöglichkeit: „Können Sie mir mehr darüber erzählen, warum Sie das gesagt haben?“ „Wie könnte sich das Ihrer Meinung nach für jemanden anfühlen, der zu [Gruppe] gehört?“
- Bekräftigen Sie die Gruppenvereinbarungen: „Denken Sie daran, wir haben vereinbart, unvoreingenommen zuzuhören.“
- Wenn das Verhalten anhält, sprich es unter vier Augen an: „Ich würde gerne mit dir über etwas sprechen, das vorhin in der Gruppe passiert ist ...“

6.4. Wenn du die Antwort nicht weißt

- Sei ehrlich: „Das ist eine wirklich gute Frage. Ich kenne die Antwort nicht, aber ich kann sie für dich herausfinden.“
- Biete an, gemeinsam zu recherchieren: „Möchtest du das gemeinsam mit mir nachschlagen?“
- Verweise auf Hilfsangebote: „Ich kenne eine Organisation, die sich darauf spezialisiert hat. Möchtest du die Kontaktdaten haben?“
- Weiteres Vorgehen: Wenn Sie versprechen, Informationen zu beschaffen, halten Sie Ihr Versprechen ein.

7. Fallstudien: Methoden in der Praxis

Diese Fallstudien veranschaulichen, wie die Prinzipien und Techniken dieses Moduls in realen Situationen angewendet werden können.

Fallstudie 1: Der Workshop zur Gemeindebildung

Hintergrund: Ein Gemeindezentrum in einer Kleinstadt möchte einen Workshop zum Thema „Intimität und Altern“ für Senioren aus der Region anbieten. Das Zentrum hat so etwas noch nie zuvor durchgeführt und ist sich unsicher, wie es vorgehen soll.

Methodik in der Praxis:

1. Partizipative Gestaltung: Vor der Konzeption des Workshops führen die Organisatoren zwei Fokusgruppen mit Senioren aus der Region durch, um deren Interessen, Bedenken und Bedürfnisse zu erfassen. Dabei erfahren sie, dass die Teilnehmenden über das Aufrechterhalten von Beziehungen nach einem Verlust, den Umgang mit neuen Beziehungen und die Reaktionen der Familie sprechen möchten. Sie lehnen ausdrücklich eine Präsentation im Stil der „Sexualaufklärung“ ab.
2. Gemeinsame Gestaltung: Es wird ein Planungsausschuss aus vier Senioren und zwei Mitarbeiter*innenn gebildet. Gemeinsam entwerfen sie eine Workshop-Reihe mit vier Sitzungen. Die Senioren schlagen Titel vor, mit denen sie sich wohlfühlen („Liebe und Verbundenheit in jedem Alter“), sowie Aktivitäten, die ihnen Sicherheit geben (zunächst allgemeine Diskussionen, bevor es zum persönlichen Austausch übergeht).

3. Schaffung von Sicherheit: Die erste Sitzung konzentriert sich ganz auf den Aufbau von Vertrauen und die Festlegung von Gruppenvereinbarungen. Die Teilnehmenden erarbeiten gemeinsam Regeln: Vertraulichkeit, das Recht, sich nicht zu äußern, keine Wertung, respektvolles Zuhören. Die Moderator*innen leben diese Prinzipien während der gesamten Veranstaltung vor.
4. Lernende-zentrierte Moderation: Jede Sitzung beginnt mit einer Einstimmung und der Frage: „Worüber möchtet ihr heute sprechen?“ Die Tagesordnung passt sich den Bedürfnissen der Teilnehmenden an. Wenn jemand eine persönliche Erfahrung teilt, lädt die Moderatorin die anderen zum Nachdenken ein: „Hat jemand von euch eine ähnliche Erfahrung gemacht?“
5. Anpassung an die Bedürfnisse: Eine Teilnehmendenin leidet an Demenz im Frühstadium. Die Moderatorin spricht regelmäßig mit ihr, verwendet eine einfache Sprache und würdigt ihre Beiträge. Wenn sie verwirrt ist, lenkt die Moderatorin sie behutsam wieder auf das Thema zurück oder bietet eine Pause an.
6. Den Kreis schließen: In der Abschlusssitzung reflektieren die Teilnehmenden, was sie gelernt haben und was sie mitnehmen werden. Mehrere äußern Interesse daran, sich weiterhin zu treffen. Das Zentrum erklärt sich bereit, eine fortlaufende, von Gleichaltrigen geleitete Diskussionsgruppe zu unterstützen.

Fallstudie 2: Das Einzelgespräch

Kontext: Die häusliche Pflegekraft Marie besucht regelmäßig den 82-jährigen Herrn Ahmed. Er ist seit kurzem Witwer und wirkt zunehmend zurückgezogen. Marie vermutet, dass er sich einsam und isoliert fühlt.

Methodik in der Praxis:

1. Rahmenbedingungen schaffen: Marie sorgt dafür, dass sie Zeit für ein vertrauliches Gespräch haben. Sie setzt sich in einen bequemen Sessel neben ihn, nicht ihm gegenüber an einen Tisch. Sie beginnt mit allgemeinen Fragen, wie es ihm geht.
2. Aktives Zuhören: Als Herr Ahmed erwähnt, dass er „die Gesellschaft vermisst“, drängt Marie nicht auf Lösungen. Sie spiegelt wider: „Es klingt, als würden Sie sich einsam fühlen, seit Ihre Frau verstorben ist.“ Sie lässt eine Pause, damit er antworten kann.
3. Offene Fragen stellen: „Wie war Ihre Ehe?“, fragt sie. Herr Ahmed beginnt, über seine Frau und ihr gemeinsames Leben zu sprechen. Marie hört zu, ohne ihn zu unterbrechen.
4. Dem Gesprächsverlauf folgen: Als Herr Ahmed erwähnt, dass er manchmal darüber nachdenkt, „wie es weitergeht“, fragt Marie behutsam: „Was meinen Sie damit?“ Dies eröffnet ein Gespräch darüber, ob er sich vielleicht wieder nach Gesellschaft sehnt – etwas, woran er bisher nicht einmal zu denken gewagt hat.
5. Grenzen respektieren: Als Herrn Ahmed die Tränen kommen, macht Marie eine Pause. „Das weckt viele Gefühle. Möchten Sie weitermachen oder lieber aufhören?“ Er entscheidet sich dafür, weiterzumachen, aber Maries Angebot stärkt sein Gefühl der Selbstbestimmung.
6. Unterstützung anbieten, keine Lösungen: Am Ende sagt Marie ihm nicht, was er tun soll. Sie fragt: „Was wäre jetzt hilfreich für Sie?“ Herr Ahmed sagt, er würde vielleicht gerne ein örtliches Gemeindezentrum besuchen. Marie bietet ihm an, ihm bei der Suche nach Informationen zu helfen.
7. Kontinuität wahren: Bei den folgenden Besuchen erkundigt sich Marie behutsam: „Haben Sie noch weiter über das Gemeindezentrum nachgedacht?“ Sie drängt nicht, hält aber die Tür offen.

Fallstudie 3: Die Reaktion der Einrichtung

Kontext: Ein Pflegeheim stellt fest, dass es kein Protokoll zur Unterstützung intimer Beziehungen der Bewohner gibt. Nachdem zwei Bewohner, beide mit Demenz, eine Beziehung eingegangen sind, ist das Personal geteilter Meinung darüber, wie darauf zu reagieren ist.

Methodik in der Praxis:

1. Konsultation verschiedener Interessengruppen: Die Einrichtung beruft eine Arbeitsgruppe ein, der Mitarbeiter*innen aller Ebenen, die Angehörigen der Bewohner und – ganz entscheidend – andere Bewohner selbst angehören. Ein externer Berater mit Fachkenntnissen im Bereich VIAS moderiert die Sitzung. („VIAS“ wird als Analyserahmen im Projektmanagement oder in der Pflegeethik verwendet; eine mögliche Definition wäre: V – Fakten und Wahrnehmungen überprüfen / I – Das Kernproblem und ethische Grundsätze identifizieren / A – Risiken und Optionen bewerten / S – Strategien entwickeln / Eine gemeinsame Vorgehensweise beschließen).
2. Trauma-informierter Ansatz: Zu Beginn der Beratung wird anerkannt, dass einige Bewohner und Mitarbeiter*innen möglicherweise traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Sexualität gemacht haben. Es werden Grundregeln für einen respektvollen Dialog festgelegt.
3. Bedarfs- und Problemanalyse: Durch moderierte Diskussionen identifiziert die Gruppe zentrale Probleme: Mangel an Privatsphäre, Unbehagen des Personals, Bedenken der Angehörigen, Fehlen klarer Richtlinien, Angst vor Missbrauch.
4. Gemeinsame Erarbeitung von Lösungen: Die Gruppe entwickelt in einem Brainstorming mögliche Lösungen: Anbringen von „Bitte nicht stören“-Schildern, Einrichtung eines privaten Besuchsraums, Entwicklung eines Schulungsprogramms für das Personal, Erstellung eines einfachen Protokolls zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit.
5. Entwicklung eines Richtlinienentwurfs: Eine kleinere Gruppe entwirft auf der Grundlage der Konsultation eine Richtlinie. Diese umfasst klare Grundsätze (Recht auf Privatsphäre, Recht auf Beziehungen, Verpflichtung zur Sicherheit), praktische Leitlinien und einen Entscheidungsprozess für komplexe Situationen.
6. Pilotphase und Feedback: Der Richtlinienentwurf wird drei Monate lang erprobt. Mitarbeiter*innen und Bewohner werden aufgefordert, Feedback zu geben. Es werden Anpassungen vorgenommen.
7. Umsetzung und fortlaufende Überprüfung: Die endgültige Richtlinie wird verabschiedet. Sie beinhaltet die Verpflichtung, sie jährlich zu überprüfen und die Bewohner weiterhin in ihre Umsetzung einzubeziehen.



Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Wichtige zu entwickelnde Reflexe

Sprache:

- Ersetzen Sie geschlossene, voreingenommene Fragen durch offene, inklusive Fragen.
- Fragen Sie nach Pronomen und bevorzugten Anredeformen.
- Verwenden Sie neutrale Begriffe wie „Partner“, bis Sie etwas anderes wissen.
- Ersetzen Sie in Formularen „Herr/Frau“ durch „Vorname, Nachname, bevorzugte Pronomen“.

Körperhaltung:

- Stellen Sie sich auf Augenhöhe mit Ihrem Gesprächspartner.
- Achten Sie auf eine offene, entspannte Körpersprache.
- Halten Sie herzlichen Augenkontakt, ohne zu starren.
- Seien Sie ganz bei der Sache – legen Sie Handys und andere Ablenkungen beiseite.

Umgebung:

- Stellen Sie sicher, dass private Räume auch wirklich privat sind.
- Setzen Sie sichtbare Zeichen der Inklusion.
- Stellen Sie Materialien in barrierefreien Formaten bereit.
- Schaffen Sie Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme (soziale Räume, Aktivitäten, Veranstaltungen).

Praxis:

- Fragen Sie immer um Zustimmung, bevor Sie sensible Themen ansprechen.
- Orientieren Sie sich an der Person – sie ist der Experte für ihr eigenes Leben.
- Im Zweifelsfall fragen Sie: „Was wäre für Sie im Moment am hilfreichsten?“
- Kennen Sie Ihre Grenzen und wissen Sie, wann Sie an andere Fachkräfte weiterverweisen müssen.

Häufige Fallstricke, die es zu vermeiden gilt

- Annahmen statt Fragen: Von Heterosexualität ausgehen, davon ausgehen, dass sich die Person wohlfühlt, annehmen, was die Person braucht.
- Sich zu schnell auf Lösungen stürzen: Manchmal ist es am wirkungsvollsten, einfach nur zuzuhören.

- Das Thema gänzlich vermeiden: Schweigen ist nicht neutral – es vermittelt, dass das Thema tabu ist.
- Fachjargon oder komplizierte Sprache verwenden: Halte es einfach und klar.
- Es auf sich selbst beziehen: „Wenn ich ...“, „Ich denke ...“ Konzentrieren Sie sich auf die Person.
- Zu viel Druck ausüben: Respektiere das Recht, abzulehnen, das Recht auf Privatsphäre und das Recht, Nein zu sagen.



Zusammenfassung & Proportional Message

- Die Methodik ist entscheidend. Gute Absichten reichen nicht aus. Bewusste, durchdachte Ansätze sind unerlässlich, um wirklich inklusive Umgebungen zu schaffen.
- Beginnen Sie mit den Grundsätzen. Respekt, Sicherheit, Einwilligung und kulturelle Sensibilität bilden die Grundlage jeder wirksamen Praxis.
- Kommunikation ist entscheidend. Die Worte, die wir wählen, die Art, wie wir zuhören, der Raum, den wir schaffen – all das bestimmt, ob ein Dialog möglich ist.
- Partizipative Ansätze funktionieren. Ältere Menschen müssen in jedem Prozess, der sie betrifft, Partner sein, nicht nur Empfänger.
- Anpassung ist unerlässlich. Keine einzelne Methode funktioniert für alle. Passen Sie Ihren Ansatz an die individuellen kognitiven, emotionalen und sozialen Bedürfnisse jeder Person an.
- Schwierige Gespräche gehören zur Arbeit dazu. Mit der richtigen Vorbereitung und Unterstützung lassen sie sich effektiv meistern.
- Sie sind nicht allein. Nutzen Sie die verfügbaren Ressourcen, Netzwerke und Hilfsmittel. Arbeiten Sie mit Kollegen und Partnern in der Gemeinde zusammen.



Praktische Hilfsmittel und Ressourcen

Unterrichtsplan Modul 7

Der Unterrichtsplan ist ein strukturierter Leitfaden, der Trainer*innenn oder Fachkräften Anweisungen zur Durchführung von Modul 7 in einer Gruppe gibt. Er bietet einen Rahmen für eine Schulungsdauer von 3 Stunden mit einer dazugehörigen PowerPoint-Präsentation, listet Lernziele und eine Checkliste zur Vorbereitung auf und beschreibt drei Übungen (siehe unten).

Übung 1 – Formulierung inklusiver Fragen

Ziel: Das Formulieren offener, inklusiver Fragen für verschiedene Situationen üben.

Anleitung: Nehmen Sie zu zweit eine „geschlossene“ oder „vorbeurteilende“ Frage und wandeln Sie diese in eine offene, inklusive Alternative um. Besprechen Sie, warum die neue Formulierung wirkungsvoller ist.

Übung 2 – Anpassung an unterschiedliche Bedürfnisse

Ziel: Üben, eine Standardmethodik so anzupassen, dass sie unterschiedlichen kognitiven, emotionalen oder sozialen Bedürfnissen gerecht wird.

Anleitung: In kleinen Gruppen erhalten Sie ein Szenario, das einen Teilnehmenden mit einem bestimmten Bedarf beschreibt (z. B. Demenz im Frühstadium, traumatische Vergangenheit, Hörbeeinträchtigung). Besprechen Sie, wie Sie eine Standardaktivität für Gruppendiskussionen anpassen würden, um dessen uneingeschränkte und sichere Teilnahme zu gewährleisten.

Übung 3 – Gemeinsame Gestaltung eines Workshops

Ziel: Die Anwendung partizipativer Gestaltungsprinzipien üben.

Anleitung: Stellen Sie sich in Gruppen vor, Sie hätten die Aufgabe, einen Workshop zum Thema „Intimität und Altern“ für Senioren in Ihrer Gemeinde zu konzipieren. Entwerfen Sie unter Anwendung des Prinzips „Nichts über uns ohne uns“ einen partizipativen Gestaltungsprozess. Wen würden Sie einbeziehen? Welche Schritte würden Sie unternehmen? Welche Herausforderungen könnten auftreten und wie würden Sie diese angehen?

Quellen

Französische Quellen

Haute Autorité de Santé. (2025). Begleitung des intimen, emotionalen und sexuellen Lebens von Menschen in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (ESSMS). Teil 1 – Übergreifende Grundlagen. Saint-Denis La Plaine: HAS. Verfügbar unter: www.has-sante.fr

ISA-Charta. (2023). Internationale Charta der Rechte auf Intimität, Sexualität und Autonomie in Einrichtungen. Verfügbar unter: <https://charte-isa.com>

Petits Frères des Pauvres. (2022). Emotionales, intimes und sexuelles Leben älterer Menschen. Paris: Petits frères des pauvres. Verfügbar unter: www.petitsfreresdespauvres.fr

Amnesty International Schweiz. (2022). Leitfaden de Sprache . Verfügbar unter: <https://www.amnesty.ch/fr/le-lab/guides-et-outils/guide-de-langage-inclusif>

Generaldirektion für sozialen Zusammenhalt. (2021). *Rundschreiben Nr. DGCS/SD3B/2021/147 vom 5. Juli 2021 zur Wahrung der Privatsphäre sowie der sexuellen und reproduktiven Rechte von betreuten Personen in medizinisch-sozialen Einrichtungen und Diensten im Bereich Behinderung und Gewaltbekämpfung.* Verfügbar unter: www.legifrance.gouv.fr

Internationale Quellen

Weltgesundheitsorganisation. (2006). Definition der sexuellen Gesundheit: Bericht einer Fachkonsultation zur sexuellen Gesundheit, 28.–31. Januar 2002. Genf: WHO.

Weltgesundheitsorganisation. (2021). Globaler Bericht über Altersdiskriminierung. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

Meyer, A., Rose, D. H. & Gordon, D. (2014). Universelles Design für das Lernen: Theorie und Praxis. CAST Professional Publishing.

Weitere Ressourcen

Grey Pride. (2024). Leitfaden „Accueillir les seniors LSBTIQ+“ und Gütesiegel „Bienvenue“. Verfügbar unter: <https://greypride.fr>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Das Projekt „Maison de la Diversité“. Verfügbar unter: <https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Schwulenberatung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender. Abrufbar unter: <https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – Großbritanniens erste LSBTIQ+-freundliche Seniorenwohnanlage. Verfügbar unter: <https://tonichousing.org.uk/>

Aktionskit. Ressourcen für die Moderation und Begleitung. Verfügbar unter: <https://kit-a-agir.fr>

Intimagir. Informationszentren zu Sexualität und Elternschaft. Verfügbar unter: <https://www.intimagir.fr>

MODUL 8

Demenz und Sexualität: Wichtige Punkte

Entwickelt von:

Cristina-Ioana Apostu,

Rumänische Alzheimer-Gesellschaft



Co-funded by
the European Union

Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Überblick

Dieses Modul befasst sich mit der komplexen Beziehung zwischen Demenz und Sexualität, wobei ein besonderer Schwerpunkt darauf liegt, wie kognitive Veränderungen Intimität, sexuelle Ausdrucksformen, Einwilligung und zwischenmenschliche Beziehungen im Alter beeinflussen können. Mit Demenz verbundene Veränderungen, wie beispielsweise Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis, dem Urteilsvermögen, der Emotionsregulation oder dem sozialen Bewusstsein, können sich darauf auswirken, wie Menschen Sexualität erleben und ausleben. In der täglichen Praxis können diese Veränderungen sowohl für Menschen mit Demenz als auch für ihre Betreuer zu Missverständnissen, emotionaler Belastung oder ethischer Unsicherheit führen.

Sexualität im höheren Lebensalter und insbesondere im Zusammenhang mit Demenz ist oft von Schweigen, Unbehagen und altersdiskriminierenden Vorurteilen geprägt. Ältere Menschen mit Demenz werden häufig als asexuell oder als unfähig zu bedeutungsvoller Intimität wahrgenommen, was dazu führen kann, dass ihre Bedürfnisse übersehen oder aktiv eingeschränkt werden. Gleichzeitig können kognitive Beeinträchtigungen berechtigte Bedenken hinsichtlich Einwilligung, Verletzlichkeit und Schutz vor Schaden aufwerfen. Fachkräfte sind daher oft gezwungen, ohne klare oder einheitliche Leitlinien schwierige Spannungsfelder zwischen der Achtung der Autonomie und der Gewährleistung von Sicherheit zu bewältigen.

Dieses Modul begegnet diesen Herausforderungen durch eine rechtsbasierte und personenzentrierte Perspektive. Anstatt Sexualität bei Demenz als ein relevantes Thema zu betrachten, fördert es differenziertere, mitfühlende und ethisch fundierte Reaktionen, die Sexualität als einen fortwährenden Aspekt der Identität und des Wohlbefindens über den gesamten Lebensverlauf hinweg anerkennen.

Der Inhalt des Moduls baut auf den Ergebnissen aus WP2 auf, die verdeutlichen, wie Demenz mit Faktoren wie Geschlecht, Gesundheitszustand, kulturellen Normen und sozialen Erwartungen zusammenhängt. Die Ergebnisse aus WP2 weisen zudem auf einen Mangel an Schulungen und klaren Rahmenbedingungen für Fachkräfte hin sowie auf die emotionalen und ethischen Schwierigkeiten, denen sie begegnen, wenn sie auf Äußerungen von Intimität oder sexuelles Verhalten bei Menschen mit kognitivem Verfall reagieren.

Durch die Absolvierung dieses Moduls entwickeln Fachkräfte, Pädagog*innen und pflegende Angehörige ein klareres Verständnis für die ethischen, sozialen und praktischen Fragen im Zusammenhang mit Sexualität und Demenz. Sie gewinnen mehr Sicherheit im Umgang mit sensiblen Situationen, ein gesteigertes Bewusstsein für Fragen der Einwilligung und des Schutzes sowie praktische Kommunikationsstrategien, die die Autonomie fördern und gleichzeitig Sicherheit, Würde und Respekt wahren (Weltgesundheitsorganisation, 2015; Alzheimer Europe, 2018).



Schlüsselbegriffe und Definitionen

In diesem Abschnitt werden Schlüsselbegriffe vorgestellt, die für das Verständnis von Sexualität und Intimität im Zusammenhang mit Demenz besonders relevant sind. Die Verwendung einer klaren und einheitlichen Terminologie trägt zu einer konsistenteren, ethischeren und einfühlsameren Praxis bei, insbesondere in Situationen, die emotional oder moralisch komplex sein können.

Demenz

Demenz ist eine fortschreitende neurokognitive Erkrankung, die durch einen Rückgang des Gedächtnisses, der exekutiven Funktionen, der Sprache, des Urteilsvermögens und des sozialen Bewusstseins gekennzeichnet ist und die Alltagsfunktionen beeinträchtigt.

Sie umfasst verschiedene Erkrankungen wie die Alzheimer-Krankheit, die frontotemporale Demenz und die vaskuläre Demenz sowie Mischformen. Darüber hinaus gibt es reversible oder sekundäre Ursachen für kognitive Beeinträchtigungen, die mit ähnlichen Symptomen einhergehen können. Diese Erkrankungen können unterschiedliche Verhaltens- und Emotionsmuster aufweisen. Die damit verbundenen neurologischen und kognitiven Veränderungen können die Impulskontrolle, die Emotionsregulation und zwischenmenschliche Grenzen beeinträchtigen, was wiederum den Ausdruck von Intimität und Sexualität beeinflussen kann.

Das Verständnis von Demenz als neurokognitiver Erkrankung ist unerlässlich, um moralische Interpretationen des Verhaltens zu vermeiden und klinisch fundierte, angemessene Reaktionen zu fördern.

Entscheidungsfähigkeit

Entscheidungsfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit einer Person, zu einem bestimmten Zeitpunkt eine bestimmte Entscheidung zu treffen. Es handelt sich dabei nicht um einen allgemeinen oder dauerhaften Zustand, sondern um eine entscheidungsspezifische Fähigkeit, die Schwankungen unterliegen kann.

Eine Person gilt im Allgemeinen als entscheidungsfähig, wenn sie in der Lage ist:

- relevante Informationen zu verstehen
- diese Informationen lange genug im Gedächtnis behalten, um eine Entscheidung zu treffen
- die Informationen abwägen oder bewerten
- ihre Entscheidung mitteilen

Im Zusammenhang mit Demenz kann die Entscheidungsfähigkeit je nach Komplexität der Entscheidung variieren. Eine Person kann möglicherweise nicht in der Lage sein, finanzielle Entscheidungen zu treffen, behält aber die Entscheidungsfähigkeit für zwischenmenschliche oder intime Entscheidungen.

Einwilligung

Die Einwilligung ist ein zentrales ethisches Konzept in Diskussionen über Sexualität und Demenz. Sie bezieht sich auf die Fähigkeit, intime oder sexuelle Interaktionen zu verstehen, ihnen zuzustimmen und frei daran teilzunehmen. Im Zusammenhang mit kognitivem Verfall sollte Einwilligung eher als dynamischer und situationsspezifischer Prozess denn als feststehende Fähigkeit verstanden werden. Bei der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit müssen die aktuellen Fähigkeiten, die verbale und nonverbale Kommunikation, emotionale Reaktionen sowie der zwischenmenschliche Kontext berücksichtigt werden. Die Verantwortung für den Schutz der betroffenen Person muss sorgfältig gegen die Achtung ihrer Autonomie und Persönlichkeit abgewogen werden. (Weltgesundheitsorganisation, 2015; Syme & Cohn, 2016).

Intimität

Intimität bezieht sich auf emotionale, körperliche und zwischenmenschliche Nähe zwischen Menschen. Sie kann Vertrauen, Zuneigung, gegenseitige Anerkennung und geteilte Verletzlichkeit beinhalten und impliziert nicht zwangsläufig sexuelle Aktivität. Bei Menschen mit Demenz können sich die Ausdrucksformen von Intimität im Laufe der Zeit verändern, doch das zugrunde liegende Bedürfnis nach Nähe, Bestätigung und einer sinnvollen Verbindung bleibt oft bestehen. Die Betrachtung von Intimität in diesem weiteren Sinne kann Fachkräften helfen, angemessener auf Verhaltensweisen zu reagieren, die andernfalls möglicherweise falsch interpretiert würden.

Hypersexualität und sexuelle Enthemmung

Hypersexualität bezeichnet verstärktes oder enthemmtes sexuelles Verhalten, das bei bestimmten Formen der Demenz, insbesondere bei der frontotemporalen Demenz, aufgrund einer beeinträchtigten Impulskontrolle auftreten kann.

Sexuelle Enthemmung kann sich in sozial unangemessenen Äußerungen, Berührungen oder Verhaltensweisen äußern. Diese Verhaltensweisen sind oft neurologischen Ursprungs und sollten nicht automatisch als vorsätzliches Fehlverhalten interpretiert werden.

Apathie und vermindertes sexuelles Interesse

Apathie tritt bei der Alzheimer-Krankheit häufig auf und kann die Eigeninitiative, die emotionale Beteiligung oder das sexuelle Interesse verringern. Ein vermindertes Verlangen sollte nicht automatisch als Ablehnung der Beziehung interpretiert werden.



Einführung in das Thema

Dieser Abschnitt beleuchtet die zentralen Fragen im Zusammenhang mit Demenz und Sexualität und stützt sich dabei auf Forschungsergebnisse, ethische Rahmenbedingungen und die berufliche Praxis. Er räumt mit verbreiteten Vorurteilen auf, beleuchtet die Herausforderungen, denen Fachkräfte gegenüberstehen, und berücksichtigt die spezifischen Bedürfnisse schutzbedürftiger und vielfältiger Gruppen aus einer intersektionalen Perspektive.

Demenz, kognitive Veränderungen und sexuelle Ausdrucksformen

Demenz (klinisch als schwere neurokognitive Störung bezeichnet) ist eine fortschreitende Erkrankung, die die Funktionsweise des Gehirns beeinträchtigt. Sie ist kein normaler Teil des Alterungsprozesses. Sie geht mit einem Rückgang des Gedächtnisses, des Denkvermögens, des Urteilsvermögens und der Fähigkeit einher, im Alltag selbstständig zu funktionieren.

Es gibt verschiedene Arten von Demenz. Zu den häufigsten zählen:

- ✓ Die Alzheimer-Krankheit, die in den frühen Stadien vor allem das Gedächtnis, die Orientierungsfähigkeit und die Sprache beeinträchtigt.
- ✓ Die frontotemporale Demenz (FTD), die häufig das Verhalten, die Impulskontrolle, das Einfühlungsvermögen und soziale Grenzen beeinträchtigt.
- ✓ Die vaskuläre Demenz, die die Aufmerksamkeit, die Planungsfähigkeit, die Denkgeschwindigkeit und die emotionale Stabilität beeinträchtigen kann.
- ✓ Die Lewy-Körper-Demenz, die Schwankungen in der Aufmerksamkeit, visuelle Halluzinationen und Bewegungsstörungen mit sich bringen kann.

Demenz kann verschiedene kognitive Bereiche beeinträchtigen, darunter:

- Gedächtnis (Vergessen kürzlich stattgefundenere Ereignisse oder Gespräche)
- Exekutive Funktionen (Planung, Entscheidungsfindung, Impulskontrolle)
- Sprache (Schwierigkeiten, nach Worten zu suchen oder Bedeutungen zu verstehen)
- Soziale Kognition (Verständnis sozialer Regeln, Empathie, Erkennen von Grenzen)
- Emotionsregulation (angemessener Umgang mit Emotionen)

Da Sexualität und Intimität von Gedächtnis, emotionalem Verständnis, Impulskontrolle und sozialem Bewusstsein abhängen, können Veränderungen in diesen Bereichen Einfluss darauf haben, wie sich das Sexualverhalten äußert.

Veränderungen im Sexualverhalten bei Demenz können unterschiedlich ausfallen. Manche Betroffene zeigen möglicherweise ein vermindertes Interesse an Intimität (Apathie), insbesondere bei der Alzheimer-Krankheit. Andere, vor allem Menschen mit frontotemporaler Demenz, können aufgrund einer verminderten Impulskontrolle verstärktes oder enthemmtes Sexualverhalten zeigen.

Gedächtnisstörungen können zu Verwirrung hinsichtlich der Partner, zum Vergessen früherer sexueller Aktivitäten oder zur Fehlinterpretation von Beziehungsgrenzen führen. In einigen Fällen können Verhaltensweisen sozial unangemessen erscheinen, wie sich in der Öffentlichkeit auszuziehen oder zu masturbieren, ohne sich des Kontexts bewusst zu sein.

Mehrere Faktoren können zu diesen Veränderungen beitragen. Veränderungen im Gehirn können die Impulskontrolle oder das Einfühlungsvermögen beeinträchtigen. Betroffene können das Bedürfnis nach Trost, Bestätigung oder Nähe fälschlicherweise als sexuelles Verlangen interpretieren.

Einsamkeit, Angst, Schmerzen oder unerfüllte emotionale Bedürfnisse können sich ebenfalls durch sexualisiertes Verhalten äußern. Darüber hinaus können Nebenwirkungen von Medikamenten, hormonelle Veränderungen oder psychiatrische Begleiterkrankungen den sexuellen Ausdruck beeinflussen.

Plötzliche Veränderungen im Sexualverhalten sollten stets Anlass für eine ärztliche Abklärung sein. Bei älteren Erwachsenen können Harnwegsinfektionen, Dehydrierung, Elektrolytstörungen oder/und andere akute Erkrankungen Verwirrung oder eine Verhaltensenthemmung verursachen. Die Abklärung zugrunde liegender medizinischer Ursachen ist daher unerlässlich, bevor von absichtlichem Verhalten ausgegangen wird.

Fachkräfte und pflegende Angehörige sollten angemessen und kontextbezogen reagieren. Nicht alle Ausdrucksformen von Sexualität erfordern Einschränkungen. Die Unterscheidung zwischen risikoarmen Verhaltensweisen (z. B. Händchenhalten, Suche nach Nähe) und risikoreichen Verhaltensweisen (z. B. Nötigung, offensichtliche Not oder Unfähigkeit, Verständnis zu zeigen) unterstützt einen ausgewogenen Schutz, der die Würde wahrt und gleichzeitig Schaden verhindert.

Zwar können einige Formen der Demenz, insbesondere die frontotemporale Demenz, aufgrund beeinträchtigter exekutiver Funktionen zu impulsivem oder enthemmtem Sexualverhalten führen, doch ist es wichtig, diese neurologischen Erscheinungsformen von der zwischenmenschlichen Bedeutung der Sexualität selbst zu unterscheiden. Wie ein älterer Teilnehmender während der Diskussion im Rahmen von WP2 zum Ausdruck brachte:

**„Sexuelle Intimität ist
ein Band, das die Liebe
stärkt.“**

(Älterer Teilnehmender, Fokusgruppe WP2)

Diese Sichtweise erinnert uns daran, dass sexueller Ausdruck eng mit emotionaler Verbundenheit verbunden ist. Auch wenn Demenz die Impulskontrolle und soziale Grenzen beeinträchtigen kann, nimmt sie dem Menschen nicht das grundlegende Bedürfnis nach Bindung und Intimität.

Mythen und Realitäten

Trotz zunehmender Sensibilisierung prägen viele Annahmen über Demenz und Sexualität weiterhin das Handeln von Fachkräften. Diese Annahmen beruhen oft eher auf Unbehagen, Angst oder mangelnder Ausbildung als auf wissenschaftlichen Erkenntnissen oder gelebter Erfahrung. Die Auseinandersetzung mit verbreiteten Mythen ist ein wichtiger Schritt, um übermäßig restriktive oder stigmatisierende Praktiken zu verhindern.

Mythos: Menschen mit Demenz sind asexuell oder verlieren das Interesse an Intimität.

Realität: Sexualität und das Bedürfnis nach Intimität bleiben oft bestehen, auch wenn sie sich möglicherweise anders äußern.

Untersuchungen mit älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen zeigen zudem, dass Intimität und emotionale Nähe weiterhin für ihr Wohlbefinden von Bedeutung sind (Frankowski & Clark, 2021). Obwohl Stereotypen über das Altern nach wie vor

verbreitet sind, erinnern uns ältere Erwachsene selbst daran, dass Sexualität und Intimität auch im späteren Leben weiterhin eine Rolle spielen. Wie ein Teilnehmenden während der WP2-Gruppendiskussion sagte:

**„Sexualität ist mehr als nur genitaler Sex.
Es ist das Bedürfnis nach Zuneigung,
Kommunikation und Zärtlichkeit, das wir
von Geburt an bis zum Lebensende in
uns tragen.“**

(Älterer Teilnehmenden, WP2-Gruppendiskussion)

Diese Perspektive stellt vereinfachende Auffassungen von Sexualität in Frage und unterstützt eine umfassendere, inklusivere Sichtweise, die emotionale Nähe und Beziehungsbedürfnisse als zentral für das Wohlbefinden im Alter anerkennt.

Mythos: Jedes sexuelle Verhalten bei Demenz ist ein Symptom, das kontrolliert werden muss.

Realität: Auch wenn manche Verhaltensweisen möglicherweise ein Eingreifen erfordern, sind viele Ausdrucksformen von Intimität sinnvoll und angemessen, wenn man sie im Kontext betrachtet.

Mythos: Schutz und Sicherheit erfordern die Einschränkung jeglicher sexueller Ausdrucksformen.

Realität: Ethisches Handeln bedeutet, einen Ausgleich zwischen Schutz und der Achtung von Autonomie, Würde und Rechten zu finden.

Diese Mythen zu hinterfragen ist unerlässlich, um übermäßig restriktive oder paternalistische Reaktionen zu vermeiden, die das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl beeinträchtigen können.

Einwilligung, Entscheidungsfähigkeit und ethische Komplexität

Einwilligung und Entscheidungsfähigkeit bei Demenz erfordern einen Ausgleich zwischen Autonomie und Schutz. Eine Demenzdiagnose entzieht einer Person nicht automatisch die Fähigkeit zur Einwilligung. Entscheidungen müssen situationsbezogen und verhältnismäßig beurteilt werden.

Entscheidungsfähigkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, eine bestimmte Entscheidung zu verstehen, abzuwägen und zu kommunizieren. Sie ist entscheidungsspezifisch und kann schwanken. Fachliche Leitlinien betonen zudem, dass die Entscheidungsfähigkeit im Hinblick auf jede einzelne Entscheidung beurteilt werden sollte, insbesondere im Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen (British Psychological Society, 2018). Einwilligung bezieht sich auf die freiwillige Zustimmung zu einer Interaktion und erfordert ein grundlegendes Verständnis sowie das Fehlen von Zwang.

Eine Person kann eine schwankende Entscheidungsfähigkeit aufweisen, aber dennoch situationsbezogene Einwilligung zeigen. Diese Unterscheidungen sind insbesondere in medizinisch-rechtlichen Kontexten von Bedeutung.

Fachkräfte sollten zwischen Intimitäten mit geringerem Risiko (z. B. Händchenhalten, Umarmen, Küssen) und sexuellen Handlungen mit höherem Risiko (z. B. genitaler Kontakt, Geschlechtsverkehr oder Situationen, in denen ein deutliches Machtungleichgewicht

oder unter Druck stehenden Personen). Während risikoärmere Formen der Intimität möglicherweise eine Begleitung und Unterstützung zum Schutz der Privatsphäre erfordern, erfordern risikoreichere Situationen eine strukturierte Beurteilung.

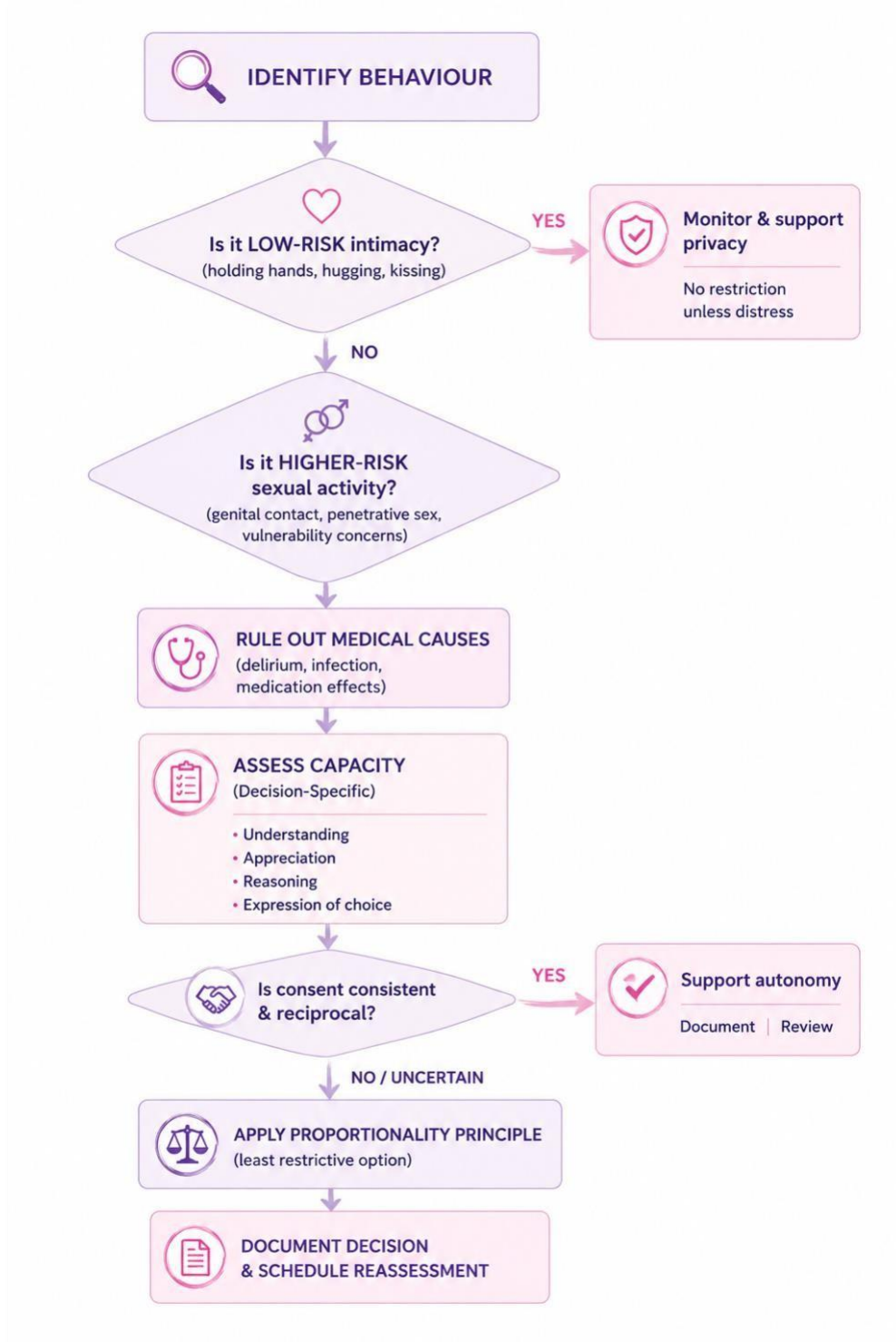


Abbildung 1. KI-generiertes Bild

Wird ein solches Verhalten festgestellt, sollten Fachkräfte das Risikoniveau klären, gegebenenfalls die entscheidungsspezifische Entscheidungsfähigkeit beurteilen, die Begründung dokumentieren und die am wenigsten einschränkende Option anwenden. In der Praxis kann dies bedeuten, psychologische Unterstützung anzubieten, behutsam an Grenzen zu erinnern, sichere und private Interaktionen zu fördern oder die Kommunikation anzupassen, um das Verständnis zu erleichtern. Die Einbeziehung einer Vertrauensperson oder die Abklärung möglicher medizinischer Ursachen kann ebenfalls hilfreich sein (z. B. Delirium, Infektion, Nebenwirkungen von Medikamenten). Eingreifendere Maßnahmen sollten nur angewendet werden, wenn ein eindeutiges Risiko einer Schädigung besteht, und sollten regelmäßig überprüft werden.

Die Einwilligungsfähigkeit zu sexuellen Handlungen sollte anhand von vier Kernfragen beurteilt werden:

- ♥ Versteht die Person die Beziehung?
- ♥ Ist sie sich der möglichen Konsequenzen bewusst?
- ♥ Kann sie ihre Entscheidung begründen?
- ♥ Ist die Einwilligung konsistent und frei von Zwang?

Die ethische Entscheidungsfindung in diesem Zusammenhang sollte sich an vier Grundprinzipien orientieren:

- ♥ Autonomie – Achtung der Selbstbestimmung und der Beziehungsidentität der Person, beispielsweise durch die Unterstützung ihrer Entscheidungen und Präferenzen, wo immer dies möglich ist.
- ♥ Wohltätigkeit – Förderung des emotionalen und psychischen Wohlbefindens, beispielsweise durch die Gewährleistung von Geborgenheit, Verbundenheit und einem Gefühl der Sicherheit.
- ♥ Nichtschädigung – Vermeidung von Schaden, Ausbeutung oder Nötigung, beispielsweise durch das Erkennen von Anzeichen von Not oder Verletzlichkeit und das angemessene Reagieren darauf.
- ♥ Gerechtigkeit – Vermeidung von Diskriminierung, einschließlich Altersdiskriminierung, durch die Gewährleistung einer fairen und respektvollen Behandlung unabhängig von Alter oder kognitiven Fähigkeiten.

Demenz mag den Ausdruck verändern, aber sie löscht die Persönlichkeit nicht aus (Beauchamp & Childress, 2019). Ethische Entscheidungsfindung wird durch Transparenz, Dokumentation, Reflexion und geteilte Verantwortung innerhalb der Teams gestärkt.

Über formale Beurteilungen der Entscheidungsfähigkeit hinaus lässt sich die Einwilligung im Kontext von Demenz nicht auf eine rein verbale Bestätigung oder rechtliche Kriterien reduzieren. In vielen Situationen, insbesondere bei mäßigem kognitivem Rückgang, spielen zwischenmenschliche und emotionale Indikatoren eine zentrale Rolle bei der ethischen Bewertung. Wie in den Diskussionen im Rahmen von WP2 hervorgehoben wurde:

„Bei der Einwilligung gehtes nicht immer um Worte. Manchmal geht es um Gelassenheit, Vertrautheit, emotionales Wohlbefinden und das Fehlen von Leid.“

(Fachkraft, WP2-Gruppendiskussion)

Diese Überlegung macht deutlich, wie wichtig es ist, nonverbale Kommunikation, emotionales Wohlbefinden und das Fehlen von Stress als aussagekräftige Anzeichen für Einwilligung anzuerkennen. Sie spricht für einen Ansatz, der nicht nur das Verständnis der Person berücksichtigt, sondern auch, wie sie sich während der Interaktion fühlt. Um falsche oder schädliche Entscheidungen zu vermeiden, ist es wichtig, sich Zeit zu nehmen, die Person über einen längeren Zeitraum zu beobachten und bei Bedarf Kollegen oder Familienangehörige um Rat zu fragen. Entscheidungen sollten auf dem üblichen Verhalten, den Vorlieben und dem allgemeinen Wohlbefinden der Person basieren.

Herausforderungen für Fachkräfte

Fachkräfte im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen berichten häufig, dass sie sich unsicher oder unvorbereitet fühlen, wenn im Zusammenhang mit Demenz Fragen der Sexualität aufkommen. Diese Unsicherheit ist nicht unbedingt auf mangelndes Interesse zurückzuführen, sondern spiegelt oft begrenzte Leitlinien, uneinheitliche Richtlinien und die Angst vor ethischen oder rechtlichen Fehlern wider.

Zu den häufigen Herausforderungen gehören:

- ♥ Fehlen klarer organisatorischer Richtlinien oder Leitlinien
- ♥ Angst vor rechtlichen oder beruflichen Konsequenzen
- ♥ Widersprüchliche Erwartungen von Angehörigen, Einrichtungen und Betroffenen
- ♥ Persönliche Werte oder kulturelle Normen, die das Handeln beeinflussen

Diese Herausforderungen können zu Vermeidungsverhalten, uneinheitlicher Praxis oder übermäßig restriktiven Reaktionen führen. Auch das Wissen und die Einstellungen zur Sexualität im Alter können beeinflussen, wie solche Situationen verstanden und bewältigt werden (Mahieu et al., 2020).

Fachkräfte berichten zudem, dass Reaktionen der Familie den Umgang mit Intimität im höheren Lebensalter erheblich erschweren können. Diese Spannung spiegelt sich in den Lebenserfahrungen älterer Menschen selbst wider. Wie eine Teilnehmendenin berichtete:

„Meine Kinder waren wütend, als ich mich wieder verliebt habe. Sie hielten das in meinem Alter für lächerlich, obwohl ich allein war und Gesellschaft brauchte.“

(Ältere Teilnehmendenin, WP2-Interview)

Solche Reaktionen verdeutlichen, wie sich altersdiskriminierende Vorurteile selbst innerhalb von Familien hartnäckig halten können, was Fachkräfte in eine schwierige Lage bringt, wenn sie versuchen, die Autonomie zu respektieren und gleichzeitig Konflikte und emotionale Belastungen zu bewältigen.

Diese Herausforderungen können zu Vermeidungsverhalten, uneinheitlicher Praxis oder übermäßig restriktiven Interventionen führen. Fortbildung und reflektierende Praxis sind daher unerlässlich, um selbstbewusste, ethische und mitfühlende Reaktionen zu fördern.

Schutz ohne Stigmatisierung

Schutzmaßnahmen sind eine entscheidende Verantwortung, sollten jedoch nicht auf eine Weise umgesetzt werden, die Sexualität stigmatisiert oder unterdrückt. Risikobewertungen sollten verhältnismäßig und transparent sein und sich auf die Vermeidung von Schaden konzentrieren, während Würde und Beziehungsbedürfnisse gewahrt bleiben.

Beobachtungen aus der beruflichen Praxis unterstreichen die emotionale Bedeutung von Beziehungen, selbst bei fortgeschrittenem kognitivem Verfall. Ein an WP2 beteiligter Gesundheitsfachmann reflektierte:

„Selbst wenn beide Menschen an Demenz litten, saßen sie zusammen, aßen zusammen und hielten Händchen. Als einer von ihnen starb, verfiel der/die andere in eine tiefe Depression.“

(Fachkraft aus dem Gesundheitswesen, Diskussion im Rahmen von WP2)

Dieses Beispiel zeigt, dass emotionale Bindungen über die verbale Kommunikation und die kognitiven Fähigkeiten hinaus bestehen bleiben können, was die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen unterstreicht, die die Beziehungsnähe nicht automatisch einschränken.

Dies erfordert:

- ♥ Klare Kommunikation innerhalb multidisziplinärer Teams;
- ♥ Einbeziehung der an Demenz erkrankten Person, wann immer dies möglich ist;
- ♥ Respektvoller Umgang mit Angehörigen und Pflegepersonen;
- ♥ Kontinuierliche Überprüfung statt festgefahrener Annahmen. (Alzheimer Europe, 2018; Weltgesundheitsorganisation, 2015).

Durch die Auseinandersetzung mit diesen Kernfragen bietet dieser Abschnitt eine Grundlage für das Verständnis von Demenz und Sexualität als komplexem, ethisch sensiblen und zutiefst menschlichen Bereich der beruflichen Praxis.



Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte

Die Auseinandersetzung mit Fragen der Sexualität und Intimität im Kontext von Demenz kann emotional herausfordernd und ethisch komplex sein. Fachkräfte können Unsicherheit, Unbehagen oder die Angst verspüren, „etwas falsch zu machen“, insbesondere wenn klare institutionelle Leitlinien fehlen. Dieser Abschnitt bietet praktische Orientierungshilfen zur Unterstützung einer durchdachten, respektvollen und personenzentrierten Praxis.

Zunächst ist es wichtig, dem Thema Sexualität bei Demenz mit Neugier statt mit Vorurteilen zu begegnen. Verhaltensweisen oder Ausdrucksformen von Intimität sollten nicht sofort als problematisch oder unangemessen eingestuft werden. Stattdessen werden Fachkräfte dazu ermutigt, die Lebensgeschichte, die Beziehungen, den kulturellen Hintergrund und den aktuellen emotionalen Zustand der Person zu berücksichtigen. Die Frage „Was könnte dieses Verhalten ausdrücken?“ kann dabei helfen, den Fokus von Kontrolle auf Verständnis zu verlagern.

Empfehlungen zur Kommunikation

Eine effektive Kommunikation ist von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, Sexualität und Intimität im Kontext von Demenz anzusprechen. Fachkräfte sollten eine klare, einfache und respektvolle Sprache verwenden, die an die kognitiven Fähigkeiten der Person angepasst ist. Nonverbale Kommunikation, einschließlich Tonfall, Mimik und Körpersprache, spielt eine entscheidende Rolle und sollte ruhig und beruhigend wirken.

Tabelle 1. Verhaltensregeln für die berufliche Praxis

Tun	Nicht
✓ Anerkennung von Sexualität und Intimität als Teil des menschlichen Wohlbefindens über die gesamte Lebensspanne hinweg Lebensverlauf an	✗ Gehen Sie nicht davon aus, dass Menschen mit Demenz asexuell oder unfähig zu Intimität sind
✓ Gehen Sie Situationen mit Offenheit und Neugierde statt mit Vorurteilen an	✗ Äußerungen von Sexualität nicht automatisch als unangemessen oder problematisch abstempeln
✓ Berücksichtigen Sie die persönliche Geschichte, Beziehungen und emotionale Bedürfnisse	✗ Sich auf pauschale Einschränkungen verlassen, anstatt eine individuelle Beurteilung vorzunehmen
✓ Beziehen Sie die an Demenz erkrankte Person wann immer möglich in Entscheidungen mit ein	✗ Lassen Sie sich bei beruflichen Entscheidungen nicht von persönlichem Unbehagen oder moralischen Überzeugungen leiten
✓ Bei ethischen Unsicherheiten multidisziplinären Rat einholen	✗ Äußerungen des Bedürfnisses nach Nähe und Zuneigung ignorieren oder unterdrücken
✓ Die Einwilligungsfähigkeit anhand eines entscheidungsspezifischen und beziehungsorientierten Ansatzes beurteilen	✗ Alle Verhaltensänderungen ohne medizinische Abklärung ausschließlich auf die Demenz zurückführen
✓ Reversible medizinische Ursachen (z. B. Delirium, Infektion, Nebenwirkungen von Medikamenten) ausschließen, wenn sich das Verhalten ändert	✗ Auf sexualisiertes Verhalten mit Bestrafung oder Bloßstellung reagieren

✓ Die aktuellen Behandlungen überprüfen und Nebenwirkungen berücksichtigen, die das Verhalten beeinflussen könnten	✗ Eine mögliche Einwilligung ohne strukturierte Beurteilung außer Kraft setzen
✓ Berücksichtigen Sie bei der Beurteilung des sexuellen Verhaltens Begleiterkrankungen (psychiatrische Erkrankungen, neurologische Erkrankungen, chronische Schmerzen) bei der Beurteilung des Sexualverhaltens	
✓ Gehen Sie angemessen auf unangemessenes Verhalten ein und konzentrieren Sie sich dabei auf das Verständnis Auslöser, bevor Einschränkungen verhängt werden	

Sich Zeit nehmen, Interaktionen verlangsamen und das Verständnis überprüfen können Stress reduzieren und dazu beitragen, Würde und Vertrauen zu wahren.

Beispiele für inklusives Verhalten

Zu inklusiven Praktiken kann gehören, langfristige intime Beziehungen anzuerkennen und zu respektieren, angemessene Ausdrucksformen von Zuneigung zu unterstützen und sicherzustellen, dass Pflegeumgebungen Privatsphäre und Würde ermöglichen. Die Verwendung inklusiver Sprache und die Anerkennung vielfältiger sexueller Identitäten und Orientierungen, einschließlich derer von älteren LSBTIQ+-Menschen, sind ebenfalls wesentliche Bestandteile einer respektvollen Pflege.

Förderung von Privatsphäre und Intimität in Pflegeumgebungen

Pflegeumgebungen, darunter sowohl institutionelle Einrichtungen als auch private Pflegeformen, sollten das Recht auf Intimität und Privatsphäre für ältere Menschen mit Demenz aktiv fördern. Das Fehlen privater Räume kann unbeabsichtigt den emotionalen Ausdruck einschränken, Stigmatisierung verstärken und sich negativ auf das psychische Wohlbefinden sowie das Identitätsgefühl auswirken.

In vielen Pflegeeinrichtungen können organisatorische Abläufe, Gemeinschaftsräume und risikoscheue Vorgehensweisen die Möglichkeiten für private Interaktionen einschränken, selbst wenn kein eindeutiges Verletzungsrisiko besteht. Infolgedessen können Bekundungen von Zuneigung oder Intimität unterbunden, unterbrochen oder falsch interpretiert werden, was zu Frustration, Leid oder Rückzug führen kann.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sollten Pflegeeinrichtungen spezielle oder anpassbare Räume einrichten, die Privatsphäre, Würde und den sicheren Ausdruck von Intimität ermöglichen. Dazu können der Zugang zu Einzelzimmern, die Möglichkeit für Paare, ungestört Zeit miteinander zu verbringen, sowie flexible Besuchsregelungen gehören. Auch das Verhalten des Personals spielt eine entscheidende Rolle, insbesondere dabei, zu erkennen, wann Privatsphäre angebracht ist, und unnötige Eingriffe zu vermeiden.

Wichtig ist, dass die Förderung von Intimität nicht als unvereinbar mit dem Schutz der Betroffenen angesehen werden sollte. Die Schaffung von Umgebungen, die Privatsphäre ermöglichen, ist daher kein optionaler Aspekt der Pflege, sondern ein zentraler Bestandteil einer ethischen, inklusiven und auf Würde basierenden Demenzpflege (Weltgesundheitsorganisation, 2015; Alzheimer Europe, 2018; Mahieu & Gastmans, 2015).

Während der Diskussionen im Rahmen von WP2 brachten ältere Teilnehmenden dieses Hindernis deutlich zum Ausdruck:

**„Einige Paare erzählten uns, dass
das Schwierigste nicht ihre
Erkrankung war, sondern der
Mangel an Privatsphäre in
Pflegeeinrichtungen.“**

(Älterer Teilnehmenden, Diskussion im Rahmen von WP2)

Pädagog*innen und Fachkräfte sollten daher darüber nachdenken, wie organisatorische Strukturen und Abläufe Würde, Intimität und Lebensqualität entweder fördern oder untergraben können.

Risikofaktoren und wie man sie vermeidet

Zu den häufigen Risikofaktoren zählen die Verfestigung von altersdiskriminierenden Stereotypen, eine übermäßige Fokussierung auf Risiken ohne angemessene Beurteilung der Situation sowie die Priorisierung institutioneller Zweckmäßigkeit gegenüber individuellen Rechten. Diese Probleme können zu übermäßig vorsichtigen oder restriktiven Reaktionen führen, die die Würde und Autonomie einer Person beeinträchtigen können. Sie stehen oft im Zusammenhang mit Unsicherheit, fehlenden klaren Leitlinien oder der Angst, eine falsche Entscheidung zu treffen. Um diese Risiken zu verringern, sind kontinuierliche Reflexion, regelmäßige Fortbildungen und klare organisatorische Richtlinien erforderlich. Dazu gehört auch, Entscheidungen im Laufe der Zeit zu überprüfen und sie an veränderte Situationen anzupassen, anstatt sich auf feststehende Annahmen zu verlassen.

Kulturell sensible Ansätze

Fachkräfte sollten sich bewusst sein, dass kulturelle, religiöse und soziale Normen sowie die Lebenserfahrungen einer Person Einfluss darauf haben können, wie Sexualität, Intimität und Demenz verstanden und ausgedrückt werden. Beispielsweise können Menschen, die in einer Zeit aufgewachsen sind, in der Homosexualität stigmatisiert oder kriminalisiert wurde, Unbehagen, Angst oder Verwirrung empfinden, wenn sie ihre Identität zum Ausdruck bringen oder intime Beziehungen eingehen. Andere haben möglicherweise andere Erwartungen, die durch vergangene Beziehungen und soziale Normen geprägt sind. Ein sensibler Umgang erfordert aufmerksames Zuhören, das Vermeiden von Vorurteilen und die Anpassung der Reaktionen, um sowohl den kulturellen als auch den persönlichen Hintergrund zu respektieren.

Während sich diese Empfehlungen in erster Linie an die professionelle Praxis richten, gelten ähnliche Grundsätze gleichermaßen im familiären und häuslichen Umfeld, wo der Großteil der täglichen Pflege stattfindet.



Leitfaden für Familienangehörige und Pflegepersonen (Psychoedukation zu Hause)

Im Alltag sind Intimität, emotionale Bindungen und Verhaltensänderungen oft zu Hause am deutlichsten sichtbar und müssen dort bewältigt werden. Pflegekräfte fühlen sich häufig unvorbereitet oder überfordert, wenn sie mit Veränderungen im Sexualverhalten konfrontiert werden. Psychoedukation ist daher unerlässlich, um sowohl die mit Demenz lebende Person als auch das Selbstvertrauen, das Wohlbefinden und die emotionale Belastbarkeit der Pflegekraft zu stärken (Gitlin & Hodgson, 2015).

Verhalten verstehen: „Was wird damit kommuniziert?“

Ein Wechsel von der Beurteilung zum Verständnis ist unerlässlich.

Sexuelles oder intimitätsbezogenes Verhalten spiegelt oft eher unerfüllte Bedürfnisse wider als absichtliche Handlungen. Dazu können gehören:

- Bedürfnis nach Trost oder Nähe
- Einsamkeit oder Angst
- Verwirrung hinsichtlich der eigenen Identität oder von Beziehungen
- körperliches oder emotionales Unbehagen
- verminderte Impulskontrolle

Betreuende werden dazu ermutigt, zu fragen: „Was könnte dieses Verhalten bedeuten?“. Diese Perspektive fördert einfühlsamere und effektivere Reaktionen (de Medeiros, 2013).

Praktische Strategien für Alltagssituationen

- **Nähe oder Zuneigung**

Bieten Sie sichere, angemessene Alternativen an (z. B. Händchenhalten), geben Sie Sicherheit und vermeiden Sie Ablehnung oder Beschämung.

- **Unangemessenes Verhalten (z. B. sich ausziehen, sexuelle Bemerkungen)**

Bleiben Sie ruhig, vermeiden Sie Konfrontationen und lenken Sie die Person behutsam ab („Lass uns in dein Zimmer gehen“, „Lass uns gemeinsam einen Tee trinken“). Berücksichtigen Sie mögliche Auslöser wie Unbehagen, mangelnde Privatsphäre oder Reizüberflutung.

- **Verwirrung bezüglich der Partner**

Vermeiden Sie harte Korrekturen („Das ist nicht dein Ehepartner“). Geben Sie Beruhigung und konzentrieren Sie sich eher auf emotionale Sicherheit als auf sachliche Richtigkeit. Setzen Sie auf Bestätigung und emotionale Verankerung: „Du bist in Sicherheit, ich bin bei dir“.

- **Wiederholte Bitten**

Erkennen Sie Gedächtnisstörungen, reagieren Sie konsequent und lenken Sie die Aufmerksamkeit ohne Frustration auf etwas anderes.

Grenzen, Einwilligung und Sicherheit zu Hause

Es ist unerlässlich, Schutz und Respekt in Einklang zu bringen. Nicht alle Ausdrucksformen von Intimität sind schädlich. Pflegekräfte sollten Anzeichen von Wohlbefinden oder Bedrängnis beobachten, den Grad des Verständnisses der Person berücksichtigen und die Geschichte der Beziehung einbeziehen.

Bei Unsicherheit sollte fachlicher Rat eingeholt, Verhaltensmuster beobachtet und einschränkende Reaktionen nach Möglichkeit vermieden werden (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Emotionale Auswirkungen auf Familienangehörige

Pflegepersonen können Unbehagen, Verlegenheit, Trauer, Eifersucht oder moralische Konflikte empfinden. Diese Reaktionen sind normal, können jedoch die Pflege beeinträchtigen, wenn keine Unterstützung vorhanden ist.

Psychoedukation sollte zu offenen Gesprächen, dem Zugang zu Selbsthilfegruppen und bei Bedarf zu professioneller Beratung anregen.

Kommunikation innerhalb der Familie

Unterschiedliche Ansichten sind häufig, insbesondere zwischen Partnern und erwachsenen Kindern.

Die Konzentration auf das Wohlbefinden der betroffenen Person, das Vermeiden von altersdiskriminierenden Annahmen und die Einbeziehung von Fachkräften bei Bedarf können dazu beitragen, Konflikte zu verringern.

Schaffung eines unterstützenden häuslichen Umfelds

Ein unterstützendes Umfeld kann viele Schwierigkeiten verhindern:

- die Privatsphäre und Würde gewährleisten
- Reizüberflutung verringern
- vorhersehbare Abläufe aufrechterhalten
- passt die Kleidung bei Bedarf an
- auf körperliches Wohlbefinden achten

Wann professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden sollte

Unterstützung sollte in Anspruch genommen werden, wenn sich das Verhalten plötzlich ändert, Stress oder ein Risiko vorliegt, die Einwilligung unklar ist oder sich die Betreuungsperson überfordert fühlt. Medizinische Ursachen sollten immer zuerst in Betracht gezogen werden (Weltgesundheitsorganisation, 2017).

Proportional Message für Angehörige

- Das Leben mit Demenz bedeutet nicht, dass das Bedürfnis nach Zuneigung, Nähe, emotionaler Verbundenheit und Würde verschwindet.
- Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, sind Verständnis, Geduld und Flexibilität erforderlich – nicht Kontrolle.

Sexuelles Verhalten im familiären Kontext: Weitere Überlegungen

Im familiären Kontext werden Ausdrucksformen von Sexualität bei Demenz nicht nur durch kognitive Veränderungen geprägt, sondern auch durch bestehende Beziehungsrollen und emotionale Vorgeschichten. Verhaltensweisen, die in professionellen Settings möglicherweise leichter einzuordnen sind, können deutlich komplexer werden, wenn sie innerhalb enger persönlicher Beziehungen auftreten, beispielsweise zwischen Ehepartnern, oder wenn sie sich an erwachsene Kinder oder informelle Pflegepersonen richten. Diese Beziehungsnähe kann emotionale Reaktionen verstärken, darunter Unbehagen, Verwirrung oder moralische Spannungen, insbesondere wenn Verhaltensweisen sozial oder kulturell verinnerlichte Grenzen in Frage stellen.

Um diese Situationen zu verstehen, muss man über das Verhalten selbst hinausblicken und versuchen zu erkennen, was dahinter stecken könnte. Veränderungen in der Intimität oder im sexuellen Ausdruck werden oft von Beziehungen, der Identität und der Lebensgeschichte einer Person geprägt. Aus diesem Grund geht es bei der Unterstützung von Familien nicht nur darum, das Verhalten zu bewältigen. Es geht

auch darum, Pflegepersonen dabei zu helfen, das Gesehene einzuordnen, ihre eigenen Reaktionen zu verarbeiten und mehr Selbstvertrauen zu entwickeln, um respektvoll und wertschätzend zu reagieren.

Kleine, wohlüberlegte Veränderungen in der Herangehensweise an Situationen – wie zum Beispiel das Tempo zu drosseln, auf emotionale Signale zu achten und den Fokus eher auf Verbundenheit als auf Kontrolle zu legen – können in der täglichen Pflege einen bedeutenden Unterschied bewirken. Im Kern geht es darum, an dem festzuhalten, was uns menschlich macht: dem Bedürfnis, sich anderen nahe zu fühlen, verstanden zu werden und dazugehören.



Zusammenfassung & Proportional Message

Sexualität und Intimität bleiben wichtige Aspekte der menschlichen Identität und des Wohlbefindens, selbst bei Demenz und kognitivem Verfall. Zwar kann Demenz die Art und Weise verändern, wie Sexualität erlebt und ausgedrückt wird, doch beseitigt sie nicht das Bedürfnis nach Nähe, Zuneigung, Anerkennung und Würde. Dieses Modul hat deutlich gemacht, wie wichtig es ist, altersdiskriminierende und stigmatisierende Annahmen zu überwinden, die älteren Menschen ihre sexuellen und zwischenmenschlichen Bedürfnisse absprechen.

Der Umgang mit Sexualität im Kontext von Demenz erfordert von Fachkräften, sich mit komplexen ethischen, emotionalen und praktischen Herausforderungen auseinanderzusetzen. Im Mittelpunkt dieses Prozesses steht das Verständnis von Einwilligung als etwas Dynamisches und Kontextabhängiges sowie das Bekenntnis zu Schutzmaßnahmen, die nicht auf pauschalen Einschränkungen oder angstbasierten Reaktionen beruhen. Die Achtung der Autonomie bei gleichzeitiger Schadensvermeidung ist keine feststehende Regel, sondern ein fortlaufender Prozess der Reflexion, Beurteilung und Kommunikation.

Dieses Modul erinnert uns zudem daran, jeden Menschen als Individuum zu betrachten. Faktoren wie Geschlecht, sexuelle Orientierung, Kultur, Gesundheit und Lebensumstände prägen die Art und Weise, wie Demenz und Sexualität erlebt werden. Das Bewusstsein für diese Unterschiede hilft Fachkräften, inklusiver, respektvoller und einfühlsamer zu reagieren – insbesondere gegenüber Menschen, die sich möglicherweise ohnehin schon übersehen oder ausgegrenzt fühlen.

Für Pädagog*innen und Fachkräfte wächst das Selbstvertrauen im Umgang mit Sexualität und Demenz durch Wissen, Reflexion und offenen Dialog. Klare Leitlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit und organisatorische Unterstützung sind unerlässlich, um Umgebungen zu schaffen, in denen Intimität als Teil einer ganzheitlichen Pflege anerkannt und nicht als ein Problem behandelt wird, das es zu bewältigen gilt. Auch wenn dies ein wichtiges Ziel darstellt, ist es in der Praxis aufgrund von Zeit- und Ressourcenengpässen möglicherweise nicht immer leicht zu erreichen. Doch schon kleine Schritte hin zu offeneren und respektvolleren Ansätzen können einen bedeutenden Unterschied bewirken.

Auch Angehörige und informelle Pflegekräfte spielen eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung der emotionalen und zwischenmenschlichen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Mit angemessener Anleitung und Unterstützung können sie dazu beitragen, zu Hause sichere, respektvolle und sinnvolle Möglichkeiten für Intimität zu schaffen.



Praktische Hilfsmittel

Dieses Modul wird durch eine umfassende Sammlung praktischer Hilfsmittel unterstützt, die im AgeWise-Toolkit enthalten sind. Diese Hilfsmittel sind darauf ausgelegt, die ethischen und theoretischen Inhalte des Moduls in eine strukturierte, anwendbare berufliche Praxis umzusetzen.

PowerPoint-Präsentation und Trainer*innenhinweise

Eine strukturierte Folienpräsentation, die den Weg vom Bewusstseinsbildungsprozess zum angewandten ethischen Denken aufzeigt.

Unterrichtsplan Modul 8

Ein strukturierter, zweieinhalbstündiger Schulungsrahmen, Die Moderationen dabei unterstützt, das Modul mithilfe interaktiver Diskussionen, Fallanalysen und ethischer Reflexion durchzuführen.

Übung 1: Mythos vs. Realität

Eine interaktive Aktivität, die darauf abzielt, altersdiskriminierende und stigmatisierende Annahmen über Sexualität und Demenz zu hinterfragen.

Übung 2: Reflexionsinstrument zu Einwilligung und Entscheidungsfähigkeit

Ein strukturiertes Rahmenkonzept, das Fachkräfte dabei unterstützt, die Einwilligungsfähigkeit kontextspezifisch und verhältnismäßig zu beurteilen.

Übung 3: Fallstudienkarten und Vorlage für einen 3-Stufen-Aktionsplan

Praxisnahe Szenarien, die die Teilnehmenden durch ethische Überlegungen, Schutzaspekte und langfristige Planung führen.

Gemeinsam tragen diese Instrumente dazu bei, Wissen in die Praxis umzusetzen, wenn Menschen mit Demenz in realen Situationen unterstützt werden.

Quellenangaben

Alzheimer Europe. (2018). Demenz und Intimität. Alzheimer Europe.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R. & Wellman, D. (2013). Unterstützung der sexuellen Selbstentfaltung von Bewohnern in der Altenpflege: Die erste Entwicklung eines Instruments zur Beurteilung der Sexualität. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 3065–3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.12180>

Bauer, M., Nay, R., McAuliffe, L. & O'Donnell, L. (2021). Förderung der Sexualität von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege: Eine systematische Übersicht über Richtlinien. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 249–263. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001757>

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). Grundsätze der biomedizinischen Ethik (8. Aufl.). Oxford University Press.

British Psychological Society. (2018). Leitlinien zu Einwilligung und Entscheidungsfähigkeit bei Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen. British Psychological Society.

de Medeiros, K. (2013). Sexualität und Demenz: Überblick und Implikationen für die Praxis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(2), 122–130. <https://doi.org/10.1177/1533317512471309>

Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2021). Sexualität und Intimität in Einrichtungen des betreuten Wohnens: Perspektiven und Erfahrungen. *Zeitschrift of angewandter Gerontology*, 40(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0733464819871607>

Gitlin, L. N., & Hodgson, C. V. (2015). Pflegekräfte als therapeutische Akteure in der Demenzpflege. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 217–248. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.217>

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafrada, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2017). Prävention, Intervention und Versorgung bei Demenz. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Sexualität bei älteren Menschen in Pflegeeinrichtungen: Eine systematische Übersicht. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>

Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J. & Gastmans, C. (2020). Wissen und Einstellungen von Pflegekräften zur Sexualität älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen: Eine systematische Übersicht. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1449–1463. <https://doi.org/10.1111/jan.14321>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Demenz: Beurteilung, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihre Pflegepersonen (NG97). NICE.

Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2016). Untersuchung des Stigmas rund um Sexualität im Alter. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1119426>

Weltgesundheitsorganisation. (2015). Weltbericht über Altern und Gesundheit. WHO.

Weltgesundheitsorganisation. (2017). Globaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Demenz im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2017–2025. WHO.

Praktische Hilfsmittel

Modul 1





Unterrichtsplan

Modul 1	Alternde Bevölkerung und positive Ansätze zum Altern
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Lernenden werden in der Lage sein: • die Auswirkungen des demografischen Wandels in Europa zu erläutern Strukturverständnis • zwischen den Modellen „Gesundes Altern“, „Aktives Altern“ und „Lebensqualität“ zu unterscheiden Integration von Rahmenkonzepten • Validierte Instrumente (CASP-19/WHOQOL) zur Messung des Wohlbefindens über die klinische Gesundheit hinaus anzuwenden Subjektive Bewertung • Eine geschlechts- und kulturspezifische Perspektive anzuwenden, um Hindernisse zu identifizieren, mit denen ältere Menschen konfrontiert sind Ganzheitliche Anwendung • Die Würde des Risikos (Autonomie) gegen institutionelle Sicherheit (Wohlfühlen) abwägen Berufsethik
Vorbereitung	- Bereiten Sie den Raum mit Stühlen und Tischen, Computern und einem Projektor vor. Reservieren Sie ihn gegebenenfalls im Voraus. - Stellen Sie Projektor, Flipchart und Marker bereit. - Drucken Sie die erforderlichen Handouts, Arbeitsblätter und Fragebögen aus. ○ Übung 1: Namen der World-Café-Stationen. ○ Übung 2: Fragebögen WHOQOL-BREF und/oder CASP-19. ○ Übung 2: Rollenspiel-Persona-Karten. ○ Übung 3: Fallstudienkarten. ○ Übung 3: Arbeitsblätter für den 3-Stufen-Aktionsplan. - Nachdem Sie die Vorbereitungen getroffen haben, informieren Sie die Teilnehmenden über den Zweck des Moduls, seine Ziele und den Ablauf. - Legen Sie bei Bedarf Pausen ein.
Checkliste	Technik: Überprüfung von PPTX und Projektor Übung 1: Drei Flipchart-Blätter und Marker Übung 2: Ausgedruckte Fragebögen, Persona-Karten und Schreibunterlagen Übung 3: Fallkarten und Arbeitsblätter Allgemein: Namensschilder und Feedback-Formulare

Unterrichtsplan | Präsenzunterricht

Themen & Aktivitäten	Dauer in Minuten	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und der Lernziele für Modul 1.	5 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Theoretische Einführung in die demografischen Daten Europas.	15 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 1 – World Café Ziel: Die EU-Daten mit der spezifischen regionalen und beruflichen Realität der Lernenden verknüpfen. Aktivität: Richten Sie drei „Stationen“ (Tische) ein, auf denen jeweils ein großes Blatt Papier liegt. <i>Station 1: Auswirkungen auf Finanzierung und Infrastruktur in unserer Gemeinde.</i> <i>Station 2: Auswirkungen auf das Personal und die individuelle Arbeitsbelastung.</i> <i>Station 3: Auswirkungen auf das Wohlbefinden älterer Menschen.</i> Die Gruppen verbringen jeweils 5 Minuten an jeder Station, um ihre Gedanken auf die Papierbögen zu schreiben, bevor sie zur nächsten Station wechseln. Nach drei Runden werden die Ergebnisse in der gesamten Gruppe vorgestellt und diskutiert. Beispielfrage für die Moderation: Trotz einiger Unterschiede in den Zahlen zwischen den Ländern – welche Herausforderung oder welcher Trend scheint für uns alle gleich zu sein? Inwiefern spiegeln diese Zahlen wider, was Sie derzeit täglich in Ihrer Einrichtung oder bei Ihren Bewohnern beobachten? Wenn Sie nur eine Information aus diesen Blättern auswählen müssten, um mit einem Kollegen zu teilen, der nicht	30 Min.	World Café (rotierende Kleingruppendiskussionen), Gruppenpräsentation	Drei separate Tische oder Wandflächen, beschriftet mit den Namen der Stationen (ausgedrucktes Handout), drei Blatt Papier oder Flipchart-Blätter, Marker, Klebeband, Stoppuhr

heute hier wäre, welche wäre es und warum?			
Theoretische Einführung in Konzepte des positiven Alterns.	15 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 2 – Messung der Lebensqualität Ziel: Übung im Umgang mit dem WHOQOL-BREF und dem CASP-19 Hilfsmittel. Aktivität: Teilen Sie die Lernenden in Zweiergruppen ein und verteilen Sie Rollenspiel-Charakterkarten sowie ausgedruckte Fragebögen: Ein Teilnehmenden spielt den <i>Fachmann</i>, der/die andere den <i>älteren Erwachsenen</i>. Der Fachmann führt ein 10-minütiges Interview anhand eines der beiden Fragebögen durch. Nach den Interviews werden Eindrücke, Ideen und Rückmeldungen in der gesamten Gruppe besprochen.	20 Min.	Rollenspiel-Simulation, Gruppendiskussion	Handouts: ausgedruckte Exemplare von WHOQOL-BREF und CASP-19, ausgedruckte (und laminierte) Rollenspiel-Charakterkarten, Stifte und Schreibunterlagen für die Fachkräfte zum Notieren.
Theoretische Einführungen zu ganzheitlichen Ansätzen und beruflichen Herausforderungen. Anschließendes gemeinsames Brainstorming: „<i>Was sind Ihre Herausforderungen?</i>“	15 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 3 – Analyse von Fallstudien und Erstellung eines 3-Stufen-Aktionsplans Ziel: Anwendung der <i>Gender-</i> und <i>Kulturperspektive</i> zur Lösung ethischer Dilemmata. Aktivität: Teilen Sie die Teilnehmenden in Kleingruppen ein. Jede Gruppe erhält eine Fallbeschreibung. Sie müssen eine zweiteilige Aufgabe bearbeiten: 1) Ermitteln, wie Geschlecht und Kultur in dieser konkreten Geschichte Barrieren schaffen. 2) Entwerfen Sie einen 3-Stufen-Aktionsplan, um für diese Person von einem <i>Defizitmodell</i> zu einem <i>Ansatz des positiven Alterns</i> überzugehen. Anschließend werden der Gruppe verschiedene Fälle vorgestellt, darunter	30 Min.	Fallstudienarbeit und Aktionsplanung, Gruppendiskussion	Handouts: Gedruckte Fallstudienkarten, gedruckte Arbeitsblätter für den 3-Stufen-Aktionsplan

Maßnahmenpläne. Es wird eine Gruppendiskussion moderiert.			
Theoretische Einblicke in Leitlinien für Pädagog*innen und Fachkräfte, ethische Überlegungen, Verhaltensregeln.	10 Min.	Präsentation	Laptop, Projektor, PowerPoint-Präsentation
Proportional Message & Zusammenfassung – Diskussion abschließender Fragen und Rückmeldungen.	5 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation, <i>optional</i> : Flipchart zur Erfassung von Fragen und Feedback
Feedback-Formular (<i>optional</i>)	5 Min.	Modulbewertung	Ausgedruckte Feedback-Formulare oder QR-Code für den Zugriff auf die Online-Umfrage



Übung 1

World Café

Auswirkungen auf
Finanzierung und
Infrastruktur in
unserer

Implications for Staff
& Personal
Workload.



Implications for the Well-being of older adults.



Übung 2

Messung der Lebensqualität

APPENDIX 8- THE WHOQOL-BREF

ABOUT YOU

I.D. number

--	--	--	--

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**?

Male

Female

What is your **date of birth**?

____ / ____ / ____
Day / Month / Year

What is the highest **education** you received?

None at all
Primary school
Secondary school
Tertiary

What is your **marital status**?

Single
Married
Living as married
Separated
Divorced
Widowed

Are you currently **ill**?

Yes No

If something is wrong with your health what do you think it is? _____

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks**. For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
Do you get the kind of support from others that you need?					

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Not at all 1	Not much 2	Moderately 3	A great deal 4	Completely 5
Do you get the kind of support from others that you need?				<u>4</u>	

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.

Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

THE WHOQOL-BREF

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1 (G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that (physical) pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7 (F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12	Have you enough money to meet your	1	2	3	4	5

(F18.1)	needs?					
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

SATZ 1

PRAKTIZIERENDER: IHR ZIEL IST ES, MIT HILFE DES FRAGEBOGENS DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER PERSON ZU ÜBERPRÜFEN. SIE SIND FREUNDLICH, FÜHLEN SICH ABER ZEITLICH UNTER DRUCK. VERSUCHEN SIE, ÜBER „JA/NEIN“-ANTWORTEN HINAUSZUKOMMEN.

SET 1

ÄLTERE ERWACHSENE (MARTA, 79): SIE SIND VOR 3 MONATEN IN EINE PFLEGEEINRICHTUNG ZUGEZOGEN. KÖRPERLICH GEHT ES IHNEN GUT, ABER SIE FÜHLEN SICH UNSICHTBAR. SIE VERMISSEN IHREN GARTEN UND IHREN ALTEN HUND. WENN DER THERAPEUT SIE NACH IHRER GESUNDHEIT FRAGT, SPRECHEN SIE ÜBER IHRE MEDIKAMENTE. WARTEN SIE, BIS ER SIE KONKRET NACH IHREN GEFÜHLEN ODER IHREN HOBBYS FRAGT, BEVOR SIE DEN GARTEN ERWÄHNEN.

SZENARIO 2:

MEDIZINISCHES PERSONAL: SIE SIND

**EINE ÄLTERE
KRANKENSCHWESTER. SIE KONZENTRIEREN SICH SEHR AUF
SICHERHEIT UND STURZPRÄVENTION. DEIN
ZIEL IST ES, DIE LEBENSQUALITÄT ÄLTERER
MENSCHEN MIT HILFE DES FRAGEBOGENS
ZU BEURTEILEN.**

SET 2

**ÄLTERER MENSCH (ARTHUR, 82): SIE LEBEN ZU HAUSE UND
BENUTZEN EINEN ROLLATOR. SIE SIND VERÄRGERT, WEIL
IHRE KINDER MÖCHTEN, DASS SIE AUFHÖREN, SELBST ZU
KOCHEN. SIE LEGEN GROSSEN WERT AUF IHRE
SELBSTSTÄNDIGKEIT. VERHALTEN SIE SICH ETWAS
ABWEHREND. WENN DER BETREUER SICH ZU SEHR AUF DIE
SICHERHEIT KONZENTRIERT, SAGEN SIE IHM, DASS SIE
LIEBER EIN RISIKO EINGEHEN UND GLÜCKLICH SEIN
MÖCHTEN, ALS SICHER ZU SEIN UND SICH ZU LANGWEILEN.**

SET 3

FACHKRAFT: IHR ZIEL IST ES, ZU PRÜFEN, OB DIE UMGEBUNG DEN BEDÜRFNISSEN DER PERSON ENTSPRICHT. VERWENDEN SIE DEN FRAGEBOGEN. SIE MÖCHTEN DIE PERSON DAZU ERMUTIGEN, SICH LOKALEN GEMEINSCHAFTSGRUPPEN ANZUSCHLIESSEN.

SET 3

ÄLTERER ERWACHSENER (ADNAN, 75): SIE SIND EIN MIGRANT, DER 40 JAHRE LANG IM BAUWESEN GEARBEITET HAT. IHRE NACHBARSCHAFT HAT SICH VERÄNDERT, UND SIE FÜHLEN SICH DORT NICHT MEHR ZU HAUSE ODER HABEN DAS GEFÜHL, DASS SIE „DORTHIN PASSEN“. SIE HABEN DAS GEFÜHL, DASS DIE SENIORENZENTREN NUR FÜR MENSCHEN DA SIND, DIE DIE ORTSSPRACHE PERFEKT BEHERRSCHEN. ACHTEN SIE DARAUF, OB DER BETREUER NACH EINER KULTURELL SENSIBLEN LÖSUNG SUCHT.

SET 4 THERAPEUT: SIE

**SIND EIN JUNGER
STUDENT. DU BIST ETWAS NERVÖS,
PERSÖNLICHE FRAGEN ZU STELLEN. DEIN ZIEL IST
ES, DIE ABSCHNITTE „FREUDE“ UND
„SELBSTVERWIRKLICHUNG“ DES FRAGEBOGENS
ZU ERKUNDEN.**

SET 4

**ÄLTERE ERWACHSENE (LUCIA, 71): DU BIST VOLLER
LEBENSENERGIE UND HAST VOR KURZEM BEGONNEN,
DICH MIT EINER ANDEREN PERSON AUS DEINEM
WANDERCLUB ZU TREFFEN. DU FÜHLST DICH WIEDER
WIE EIN TEENAGER, HAST ABER ANGST, DASS DIE LEUTE
DICH IN DEINEM ALTER FÜR ALBERN HALTEN.
ERWÄHNEN SIE, DASS SIE NEUE ENERGIE SPÜREN.
GEBEN SIE DEN TEIL MIT DER BEZIEHUNG NUR DANN
PREIS, WENN DER THERAPEUT EINE SEHR SICHERE
ATMOSPHÄRE SCHAFFT.**

SET 5

BETREUER: SIE HABEN EINE BESCHWERDE VON EINEM FAMILIENMITGLIED ERHALTEN, DAS GESEHEN HAT, WIE SEIN VATER EINEN ANDEREN BEWOHNER GEKÜSST HAT. BEURTEILEN SIE DAS WOHLBEFINDEN DES BEWOHNER ANHAND DES FRAGEBOGEN. SIE MACHEN SICH SORGEN UM DIE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG, MÖCHTEN ABER SEINE RECHTE WERDEN. STELLEN SIE FEST, OB DIE BEZIEHUNG DIE LEBENSQUALITÄT DES BEWOHNER VERBESSERT.

SET 5

ÄLTERER ERWACHSENER (HENRY, 81): SIE LEBEN SEIT ZWEI JAHREN IN DER EINRICHTUNG. SEIT SIE JANE KENNENGELERNT HABEN, FÜHLEN SIE SICH SO GLÜCKLICH WIE SCHON SEIT EINEM JAHRZEHNT NICHT MEHR. SIE SIND SICH VOLL UND GANZ BEWUSST, WAS SIE TUN, ABER SIE HABEN DAS GEFÜHL, DASS DAS PERSONAL SIE BEOBACHTET UND SIE WIE EIN KIND BEHANDELT, WENN SIE ZUSAMMEN SIND.

WENN DER THERAPEUT DIE BESCHWERDE DER FAMILIE ANSPRICHT, BRINGEN SIE IHRE FRUSTRATION ZUM AUSDRUCK.



Übung 3

Fallstudien analysieren und einen 3-Stufen-Aktionsplan erstellen

SCHRITT 1: Die Linsenanalyse

Welche „Perspektiven“ spielen hier eine Rolle?

Kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an: ☐ Geschlecht ☐ Kultur ☐ Altersdiskriminierung ☐ Institutionelle Sicherheit.

Beschreiben Sie kurz den Konflikt zwischen dem „Defizitmodell“ (was das System will) und dem „Modell des positiven Alterns“ (was die Person braucht).

SCHRITT 2: Die ganzheitliche Neuausrichtung

Den Menschen als Ganzes betrachten: Was wird in Bezug auf die Geschichte, den Stolz oder die Freude dieser Person übersehen?

Die Würde des Risikos: Wenn wir die Autonomie dieser Person in den Vordergrund stellen, wie sieht dann ein „ausreichend sicherer“ Kompromiss aus?

SCHRITT 3: Die Umsetzung (3 konkrete Maßnahmen)

Was können Sie der Person oder der Familie heute sagen, um sie zu bestärken?

Welche Änderung ist im Pflegeplan oder im Verhalten des Personals erforderlich?

Wie stellen wir die Lebensqualität dieser Person sicher?

Referenzen zur „Gender-Perspektive“: Kurze Definitionen

1. Die Gender-Perspektive

Dies ist eine Sichtweise auf eine Situation, um zu erkennen, wie sich gesellschaftliche Erwartungen an das Mann- oder Frausein auf die Erfahrungen älterer Menschen auswirken.

In der Praxis lautet die Frage: „Wird diese Person aufgrund traditioneller ‚Regeln‘ bezüglich ihres Geschlechts so behandelt oder verhält sie sich so?“ (z. B. die Annahme, dass eine Tochter kostenlose Pflege leistet, oder die Annahme, dass ein älterer Mann keine emotionale Unterstützung benötigt).

2. Die kulturelle Perspektive

Dies ist eine Herangehensweise, bei der Pflege vor dem Hintergrund der Werte, der Sprache und des kulturellen Erbes der Person betrachtet wird. Dabei wird anerkannt, dass Wohlbefinden in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutungen hat.

In der Praxis lautet die Frage: „Beurteilen wir das Verhalten dieser Person anhand unserer eigenen kulturellen Normen, oder respektieren wir ihre spezifischen Traditionen in Bezug auf Familie, Essen und Autorität?“

3. Die Würde des Risikos

Dies ist das ethische Prinzip, dass jeder Erwachsene das Recht hat, Entscheidungen zu treffen und angemessene Risiken einzugehen, die zu persönlichem Wachstum oder Glück führen können, selbst wenn diese Entscheidungen einen Sturz oder eine Verletzung zur Folge haben könnten.

In der Praxis lautet die Frage: „Schützen wir diese Person so sehr, dass wir ihr damit ihre Freiheit und Freude nehmen?“ Es verlagert das Ziel von *absoluter Sicherheit* hin zu *einem bestmöglichen Leben*.

Fallstudien

1: DER UNSICHTBARE PATRIARCH (GESCHLECHT & KULTUR)

PERSON: GIOVANNI (76), EIN TRADITIONELLER ITALIENISCHER EINWANDERER. ER LEIDET AN PARKINSON IM FRÜHSTADIUM. SEINE EHEFRAU, MIT DER ER 50 JAHRE VERHEIRATET WAR, IST KÜRZLICH VERSTORBEN.

DILEMMA: GIOVANNI WEIGERT SICH, SICH VON WEIBLICHEN PFLEGEKRÄFTEN BEI DER KÖRPERPFLEGE HELFEN ZU LASSEN, WIRD ABER WÜTEND, WENN KEIN MÄNNLICHES PERSONAL VERFÜGBAR IST. ER ISOLIERT SICH ZUIMMER MEHR, WEIL ER GLAUBT, DASS MÄNNER NICHT ZU „GEMEINSCHAFTLICHEN KAFFEE-MORGENEN“ GEHEN.

HERAUSFORDERUNG: INWIEWEIT FÜHREN GESCHLECHTERROLLEN UND KULTURELLER STOLZ ZU EINEM DEFIZIT IN SEINER PFLEGE?

2: DER BESCHÜTZENDE SOHN (ETHIK & AUTONOMIE)

PERSON: MARTHA (82), EINE JOURNALISTIN IM RUHESTAND, DIE IHRE UNABHÄNGIGKEIT LIEBT. SIE HAT

LEICHTE PROBLEME MIT DEM GLEICHGEWICHT.

DILEMMA: MARTHA MÖCHTE WEITERHIN ALLEINE MIT DEM BUS ZUR STADTBIBLIOTHEK FAHREN. IHR SOHN HAT BEI DER EINRICHTUNG ANGERUFEN UND FORGEDAN, SIE ZU IHRER EIGENEN SICHERHEIT EINZUSPERREN ODER IHR DIE BUSKARTE ZU ENTZIEHEN.

HERAUSFORDERUNG: WENDEN SIE DAS PRINZIP DER „WÜRDE DES RISIKOS“ AN. WIE BRINGEN SIE DIE ANGST DES SOHNES (SICHERHEIT) MIT MARTHAS LEBENSQUALITÄT

3: DIE STILLE SPRACHE (KULTUR & LEBENSQUALITÄT)

PERSONA: SUN-HI (88), EINE KOREANISCHE FRAU, DIE IN EINEM WESTLICHEN PFLEGEHEIM LEBT. SIE SPRACH FLIESSEND ENGLISCH, ABER MIT FORTSCHREITENDER DEMENZ KEHRT SIE ZU IHRER MUTTERSPRACHE ZURÜCK.

DILEMMA: DAS PERSONAL BEHANDELT SIE ALS NICHT SPRACHFÄHIG ODER ALS SCHWIERIG, WEIL SIE ANWEISUNGEN NICHT BEFOLGT. SIE VERLIERT AN GEWICHT, WEIL SIE DAS SERVIERTE ESSEN NICHT ERKENNT.

HERAUSFORDERUNG: BETRACHTEN SIE DIE SITUATION AUS KULTURELLER PERSPEKTIVE. INWIEWEIT VERSAGT DAS SYSTEM DAZU, SUN-HI ALS GANZE PERSON ZU SEHEN ÜBER IHRE DIAGNOSE HINAUS?

4: DIE „ALBERNE“ ROMANZE (SEXUELLER ALTERSSCHLEMM)

PERSONEN: DAVID (79) UND LILLIAN (81). BEIDE SIND BEWOHNER, DIE EINE ROMANTISCHE BEZIEHUNG EINGEGANGEN SIND.

DILEMMA: SIE WURDEN IN LILLIANS ZIMMER ANGETROFFEN, DIE TÜR WAR VERSCHLOSSEN. DAS PERSONAL TRATSCHT, UND EINIGE MACHEN WITZE ÜBER DEN „FREUND DER OMA“. EIN MITARBEITER*INNEN SCHLÄGT VOR, SIE SOLLTEN BEI IHREN VERABREDUNGEN BEAUFSICHTIGT WERDEN.

HERAUSFORDERUNG: ERKENNE DEN SEXUELLEN ALTERSSCHLEMM. WIE WIRKT SICH DIESES GETRÄTZ AUF IHR RECHT AUF INTIMITÄT UND IHR SELBSTWERTGEFÜHL AUS?

5: DIE GESCHLECHTSSPEZIFISCHE BELASTUNG (GESCHLECHT & POLITIK)

PERSONA: SARAH (60), DIE SELBST EINE „JUNG-ALTE“ IST, IST DIE HAUPTPFLEGERIN FÜR IHRE MUTTER (89) UND IHREN VATER (91).

DILEMMA: SARAH IST ERMÜDET UND VERLIERT IHRE EIGENE GESUNDHEIT. WENN SIE UM HILFE BITTET, SAGT DIE SOZIALARBEITER*INNENIN: „ES IST SO WUNDERBAR, DASS DIE FAMILIE SICH UM SIE KÜMMERT; TÖCHTER KÖNNEN DAS SO VIEL BESSER.“

HERAUSFORDERUNG: BETRACHTEN SIE DIE PFLEGEPERSON AUS GESCHLECHTERPERSPEKTIVE. INWIEWEIT TRÄGEN GESELLSCHAFTLICHE ERWARTUNGEN AN DIE ROLLE VON FRAUEN ZUR DEMOGRAPHISCHEN BELASTUNG FÜR EINZELNE PERSONEN BEI?

Praktische Hilfsmittel

Modul 2





Unterrichtsplan

Modul 2	Altersdiskriminierung und Vorurteile gegenüber älteren Menschen
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Lernenden werden in der Lage sein: • die drei Ebenen der Altersdiskriminierung zu identifizieren und zu definieren sowie deren systemische Auswirkungen zu beschreiben. • die Diskrepanz zwischen der expliziten beruflichen Befürwortung sexueller Rechte und impliziten persönlichen Vorurteilen zu erkennen • zu verstehen, wie sich Geschlecht, Kultur und kognitiver Status überschneiden und so einzigartige Hindernisse für Intimität schaffen. • Das <i>Stereotyp der Asexualität</i> sowie die Priorisierung von Sicherheit gegenüber dem Recht Erwachsener auf Privatsphäre hinterfragen.
Vorbereitung	- Richten Sie den Raum mit Stühlen und Tischen, Computern und einem Projektor ein. Reservieren Sie ihn gegebenenfalls im Voraus. - Stellen Sie Projektor, Flipchart und Marker bereit. - Drucken Sie die erforderlichen Handouts und Arbeitsblätter aus. - o Übung 1: Fallbeispielkarten für jede Gruppe. - o Übung 1: Karten mit Mythen für jede Gruppe. - o Übung 1: Arbeitsblatt „Schlüssel“ für den Moderator zur Überprüfung der Paarungen. - o Übung 2: 5 Karten mit Hauptthemen. - o Übung 3: Kampagnen-Arbeitsblätter für jede Gruppe. - Nachdem Sie die Vorbereitungen getroffen haben, informieren Sie die Teilnehmenden über den Zweck des Moduls, seine Ziele und den Ablauf. - Legen Sie bei Bedarf Pausen ein.
Checkliste	Technik: PPTX-Datei und Projektor prüfen Übung 1: Fall- und Mythoskarten, Master-Key für den Moderator Übung 2: 5 Karten zu den Hauptthemen, Flipchart und Marker Übung 3: Arbeitsblätter zur Kampagne, Post-its, große Papierbögen Allgemein: Namensschilder und Feedback-Formulare

Unterrichtsplan | Präsenzveranstaltung

Themen & Aktivitäten	Dauer in Minuten	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und der Lernziele für Modul 2.	5 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Theoretische Einführung zu Definitionen, Auswirkungen und Ausprägungsgraden von Altersdiskriminierung.	15 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Übung 1 – Das Altersdiskriminierungs-Puzzle Ziel: Die Lernenden sollen anhand von realen Szenarien erkennen, wie sich die 12 Mythen über das Altern (WHO, 2013) auf <i>institutioneller, zwischenmenschlicher</i> und <i>verinnerlichter</i> Ebene der Altersdiskriminierung manifestieren. Aktivität: Lesen Sie in kleinen Gruppen die folgenden Mini-Fallstudien durch. Ermitteln Sie, auf welcher Ebene des Ageismus dies geschieht und welcher der 12 WHO-Mythen dadurch verstärkt wird.	25 Min.	Fallstudienanalyse, Gruppen-Zuordnungsübung, vergleichende Diskussion	12 Fallbeispielkarten, 12 Mythenkarten, Arbeitsblatt: Ein „Master-Key“ für die Moderator*in zur Überprüfung der Zuordnungen. <i>Je nach Anzahl der Kleingruppen verschiedene Sätze Puzzle-Karten ausdrucken.</i>
Theoretische Einleitung zu negativen gesellschaftlichen Vorstellungen, Mythen und Tabus rund um die Sexualität im Alter,	15 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Übung 2 – Grautöne Ziel: Fachkräften dabei helfen, anhand von fünf zentralen Forschungsthemen Diskrepanzen zwischen ihren <i>expliziten</i> (bewussten/höflichen) Überzeugungen und ihren <i>impliziten</i> (unbewussten/instinktiven) Reaktionen zu erkennen. Jede Gruppe zieht eine Themenkarte (1. Narrativ des Niedergangs, 2. Asexuelles Stereotyp, 3. Quantität vor Qualität, 4. Hegemonie der Penetration, 5. Ambivalenz). Die Gruppen diskutieren: Wo haben wir dies in unserer Einrichtung beobachtet? Fällt euch etwas ein, wenn ihr das Thema mit expliziten oder impliziten altersdiskriminierenden Handlungen in Verbindung bringt?	25 Min.	Fokussierte Gruppendiskussion, reflektierendes Geschichtenerzählen, Brainstorming	5 Karten zu den Hauptthemen, Flipchart & Stifte

Theoretische Einblicke in die Auswirkungen von Vorurteilen auf das Gesundheitswesen, das Bildungswesen und institutionelle Einrichtungen, schutzbedürftige Gruppen, Intersektionalität und berufliche Herausforderungen. Anschließendes Brainstorming in der Gruppe: „Was sind Ihre Herausforderungen?“	15 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 3 – Das Narrativ neu denken: Ein Workshop zur Medienkampagne Ziel: Die Teilnehmenden sollen befähigt werden, Gegenerzählungen zu entwickeln, die altersdiskriminierende Medieninhalte hinterfragen und die sexuellen Rechte sowie die Vielfalt älterer Menschen fördern. Aktivität: Anhand des Arbeitsblatts durchlaufen die Gruppen einen kreativen Prozess: 1. Wählen Sie ein Thema aus (z. B. einen Mythos) 2. Wählen Sie einen aussagekräftigen Slogan, um ihrer Kampagne eine Stimme zu geben. 3. Beschreiben Sie ein Bild – wie sieht das Bild aus? 4. Die Gruppen skizzieren eine grobe Version ihres Plakats oder Social-Media-Beitrags auf Flipchart-Papier. Definieren Sie einen konkreten <i>Aufruf zum Handeln</i>: Was ist die eine konkrete Sache, die eine Fachkraft oder ein Familienmitglied nach dem Betrachten Ihrer Kampagne anders machen soll? 5. Jede Gruppe stellt ihre Kampagne vor.	30 Min.	Kreatives Gestalten, gemeinsames Schreiben, Präsentation	Kampagnen-Arbeitsblätter, Post-its, große Papierbögen
Theoretische Einweisung zu Leitlinien für Pädagog*innen und Fachleute, ethische Überlegungen, Verhaltensregeln.	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Proportional Message & Zusammenfassung – Diskussion abschließender Fragen und Feedback.	5 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation, <i>optional</i> : Flipchart zur Erfassung von Fragen und Feedback
Feedback-Formular (<i>optional</i>)	5 Min.	Modulbewertung	Ausgedruckte Feedback-Formulare oder QR-Code für den Zugriff auf die Online-Umfrage



Übung 1

Das „Ageism“-Rätsel – Lösung: 12 Mythen über das Altern

Mythos	Fallbeispiel zur Karte	Ausprägung von Altersdiskriminierung
1. Geistiger und körperlicher Verfall	Ein Arzt ignoriert die Beschwerden eines 75-Jährigen über chronische Gelenkschmerzen und erklärt: <i>„In Ihrem Alter müssen Sie damit rechnen, dass bestimmte Funktionen nachlassen; weitere Untersuchungen.“</i>	Zwischenmenschlich
2. Gleichartige Bedürfnisse	Ein Seniorenheim bietet allen 200 Bewohnern an.	Institutionell
3. Kreativität ist etwas für die Jungen	Ein örtliches Gemeindezentrum weigert sich, eine innovative und neue Geschäftsidee zu finanzieren: Der „Senioren-Startup-Inkubator“.	Institutionell
4. Erfahrung ist irrelevant	Während einer Strategiesitzung bei einer gemeinnützigen Organisation unterbricht ein jüngerer Koordinator einen pensionierten Geschäftsführer und sagt: <i>„Die Welt hat sich zu sehr verändert, als dass Ihre Methoden der ‚alten Schule‘ heute noch funktionieren.“</i>	Zwischenmenschlich
5. Sehnsucht nach Ruhe und Frieden	Eine Pflegekraft rät zwei Bewohnern davon ab, in einen nächtlichen Jazzclub zu gehen, und sagt ihnen: <i>„Ihr wärt viel glücklicher, wenn ihr in eurem ruhigen Zimmer bei einer schönen Tasse Tee.“</i>	Zwischenmenschliche Beziehungen
6. Krankenhausbetten sind das Problem	Ein Stadtrat konzentriert sein gesamtes Seniorenbudget auf den Bau weiterer klinisch gestalteter im Stil von Krankenstationen zu bauen, anstatt barrierefreie Parks oder Gesellschaftstänzsäle zu schaffen.	Institutionell
7. Den Jungen etwas wegnehmen	Eine Zeitung argumentiert, dass Rentenerhöhungen eingefroren werden sollten, da jeder Euro, der für „die Vergangenheit“ (Senioren) ausgegeben wird, der „Zukunft“ (Schulkinder) gestohlen wird.	Institutionell

8. Ausgaben sind Verschwendung	Ein Ethikrat eines Krankenhauses debattiert darüber, ob einer 80-Jährigen eine teure Herzklappe implantiert werden soll, und hinterfragt dabei die „Rentabilität“ angesichts ihrer verbleibenden Lebensjahre in Frage stellt.	Institutionell
9. Ungeeignet für die moderne Arbeitswelt	Der Rekrutierungsalgorithmus eines Technologieunternehmens filtert automatisch alle Bewerber mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung automatisch heraus, da davon ausgegangen wird, dass diese mit einem schnelllebigem Arbeitsumfeld nicht zurechtkommen.	Institutionell
10. Man kann einem alten Hund keine neuen Tricks beibringen	Eine 80-jährige Frau hält sich davon ab, sich für einen Programmierkurs anzumelden, weil sie denkt: „ <i>Mein Gehirn ist zu alt, um neue Technologien aufzunehmen; ich bleibe einfach bei dem, was ich kann.</i> “	Verinnerlicht
11. Mit dem Rückzug rechnen	Eine ältere ehrenamtliche Mitarbeiter*innenin tritt aus einem Vorstand zurück, den sie liebt, weil sie ein schlechtes Gewissen hat, einen Platz einnimmt, der ihrer Meinung nach rechtmäßig einer jüngeren Person zusteht.	Verinnerlicht
12. Es regelt sich von selbst	Eine Seniorenpflegeeinrichtung hat keine Richtlinien zu sexueller Einwilligung oder Intimität, da davon ausgegangen wird, dass Senioren kein Sexualleben haben und daher keine Regeln oder Schutzmaßnahmen benötigt.	Institutionell

Mythos	Einige Gegenargumente als Anhaltspunkt (WHO, 2013)
1. Geistiger und körperlicher Verfall	Ein Großteil des Leistungsabfalls ist nicht unvermeidbar; er resultiert aus gesellschaftlichen Erwartungen und mangelnder körperlicher Aktivität. Einfache Veränderungen wie mehr Bewegung und eine verbesserte Ernährung können viele altersbedingte Probleme wie Muskelschwund und die aerobe Kapazität.
2. Ähnliche Bedürfnisse	Die Vielfalt nimmt mit zunehmendem Alter sogar zu. Die älteste Bevölkerungsgruppe ist die am wenigsten homogene, wobei die Bedürfnisse stark variieren je nach chronologischem, biologischem und psychologischem Alter stark variieren.
3. Kreativität ist nichts nur für die Jungen	Kreativität kennt kein „Verfallsdatum“. Viele einflussreiche Persönlichkeiten, von Michelangelo bis hin zu zeitgenössischen Autoren, schufen ihre größten Werke erst weit nach ihrem 70. Lebensjahr geschaffen. Die Zwangsverrentung ist ein soziales Konstrukt, keine biologische Grenze der Produktivität.
4. Erfahrung ist irrelevant	Ältere Menschen verfügen über gesammeltes Wissen und Führungskompetenzen, die man nicht aus Büchern lernen kann. Sie sind unverzichtbare Vermittler von Traditionen und können jüngere Generationen in aussterbenden Fertigkeiten wie Handwerk oder der Lösung komplexer Probleme
5. Sie sehnen sich nach Ruhe und Frieden	Die meisten älteren Menschen ziehen sich nicht aus dem gesellschaftlichen Leben zurück, es sei denn, sie werden von der Gesellschaft dazu gezwungen. So verzeichnen beispielsweise Gemeindezentren in Athen verzeichnen eine hohe Nachfrage nach Festen, Tanzveranstaltungen und Ausflügen.
6. Das Problem sind die Krankenhausbetten	Zwar ist die medizinische Versorgung wichtig, doch das eigentliche Problem ist die Wahrung der Selbstständigkeit. Die Politik muss sich auf Einkommen, Wohnen und soziale Netzwerke konzentrieren, um die unangemessene und verschwenderische Überbeanspruchung von Krankenhausbetten zu verringern.
7. Den Jungen etwas wegnehmen	Viele Verbesserungen für ältere Menschen kommen allen Altersgruppen zugute. Sichere Straßenübergänge, bessere Straßenbeleuchtung und Niederflrbusse helfen Eltern mit Kinderwagen und Menschen mit Einkaufswagen genauso wie Senioren.
8. Ausgaben sind Verschwendung	Angemessene Ausgaben sparen tatsächlich Geld. Kleine Investitionen in Hörgeräte, Gehhilfen oder die Instandhaltung des Wohnraums sorgen dafür, dass Menschen mobil und in ihren sozialen Netzwerken und verhindern so die Notwendigkeit einer weitaus teureren Langzeitpflege.
9. Ungeeignet für moderne Arbeitswelt	Ältere Arbeitnehmer sind oft beständiger, zuverlässiger und loyaler als ihre jüngeren Kollegen. Sie zeichnen sich durch strategisches Denken, bei der Abwägung komplexer Sachverhalte und bei der Einnahme einer ganzheitlichen Perspektive.
10. Man kann ihnen keine neuen Tricks beibringen	Ältere Erwachsene sind bei Schulungen oft motivierter und ausdauernder als jüngere Teilnehmenden. Der „Trick“ liegt in der Lehrmethode; wenn man ihnen erlaubt, in ihrem eigenen Tempo mit praktischen Anwendungen vorzugehen, lernen sie genauso effektiv wie jeder/die andere.

11. Rechnen Sie damit, beiseite geschoben zu werden	Ältere Menschen werden zu einer zunehmend lautstarken und einflussreichen „grauen Euro“-Gruppe auf dem Markt. Sie sind besser über ihre Gesundheitsrechte informiert als je zuvor und können überraschende Beiträge zur Entscheidungsfindung in der Gemeinschaft leisten, wenn man ihnen einen Platz am Tisch einräumt.
12. Die Dinge regeln sich von selbst	Sich auf den Zufall zu verlassen, ist angesichts des rasanten Tempos des modernen Wandels gefährlich. Ohne aktive Diskussion und Planung unter Einbeziehung aller Generationen werden die spezifischen Bedürfnisse der schutzbedürftigsten älteren Bürger ignoriert.

Weltgesundheitsorganisation. (2013). *Die Mythen des Alterns entmystifizieren*. WHO-Regionalbüro für Europa. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>

Fallbeispiele

Ein Arzt ignoriert die Beschwerden über chronische Gelenkschmerzen mit den Worten: „In Ihrem Alter müssen Sie damit rechnen, dass Dinge nicht mehr so gut funktionieren; weitere Untersuchungen sind sinnlos.“	Ein Seniorenheim bietet für alle 200 Bewohner nur eine einzige Freizeitaktivität (Bingo) an.
Ein örtliches Gemeindezentrum lehnt die Finanzierung einer innovativen und neuen Geschäftsidee ab: den „Senior-Startup-Inkubator“.	Während einer Strategiesitzung bei einer gemeinnützigen Organisation unterbricht ein jüngerer Koordinator einen pensionierten Manager und sagt: „Die Welt hat sich zu sehr verändert, als dass Ihre ‚altmodischen‘ Methoden heute noch funktionieren könnten.“
Eine Pflegekraft rät zwei Bewohnern davon ab, in einen Jazzclub zu gehen, der bis spät in die Nacht geöffnet ist, und sagt ihnen: „Ihr wärt viel glücklicher, wenn ihr in eurem ruhigen Zimmer bei einer schönen Tasse Tee bleiben würdet.“	Ein Stadtrat konzentriert sein gesamtes Seniorenbudget auf den Bau weiterer Zimmer im Stil von Krankenhausstationen, anstatt barrierefreie Parks oder Gesellschaftstänzsäle zu schaffen.
Eine Zeitung argumentiert, dass Rentenerhöhungen eingefroren werden sollten, da jeder Euro, der für „die Vergangenheit“ (Senioren) ausgegeben wird, „der Zukunft“ (Schulkindern) gestohlen wird.	Ein Ethikrat eines Krankenhauses debattiert darüber, ob einer 80-Jährigen eine teure Herzklappe implantiert werden soll, und hinterfragt angesichts ihrer verbleibenden Lebenserwartung die „Rentabilität der Investition“.
Der Rekrutierungsalgorithmus eines Technologieunternehmens filtert automatisch alle Bewerber mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung heraus, da davon ausgegangen wird, dass sie mit einem schnelllebigen Umfeld nicht zurechtkommen.	Eine 80-jährige Frau hält sich davon ab, sich für einen Programmierkurs anzumelden, weil sie denkt: „Mein Gehirn ist zu alt, um neue Technologien zu verinnerlichen; ich bleibe einfach bei dem, was ich kenne.“
Eine ältere ehrenamtliche Mitarbeiter*innenin tritt aus einem Vorstand zurück, den sie liebt, weil sie ein schlechtes Gewissen hat, einen Platz einzunehmen, der ihrer Meinung nach rechtmäßig einer jüngeren Person zusteht.	Eine Seniorenpflegeeinrichtung hat keine Richtlinien zu sexueller Einwilligung oder Intimität, da davon ausgegangen wird, dass Senioren kein Sexualleben haben und daher keine Regeln oder Schutzmaßnahmen erforderlich sind.

Mythen

MYTHOS 1: MENSCHEN SOLLTEN DAMIT RECHNEN, SICH GEISTIG UND KÖRPERLICH ZU VERSCHLECHTERN.	MYTHOS 2: DIE MEISTEN ÄLTEREN MENSCHEN HABEN ÄHNLICHE BEDÜRFNISSE.
MYTHOS 3: KREATIVITÄT UND EIN BEITRAG ZUR GESELLSCHAFT SIND DAS ZUHAUSE DER JUNGEN MENSCHEN.	MYTHOS 4: DIE ERFAHRUNGEN ÄLTERER MENSCHEN HABEN IN DER MODERNEN GESELLSCHAFT KAUM BEDEUTUNG.
MYTHOS 5: VIELE ÄLTERE MENSCHEN MÖCHTEN IN RUHE UND FRIEDEN GELASSEN WERDEN.	MYTHOS 6: KRANKENHAUSBETTEN UND PFLEGEPERSONAL SIND DAS HAUPTPROBLEM.
MYTHOS 7: DIE VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN ENTZIEHT DEN JUNGEN MENSCHEN RESSOURCEN.	MYTHOS 7: DIE VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN ENTZIEHT DEN JUNGEN MENSCHEN RESSOURCEN.
MYTHOS 9: Ältere Menschen sind für moderne Arbeitsplätze nicht geeignet.	MYTHOS 10: MAN KANN EINEM ALTEN HUND KEINE NEUEN TRICKS BEIBRINGEN.
MYTHOS 11: Ältere Menschen erwarten, dass sie Platz machen müssen.	MYTHOS 12: DIE DINGE WERDEN SICH VON SELBST REGELN.



Übung 2

Grautöne

1 Die Erzählung vom Niedergang – „Die Welt gehört den Jungen“

Ein erheblicher Teil der Befragten betrachtete die Sexualität im höheren Lebensalter ausschließlich unter dem Gesichtspunkt von **Verlust und Verfall**. Sie gingen davon aus, dass das Verlangen ganz natürlich verschwindet und dass ältere Körper weniger attraktiv oder weniger leistungsfähig sind.

2 Das Stereotyp der Asexualität

Einigen Teilnehmendenn fiel es schwer, sich ältere Menschen überhaupt als sexuelle Wesen vorzustellen. Sie beschrieben Sex im höheren Lebensalter als **selten, nicht existent oder langweilig und** brachten ihn oft nur mit biologischen Funktionen (wie Hormonen) in Verbindung, statt mit emotionaler Verbundenheit.

3. Quantität statt Qualität

Viele Befragte waren der Meinung, dass zwar die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs zwar abnehmen möge, die **emotionale Tiefe jedoch** zunehme.

Sie betrachteten die Sexualität im höheren Lebensalter als vollständiger, reifer und bedeutungsvoller im Vergleich zum eher körperbetonten Sex in der Jugend.

4. Die Vorherrschaft der Penetration

In der Öffentlichkeit wird Sex nach wie vor eng als **penetrativer Geschlechtsverkehr** definiert. Da das Alter werden körperliche Veränderungen (wie Erektionsstörungen oder vaginale Trockenheit) mit sich bringen kann, die eine Penetration erschweren, geht die Öffentlichkeit oft davon aus, dass das Sexualleben vorbei ist, wenn die Penetration ausbleibt.

5. Ambivalenz und Widerspruch

Der Titel „*Shades of Grey*“ bezieht sich auf die Tatsache, dass viele Menschen widersprüchliche Ansichten vertreten.

Sie mögen zwar sagen, dass sie das Recht älterer Menschen auf Sex (**explizit**) unterstützen, finden die Vorstellung jedoch immer noch geschmacklos oder „seltsam“, wenn sie in der Realität damit konfrontiert werden (**implizit**).



Übung 3

Die Erzählung neu denken: Ein Workshop zur Medienkampagne

Schritt 1: Auswahl eines Themas

Wählt ein Thema für eure Kampagne aus, zum Beispiel aus den verschiedenen Mythen, die wir kennengelernt haben.
Beispiel: Wir bekämpfen Mythos Nr. 3 („Kreativität ist etwas für junge Menschen“) oder Thema Nr. 2 („Das Stereotyp der Asexualität“).

Unser Thema lautet:

Schritt 2: Ein aussagekräftiger Slogan

Verfasst eine prägnante Überschrift. Achtet darauf, dass sie **keine** herablassende Sprache verwendet. Verwendet ein erwachsenes, respektvolles und bestärkendes Vokabular.

Unser Slogan lautet:

Schritt 3: Entwürfe für die Bildsprache

Bildmaterial in der Altenpflege konzentriert sich oft auf *Schwäche* oder *Isolation*. Beschreiben Sie ein Bild für Ihr Plakat, das **Selbstbestimmung, Vielfalt oder Intimität** zeigt. Überlegen Sie: Wer ist auf dem Bild zu sehen? Was tun die Personen? Wie sehen sie aus (Kleidung, Körperhaltung, Gesichtsausdruck)?

Visuelle Beschreibung:

Schritt 4: Der Aufruf zum Handeln

Was ist die eine konkrete Maßnahme, die eine Fachkraft oder ein Familienmitglied nach dem Betrachten Ihrer Kampagne **anders handhaben** soll? *Beispiel: „Fragen statt vermuten“, „Anklopfen und warten“ oder „Sexuelle Gesundheit in den Pflegeplan aufnehmen“.*

Unser Aufruf zum Handeln:

Praktische Hilfsmittel

Modul 3



Unterrichtsplan

Modul 3	Sexualität, Geschlecht und Vielfalt
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen, Mitarbeiter*innen von Pflegeheimen
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Lernenden werden in der Lage sein: • zwischen sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck und biologischem Geschlecht zu unterscheiden. • die spezifischen Lebenserfahrungen von älteren LSBTIQ+-Menschen zu beschreiben (Kriminalisierung, HIV/AIDS, „Rückkehr in den Schrank“) zu beschreiben. • zu analysieren, wie Alter, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zusammenwirken und so besondere Gefährdungen schaffen. • Ausprägungen von Altersdiskriminierung innerhalb der LSBTIQ+-Gemeinschaften selbst zu erkennen. • Nennen Sie inspirierende Initiativen (Maison de la Diversité, Grey Pride, Lebensort Vielfalt). • Verwenden Sie eine Sprache und nehmen Sie eine Haltung ein, die keine Heterosexualität oder Cis-Identität voraussetzt.
Vorbereitung	- Richten Sie den Raum mit Stühlen und Tischen, Computern und einem Beamer. - Stellen Sie den Projektor, den Flipchart und die Marker bereit. - Drucken Sie die erforderlichen Handouts und Arbeitsblätter aus: - o Übung 1: Szenario-Karten für jede Gruppe - o Übung 2: Fallstudienkarte für jede Gruppe - o Übung 2: Handout mit Diskussionsfragen - o Übung 3: Institutionskarten für jede Gruppe - o Übung 3: Arbeitsblatt „3-Domänen-Aktionsplan“ für jede Gruppe - Informieren Sie die Teilnehmenden über den Zweck des Moduls, seine Ziele und den Ablauf. - Legen Sie bei Bedarf Pausen ein.
Checkliste	☐ Technik: Überprüfung von PPTX und Projektor ☐ Übung 1: Szenario-Karten ☐ Übung 2: Fallstudienkarten und Diskussionsfragen ☐ Übung 3: Institutionskarten, Arbeitsblätter für den Aktionsplan, Post-its Notizen, große Papierbögen ☐ Allgemeines: Namensschilder & Feedback-Formulare

Unterrichtsplan | Präsenzunterricht

Themen & Aktivitäten	Dauer	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und der Lernziele für Modul 3	5 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Theoretischer Input – Warum gerade dieses Modul? Geschichte, Auswirkungen von HIV/AIDS, spezifische Herausforderungen, inspirierende Initiativen	25 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 1 – Der Wortschatz der Inklusion Ziel: Verständnis und Aneignung der wichtigsten LSBTIQ+-Fachbegriffe und ihrer Bedeutung für die berufliche Praxis. Aktivität: Die Teilnehmenden arbeiten in kleinen Gruppen. Jede Gruppe erhält einen Satz Szenariokarten, auf denen Situationen mit älteren LSBTIQ+-Personen beschrieben sind. Die Teilnehmenden identifizieren die relevantesten Begriffe, diskutieren, warum diese in der jeweiligen Situation wichtig sind, und reflektieren, wie sich mangelndes Wissen auf die Qualität der Pflege auswirken kann. Die Gruppen stellen ihre Schlussfolgerungen im Plenum vor und nutzen dabei den Antwortschlüssel des Moderators zur Unterstützung der Diskussion.	20 Min.	Diskussion in Kleingruppen, Austausch im Plenum	Szenariokarten (4 Szenarien)
PAUSE 1	10 Min.	–	–
Theoretischer Input – Intersektionalität in der Praxis, Einführung in die Fallstudie	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation

Übung 2 – Fallstudienanalyse Ziel: Eine konkrete Situation einer älteren LSBTIQ+-Person zu analysieren und gemeinsam eine angemessene, personenzentrierte Reaktion zu erarbeiten. Aktivität: Die Teilnehmenden analysieren eine Fallstudie. In kleinen Gruppen diskutieren sie die Herausforderungen für die betroffene Person, das Personal und die Einrichtung, identifizieren mögliche Annahmen und Vorurteile, bewerten mögliche Risiken und schlagen personenzentrierte Maßnahmen vor. Die Gruppen präsentieren ihre Empfehlungen und diskutieren im Plenum über inklusive institutionelle Praktiken Plenum.	25 Min.	Fallstudienanalyse, Diskussion in Kleingruppen, Austausch im Plenum	Lernkarte, Handout mit Diskussionsfragen
PAUSE 2	10 Min.	–	–
Übung 3 – Die Institution Ziel: Entwicklung konkreter Maßnahmen, um eine Einrichtung in drei Bereichen für LSBTIQ+-Senior*innen inklusiver zu gestalten. Aktivität: Jede Gruppe erhält eine Institutionskarte, auf der eine andere Pflege- oder Gemeinschaftseinrichtung beschrieben wird. Die Teilnehmenden identifizieren potenzielle Hindernisse in Bezug auf Alter, sexuelle Orientierung und Geschlechtervielfalt und entwickeln praktische Lösungen in drei Bereichen: Schulungen, bauliche Rahmenbedingungen sowie Richtlinien und Protokolle. Die Gruppen füllen das Arbeitsblatt „Aktionsplan“ aus und präsentieren ihre drei vorrangigen Maßnahmen im Plenum vor.	30 Min.	Kreative Gestaltung, gemeinsames Verfassen, Präsentation	Einrichtungskarten, Arbeitsblätter für den 3-Bereiche-Aktionsplan, Post-it-Zettel, große Papierbögen
Theoretischer Input – Leitfaden für Pädagog*innen und Fachkräfte, Verhaltensregeln	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation

Proportional Message & Zusammenfassung – Besprechung abschließender Fragen und Feedback	5 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Feedback-Formular	5 Min.	Modulbewertung	Ausgedruckte Feedback-Formulare oder QR-Code



Übung 1

Scenario A

You are admitting a new 82-year-old resident. On the admission form, she checked "Married" but you never see a husband. She often talks about her "best friend" with whom she lived for 40 years.

Question :

- What term from the glossary is most relevant here?
- Why is this term important in this situation ?
- How could a lack of knowledge about this term harm the quality of care ?

Facilitator's Answer Key

Lesbian, invisibility, chosen family

The system erased her relationship. Using inclusive language ("Is there an important person in your life?") would have allowed her to share her story.

Scenario B

A 75-year-old resident confides in you that he was married to a woman for 30 years, but always knew he was gay. He has never told anyone about this before.

Question :

- What term best describes this situation?
- Why might this person have stayed silent for so long?
- How should you respond to build trust?

Facilitator's Answer Key

Gay, late-life disclosure, minority stress

He has carried this secret for decades. This is a moment of immense trust. Respond with gratitude and normalisation, not shock.

Scenario C

You need to assist a new resident with personal care. The file identifies her as "Madame," but she has a pronounced Adam's apple and a deep voice. You are unsure how to proceed respectfully.

Question :

- What terms do you need to know to handle this situation well?
- What should you do before providing care?
- What should you absolutely avoid doing or saying?

Facilitator's Answer Key

Transgender, pronoun, cisnormativity

Never assume. Ask respectfully: "What pronouns do you use? How can I best support you with personal care?"

Scenario D

During a workshop, an 88-year-old resident says: "I don't understand all these new words, 'queer', 'non-binary'... In my day, we were just queers and we kept quiet."

Question :

- What does this statement teach us about the importance of history ?
- How can you acknowledge his experience while also introducing newer concepts ?
- What would be a respectful and educational response ?

Facilitator's Answer Key

Queer, generational differences, reappropriation

Acknowledge his history: "You're right, that word was used as an insult. Today, many people have reclaimed it proudly."



Übung 2

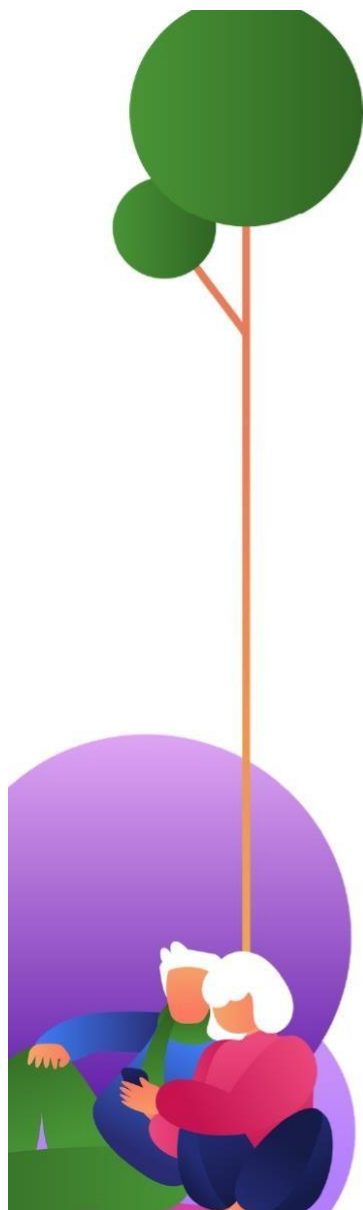


BRETT, 72 year's old

- Brett, 72, is a transgender man living in Lyon. He has a full beard, a low voice, and had chest surgery (mammectomy) several years ago. However, he never had gender-affirming surgery. His body therefore bears the marks of a unique transition journey.
- After a career in education and a life marked by complex family relationships (he spent his teenage years in foster homes), Brett lives alone. Recently, a fall and the onset of heart problems have led him to reluctantly consider entering a nursing home.
- During a pre-admission visit, the director addresses him as "Monsieur." Brett feels recognized. But when the nurse coordinator raises the question of personal care and daily assistance, Brett senses discomfort. He knows that one day, perhaps soon, a caregiver will discover his naked body, and with it, a story that his external appearance does not tell.
- "I've been in institutions most of my life. It never scared me. But I won't get to be in a nursing home like my mom was."

Source: Inspired by The Atlantic (2015), "The Challenge of Being Transgender in a Nursing Home"





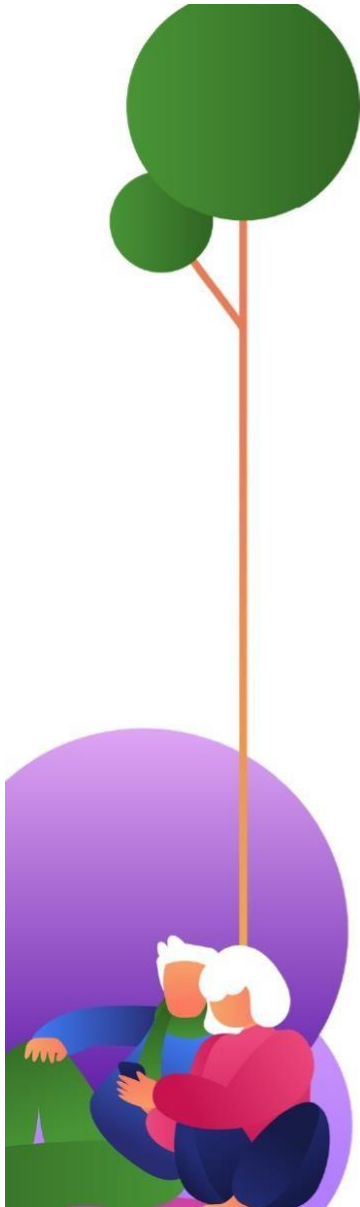
BRETT

What are the main challenges in this situation ?

- For Brett himself ?

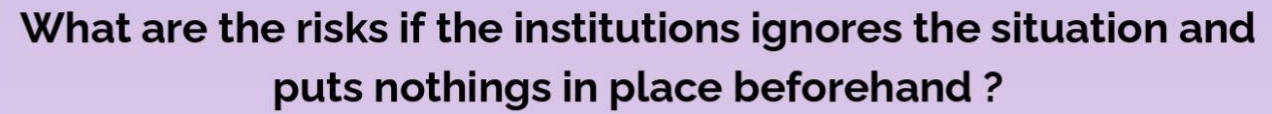
- For the care staff ?

- For the institution ?



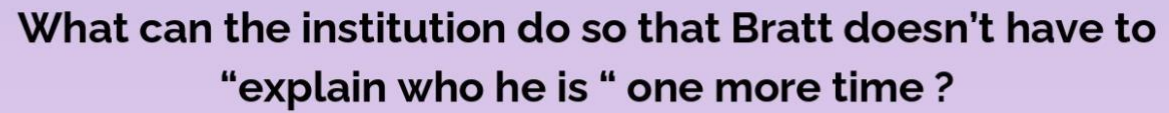
BRETT

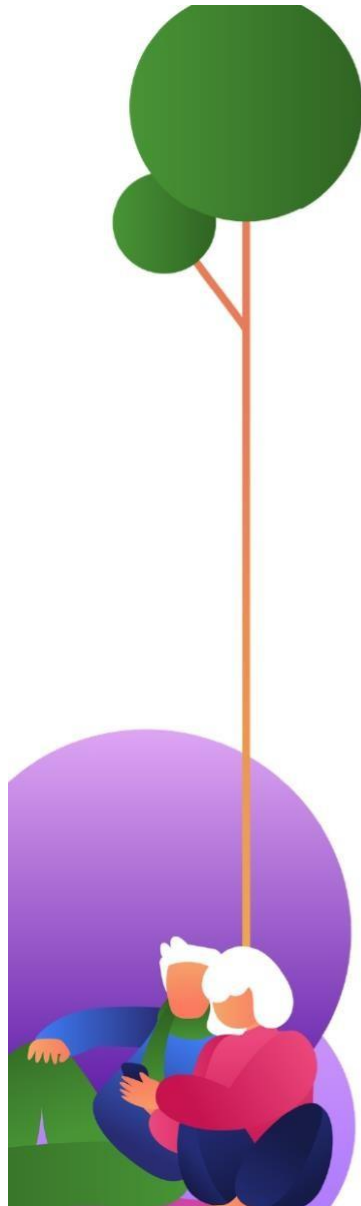
What assumptions or biases might influence staff reactions when they discover Brett's body ?



Finanziert durch die Europäische Union. Die geäußerten Ansichten und Meinungen sind jedoch ausschließlich die der Autor(en) und spiegeln nicht unbedingt die der Europäischen Union oder der Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) widerspiegeln. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. Projektnummer: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060







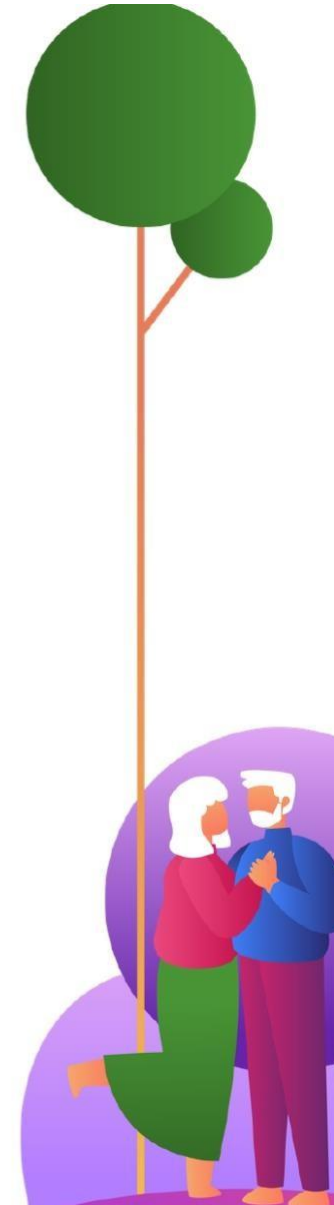
BRETT FACILITATOR'S NOTES

CHALLENGE	RECOMMENDED RESPONSE
• Involuntary disclosure during intimate care • Staff lack of training on trans bodies • Fear of other residents' reactions • Brett's lifetime of institutional distrust	• Develop a protocol: before first intimate care, a trusted staff member asks: "Is there anything about your body or your history that would help us support you better?" • Provide mandatory training on trans aging and the diversity of trans bodies before Brett's arrival. • Have a clear anti-discrimination policy. Consider a team meeting to prepare. Offer Brett the choice of a private room if available. • Assign a key contact person to build trust. Listen to his concerns without defensiveness.



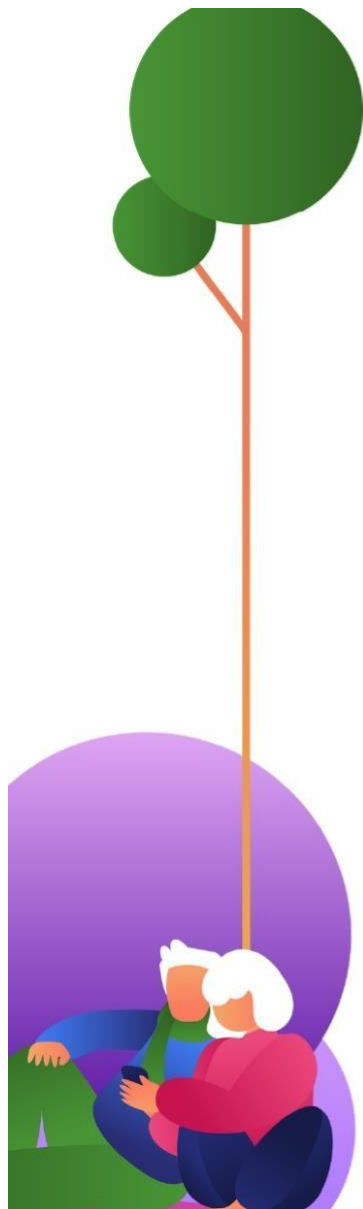
SIMONE, 78 year's old

- Simone, 78, is a lesbian woman. She lived with her partner, Marie, for over 40 years. They met at a time when homosexuality was still highly stigmatized, and they never felt safe being open about their relationship. To the outside world, they were "two friends living together."
- Marie passed away five years ago. Simone is now entering a nursing home. On her admission form, she checked "Widowed" – there was no box for "partner" or "civil union." She never mentions Marie to the staff.
- During a care team meeting, a young nurse's aide mentions that Simone seems very sad and withdrawn. Another staff member says: "She's probably just lonely since her husband died."
- No one knows about Marie. No one has asked.



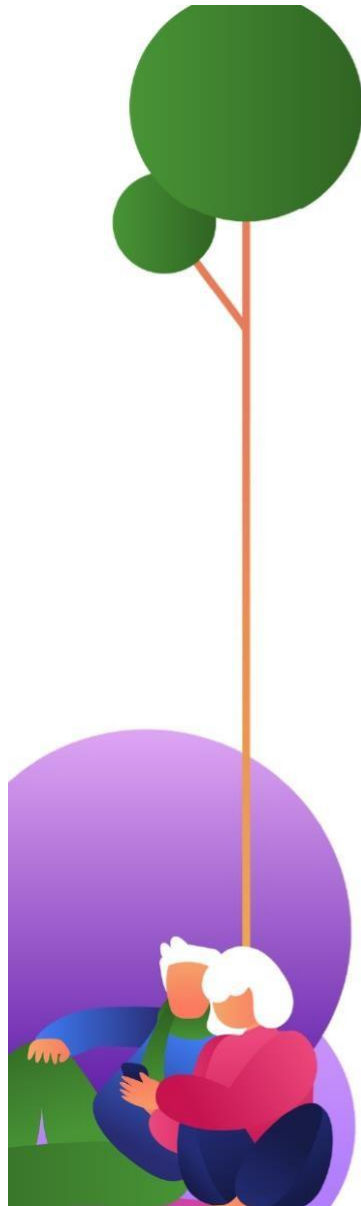


What forms of discrimination are intersecting here? (ageism, sexism, lesbophobia)



What hasn't Simone mentioned Marie to anyone ?

What historical context might explain her silence ?



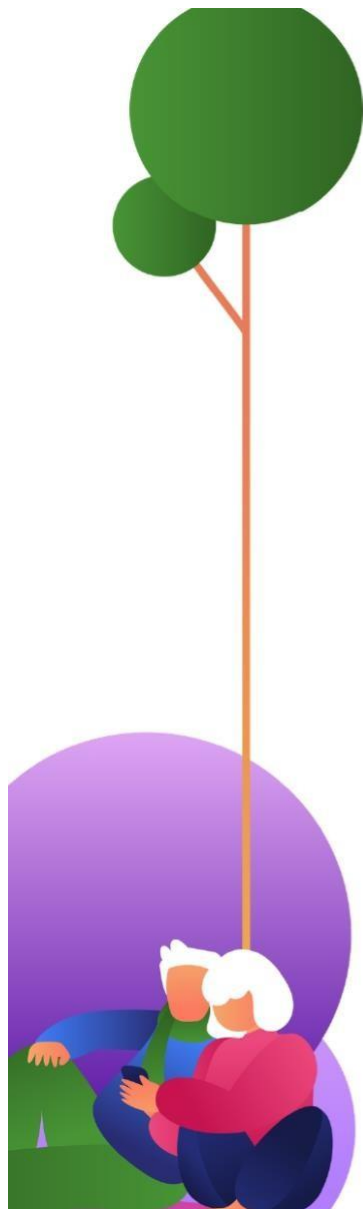
SIMONE

What are the consequences of this invisibility for Simone's well-being ?

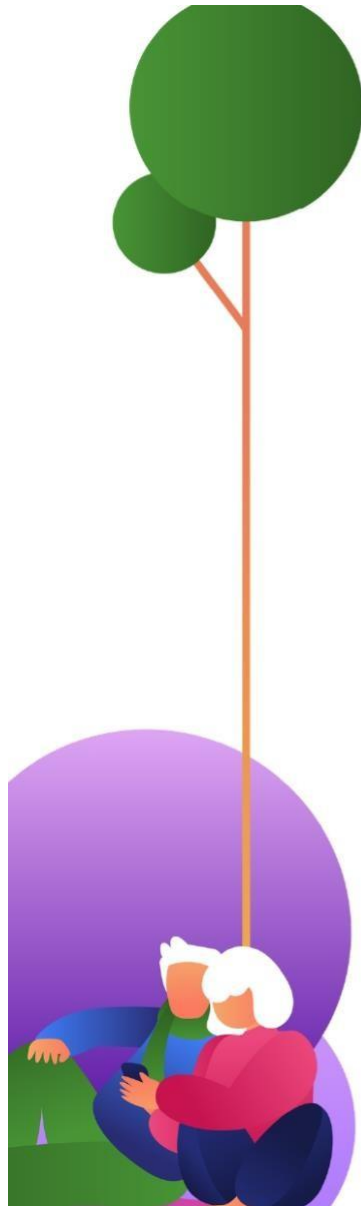
How does it affect her grief ?

How does it affect her daily life in the institution ?



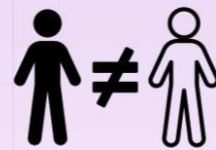


What can staff do now to create a safe space for Simone to share her story ?



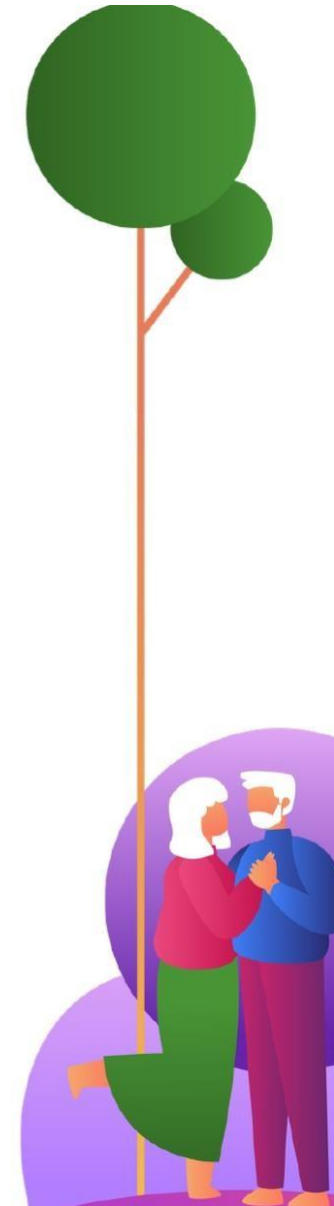
SIMONE FACILITATOR'S NOTES

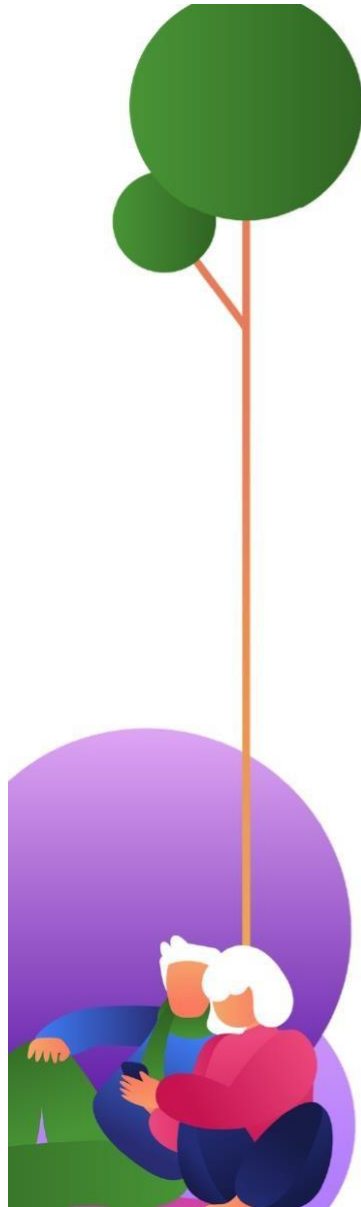
CHALLENGE	RECOMMENDED RESPONSE
• Invisibility of same-sex relationships • Historical trauma and silence • Unrecognized grief	• Review admission forms: add "partner," "civil union," "chosen family" options. Train staff to ask: "Is there an important person in your life?" • Understand that Simone learned to hide to survive. This is not resistance – it's protection. Build trust slowly, without pressure. • Her grief for Marie is real and unacknowledged. A simple statement can help: "Some of the most important people in our lives aren't always recognized on forms. If there's someone you'd like to talk about, we're here to listen."
• Isolation	• Invisibility leads to isolation. Creating visible signs of inclusion (rainbow stickers, inclusive posters) sends a signal that this might be a safe place.



FATIMA 68 year's old

- Fatima, 68, is a lesbian woman of North African origin. She was born in France to immigrant parents and has lived her entire life in a medium-sized town in the south. She came out later in life, after a brief marriage to a man in her twenties that produced two children, now adults with whom she has a distant relationship.
- Fatima is beginning to experience health issues that make living alone difficult. She is considering moving to an assisted living residence. She has visited two residences in her area, but left both feeling unseen and anxious.
- At the first residence, the director enthusiastically showed her the activities: "We have knitting club, bingo, and our residents love the weekly sing-along!" Nothing reflected her interests, her culture, or her identity.
- At the second residence, she overheard two staff members talking about "the Arab woman who came to visit." She left without finishing the tour.
- Fatima wonders: Will there be anyone like me there? Will I have to explain myself constantly? Will I be visible at all?

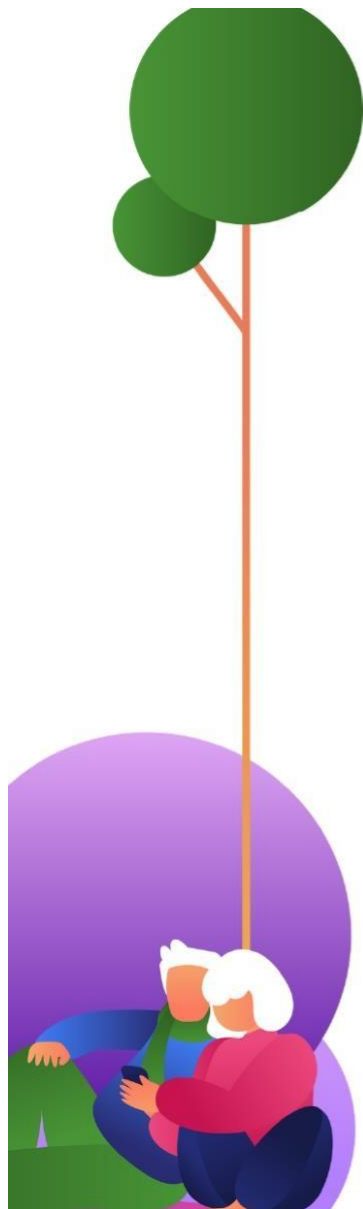




FATIMA

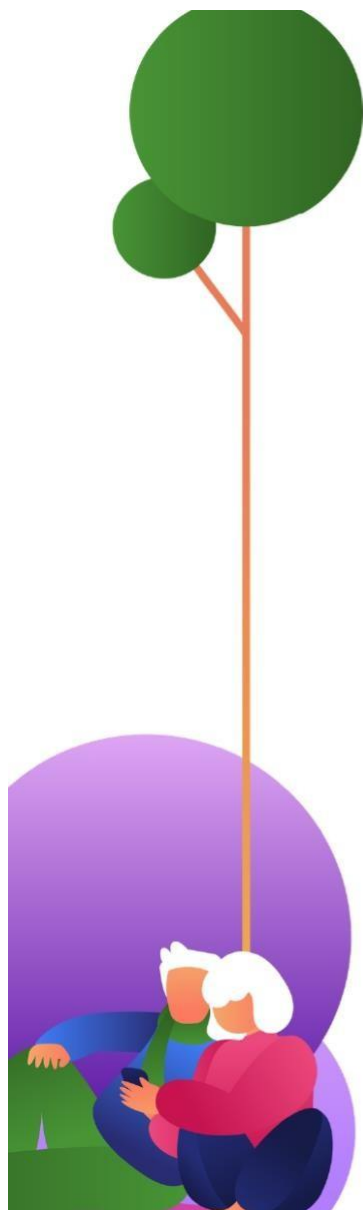
What are the main challenges in this situation ?

What forms of discrimination are intersecting here? (ageism, racism, sexism, lesbophobia)



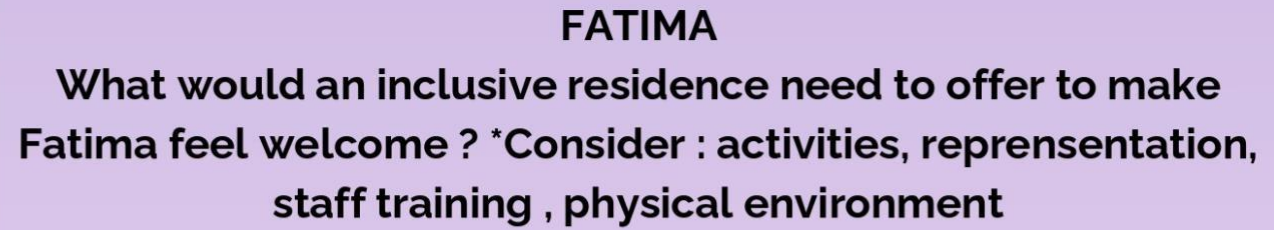
Why did Fatima feel “unseen and anxious” after the first visit ?

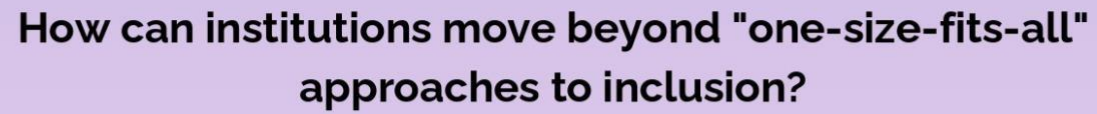
What was missing from director's presentation ?

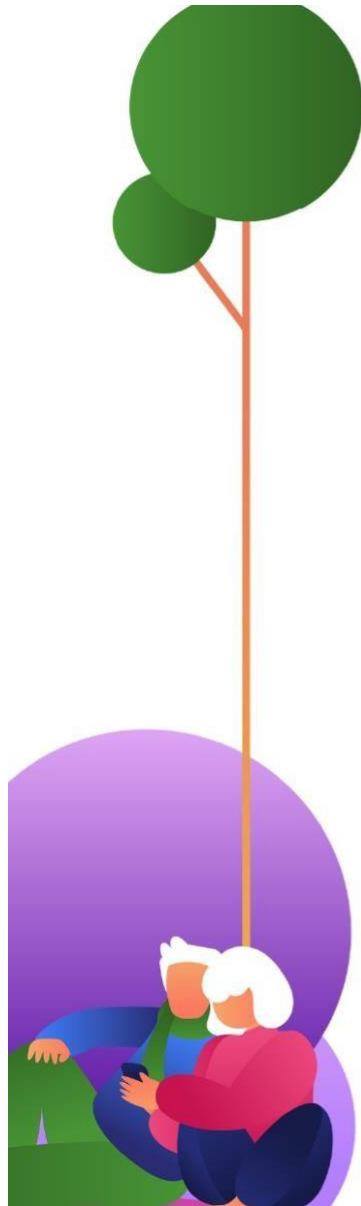


What impact did the staff comment (“the Arab woman”) likely have on Fatima ?

How does this kind of casual remark affect trust ?







SIMONE FACILITATOR'S NOTES

CHALLENGE	RECOMMENDED RESPONSE
• Triple invisibility (age + race + sexual orientation) • Cultural assumptions in activities • Casual racism from staff • Fear of having to explain	• Fatima is represented nowhere. Institutions must actively work to show diverse representations in their materials, posters, and activities. • Bingo and knitting are not universal. Ask residents what they want. Offer diverse activities: film screenings, discussion groups, music from different cultures. • The comment "the Arab woman" is a micro-aggression. Staff training must address racism and its impact. All staff must understand that every word matters. • Fatima doesn't want to be a "diversity ambassador." She wants to be a resident. Institutions must do the work of inclusion so she doesn't have to.

COMPARATIVE ANALYSIS – Facilitator's Guide				
Theme	BRETT	SIMONE	FATIMA	
• Invisibility	• His trans history will be discovered, not shared	• Her 40-year relationship is completely invisible	• She is invisible in activities, representation, and staff attitudes'	
• Fear of institutions	• Lifetime of institutional trauma	• Learned to hide to survive	• Heard casual racism from staff	
• What would help ?	• Protocols for intimate care, staff training	• Inclusive intake questions, visible signs of safety'	• Diverse activities, diverse representation, staff training on racism	
• The cost of silence	• Vulnerability during care, potential trauma	• Unrecognized grief, isolation	• Anxiety, withdrawal, potentially giving up on residential care	



Übung 3

Institution Card

Nursing / Care Home

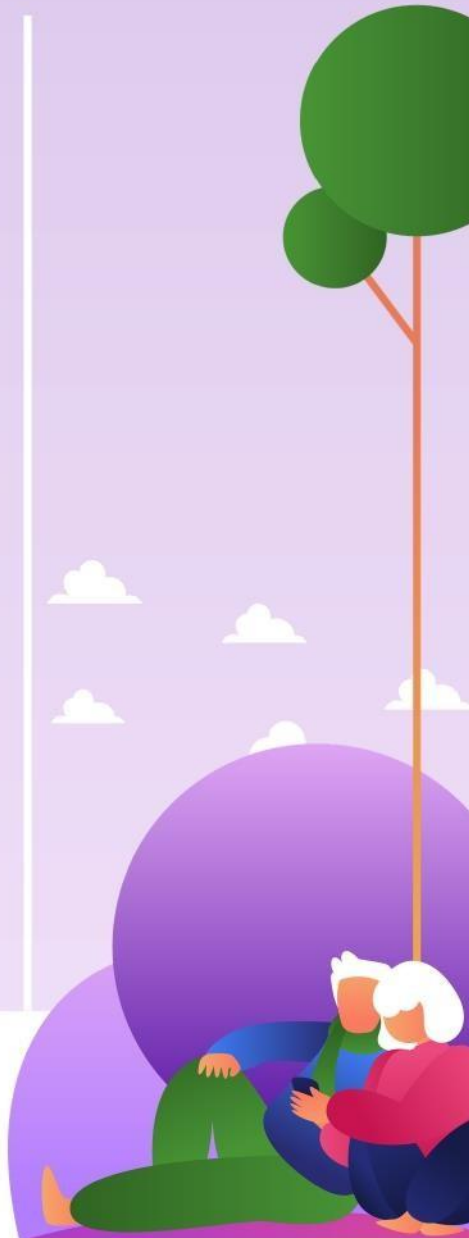
- You're the director of a nursing home composed
- A new person arrived in the nursing home, he/she feel lost and uncomfortable. He/she said to you that he/she has had bad experiences in the past with care older.
- This resident seems isolated from others. He/she leaves the dinning room earlier than other resident and don't participate to group activities.
- The person refuse to talk about his/her previous situation with care holders.
- No visits are organised by his/her family



Institution Card

Associative structure

- You are animator in an associative structure which organized activities linked to LGBTQIAP+ representation
- Most of participants are aged between 19 and 35 years old
- Older person approach the meeting with the desire to discover your associative structure
- Younger, without being hostile, passed over the presence of the new participants
- The older person came to you at the end of the activity to tell you that he/she don't think that he/she will come back



Institution Card

Independent Living Residence

- You are care holder in an independent living residence. Resident are able to manage their visit in and outside the structure
- One of them has declared an heavy treatment that do not have an impact in his/her mobility, without developing pathologies effects
- The person has a pill box coming from drugstore, and do not want you to prepare it, and flee the discussion about that. He/She tells you that "you could not understand"
- The resident has no family and rarely talk about his/her social relation in the past

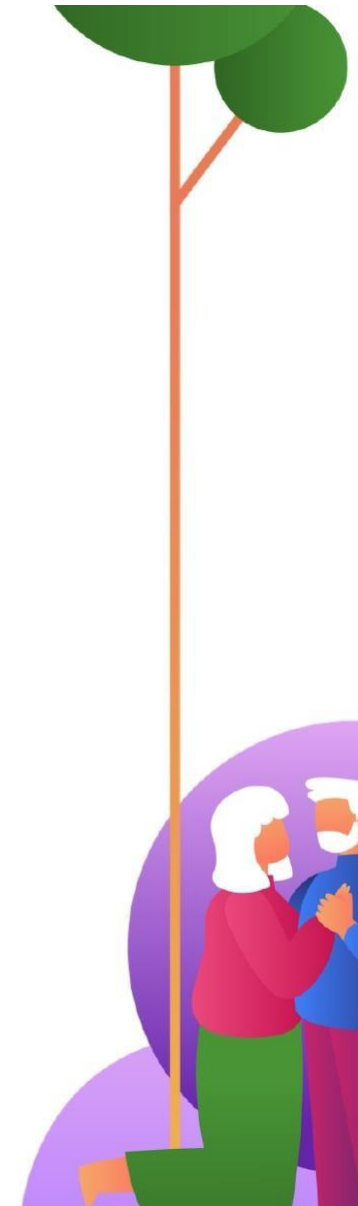


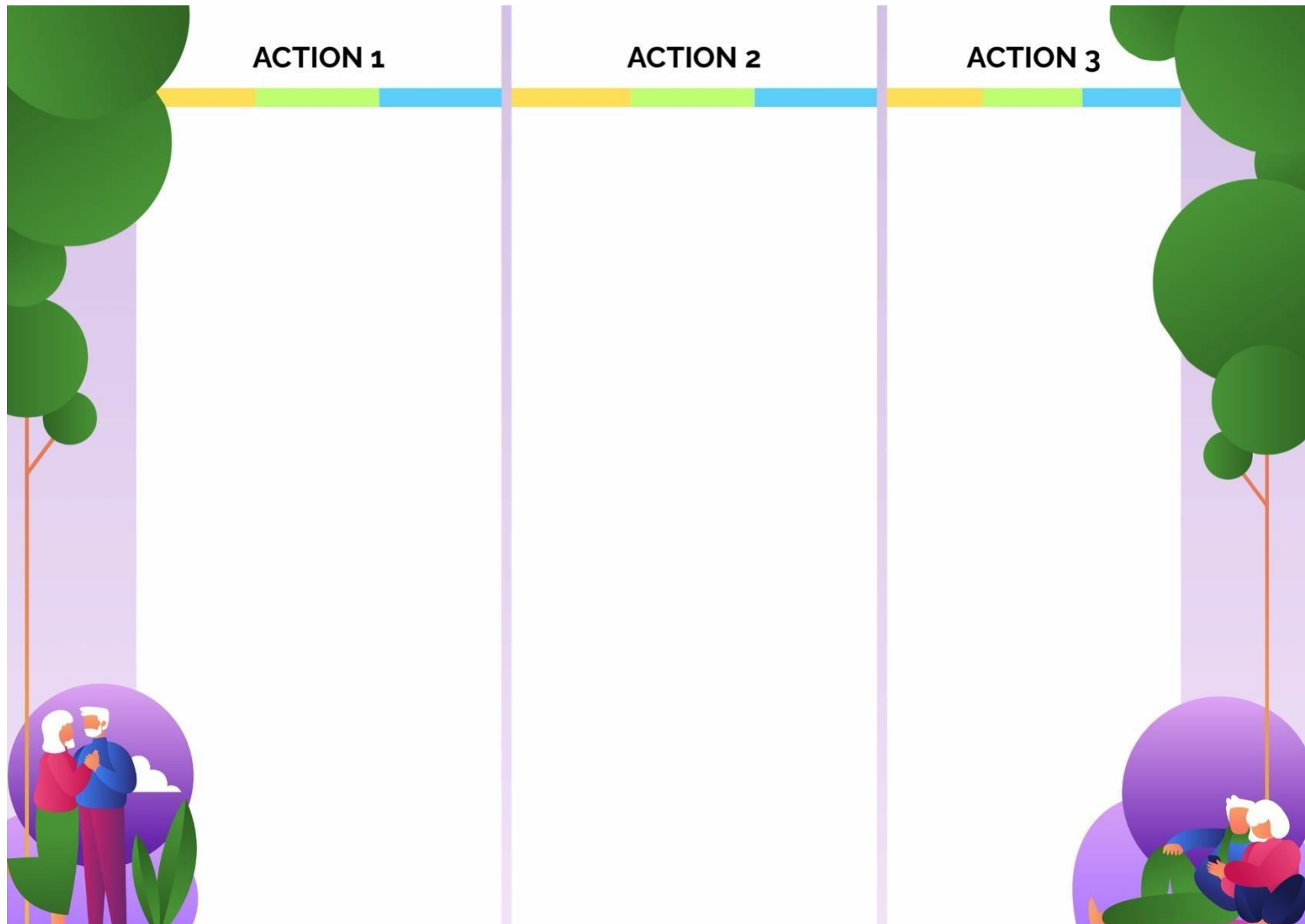
Domain Action Plan Rule's

- In the next board, you'll have to imagine actions to put in place to avoid discrimination linked to age, sexuality or gender in medical or social structure. These actions have must be split in three different categories

TRAINING	PHYSICAL ENVIRONMENT	POLICIES & PROTOCOLS
Who? What topics? How often? By whom?	Visible signs, spaces, documents, posters	Admission forms, intimate care protocols, anti-discrimination, partnerships

- Stick a piece of paper with the right colour in an chronological order to illustrate the application of your action planes
- Then, Prepare a 2-minute presentation of your 3 best ideas to share with the whole group**





Praktische Hilfsmittel

Modul 4





Unterrichtsplan

Modul 4	Die Geschichte der sozialen Normen zu Geschlecht und Sexualität in Europa
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen*innen, Pflegepersonal
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Teilnehmenden • können soziale Normen in Bezug auf Geschlechterrollen, Sexualität und Alter in ihren historischen Kontext einordnen, • die Mechanismen sozialer Tabus im Zusammenhang mit Sexualität verstehen, • sind in der Lage, ihre eigenen Einstellungen und Unsicherheiten zu reflektieren, • sind sich ihrer eigenen Werte bewusst und können zwischen gesellschaftlichen Normen und persönlichen Urteilen unterscheiden. • sind mit den Kriterien für eine respektvolle, wertfreie Kommunikation vertraut und können diese anwenden, • wissen, wie man stereotype Zuschreibungen sensibel hinterfragt und Menschen respektvoll anspricht, anstatt sie und Gespräche über Sexualität zu meiden.
Vorbereitung	Organisieren Sie • einen Raum, der groß genug für 12–18 Personen ist (reservieren Sie ihn gegebenenfalls im Voraus). • einen Projektor, einen Laptop und ein Flipchart mit Papier sowie eine Moderationsbox. • Bringen Sie gegebenenfalls einen Adapter für Ihren Laptop mit. • Drucken Sie die Arbeitsblätter aus. • Bereiten Sie Bewertungsbögen oder eine QR-Code-Umfrage vor. • Bereiten Sie Namensschilder vor. Entwerfen Sie ein Einladungsschreiben, das Informationen zur Veranstaltung enthält, einschließlich Details zu Inhalt und Zeitplan. Vor Ort • Stellen Sie die Stühle in einem Kreis in der Mitte des Raums auf und stellen Sie eventuelle Tische außen an der Wand auf. • Technische Überprüfung und Überprüfung der Präsentation. • Legen Sie bei Bedarf Pausen ein.
Checkliste	1. Einladungsschreiben. 2. Moderationsmaterial. 3. Vorbereitete und ausgedruckte Arbeitsblätter. 4. Vorbereitete Moderationskarten.

Unterrichtsplan | Präsenzunterricht (Minuten)

Themen & Aktivitäten	Dauer in Minuten	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und Schaffung Raum für eine respektvolle Diskussion schaffen.	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint- Präsentation Präsentation
Übung 1: Einstiegsübung Brainstorming zu verschiedenen Aussagen zum Thema Alter und Sexualität; kurze Reflexion zu jeder Position.	20 Min.	Soziometrische Übung	Ein Arbeitsblatt mit den verschiedenen Aussagen
Theoretischer Input: Historischer Überblick über soziale Normen.	10 Min.	Vortrag	Laptop, Beamer, PowerPoint- Präsentation
Übung 2 – „Bilder von Alter und Sexualität“	35 Min.	Kartenabfrage Diskussion	Pinnwand, Moderationsmaterial
Theoretischer Input: Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit.	15 Min.		Laptop, Beamer, PowerPoint- Präsentation
Übung 3 – „Selbstreflexion“: Sexualität im Alter – Normen, Werte und Tabus.	25 Min.	Einzelreflexion 10 Min. Austausch in Kleingruppen 15 Min.	Arbeitsblatt Übung 3
Leitfaden für die pädagogische Arbeit	10 Min	Präsentation	PowerPoint
Perspektiven für die eigene pädagogische Arbeit.	15 Min	Diskussion	
Proportional Message & Verabschiedung.	10 Min.	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	Flipchart



Übung 1

Arbeitsblatt – Aussagen für die Konstellationsarbeit

Bitten Sie die Teilnehmenden:

„Ich lese nacheinander verschiedene Aussagen vor. Bitte positionieren Sie sich je nachdem, ob Sie den Aussagen zustimmen, bedingt zustimmen oder nicht zustimmen. Sie können sich gerne zwischen den einzelnen Aussagen ein wenig bewegen“, und lesen Sie die Aussagen nacheinander vor. Weisen Sie darauf hin, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Wichtig: Markieren Sie mit einem freien Klebepunkt einen „Grundanker“. Die Teilnehmenden können sich dort positionieren, wenn sie sich dazu nicht äußern möchten.

- Mit Menschen, die ich nicht kenne, über Sexualität zu sprechen, ist mir fremd (unangenehm, verunsichert mich, ist mir peinlich, ...)
- Sexualität im Alter ist ein völlig normales Bedürfnis.
- Ich habe mich noch nie wirklich mit dem Thema Sexualität im Alter auseinandergesetzt.
- Wenn ich alte Menschen sehe, die sich in der Öffentlichkeit an der Hand halten oder küssen, nehme ich das anders wahr als bei jungen Menschen.
- Auch ältere Menschen sind sexuell aktiv, das ist mir schon oft auf verschiedene Weise aufgefallen.
- Mir fällt auf, dass mir das Thema Sexualität oft immer noch peinlich ist.
- Offene Gespräche über Sexualität mit Menschen jeden Alters zu führen, wäre ein Wunsch von mir.
- Wenn ich älter bin, möchte ich, dass Sexualität, Intimität und Nähe zu anderen Menschen Teil meines Alltags sind.



Übung 2

„Bilder von Alter und Sexualität“

Dauer: 35 Minuten

Format: Einzelarbeit und Arbeit in der gesamten Gruppe

Benötigte Materialien: Präsentationsmaterialien, Flipchart, Pinnwand

Lernziele:

Die Teilnehmenden

- erkennen, dass ihre Vorstellungen von gesellschaftlichen Bildern geprägt sind
- unterscheiden zwischen persönlichen Assoziationen und gesellschaftlicher Sichtbarkeit
- verstehen, dass Normen historisch variabel sind
- reflektieren darüber, wie Unsichtbarkeit und Stereotypen entstehen
- entwickeln erste Ansätze, um ihre eigenen Vorstellungen zu hinterfragen.

Ablauf:

1. Einführung: Aktivierung durch Assoziationen (Einzelarbeit, 5 Minuten)

Einführung:

„Wenn ihr an *Alter und Sexualität* denkt – welche Bilder, Szenen oder Assoziationen kommen euch in den Sinn? Das können konkrete Bilder, Begriffe oder Situationen sein. Wichtig: Es geht darum, was euch spontan in den Sinn kommt, nicht darum, was ihr für richtig haltet.“

Aufgabe:

- 2–3 Zettel pro Person
- Begriffe oder kleine Skizzen (beides erlaubt)

2. Sammeln & erster Blick (Plenum, 5 Minuten)

Die Moderation sammelt die Zettel ein und hängt sie ungeordnet und gut sichtbar an die Pinnwand.

Leitfrage:

„Was fällt euch auf, wenn ihr das so seht?“ Wichtig: keine

Bewertungen

3. Reflexion über Sichtbarkeit (Plenum, 10 Minuten)

Einleitung:

„Wo begegnen uns diese Bilder eigentlich?“

Leitfragen (im Vorfeld für die Karten vorbereitet):

- „Welche dieser Bilder sehen wir oft in den Medien oder im öffentlichen Raum?“
- „Welche davon selten oder gar nicht?“

Einteilung auf der Pinnwand mit zwei Überschriftenkarten:

- „häufig sichtbar“ (**Überschriftenkarten vorbereiten**)
- „selten sichtbar“ (**Überschriftenkarten vorbereiten**)

4. Historischer Perspektivwechsel (Plenum, 10 Minuten)

Einleitung:

„Stellt euch vor, wir hätten dieselbe Frage euren Eltern, Großeltern oder Urgroßeltern gestellt ...“

Leitfragen:

- „Welche Fotos wären damals gemacht worden?“
- „Was wäre vielleicht gar nicht gesagt worden?“
- „Was wäre als unangemessen gegolten?“
- Plenumsdiskussion.



Optional: in Zweiergruppen, anschließend kurzes Feedback im Plenum.

5. Abschließende Reflexion (im Plenum, 5 Minuten) Leitfragen:

- „Was sagt uns das über gesellschaftliche Normen?“
- „Was erscheint heute selbstverständlich – war das aber schon immer so?“
- „Was fehlt vielleicht völlig?“

Fazit:

- Bilder entstehen durch Wiederholung (Medien, Kultur).
- Sichtbarkeit vermittelt den Eindruck von „Normalität“.
- Unsichtbarkeit bedeutet nicht Nicht-Existenz.
- Normen ändern sich im Laufe der Geschichte.
- Die eigenen Vorstellungen sind sozial geprägt und nicht individuell „neutral“.



Übung 3

Selbstreflexion: Sexualität im Alter – Normen, Werte und Tabus

Dauer: 10 Minuten Einzelarbeit, 15 Minuten Austausch in Kleingruppen

Format: Einzelarbeit und anschließender Austausch in Kleingruppen **Benötigte**

Materialien: Vorbereitete Arbeitsblätter mit den Fragen **Lernziele:**

1. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den eigenen Annahmen
2. Einblick in die Entstehung von Einstellungen gegenüber gesellschaftlichen Normen
3. Reflexion über gesellschaftliche Normen und Brainstorming zur Vermeidung von Stereotypen

Ablauf:

In der Einzelarbeit notieren die Teilnehmenden für sich selbst Stichworte zu den folgenden Leitfragen:

1. Welche Normen bezüglich Sexualität gelten Ihrer Meinung nach in unserer Gesellschaft?
2. Welche eigenen Vorstellungen hast du von Sexualität im Alter? Inwieweit weichen diese möglicherweise von den vorherrschenden Normen ab?
3. Haben Sie Kontakt zu älteren Menschen? Wenn ja, inwieweit können Sie auch offen über Themen wie Sexualität, Intimität und Nähe sprechen?
4. Das Thema Sexualität ist immer noch oft tabuisiert und mit Scham behaftet. Geht es dir genauso? Woher kommt diese Scham deiner Meinung nach?
5. Wie sind Sie selbst in Bezug auf Sexualität sozialisiert worden? Mit welchen Botschaften über Sex, Intimität und körperliche Nähe sind Sie aufgewachsen?
6. Wie möchtest du, wenn du selbst alt bist, Sexualität und körperliche Intimität leben? Was sind deine Wünsche in Bezug auf dieses Bedürfnis?
7. Was wären Ihrer Meinung nach die Voraussetzungen dafür, dass Sie Ihre Wünsche verwirklichen können?
8. Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit das Thema Sexualität im Alter in der Gesellschaft nicht länger ein Tabu bleibt?
9. Was möchten Sie in Ihrer pädagogischen Arbeit künftig noch mehr dazu beitragen?

Ergebnissicherung:

Abschließend kommt die gesamte Gruppe wieder zusammen und fasst die wichtigsten Erkenntnisse zur Frage zusammen: „Was sind unsere wichtigsten Erkenntnisse und was bedeuten sie für uns persönlich und für unsere pädagogische Arbeit?“

Achtung: Die Fragen können sehr beunruhigend sein. Frage an die Gruppe: Wie habt ihr die Fragen empfunden? Was geht euch gerade durch den Kopf und durch den Magen? Wie fühlt ihr euch? Bietet gegebenenfalls nach der Übung eine Auflockerungsübung an.



Arbeitsblatt – Selbstreflexion: Sexualität im Alter – Normen, Werte und Tabus

Nehmt euch 10 Minuten Zeit, um über die folgenden Leitfragen nachzudenken. Diese Reflexion ist nur für euch persönlich bestimmt. Ihr könnt Stichpunkte notieren und dann entscheiden, was ihr in die Kleingruppendiskussion einbringen möchtet.

- Welche Normen bezüglich Sexualität gelten Ihrer Meinung nach in unserer Gesellschaft? Auf welche Weise wurden sie Ihnen vermittelt?

- Welche eigenen Vorstellungen haben Sie zum Thema Sexualität im Alter? Inwieweit weichen diese möglicherweise von den vorherrschenden Normen ab?

- Haben Sie Kontakt zu älteren Menschen? Wenn ja, inwieweit können Sie mit ihnen auch offen über Themen wie Sexualität, Intimität und Nähe sprechen?

- Das Thema Sexualität ist immer noch oft tabuisiert und mit Scham behaftet. Geht es dir genauso? Woher kommt diese Scham deiner Meinung nach?

- Wie wurdest du selbst in Bezug auf Sexualität sozialisiert? Mit welchen Botschaften über Sex, Intimität und körperliche Nähe bist du aufgewachsen?

-
- Wie möchtest du, wenn du selbst alt bist, Sexualität und körperliche Intimität leben? Was sind deine Wünsche in Bezug auf dieses Bedürfnis?

-
- Was wären Ihrer Meinung nach die Voraussetzungen dafür, dass Sie Ihre Wünsche verwirklichen können?

-
- Was braucht es Ihrer Meinung nach, damit das Thema Sexualität im Alter in der Gesellschaft nicht länger ein Tabu bleibt?

-
- Was möchtest du in deiner pädagogischen Arbeit in Zukunft noch dazu beitragen?

Praktische Hilfsmittel

Modul 5





Unterrichtsplan

Modul 5	Sexualität im dritten Lebensalter und Gesundheitsindikatoren
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Teilnehmenden: • können wichtige medizinische, physiologische und psychosoziale Aspekte der Sexualität im Alter beschreiben, • verstehen, wie chronische Erkrankungen, Medikamente und psychische Gesundheit das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen können, • können das Modell des sexuellen Reaktionszyklus auf Fallbeispiele im höheren Lebensalter anwenden, • sind in der Lage, über relationale, emotionale und ethische Dimensionen von Intimität im Alter zu reflektieren, • können bei der Auseinandersetzung mit Fragen der sexuellen Gesundheit eine personenzentrierte und respektvolle Kommunikation an den Tag legen.
Vorbereitung	Organisation: • einen Raum, der groß genug für 12–20 Teilnehmenden*innen ist (bei Bedarf im Voraus reservieren), • einen Projektor, einen Laptop und ein Flipchart mit Papier sowie Materialien für die Moderation, • ausgedruckte Arbeitsblätter zu Fallstudien, Rollenspiel-Arbeitsblätter und Instrumente zur ganzheitlichen Reflexion, • Bewertungsbögen • gegebenenfalls Namensschilder. Die Moderator*innen sollten: • die Inhalte von Modul 5 durchgehen, insbesondere die medizinisch-physiologischen und psychosozialen Zusammenhänge, • ein oder zwei Fallstudien auswählen, die dem beruflichen Hintergrund der Teilnehmenden entsprechen, • eine kurze Einleitung vorbereiten, in der Sexualität als Teil der Gesundheit und Würde im Alter als selbstverständlich dargestellt wird, • für ein respektvolles, vertrauliches und vorurteilsfreies Lernumfeld sorgen, das für sensible Diskussionen geeignet ist. Vor Ort: • Stellen Sie die Stühle so auf, dass sie Paar- und Gruppendiskussionen ermöglichen,

	• führen Sie vor der Sitzung technische und präsentationsbezogene Überprüfungen durch, • Pausen einplanen, wenn nötig, • sorgen Sie für Privatsphäre und eine angenehme Atmosphäre für reflektierende Gespräche.
Checkliste	1. PowerPoint-Präsentation (Modul 5). 2. Ausgedruckte Arbeitsblätter zur Fallstudie. 3. Ausgedruckte Arbeitsblätter für Rollenspiele. 4. Ausgedrucktes Reflexionsinstrument zum ganzheitlichen sexuellen Wohlbefinden. 5. Feedback-Formulare 6. Stifte und Moderationsmaterialien. 7. Laptop, Beamer und Timer/sichtbare Uhr.

Sitzungsplan (Zeitplan und Aktivitäten)

Thema & Aktivitäten	Dauer	Methoden
Einleitung und theoretischer Input	40 Minuten	✓ Begrüßung und kurze Einordnung des Themas in den Kontext des gesunden Alterns und der Lebensqualität; ✓ Kurze Erwartungsrunde: Ein Wort, das das Hauptanliegen der Teilnehmenden beschreibt, oder Neugier; ✓ Festlegung von Grundregeln: Vertraulichkeit, Respekt, freiwilliger Austausch; ✓ Präsentation des Moderators zu folgenden Themen: • physiologische Veränderungen und Schwankungen; • chronische Erkrankungen und die Auswirkungen von Medikamenten; • psychische Gesundheit und Beziehungswohlbefinden; • Risiken für die sexuelle Gesundheit; • Grundsätze der personenzentrierten Kommunikation.
Fallbasiertes Arbeitsblatt (Anwendung des sexuellen Reaktionszyklus)	30 Minuten	✓ Die Teilnehmenden arbeiten in kleinen Gruppen an der Analyse eines Szenarios im höheren Lebensalter unter Verwendung des ; ✓ Die Gruppen identifizieren: biologische Einflussfaktoren, psychologische/beziehungsbezogene Faktoren sowie mögliche fachliche Maßnahmen; ✓ Kurzer Austausch im Plenum mit Schwerpunkt auf praktischen Implikationen für die Pflege.
Pause	10 Minuten	

Reflexionsinstrument zum ganzheitlichen sexuellen Wohlbefinden und Zusammenfassung	30 Minuten	✓ Angeleitete Anwendung des Reflexionsinstruments zum ganzheitlichen sexuellen Wohlbefinden (individuelle oder Gruppenreflexion); ✓ Diskussion: Hindernisse und fördernde Faktoren für den Umgang mit Sexualität in beruflichen Kontexten;
---	------------	---

		✓ Wichtige Erkenntnisse: eine Erkenntnis und eine Maßnahme für die Praxis; ✓ Zusammenfassung durch die Moderatorin, die die Reflexion mit der personenzentrierte Pflege.
Kommunikation und der sexuelle Reaktionszyklus – Rollenspiel	30 Minuten	✓ Die Teilnehmenden arbeiten zu zweit: Ein Teilnehmender schlüpft in die Rolle des älteren Menschen, der andere die Rolle der Fachkraft; ✓ Die Teilnehmenden üben ein einfühlsames und respektvolles Gespräch über sensible Themen; ✓ Die Fachkraft lotet die Situation mithilfe von Fragen zum Sexualreaktionszyklus ; ✓ Die Teilnehmenden identifizieren mögliche Einflussfaktoren; ✓ Nach etwa 7 Minuten tauschen die Teilnehmenden anhand eines anderen Szenarios die Rollen; ✓ Es folgt eine kurze Nachbesprechung, die sich auf Kommunikationsherausforderungen und personenzentrierte .



Übung 1

Anwendung des sexuellen Reaktionszyklus – Fallbasiertes Arbeitsblatt

1. Lernziele

Am Ende der Aktivität werden die Teilnehmenden in der Lage sein:

- ✓ zu erkennen, wie sich die verschiedenen Phasen der sexuellen Reaktion im späteren Leben verändern können;
- ✓ zwischen medizinischen, psychologischen, zwischenmenschlichen und sozialen Einflüssen auf das sexuelle Wohlbefinden zu unterscheiden;
- ✓ respektvolle und angemessene berufliche Reaktionen zu formulieren;
- ✓ über persönliche Einstellungen und mögliche altersbedingte Vorurteile zu reflektieren.

2. Anleitung

Diese Aktivität ist als Fallanalyseübung in kleinen Gruppen konzipiert.

- Teilen Sie die Teilnehmenden in Kleingruppen von 3–5 Personen ein.
- Weisen Sie jeder Gruppe ein Fallbeispiel zu.
- Bitten Sie die Teilnehmenden, das Szenario sorgfältig zu lesen und gemeinsam zu besprechen.

3. Die Fallbeispiele

Fall 1

Maria ist 72 Jahre alt und lebt seit über 40 Jahren in einer festen Beziehung.

In den letzten Jahren hat sie begonnen, sexuelle Intimität zu vermeiden, da der Geschlechtsverkehr für sie schmerzhaft und unangenehm geworden ist. Es ist ihr peinlich, dies mit ihrem Partner zu besprechen, und sie hat es ihrem Arzt gegenüber noch nie erwähnt. Ihr Partner interpretiert diese Vermeidung als emotionale Ablehnung, und die Spannungen zwischen den beiden haben zugenommen.

Fall 2

John ist 68 Jahre alt und leidet an Diabetes und Bluthochdruck.

Im vergangenen Jahr litt er unter Erektionsstörungen und zunehmender Müdigkeit. Er schämt sich dafür und hat sich nach und nach aus der körperlichen und emotionalen Nähe zu seiner Partnerin zurückgezogen, wobei er liebevollen Körperkontakt gänzlich vermeidet. Er hat diese Veränderungen mit keinem medizinischen Fachpersonal besprochen.

Fall 3

Helen ist 75 Jahre alt und seit fünf Jahren verwitwet.

Vor kurzem hat sie eine enge emotionale Beziehung zu einem Mann aufgebaut, den sie in einem Gemeindezentrum kennengelernt hat. Obwohl sie Kameradschaft und Zuneigung empfindet, hat sie Angst davor, wie ihre Familie und Freunde eine romantische Beziehung in ihrem Alter beurteilen könnten. Sie ist unsicher, wie sie mit Intimität umgehen soll, und macht sich Gedanken darüber, „was angemessen ist“.

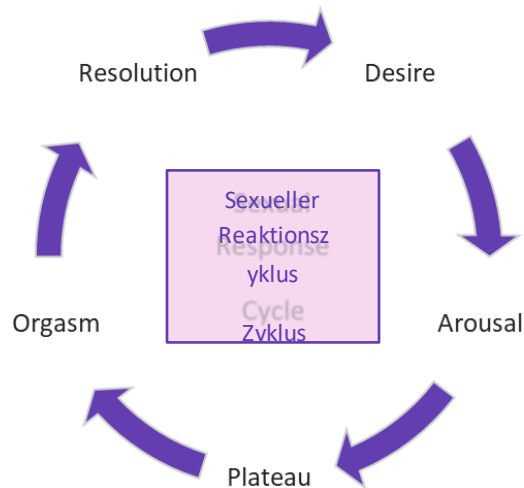
Fall 4

George ist 80 Jahre alt und bei ihm wurde eine leichte kognitive Beeinträchtigung diagnostiziert.

Er zeigt zunehmend körperliche Zuneigung gegenüber einem anderen Bewohner seiner Pflegeeinrichtung. Die Mitarbeiter*innen sind unsicher, wie sie darauf reagieren sollen, während seine Familie befürchtet, er könnte

verwirrt oder verletztlich sein könnte. Ein strukturiertes Gespräch über seine emotionalen oder zwischenmenschlichen Bedürfnisse hat bisher nicht stattgefunden.

4. Modell des sexuellen Reaktionszyklus



5. Fragen zur Analyse durch die Teilnehmenden

Jede Gruppe diskutiert den zugewiesenen Fall anhand der folgenden Leitfragen:

1. Welche Phase oder Phasen der sexuellen Reaktion könnten betroffen sein? (z. B. Verlangen, Erregung/Wohlbefinden, Befriedigung, emotionale Bedeutung)
2. Welche Faktoren könnten zu dieser Situation beitragen?
 - medizinische oder physiologische
 - psychologische oder emotionale
 - beziehungsbezogen
 - sozial oder kulturell
3. Wie würde eine angemessene fachliche Reaktion aussehen? Berücksichtigen Sie Kommunikation, Beurteilung, Beruhigung, Überweisung oder Unterstützung durch das Umfeld.

6. Reflexion im Plenum

Bitten Sie nach den Gruppendiskussionen jede Gruppe, kurz Folgendes mitzuteilen:

- das identifizierte Hauptproblem;
- die Faktoren, die das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen;
- eine mögliche unterstützende Maßnahme durch Fachkräfte.

Die Moderator*innen sollten betonen, dass mehrere Interpretationen nebeneinander bestehen können und dass das Ziel nicht darin besteht, eine einzige richtige Antwort zu finden, sondern ein reflektiertes und personenzentriertes Denken zu entwickeln.

7. Wichtige Lernbotschaften

- Sexuelles Wohlbefinden bleibt auch im höheren Lebensalter ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität.
- Schwierigkeiten im Bereich der Intimität spiegeln oft das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren wider und sind selten auf eine einzige Ursache zurückzuführen.
- Eine offene, respektvolle Kommunikation kann Leid und Stigmatisierung erheblich verringern.
- Fachkräfte spielen eine wesentliche Rolle dabei, Bedürfnisse zu erkennen, die Selbstbestimmung zu fördern und eine angemessene Versorgung zu ermöglichen.
- Ein ganzheitlicher, personenzentrierter Ansatz steht im Einklang mit gesundem Altern, Würde und Inklusion.



Übung 2

Reflexionsinstrument zum ganzheitlichen sexuellen Wohlbefinden

1. Ziele

Dieses Arbeitsblatt unterstützt die Teilnehmenden dabei:

- ✓ die Vielschichtigkeit des sexuellen Wohlbefindens im Alter zu erkennen;
- ✓ die biologischen, psychologischen, zwischenmenschlichen und sozialen Einflüsse auf Intimität zu erkunden;
- ✓ über persönliche Annahmen und berufliche Einstellungen zur Sexualität im Alter zu reflektieren;
- ✓ personenzentrierte und respektvolle Ansätze in der Praxis zu stärken.

2. Anleitung

Lesen Sie die unten aufgeführten Reflexionsbereiche durch.

1. Wählen Sie eine reale berufliche Situation oder ein hypothetisches Szenario mit einer älteren Person aus der folgenden Liste aus.
2. Überlegen Sie, inwiefern die einzelnen Dimensionen des sexuellen Wohlbefindens in dieser Situation relevant sein könnten.
3. Machen Sie sich individuell kurze Notizen oder diskutieren Sie Ihre Ideen in einer kleinen Gruppe.
4. Konzentrieren Sie sich darauf, die Erfahrungen der Person nachzuvollziehen, anstatt eine einzige „richtige“ Antwort zu finden.

Fall 1

Anna ist 70 Jahre alt und lebt allein, seit ihr Mann vor acht Jahren verstorben ist. Vor kurzem hat sie eine enge Freundschaft mit einer Nachbarin geschlossen, und die beiden verbringen viel Zeit miteinander. Sie genießt die Gesellschaft, ist sich aber unsicher, ob Intimität in ihrem Alter „angemessen“ wäre. Außerdem macht sie sich Sorgen, dass ihre erwachsenen Kinder negativ reagieren könnten, wenn sie wüssten, dass sie wieder eine romantische Beziehung in Betracht zieht. Gleichzeitig leidet Anna unter schlechter Laune und gelegentlicher Einsamkeit, insbesondere abends.

Fall 2

Peter ist 73 Jahre alt und lebt seit mehreren Jahren mit der Parkinson-Krankheit. Seine Mobilität hat sich allmählich verschlechtert, und er fühlt sich oft müde. Er und seine Partnerin lieben sich nach wie vor sehr, doch körperliche Intimität ist aufgrund von Steifheit, Müdigkeit und Koordinationsstörungen schwieriger geworden. Peter ist manchmal frustriert und macht sich Sorgen, dass er seiner Partnerin zur Last fällt. Über Intimität sprechen die beiden kaum noch offen.

Fall 3

Elena ist 67 Jahre alt und seit kurzem als Lehrerin im Ruhestand. Seit ihrem Ruhestand hat sie Veränderungen in der Wahrnehmung ihres Körpers und ihrer Attraktivität bemerkt. Sie hat etwas an Gewicht zugenommen und fühlt sich in Bezug auf ihr Aussehen weniger selbstbewusst. Obwohl ihre Beziehung zu ihrem Partner weiterhin von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist,

Intimität, weil sie sich wegen ihres Körpers schämt und befürchtet, nicht mehr attraktiv zu sein.

Fall 4

Victor ist 79 Jahre alt und lebt nach dem Tod seiner Ehefrau in einer Pflegeeinrichtung. Vor kurzem hat er eine freundschaftliche und liebevolle Beziehung zu einem anderen Bewohner aufgebaut. Sie verbringen oft Zeit miteinander, unterhalten sich, halten Händchen und sitzen eng beieinander. Allerdings gibt es in der Einrichtung nur begrenzten privaten Raum, und einige Mitarbeiter*innen fühlen sich durch Zuneigungsbekundungen zwischen den Bewohnern unwohl. Victor hat manchmal das Gefühl, dass seine emotionalen und zwischenmenschlichen Bedürfnisse in diesem institutionellen Umfeld nicht vollständig anerkannt werden.

3. Aufgaben

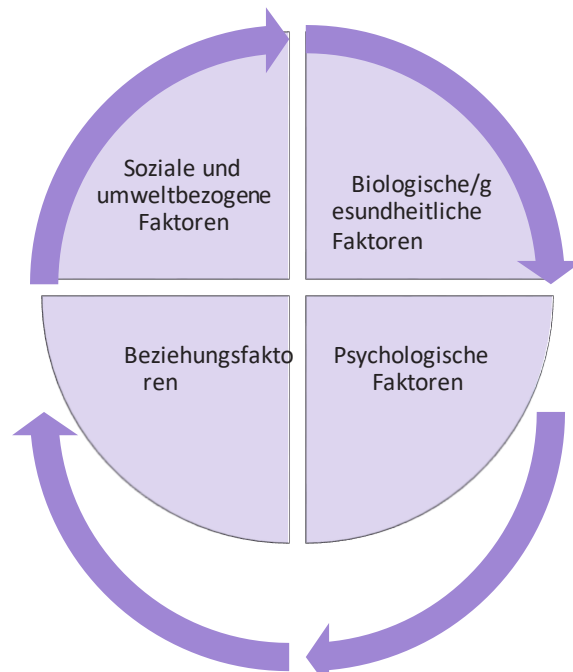
Schritt 1 – Den Kontext identifizieren

Beschreiben Sie kurz die ältere Person oder die Situation, über die Sie nachdenken:

- Altersgruppe und Lebenskontext (z. B. Lebensumfeld, Partnerschaft, Pflegeeinrichtung):
- Relevante gesundheitliche oder lebensverändernde Ereignisse:
- Hauptanliegen in Bezug auf Intimität, Sexualität oder emotionale Nähe:

Schritt 2 – Ganzheitliche Dimensionen des sexuellen Wohlbefindens erkunden

Reflektieren Sie jede Dimension und notieren Sie mögliche Einflussfaktoren.



Biologische/gesundheitliche Faktoren (z. B. chronische Erkrankungen, Medikamente, Schmerzen, hormonelle oder funktionelle Veränderungen)	Anmerkungen:
--	---------------------

Psychologische Faktoren (z. B. Stimmung, Angst, Körperbild, Selbstwertgefühl, Einsamkeit, vergangene Erfahrungen)	Anmerkungen:
Beziehungsfaktoren (z. B. Partnerschaft, Kommunikation, Verlust, Betreuungsrollen, emotionale Nähe)	Anmerkungen:
Soziale und umweltbezogene Faktoren (z. B. Privatsphäre, kulturelle Einstellungen, institutionelle Regeln, Familiendynamik, Stigmatisierung)	Anmerkungen:

Schritt 3 – Personenzentrierte professionelle Reaktion

Berücksichtigen Sie auf der Grundlage der obigen Überlegungen Folgendes:

- Welche Bedürfnisse oder Wünsche könnte diese Person haben?
- Was wäre ein respektvoller erster Schritt in der beruflichen Kommunikation?

- Gibt es Unterstützung, Überweisungen oder Veränderungen im Umfeld, die das Wohlbefinden verbessern könnten?

4. Fragen zur Reflexion

1. Welche Dimension des sexuellen Wohlbefindens wird in Ihrem beruflichen Kontext am häufigsten übersehen?
2. Welche Annahmen über das Älterwerden und Sexualität könnten die Reaktionen von Fachkräften beeinflussen?
3. Wie kann ein personenzentrierter Ansatz die Art und Weise verändern, wie mit dieser Situation umgegangen wird?
4. Welche Maßnahme könnten Sie nach dieser Reflexion in Ihrer Praxis umsetzen?

5. Hinweise für Moderator*innen (Leitfaden zur Moderation – falls vorgesehen)

- ✓ Planen Sie je nach Gruppengröße und Tiefe der Diskussion 20–30 Minuten ein.
- ✓ Betonen Sie, dass die Teilnehmenden hypothetische Fälle heranziehen können, um persönliche Offenbarungen zu vermeiden.
- ✓ Sorgen Sie für eine vorurteilsfreie und vertrauliche Atmosphäre.
- ✓ Konzentrieren Sie sich bei der Nachbesprechung auf Erkenntnisse und berufliche Implikationen, nicht auf persönliche Geschichten.
- ✓ Schließen Sie die Übung ab, indem Sie die Reflexionen mit personenzentrierter Kommunikation und ganzheitlicher Pflege im Alter verknüpfen.



Übung 3

Kommunikation und der sexuelle Reaktionszyklus – Rollenspiel

1. Ziele

Diese Übung hilft den Teilnehmenden dabei, Folgendes zu üben:

- ✓ einfühlsam auf sensible sexuelle Anliegen einzugehen
- ✓ das sexuelle Wohlbefinden mithilfe des sexuellen Reaktionszyklus strukturiert zu erkunden

2. Anleitung

Die Teilnehmenden arbeiten zu zweit. Ein Teilnehmenden schlüpft in die Rolle des älteren Menschen. Ein Teilnehmenden schlüpft in die Rolle der Fachkraft (Arzt, Krankenschwester, Psychologe, Sozialarbeiter*innen, Pflegekraft).

Das Rollenspiel besteht aus zwei Schritten:

Schritt 1 – Auf das Anliegen eingehen

Die ältere Person schildert ihre Situation. Die

Fachkraft sollte:

- ✓ das Anliegen anerkennen
- ✓ das Gespräch über Sexualität als normal darstellen
- ✓ respektvoll reagieren.

Schritt 2 – Das sexuelle Wohlbefinden erkunden

Die Fachkraft setzt das Gespräch fort, indem sie die Erfahrungen der Person anhand von Fragen zum sexuellen Reaktionszyklus erfragt: Verlangen, Erregung, Plateauphase, Orgasmus, emotionale Auflösung.

Die Teilnehmenden sollten versuchen, mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren, wie zum Beispiel: Gesundheitszustände, Medikamente, emotionales Wohlbefinden, Beziehungsdynamik, Lebensumfeld.

Nach etwa 7 Minuten tauschen die Teilnehmenden die Rollen und beginnen mit einem neuen Szenario.

Szenario 1

Sie sind 72 Jahre alt und seit über 40 Jahren verheiratet. In den letzten Jahren haben Sie bemerkt, dass Sie selten Interesse an sexueller Intimität verspüren. Ihr Partner interpretiert dies manchmal als Ablehnung, was zu Spannungen zwischen Ihnen geführt hat.

In letzter Zeit fühlen Sie sich zudem insgesamt müder und weniger motiviert. Sie sind sich nicht sicher, ob diese Veränderungen „einfach dem Älterwerden“ geschuldet sind oder etwas anderem.

Sie sind zu einer routinemäßigen ärztlichen Untersuchung gekommen und erwähnen zögerlich, dass Intimität in Ihrer Beziehung schwierig geworden ist.

Szenario 2

Sie sind 68 Jahre alt und in einer langjährigen Beziehung. Im Laufe des letzten Jahres ist der Geschlechtsverkehr aufgrund von Trockenheit und gelegentlichen Schmerzen unangenehm geworden.

Aus diesem Grund haben Sie und Ihr Partner begonnen, Intimität zu vermeiden, obwohl Ihnen emotionale Nähe nach wie vor wichtig ist.

Es ist Ihnen peinlich, das Thema anzusprechen, aber Sie möchten gerne wissen, ob es etwas gibt, das dazu beitragen kann, das Wohlbefinden bei der Intimität zu verbessern.

Szenario 3

Sie sind 74 Jahre alt und bei Ihnen wurden kürzlich Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes diagnostiziert. Im letzten Jahr haben Sie bemerkt, dass es länger dauert, bis eine Erektion eintritt, und dass es manchmal schwierig ist, diese aufrechtzuerhalten.

Sie befürchten, dass etwas Ernstes vorliegt, und sind frustriert, da Intimität früher ein wichtiger Teil Ihrer Beziehung war.

Sie sprechen dies bei einem Arztbesuch an, sind sich aber unsicher, wie offen Sie darüber sprechen sollten.

Szenario 4

Sie sind 80 Jahre alt und leben in einer Pflegeeinrichtung. In den letzten Monaten haben Sie eine enge Beziehung zu einem anderen Bewohner aufgebaut.

Sie genießen es, Zeit miteinander zu verbringen, Händchen zu halten und eng beieinander zu sitzen, aber Sie befürchten, dass das Personal oder Familienangehörige Sie verurteilen könnten, sollte die Beziehung intimer werden.

Sie sind sich unsicher, was in diesem Umfeld als akzeptabel gilt, und wünschen sich Bestätigung.

3. Zusätzliche Hinweise

Während des Rollenspiels sollte die Fachkraft:

1. Die Sorge anerkennen

Beispiele:

„Vielen Dank, dass Sie mir das mitteilen.“

„Viele Menschen erleben im späteren Leben ähnliche Veränderungen.“

„Es ist völlig in Ordnung, über Intimität und Sexualität zu sprechen.“

2. Erkunden Sie den sexuellen Reaktionszyklus

Beispielfragen:

Verlangen: Interesse an Intimität, emotionaler Nähe, Stimmung und Motivation

Erregung: körperliches Wohlbefinden, Lubrikation oder Erektion, Medikamente oder gesundheitliche Beschwerden

Plateau: Ausdauer, Ermüdung, umweltbedingte Hindernisse

Orgasmus: Befriedigung oder Veränderungen im Lustempfinden, Auswirkungen von Medikamenten

Auflösung: emotionale Verbundenheit, Gefühle nach der Intimität, Kameradschaft und Zuneigung.

Praktische Hilfsmittel

Modul 6



Unterrichtsplan

Modul 6	„-ismen“ in der Arbeit mit älteren und hochbetagten Menschen
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen*innen, Pflegepersonal, erweiterte Zielgruppen wie Auszubildende in Pflege- und Sozialberufen, Hauswirtschafts- und Servicepersonal, Freiwillige, Angehörige (optional, je nach Kontext).
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Nutzen für die Teilnehmenden 1. Bewusstseinsbildung: „Unsichtbare“ Mechanismen sichtbar machen. 2. Stärkung der Reflexionsfähigkeit: professionelle Selbstreflexion statt unbewusster Reproduktion von Normen. 3. Aufbau praktischer Fähigkeiten für den Alltag. 4. Förderung ethischer Entscheidungsfindung. 5. Stärkung einer kultursensiblen und inklusiven Praxis und deren Umsetzung im Alltag. 6. Erweiterung der Fähigkeiten zur Einleitung struktureller Veränderungen.
Vorbereitung	Organisieren Sie • einen Raum, der groß genug für 12–18 Personen ist (reservieren Sie ihn gegebenenfalls im Voraus). • einen Projektor, einen Laptop und ein Flipchart mit Papier sowie eine Moderationsbox. • Bringen Sie gegebenenfalls einen Adapter für Ihren Laptop mit. • Drucken Sie die Arbeitsblätter aus. • Bereiten Sie Bewertungsbögen oder eine Umfrage per QR-Code vor. • Bereiten Sie Namensschilder vor. Entwerfen Sie ein Einladungsschreiben, das Informationen zur Veranstaltung enthält, einschließlich Details zu Inhalt und Zeitplan. Vor Ort • Stellen Sie die Stühle in einem Kreis in der Mitte des Raums auf und stellen Sie eventuelle Tische außen an der Wand auf. • Technische Überprüfung und Überprüfung der Präsentation. • Legen Sie bei Bedarf Pausen ein.
Checkliste	1. Einladungsschreiben. 2. Moderationsmaterial. 3. Vorbereitete und ausgedruckte Arbeitsblätter. 4. Vorbereitete Moderationskarten.

Unterrichtsplan Modul 6 | Präsenzunterricht (Minuten)

Themen & Aktivitäten	Dauer in Minuten	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und Schaffung eines respektvollen Diskussionsraums.	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 1: „Standardbrillen erkennen“ „Othering“ und normative Annahmen sichtbar machen Einstieg in das Thema ohne große Hürden	30 Min.	1. Einzelarbeit (5 Min.): 2. Kleingruppen (10 Min.): 3. Plenum (10 Min.): 4. Teil 4: Reflexion im Plenum (5)	Arbeitsblatt 1 entsprechend der Teilnehmendenzahl, Flipchart, Pinnwand
Übung 2: „Fallstudie“	30 Min.	Arbeit in Kleingruppen (10 Min.) Plenumsdiskussion (20 Min.)	Vier Arbeitsblätter mit je einer Fallstudie
Theoretischer Input	10 Min.	Vortrag	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 3: „Train the Trainer*innen – Transfer in die Praxis“	60 Min.	Arbeit in Kleingruppen, Präsentation	Arbeitsblatt 3, Pinnwand, Flipchart, Moderationsmaterial.
Proportional Message & Verabschiedung.	10 Min.	Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse	Flipchart.



Übung 1

„Erkennen von Standardgläsern“

Dauer: 35 Minuten

Format: Teil 1: Einzelarbeit, Teil 2: Kleingruppenarbeit, Teil 3: Plenumsdiskussion **Benötigte**

Materialien: vorbereitete Arbeitsblätter, Präsentationsmaterialien, Flipchart oder Pinnwand.

Lernziele:

1. „Othering“ und normative Annahmen sichtbar machen
2. Einstieg in das Thema mit niedriger Schwelle

Ablauf:

1. Einzelarbeit (5 Min.):

Beurteilen Sie Aussagen (z. B.):

- „Hast du einen Ehemann?“
- „In diesem Alter spielt das keine Rolle mehr.“
- „Das ist sicher nur eine Phase.“

2. Kleingruppenarbeit (10 Min.):

- Was ist daran problematisch?
- Welche Norm steckt dahinter?
- Wen schließt das aus?

3. Plenum (10 Min.):

Zusammenfassung nach Kategorien:

- Heteronormativität
- Alternative Normen
- Moralische Bewertung

4. Reflexion im Plenum (5 Min.)

- Welche Muster fallen auf?
- Welche Aussagen kennen Sie aus Ihrem Arbeitsalltag?
- Was bedeutet das für den Umgang mit Bewohnern/Patienten?

Ggf. Vertiefung: Wählen Sie 2–3 Aussagen aus und formulieren Sie diese einfühlsam und inklusiv um. Beispiel: Statt: „Haben Sie einen Ehemann?“ → „Möchten Sie mir etwas über wichtige Menschen in Ihrem Leben erzählen?“

Gegebenenfalls Transferfrage: „Wie würden Sie diese Übung selbst mit einem Team durchführen?“

Ergebnis: Die Teilnehmenden erkennen, dass scheinbar alltägliche Aussagen nicht neutral, sondern normativ sind (Ergebnis: „*Ich höre jetzt anders zu.*“), sie können benennen, welche Normen hinter Aussagen stehen (Ergebnis: „*Ich verstehe, warum das problematisch sein kann.*“), sie werden sensibler für die Auswirkungen auf die Betroffenen (Perspektivwechsel), reflektieren ihre eigene Haltung und entwickeln neue sprachliche Fähigkeiten („*Ich weiß, wie ich es anders sagen kann.*“) und erleben in der Übung Führungskompetenz, die sie in ihre Organisation mitnehmen können.

Arbeitsblatt – „Standardbrillen erkennen“

Teil 1: Einzelarbeit (5 Minuten)

Lesen Sie die folgenden Aussagen und markieren Sie spontan:

1. ✓ = unproblematisch
2. ? = unsicher
3. ! = problematisch

Aussagen:

1. „Hast du einen Ehemann?“
2. „In deinem Alter spielt Sexualität keine Rolle mehr.“
3. „Das ist sicher nur eine Phase.“
4. „Die beiden sehen zusammen süß aus.“
5. „Deine Tochter kommt bestimmt oft zu Besuch, oder?“
6. „Für solche Themen bist du schon zu alt.“
7. „Wir wollen dich nur beschützen.“
8. „Das ist in deiner Kultur doch eher ungewöhnlich, oder?“
9. „Du wirkst überhaupt nicht wie eine lesbische Frau.“
10. „Das ist nicht der richtige Ort für so etwas.“
11. „Sie haben keine eigene Familie.“
12. „Das meinst du doch nicht ernst.“
13. „Früher war das gar nicht so kompliziert.“
14. „Wir behandeln hier alle gleich.“
15. „Darauf müssen wir nicht gesondert eingehen.“

Teil 2: Arbeit in kleinen Gruppen (10 Minuten)

Tauscht euch in eurer Gruppe aus.

Leitfragen:

1. Welche Aussagen habt ihr als problematisch markiert – aus welchem Grund?
2. Welche Normen oder Annahmen stecken dahinter? (z. B. Heteronormativität, Altersnormen, kulturelle Zuschreibungen)
3. Wer könnte durch diese Aussagen ausgeschlossen oder verletzt werden?
4. Welche Aussagen mögen auf den ersten Blick „harmlos“ erscheinen, sind aber dennoch problematisch?



Übung 2

Fallbeispiele

Fall 1: „Wir wollen sie doch nur beschützen“

Situation:

Frau M. (82) lebt in einem Pflegeheim und leidet an beginnender Demenz. Sie hat eine enge, auch körperlich intime Beziehung zu einer Mitbewohnerin. Das Team ist sich unsicher, ob Frau M. „wirklich einwilligungsfähig“ ist. Eine Pflegekraft schlägt vor, die beiden räumlich voneinander zu trennen – „zu ihrem Schutz“.

Aufgabe:

Analysieren Sie den Fall in Ihrer Gruppe.

Leitfragen zur Reflexion:

- Wo zeigt sich „Othering“?
- Welche Annahmen über Alter, Sexualität oder kognitive Beeinträchtigung werden sichtbar?
- Welche ethischen Prinzipien sind davon betroffen (Autonomie, Fürsorge usw.)?
- Wie lässt sich die Einwilligung in diesem Fall verantwortungsvoll beurteilen?
- Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?

Bitte notieren Sie zu jedem Punkt einige Stichpunkte.

Die Fragen sind als Anregung gedacht. Sie müssen nicht alle schriftlich beantworten.

Wählt einen Zeitnehmer und eine Person aus, die Stichpunkte notiert.



Nach 15 Minuten kehren Sie zur Plenarsitzung zurück.

Fall 2: „Das ist hier nicht der richtige Ort“

Situation:

Herr K. (76) erhält regelmäßig Besuch von seinem langjährigen Partner. Einige Mitbewohner beschwerten sich beim Personal, dass dies „unangenehm“ und „unangemessen“ sei. Eine Pflegekraft bittet Herrn K., „solche Besuche diskreter zu gestalten“.

Aufgabe:

Besprechen Sie, wie das Team angemessen reagieren könnte.

Leitfragen zur Reflexion:

- Welche Formen der Ausgrenzung sind erkennbar?
- Welche Rolle spielen heteronormative Vorstellungen?

- Wessen Bedürfnisse werden hier priorisiert – und warum?
- Wie könnte ein inklusiver Ansatz aussehen?
- Welche strukturellen Lösungen wären möglich?

Die Fragen sind als Anregung gedacht. Ihr müsst nicht alle schriftlich beantworten.

Wählt einen Zeitnehmer und eine Person, die Stichpunkte notiert.

➡ Nach 15 Minuten kehren Sie zur Plenarsitzung zurück.

Fall 3: „In Ihrer Kultur ist das anders“ – Situation

Frau A. (79) hat einen Migrationshintergrund. Eine Pflegekraft vermeidet es, mit ihr über Partnerschaft oder Sexualität zu sprechen, mit der Begründung, dass „das in ihrer Kultur sicherlich tabu ist“. Frau A. wirkt jedoch zunehmend zurückgezogen.

Aufgabe: 15 Minuten

Analysieren Sie die Situation und entwickeln Sie alternative Vorgehensweisen. Notieren Sie Ihre Ideen auf Karten; bitte ein Stichwort pro Karte.

Leitfragen für die Diskussion:

1. Was ist hier das Problem?
2. Was bedeutet „Kulturalisierung“ in diesem Fall?
3. Welche Risiken bestehen für Frau A.?
4. Wie könnte man sensibel und offen nachfragen?
5. Welche Rolle spielt die personenzentrierte Kommunikation?

Die Fragen sind als Anregung gedacht. Sie müssen nicht alle schriftlich beantworten.

Bestimmen Sie einen Zeitnehmer und eine Person, die Stichpunkte notiert.

➡ Nach 15 Minuten kehren Sie zur Plenarsitzung zurück.

Fall 4: „Wir sind alle hier“

Situation:

Im Leitbild der Einrichtung heißt es: „Wir behandeln alle gleich.“ Dennoch gibt es keine geschlechtsneutralen Formen, und LSBTIQ+-Themen werden im Alltag nicht thematisiert. Eine Bewohnerin sagt, sie fühle sich „nicht gesehen“.

Aufgabe:

Bewerten Sie die Situation auf struktureller Ebene.

Leitfragen zur Reflexion:

1. Was ist hier mit „Gleichbehandlung“ gemeint – und wo liegt das Problem?
2. Wo zeigen sich Alibipolitik oder Unsichtbarkeit?
3. Welche strukturellen Barrieren bestehen?
4. Was muss konkret geändert werden (Sprache, Regeln, Angebote)?
5. Wie lässt sich echte Inklusion umsetzen?

Die Fragen sind als Anregung gedacht. Ihr müsst nicht alle schriftlich beantworten.

Bestimmen Sie einen Zeitnehmer und eine Person, die Stichpunkte notiert.

➡ Nach 15 Minuten kehren Sie zur Plenarsitzung zurück.



Übung 3

„Übertragung auf die eigene Einrichtung“

Ziel der Übung

Die Teilnehmenden entwickeln eine **konkrete, realistische Mini-Intervention**, mit der sie das Thema „*Othering*“ in ihrer eigenen Einrichtung einbringen können.

Schwerpunkt: **Umsetzung statt Theorie**

Schritt 1: Klärung des Ausgangspunkts (10 Minuten)

Denken Sie über Ihre eigene Situation nach:

Leitfragen:

- Wo erleben Sie im Alltag Situationen, die mit „Othering“ zu tun haben? (z. B. Sprache, Umgang mit Bewohner*innen, Regeln, Unsicherheiten im Team)
- Welche Situationen sind typisch oder treten immer wieder auf?
- Wo besteht im Team Klärungs- oder Reflexionsbedarf?

Schreiben Sie eine konkrete Situation auf:

Schritt 2: Wählen Sie eine Mini-Intervention aus (10 Minuten)

Wählen Sie **eine geeignete Methode** aus (Sie müssen nichts neu erfinden!):

- ☐ Reflexion über Aussagen (wie in Übung 1)
- ☐ Fallbesprechung (wie in Übung 2)
- ☐ Kurzer Impuls + Diskussion
- ☐ Übung zum Perspektivwechsel („Wie fühlt es sich für die Betroffenen an?“)

Was fällt dir noch ein?

Schritt 3: Mini-Training planen (20 Minuten)

Planen Sie eine kurze Einheit (10–15 Minuten) für Ihr Team.

Strukturelle Hilfestellung:

- **Thema / Ziel der Einheit:**
→ Was sollten die Kollegen danach verstanden haben?

- **Einstieg (2–3 Minuten):**
→ Wie leiten Sie die Sitzung ein? (z. B. Aussage, Frage, kurzer Fall)
- **Hauptteil (5–7 Minuten):**
→ Was sollten die Kollegen konkret tun? (diskutieren, reflektieren, bewerten)
- **Fazit (2–3 Minuten):**
→ Was ist das zentrale Ergebnis?

Schritt 4: Vorstellung Ihres Zeitplans (5–10 Minuten) Schritt 5:

Feedback (5 Minuten)

Leitfragen:

- Was war verständlich und leicht umsetzbar?
- Was hat zum Nachdenken angeregt?
- Wo war es unklar oder zu komplex?
- Wirkte die Haltung wertschätzend und offen? **Falls**

Zeit für eine praktische Einheit bleibt:

In kleinen Gruppen:

- Eine Person moderiert die Mini-Sitzung
- Die anderen schlüpfen in die Rolle des Teams

Ziel der Übung

Die Teilnehmenden:

- übertragen das Thema **konkret auf ihre eigene Praxis**
- entwickeln **realistische, kurze Interventionen** für den Arbeitsalltag
- Gewinnung von Selbstvertrauen bei **der Leitung von Gruppen**
- lernen, **bestehende Methoden flexibel anzupassen**
- erkennen: Veränderung beginnt oft mit **kleinen Impulsen im Team**.

Denken Sie daran

Sie müssen kein umfassendes Training anbieten – schon ein gut platzierter 10-minütiger Impuls kann Veränderungen auslösen.

Anwendungsfrage

Wann und in welchem Kontext könnten Sie Ihre Mini-Intervention konkret umsetzen? (z. B. Teambesprechung, Schichtübergabe, Fortbildung).

Praktische Hilfsmittel

Modul 7





Unterrichtsplan

Unterrichtsplan | Präsenzunterricht

Themen & Aktivitäten	Dauer	Methoden	Ausstattung & Materialien
Einleitung und Erwartungen – Vorstellung des Ablaufplans und der Lernziele für Modul 7	5 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Theoretischer Input – Warum ist Methodik wichtig? Die Prinzipien inklusiver Kommunikation (Sprache, Körperhaltung, Umgebung)	20 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 1 – Verhaltensregeln in der Kommunikation Ziel: Identifizierung und Einübung inklusiver Kommunikationstechniken anhand von Alltagsszenarien. Aktivität: Die Teilnehmenden arbeiten in kleinen Gruppen mit einem Satz Kommunikationskarten. Für jede Aussage entscheiden sie, ob sie eine inklusive berufliche Praxis (DO) oder problematische Kommunikation (DON'T) darstellt, begründen ihre Entscheidung und schlagen gegebenenfalls eine respektvollere Alternative vor. Die Gruppen diskutieren ihre Antworten und vergleichen sie während des im Plenum.	25 Min.	Diskussion in Kleingruppen, Kartensortierung, Rollenspiel	Karten mit Kommunikations-Do's und Don'ts, Flipchart
PAUSE 1	10 Min.	–	–



Theoretischer Input – Schaffung sicherer Räume, Anpassung an unterschiedliche Lebensrealitäten (kognitiver Verfall, Behinderung, kulturelle Vielfalt)	15 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint-Präsentation
Übung 2 – Komplexe Situation Analyse Ziel: Heikle Situationen (Beziehungen zwischen Bewohnern, Widerstand seitens der Familie) analysieren und eine teamorientierte Lösung erarbeiten. Aktivität: In kleinen Gruppen analysieren die Teilnehmenden ein komplexes Fallbeispiel, bei dem es um Intimität, Beziehungen, Einwilligung, familiäre Bedenken oder Vielfalt im Alter geht. Mithilfe des strukturierten Reflexionsbogens identifizieren die Teilnehmenden die zentralen Themen, die beteiligten Akteure und die relevanten ethischen Grundsätze und entwickeln einen schrittweisen Reaktionsplan. Die Gruppen präsentieren und diskutieren ihre Empfehlungen im Plenum vor und diskutieren sie.	25 Min.	Fallstudienanalyse, Diskussion in Kleingruppen, Austausch im Plenum	Komplexe Situation Karten
PAUSE 2	10 Min.	–	–
Übung 3 – Foto-Ausdruck Moderationsübung Ziel: Mit dem Foto-Expression-Tool experimentieren und das Moderieren einer kurzen Diskussion zu einem sensiblen Thema üben. Aktivität: Die Teilnehmenden arbeiten in kleinen Gruppen und moderieren abwechselnd eine kurze Diskussion unter Verwendung von Foto-Expression-Bildern und Moderationsszenario-Karten. Ein Teilnehmender übernimmt die Rolle des Moderators, während die anderen die Rolle der Teilnehmenden einnehmen. Beobachter füllen das Formular zur Peer-Beobachtung aus und geben Feedback zu	30 Min.	Übung zur Moderation kleiner Gruppen, gegenseitige Beobachtung	„Photo-Expression“-Bildersammlung, Moderationsszenario-Karten

Kommunikationsstil, Frage Techniken, Gruppenleitung und Umgang mit sensiblen Themen.			
Theoretische Grundlagen – Leitlinien für Pädagog*innen und Fachkräfte, ethische Überlegungen, Teamarbeit	10 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint- Präsentation
Proportional Message & Zusammenfassung – Besprechung abschließender Fragen und Feedback	5 Min.	Präsentation, Gruppendiskussion	Laptop, Beamer, PowerPoint- Präsentation
Feedback-Formular	5 Min.	Modulbewertung	Ausgedruckte Feedback-Formulare oder QR-Code



Übung 1

Do or Don't

1 "AT YOUR AGE, YOU SHOULDN'T WORRY ABOUT THAT KIND OF THING ANYMORE."

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

2 "IS THERE AN IMPORTANT PERSON IN YOUR LIFE THAT YOU'D LIKE TO TALK ABOUT?"

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

3 TO A RESIDENT WHO SEEMS SAD: "YOU'RE PROBABLY JUST LONELY SINCE YOUR HUSBAND DIED."

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

4 "WHAT PRONOUNS DO YOU USE? I WANT TO MAKE SURE I ADDRESS YOU CORRECTLY."

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

5 LAUGHING NERVOUSLY AND CHANGING THE SUBJECT WHEN A RESIDENT MENTIONS THEIR SEX LIFE.

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

"MANY PEOPLE FIND THAT THEIR

INTIMATE NEEDS CHANGE AS THEY GET OLDER. IS THERE ANYTHING YOU'D LIKE

TO DISCUSS?"

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

Do or Don't

7 WALKING INTO A RESIDENT'S ROOM WITHOUT KNOCKING, EVEN IF THE DOOR IS CLOSED.

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

8 "WOULD YOU PREFER A MALE OR FEMALE CAREGIVER TO ASSIST YOU WITH PERSONAL CARE?"

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

9 "THAT'S SO CUTE THAT YOU TWO ARE HOLDING HANDS AT YOUR AGE!"

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

10 "I ASK ALL THE PEOPLE I SUPPORT ABOUT THEIR EMOTIONAL AND INTIMATE WELLBEING – IT'S PART OF OVERALL HEALTH."

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

11 ASKING A FEMALE : "WHAT WAS YOUR HUSBAND'S NAME?"

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

12 "I NOTICED YOU SEEM MORE WITHDRAWN LATELY. IS THERE SOMEONE YOU'RE MISSING OR SOMETHING ON YOUR MIND?"

NEVER GETS OLD

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Karte	TUN/NICHT TUN	Warum	Bessere Alternative
1	+ NICHT	Abwertend, altersdiskriminierend, beendet das Gespräch	„Viele Menschen empfinden Intimität nach wie vor als wichtig. Ist das etwas, möchtest du darüber sprechen?“
2	   TN	Inklusiv, offen, lässt vielfältige Beziehungen	
3	+ NICHT	Geht von Heterosexualität aus, unterstellt den Grund für die Traurigkeit	„Du wirkst traurig. Möchtest du darüber reden, was dich gerade beschäftigt?“
4	  TUN	Respektvoll, schafft ein sicheres Umfeld für trans- und nicht-binäre Menschen	
5	+ NICHT TUN	Signalisiert Unbehagen, untergräbt das Vertrauen, demütigt	Bleib ruhig, hör zu, reagiere ernsthaft: „Danke, dass du mir das erzählt hast.“
6	  TUN	Normalisiert das Thema, eröffnet Dialog	
7	+ NICHT TUN	Verletzt die Privatsphäre und Würde	
8	TUN	Respektiert Präferenzen, besonders wichtig für Trans-Bewohner	
9	+ NICHT TUN	Kindisch, abwertend gegenüber Beziehung zwischen Erwachsenen	„Es ist wunderbar zu sehen, wie so glücklich zusammen zu sehen.“
10	   TN	Normalisiert, schafft Freiraum zum Reden	
11	+ NICHT TUN	Heteronormativ, lässt andere Möglichkeiten	„Gab es einen wichtigen in deinem Leben?“
12	   	Offen, fürsorglich, lädt zum Austausch ein ohne Druck	



Übung 2



SITUATION A

TWO RESIDENTS IN YOUR NURSING HOME, JEAN (82) AND MICHEL (79), HAVE BECOME VERY CLOSE OVER THE PAST FEW MONTHS. THEY EAT ALL THEIR MEALS TOGETHER, SPEND HOURS IN THE GARDEN HOLDING HANDS, AND STAFF HAVE NOTICED THAT MICHEL OFTEN VISITS JEAN'S ROOM LATE IN THE EVENING.

SOME STAFF MEMBERS THINK IT'S "SWEET." OTHERS ARE UNCOMFORTABLE AND HAVE STARTED MAKING JOKES. MICHEL'S DAUGHTER HAS COMPLAINED TO THE DIRECTOR: "MY FATHER IS VULNERABLE. I DON'T KNOW WHAT JEAN WANTS FROM HIM."

As a team, what do you do?



SITUATION B

MONIQUE, 76, HAS BEEN LIVING IN YOUR ASSISTED LIVING RESIDENCE FOR TWO YEARS. SHE RECENTLY STARTED A RELATIONSHIP WITH ANOTHER RESIDENT, CLAIRE, 74. THEY SEEM VERY HAPPY TOGETHER – THEY GO TO ACTIVITIES TOGETHER, SHARE MEALS, AND HAVE BECOME EACH OTHER'S MAIN SOURCE OF SUPPORT.

MONIQUE'S SON HAS DEMANDED A MEETING WITH YOU. HE IS FURIOUS: "MY MOTHER WAS MARRIED TO MY FATHER FOR 40 YEARS. SHE'S NOT A LESBIAN. THIS WOMAN IS TAKING ADVANTAGE OF HER. I WANT YOU TO SEPARATE THEM." MONIQUE HAS TOLD YOU SHE HAS NEVER BEEN HAPPIER AND THAT CLAIRE IS "THE BEST THING THAT'S HAPPENED TO ME IN YEARS."

As a team, how do you handle this situation?



SITUATION B

GINETTE, 88, LIVES IN YOUR NURSING HOME. SHE HAS MODERATE ALZHEIMER'S DISEASE. HER MEMORY COMES AND GOES – SOME DAYS SHE RECOGNISES HER CHILDREN, OTHER DAYS SHE DOESN'T.

GINETTE HAS BECOME VERY AFFECTIONATE WITH ANOTHER RESIDENT, ROBERT, 85, WHO ALSO HAS COGNITIVE IMPAIRMENT. STAFF HAVE OBSERVED THEM KISSING AND TOUCHING. BOTH SEEM HAPPY AND RELAXED IN EACH OTHER'S COMPANY. NEITHER SEEMS DISTRESSED OR UPSET.

HOWEVER, SOME STAFF ARE WORRIED: "CAN SHE REALLY CONSENT TO THIS? WHAT IF SHE DOESN'T UNDERSTAND WHAT'S HAPPENING? WHAT IF ROBERT DOESN'T UNDERSTAND?"

GINETTE'S DAUGHTER IS HORRIFIED AND WANTS THE RELATIONSHIP STOPPED IMMEDIATELY.

As a team, how do you assess the situation and respond?



SITUATION D

A NEW RESIDENT, ALEX, 70, IS JOINING YOUR NURSING HOME NEXT WEEK. ALEX IS A TRANSGENDER MAN. HE HAS A BEARD AND A DEEP VOICE, AND HIS FILE IDENTIFIES HIM AS "MR. ALEX DUBOIS."

DURING THE PRE-ADMISSION VISIT, ALEX MENTIONED TO THE DIRECTOR THAT HE HAD TOP SURGERY YEARS AGO BUT NEVER HAD LOWER SURGERY. HE SAID: "I'M TELLING YOU THIS BECAUSE I KNOW SOMEONE WILL EVENTUALLY NEED TO HELP ME WITH PERSONAL CARE. I DON'T WANT IT TO BE A SURPRISE. I DON'T WANT TO HAVE TO EXPLAIN MYSELF WHILE I'M NAKED AND VULNERABLE." THE DIRECTOR HAS SHARED THIS INFORMATION WITH YOU, THE CARE TEAM. NONE OF YOU HAVE EVER RECEIVED TRAINING ON SUPPORTING TRANS RESIDENTS.

As a team, how do you prepare for Alex's arrival? What do you do when the moment for intimate care comes?



SITUATION E

YOU ARE A HOME CARE WORKER VISITING MRS. KAUR, 78, WHO IMMIGRATED FROM INDIA 40 YEARS AGO. SHE LIVES ALONE AND RECEIVES DAILY VISITS FOR PERSONAL CARE AND COMPANIONSHIP.

MRS. KAUR HAS NEVER DISCUSSED HER PERSONAL OR EMOTIONAL LIFE WITH YOU. WHEN YOU'VE GENTLY ASKED ABOUT HER FAMILY, SHE HAS SAID HER HUSBAND DIED MANY YEARS AGO AND SHE HAS NO CHILDREN.

RECENTLY, YOU'VE NOTICED SHE SEEMS WITHDRAWN AND SAD. YOU SUSPECT SHE MIGHT BE LONELY OR MISSING SOMEONE, BUT WHENEVER YOU TRY TO APPROACH THE SUBJECT, SHE BECOMES SILENT AND CHANGES THE TOPIC.

YOU KNOW THAT IN SOME CULTURES, DISCUSSING PERSONAL OR INTIMATE MATTERS OUTSIDE THE FAMILY IS DEEPLY TABOO. YOU DON'T WANT TO BE INTRUSIVE, BUT YOU'RE ALSO CONCERNED ABOUT HER WELLBEING.

How do you approach this situation with cultural humility while still fulfilling your duty of care?

Schritt	Fragen	Die Reaktion Ihres Teams
Schritt 1	Was ist hier das Hauptproblem? Welche unterschiedlichen Perspektiven gibt es?	
Schritt 2	Wer muss in die Lösung dieser Situation einbezogen werden? (Bewohner, Familie, Mitarbeiter*innen, Leitung, externe Experten?)	
Schritt 3	Um welche ethischen Grundsätze geht es? (Autonomie, Würde, Sicherheit, Privatsphäre, Einwilligung, familiäre Beziehungen?)	
Schritt 4	Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden und in welcher Reihenfolge? (sofortige Maßnahmen, kurzfristig, langfristig)	
Schritt 5	Wie dokumentieren und kommunizieren Sie die Entscheidung an alle Beteiligten?	



Übung 3

Formular zur gegenseitigen Beobachtung – Moderationsübung

Name des Moderators: _____

Szenario: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Beobachtungsbereich	Was hat gut funktioniert?	Was könnte verbessert werden?
Einleitung – Hat Die Moderation das Thema klar erklärt? Eine sichere Atmosphäre geschaffen?		
Einsatz von Bildern – Hat Die Moderation das Foto-Expressions-Tool effektiv eingesetzt? Waren die Bilder hilfreich?		
Fragen – Hat Die Moderation offene, einbeziehende Fragen gestellt? Hat er aktiv zugehört?		
Gruppenleitung – Hatte jeder die Gelegenheit, sich zu äußern? Wurden Schweigepausen respektiert?		
Umgang mit heiklen Momenten – Hat Die Moderation gut auf Unbehagen oder Emotionen reagiert?		
Abschluss – Hat Die Moderation die Sitzung angemessen zusammengefasst oder sich bei den Teilnehmendenn bedankt?		



SCENARIO A

Intimacy and Aging

TOPIC: "WHAT DOES INTIMACY MEAN TO YOU AS YOU GET OLDER?"

CONTEXT: YOU ARE FACILITATING A 10-MINUTE DISCUSSION WITH A SMALL GROUP OF CARE HOME RESIDENTS*. SOME RESIDENTS MAY HAVE COGNITIVE IMPAIRMENT.

USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO HELP PEOPLE EXPRESS THEMSELVES.

Goal: Help participants share their thoughts and feelings about intimacy in later life.



SCENARIO B

Love and New Relationships

TOPIC: "IS IT POSSIBLE TO FALL IN LOVE AT ANY AGE?"

CONTEXT: YOU ARE FACILITATING A 10-MINUTE DISCUSSION WITH A SMALL GROUP OF OLDER ADULTS IN AN ASSISTED LIVING RESIDENCE. SOME HAVE LOST PARTNERS, SOME ARE SINGLE, SOME ARE IN NEW RELATIONSHIPS.

USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO START THE CONVERSATION.

Goal: Create a safe, non-judgemental space where people can share their experiences and hopes.



SCENARIO C

Touch and Affection

TOPIC: "THE IMPORTANCE OF TOUCH AND AFFECTION AS WE AGE"

YOU ARE FACILITATING A 10-MINUTE DISCUSSION WITH CARE HOME STAFF (PLAYED BY OTHER PARTICIPANTS). THEY WANT TO BETTER UNDERSTAND RESIDENTS' NEEDS FOR TOUCH AND AFFECTION, BUT SOME FEEL UNCOMFORTABLE WITH THE TOPIC.

USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO HELP PEOPLE EXPRESS THEMSELVES.

Goal: Help staff explore their own attitudes and understand residents perspectives



SCENARIO D

Diversity and Inclusion

TOPIC: 'FEELING SEEN AND RESPECTED FOR WHO YOU ARE'

CONTEXT: YOU ARE FACILITATING A 10-MINUTE DISCUSSION WITH A SMALL GROUP OF CARE HOME RESIDENTS*. SOME RESIDENTS MAY HAVE COGNITIVE IMPAIRMENT.

USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO HELP PEOPLE EXPRESS THEMSELVES.

Goal: Help participants share their thoughts and feelings about intimacy in later life.



SCENARIO E

Love and New Relationships

TOPIC: "IS IT POSSIBLE TO FALL IN LOVE AT ANY AGE?"

CONTEXT: YOU ARE FACILITATING A 10-MINUTE DISCUSSION WITH CARE HOME STAFF AND MANAGEMENT (PLAYED BY OTHER PARTICIPANTS). YOUR RESIDENCE WANTS TO BECOME MORE INCLUSIVE OF LGBTQIAP+ RESIDENTS. USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO HELP PEOPLE THINK ABOUT WHAT "FEELING SEEN" MEANS.

USE THE PHOTO-EXPRESSION IMAGES TO START THE CONVERSATION.

Goal: Encourage reflection on how the environment and practices can signal inclusion or exclusion.

Praktische Hilfsmittel

Modul 8





Unterrichtsplan

Modul 8	Demenz und Sexualität: Wichtige Punkte
Zielgruppe	Erwachsenenbildner*innen, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal. Für eine optimale Interaktion sollten die Teilnehmenden in kleinen Gruppen von 3–5 Personen arbeiten. Dies ermöglicht eine aktive Teilnahme, den Austausch von Perspektiven und eine effektivere Diskussion.
Dauer	2,5 Stunden
Lernziele	Die Lernenden werden in der Lage sein: • erläutern, wie demenzbedingte kognitive Veränderungen Intimität und sexuelle Ausdrucksformen beeinflussen Strukturelles Verständnis • Zwischen Autonomie, Schutz, Wohltätigkeit und Würde des Risikos unterscheiden Ethische Kompetenz • einen kontext- und zeitbezogenen Ansatz zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit anzuwenden Einwilligungskompetenz • Intersektionale Vulnerabilitäten (Geschlecht, LSBTIQ+, Kultur, Gesundheitszustand) zu erkennen Inklusives Bewusstsein • einen strukturierten 3-Stufen-Aktionsplan für komplexe ethische Szenarien zu entwickeln Berufliches Selbstvertrauen
Vorbereitung	- Räumen Sie den Raum so ein, dass Stühle und Tische für Gruppenarbeit angeordnet sind. - Stellen Sie Projektor, Laptop und Flipchart bereit. - Drucken Sie die Arbeitsblätter „Mythos vs. Realität“ aus. - Bereiten Sie das Reflexionsinstrument zum Thema Einwilligung und die Fallstudienkarten vor. - Drucken Sie die Arbeitsblätter zum „3-Stufen-Aktionsplan“ aus. - Bereiten Sie Bewertungsbögen oder eine QR-Code-Umfrage vor.
Checkliste	Technik: PPTX-Datei und Projektor prüfen Übung 1: Drei Flipchart-Blätter und Marker Übung 2: Ausgedruckte Fragebögen, persönliche Karten und Schreibunterlagen Übung 3: Fallkarten und Arbeitsblätter Allgemein: Namensschilder und Feedback-Formulare

Unterrichtsplan | Präsenzunterricht (150 Minuten)

Themen & Aktivitäten	Dauer in Minuten	Methoden	Ausstattung und Materialien
Eröffnung und Erwartungen – Vorstellung der Tagesordnung und Schaffung eines respektvollen Diskussionsraums.	5 Min.	Präsentation	Laptop, Beamer, PowerPoint Präsentation
Theoretischer Beitrag: Sexualität, Altersdiskriminierung und Demenz – Sexualität als lebenslange Identität; Stigmatisierung; kognitive Veränderungen und Beziehungsbedürfnisse	15 Min.	Präsentation	PowerPoint-Präsentation
Übung 1 – Mythos vs. Realität Klassifizierung in Kleingruppen und Plenumsdiskussion	20 Min.	Gruppenarbeit + Plenum	Ausgedruckte Arbeitsblätter, Flipchart
Theoretischer Input: Einwilligung und ethische Komplexität Kontextspezifische Einwilligung; nonverbale Indikatoren; Würde des Risikos.	20 Min.	Präsentation	PowerPoint-Präsentation
Übung 2 – Einwilligung in der Praxis Fallanalyse unter Verwendung des „Consent Reflection Tool“ und der proportionalen Reaktion.	30 Min.	Gruppenarbeit zur Fallstudie	Fallkarten, Einwilligungs-Tool
Kurze Pause – Die Teilnehmenden legen eine kurze Pause ein, um sich auszuruhen und nachzudenken, bevor sie fortfahren.	10 Min.	Informelle Pause	-
Übung 3 – 3-Stufen-Aktionsplan Sofortmaßnahmen; Ethische Argumentation; Langfristige Strategie.	35 Min.	Gruppenarbeit + Präsentationen	Fallkarten, Arbeitsblatt „Aktionsplan“
Proportional Message & Zusammenfassung Wandel von kontrollorientierten Reaktionen hin zu einer auf Würde ausgerichteten Praxis.	10 Min.	Plenumsdiskussion	Flipchart
Auswertung Selbstvertrauensskala + offene Reflexionsfrage.	5 Min.	Individuelle Reflexion	Feedback-Formulare / QR-Code



Übung 1

Mythos vs. Realität

Dauer: 20 Minuten

Format: Arbeit in Kleingruppen (3–5 Teilnehmenden)

Benötigte Materialien: Ausgedrucktes Arbeitsblatt, Flipchart, Marker

1. Ziel der Übung

Diese Aktivität zielt darauf ab:

- Vorurteile in Bezug auf Sexualität bei Demenz, die auf Altersdiskriminierung und Stigmatisierung beruhen, hinterfragen
- die Fähigkeiten der Teilnehmenden zum kritischen Denken zu stärken
- eine evidenzbasierte Reflexion anstelle von reaktiven Urteilen zu fördern
- die Teilnehmenden auf eine vertiefte ethische Analyse in nachfolgenden Aktivitäten vorzubereiten

Die Übung unterstützt den Übergang von kontrollorientierten Reaktionen hin zu einer personenzentrierten und rechtsbasierten Praxis.

2. Anweisungen für die Teilnehmenden

1. Arbeiten Sie in kleinen Gruppen.
2. Lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch.
3. Entscheiden Sie, ob die Aussage einen Mythos oder die Realität darstellt.
4. Begründen Sie Ihre Wahl kurz.
5. Seid darauf vorbereitet, in der Plenumsdiskussion kurz ein Beispiel zu nennen.

3. Arbeitsblatt – Aussagen zur Einordnung

Markieren Sie bei jeder Aussage:

☐ Mythos oder ☐ Realität

1.	Menschen mit Demenz verlieren jegliches Interesse an Intimität.
2.	Sexuelles Verhalten bei Demenz ist immer unangemessen oder pathologisch.
3.	Die Einwilligungsfähigkeit muss bei jeder einzelnen Entscheidung geprüft werden.
4.	Zum Schutz der Betroffenen müssen intime Beziehungen in Pflegeeinrichtungen untersagt werden.
5.	Hypersexuelles Verhalten kann auf neurologische Veränderungen zurückzuführen sein, die die Impulskontrolle beeinträchtigen.

6.	Wenn eine Person ihre Einwilligung nicht verbal erklären kann, erfordert dies eine sorgfältige Beurteilung, bedeutet jedoch nicht automatisch, dass keine Einwilligung vorliegt.
7.	Emotionale Gelassenheit und das Fehlen von Stress können auf eine situationsbedingte Einwilligung hindeuten.
8.	Sexualität im höheren Lebensalter umfasst Zuneigung, Zärtlichkeit und emotionale Nähe.
9.	Uneinigkeit innerhalb der Familie rechtfertigt automatisch die Beendigung einer Beziehung.
10.	Eine plötzliche sexuelle Enthemmung kann medizinische Ursachen haben, die abgeklärt werden müssen.

4. Leitfaden für die Nachbesprechung durch den Moderator

Richtige Einordnung:

- 1 → Mythos
- 2 → Mythos
- 3 → Tatsache
- 4 → Mythos
- 5 → Realität
- 6 → Realität
- 7 → Realität
- 8 → Realität
- 9 → Mythos
- 10 → Realität

Wichtige Diskussionspunkte

- Sexualität bleibt über den gesamten Lebensverlauf hinweg bestehen, auch wenn sich ihre Ausdrucksformen ändern können.
- Demenz führt nicht automatisch zum Verlust der Beziehungsidealität oder des Bedürfnisses nach Nähe.
- Schutzmaßnahmen müssen verhältnismäßig sein und dürfen nicht allein auf Unbehagen beruhen.
- Plötzliche Verhaltensänderungen sollten Anlass zu einer medizinischen Abklärung geben.

5. Reflexionsfragen (Plenum)

- Welche Aussage hat die meisten Diskussionen ausgelöst?
- Welcher Mythos ist in Ihrem beruflichen Umfeld am weitesten verbreitet?
- Wie könnten diese Mythen die Praxis in den Einrichtungen beeinflussen?



Übung 2

Reflexionsinstrument zu Einwilligung und Entscheidungsfähigkeit

Dauer: 30 Minuten

Format: Fallanalyse in Kleingruppen

Benötigte Materialien: Fallkarten, Arbeitsblatt „Reflexionsinstrument zur Einwilligung“, Flipchart

1. Ziel der Übung

Diese Aktivität zielt darauf ab:

- Entwickeln von Fähigkeiten zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit in bestimmten Entscheidungssituationen
- das Verständnis für schwankende Entscheidungsfähigkeit zu vertiefen
- angemessene Schutzmaßnahmen zu üben
- ethisches Denken in die praktische Entscheidungsfindung zu integrieren

Die Übung unterstützt die Anwendung eines strukturierten, kontextsensitiven Ansatzes bei der Einwilligung.

2. Anweisungen für die Teilnehmenden

Die Teilnehmenden arbeiten in kleinen Gruppen (3–5

Mitglieder). Jede Gruppe erhält ein Fallbeispiel.

Mithilfe des „Consent Reflection Tool“ müssen die Gruppen:

1. die Art des Verhaltens (geringes Risiko / mittleres Risiko / hohes Risiko) identifizieren.
2. beurteilen, ob Bedenken hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit bestehen.
3. die vier Fragen zur Einwilligungsbeurteilung anwenden.
4. Mögliche medizinische oder kontextbezogene Faktoren identifizieren.
5. Eine angemessene fachliche Vorgehensweise vorschlagen.

Die Gruppen stellen ihre Schlussfolgerungen kurz im Plenum vor (3–5 Minuten).

2. Fallbeispiele

Fall 1 – Emotionale Beziehung in einer Pflegeeinrichtung

Maria (79) leidet an mittelschwerer Alzheimer-Krankheit und lebt in einer Pflegeeinrichtung. Sie hat eine enge Beziehung zu Ion (82), einem anderen Bewohner, aufgebaut. Sie halten Händchen, sitzen beim Essen beieinander und küssen sich gelegentlich. Marias Tochter besteht darauf, dass die Beziehung beendet werden muss, und argumentiert, ihre Mutter „verstehe nicht, was sie tut“.

Als das Pflegepersonal mit Maria spricht, sagt sie: „Er gibt mir ein Gefühl der Ruhe. Ich bin gerne mit ihm zusammen.“ Sie wirkt emotional entspannt und zeigt keine Anzeichen von Bedrängnis.

Fall 2 – Enthemmtes Verhalten

Bei Andrew (75) wurde Demenz diagnostiziert. In den letzten zwei Wochen hat er begonnen, explizite sexuelle Bemerkungen gegenüber dem Personal zu machen, und einmal versucht, eine Pflegekraft unangemessen zu berühren.

Dieses Verhalten ist neu. Er wirkt impulsiv und lacht, wenn man ihn ablenkt.

Das Pflegepersonal ist besorgt und unsicher, ob dies auf absichtliches Fehlverhalten oder auf neurologische Veränderungen zurückzuführen ist. Fall 3 – Geschlechtsausdruck und Unbehagen des Pflegepersonals

Alexander (76) ist ein Bewohner mit mittelschwerer Demenz, der in einer Pflegeeinrichtung lebt. Im Laufe seines Lebens hat Alex gelegentlich eine nicht konforme Geschlechtsidentität zum Ausdruck gebracht, obwohl dies mit der Familie nicht offen besprochen wurde. Seit kurzem bittet Alexander darum, Kleidung zu tragen, die traditionell mit einem anderen Geschlecht assoziiert wird, und hat um Zugang zu persönlichen Gegenständen wie Make-up und Schmuck gebeten.

Einige Mitarbeiter*innen fühlen sich unwohl und sind unsicher, wie sie reagieren sollen, während andere sich fragen, ob dies Alex' authentische Identität widerspiegelt oder eine Folge des kognitiven Abbaus ist. Alex wirkt ruhig und ist verzweifelt, wenn er daran gehindert wird, diese Vorlieben auszudrücken.

Familienangehörige tun dieses Verhalten als „Verwirrung“ ab und bitten das Personal, davon abzuraten. Das Personal ist unsicher, wie es den Respekt vor Identität, Würde und Wohlbefinden mit den Erwartungen der Familie und den beruflichen Grenzen in Einklang bringen soll.

Wie sollte das Personal reagieren, um Identität, Würde und Wohlbefinden zu respektieren?

4. Reflexionsinstrument zur Einwilligung (Arbeitsblatt für Teilnehmenden)

Besprechen und füllen Sie für Ihren zugewiesenen Fall das folgende Arbeitsblatt aus

A. Verhaltensklassifizierung

- ☐ Geringes Risiko (Zuneigung, Händchenhalten, einvernehmliche Nähe)
- ☐ Mittleres Risiko (unklarer oder schwankender Einwilligungsstatus, ungleiche kognitive Fähigkeiten, Verhalten, das möglicherweise Unbehagen verursacht, Kontext wird nicht vollständig verstanden)
- ☐ Hohes Risiko (Nötigung, Bedrängnis, Machtungleichgewicht, genitaler Kontakt ohne Klarheit) Erläutern Sie Ihre Begründung:

B. Beurteilung der Einwilligung – Vier zentrale Fragen

1. Versteht die Person die Art der Beziehung oder Interaktion?
2. Kann die Person mögliche Konsequenzen abschätzen?
3. Kann die Person eine freiwillige Entscheidung treffen?
4. Ist die Einwilligung konsistent und frei von Bedrängnis, Nötigung oder Angst?

C. Überlegungen zur Entscheidungsfähigkeit

- Ist die Kapazität in dieser Situation entscheidungsabhängig?
- Könnte sie schwanken?
- Ist eine formelle Beurteilung erforderlich?

D. Medizinische / kontextbezogene Faktoren

E. Angemessene fachliche Reaktion

Was ist die am wenigsten einschränkende und ethisch gerechtfertigte Maßnahme?

5. Plenumsbesprechung (Leitfaden für

Moderator*innen) Fall 1:

Beurteilungsansatz:

- Beobachten Sie, ob beide Personen sich wohlfühlen, entspannt und engagiert wirken.
- Achten Sie auf Anzeichen von Gegenseitigkeit, Kohärenz und dem Fehlen von Stress.
- Berücksichtigen Sie das Stadium der Demenz und die Fähigkeit, die Beziehung zu verstehen.
- Vermeiden Sie es, Annahmen zu treffen, die ausschließlich auf

den Ansichten der Angehörigen beruhen. Ethische Überlegungen:

- Schaffen Sie ein Gleichgewicht zwischen Autonomie und Schutzpflichten.
- Vermeiden Sie unnötige Einschränkungen aufgrund des Alters oder der Diagnose.
- Erkennen Sie die Bedeutung des zwischenmenschlichen Wohlbefindens an.

Vorgehensweise

- Unterstützen Sie die Beziehung, sofern keine Anzeichen für Schaden oder Zwang vorliegen.
- Gewährleisten Sie die Privatsphäre und Würde beider Personen.
- Kommunizieren Sie offen mit der Familie und nehmen Sie deren Bedenken ernst.
- Halten Sie Beobachtungen und Entscheidungen klar fest.

Fall 2:

Vorgehensweise bei der Beurteilung:

- Mögliche Auslöser identifizieren (z. B. Unbehagen, Verwirrung, Reizüberflutung).
- Beurteilen Sie, ob das Verhalten dauerhaft oder situationsbedingt ist.
- Berücksichtigen Sie zugrunde liegende medizinische Ursachen (z. B. Infektion, Nebenwirkungen von Medikamenten).
- Beobachten, ob andere Personen dadurch belästigt oder

geschädigt werden. Ethische Überlegungen:

- Schaffen Sie ein Gleichgewicht zwischen dem Schutz anderer und dem Respekt vor dem Einzelnen.
- Vermeiden Sie moralische Urteile und konzentrieren Sie sich darauf, das Verhalten zu verstehen.
- Stellen Sie sicher, dass die Reaktionen dem Ausmaß des Risikos angemessen sind.

Reaktion

- Kommunizieren Sie ruhig und ohne Konfrontation.
- Leiten Sie das Verhalten auf respektvolle Weise in andere Bahnen.
- Passen Sie die Umgebung bei Bedarf an (z. B. Privatsphäre, reduzierte Reize).
- Holen Sie ärztlichen Rat ein, wenn sich das Verhalten plötzlich ändert.
- Geben Sie dem Personal Anleitung und Unterstützung.

Für Fall 3:

Vorgehensweise bei der Beurteilung:

- Beobachten Sie Alex' emotionalen Zustand und die Beständigkeit seiner Präferenzen im Laufe der Zeit.
- Prüfen Sie, ob das Ausleben der Geschlechtsidentität Trost spendet oder die Belastung verringert.
- Berücksichtigen Sie die frühere Identität, aber legen Sie den Schwerpunkt auf das gegenwärtige Wohlbefinden und die gelebte Erfahrung.
- Überlegen Sie, ob Einschränkungen Schaden oder Leid verursachen

könnten. Ethische Überlegungen:

- Schaffen Sie ein Gleichgewicht zwischen Autonomie und Würde einerseits und der Verantwortung für den Schutz der Person andererseits.
- Vermeiden Sie Annahmen, die auf persönlichen Werten oder Unbehagen beruhen.
- Erkennen Sie das Risiko von Diskriminierung oder der Abwertung der Identität.

Vorgehensweise:

- Unterstützen Sie Alex' Entscheidungen, sofern diese keinen Schaden verursachen.
- Gewährleisten Sie Privatsphäre und schaffen Sie ein respektvolles Umfeld.
- Geben Sie den Mitarbeiter*innenn Anleitung und Raum, um über ihre eigenen Einstellungen nachzudenken.
- Führen Sie ein einfühlsames Gespräch mit der Familie und erklären Sie dabei, wie wichtig Würde und Wohlbefinden sind.



Übung 3

Fallstudienkarten und Vorlage für einen 3-Stufen-Aktionsplan

Dauer: 35 Minuten

Format: Arbeit in Kleingruppen + Präsentationen im Plenum

Benötigte Materialien: Fallbeispielblatt, Arbeitsblatt „3-Stufen-Aktionsplan“, Flipchart

1. Ziel der Übung

Diese Aktivität zielt darauf ab:

- die Fähigkeiten zur ethischen Entscheidungsfindung in komplexen Situationen zu stärken
- die Prinzipien der Autonomie, der Wohltätigkeit, der Nichtschädigung und der Gerechtigkeit in der Praxis anzuwenden
- Entwicklung angemessener Schutzmaßnahmen
- das berufliche Selbstvertrauen in unsicheren Situationen zu stärken

2. Fallbeispiel

Maria (83) lebt in einer Langzeitpflegeeinrichtung und leidet an vaskulärer Demenz (mittleres Stadium). Sie hat eine innige Beziehung zu Petru (85) aufgebaut, der ebenfalls in derselben Einrichtung lebt und eine leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigung aufweist.

Die beiden verbringen viel Zeit miteinander, halten Händchen und wurden beim Küssen beobachtet. Das Pflegepersonal berichtet, dass beide emotional ruhig wirken und sich in der Gegenwart des anderen wohlfühlen.

Ihre Familien sind jedoch anderer Meinung:

- Marias Tochter glaubt, ihre Mutter „verstehe Beziehungen nicht mehr“ und fordert eine Trennung.
- Petrus Sohn unterstützt die Beziehung und erklärt, sein Vater „verdient Gesellschaft“.

Die Einrichtung verfügt über keine klaren schriftlichen Richtlinien bezüglich intimer Beziehungen zwischen Bewohnern. Das Personal ist verunsichert und besorgt über rechtliche und ethische Konsequenzen.

3. Anweisungen für die Teilnehmenden

Arbeiten Sie in Gruppen von 3–5 Teilnehmendenn.

Analysieren Sie den Fall mithilfe der Vorlage für den 3-Stufen-Aktionsplan und bereiten Sie eine kurze Präsentation vor (5 Minuten pro Gruppe).

Konzentrieren Sie sich auf verhältnismäßige, rechtsbasierte und ethisch fundierte Reaktionen.

4. Vorlage für den 3-Stufen-Aktionsplan (Arbeitsblatt für

Teilnehmenden) **SCHRITT 1 – Sofortige professionelle Reaktion**

Überlegen Sie:

- Gibt es sichtbare Notlage, Nötigung oder ein Machtungleichgewicht?
- Gibt es Anzeichen von Verwirrung oder Missverständnissen?
- Sind reversible medizinische Ursachen ausgeschlossen?
- Wie hoch ist das Risiko (gering / mittel / hoch)? Schreiben Sie

Ihre Einschätzung auf:

SCHRITT 2 – Ethische Analyse

Kreuzen Sie die betreffenden Prinzipien an:

- ☐ Autonomie
- ☐ Wohltätigkeit
- ☐ Nichtschädigung
- ☐ Gerechtigkeit

Erläutern Sie für jeden ausgewählten Grundsatz kurz:

- Autonomie
- Wohltätigkeit
- Nichtschädigung
- Gerechtigkeit (einschließlich Fragen der Altersdiskriminierung)
- Was ist der zentrale ethische Konflikt in diesem Fall?

SCHRITT 3 – Langfristige Strategie

Entwickeln Sie eine angemessene Reaktion, die folgende Punkte berücksichtigt:

- Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit (falls erforderlich)
- Dokumentation
- Strategie zur Kommunikation mit der Familie
- Klärung der institutionellen Richtlinien
- Schutz der Privatsphäre und der Würde
- Interdisziplinäre Beratung

Vorgeschlagener strukturierter

Plan:

5. Präsentation im Plenum

Jede Gruppe präsentiert:

1. Identifiziertes zentrales ethisches Dilemma
2. Eingeschätztes Risikoniveau
3. Vorgeschlagene angemessene Maßnahme

6. Leitfaden für die Nachbesprechung durch den Moderator

Betonen Sie:

- Eine Demenzdiagnose bedeutet nicht automatisch den Verlust der Beziehungsautonomie.
- Das Unbehagen der Angehörigen allein reicht nicht als Rechtfertigung für eine Einschränkung aus.
- Verhältnismäßige Schutzmaßnahmen erfordern eine strukturierte Beurteilung.
- Institutionelle Unsicherheit verstärkt die Ängste der Fachkräfte – die Entwicklung von Richtlinien ist Teil der ethischen Verantwortung.
- Die am wenigsten einschränkende Option sollte immer zuerst in Betracht gezogen werden.



Vielen Dank, dass Sie sich für Würde, Inklusion und sexuelles Wohlbefinden im Alter einsetzen.

