



Geschlechtersensibel werden

Nachdenken über Gender im Umgang mit
Menschen mit Demenz

Eine Handreichung für Gesundheits- und Sozialberufe



Impressum

Eigentümer, Herausgeber, Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystr. 2, 1030 Wien, Tel. +43 1 71100-0, www.bmgf.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas, geschäftsführende Leiterin der Sektion III, BMGF

Autorinnen und Autoren:

Elisabeth Reitinger, Katharina Heimerl, Erich Lehner, Doris Lindner und
Elisabeth Wappelshammer;
IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik, 1070 Wien, Schottenfeldgasse 29/4,
www.aau.at/pallorg

Expertinnen und Experten:

Sigrid Beyer, Sigrid Cividino, Alma Cohadzic, Thomas Frühwald, Claudia Gröschel-
Gregoritsch, Dorothea Hadrigan, Andreas Heller, Gertrude Jandl, Barbara Klammer,
Bente Knoll, Marina Kojer, Barbara Mißmann, Karin Mosser, Sabine Pleschberger, Patrick
Schuchter, Ulrike Sommeregger, Klaus Wegleitner, Claudia Wenzel und Monika Wild

Lektorat:

Ilona Wenger

Layout:

Hostalek Designagentur E.U., www.hostalek-design.at

Fotos:

Cover: Getty Images

Druck:

Kopierstelle des BMGF

Im Auftrag von:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion III, Radetzkystr. 2, 1030 Wien

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: +43-0810/81864 (Ortstarif)

Internet: www.bmgf.gv.at

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche
Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Wien, Oktober 2011 / Ausgabe Mai 2017

Frauen und Männer mit Demenz im Zentrum: Was heißt hier Gender?

Leseanleitung

Geschichten über
den Umgang mit
Menschen
mit Demenz

Geschichten aus
dem Alltag im Team

Spielregeln für
eine geschlechter-
gerechte
Organisationskultur

Literatur

Inhalt

1 Frauen und Männer mit Demenz im Zentrum: Was heißt hier Gender?	5
2 Leseanleitung	12
3 Geschichten über den Umgang mit Menschen mit Demenz	19
„Doing Gender“ in Betreuungssituationen.....	19
Würde, Wertschätzung und Intimität.....	21
Erotische Anziehung und Tabuthema Sexualität	28
Familiendynamiken.....	35
Interkulturelle Beziehungen.....	39
4 Geschichten aus dem Alltag im Team	43
Gewünscht: Gemischtgeschlechtliches Team	43
Kommunikation und: Wer macht was?	44
Geschlechtersensibel werden als kollektiver Prozess.....	47
5 Spielregeln für eine geschlechtergerechte Organisationskultur	51
Rahmenbedingungen und Strukturen: Arbeitszeit, Karenz und Bezahlung	52
Räume und Wege	54
Gender Mainstreaming.....	55
Gender Budgeting und Indikatoren.....	57
6 Literatur	59

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unsere stetig länger werdende Lebenszeit stellt neue Herausforderungen an die Betreuungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems. Ein zentrales Thema hierbei ist die damit verbundene wachsende Anzahl von an Demenz erkrankten Personen. Demenz ist eine Erkrankung, zu deren Symptomen oft der Verlust, der für menschliches Zusammenleben und für soziale Beziehungen essentiellen verbalen Kommunikationsfähigkeit gehört. Ein besonders achtsamer Umgang, der die demenziell Erkrankten als einzigartige Person mit eigener Lebensgeschichte würdigt, ist daher von großer Bedeutung. Mit der in meinem Auftrag ausgearbeiteten Broschüre *„Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur person-zentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen“* haben wir einen wichtigen Beitrag zu einem wertschätzenden und einfühlsamen Umgang mit Demenzkranken in Pflegeheimen, Krankenhäusern und anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gesetzt.



© BMGF/Thomas Jantzen

Welche Bedeutung hat nun ein gendersensibler Umgang mit Menschen mit Demenz? Um dieser Frage gerecht zu werden, wurde ein Projekt zur geschlechtersensiblen Kommunikation von an Demenz erkrankten Personen initiiert und ich freue mich sehr, Ihnen den daraus resultierenden Leitfaden *„Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz für Gesundheits- und Sozialberufe“* präsentieren zu dürfen. Die vorliegende Handreichung zeigt Möglichkeiten zum gendersensiblen Umgang mit Menschen mit Demenz auf, um eine neue Kultur des bewussteren Miteinanders und sorgsameren Umgangs zu schaffen. Die Berücksichtigung von Gender-Aspekten zusammen mit person-zentrierten Kommunikationsmethoden sehe ich als besonders wichtigen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität der Betreuten sowie für eine verringerte Belastung der betreuenden Berufsgruppen.

Die Handlungsempfehlung lädt zum Nachdenken, zur Reflexion organisatorischer Routinen sowie zu einem regen Austausch ein. Ich bin zuversichtlich, damit eine Sensibilisierung der Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für mehr Geschlechtergerechtigkeit zu ermöglichen und zur Etablierung einer gendergerechten Organisations- und Kommunikationsstruktur in Betreuungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems beitragen zu können.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

1 Frauen und Männer mit Demenz im Zentrum: Was heißt hier Gender?

„Die Veränderungen kamen nicht plötzlich, sondern eher schleichend. Aber letztlich waren sie unübersehbar: Täglich verlegte meine Großmutter die Schlüssel. Wenn es heiß war, ging sie im Mantel raus. Und bei Kälte mit dünner Bluse“ (Sophie Rosentreter 2012, S. 129).

Immer mehr Frauen und Männer weltweit leben bis ins hohe Alter, immer mehr auch leben mit einer Demenz. Aktuelle Zählungen und Schätzungen in Österreich gehen von rund 110 000 Betroffenen derzeit und bis zu 270 000 Betroffenen im Jahr 2050 aus (Elisabeth Pochobradsky et al 2008: Demenzhandbuch, Sonja Gleichweit und Martina Rossa: Erster österreichischer Demenzbericht 2009, Konsensusstatement 2010). Als Verwandte oder Verwandter, Partnerin oder Partner, Freundin oder Freund, Nachbarin oder Nachbar bzw. einfach Bürgerin oder Bürger auf der Straße sind wir alle im Kontakt und Umgang mit Menschen mit Demenz gefordert. Umso mehr sind es diejenigen, die sich tagtäglich um Frauen und Männer im hohen Alter sorgen, sie begleiten, pflegen und betreuen. Dies sind nach wie vor großteils Familienangehörige.

Aber gerade auch Leitungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Ehrenamtliche in Organisationen des Gesundheits- und Sozialsystems wie etwa dem Krankenhaus, dem Alten- und Pflegeheim aber auch in der Pflege und Betreuung zu Hause stehen vor der Aufgabe, einen angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz zu finden.

„Ob ein Leben mit Demenz lebenswert ist, hängt entscheidend davon ab, wie sich die Gesellschaft gegenüber den Betroffenen verhält“ (Thomas Klie 2011, S. 32). Der Stellenwert, den Menschen mit Demenz und diejenigen, die mit ihnen leben und sie betreuen, haben, spiegelt auch Dominanz- und Machtverhältnisse wider. Wie können Menschlichkeit und der achtsame Umgang mit besonders vulnerablen Personengruppen mehr Anerkennung und Wertschätzung erfahren? Die Beantwortung dieser Frage ist ein Schlüssel zu gerechteren Lebensverhältnissen.

Initiativen unterschiedlichster Art wurden und werden ins Leben gerufen, die eine Kultur des Sorgens mit- und füreinander fördern. Sie wollen Angehörige und Betroffene dabei unterstützen, die mit großen An- oft auch Überforderungen verbundenen Lebens-, Betreuungs- und Pflegesituationen zu bewältigen. Wie in der Broschüre „Frauen und Männer mit Demenz“ (2011) ausführlich dargelegt, können Mitarbeitende in Gesundheits- und Sozialberufen über person-zentrierte Kommunikation, einen validierenden

Zugang und mittels basaler Stimulation besser in Kontakt mit Menschen, die mit einer Demenz leben, treten und mit ihnen Beziehung aufnehmen. Als einer der wichtigsten Grundpfeiler des person-zentrierten Ansatzes für Menschen mit Demenz gilt die Erhaltung des Personseins als der „Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (Tom Kitwood 2004, S. 27). Empathie als eine Haltung verstehenden Zuhörens, die die Gefühle des Anderen nachvollzieht, ohne sie zu übernehmen, ist eine der zentralen Haltungen der person-zentrierten Kommunikation. Für eine person-zentrierte Kommunikation und eine an der Individualität orientierte Beziehung sind auch die geschlechtsspezifischen Lebensgeschichten von Frauen und Männern mit Demenz von Bedeutung.

Altern mit Demenz und unterschiedlichen Erkrankungen

Das hohe Alter, das „vierte Lebensalter“ ist eine neue Phase unserer immer länger dauernden Lebenswege. Sie wirft Fragen und Themen auf, die in Medien, Literatur und auch Forschungsarbeiten ganz unterschiedlich diskutiert werden. Zum einen gibt es die Visionen eines „aktiven Alterns“, die dazu aufrufen, jugendlich bis ins hohe Alter zu bleiben: fit und sportlich, schön, gesund ernährt und eingebunden in soziale Netze, Familie und Freundschaften. Zum anderen gibt

es Bilder des Verfalls, der Abhängigkeit aufgrund von Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit, verbunden mit so unangenehmen Veränderungen wie Inkontinenz, Einschränkungen der Mobilität oder schlechtem Gehör und schwächer werdenden Augen. Und Demenz. All das stimmt. Und auch wieder nicht.

Demenz als eine Seins- und Lebensform von hochbetagten Frauen und Männern bringt Veränderungen der Personen und dessen, was sie für ihr Alltagsleben benötigen, mit sich. In einem ganzheitlichen Verständnis von Demenz, das auf der Akzeptanz von Unterschieden basiert, bekommen Toleranz, Zuwendung und die Sorge umeinander in unserem Menschsein und Person-Sein eine besondere Bedeutung. Das Anerkennen unseres aufeinander bezogen und angewiesenen Seins liegt dieser Auffassung zugrunde. Die Frage, wie wichtig es aus dieser Haltung heraus ist, eine Demenz zu diagnostizieren, wird nicht einheitlich diskutiert. Viele Expertinnen und Experten befürworten eine – vielleicht sogar möglichst frühzeitige – Diagnose. Als Argumente führen sie an: Die Betroffenen können sich so mit ihrer neuen Lebenssituation auseinandersetzen und für später vorsorgen. Angehörige können leichter mit herausfordernden Verhaltensweisen umgehen, wenn sie von der Krankheit erfahren. Hilfe und Unterstützung kann vielleicht eher angenommen werden, ein gemeinsamer bewusster Umgang jeden Tag neu gelernt werden. Spezifische Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz,

wie z.B. Validation oder person-zentrierte Kommunikation können erlernt werden, um das Leben zu erleichtern. „Bereits vor vielen Jahren habe ich mit Staunen beobachten können, welche fundamentalen Veränderungen stattfinden, wenn ein Team lernt, mit Patientinnen in allen Phasen der Demenz in Beziehung zu treten“ (Marina Kojer 2011a, S. 205).

Marina Kojer, der es vor allem darum geht, in der Begegnung mit Menschen mit Demenz die Person wahrzunehmen und zu achten, argumentiert dafür, Demenz als Erkrankung ernst zu nehmen: „Demenz- kranke sind keine Mangelwesen, sondern unheilbar kranke Menschen, denen es ebenso wie anderen Kranken zusteht, wahr- und ernst genommen und ihren Bedürfnissen entsprechend behandelt und gepflegt zu werden“ (Marina Kojer 2011a, S. 205). Eine Vernachlässigung dieser Anerkennung als Krankheit, so eine dahinter liegende Erfahrung, führt dazu, dass Menschen mit Demenz in unseren Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens nicht die ihnen entsprechende Zuwendung und Behandlung erfahren können. Wenn nicht bekannt ist, dass Menschen an Demenz leiden, gehen sie im Tempo und der Unübersichtlichkeit des Geschehens in einem Krankenhaus oder Pflegeheim unter und können sich nicht wehren oder zu Wort melden.

Aus medizinischer-neurologischer Sicht wird von Demenz als einem „Syndrom“ gesprochen. Das bedeutet, dass es sich bei den erlebten und beobachtbaren Veränderungen um eine Kombination

aus kognitiven Symptomen, emotionalen Veränderungen, Verhaltensveränderungen und Persönlichkeitsveränderungen handelt (Katharina Heimerl 2012, S. 43). Darüber hinaus wird in Zusammenhang mit der Diskussion über eine möglichst frühe Diagnose von Alzheimer Demenz immer häufiger auch von „leichten kognitiven Beeinträchtigungen“ im Alter gesprochen („mild cognitive impairment“). Darin wird die Erkenntnis aufgenommen, dass Demenz zu einem graduellen Verlust kognitiver und anderer Fähigkeiten führt. Gleichzeitig ist wichtig festzuhalten, dass nicht alle „leichten kognitiven Beeinträchtigungen“ auch zu einer Demenz führen (Werner Hofmann 2012, Konsensusstatement 2010).

Demgegenüber nimmt Reimer Gronemeyer eine Perspektive ein, die sich generell kritisch mit unseren gesellschaftlichen Wertigkeiten von „Gesundheit“ und „Krankheit“ und mit der Bewertung von „Demenz“ auseinandersetzt. Er spricht von einer „kränkenden Diagnose“. „Das vierte Lebensalter braucht – so absurd es klingt – Befreiung. Befreiung von einem Gespinst aus scheinbar unvermeidlicher Abhängigkeit von Versorgung, Befreiung von kränkender Diagnose“ (Reimer Gronemeyer 2013, S. 27). Demenz zu haben, kann auch zum Stigma werden und dazu führen, dass Menschen nicht mehr direkt mit den Betroffenen sprechen, sondern nur mehr mit ihren Angehörigen über ihre Köpfe hinweg. Die Aufforderung, die implizit von der Gesellschaft an Betroffene mit Demenz gestellt wird, sich individuell, vielleicht im Rahmen einer

Patienten- oder Patientinnenverfügung um die eigene Zukunft zu kümmern, kann als Zumutung erlebt werden. Reimer Gronemeyer ruft dazu auf, uns – als Gesellschaft – und die Frauen und Männer im hohen Alter von dem Bild zu befreien, dass Hochaltrigkeit notwendiger Weise mit Pflege und Versorgung verbunden sein muss. Das ist ein Plädoyer dafür, es als normal anzusehen, dass Menschen sehr alt werden. Und dass es daher auch als normal anzusehen ist, mit Menschen im hohen Alter zusammen zu leben, sich um sie zu kümmern oder auch sich von ihnen umsorgen zu lassen, wie es gerade möglich ist.

Ob die Demenz als Krankheit, Syndrom oder „normale“ Erscheinung des vierten Lebensalters gesehen wird, immer geht es um das gute Leben im hohen Alter. Die Frage nach dem guten Leben ist eine ethische Frage, die sich in jedem Lebensalter stellt, deren Beantwortung jedoch im hohen Alter und im Umgang mit Demenz eine besondere Herausforderung – auch in der Geriatrie – darstellt (Thomas Frühwald 2012). Die Konfrontation mit Demenz erinnert Menschen an eine Dimension, die im Streben nach Selbstbestimmtheit leicht in Vergessenheit gerät. Die Demenz lässt Menschen ihre grundlegende Angewiesenheit auf die Solidarität anderer deutlich erkennen. Dass diese Angewiesenheit als etwas Positives von den Betroffenen, den Angehörigen und den professionell Betreuenden angenommen wird, bezeichnet Andreas Kruse als eine Voraussetzung für ein gelingendes Leben mit Demenz und damit für Lebensqualität (Andreas Kruse 2010,

S. 5). Das Bild des „gelingenden Lebens“ angesichts der Brüchigkeit und Fragilität des Alltagslebens von und mit Menschen mit Demenz allerdings lässt Schattenseiten und Leid, die immer auch Realitäten sind, leicht aus dem Blick geraten.

Ein ganzheitliches Verständnis von Demenz zu entwickeln bedeutet, sie nicht als Defizit, sondern als eine Lebensform, die Toleranz für Anderssein einfordert, zu begreifen. Mit Thomas Klie (2002) ginge es dann darum, eine neue Form der Zivilisation zu ermöglichen. Eine „Zivilisation zweiter Ordnung“ durch die es gelingt, „neben unseren alltäglichen auch Akzeptanz fördernde Verhaltensweisen zu entwickeln, die Menschen mit Demenz, die nicht in der Lage sind, unsere Regeln einzuhalten, einen zumindest erträglichen Kontext“ bieten (Thomas Klie 2002, S. 69). Eine neue Ethik des Sorgens erhält in dieser Vision zentralen Stellenwert (Andreas Heller und Patrick Schuchter 2013).

Generationenverhältnisse und diverse Lebenslagen

Der wachsende Anteil von Frauen und Männern im hohen Alter und die Zunahme demenzieller Erkrankungen fordern vor allem Familien: Zumeist sind es Angehörige, die das Altern ihrer Verwandten miterleben und auch vor der Aufgabe stehen, sich um sie zu kümmern, wenn es denn notwendig wird. Das bedeutet aber auch, dass Generationenverhältnisse neue Bedeutungen erfahren. Immer mehr Generationen leben zur gleichen Zeit, Frauen und

Männer im mittleren Alter können somit auf der einen Seite Verbindungen zwischen Großeltern und ihren Enkeln als hilfreiche Unterstützung erleben. Auf der anderen Seite sind gerade sie auch immer wieder gefordert, sowohl für die heranwachsende als auch für die älter werdende Generation zu sorgen. Annemarie Bauer und Katharina Gröning (2007) sprechen von einer neuen Aufgabe der „späten Familie“, mit Veränderungen, die mit dem hohen Alter verbunden sind, zu leben und damit umzugehen. Unterschiedliche Erwartungen auch in Bezug darauf, wer Pflege und Betreuung übernehmen soll, gehören dazu. Traditionelle Familienmodelle schreiben diese Aufgaben eher weiblichen Nachkommen zu. Vor dem Hintergrund der sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden diese Erwartungen immer wieder auch in Frage gestellt.

Zu den gesellschaftlichen Veränderungen der Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gehört auch, dass immer mehr Menschen mit Migrationserfahrung Pflege und Betreuung benötigen. Kulturell gebundene Formen des Umgangs mit Krankheit und Hilfsbedürftigkeit aber auch mit Geschlechterrollen innerhalb von Familien gewinnen daher an Bedeutung. Sprachliche Verständigung und Beziehungen aber auch Spannungen zwischen unterschiedlichen Weltanschauungen nehmen auch in der Pflege und Betreuung von Frauen und Männern mit Demenz einen wachsenden Stellenwert ein. Ebenso kommt der sozialen Lage der Betroffenen und ihrer Familien entscheidende Bedeu-

tung zu. Nach wie vor gehören insbesondere alte und hochaltrige Frauen einer Bevölkerungsgruppe mit erhöhter Armutsgefährdung an (BMASK 2011, S. 40).

Gender-Spielregeln

Frauen und Männer mit Demenz sind durch ihre sehr individuellen Lebensgeschichten geprägt. Diese wurden und werden auch durch die jeweils herrschenden Geschlechterverhältnisse beeinflusst (vgl. Gertrud Backes 2007, Gertrud Backes und Wolfgang Clemens 2008). Inwiefern hat das auf das aktuelle Leben, die Befindlichkeiten und Verhaltensweisen der Frauen und Männer mit Demenz, aber auch auf ihre Beziehungen zu den umsorgenden und pflegenden Personen Einfluss?

Auf der Personen-Ebene kann davon ausgegangen werden, dass Geschlechteridentitäten bis ins hohe Alter und auch im Leben mit Demenz erhalten bleiben. Geschlechteridentität meint das Wissen und Bewusstsein sowie die gefühlsmäßige Zugehörigkeit zu einem Geschlecht, in unserer Kultur meist männlich oder weiblich. (z.B. in Nepal ist es als erstem Land der Welt mittlerweile möglich, ein „drittes Geschlecht“ als offizielle Geschlechteridentität, etwa als Transsexuelle oder Transidente anzugeben, diestandard.at 23.1.2013). Das eigene Erleben als Frau oder Mann und die während des gesamten Lebens an die Rolle als Frau oder Mann herangetragenen Erwartungen wirken. Respekt vor der Vielschichtigkeit von „Gender-Biografien“, gerade im Umgang mit Menschen

mit Demenz, die ja immer wieder zurück in frühere Lebensphasen einsteigen, ist daher gefragt. Diese Lebenserfahrungen können in aktuellen Kontakten und Beziehungen eine mehr oder weniger große Rolle spielen. So hilft es vielleicht einem jungen Pfleger im Umgang mit einer demenzkranken Frau, zu wissen, dass sie als junges Mädchen während des Krieges in einen jungen Mann aus Polen verliebt war, den sie aktuell immer wieder – auch auf Polnisch – anspricht und sucht.

Frauen und Männer mit Demenz geschlechtersensibel wahrnehmen heißt demnach, ein Bewusstsein für die Geschlechterverhältnisse und die Bedeutung von Geschlechterrollen, in denen die konkrete Person zu der geworden ist, die sie heute ist, zu entwickeln. Personen leben auch in ihren Beziehungen nicht unabhängig von ihrem Geschlecht. Sowohl eigene Bilder von Weiblichkeit und Männlichkeit als auch diejenigen der Umwelt tragen mit dazu bei, wie – auch unterschiedlich – mit Frauen und Männern umgegangen wird. Der Prozess des „Doing Gender“ (Candance West und Don Zimmermann 1987) ist in jeder Beziehung, so auch in Betreuungs- und Pflegebeziehungen mit Menschen mit Demenz, wirksam. Das bedeutet, dass wir uns in allen Beziehungen als Frauen oder Männer verhalten und damit bestimmte Bilder von Frauen und Männern bestätigen, andere eher ablehnen. Verhaltensweisen wie z.B. Weinen werden eher bei Frauen als „normal“ angesehen und daher akzeptiert. Umgekehrt wird bei Männern beispielsweise aggressives Verhalten eher

als „Durchsetzungsstärke“ gesehen und toleriert. Mann- und Frau-Sein wird so durch soziales Handeln immer wieder neu hergestellt und reproduziert.

Gerade in so nahen Beziehungen wie Pflegebeziehungen mit alten und an Demenz erkrankten Frauen und Männern fließen eigene Geschlechterstereotype – besonders in den oftmals bestehenden familienähnlichen Betreuungssituationen – unmittelbar ein. Für einen geschlechtersensiblen Umgang sind diese Prozesse des „Doing Gender“ daher besonders wichtig. Das Erkennen um einen möglicherweise unterschiedlichen Umgang mit Frauen und Männern bedeutet dann aber nicht gleich ein „Problem“ in der eigenen Professionalität, sondern im Gegenteil: Das Erkennen und Nachdenken über das eigene Tun bedeutet ja gerade, bewusster und sensibler in Bezug auf Geschlechterbilder zu werden. In manchen Situationen ist es geradezu notwendig, unterschiedlich mit Frauen und Männern umzugehen, in anderen aber ist mehr an Gleichbehandlung gefordert. Das braucht die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Person, mit dem persönlichen Geworden-Sein als Frau oder Mann und mit den eigenen Frauen- und Männerbildern.

„Gender-Spielregeln“ bezeichnen die in bestimmten sozialen Situationen üblichen Werthaltungen in Bezug darauf, wie Frauen mit Frauen, Männer mit Männern, Frauen mit Männern und Männer mit Frauen umgehen. Sie kommen in Ritualen und Routinen, Symbolen und Gesten zum

Ausdruck. In unterschiedlichen sozialen Situationen aber auch Bereichen – z.B. der Familie oder im Krankenhaus oder Pflegeheim – wirken diese Spielregeln und werden an einzelne Personen als soziale Rollenerwartungen herangetragen. Spielregeln sind bis zu einem gewissen Grad auch aus- und verhandelbar. Sich nicht an Spielregeln zu halten, beinhaltet die Diskussion über verletzte Normen und unerfüllte Erwartungen. Dies wird im Leben mit Menschen mit Demenz dort besonders auffällig, wo sich Männer mit Demenz beispielsweise ganz emotional und vielleicht dann auch „weiblich“ zeigen oder Frauen mit Demenz in Wutausbrüche geraten oder aggressive Attacken gegenüber Pflegepersonen ausleben.

Damit kommen auch die strukturellen Rahmenbedingungen als solche in den Blick. Mit Strukturen sind Hierarchien, Arbeitsabläufe und -regelungen, Handlungsrountinen etc. gemeint. Strukturen sind auch Handlungsmuster, die alltägliches Zusammenleben ordnen. In ihnen bilden sich Geschlechterverhältnisse ab. So lässt sich beispielsweise fragen, in welchen Bereichen und in welchen hierarchischen Positionen innerhalb einer Institution Frauen und Männer tätig sind. Analysen von Dienstzeitregelungen oder Arbeitsabläufen können darüber Aufschluss geben, ob sie eher an den Interessen männlicher oder weiblicher Lebensentwürfe orientiert sind. Welche strukturelle Bedeutung Gender in einer Institution zukommt zeigt sich auch daran, ob Gender einen festen

Bestandteil in den Reflexionen über die Institution darstellt und die Thematisierung von Genderfragen regelmäßig stattfindet oder nur anlassbezogen vorkommt. Strukturen vermitteln sehr oft den Eindruck vorgegeben und unveränderbar zu sein. Demgegenüber gilt es wahrzunehmen und zu untersuchen, welche Handlungsspielräume in Bezug zu geschlechtersensiblen Handeln vorhanden sind und auf welchen Ebenen man Veränderungsprozesse initiieren kann, um diese Handlungsspielräume zu erweitern. Strukturen beziehen sich aber auch auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die entsprechend der herrschenden Zweigeschlechtlichkeit Werte, Positionen oder Netzwerke und Machtbeziehungen regeln. So wirken beispielsweise lange bestehende Traditionen der Zuteilungen von „weiblichen“ und „männlichen“ Arbeiten, von Erwerbsarbeit eher als „männlicher“, Haus- Familien- und Sorgearbeiten eher als „weiblicher“ Domäne. Diese spiegeln sich in den Organisationen und Institutionen aber auch im alltäglichen „Doing Gender“ und in Familienbeziehungen wider.

Gender als das soziale Geschlecht umfasst demnach Identitätsbildung auf der Personen-Ebene, die lebensgeschichtliche Erfahrungen berücksichtigt, „Doing Gender“ bezeichnet den sozialen Prozess durch den Geschlecht in Beziehungen immer wieder neu hergestellt wird, und Gender als Strukturkategorie regelt Geschlechterverhältnisse durch Werthaltungen und Positionen in unserer Gesellschaft.

2 Leseanleitung

„Unablässig werden neue Konzepte zum richtigen Umgang mit Demenz entwickelt: (...) Konzepte bringen das Einzelgesicht zum Verschwinden und befreien von der Notwendigkeit, in der konkreten Situation nachdenklich, ja >be-sinnlich< zu sein“ (Reimer Gronemeyer 2013, S. 13).

Worum kann es gehen, in einer Handreichung zur Reflexion von Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz? Ein neues Konzept? Oder gar Leitlinien? Wohl kaum. Sowohl Erfahrungen und Wissen um Demenz als auch um Gender zeigen auf: Wir leben in einer komplexen sozialen Welt. Daher sind es vielmehr die Beispiele, die Geschichten, die erzählt werden, die wir weiter erzählen wollen. Es geht um die Erfahrungen, die in der Praxis gemacht werden, die wir gehört haben und hier vorstellen, die wir verbinden wollen mit Einsichten aus Theorie und Forschung, von denen wir glauben, dass sie weiterführen in einen geschlechtersensiblen Kontakt mit Frauen und Männern mit Demenz. Doing Gender vollzieht sich ja immer im sozialen Prozess und daher würde eine „Checkliste“ zu kurz greifen.

Die vorliegende Handreichung möchte vielmehr Möglichkeiten aufzeigen, wie ein geschlechtersensibler Umgang mit Menschen mit Demenz für alle Beteiligten bewusster werden kann. Eine neue Kultur des Miteinanders und des Sorgens an den verschiedenen Orten, wo Personen mit Demenz leben und betreut werden, soll damit unterstützt werden. Sie ist gedacht als Grundlage zum Nachdenken. Sowohl

individuelle Reflexionsprozesse als auch Gespräche über die in den Geschichten vorgestellten Themen und Situationen und vor allem auch die Reflexion organisationaler Routinen vor der Gender-Perspektive sollen angeregt werden.

Allen hier vorgestellten Themen und Reflexionen ist gemeinsam, dass sie zum Nachdenken und zu Gesprächen und Lernen auf Team- und Organisationsebene anregen wollen in Hinblick auf Geschlechterzugehörigkeit, Geschlechterrollen, Beziehungen zwischen Geschlechtern und Geschlechterverhältnissen in Betreuungs- und Pflegesituationen mit Menschen mit Demenz. Was damit NICHT geschehen soll: Bestehende Geschlechterstereotype erhärten.

Es geht also darum, das zu lernen, was in der Gender-Forschung immer wieder auch der „doppelte Blick“ (Carol Hagemann-White 1993) genannt wird: Da wir in einer Gesellschaft leben, in der Geschlecht als soziale Kategorie wirksam ist, leben wir im Alltag mit Frauen und Männern, erkennen sie als solche an. Dass wir zu diesen Frauen und Männern geworden sind, hat etwas mit unseren jeweiligen Lebensgeschichten zu tun. Neben der „Alltagswahrnehmung“ geht

es auch darum zu erahnen, was für einen bestimmten Menschen in seiner oder ihrer Lebenssituation – unabhängig vom Geschlecht – gut und möglich wäre – und so Lebens-Chancengleichheit für Frauen und Männer in unserer Gesellschaft zu schaffen. Dazu müssen wir uns unserer eigenen Geschlechterstereotypen, die sehr tief verwurzelt sind, Schritt für Schritt bewusster werden. Und dies gerade auch im Kontakt mit Frauen und Männern mit Demenz, die ja so oft ganz Unerwartetes tun, gar nicht den Erwartungen entsprechen, die wir an sie haben und immer wieder aus ihren „Geschlechterrollen“ fallen.

Am ehesten werden Geschlechterrollen im Erzählen und Zuhören und darüber Nachdenken und Reden erkennbar und verstehbar. In den zwei Hauptkapiteln zu „Geschichten“ geht es daher darum, aus Erzählungen über Begegnungen mit Menschen mit Demenz in den verschiedenen Versorgungskontexten zu lernen. Geschichten aus unterschiedlichen Teams in der Betreuung und Pflege zu Hause, aus dem Akutspital und dem Pflegeheim sollen dem Leser und der Leserin dazu dienen, zu erkennen, dass ein geschlechtersensibler Umgang mit Menschen mit Demenz im Alltag oft scheitert, aber auch gelingen kann und was dafür notwendig ist. Es sollen in der Handreichung keine fixen Lösungen angeboten werden, denn jede individuelle Situation erfordert individuelle Herangehensweisen. Es soll aber erzählt werden davon, wie eine Begegnung mit

einem Menschen mit Demenz einmal leicht, bereichernd und berührend war und ein anderes Mal bedrückend, ablehnend oder zorn erfüllt und wie dies mit Geschlechterrollen oder den herrschenden Geschlechterverhältnissen zusammenhängt. Wir wollen in diesen Geschichten deutlich machen, welche Themen auftauchen und beschäftigen, wenn Geschlechtersensibilität angesprochen wird. Fragen und Anregungen im Anschluss an jede Geschichte sollen die Möglichkeit eröffnen, das Gelesene mit der eigenen Praxis in Verbindung zu bringen und damit – individuell wie strukturell – neue Perspektiven in Bezug auf Geschlechtersensibilität und Geschlechtergerechtigkeit im Umgang mit Menschen mit Demenz zu entwickeln.

Themen

Die vorliegende Handreichung versteht sich als Anregung für alle Menschen im Gesundheits- und Sozialbereich, die mit Personen mit Demenz in Kontakt kommen und in Beziehung treten. Insbesondere richtet sie sich an Leitungskräfte und Lehrende, die durch das Lesen der Broschüre mit eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Schülerinnen und Schülern über Gender ins Gespräch kommen können. Sie möchte dazu anregen, über die Phänomene „Demenz“ und „Gender“ nachzudenken: Wie sehe ich Frauen mit Demenz? Wie sehe ich Männer mit Demenz? Wie begegne ich ihnen, wie begegnen sie mir? Welche Verhaltensweisen kann ich verstehen,

welche sind mir fremd? Wie gehe ich damit um? Wie gehen wir als Professionelle, als Team mit ihnen um? Welche strukturellen Rahmenbedingungen finden wir vor und in welcher Form könnten diese abgeändert werden? Die Handreichung möchte aber nicht „nur“ zum Denken und Innehalten anregen, sondern vor allem auch konkrete Themen, die sich auf Basis der theoretischen und empirischen Untersuchungen als besonders wichtig für Geschlechtersensibilität erwiesen haben, klar benennen. Dazu gehören:

- Die Darstellung der Geschichten und Themen über den **Umgang mit Menschen mit Demenz**:
 - „Doing Gender“ in Betreuungsbeziehungen
 - Würde, Wertschätzung und Intimität
 - Erotische Anziehung und Tabuthema Sexualität
 - Familiendynamiken
 - Interkulturelle Beziehungen
- Geschichten und Themen aus dem **Alltag im Team**:
 - Gewünscht: Gemischtgeschlechtliche Teams
 - Kommunikation und: Wer macht was?
 - Geschlechtersensibel werden als kollektiver Prozess
- Die Auseinandersetzung mit **Geschlechtergerechtigkeit in Organisationen**. Diese ist Voraussetzung dafür, dass ein geschlechtersensibler Umgang mit Menschen mit Demenz möglich

wird. Veränderungen auf Ebene der Organisationskulturen sind hier gefordert. Gleichzeitig sind Organisationen Teil unserer gesamtgesellschaftlichen Werthaltungen und Strukturen und müssen innerhalb dieser Begrenzungen wahrgenommen und anerkannt werden.

- Rahmenbedingungen und Strukturen: Arbeitszeit, Karenz und Bezahlung
- Räume und Wege
- Gender Mainstreaming
- Gender Budgeting und Indikatoren

Grundlagen der Handreichung

Die Handreichung beruht auf folgenden Arbeiten und Quellen:

1. Auf Basis einer umfassenden **Literaturrecherche** und -analyse zu den Themen Gender und Menschen mit Demenz erstellten wir eine Expertise zu „Gender-Spielregeln“, die als Themen, Fragen und Anregungen in die Handreichung eingeht.
2. In der auf diesen „Gender-Spielregeln“ aufbauenden **qualitativen empirischen Studie** gingen wir in Fokusgruppen und Experten- und Expertinneninterviews zum einen der Frage nach, wie Geschlecht und Geschlechterzugehörigkeit in Betreuungssituationen mit Menschen mit Demenz bedeutsam sind. Zum anderen fragten wir nach Beispielen aus der Zusammenarbeit

- im Team und mit der Leitung, woran Geschlechtergerechtigkeit in Organisationen beobachtet werden kann. Insgesamt 7 Fokusgruppen und 10 Interviews führten wir durch in:
- Einem Haus der stationären Altenbetreuung und -pflege
 - Drei Teams der Pflege und Betreuung zu Hause
 - Einer Krankenhausstation
3. Die Ergebnisse dieser empirischen Studie wurden dem erweiterten interdisziplinären Forschungsteam präsentiert und gemeinsam mit Praktikerinnen und Praktikern diskutiert. Die Einsichten und Anregungen dieser Runden flossen in die Handreichung ein.
4. Darüber hinaus nahmen wir Beispiele aus früheren Forschungsprojekten sowie der Arbeit aus Lehre und Supervision in die Handreichung auf. Insbesondere folgende Projekte seien hier genannt:
- Transdisziplinäres Forschungsprojekt zu Ethischen Entscheidungen im Pflegeheim (gefördert vom BMWF 2005 – 2007)
 - Gender – Care: Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen (gefördert vom Jubiläumsfonds der österreichischen Nationalbank 2009 – 2011)
 - Gender in der stationären Altenpflege in Zusammenarbeit mit dem Sozialen Kompetenzzentrum in Rum, Tirol (gefördert von der FFG und dem Land Tirol 2009 – 2010)
 - Kommunikation mit Menschen mit Demenz (im Auftrag des BMG 2009 – 2011)
 - Praxisbeispiele aus Masterlehrgängen des Instituts für Palliative Care und OrganisationsEthik
5. Die Beispiele, so wie sie hier in der Broschüre formuliert sind, stimmen inhaltlich mit unterschiedlichen Situationen, wie sie uns geschildert wurden, überein. Im Sinne eines „Lernen aus Geschichten“ sind sie sprachlich und in manchen der Zusammenstellungen jedoch pointierter formuliert als im Original und überzeichnen bestimmte Themen und Beziehungskonstellationen. Auch die Kontexte wurden teilweise geändert, um Wiedererkennungen auszuschließen. Damit folgen wir der Tradition der „Case studies“ oder „Teaching cases“ aus dem englischsprachigen Raum, in denen anhand von bestimmten typischen Situationen Themen erarbeitet und Fragestellungen diskutiert werden sollen (vgl. z.B. William Ellet 2007). Entgegen den in dieser Tradition üblichen sehr ausführlichen und detaillierten Beschreibungen wählen wir die Darstellungsform einer „Vignette“ (Moiria Atria et al 2006), in der wesentlich kürzere Beispiele bestimmte Konfliktsituationen oder Inhalte aufnehmen und wiedergeben. Alle Namen in den Beispielen wurden, ebenso wie Geburtsjahr oder andere Angaben, die eine Person erkenntlich machen, vom Forschungsteam in den Darstellungen geändert, d.h. die Daten wurden anonymisiert.

6. Praxis- und Theoriewissen erhielten wir von ausgewählten Expertinnen und Experten, die uns Feedback zur Handreichung gegeben haben. Wir bedanken uns bei allen Expertinnen und Experten für die Bereitschaft, an der Verbesserung dieser Handreichung mitzuwirken!

Wen wollen wir ansprechen?

Die Handreichung richtet sich vor allem an **Leitungskräfte** aller Gesundheits- und Sozialberufe, die in unterschiedlichen Betreuungs- und Versorgungskontexten mit Menschen mit Demenz leben und arbeiten. Darüber hinaus kann sie für **Lehrende im Unterricht** Beispiele und Anregungen bieten, Geschlechtersensibilität mit Schülern und Schülerinnen der unterschiedlichen Berufsgruppen zu thematisieren und reflektieren. Damit verbinden wir die Möglichkeit und Erwartung, **alle in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz beschäftigten Professionellen** über die Initiative ihrer Vorgesetzten oder Lehrenden über das Thema Gender miteinander ins Gespräch bringen zu können. Da zwar eine individuelle Auseinandersetzung mit Geschlechtersensibilität über das Lesen der Broschüre möglich wird, erfahrungsgemäß aber das gemeinsame Nachdenken mehr Wirkung zeigt, versteht sich diese Handreichung daher vor allem als Grundlage für Teambesprechungen oder Lehreinheiten. Insbesondere folgende Bereiche werden als relevante Gruppen in der Betreuung und Pflege

von Frauen und Männern mit Demenz angesehen:

- Examierte Altenpflegerinnen und Altenfachkräfte
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer
- Sozialbetreuungsberufe: Fach- und Diplomsozialbetreuungsberufe Altenarbeit
- Heimhilfen
- Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen
- Psychologinnen, Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Palliative Care Expertinnen und Experten
- Ergotherapeutinnen, Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
- Sachwalterinnen und Sachwalter
- Ehrenamtlich Tätige und freiwillig Helfende
- Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Logopädinnen und Logopäden

Wie kann die Handreichung verwendet werden?

Eine Handreichung wie die vorliegende kann vor allem eines tun: Auf individueller Ebene Bewusstsein schaffen oder erhöhen und über die Geschichten und Themen, die darin behandelt werden, Nachdenken im gemeinsamen Gespräch anregen. Dafür werden unterschiedliche Wege angeboten:

- Über die Nacherzählung der „Geschichten“ und die im Anschluss daran formulierten Fragen und Anregungen können konkrete praktische Situationen, in denen Gender zum Thema wird, individuell, im Team oder einer Lerngruppe bearbeitet werden.
- Der Abschnitt „Geschlechtersensibel werden als kollektiver Prozess“ stellt unterschiedliche Formen vor, wie im Team oder einer Lerngruppe im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung unter Anleitung Themen und Situationen der eigenen Praxis aus Gender-Perspektive reflektiert werden können.
- Die Abschnitte zu „Gender Mainstreaming“ und „Gender Budgeting und Indikatoren“ geben Hinweise für die Bearbeitung von Geschlechterverhältnissen mit dem Ziel der Gleichstellung der Geschlechter in Organisationen. Diese geben vor allem für Führungskräfte in oberen Hierarchieebenen Anregungen, Werte, Routinen und Regeln innerhalb der eigenen Organisation näher zu untersuchen.

Für eine Annäherung an das Thema Geschlechtersensibilität im Umgang mit Menschen mit Demenz und Geschlechtergerechtigkeit in Organisationen kann die Auswahl besonders interessierender Teile der Handreichung unterstützend sein. Gerade vor dem Hintergrund des in diesen Organisationen und Arbeitsbereichen immer drängender werdenden Zeitdrucks und der besonders herausfordernden Situationen im Umgang mit Frauen und Männern mit Demenz kann es nicht Ziel

dieser Handreichung sein, „und jetzt auch noch geschlechtersensibel werden“ als individuellen Handlungsdruck zu vermitteln. Die – vor allem von Frauen in diesen Bereichen – geleistete Arbeit und Sorge kann nicht hoch genug geschätzt werden. Vielmehr geht es darum, durch das Benennen von Themen auch deutlich zu machen, welche Anforderungen sich gerade auch aus der immer präsenten und oft unsichtbar wirkenden Dimension „Gender“ in den Beziehungen und Strukturen ergeben und wie sie immer wieder auch kreativ und hilfreich aufgenommen werden kann.

Wo kann die Handreichung verwendet werden?

Die angesprochenen Führungskräfte und Professionelle sowie Ehrenamtliche arbeiten an verschiedenen Orten, an denen Frauen und Männer mit Demenz leben, in Familien, in Krankenhäusern, in Pflegeheimen, in Tageszentren. Geschlechtersensibler Umgang mit Menschen mit Demenz erscheint in jedem Setting anwendbar und notwendig und ist für alle Berufsgruppen gedacht. Die Handreichung richtet sich damit an folgende Organisationen, Institutionen und Versorgungskontexte:

- Die Langzeitpflege und -betreuung von Menschen mit Demenz. Dazu zählen: Pflegeheime, Sozial- und Betreuungszentren, Seniorinnen-, Senioren- und Altersheime sowie Pflegeanstalten für

chronisch Erkrankte, Demenzstationen und Kurzzeitpflege.

- Die Akutversorgung von Menschen mit Demenz, die durch einen erlittenen Sturz, eine internistische Erkrankung oder die Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes in stationäre Behandlung kommen. Dazu zählen: Krankenhausabteilungen der Akutgeriatrie und Remobilisation, sowie geriatrische Krankenhäuser die Gerontopsychiatrie, die Neurologie, die Psychiatrie, Internistische Stationen, die Allgemeinchirurgie, die Unfallchirurgie und die Intensivmedizinischen Stationen, sowie die Aufnahmestationen (Notfallabteilungen) und viele andere mehr.
- Die häusliche Versorgung. Das sind mobile Pflege- und Betreuungsdienste, spezialisierte Palliative Care Dienste, Besuchsdienste, Heimhilfen, 24h Pflege und Betreuung.
- Tageszentren und Tagesbetreuungseinrichtungen.
- Die alternativen Wohnformen für Menschen mit Demenz, wie Haus- oder Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen und Demenz-Wohngruppen.



3 Geschichten über den Umgang mit Menschen mit Demenz

„Kein Demenzkranker ist wie der andere, oft sind Verallgemeinerungen heikel, in ihrem Wesen bleiben die Betroffenen unergründlich, jeder Einzelfall mit eigenen Kompetenzen, Empfindungen und eigenem Krankheitsverlauf“ (Arno Geiger 2012, S. 96).

Eine häufige erste Antwort auf die Frage, in welchen Situationen Geschlecht und Geschlechterzugehörigkeit im Betreuungsalltag von Bedeutung sind, lautete: „Das spielt gar keine Rolle, wir gehen mit allen so um, wie sie es ganz individuell brauchen“. Im weiteren Nachdenken und im Erzählen hörten wir dann eine Menge an unterschiedlichen Geschichten und Situationen, die durch Gender, verstanden als das soziale Geschlecht, unmittelbar beeinflusst werden. Die Themen, die sich in diesen Erzählungen zeigten, dienen nun in der folgenden Darstellung als Orientierungsrahmen.

Nach einer jeweils kurzen inhaltlichen Einführung zu den Themen zeigen die unterschiedlichen Beispiele auf, welche und wie konkret erlebte Situationen erfahren wurden. Die Formulierungen der Beispiele basieren auf den Erzählungen aus den Gesprächen und Fokusgruppen mit Leitungskräften und Mitarbeitenden der beteiligten Einrichtungen sowie den weiter oben angeführten Projekten. Der Tradition der „Case study“ Methode folgend wurden sie mit Blick auf Verständlichkeit, Klarheit und Lernimpuls in

manchen Aspekten vereinfacht und um manche andere Details angereichert. Um eine Wiedererkennung auszuschließen wurden auch die jeweiligen Kontexte teilweise geändert. Reflexionsfragen und weiterführenden Gedanken zu den Beispielsituationen wollen Anregungen für das individuelle Nachdenken aber auch das Gespräch im eigenen Team, in Lernsituationen im Unterricht und in der eigenen Organisation geben.

„Doing Gender“ in Betreuungssituationen

Dass Geschlecht in Beziehungen immer Bedeutung hat, also auch in jeder Kommunikation und Interaktion mit Frauen und Männern mit Demenz, kann über das „Doing Gender“ in Betreuungssituationen nochmals verdeutlicht werden. Der Begriff „Doing Gender“ (Candance West und Don Zimmermann, 1987) entspricht grundsätzlich einem handlungsorientierten Ansatz – in Abgrenzung zu der Sichtweise, Frausein oder Mannsein und die Interaktionen zwischen Frauen und Männern würden auf „natürlichen“ biologischen Gegebenheiten beruhen. Die

Art und Weise, wie Personen einander begegnen, wird durch die Geschlechterzugehörigkeit mitbestimmt, ob wir das wollen oder nicht. Doing Gender bedeutet demnach, wie Frauen mit Männern, Frauen mit Frauen und Männer mit Männern interagieren und kommunizieren und beschreibt die Normen und Strukturen, die damit verbunden sind. Das, was Männer und Frauen tun, wird unterschiedlich wahrgenommen, unterschiedliche Bewertungen und Maßstäbe werden angelegt.

Eine ausschließlich biologische Interpretation von Geschlecht vereinfacht die Komplexität des Handelns und vernachlässigt, dass Geschlecht vor allem das Ergebnis sozialer Beziehungen und Situationen ist. Mit Blick auf Aktion und Interaktion wird der Fokus auf die aktive Praxis der Inszenierung von Gender gelenkt und verlässt dezidiert die Sichtweise, dass sich das soziale Geschlecht mit Bezug auf die „Natur des Menschen“ erklären ließe. Der Vorteil dieser Sichtweise besteht darin, dass beiden Geschlechtern grundsätzlich mehr Lebens- und Handlungschancen ermöglicht werden.

„Es gibt nichts wesenhaft Weibliches oder Männliches beim Menschen, keine essentielle Weiblichkeit oder Männlichkeit, aber sobald ein gender zugewiesen ist, werden die Individuen von der sozialen Ordnung nach stark vergeschlechtlichten Normen und Erwartungen konstruiert und auf sie festgelegt“ (Judith Lorber 2003, S. 70f).

Doing Gender kann zum einen explizit thematisiert werden, indem auf Normen, Etiketten etc. verwiesen wird. Besonders wirksam sind aber implizite Verhaltensweisen, die sich in der Routine des Alltagshandelns gewissermaßen selbstverständlich und fraglos auf den Umgang mit Männern und Frauen beziehen. Denn hier erfolgt die Zuweisung von Gender als soziales Geschlecht in Form einer unhinterfragten Praxis auf einer versteckten Dimension des Handelns. Beide Ebenen des Handelns und Interagierens – die explizite Thematisierung wie die impliziten Regeln – wirken auch in Beziehungen mit Frauen und Männern mit Demenz, innerhalb der Familien genauso wie im Kontakt von Professionellen mit Betroffenen und deren An- und Zugehörigen.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang eine Studie von James Lindesay und Derek Skea (1997) aus Großbritannien, in der sie Interaktionen zwischen Pflegepersonal und demenziell veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheims beobachteten und analysierten. Es zeigte sich unter anderem, dass männliche Bewohner deutlich mehr Interaktion mit den Pflegenden suchten als weibliche Bewohnerinnen. Auf der anderen Seite initiierten weibliche Pflegepersonen deutlich häufiger Kontakte sowohl zu männlichen als auch weiblichen Bewohnerinnen und Bewohnern. Diese Unterschiede alleine auf quantitativer Ebene lassen vermuten, dass in Hinblick auf die qualitativen Dimensionen von Pflegebeziehungen ebenso deutliche Effekte von „Doing Gender“ zu beobachten wären.

„Jammern und Klagen“

Geschichte: Eine Frau mit leichter Demenz im Pflegeheim ist bei allen dafür bekannt, dass sie den ganzen Tag nur jammert und sich über ihre Wehwehchen und Krankheiten beschwert. Wann immer die Frage von einer Pflegerin an sie gestellt wird: „Wie geht es Ihnen heute, Frau Klage?“, kommt ein leidender Blick und ein Seufzer mit dem Hinweis auf die Schmerzen, das nicht mehr Gehen können und die große Einsamkeit: „Wie kann es mir schon gehen“. Allerdings: Wenn der einzige Pfleger der Station in ihr Zimmer kommt, richtet sie sich auf, hört auf zu klagen und zu jammern, oder sie sagt auch: „Jetzt kommt der Herr Doktor. Jetzt muss ich mich zusammen richten. Das mach ich am besten gleich!“ Sie ist dann präsent, orientiert und der ganze Tag läuft rund.

Genderanalyse: Was wäre anders, wenn die Geschlechter der handelnden Personen in der Geschichte vertauscht wären? Wenn die einzige Pflegerin auf der Station ins Zimmer zu einem Mann mit leichter Demenz kommt?

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Welche Arten von „Doing Gender“ können Sie in dieser Situation beobachten? Kennen Sie ähnliches aus Ihrer Praxis? Wie gehen Sie damit um? Welche Möglichkeiten sehen Sie als Frau in Kontakt mit Frau Klage zu kommen? Welche unterschiedlichen Arten von Kontakten erleben Sie als Frau mit Frauen? Oder

als Mann mit Frauen? Oder als Frau mit Männern? Oder als Mann mit Männern? Welche Formen des „Doing Gender“ im Nachdenken über Ihr eigenes Tun können Sie beschreiben?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Eine Großzahl der Pflegebeziehungen sind Beziehungen zwischen Frauen. Spielt das in Ihrem Arbeitsumfeld eine Rolle? Wie geht die Organisation, in der Sie arbeiten, damit um? Welche Positionen werden in Ihrer Organisation von Frauen, welche von Männern übernommen? Welchen Berufsgruppen gehören Frauen an, gehören Männer an?

Würde, Wertschätzung und Intimität

Würde von Frauen und Männern mit Demenz ist zum einen Menschenwürde, die unteilbar, unaufhebbar und unantastbar ist und als Grundlage der Gleichheit aller Menschen dient. Zum anderen zeigen Forschungsarbeiten mit hochbetagten Frauen und Männern, dass Würde in sozialen Beziehungen gewahrt oder verletzt werden kann (Literaturübersicht bei Win Tadd et al. 2011, S. 36ff). So verstanden ist sie – wie auch Gender – sozial konstruiert und relational. Pflegebedürftigkeit und auch Demenz bedrohen sowohl die intrapersonale als auch die relationale Würde (Sabine Pleschberger 2005). Beispiele, wie Würde in Pflegeeinrichtungen bewahrt oder verletzt werden kann, zeigt Doris Pfabigan (2011, S. 30) auf:

Würdebewahrend	Würdeverletzend
Fürsorgliches Handeln, das sich in Taktgefühl, Zurückhaltung und Rücksichtnahme zeigt	Normierte Pflegehandlungen, Ausrichtung am Primat der Ökonomie, Machtmissbrauch durch Pflege- und Betreuungspersonen
Achtung und Respekt der individuellen Person gegenüber, sich als individuelle Person darstellen können	Nicht-Ernstnehmen der Person, Herabsetzung als „Kindergartenkind“, „Pflegenummer“, „nur irgendwer sein“, übersehen und überhört werden
Die Gewissheit als selbstbestimmte Person zu gelten	Entzug von Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten sowie der Kontrolle über sich selbst und die Situation

„Seeing the person“ (die Person wahrnehmen) stellt für Win Tadd et al. (2011) einen der wesentlichen Aspekte von Würde dar. Schon der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood (2004) geht davon aus, dass Anerkennung, Respekt und Vertrauen große Bedeutung haben dafür, dass das Personsein für Menschen mit Demenz erhalten bleibt. Empathie als Haltung des verstehenden Zuhörens, in der die Gefühle der anderen Person nachvollzogen werden, ohne sie zu übernehmen, steht im Zentrum des Ansatzes. Das soziale Sein in Beziehung steht damit auch hier im Vordergrund. Ähnlich geht es in der Validation® (Naomi Feil 2010) darum, die Gefühle und Wahrheiten der Frauen und Männer mit Demenz als gültig anzunehmen und so Angst und Unsicherheit zu vermindern und Würde zu wahren.

Marina Kojer (2011b, S. 16f) sieht daher misslingende Kommunikation als Verlet-

zung von Würde an. Aufgrund von Missverständnissen kann Hilflosigkeit, Angst oder Wut entstehen, die zu Missachtung der Person mit Demenz, zu Zwang, Gewalt und Demütigung führen können. Wenn es bei würdigenden Beziehungen also darum geht, Frauen und Männer mit Demenz als Personen wahrzunehmen und anzusprechen, dann sind auch geschlechterspezifische Aspekte ernst zu nehmen. Das heißt zum einen, Lebensgeschichten im Zusammenhang mit den gültigen Geschlechterverhältnissen zu verstehen. Zum anderen enthält jede Kommunikation, jede Berührung und Geste auch jeweils spezielle Bedeutung in Beziehungen zwischen Frauen, zwischen Männern oder zwischen Frauen und Männern (Sigrid Beyer, Elisabeth Reitinger 2012; Elisabeth Reitinger, Sigrid Beyer 2010). Dieses „Doing Gender“ kann Würde erhalten oder auch entwürdigend sein. Wenn eine bewusste Haltung der

Wertschätzung und des ernst Nehmens als Frau oder Mann zugrunde liegt, wird ein würdigendes Verhalten eher wahrscheinlich. Leiten allerdings unreflektierte, abwertende Bilder von Frauen und Männern den Umgang mit Menschen mit Demenz, ist von einer Verletzung der Würde auszugehen.

„Die gepflegte Frau“

Die Geschichte: Eine hochbetagte Frau kommt wegen einer akuten Infektion ins Krankenhaus und wird in eines der Zimmer aufgenommen. Sie wird von den Pflegenden und der diensthabenden Ärztin als „ungepflegt“ beschrieben: Ohne Zähne, die wenigen Haare ungeordnet und ungewaschen auf dem Kopf klebend, ihr Hörgerät liegt in der Schublade und sie kann das meiste, was zu ihr gesprochen wird, nicht verstehen. Rasch wird im betreuenden Team davon ausgegangen, dass sie an Demenz leidet. An einem der nächsten Tage ist sie „nicht wieder zu erkennen“. Sie trägt sowohl ihre Zähne als auch ihre Perücke, ist leicht geschminkt, mit Lippenstift und kann mit Hilfe ihres Hörgerätes verstehen, was mit ihr gesprochen wird. Die Pflegenden und vor allem die Ärztin bemerken, dass die Patientin ganz anders angesprochen wird. Sie wirkt nun wie eine „gepflegte Frau“, der, trotz der merkbaren Einschränkungen, mehr kognitive Leistungen zugetraut werden.

Genderanalyse: Welchen Unterschied würde es machen, wenn in der Geschich-

te statt von der Patientin von einem Patienten die Rede wäre?

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Wenn Sie an Ihre eigene Arbeit denken und an Situationen, in denen Sie mit mehr oder weniger gepflegten Frauen und Männern zu tun haben, was fällt Ihnen ein? Welche Frauen fallen Ihnen ein? Welche Männer? Welche Gefühle haben Sie? Entstehen Bilder in Bezug auf Erkrankungen oder Vermutungen der sozialen oder kulturellen Herkunft? Welche? Wenn Sie einem mehr oder weniger gepflegten Mann begegnen, warum glauben Sie, ist er in diesem Zustand? Wie ist das bei Frauen? Wie angenehm oder unangenehm ist das für Sie? Wie kann es – unabhängig davon, wie gepflegt eine Person ist – gelingen, eine wertschätzende Grundhaltung in der Pflege- oder Betreuungsbeziehung beizubehalten und die vorhandenen Fähigkeiten der Frauen und Männer wahrzunehmen? Was brauchen Sie dafür, wenn Sie mit Männern, was, wenn Sie mit Frauen arbeiten?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Erlauben es Ihre Arbeitsbedingungen, sich für das „Frau sein“ und „Mann sein“ der Menschen mit Demenz Zeit zu nehmen? Sind strukturelle Rahmenbedingungen gegeben, die Intimität ermöglichen? Haben Sie Entscheidungsfreiheiten in Bezug zu ihrem person-zentrierten Umgang mit Frauen und Männern mit Demenz und die Möglichkeit, sich über ihr eigenes Verhalten mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen?

Geschlechtersensibel werden: In dieser Situation wird von dem Aussehen der Frau auf ihre kognitiven Fähigkeiten geschlossen und ihre Orientierungslosigkeit einer fortgeschrittenen Demenz zugeschrieben. Dem äußeren Erscheinungsbild wird in unserer Gesellschaft für Frauen und Männer unterschiedliche Bedeutung zugemessen. Männern wird ein „ungepflegtes Äußeres“ tendenziell eher „erlaubt“ als Frauen. Bilder über Ursachen, weshalb Frauen oder Männer ungepflegt sind, entstehen oft automatisch und werden meist geschlechterspezifisch gebildet. Ein geschlechtersensibler Umgang mit Frauen und Männern in dieser Situation beinhaltet daher, dass rasche „Schubladisierungen“, die aufgrund des Äußeren und der Geschlechtszugehörigkeiten erfolgen, überprüft werden.

Wichtig ist auch zu sehen, dass die strukturellen Rahmenbedingungen von Organisationen einen Beitrag leisten können dazu, dass Frauen und Männer mit Demenz auch in ihrem Äußeren gepflegt werden. Ob Zeit für Mitarbeitende vorhanden ist, sich diesen Tätigkeiten und der Beziehungspflege zu widmen und dies auf Organisationsebene anerkannt wird, zeigt, ob orientierungsförderndes Verhalten und Auftreten – wie eben auch ein gepflegtes Äußeres – unterstützt wird, oder nicht. Grenzen auch zu „struktureller Gewalt“, wie dies beispielsweise Monique Weissenberger-Leduc und Anja Weiberg (2011) im Umgang mit Menschen mit Demenz in Institutionen beschreiben, sind fließend.

„Traumatische Erlebnisse“

Die Geschichte: Eine hochbetagte Frau mit Demenz im Akutkrankenhaus ist vor allem in der Nacht sehr ängstlich. Sie möchte immer Licht im Zimmer haben. Sie erzählt, dass sie als Tochter jüdischer Eltern während des Nationalsozialismus mit ansehen musste, wie diese erschossen wurden. Auf sie selbst wurde als etwa 10-jährige eine Pistole gerichtet. Die Pflegerin, die von dieser Frau erzählt, hebt hervor, dass es ihrer Erfahrung nach besonders ist, dass die Patientin die Geschichte von selbst erzählt hat. Offenbar, so ihre Einschätzung, gab es schon einen Aufarbeitungsprozess während der Lebensgeschichte der Frau, die sich, so eine andere Beschreibung durch die Pflegerin, durch große innere Stärke und Sensibilität auszeichnet. Immer wieder wollte die hochbetagte Frau über ihre Erlebnisse reden und forderte hohe Aufmerksamkeit. Es gelang schließlich, für die Frau – nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus – einen Platz in einem Pflegeheim zu finden, in dem auf ihre traumatischen Lebenserfahrungen gut eingegangen werden konnte.

Genderanalyse: Wenn Sie über den Umgang von Frauen und Männern mit Traumata nachdenken, welche Themen tauchen auf?

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Sind Ihnen Verfolgungsgeschichten oder andere traumatische Erlebnisse in Ihrem Arbeitsalltag begegnet? Welche Möglich-

keiten haben Sie, darauf zu reagieren? Wie können Sie für sich selbst entsprechende Entlastung finden, wenn Sie diese brauchen? Welche Arten von traumatischen Erlebnissen sind Ihnen bei Frauen bekannt, welche bei Männern? Wie zeigen sich traumatische Erlebnisse bei Frauen? Bei Männern?

Anregungen zum Nachdenken über Strukturen: Sind in Ihrem Arbeitsumfeld Expertinnen oder Experten im Umgang mit Traumata, die Sie zur Unterstützung und Begleitung anfragen können? Wird in Teambesprechungen auf die besonderen Sensibilitäten aufgrund von traumatischen Lebensgeschichten eingegangen?

Geschlechtersensibel werden: Auch wenn die Frage nach geschlechterspezifischen Umgangsformen mit Traumata eine wichtige ist, wird über diese Geschichte auch sichtbar, dass bestimmte Lebensereignisse Gender zunächst in den Hintergrund treten lassen. Es wird deutlich, wie betroffen und vielleicht auch sprachlos Verbrechen gegen die Menschlichkeit, wie sie im Nationalsozialismus aber auch in näher zurückliegenden Kriegen oder systematischen Verfolgungen von Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe verübt wurden, machen können und wie wichtig es oft für betroffene Menschen sein kann, ihre Sprache wieder zu finden. Dies kann – vielleicht gerade auch in der Phase der Demenz – die Möglichkeit eröffnen, Anteile der eigenen Lebensgeschichte und Identität zu integrieren oder zu mindestens in ihrer

Brüchigkeit sichtbar werden zu lassen und Anerkennung dafür zu finden.

„Die Kriegswitwe“

Die Ausgangssituation: Eine 95-jährige Bewohnerin verstirbt innerhalb der ersten beiden Wochen nach ihrer Aufnahme in der Nacht im Pflegeheim. Dann müssen die Effekten verbucht, das heißt, ihre persönlichen Gegenstände aufgelistet werden. In der Geldbörse findet sich ein Foto eines Mannes, er sieht fesch und jung aus, offensichtlich war er bei der Wehrmacht. Das Team wusste nur, dass die Bewohnerin verwitwet ist, sie wussten nicht, wie lange schon. Anlässlich dieses Fotos wird überlegt, dass sie schon seit mehr als 70 Jahren Witwe sein könnte. Vermutungen darüber, dass daher die Frau, die wohl Kriegswitwe war, ihren Sohn alleine erzogen hatte, werden angestellt. Wieder einmal wird deutlich, wie wichtig die Biographie einerseits ist und wie wenig oft auch darüber bekannt ist. Der Sohn, der kurz darauf kommt, kann folgende Geschichte erzählen:

Lebensgeschichte von Erika Berger (geb. Czerny, 1927) : Als sie ein kleines Mädchen war, war sie ihres Vaters erster Sohn, wie sie später oft erzählte. Der Besitzer einer Tischlerei machte keinen Hehl daraus, dass er sich einen männlichen Nachfolger gewünscht hätte. Die Tochter tat alles, um diesem Wunsch nachzukommen und verhielt sich wie ein rechter Sohn. Sie kletterte mit den Buben ihrer Straße auf Laternenpfähle, beteiligte sich

an Streichen und erkämpfte sich einen besonderen Status in der Gruppe der gleichaltrigen Buben.

Als sie 10 Jahre war, trennten sich ihre Wege von denen der Buben, weil sie in eine Mädchenschule kam und nur mehr ab und zu einem ihrer Spielgefährten begegnete. Auch die Aufsicht der Eltern wurde strenger. Ihren ersten Freund lernte sie mit 16 Jahren bei einem Treffen von Bund Deutscher Mädels (BDM) und Hitlerjugend (HJ) kennen. Schließlich saßen sie einmal zusammen an einem großen Lagerfeuer und sangen mit Vergnügen Hand in Hand „Schwarzbraun ist die Haselnuss“. Leider meldete er sich bald danach freiwillig an die Front und starb schon nach wenigen Wochen in einem Gefecht mit russischen Soldaten.

Sie lernte entsprechend den Wünschen ihres Vaters Tischlerei, liebte die Arbeit mit Holz und übernahm nach dessen Tod erfolgreich das Geschäft. Nach dem Krieg heiratete sie Ernst Berger, der bis ins hohe Alter die Deutsche Nationalzeitung las. Sohn Karl sollte es einmal besser gehen. Er durfte studieren und konfrontierte seine Eltern prompt mit den kritischen Parolen der 68er Bewegung. Darunter litt sie sehr und wusste manchmal nicht, wie sie zwischen ihrem Mann und ihrem Sohn Frieden stiften sollte. Darüber hatte sie sich später einmal bei ihm, Sohn Karl, bitter beschwert.

Bis ins hohe Alter blieb sie aktiv, arbeitete bis zu ihrem 80. Lebensjahr und stand „ihren Mann“. Anders als andere alte Frauen war sie auch noch spät am Abend

unterwegs. Dazu sagte sie oft zu besorgten Freundinnen: „Ich hab immer meine Faust in der Manteltasche. Wehe dem, der mich angreifen will“.

Als der Ehegatte verstorben war und Sohn und Schwiegertochter sie überredeten, in ein Heim zu ziehen, weil sie manchmal nicht mehr wusste, welches Datum ein Tag hatte und was sie einkaufen wollte, fiel ihr der Umzug sehr schwer. Auch die Diagnose Demenz, mit der sie gleich nach dem ersten geriatrischen Assessment konfrontiert wurde, machte ihr Angst und drückte ihre sonst immer ungetrübte Stimmung. Vor allem aber kamen ihr die Basteleien, zu denen sie eingeladen wurde, sehr fremd und absurd vor. Ihre Welt war die Tischlerei und handfeste Arbeit gewesen, nicht das Basteln von Mobiles und das Ausmalen von Mandalas. Sie zog sich sehr in sich zurück und wollte auch Sohn und Schwiegertochter nicht sehen.

Genderanalyse: Welchen Unterschied würde es machen, wenn in der Geschichte statt von der Patientin von einem Patienten die Rede wäre?

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Gibt es Lebenserfahrungen, die Sie eher in Biografien von Frauen hören? Welche sind es eher bei Männern? Welche Überraschungen haben Sie in Bezug auf Ereignisse in Biografien von Frauen und Männern mit Demenz erlebt? Wie wirken sich die jeweiligen, zeitabhängigen Geschlechterverhältnisse – z.B. die rechtliche Regelung, dass Frauen in Öster-

reich noch bis in die 1970er Jahre ihren Ehemann um Erlaubnis fragen mussten, ob sie berufstätig sein dürfen – auch auf die Geschlechteridentitäten und das Verhalten Frauen und Männern gegenüber in der Gegenwart aus?

Wie und unter welchen Bedingungen war es den heute hochbetagten Männern mit Demenz möglich, sich der Erziehung ihrer Kinder zu widmen? Welchen Einfluss hatten Krieg und Nachkriegszeit auf das Koch- und Essverhalten der Frauen mit Demenz? Und der Männer mit Demenz?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Ist es in Ihrem beruflichen Umfeld möglich, die Lebensgeschichten der Frauen und Männer mit Demenz zu erfahren? Welche Konsequenzen werden aus den individuellen Biographien der betreuten Frauen und Männer in Ihrem beruflichen Alltag gezogen? Wie wird mit Vertraulichkeit umgegangen?

Geschlechtersensibel werden: Wie das Beispiel zeigt, entstehen bei dem Betreuungsteam aufgrund der gefundenen Fotografie in der Geldbörse recht klare Vorstellungen über die Lebensgeschichte der eben verstorbenen Frau, die allerdings nicht der Realität entsprechen müssen. Die Lebenssituation einer alleinerziehenden Mutter in der Nachkriegszeit ist sicherlich mit anderen Lebensumständen verbunden als die einer verheirateten Tischlermeisterin, die gemeinsam mit ihrem Mann dem einzigen Sohn ein „besseres Leben“ bieten möchte. Es kommt also auch bei der Betrachtung der Lebensge-

schichten und ihrer Auswirkungen auf die aktuellen Wünsche und Sehnsüchte bei den Frauen und Männern mit Demenz darauf an, genau hinzuhören und sich der eigenen Vorstellungen als Betrachtende und Betrachtender bewusst zu werden. Vielleicht spielen ja die typischerweise prägenden Lebensereignisse bei Männern, wie etwa Berufstätigkeit, gerade bei dem mir gegenüber sitzenden Herrn gar keine so große Rolle.

Gleichzeitig gibt es so etwas wie Lebenslagen, die auch durch die Geschlechterzugehörigkeit geprägt werden. So besteht nach wie vor ein Unterschied in der Lebenserwartung. Frauen leben länger als Männer und haben auch daher ein höheres Risiko, an Demenz zu erkranken. Der Anteil der Frauen, die derzeit an Demenz erkrankt sind, beträgt zwei Drittel aller Betroffenen. Viele der heute hochbetagten Frauen lebten in und mit ihren Familien. Die Familie war für sie der Ort der Sinnggebung, Arbeit und Existenzsicherung. Traditionelle Arbeitsteilung sah Erwerbsarbeit häufiger für Männer vor, Familienarbeit eher für Frauen. Daher kam es im Laufe des Lebens vieler heute hochbetagter Frauen zu nur geringer oder unterbrochener Erwerbstätigkeit. Diese war meist mit geringerem beruflichem Status verbunden. Im hohen Alter sind daher Frauen häufiger und schwerwiegender von materieller Armut betroffen. Viele haben eine ausgesprochene „Pflegekarrriere“ hinter sich: Zunächst kümmerten sie sich um die gemeinsamen Kinder, später, als die Kinder aus dem Haus waren, wur-

de ein Eltern- oder Schwiegereltern-Teil hilfe- und sorgebedürftig, zuletzt wurde dann oft auch der eigene Partner bis ans Lebensende begleitet. Selbst häufiger von chronischen Krankheiten betroffen, sind viele der heute hochbetagten Frauen auf sich alleine gestellt und benötigen, wenn sie hilfe- und pflegebedürftig werden, mehr formelle Unterstützung. Gerade bei Demenz allerdings steigt der Anteil noch lebender und auch pflegender Ehepartner an.

Bei heute hochbetagten Männern bildete oft Erwerbstätigkeit den zentralen Lebensinhalt. Geschlechterhierarchische Arbeitsteilung führt öfters zu materieller Unabhängigkeit auch im hohen Alter. Der Wechsel von Erwerbstätigkeit in die Phase der Nacherwerbstätigkeit wird oft dramatischer erlebt als von Frauen. Die kürzere Lebenserwartung von Männern führt nach wie vor oft dazu, dass bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit (Ehe-)Partnerinnen Hilfe, Unterstützung und Begleitung geben können. Kriegserfahrungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern wahrscheinlich, auch hier gibt es geschlechtertypische Unterschiede.

Gerade weil es diese geschlechtertypischen Unterschiede in den Lebenslagen von hochbetagten Frauen und Männern gibt, die bestimmte Erwartungen erzeugen, sind die jeweils individuellen Lebensgeschichten im Kontext dieser Unterschiede zu betrachten. So bedeutet beispielsweise die Geschäftsführung der Tischlerei von Frau Berger – gerade auch

in dieser Zeit – etwas anderes in ihrer individuellen Geschichte als Frau. Ein Mann in dieser Position hätte sich den Erwartungen seiner Zeit in die Rolle des Familienernährers gut eingefügt. Eine Frau in dieser Position ist mit anderen Erwartungen an ihre Rolle als Frau konfrontiert gewesen. Zugleich wird deutlich, dass sich „Genderbiografien“ auch in unterschiedlichen Lebensphasen ändern können. So verbringt Erika Berger beispielsweise ihre Kindheit zunächst ganz als „Bub“, um sich dann als Jugendliche aufgrund der geschlechtergetrennten Erziehungssysteme in die Mädchenrolle im Umfeld von anderen Mädchen „einzufügen“. Da gerade bei Demenz Erinnerungen an frühere Zeiten und das Leben als junger Mensch und Kind wieder so bedeutsam werden, kann diese Form des geschlechtersensiblen Verständnisses von Lebensgeschichten manche Verhaltensweisen noch besser verständlich machen.

Erotische Anziehung und Tabuthema Sexualität

Die Beziehungen zwischen den Geschlechtern sind sowohl im Alltag aller Frauen und Männer als auch im Alltag im Leben mit Menschen mit Demenz immer wieder auch mit erotischer Anziehung verbunden. Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten, gemeinsame spannende Momente zu erleben und ein Prickeln in der Luft zu spüren, werden gerade Menschen mit Demenz oft abgesprochen. Gleichzeitig werden sie in manchen der Situationen, die erzählt werden, auch

bewusst und mit Freude als eine Möglichkeit, positive Kontakte zu suchen, aufgenommen. Die hohen emotionalen Fähigkeiten von Frauen und Männern mit Demenz lassen Sensibilität auch hier oft zu. Schwieriger wird es für viele Angehörige aber auch Professionelle allerdings in Fragen rund um ein mögliches Sexuelleben von Menschen mit Demenz.

„Mit Demenz verbinden wir alles Mögliche. Aber bitte nicht Sex. So aufgeklärt wir sonst in unserer Gesellschaft, in den Medien und im Internet mit diesem Thema umgehen – bei alten Menschen mit Demenz wollen wir es einfach nicht wahrhaben“ (Sophie Rosentreter 2012, S. 168).

Sexualität ist Teil der Geschlechteridentität, die auch im hohen Alter und auch im Leben mit Demenz erhalten bleibt. Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte verbunden mit aktuellen Sehnsüchten und Wünschen führen sowohl zu verbalem als auch nonverbalem sexuellen Begehren. Die Offenheit, in der diese Bedürfnisse immer wieder gezeigt und ihre Befriedigung eingefordert werden, irritieren nicht nur jene, die professionell mit Frauen und Männern mit Demenz zu tun haben. Angehörige, Ehepartner oder -partnerinnen, Töchter, Söhne oder auch Enkelkinder sind mit bestimmten sexuellen Äußerungen des oder der Verwandten verunsichert oder völlig überfordert. Auch für Mitbewohner und Mitbewohnerinnen in einem Pflegeheim oder Krankenhaus kann das zur Belastung werden.

Wie ist es nun möglich, mit diesen Bedürfnissen und Verhaltensweisen der Menschen mit Demenz gut umzugehen? Und gleichzeitig eigene Integrität und Grenzen zu bewahren? Dürfen Menschen mit Demenz denn überhaupt Sexualität leben?

Gunvor Sramek (2011, S. 243) spricht vom „Recht auf Sexualität, auf Akzeptanz und auf ein Ausleben ihrer Bedürfnisse, ... – soweit dadurch die Rechte anderer nicht verletzt werden.“ Damit weist sie einerseits auf die Normalität sexueller Bedürfnisse bei Frauen und Männern mit und ohne Demenz hin. Andererseits betont sie die Grenzen dessen, was ausgelebt werden kann. Sie beschreibt auch unterschiedliche kulturelle Umgangsweisen. So hat sie in skandinavischen, protestantischen Ländern freiere Zugänge als in südeuropäischen, katholischen Ländern beobachtet. Bezahlte Sexarbeit oder anregendes Bildmaterial nennt sie als Möglichkeiten, auf sexuelle Bedürfnisse einzugehen.

Bei bezahlter Sexarbeit handelt es sich zumeist um zwei Formen. Eine Form wird sehr oft Sexualassistentin genannt. Sie hat ihren Ursprung im Bereich der Betreuung von Menschen mit Behinderung. Sexualassistentinnen und Sexualassistenten, die häufig auch eine eigene Ausbildung absolviert haben, begleiten Menschen mit Behinderung in ihren sexuellen Bedürfnissen. Ihr Angebot reicht von beratenden Gesprächen über Hilfestellung beim Geschlechtsakt für Paare bis hin zu sexueller Dienstleistung, wobei der Geschlechtsver-

kehr ausgeschlossen ist. Die andere Form besteht in der Vermittlung von Prostitution. Bezahlte Sexarbeit kann für Menschen, die behindert und/oder pflegebedürftig sind, eine gute Möglichkeit darstellen, ihre sexuellen Bedürfnisse zu leben. Dennoch fallen aus einer geschlechtergerechten Perspektive auch einige Schief lagen auf: Sexualassistentenz steht zwar grundsätzlich für alle Geschlechter bereit, findet aber in erster Linie zwischen einem männlichen Klienten und einer weiblichen Assistentin statt. Offen bleibt die Frage, wie sexuelle Bedürfnisse von Frauen wahrgenommen werden. Offensichtlich entspricht bezahlte Bedürfnisbefriedigung eher der gesellschaftlichen Sichtweise einer männlichen Form von Heterosexualität. Die in diesem Fall ebenso deutlich zu Tage tretende geringe Bereitschaft von Männern, sich als Dienstleister für die Befriedigung sexueller Bedürfnisse behinderter und sorgebedürftiger Frauen zur Verfügung zu stellen, ist ein weiteres Indiz dafür. Dies gilt in gleicher Weise für Prostitution. Im Falle der Prostitution muss zusätzlich beachtet werden, dass sie im engen Zusammenhang mit weltweitem Handel und der Ausbeutung von Menschen, hauptsächlich Frauen, steht. Schweden hat deshalb den Kauf von Sexualität als strafbar erklärt. Norwegen und Island haben ähnliche Gesetze erlassen.

„Schäkern mit dem Arzt“

Geschichte: Im Krankenhaus sind sowohl Frauen als auch Männer als Ärztinnen und Ärzte beschäftigt und abwechselnd im Dienst. Frau Kahlet mit mittelschwerer

Demenz fragt die Pflegenden immer wieder, wann denn der „fesche junge Arzt“ wieder einmal zu ihr kommt. Ganz offensichtlich ist ihre Befindlichkeit wesentlich besser, wenn er Dienst hat und Visite bei ihr macht. Dann bereitet sie sich schon Stunden zuvor auf sein Kommen vor, fragt immer wieder, ob ihre Haare auch gut lägen und sitzt dann ganz aufrecht im Bett, wenn er das Zimmer betritt. Ein von Leichtigkeit getragenes Gespräch, von Seufzern wie, „na da möchte ich doch auch noch einmal jung sein“ unterbrochen, entspinnt sich zwischen den beiden. Frau Kahlet wirkt ganz orientiert, dennoch wird deutlich, dass sie zeitweise in eine frühere Lebensphase gleitet und ganz real mit dem jungen Arzt, den sie dann auch mit dem Namen „Ernst“ anspricht, flirtet.

Genderanalyse: Wie ließe sich die Geschichte erzählen, wenn es um einen Patienten mit mittelschwerer Demenz und eine „fesche junge Ärztin“ ginge?

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken, fallen Ihnen ähnliche Situationen, wie die hier beschriebene, ein? Können Sie sich mit Kolleginnen und Kollegen über diese Art von Situation austauschen? Gibt es auch Männer, die sich über den Besuch bestimmter weiblicher Ärztinnen oder Pflegerinnen besonders freuen? Wie gehen Sie damit um? Sind Ihnen auch Ablehnungen aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit („von einem Mann will ich aber nicht gewaschen werden!“) unterge-

kommen? Wie gehen Sie mit Ablehnungen oder Bevorzungen um? Welche Rolle spielt das Schamgefühl bei Frauen und Männern?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Gibt es in Ihrem Team Frauen und Männer? Wie sind Unterschiede im Team besprechbar? Beobachten Sie auch interkulturelle Unterschiede im Umgang von Männern und Frauen? Wie gehen Sie im Team mit der Bevorzugung eines bestimmten Geschlechts durch eine Bewohnerin oder einen Bewohner um? Lässt es sich organisieren, dass diese Vorlieben berücksichtigt werden?

Geschlechtersensibel werden: Gegen- oder auch gleichgeschlechtliche Anziehung und daraus erwachsende positive Spannung oder sogar ein „Prickeln“ im Kontakt und im Gespräch wirken in Betreuungs- und Pflegebeziehungen immer wieder auch belebend und können gerade bei hochaltrigen Frauen und Männern mit Demenz Lebensgeister anregen, die sonst verschüttet zu sein scheinen.

Diese Dynamiken können bei Frauen und Männern mit leichter Demenz auch in Gruppen beobachtet werden. Gleichzeitig wird immer wieder erzählt, dass Männer oft in diese Gruppen „gebeten“ werden müssen und keine so große Freude daran haben. Der Versuch in einem Pflegeheim, hier eine reine Männergruppe anzubieten, trägt überraschend positive Früchte. Innerhalb der Männergruppe entstehen Kontak-

te und Gespräche, die im sonst sehr stark weiblich dominierten Pflegeheim nicht möglich scheinen. Andererseits entwickeln sich in reinen Frauengruppen Gespräche, Nähe und eine Art von Vertrauen, die sich durch die Anwesenheit von Männern ändern. Andere Erzählungen sprechen auch davon, dass in gemischtgeschlechtlichen Gruppen die – meist wenigen Männer – ihre Rolle als „Hahn im Korb“ auch sehr genießen und die Frauen auf die Anwesenheit von Männern sehr positiv reagieren.

Immer wieder kommt es in der Phase der Demenz auch zu vorher nicht gelebter Homosexualität. Diese kann sich in händchenhaltenden romantischen Liebesbeziehungen zeigen oder auch in erotischer Nähe und körperlichen Berührungen zwischen zwei Frauen oder zwei Männern.

Es können demnach die unterschiedlichen Qualitäten und Arten von Beziehungen zwischen den Geschlechtern und innerhalb der Geschlechter verschiedene Wirkungen haben. Manche der Bedürfnisse der Frauen und Männer sind eher im gleichgeschlechtlichen Kontakt, andere wiederum in gegengeschlechtlichem Kontakt leichter zu erfüllen. Bei dritten ist es ganz unabhängig davon, welchem Geschlecht eine Person angehört, Hauptsache, ein sensibles menschliches Gegenüber ist präsent. Immer wieder geht es darum, genau hinzuhören, zu fühlen und zu sehen, was für wen in welcher Situation am besten passt.

„Weibliche Sexualität“

Geschichte: Eine an fortgeschrittener Demenz leidende hochbetagte Frau, die im Pflegeheim lebt, zeigt ihre sexuellen Bedürfnisse immer wieder, indem sie versucht, Gegenstände zwischen ihre Beine zu schieben. Da sie von ihren Sehnsüchten nicht reden kann und darüber hinaus durch die Inkontinenzhose sehr eingeschränkt ist, wird im Pflgeteam über Möglichkeiten geredet, was getan werden kann. Es wird beschlossen, der Frau beim Wechseln der Inkontinenzhose einfach Zeit mit sich zu geben und sie alleine zu lassen. Das scheint ihr gut zu tun, sie kann ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen und wirkt ausgeglichener.

Genderanalyse: Welche Bedeutung hat es, dass in der Geschichte von der Sexualität einer Frau die Rede ist? Was würde sich ändern, wenn es um männliche Sexualität ginge?

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Fallen Ihnen sexuelle Bedürfnisse von Frauen auf? Die der Männer? Welche Gefühle lösen sie bei Ihnen aus? Welche eigenen Bilder tauchen auf? Welche Konflikte treten auf? Können Sie mit Angehörigen über die sexuellen Bedürfnisse ihrer Verwandten reden? Mit Kollegen oder Kolleginnen?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: In welcher Form begegnen Ihnen sexuelle Bedürfnisse von Frauen in Ihrem Berufsalltag? In welcher Form

sexuelle Bedürfnisse von Männern? Ist es möglich, diese ernst zu nehmen und anzuerkennen? Welche Schwierigkeiten sind damit verbunden? Welchen Stellenwert haben sexuelle Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen oder Patienten und Patientinnen in Ihrer Einrichtung?

Geschlechtersensibel werden: Nicht immer ist es so einfach wie in dem geschilderten Beispiel, die sexuellen Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz in einem Pflegeheim oder einer anderen Organisation des Sozial- und Gesundheitswesens so gut wahrzunehmen, ernst zu nehmen und auch darauf angemessen zu reagieren. Gleichzeitig ist es bemerkenswert, mit welcher Selbstverständlichkeit hier auch einer Frau zugestanden wird, sexuelle Sehnsüchte zu haben und diese befriedigen zu wollen. Oftmals können hier negative Bilder von Frauen wie beispielsweise, „na die hat wohl keinen Mann abbekommen“ entstehen. Sexuelles Begehren bei Frauen ist oft nach wie vor eher mit Scham oder Abwehr verbunden.

Gerade die Frauen, die heute hochbetagt und mit Demenz leben, hatten während ihres Lebens oft sehr verletzend und schmerzhaft Erfahrungen mit Sexualität: Vergewaltigungen während und nach dem Krieg, die Selbstverständlichkeit, mit der Ehemänner ihre Frauen „hernehmen“ konnten, vielfach Untreue bei Männern als Kavaliersdelikt und zum Mann-sein dazugehörig. Diese Verletzungen und Traumata können auch in der Demenz

wieder an die Oberfläche kommen und tiefes Leiden verursachen. Fragen nach therapeutischer Unterstützung oder validierender Begleitung sind hier zu stellen.

Männer mit Demenz in frühen und mittleren Phasen zeigen ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse oft sehr deutlich, machen verbale und auch körperliche Annäherungsversuche und fordern sexuelle Berührungen bei der Intimpflege auch eher ein. Dass es nicht Aufgabe von Pflege sein kann, diese Wünsche zu befriedigen, ist klar zu machen. Dies kann in einer liebevollen Art und Weise geschehen. Da wo es notwendig ist, sind Grenzen von den Betreuenden, die meist Frauen sind, deutlich zu setzen. In manchen Situationen hilft auch ein Gespräch, in dem Verständnis gezeigt wird und vielleicht auch Möglichkeiten gefunden werden, Selbstbefriedigung mit Bildern zu unterstützen, oder, wie oben schon angesprochen, eine Sexarbeiterin zu engagieren. Wie weit hier Angehörige Verständnis haben, eingebunden werden können oder überhaupt davon erfahren (sollen), hängt von den jeweiligen Umständen ab. Ethische Überlegungen hierzu sind in jeder einzelnen Situation notwendig.

Erotik, Sexualität oder sexualisierte Gewalt?

Die Unterscheidung, ob es sich in bestimmten Situationen um erotische Kontakte, (beidseitiges) sexuelles Begehren, sexuelle Übergriffe oder sexualisierte Gewalt handelt, scheint gerade

an dieser Stelle besonders wichtig. Denn die möglichen und auch angemessenen Reaktionen auf diese in unterschiedlicher Form geäußerten Bedürfnisse können und müssen oft auch sehr verschieden sein. So ist es für das Wohlbefinden und die Lebensfreude sowohl von Betreuerin oder Betreuer als auch betroffener Frau oder Mann mit Demenz positiv, „miteinander zu schäkern“. Ebenso gehört es zu einem person-zentrierten Umgang mit Menschen mit Demenz, ihre sexuellen Bedürfnisse ernst zu nehmen und Möglichkeiten zu suchen, dass sie diese ausleben können. Sexuelle Gewalt hingegen ist in jedem Fall abzulehnen. In ihren Kurzbeispielen versammelt Sophie Rosentreter Situationen, in denen diese unterschiedlichen Formen von Erfahrungen, die mit Sexualität in Zusammenhang gebracht werden, verdeutlicht werden.

„Herr S. ist im Demenzwohnbereich als „Busengrapscher“ schon einschlägig bekannt – solche Zwischenfälle passieren vor allem dann, wenn man mit ihm morgens und abends im Bad ist. Keine der weiblichen Pflegekräfte möchte sich dem noch weiter aussetzen.“

Frau L. betreut ihre 85-jährige Mutter, deren Demenz weit fortgeschritten ist. Vor einiger Zeit hat die Mutter angefangen, sich >zwischen den Beinen zu befingern<, um sich selbst zu befriedigen. Dann schimpft die Tochter mit ihr und schlägt ihr wie bei einem kleinen Kind auf die Finger.

Im Restaurant bekommt die Bedienung nach der Bestellung im Weggehen noch einen kräftigen Klaps auf den Po: >Einen knackigen Hintern hast Du!< ruft Herr K., der demenzkranke ehemalige Oberstudienrat, fröhlich hinterher. Seine am Tisch versammelte Familie ist fassungslos.

Herr D. besucht seine demenzkranke Frau jeden Tag im Heim. Für ihn ist es nur noch eine einzige Qual: nach fast 50 Ehejahren kommt er nun im Leben seiner Frau irgendwie gar nicht mehr vor, denn sie verbringt die meiste Zeit mit einem ebenfalls von Demenz betroffenen Mitbewohner – frischverliebt und Händchen haltend. Man hat die beiden auch schon >miteinander im Bett erwischt<.

Den sexuellen Missbrauch durch männliche Verwandte in ihrer Jugend nimmt Frau P. als erneut grauenhafte Realität wahr. Und zwar immer dann, wenn die demenzkranke Frau ausgezogen und gewaschen werden soll. Dann schlägt das frühere Vergewaltigungsoffer bei jeder körperlichen Berührung wild um sich.

Bei Frau M. entdeckte die Tochter immer wieder Eierschalen im Bett. Mit dem rohen Inhalt der Eier hatte sich die Frau den Genitalbereich eingerieben. Die Tochter konnte sich das Verhalten nicht erklären. Bis eine

ehrenamtliche Mitarbeiterin vom Besuchsdienst erzählte, dass im Krieg Frauen zum Schutz vor Vergewaltigungen mit dem angetrockneten Eiweiß eine Geschlechtskrankheit vortäuschten.

Sobald Frau K. ihren demenzkranken Mann abends zu Bett bringt, will er mit ihr schlafen. Versucht sie sich zu entziehen, wird der Mann gewalttätig. Das belastet die 85-jährige schwer, als Pflegende hatte sie mit dem Thema Sex ohnehin schon vor Jahren abgeschlossen. Ihre Scham verbietet es ihr aber, sich professionellen Rat zu holen.“

Sophie Rosentreter 2012, S. 172f

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Haben Sie in Ihrem Berufsalltag Erfahrungen von sexuellen Übergriffen oder sexualisierter Gewalt gemacht? Sind Sie Zeugin oder Zeuge von solchen Ereignissen geworden? Haben Sie jemandem, mit der oder dem Sie darüber sprechen können?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Gibt es Besprechungsstrukturen in Ihrer Einrichtung, in denen über diese Themen gesprochen werden kann? Haben Sie den Eindruck, dass man Ihren Erzählungen vertraut? Werden Konsequenzen gezogen, in der Einrichtung Übergriffe zu unterbinden?

Familiendynamiken

Familiale Betreuung und Pflege nimmt einen zentralen Stellenwert im Leben von Frauen und Männern mit Demenz ein. Zu einem großen Teil werden Hilfeleistungen im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch Familienangehörige erbracht und es ist zu erwarten, dass die Familie auch zukünftig ihre tragende Rolle in der Versorgung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern weiterführen wird. Im hohen Alter ist die Ehe eine Hauptquelle für soziale Unterstützung und es ist üblich, dass bei Pflegebedürftigkeit zunächst die Ehepartnerin oder der Ehepartner die Pflege übernimmt. Durch die Erkrankung kommt auch das über einen langen Zeitraum eingeschliffene Beziehungsgefüge in Bewegung, althergebrachte Gewohnheiten werden in Frage gestellt und neue Rollenverständnisse entwickelt. In Paarbeziehungen kommt es durch den Verlust von Kompetenzen der einen Person oft zur Übernahme von immer mehr Aufgaben durch die andere.

Die Verteilung von Aufgaben und Rollen in der Ehe ist darüber hinaus Ausdruck durch die Gesellschaft geprägter komplementärer weiblicher und männlicher Lebensgeschichten. Wie oben beschrieben, hat die geschlechterspezifische Sozialisation der heute hochbetagten Frauen und Männer dazu geführt, dass Männer eher für die Erwerbsarbeit und Frauen eher für die Familienarbeit und Sorgeaufgaben verantwortlich waren. Auch die sich daraus entwickelten Aufgabenverteilungen

innerhalb eines Paares geraten durch die Erkrankung in Bewegung und es kommt zur Übernahme von „fremden“ Funktionen und Aufgaben.

Rollen verschieben sich aber auch auf einer subtileren Ebene, etwa in der Frage, wer in der Familie für Gefühle zuständig ist oder wer Kontakte innerhalb der Familie pflegt – traditionell eine Domäne der Frauen. Eine Demenz führt gerade in dem so zentralen Bereich der emotionalen Verbundenheit zu tiefgreifenden Veränderungen. Die Intimität der Paarbeziehung weicht der an Sorge und Pflege orientierten Beziehung. Ausgewogenheiten im Kontakt, die sich über Jahre, oft auch Jahrzehnte eingespielt haben, geraten aus dem Gleichgewicht und Gefühle der Entfremdung entstehen. Sabine Wadenpohl (2008) beschreibt es als „Resilienz“ des Paares, wenn es gelingt, „trotz allem“ ein Alltagsleben aufrecht zu erhalten. Durch die Veränderung der Liebesbeziehung in eine Pflegebeziehung kommt es zu Verschiebungen von Anerkennung, Macht und Kontrolle ebenso wie innerfamiliärer Allianzen und Austauschmöglichkeiten. Asymmetrien wachsen und Konflikte stehen an der Tagesordnung.

Pflegegeschichten von Frauen führen oftmals zu einem „Pflegedual“ (Katharina Gröning, Anne-Christin Kunstmann, Elisabeth Rensing, Bianca Röwekamp 2004). Pflegenden Frauen werden innerhalb ihrer eigenen Familie isoliert, es kommt zu einer Polarisierung der Arbeitsaufteilung. Pflegeleistungen und Aufgaben des Nährens und Gestaltens von

Familie - das „Doing Family“ – führen zu einer Verdichtung von emotionalen Unterstützungen, pflegenden Handlungen und materieller Hausarbeit und damit zu einer Überforderung. Auf der Grundlage des familiendynamischen Modells von Michael B. Buchholz und eigenen empirischen Forschungen beschrieb Katharina Gröning mit Anne-Christin Kunstmann unterschiedliche familiäre Konstellationen, die „Entsolidarisierung, die Polarisierung der Geschlechterrollen und die innerfamiliäre Isolation der Pflegepersonen“ (Katharina Gröning, Anne-Christin Kunstmann 2008, S. 128) zur Folge haben. Die beiden Autorinnen halten fest: „Unsere Forschung zeigt, dass nicht der Pflegebedürftige selbst als Stressor in der Familie angesehen werden kann, sondern dass sehr komplexe Familiendynamiken und eine „Politik“ der Familie in der Pflege einwirken“ (a.a.O. S. 128). Dazu gehört beispielsweise eine Abwertung der Pflegetätigkeit aufgrund der traditionellen geschlechertypischen Arbeitsteilung und Pflege, die nach wie vor als Bringschuld von Frauen gesehen wird.

Männer gewinnen in der Partnerinnenpflege an Bedeutung. Sie pflegen v.a. in einem Alter, wo die Berufstätigkeit schon hinter ihnen liegt. Für die geschlechterspezifische gesellschaftliche Wahrnehmung des Zusammenhangs von Männlichkeit und Pflegetätigkeit ist sie dennoch bedeutsam. So sind Männer weniger durch innere und soziale Werte zur Pflege verpflichtet und praktizieren

ein bewussteres, stärker abgrenzendes Verhalten als Frauen in Pflegetätigkeiten. Im Rollenwechsel vom „materiellen Versorger“ zum „körperlichen Fürsorger“ bewahren sie einen distanzierteren Abstand, setzen Belastungsgrenzen früher, leisten seltener Schwerstpflege, fällen schneller eine Entscheidung für eine stationäre Unterbringung und schützen nicht selten mit ihrem Einwand pflegende Familienangehörige vor ihrer eigenen Überforderung (Petra Lambrecht und Maren Bracker 1992, Erich Lehner 2004). Männer ziehen demnach aus ihrer „Arbeitsorientierung“ erhebliche Gewinne für die Pflege: Letztlich sind es sie selbst, die für die Pflegequalität bürgen und sich bewusst mit ihrem Verhalten vor Überforderung schützen. Männer brauchen weniger Sanktionen zu befürchten, wenn sie die Übernahme von Pflege ablehnen und umschreiben Pflege eher mit Begrifflichkeiten von Liebe – im Gegensatz zu Frauen, die darin eher eine Pflichterfüllung orten. Wenn Männer sich zur Pflege entscheiden, so Manfred Langehennig (2010) schlussfolgernd, dann auf Basis einer langjährigen, festen Beziehung.

Diese unterschiedlichen Situationen informeller und familialer Pflege haben – in Abhängigkeit vom Versorgungskontext – jedenfalls auch Auswirkungen auf professionell Betreuende und Pflegenden. Insbesondere in der Betreuung und Pflege zu Hause durch mobile Dienste treten regelmäßig Konflikte aufgrund von Familiendynamiken auf. Aber auch im

Krankenhaus oder Pflegeheim macht es einen großen Unterschied für Betreuende aus, ob und in welcher Weise Angehörige überhaupt vorhanden sind und in das Leben der Frau, des Mannes mit Demenz involviert sind.

„Ich brauche keine Hilfe!“

Geschichte: Ein älteres Ehepaar lebt weitgehend unabhängig in seiner Wohnung. Der Mann benötigt Hilfe und Unterstützung im Alltag, die durch die Ehefrau und manchmal auch die Tochter übernommen werden. Seine Alltagskompetenzen nehmen immer mehr ab, schließlich wird er bettlägerig. Die Ehefrau benötigt daher Unterstützung im Haushalt. Im Zuge dieser Unterstützung durch die Heimhilfe stellt sich heraus, dass sie durch zunehmende Vergesslichkeit in der Bewältigung des Alltags überfordert ist. Schließlich wird eine Demenz diagnostiziert. Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich rapide.

Die Tochter übernimmt immer mehr an Pflege und Unterstützung und ist vor allem durch die Erkrankung ihrer Mutter schwer belastet. Die Tochter leidet besonders an den permanenten Schuldzuweisungen der Mutter, sie könne zuhause nichts mehr finden. In ihrer Wortwahl ist die Mutter wiederholt aggressiv und beleidigend. Da sie nun täglich in die Pflege und Aufrechterhaltung der Situation eingebunden ist, wird die Tochter vom Pflegedienst als „nahe am Burnout“ beschrieben. Aber

eigentlich will die Frau gar keine Hilfe von außen annehmen. Es stört sie, dass „Fremde“ ins Haus kommen. Ihr Schamgefühl ist groß, dies äußert sich z.B., wenn sie im Morgenmantel bekleidet der Heimhilfe oder dem Pflegedienst die Haustüre öffnet und ihr dies sichtlich unangenehm ist.

Genderanalyse: Wie würde die Situation aussehen, wenn statt der Tochter ein Sohn die Verantwortung für die Pflege übernehmen würde? Sind hier ähnliche Dynamiken zu erwarten? Welche? Oder andere? Welche dann? Sind Ihnen pflegende Söhne oder (Ehe-)partner aus Ihrer Praxis bekannt, die Sie als Burnout gefährdet bezeichnen würden?

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Mit welchen Gefühlen lesen Sie diese Situation? Kennen Sie ähnliche Vorkommnisse? Welche Spannungsfelder können Sie in dieser Familiengeschichte identifizieren? Wie hängen diese miteinander zusammen? Wo ist Ihrer Ansicht nach am dringendsten Entlastung notwendig? Welche Möglichkeiten fallen Ihnen dazu ein?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Welche Erwartungen gibt es in Ihrer Einrichtung oder Organisation in Bezug auf die Verteilung von Rollen in Familien? Erhalten Sie Unterstützung, wenn Ihnen Familiendynamiken auffallen, die Sie für problematisch halten? Fühlen Sie sich den Aufgaben, die in und mit solchen Familiendynamiken auf Sie zukommen, gewachsen?

Geschlechtersensibel werden: Die Familienbeziehungen werden in dieser Situation durch die unterschiedlichen Erkrankungen des älteren Paares stark beansprucht. Aus Forschungen zu Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige ist bekannt, dass insbesondere die hohen Belastungen, die Frauen in dieser Rolle erfahren, ernst zu nehmen sind. Der Selbstanspruch, hier sowohl von der Mutter, diese formuliert ja offen keine Hilfe zu wollen, als scheinbar auch von der Tochter, möglichst ohne Hilfe von außen auszukommen, führt leicht zu Überlastung.

Neben der dringend erforderlichen unmittelbaren Entlastung könnte eine Familienkonferenz die Möglichkeit bieten, nachzufragen, ob zusätzlich zu den im Augenblick involvierten Personen Verwandte, Nachbarn und Nachbarinnen oder Freunde und Freundinnen zur Unterstützung angefragt werden könnten. Im Hinblick auf eine geschlechtergerechtere Verteilung der Sorge- und Pflegearbeiten wäre insbesondere nachzudenken, welche Männer aus dem Umfeld noch in das Pflegearrangement einbezogen werden könnten.

„Eifersucht“

Geschichte: Herr Ager ist hochbetagt und seit 55 Jahren verheiratet, als bei ihm eine Demenz diagnostiziert wird. Er benötigt Hilfe im Alltag, die in erster Linie von der Ehefrau, in zweiter Linie vom Sohn übernommen wird. Die Tochter hält sich, wie auch der im Nachbarhaus lebende Bruder des Mannes, von der Pflegesituati-

on fern. Hilfe von außen wird über mobile Pflege organisiert, da v.a. die tägliche Körperpflege zunehmend schwieriger wird. Der Mann möchte sich weder von seiner Frau noch von seinem Sohn waschen lassen, er wehrt sich vehement und schimpft und schreit und schlägt mit seinem Stock nach ihnen. Auch in anderen Situationen ist er immer wieder sehr unruhig und zeigt aggressives Verhalten.

Sobald die Pflegerinnen kommen, blüht Herr Ager auf. Er lässt sich gerne auf die angebotenen Unterstützungen ein, genießt sichtlich die Zuwendung, die er erfährt und lädt die Pflegenden auf einen Kaffee ein. Den soll dann die Frau oder der Sohn zubereiten und – am besten noch mit einem Stück Kuchen – servieren. Frau Ager, die Zeit Lebens sehr stark in der Partnerschaft mit ihrem Mann verbunden ist, ist durch dieses Verhalten sehr gekränkt. Sie ist sehr eifersüchtig auf die Pflegenden. Dadurch kommt es immer wieder zu Konflikten in der Partnerschaft, der Sohn versucht zu vermitteln.

Genderanalyse: Können Sie sich diese Erzählung in umgekehrten Geschlechterrollen vorstellen? Eine hochbetagte Frau, die die Zuwendung eines männlichen Pflegers genießt? Ihr Ehemann, den das kränkt? Wäre die Situation mit männlichen Pflegenden vorstellbar? Was wäre in dieser Situation anders?

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Sind Ihnen Gefühle der Eifersucht in Pflegebeziehungen bekannt? Wie gehen Sie damit um, wenn Sie Erfahrungen damit

haben? Welche Möglichkeiten gibt es, die Situation so zu gestalten, dass die Ehefrau die Anwesenheit von Pflegenden nicht als Bedrohung erlebt? Wie können weibliche Pflegende auch die Ehefrau unterstützen?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Haben Sie im Team die Möglichkeit, über die Geschlechterkonstellation in der Pflege gemeinsam nachzudenken? Können Sie vom Dienstplan her drauf eingehen?

Geschlechtersensibel werden: Innerfamiliäre Beziehungen sind besonders auch dann von Bedeutung, wenn sich gewohnte Familienkonstellationen durch Demenz verändern. Nicht selten entsteht mit der Übernahme von Pflegeleistungen durch Personen von außerhalb des Familiensystems Eifersucht auf die oder den „Neuen“. Das Gefühl, vernachlässigt zu werden oder zu wenig Aufmerksamkeit zu bekommen, wird als sehr kränkend und als Zurückstufung der eigenen Person erlebt. Daher ist es wichtig, auf diese Kränkung einzugehen und Selbstwert bestärkende Beziehungen anzubieten. Verlustängste in Abhängigkeit von der Paargeschichte sind ernst zu nehmen. Da Frauen und Männer oft geschlechterspezifisch erlernte Verhaltensmuster in Bezug zu Eifersucht zeigen, sind die jeweils unterschiedlichen Formen – Abwehr oder tiefe Traurigkeit, Angst oder Verbote Pflegepersonen ins Haus zu lassen – zunächst als solche zu beobachten und entsprechende, jeweils für eine Situation spezifische Zugangsweisen zu überlegen.

Interkulturelle Beziehungen

Die Bedeutung der Lebenssituationen von Frauen und Männern mit Migrationserfahrung nehmen sowohl in Österreich wie auch in Deutschland zu. Immer mehr Frauen und Männern mit Migrationserfahrung bleiben auch bis ins hohe Alter. Fragen einer kultursensiblen Pflege und Betreuung kommt daher ein steigender Stellenwert zu. Dabei sind zunächst Fragen in Bezug auf Betroffene zu stellen: Wie leben Menschen mit Demenz und Migrationserfahrung? Welche kulturell geprägten Bilder zum Umgang mit Krankheit und mit Demenz im Speziellen sind zu berücksichtigen? Wie sehen Unterstützungsnetzwerke aus? Welche spezifischen Bedürfnisse ergeben sich? Aber auch die Familiensituationen sowie sprachliche und vielleicht religiöse Aspekte sind zu berücksichtigen.

Aus Forschungsarbeiten in Deutschland ist bekannt (Christa Matter, Gudrun Piechotta-Henze 2013), dass bei der Gruppe der Menschen mit Demenz und Migrationserfahrung soziale und migrationsbedingte Barrieren den Zugang zu Regelleistungen des deutschen Gesundheitssystems verhindern. So können mangelnde Sprachkenntnisse, Vorsicht aufgrund ausländerrechtlicher Konsequenzen bei Inanspruchnahme von Sozialleistungen, generelle Distanz zu deutschen Institutionen oder kulturell geprägte Verständnisse von Krankheit und Alter die Risiken von frühzeitiger Pflege-

bedürftigkeit, Verarmung und sozialer Isolation erhöhen (Olivia Dibelius 2013, S. 23). Es kann davon ausgegangen werden, dass in Österreich ähnliche Wirkmechanismen zu beobachten sind.

„Für eine kultursensible Altenpflege“ nennt sich eine Handreichung des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe aus dem Jahr 2002, die auf den unterschiedlichen Ebenen Ansatzpunkte der Öffnung und Sensibilisierung im interkulturellen Dialog aufzeigt. Ähnlich der Kategorie Gender geht es sowohl um die Reflexion individueller und professioneller Zugänge als auch um strukturelle und gesellschaftspolitische Öffnungen und Möglichkeiten der Partizipation. Die Überwindung von Nutzungsbarrieren wird als sozialpolitische Aufgabe diskutiert.

Wie hängt nun Kultursensibilität mit Gender zusammen und was bedeutet dies für einen geschlechtersensiblen Umgang in interkulturellen Betreuungs- und Pflegebeziehungen mit Menschen mit Demenz? Jedenfalls sind Geschlechterverhältnisse kulturell geprägt. Wie Frauen und Männer in anderen Kulturen gesehen werden, welcher Status ihnen zukommt und wie Beziehungen zwischen den Geschlechtern gestaltet werden, hängt sowohl mit der Herkunft als auch mit religiösen Wertvorstellungen zusammen. Ebenso werden Generationenverhältnisse und Familienverhältnisse in verschiedenen Kulturen unterschiedlich bewertet. Das bedeutet, dass zusätzlich zur Sensibilität für die spezifische Lebensgeschichte als Mann oder

Frau der Zusammenhang mit kulturellen Prägungen wahrzunehmen ist.

Ebenso sind Konflikte aufgrund von historischen Verfeindungen zwischen Nationen, auf Basis von Kriegserfahrungen und anderen Gewalterfahrungen, ernst zu nehmen. Diese können auch Betreuungs- und Pflegebeziehungen im professionellen Kontext stark beeinflussen. Gerade bei demenziellen Veränderungen können Frauen und Männer mit Migrationserfahrung in weiter fortgeschrittenen Phasen der Demenz ausschließlich in ihrer Muttersprache kommunizieren. Dies stellt weitere Anforderungen an die Pflege- und Betreuungskontexte. Fremdenfeindlichkeit in alle Richtungen und auch Werthaltungen „alter Nazis“ können gerade auch in Pflegesituationen zu heftigen Auseinandersetzungen führen.

„Wert der Frau und Wert des Mannes“

Geschichte: Eine Pflegenden erzählt: „Das Interkulturelle gewinnt an Bedeutung, das macht auch sehr viel aus. Es kommen immer mehr Personen zu uns, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind. Kulturelle Werte spielen eine wichtige Rolle. So kommt es beispielsweise auch darauf an, wie in unterschiedlichen Kulturen mit Frauen und Männern umgegangen wird: Welchen Stellenwert hat die Frau, welchen Stellenwert hat der Mann? In manchen Kulturen ist es nicht wichtig, dass die Frau eine Ausbildung hat. Aber der Mann muss gut ausgebildet sein. Die

Frau hat die Mutterrolle zu übernehmen und die Familie zu versorgen. Das hat dann auch für die Art der Betreuung und Pflege Bedeutung.“

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Haben Sie in Ihrem Berufsalltag mit Frauen und Männern mit Migrationserfahrung zu tun? Wie können Sie sich mit Ihnen verständigen? Wo gibt es Schwierigkeiten, einander zu verstehen? Wie wird die Familie in die Betreuung und Pflege mit einbezogen? Welchen Stellenwert nehmen hier Frauen ein, welche Männer? Wird es gleichermaßen anerkannt, dass Sie als weibliche oder männliche Betreuungs- oder Pflegekraft in Beziehung treten? Kann professionelle Hilfe angenommen werden? Welche Werte und Regeln sind Ihnen in Bezug auf Geschlechterverhältnisse aufgefallen?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Wenn es sprachliche Verständigungsschwierigkeiten mit Patienten und Patientinnen gibt, können Sie auf die Hilfe einer Übersetzerin, eines Übersetzers zurückgreifen? Gibt es Anleitungen oder Schulungen zum Umgang mit Kulturen, aus denen Bewohner und Bewohnerinnen oder Patienten und Patientinnen häufig kommen? Wie nutzen Sie die kulturelle Vielfalt der Mitarbeitenden in Ihrem Team? Kann diese als eine Ressource im Alltag gesehen werden?

Geschlechtersensibel werden: Welche Rollenbilder Frauen und Männern zugeschrieben werden, ist von Gesellschaft zu

Gesellschaft, von Kultur zu Kultur verschieden. Kulturelle und sozial bestimmte Unterscheidungen zwischen „Frauen“ und „Männern“ werden gebildet. Jede Kultur verfügt über bestimmte Vorstellungen in Bezug auf weibliche und männliche Geschlechterrollen, die im Zuge der Sozialisation verinnerlicht werden. Frauen und Männer, die ihr Land verlassen und in ein anderes, für sie neues, ziehen, treffen auf für sie ungewohnte Werthaltungen und erleben oft auch Isolation oder Diskriminierung. Hinzu kommen Anforderungen an Anpassungsleistungen, die sich mitunter negativ auf das Erleben und die Entwicklung von Krankheit auswirken. Gerade in der professionellen Betreuung und Pflege ist dieses Thema daher von großer Bedeutung und in Hinblick auf einen geschlechtersensiblen Zugang zu erweitern. Das Nicht-Wissen über kulturelle Unterschiede und Wertvorstellungen kann in vielerlei Hinsicht Auswirkungen haben. So reagieren beispielsweise Patientinnen aus anderen Kulturen häufig irritiert, wenn eine männliche Pflegeperson oder ein Arzt für sie zuständig ist, ebenso ist es in manchen Kulturen nicht vorstellbar, dass sich eine Ärztin um einen männlichen Patienten kümmert.

Die Einbindung unterschiedlicher Wertvorstellungen in die professionelle Pflege braucht viel Fingerspitzengefühl und eine entsprechende Sensibilisierung. Diese erfordert zunächst Interesse, Wertschätzung und Anerkennung kultureller, geschlechtlicher und anderer, auf der Zugehörigkeit zu einer bestimmten

sozialen Gruppe basierender Unterschiede. Entsprechendes Wissen über unterschiedliche Kulturen ist dafür notwendig. Diese Anerkennung muss auch einhergehen mit der Bereitschaft, Kultur, Geschlecht und andere soziale Kategorien zu relativieren zugunsten eines verstärkten Hinhörens auf die Bedürfnisse der Einzelperson, die ja nicht deckungsgleich mit Kultur und Geschlechterrollen sind. Denn Menschen sind „nicht einfache Marionetten sozialer Verhaltensmuster, sondern kämpfen vor dem Hintergrund >unentrinnbarer Horizonte< moralischer, sozialer und politischer Bedeutung [wie es eben Kulturen bzw. Geschlechterrollen

darstellen, Anm. d. Verf.] um subjektive Authentizität“ (Yasmin Gunaratnam 2003, S. 160). Wichtig ist daher, dass der zu betreuenden Person weder eigene Genderstereotypen noch kulturelle Vorurteile übergestülpt werden. Ebenso wenig sollte sie auf eine Herkunftskultur festgelegt werden. Es geht vielmehr um ein genaues Hinhören auf und ein Aufnehmen der Bedürfnisse der konkreten betreuten Person. Erst die Kenntnis der eigenen und die Annäherung an „fremde“ Kulturen ermöglichen (Pflege-) Interaktionen, in denen angemessene Haltungen und Verhaltensweisen gelebt werden können.



4 Geschichten aus dem Alltag im Team

Gewünscht: Gemischtgeschlechtliches Team

Die Betreuung und Pflege hochaltriger hilfebedürftiger Menschen und Frauen und Männer mit Demenz ist nach wie vor „Frauensache“. Rund 80% der pflegenden Angehörigen zu Hause sind Frauen, der Frauenanteil der Beschäftigten in Altenbetreuungsinstitutionen in Österreich beträgt 82% und 95% der professionell Pflegenden und Betreuenden zu Hause sind Frauen, Heimhilfen machen mehr als die Hälfte der Beschäftigten aus (ehem. BM f. Frauen und Öffentlicher Dienst 2010, S. 282f).

In den meisten professionellen Teams werden gemischtgeschlechtliche Teams gewünscht. Die sich daraus ergebenden Gruppendynamiken werden als für das Arbeitsklima positiv beschrieben, die Möglichkeiten, einen Mann für die Betreuung und Pflege von Männern „einsetzen“ zu können und die Autorität, die Männer im Verhältnis insbesondere zu aggressiven Patientinnen oder Patienten zugeschrieben wird, werden als Vorteile dargestellt. Konkurrenzverhältnisse in reinen Frauenteamen werden immer wieder als besonders herausfordernd beschrieben und als belastend wahrgenommen. Demgegenüber werden aber auch die

vertrauten und nahen Beziehungen unter Frauen in reinen Frauenteamen als angenehm beschrieben.

„Vielfalt stärkt“

Geschichte: Eine Therapeutin meint: „Ich glaube, dass die Vielfalt eine Gruppe immer stärkt. Allein aus diesem Grund denke ich, ist es sehr sinnvoll, gemischtgeschlechtliche Teams zu haben. Weil einfach die Dinge, die als Problem gesehen werden oder als schwierig, oder auch, wie Aufgaben wahrgenommen und aufgenommen werden und wie Problemlösungen angegangen werden, unterschiedlich sind. Das ist einfach zum Teil ganz interessant. Man kann auch immer ein bisschen voneinander lernen oder sich da aneinander orientieren.“ (sic)

Genderanalyse: In den meisten Betreuungsteams überwiegen zahlenmäßig bei weitem die Frauen: Was würde sich ändern, wenn in einem Team die Männer überwiegen würden?

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Würden Sie diese Ansicht der Therapeutin teilen? Wenn Sie hierzu Erfahrungen haben: Sehen Sie Vorteile in reinen Frauenteamen? Sehen Sie Vorteile in reinen Männerteams? Welche Dynamiken

erleben Sie in gemischtgeschlechtlichen Teams? Wie leicht oder schwer fällt Ihnen die Zusammenarbeit mit Frauen? Mit Männern? Was erwarten Sie von Männern oder Frauen, mit denen Sie zusammenarbeiten? Was kommt Ihnen als erstes in den Sinn, wenn Sie erfahren, dass ein neuer Kollege oder eine neue Kollegin ins Team kommt? Was tragen Sie dazu bei, dass sich der oder die Neue im Team einlebt?

Anregungen zum Nachdenken über

Strukturen: Haben Sie einen Einfluss auf die Geschlechterzusammensetzung Ihres Teams, bzw. der Teams, die Sie leiten? Ist Geschlecht ein Kriterium bei der Einstellung von neuen Mitarbeitenden? Gibt es dazu Richtlinien (z.B. Bei gleicher Qualifikation werden Frauen oder Männer bevorzugt oder Quotenregelungen)?

Geschlechtersensibel werden: Aus der Gruppendynamik ist bekannt, dass sich innerhalb von reinen Frauengruppen und innerhalb von reinen Männergruppen andere Gruppenregeln und Umgangsweisen etablieren als in gemischtgeschlechtlichen Teams. Das kann, je nach Arbeitszusammenhang, Vorteile oder Nachteile mit sich bringen. Vorteile von gemischtgeschlechtlichen Teams können darin liegen, dass es eine Wahl gibt, z.B. bei speziellen Tätigkeiten eine Kollegin oder einen Kollegen um Unterstützung zu bitten, insbesondere wenn Klienten und Klientinnen oder Patienten und Patientinnen das wünschen. Nachteile können darin liegen, dass diese Wahl unverse-

hens mit klassischen Vorstellungen von „richtigen“ Männern und „richtigen“ Frauen verbunden wird.

So kann der Umstand, dass Männer als Pflegende in der Minderzahl sind, dazu führen, dass sie oft in besonderer Weise eingesetzt werden, um in Situationen, wo „richtige“ Männer gefordert sind, zu intervenieren. Das wiederum kann leicht dazu verführen, sie generell als „typische“ Männer im Sinne alter Rollenklischees zu etikettieren: Körperlich stark, Autorität ausstrahlend, an technischen Themen oder speziellen Sportarten interessiert. Geschlechtersensibel sein bedeutet in diesem Zusammenhang auch, wahrzunehmen, was von diesen Zuschreibungen tatsächlich mit dem Selbstbild und den Kompetenzen der männlichen Kollegen übereinstimmt. Möglicherweise können diese Zuschreibungen aber auch helfen, um mit konkreten Herausforderungen zurechtzukommen, die sich aus expliziten oder impliziten Bedürfnissen und Erwartungen von Klientinnen, Klienten oder Patientinnen und Patienten ergeben.

Kommunikation und: Wer macht was?

Kommunikationsstile und die Art und Weise, wie miteinander gesprochen wird, unterliegen immer auch dem in allen Beziehungen wirksamen „Doing Gender“. So erlernen Männer in ihren Rollen eher kürzere, sachlichere Argumentationen, die auch als strukturiert wahrgenommen werden, Frauen eher weiter vernetztes

Denken und argumentieren in Beziehungen und Emotionen. Zuschreibungen wie „Männer machen aus Mücken keine Elefanten“ oder „Frauen können empathischer auf die Gefühle andere eingehen“ gehören damit Alltagserfahrungen vieler Professioneller an und wirken auch im Umgang miteinander.

Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, inwieweit es in der täglichen Arbeit zu geschlechtertypischen Arbeitsteilungen kommt. Häufig ist zu beobachten, dass selbst im Frauenarbeitsbereich Pflege Männer in Leitungspositionen anzutreffen sind. Körperkraft als Argument für bestimmte „tragende“ Tätigkeiten von Männern wird nach wie vor oft eingesetzt, obwohl von anderer Seite ganz klar gesagt wird, dass die derzeitige Technik und das professionelle Geschick alleine ausschlaggebend für die erfolgreiche Bewältigung auch körperlich anstrengender Aufgaben sind. Körpernahe Tätigkeiten werden, das analysiert auch die britische Sozialpolitik- und Soziologieprofessorin Julia Twigg (2006), tendenziell eher von Frauen übernommen, Männer hingegen übernehmen gerne auch organisatorische oder mit technischen Aufgaben verbundene Tätigkeiten.

„Männer mit Männern, Frauen mit Frauen“

Geschichte: Eine Leitungskraft resümiert: „Dass es schon fein ist, dass Männer da sind für die Bewohner. Fürs Team glaube ich auch. Für die Bewohner ist es fein we-

gen der Intimpflege für die Männer (...). Und weil ich denke, Männer reden anders mit Männern. Weil Männer auch etwas anderes auslösen im Gespräch.“

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Was können Sie Ihrer eigenen Erfahrung nach als Frau oder als Mann bei den weiblichen oder männlichen Gepflegten als gleichgeschlechtlichem Gegenüber auslösen? Welche Möglichkeiten, als Frau mit weiblichen Klientinnen oder Patientinnen oder als Mann mit männlichen Klienten oder Patienten zu kommunizieren kennen Sie? Was beobachten Sie konkret an Kollegen und Kolleginnen in Ihrem Team?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Wie flexibel sind Sie in der Gestaltung von Dienstplänen? In der Entscheidung, wie Ihr/e Team/s in Bezug auf Geschlechter zusammengesetzt sind? Wird das in offiziellen Kommunikationen oder Besprechungen zum Thema?

Geschlechtersensibel werden: Der Zugang in der alltäglichen Lebenswelt, männliche und weibliche Geschlechterrollen eindeutig zu unterscheiden, beruht auf einem Geschlechtermodell, das an die körperliche Ebene des somatisch differenzierten Geschlechts anschließt. Daher kann gleichgeschlechtliche Betreuung und Pflege einerseits eine entlastende Wirkung im Team haben, aber es kann auch leicht zu begrifflichen Kurzschlüssen kommen, was z.B. Männer mit Männern und Frauen mit Frauen gemeinsam haben und wo Unterschiede bestehen.

„Männer mit Frauen, Frauen mit Männern“

Geschichte 1: Eine Pflegedienstleitung im Krankenhaus erzählt: „Einer unserer Pfleger ist noch nicht so lange da, so etwa seit zwei Jahren. Klarerweise macht er auch Nachtdienste. Da haben wir Anna Schibowsky als Patientin hier gehabt. Das war keine einfache Frau. In der Nacht hat sie immer wieder aufbegehrt und hat gerufen, manchmal auch geschrien. Er konnte offensichtlich ganz gut mit ihr umgehen und hat auch trotzdem alle anderen Patienten und Patientinnen gut betreut. Das hat er auch als Mann alles gut geschafft. Also ich kann nicht sagen, dass Frauen das besser könnten.“

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Führen Sie sich die Arbeit von männlichen Kollegen vor Augen: Welchen Bildern eines „untypischen Mannes“ wird hier entsprochen? Wie reagieren weibliche Klientinnen bzw. Patientinnen auf diese Männer? Welche weiblichen Kolleginnen agieren Ihrer Einschätzung nach als „untypische Frauen“? Wie reagieren männliche Klienten bzw. Patienten auf diese Frauen? Welche Erwartungen an männliches Verhalten kennen Sie aus Ihrem Alltag, welche Erwartungen an weibliches?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Gibt es Aufgaben in Ihrer Einrichtung, die typischer Weise Männern übertragen werden? Oder Frauen? Sind Leitungsaufgaben in Ihrer Einrichtung typischer Weise eher an ein Geschlecht gebunden als an das andere?

Geschlechtersensibel werden: Um nicht in die Falle konventioneller Vorstellungen von typisch männlichen oder weiblichen Kompetenzen und Verhaltensweisen zu geraten, kann es nützlich sein, verfestigte Bilder im Pflegealltag zu verflüssigen, was die Beurteilung von Frauen und Männern in der Pflege betrifft. Männliche Pfleger scheinen, so zu mindestens in diesem Beispiel, ihre weiblichen Kolleginnen und Vorgesetzten etwa zeitweise in Erstaunen versetzten zu können, was ihre Kompetenzen betrifft, Frauen zu pflegen.

Geschichte 2: Eine weibliche Pflegekraft erzählt: „Spannend find ich meine eigenen Zugangsweisen Frauen und Männern mit Demenz gegenüber. Also die Begegnung oder das Umgehen mit männlichen oder weiblichen demenziell Erkrankten von meiner Seite her. Da ist mir aufgefallen, dass ich selbst sehr wohl Unterschiede mache. Bei demenziell erkrankten Frauen ist meine Körperlichkeit oder das körperliche Begegnen wesentlich spontaner und herzlicher. Ich kann mich an ganz viele Szenen erinnern, wo ich einfach demenziell erkrankte Frauen in den Arm nehme, tröste und sage „Wie geht es dir?“ in einer sehr amikalen, fast mütterlichen Form. Weil die Desorientierung so groß ist und ich einfach das Bedürfnis habe zu behüten und zu sorgen. Bei Männern fällt mir auf, dass ich natürlich auch nachfrage „Wie geht’s?“, aber die Berührungen beschränken sich dann maximal darauf, die Hand zu nehmen und zu halten, aber sicher nicht diese nahe körperliche Begegnung. Ich nehme

eigentlich keinen dementen Mann in den Arm, weil ich den Eindruck habe, dass demenziell erkrankte Männer noch mehr in sich abgeschlossen sind als Frauen. Bei Frauen, ob sie jetzt viel gestrickt haben oder viel gelesen, das ist dann alles nicht mehr so wichtig. Wichtig ist, dass Kontakt gelingt, dass sie nicht alleine ist und dass sie behütet und umsorgt ist. Männer bekommen eher Strukturen zur Sicherheit und Frauen körperliche Zuwendung. Ich meine, es sind beides Formen der Zuwendung, aber da denke ich mir schon, dass ich Unterschiede mache im Umgang.“

Anregungen zum individuellen Nachdenken:

Finden Sie sich in der obigen Geschichte wieder oder handeln Sie ganz anders? Wie finden Ihre Bilder von Frauen und Männern Niederschlag im alltäglichen Handeln? Wie entwickelt sich unversehens Nähe oder Distanz zu Männern oder Frauen mit Demenz? Erinnern Sie sich an eine Pflegesituation, wo besonders auffallend war, dass Ihr Bild von „Frausein“ oder „Mannsein“ nicht entsprochen hat?

Anregung zum Nachdenken über Strukturen: Haben Sie den Eindruck, dass das bewusste Nachdenken über Ähnlichkeiten und Unterschiede im Umgang mit Geschlechtern in Ihrer Einrichtung, in Ihrem Team tabuisiert, begrüßt oder eventuell auch gefördert wird?

Geschlechtersensibel werden: Wenn das Geschlecht aus der Pflege ausgeklammert wird, wird eher ein dichotom verwendeter Begriff gelebt, d.h. Frausein und

Mannsein werden kausal mit verschiedenen Ebenen der Geschlechtlichkeit verknüpft. Pflegende gehen dann in der lebensweltlichen Begegnung automatisch unterschiedlich mit Männern und Frauen um. Das kann im Alltag nie gänzlich ausgeschaltet werden und ist immer wieder auch notwendig. Aber ab und zu ist es gut, darüber nachzudenken: Welche Automatismen stellen sich durch das lebensweltliche Handeln bezogen auf die Kommunikation mit Menschen, die in einem männlichen oder weiblichen Körper stecken, ein?

Geschlechtersensibel werden als kollektiver Prozess

Wie immer wieder deutlich gemacht, sind für die Entwicklung von Geschlechtersensibilität das persönliche Bewusstsein und die eigenen Lebensgeschichten in Bezug auf Geschlechterrollen ganz zentral. Darüber hinaus sind auch soziale Kompetenzen, Gespräche und in Beziehungen entstehende Handlungsoptionen erforderlich. Ein Weg, im Team oder in einer Gruppe höhere Sensibilität im Umgang mit Menschen mit Demenz in Bezug auf Gender zu unterstützen, war Teil des eingangs beschriebenen empirischen Forschungsprojektes. Unterschiedliche interdisziplinäre Teams erklärten sich bereit, an den „Fokusgruppen Gender und Demenz“ teilzunehmen, im Rahmen derer geschlechtertypische aber auch geschlechteruntypische Verhaltensweisen und Situationen erfragt wurden. Der Ab-

lauf einer solchen Fokusgruppe soll daher als eine Möglichkeit, Geschlechtersensibilität zu erhöhen, vorgestellt werden.

„Fokusgruppe Gender und Demenz“

13.00-13.30

- Begrüßung, Vorstellungsrunde
- Hinführung zum Thema Geschlechtersensibilität
- Vertraulichkeit in der Gruppe

13.30-14.15

Denken Sie an Betreuungsgeschichten mit Frauen und Männern mit Demenz:

- Welche Situationen können Sie beschreiben, in denen geschlechterspezifische Themen Bedeutung haben? – Sexualität ist z.B. ein Thema, das immer wieder kommt, kennen Sie noch andere?
- Welche Situationen fallen Ihnen ein, in denen die Person mit Demenz sich ganz „untypisch“ für ihr Geschlecht als Frau oder Mann verhalten hat?

Arbeitsgruppen (3-4 Teilnehmende), die ihre Ergebnisse auf Plakaten festhalten.

14.15-15.00

- Gruppenberichte
- Vertiefende Diskussion
- Abschluss und Ausblick

Soziogramm erstellen

Eine anschauliche Möglichkeit, Beteiligte und ihre Beziehungen zueinander in sozialen Situationen wie Pflegebeziehungen

darzustellen, besteht darin, sie bildlich in Form eines Soziogramms zu beschreiben (vgl. zu diesem und dem nächsten Punkt auch die Ausführungen in Katharina Heimerl, Elisabeth Reitingger, Eva Eggenberger 2011, ursprünglich formuliert von Regine Frey 2007).

In einem ersten Schritt werden alle Personen genannt, die beispielsweise an einer Situation, in der herausforderndes Verhalten einer Frau oder eines Mannes mit Demenz beobachtet wird, direkt oder indirekt beteiligt sind. Mögliche Fragen dafür sind: „Welche Frauen und Männer sind beteiligt? Bewohnerinnen und Bewohner oder Patientinnen und Patienten? Partnerin oder Partner? Andere Verwandte oder Bezugspersonen? Betreuungspersonen? Medizinisches bzw. Pflegepersonal, Leitungspersonen, muttersprachlich Deutschsprachige oder andere? Andere Professionelle?“. Darüber wird zunächst die Beteiligungsstruktur deutlich.

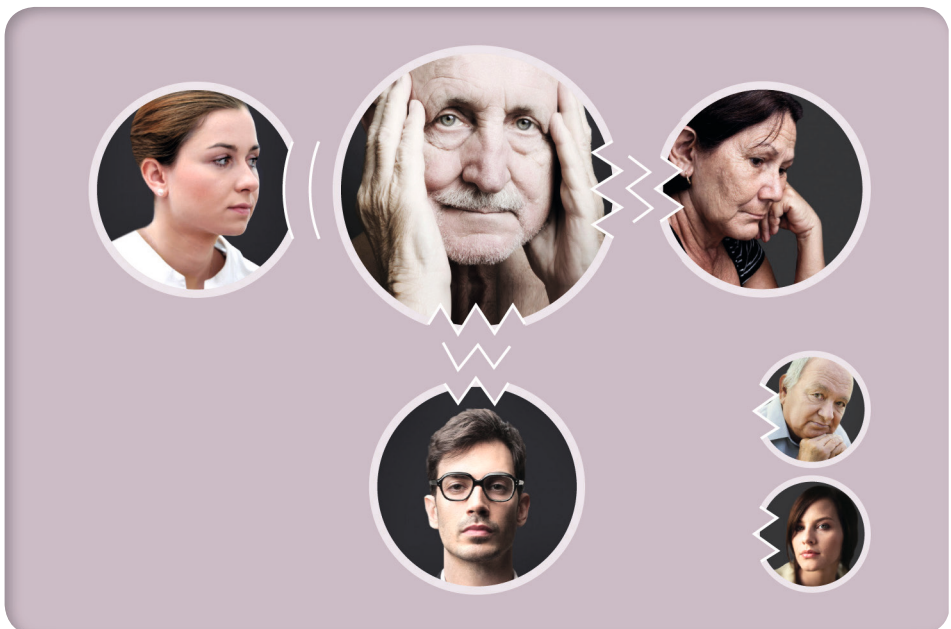
Im zweiten Schritt können Sie die Beziehungen der Beteiligten in Form eines Soziogramms darstellen, in dem jeweils das Geschlecht der Beteiligten und ihre Beziehungen zueinander sichtbar gemacht werden. Beginnen Sie damit, den/die Betroffene/n ins Zentrum zu zeichnen. Vervollständigen Sie das Bild mit allen Personen, die im Laufe der Situation eine Rolle spielen. Zeigen Sie mit Linien, eventuell auch Pfeilen und unterbrochenen Linien (für Richtung der Kontaktaufnahme bzw. Art des Kontakts – durchgezogen

persönlicher Kontakt, unterbrochene Linie telefonischer Kontakt) die Beziehungen. Benennen Sie die Art und Weise, wie in den Beziehungen interagiert wird (zugehend, ablehnend, bestärkend, bewertend, emotional, rational, empathisch, ...).

Die Geschichte von Herrn Ager („Eifersucht“, S. 38), der an Demenz erkrankt ist und dessen Frau und Sohn sich um ihn kümmern und wo Konflikte aufgrund von Eifersucht und Kränkung auftreten, als die professionell Pflegende mit großer Zuneigung und Freude empfangen wird, könnte wie in der unten abgebildeten Grafik aussehen.

Zur weiteren Analyse und Vertiefung der Betrachtungsweisen können Fragen wie diese hilfreich sein:

- Wo sind die Beteiligten aus der Perspektive der professionellen Helferinnen und Helfer positioniert?
- Wie sind die Abstände zwischen den dargestellten Personen? Wo scheint die Distanz zu nah, wo zu weit? Wie viel Raum brauchen die beteiligten Frauen und Männer?
- Welche Attribute fallen Ihnen zu den Beteiligten ein?
- Gibt es Personen, die (noch) nicht sichtbar sind? (Nachbarinnen oder Nachbarn, Freundinnen oder Freunde ...) Könnten diese wichtig sein oder werden?
- Wie mag diese Aufstellung aus dem Blickwinkel der einzelnen Beteiligten wirken?
- Was bedeutet Frausein oder Mannsein in diesem Familiensystem bzw. in diesem Setting? Wie entsteht Attraktivität



oder Nähe in diesem System? Was davon wird ausgesprochen, was wird nur indirekt vermittelt?

- Wie ist die Atmosphäre in diesem (Familien-)system aus Ihrer Perspektive?
- Welche Arten von Gefühlen und Spannungen werden beobachtet, die etwas mit dem Geschlecht der Beteiligten zu tun haben: Liebe, Zuneigung, Eifersucht, Rollenkonflikte?
- Was vermuten Sie: Was müsste sich in diesem System ändern, dass es sich entspannt?
- Von wem in diesem System könnte eine Veränderung ausgehen?
- Was verändert sich dadurch, dass ein ambulanter Dienst oder eine stationäre Einrichtung dazu kommt? Was könnte ein Beitrag der Mitarbeitenden des Systems der Helfenden sein, damit das Familiensystem stabiler und das Arbeiten darin leichter wird?
- Was brauchen Sie als Helfende, um konstruktiv eingreifen zu können?
- Wie ließe sich das vorliegende Bild verändern, damit sich das System verändern kann?
- Gruppieren Sie die Symbole oder Bilder probeweise um und achten Sie darauf, was sich daraufhin an Ihrer Wahrnehmung verändert.

Genderanalyse als Umkehr der Geschlechterverhältnisse

Wie auch die Fragen bei jeder einzelnen Geschichte andeuten, bringt ein gedanklicher Tausch der Geschlechter immer

wieder auch Überraschendes zutage. In der Umkehrung der Geschlechterverhältnisse kann sichtbar gemacht werden, welche Bedeutungen dem jeweiligen Geschlecht zukommen, da sich Geschichten meist anders darstellen oder „anfühlen“, wenn ein – wenn auch nur imaginierter – Geschlechterwechsel stattfindet: Bitte entwickeln Sie ein Gender-Szenario: Wie hätte sich die Geschichte entwickeln können, wären die Frauen Männer und die Männer Frauen? Wenn die Frau mit Demenz ein Mann mit Demenz wäre oder umgekehrt? Wenn der Sohn eine Tochter wäre? Der Pfleger eine Pflegerin oder die Ärztin ein Arzt? Oder auch: Wenn sich die Beteiligten hinsichtlich der Geschlechterverhältnisse und geschlechtsspezifischen Rollenstereotype anders verhalten würden?

Welchen Einfluss hätte dies auf den Verlauf der Betreuungsgeschichte, den Kontakt und die Kommunikation zwischen den Beteiligten, die Situation, den Konflikt, das herausfordernde Verhalten? Über diese Impulsfragen ist es möglich, Geschlecht als relevante Dimension zu erschließen und Geschlechterverhältnisse als Ordnungsstruktur zu thematisieren. Dabei geht es immer auch um die Frage, wie diese Verhältnisse bewertet werden und welchen Einfluss diese Bewertungen auf das unmittelbare Kommunikationsverhalten und -geschehen sowie die Betreuungssituation haben.

5 Spielregeln für eine geschlechtergerechte Organisationskultur

Geschlechtersensibilität erfordert das Beobachten und Nachdenken über eigene Bilder von Männern und Frauen ebenso wie die Verhaltensweisen, die wir tagtäglich in unserem „Doing Gender“ zeigen. Diese auf individueller und auch Gruppenebene möglichen Reflexionsprozesse sind ganz zentral für das eigene Denken, Handeln und Erleben. Darüber hinaus wirken in unserer Gesellschaft, wie eingangs beschrieben, Strukturen, die Geschlechterverhältnisse ordnen. Daher ist es, wenn wir der Frage nach Geschlechtersensibilität nachgehen, ebenso wichtig, einen Blick auf die vorhandenen Institutionen, Organisationen und Strukturen zu richten, innerhalb derer diese – immer wieder auch heiklen und mit Konflikten behafteten – Prozesse möglich sind. Geschlechtergerechte Organisationskulturen stellen dafür wichtige Rahmenbedingungen dar.

Bezug nehmend auf die eingangs formulierten „Gender-Spielregeln“ geht es dabei auch um ein Nachdenken über Gerechtigkeit, also auch Geschlechtergerechtigkeit. Es geht um die Angemessenheit von Handlungen anhand intersubjektiv festgelegter und immer wieder neu festzulegender Spielregeln im Sinne von fair oder unfair („ehrliche Spielregeln“).

Im Hinblick auf mehr Gendergerechtigkeit kann dieses Gestalten und Aushandeln von Spielregeln als Möglichkeit der Reflexion und der Kulturveränderung – auf Ebene der Organisation dann als Veränderung der Organisationskulturen – erachtet werden. Die unterschiedlichen Geschlechterrollen sollten darin Raum erhalten können. Da Gender immer wieder neu durch sprachliche Handlungen und bestimmte Verhaltensweisen hergestellt wird, kann es daher auch verschieden „gespielt“ werden. Die Frage, welche dieser „Spiele“ welche Beteiligten in welcher Hinsicht begünstigen oder benachteiligen, muss innerhalb der Diskussion um Geschlechtergerechtigkeit immer neu diskutiert werden. Welchen Normen unsere Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung unterliegen und welche Werte in bestimmten Situationen Gültigkeit haben, spielt dabei eine zentrale Rolle. Geht es um die Analyse des „Spiels“, kann ferner sowohl das Tun von Frauen und Männern in sozialen Situationen als auch die eigene Wahrnehmung darauf reflektiert werden. Dabei kommen sowohl Geschlechterhierarchien als auch Differenzen innerhalb der Geschlechter in den Blick. Der Fokus richtet sich dann konkret auf bestehende Machtbeziehungen.

Rahmenbedingungen und Strukturen: Arbeitszeit, Karenz und Bezahlung

Für die alltägliche Arbeit im Betreuungs- und Pfllegeteam sind neben den bisher genannten Themen vor allem auch die gegebenen Rahmenbedingungen und Strukturen ausschlaggebend für die Möglichkeit, geschlechtersensibel und auch geschlechtergerecht zu handeln. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören unter anderem die Arbeitszeit, Möglichkeiten in Karenz zu gehen und die Bezahlung. Aufgrund kollektivvertraglicher Vereinbarungen scheint es zunächst ganz klar zu sein, dass Gleichbezahlung in den betreffenden Berufen des Gesundheits- und Sozialbereichs Standard ist. Gleichzeitig sind immer wieder Erzählungen zu hören, in denen männliche Beschäftigte eher nach Gehaltserhöhungen fragen oder einen Job unter einer gewissen Einkommensgrenze erst gar nicht annehmen. In Bezug auf Arbeitszeiten wird die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung von Führungskräften vor allem für Frauen als große Errungenschaft angesehen. Damit wird es möglich, Familie und Beruf zu vereinbaren. Auch die Möglichkeit der Karenz wird dahingehend positiv bewertet. Dass damit strukturell gesehen erhebliche Einbußen in Hinblick auf das gesamte Lebensinkommen und die in Zukunft erwartbaren Pensionen von Frauen einhergehen, wird weniger thematisiert. Vollzeitbeschäftigung wird für Männer eher als „das Nor-

male“ angesehen und wird ihnen auch eher zugetraut und zugestanden.

Diese innerhalb der Organisationen zu beobachtenden Phänomene müssen auch in direktem Zusammenhang mit dem Stellenwert von Pflege in der Gesellschaft insgesamt gesehen werden. Der gerade im Pflegebereich so offensichtliche Effekt der Unterbewertung der Tätigkeit führt dazu, dass geringe Einkommen mit geringem gesellschaftlichem Status gekoppelt werden. Welche Tätigkeiten als bezahlte Arbeiten und welche als unbezahlte gewertet werden, unterliegt einem komplexen, historisch gewachsenen Segregations- und Differenzierungsprozess, der deutliche Gender-Effekte aufweist (z.B. die aktuelle Zeitverwendungsstudie des ehem. BM für Frauen und öffentlicher Dienst 2010). Traditionellerweise werden Haus-, Sorge- und Pflegearbeiten einerseits dem privaten, unbezahlten Sektor an Arbeit zugewiesen, andererseits als „Frauenarbeiten“ deklariert. Geschlechtergerechte Arbeitsteilung ist somit in einem ersten Schritt auch als gesellschaftliche Forderung zu lesen.

Auf Organisationsebene könnten mit Hilfe von diskriminierungsfreien Arbeitszeit-Bewertungssystemen wie z.B. ABAKABA (Analytische Bewertung von Arbeitstätigkeiten nach Christian P. Katz und Christof Baitsch 2006) oder FABA (Faire Bewertung von Arbeit, Oskar Meggeneder und Edeltraud Ranftl 2002). Zeitverwendungen und Bewertungen unterschiedlicher Tätigkeiten innerhalb einer Arbeitsor-

ganisation sichtbar gemacht werden. Emotionale und soziale Arbeit ebenso wie körpernahe Arbeit kann darin den entsprechenden Stellenwert erhalten. Über eine genaue Definition von Fähigkeiten, Tätigkeiten und ihrer Bewertung, die oft auch mit einer Neubewertung einhergeht, kann gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit verhandelt werden.

„Geschlechtergerechte Strukturen“

Geschichte: Eine Führungskraft erzählt: „Es gibt Bemühungen, geschlechtergerecht, altersgerecht und altersgerecht zu sein [...]. Was für den einen gut ist, kann der andere genauso gut brauchen. Daher glaube ich, dass Geschlechtergerechtigkeit schon damit beginnt, nicht grundsätzlich das Geschlecht an sich als ein Argument für oder gegen etwas zu benützen“ und: „Allein von den Strukturen her ist es gendergerecht, wenn man schwanger werden, in Karenz gehen, wiederkommen oder reduzierte Dienstzeiten haben kann.“

Genderanalyse: Bei der Möglichkeit, in Karenz zu gehen, hat die Führungskraft vermutlich an weibliche Mitarbeiterinnen gedacht. Wie würde sich ihre Aussage verändern, wenn sie dabei auch an Männer gedacht hätte? Was hätte das für Konsequenzen?

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Entsprechen diese Vorstellungen von Geschlechtergerechtigkeit dem, was Sie darunter verstehen? Was würde für Sie

Geschlechtergerechtigkeit bedeuten? Woran können Sie diese erkennen? Wie merken Sie, wenn in Ihrem Arbeitsumfeld Ungerechtigkeit aufgrund von Geschlechterzugehörigkeit auftritt?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Wird Geschlecht als Argument für eine Benachteiligung in Ihrer Einrichtung offen ausgesprochen? Welche anderen Wege der Diskriminierung können Sie sich vorstellen oder sind Ihnen in Ihrer Organisation untergekommen? Können in Ihrer Organisation Frauen und Männer in Karenz gehen? Tun sie das auch gleichermaßen? Mit welchen Argumenten? Sind Frauen und Männer in Leitungspositionen gleichermaßen vertreten?

Geschlechtersensibel werden: Für die Entwicklung eines Verständnisses von Geschlechtergerechtigkeit in Organisationen sind viele miteinander in Verbindung stehende Wertsysteme zu berücksichtigen. So gehen grundsätzliche Wertungen von Arbeit, Freizeit und Familie ebenso ein wie die Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit von Leistungen, wie Produktions- und Reproduktionsarbeiten. Koppelungen von Einkommen und Geschlecht verunmöglichen vielfach die Vereinbarkeit von Beruf und Karenz bei Männern. Unterschiede in den Begriffen von Gleichbehandlung, Gleichstellung und Chancengleichheit sind zu verstehen und im Kontext der eigenen Organisation zu untersuchen. Ungerechtigkeit wird oftmals als individuelle Befindlichkeit erlebt und weniger

als strukturell bedingt eingestuft. Die immer wieder unhinterfragte Dominanz von „männlichen Normalbiografien“ lässt die Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenszusammenhänge und sich daraus ergebender Bedürfnisse oftmals strukturell unmöglich erscheinen.

Räume und Wege

Baulich-räumliche Gegebenheiten rahmen Arbeitsbedingungen für Frauen und Männer und das Leben der Menschen mit Demenz, wenn es sich um institutionelle Versorgungskontexte handelt. Fragen in Bezug auf die Größe, Ausstattung und Gestaltung der Räume mit Blick auf die Gruppen, die diese Räume verwenden, können aufschlussreich auch mit Blick auf Geschlechtersensibilität sein. In manchen institutionellen Kontexten ist aufgrund von Mehrbettzimmern nicht einmal ein bestimmtes Maß an Intimität für die Betreuung und Pflege der dort lebenden Frauen und Männer möglich. Dies ist insbesondere in Intimpflegesituationen unangenehm und kann auch bei Professionellen zu Scham und Peinlichkeitsgefühlen führen.

Mitarbeitende in Institutionen werden oft als asexuelle Wesen angesehen. Schon in den Ausbildungen innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen werden hier Situationen geschaffen, in denen ein Umziehen in Anwesenheit Angehöriger des anderen Geschlechts gefordert und als normal angesehen wird. In der professionellen Betreuung und Pflege zu

Hause kommt hinzu, dass die Wohnorte der Betroffenen und ihrer Familie zum Dienstort werden. Dieser Besuch an sehr privaten Orten und die damit verbundenen bestehenden Verwendungen von Räumen rahmen die Tätigkeit und immer wieder auch die Handlungsspielräume.

„Raumaufteilung“

Geschichte: Eine Pflegedienstleitung in einem Akutkrankenhaus schildert die räumliche Situation ihres Teams folgendermaßen: „Also bei uns ist das alles sehr gut geregelt. Zum einen gibt es Umkleieräume für Frauen und Umkleieräume für Männer, das ist bei uns selbstverständlich. Ich weiß, dass das nicht überall so ist, auch wenn es baurechtlich so Vorschrift ist. Die Pausenräume sind natürlich für alle gleichermaßen zugänglich. Da gibt es dann aber eher die Gruppe der Raucher und Raucherinnen, die nach draußen gehen müssen. Und die Küche. Die ist mittags mehr von den Frauen besucht, da wird auch immer wieder eine Kleinigkeit zubereitet, das machen die Männer weniger. Die kommen dann später wieder zum Kaffee trinken dazu. Und im Nachtdienst treffen sich auch alle immer wieder in der Küche.“

Anregungen zum individuellen Nachdenken: Welche Bedeutung kommt in Ihrem Arbeitsalltag der baulich-räumlichen Gestaltung ihres Arbeitsplatzes zu? Spielen Wege eine große Rolle? Ist es für Sie vorstellbar, gemeinsam mit Frauen und Männern Ihre Dienstgarderobe zu teilen?

Wo halten Sie sich am liebsten auf? Wo halten Sie sich am meisten auf?

Anregung zum Nachdenken über

Strukturen: Wie sind Räume in Ihrer Organisation angeordnet? Welche können wie genutzt werden? Gibt es Räume, die eher von Frauen genutzt werden oder welche, die eher von Männern genutzt werden? Gibt es dazu Vorschriften?

Geschlechtersensibel werden: Auch wenn bestehende Bauordnungen getrenntgeschlechtliche Dienstgarderoben fordern, entstehen in Übergangssitua-

tionen immer wieder Notsituationen, die durch Improvisation der Beteiligten erträglich gestaltet werden können. Das Bewusstsein von Seiten der Organisation, dass ein geschlechtersensibler Umgang mit Mitarbeitenden Voraussetzung für einen geschlechtersensiblen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, Klientinnen und Klienten oder Patientinnen und Patientinnen ist, ist oftmals gering ausgeprägt. Verantwortliche Leitungskräfte aber auch entsprechende stützende gesellschaftliche Rahmenbedingungen wären hier gefragt, entsprechende Strukturen zu schaffen.

Gender Mainstreaming

In den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wurde die geschlechtergerechte Verteilung der Lebenschancen auf Frauen und Männer als eine wesentliche soziale Grundfrage für das gesellschaftliche Zusammenleben erkannt. Darüber hinaus wurde in zahlreichen Forschungsarbeiten die Bedeutung von Organisationen und Institutionen in der (Re-)Produktion von Geschlechterverhältnissen deutlich. Das Konzept von „Gender Mainstreaming“ bietet eine Vorgehensweise, um Geschlechterverhältnisse in Organisationen und Institutionen zu analysieren und in Richtung höherer Geschlechtergerechtigkeit zu verändern.

„Gender Mainstreaming“ wurde im Amsterdamer Vertrag rechtlich ver-

ankert. Mit dem Inkrafttreten im Jahr 1999 bekam auch die Geschlechterfrage in der Europäischen Union eine neue politische und gesetzliche Relevanz. Gender Mainstreaming besteht „in der (Re-)Organisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluierung politischer Prozesse mit dem Ziel, eine geschlechterbezogene Sichtweise in alle politischen Konzepte auf allen Ebenen und in allen Phasen durch alle politischen Entscheidungen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzubeziehen“ (Europarat Straßburg 1998).

„Gender Mainstreaming“ ist zunächst ein Prinzip, das in erster Linie staatliche Stellen zu Gleichstellungsprozessen verpflichtet. Auch Österreich hat sich als Mitgliedsstaat der EU mit den Ministerratsbeschlüssen vom 11.7.2000,

vom 3.4.2002 und vom 9.3.2004 dazu verpflichtet, „Gender Mainstreaming“ umzusetzen (Nadja Bergmann und Irene Pimminger 2004, 15f). Darüber hinaus wurde es jedoch auch als allgemein gesellschaftliches Prinzip formuliert, das allmählich in allen Bereichen und Institutionen Anwendung finden soll.

Gender Mainstreaming in einer Organisation umsetzen bedeutet in alle Strategien, Aufgaben und Handlungen die Geschlechterperspektive bewusst zu integrieren und Geschlechtergerechtigkeit anzustreben (Regina Frey 2009). Ziel dieser Integration ist die Gleichstellung von Frauen und Männern in einer Organisation zu fördern. Das beinhaltet z.B. dass Frauen und Männer gleiche Chancen haben, an bestimmten Aufgaben und Aktivitäten oder Funktionen teil zu haben oder dass für Frauen und Männer ähnlich gute Ressourcenausstattungen vorhanden sind. Chancengleichheit bedeutet, die gleichen Möglichkeiten zu haben, zu partizipieren, im Gegensatz zu Gleichbehandlung, die Ungleichheiten verstärken kann.

Voraussetzung für Gender Mainstreaming ist Gender-Kompetenz, die als Schlüsselqualifikation von Führungskräften angesehen werden kann. Sie umfasst

- Wissen um die gesellschaftliche Konstruktion von Ungleichheitsver-

hältnissen in Bezug auf soziale Kategorien wie Geschlecht, Ethnie, Alter, Krankheit oder sexuelle Orientierung.

- Bewusst werden der eigenen Werte und Einstellungen und das Erkennen von Diskriminierungsstrukturen.
- Eine Positionierung sowie entsprechende Handlungen auf Basis dieser Positionierung.

Für Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens wie Krankenhäuser, Pflegeheime und auch Einrichtungen der mobilen Betreuung und Pflege zu Hause sind diese Vorgaben, da wo es sich um öffentliche Einrichtungen handelt, rechtlich verpflichtend. In von Wohlfahrtsverbänden organisierten, oftmals als Non-profit Organisationen arbeitenden Einrichtungen legt der meist durch öffentliche Gelder mitfinanzierte Betrieb nahe, Gender Mainstreaming als relevantes Konzept auch für sie anzuwenden. Die „Institution Familie“ kann über Maßnahmen des Gender Mainstreamings, das durch Organisationsentwicklungsprozesse umgesetzt wird, nur indirekt erreicht werden. Geschlechtersensible Interventionen sind hier beispielsweise über Familienkonferenzen, die im Rahmen von Pflegeplanungen stattfinden können, möglich.

Gender Budgeting und Indikatoren

Gender Budgeting als Instrument des Gender Mainstreamings dient dazu, Geld- und Ressourcenverteilungen innerhalb bestimmter sozialer Einheiten zu analysieren. So kann beispielsweise auf Landesebene deutlich gemacht werden, für welche Bereiche welche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und wer, welche Frauen, welche Männer, davon profitieren. Prioritätensetzungen in den Ausgaben können transparent gemacht werden. Gender Budgeting verfolgt folgende Ziele:

- Geschlechterspezifische Nutzenanalyse: Welche Ausgaben dienen wem? Wer – welche Frauen, welche Männer – haben welchen Nutzen?
- Geschlechterdifferenzierte Analyse der Ausgabenstrukturen: Wie sehen Strukturen und kumulierte Ausgaben aus und ergeben sich auf Basis von geschlechterdifferenzierter Sichtweise strukturelle Bevorzugungen oder Benachteiligungen?
- Analyse des Einflusses der Zeitbudgets von Frauen und Männern.

Die Bedeutung von Indikatoren im Rahmen von Gender Mainstreaming ist immer vor dem Hintergrund der verfolgten Zielsetzungen, der verwendeten Geschlechterkonzepte und Gleichstellungs- oder Gerechtigkeitsvorstellungen

zu verstehen. Indikatoren werden daher hier verstanden als „Maßzahlen, die nicht oder nur sehr schwer messbare Tatbestände oder Prozesse anzeigen. Sie dienen dazu, Beobachtungen zu klassifizieren“ (Andrea Leitner, Christa Walenta 2007, S. 15). Diesem Verständnis entsprechend gibt es je nach Funktionen und Anforderungen unterschiedliche Indikatorentypen, die nach folgenden Dimensionen differenziert werden können:

- „Nach dem Messniveau ihrer Skalen: Quantitative oder qualitative Indikatoren
- Nach dem Analysegegenstand: Bestandsindikatoren oder Prozessindikatoren
- Für die Bewertung von Projekten und Programmen
- Input-Indikatoren (eingesetzte Ressourcen, Personal, Technik)
- Output-Indikatoren (unmittelbare und konkrete Ergebnisse)
- Outcome-Indikatoren (Nutzen bzw. Resultat, im Hinblick auf eine Zielerreichung) und
- Impact-Indikatoren (längerfristige Konsequenzen und dauerhafte Veränderungen)“

(Andrea Leitner, Christa Walenta 2007, S. 15f).

Für die Unterstützung der Beobachtung einer geschlechtergerechten Organisationskultur in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems können

beispielhaft folgende qualitative und quantitative Indikatoren formuliert werden, die jedoch immer vor den jeweiligen kontextspezifischen Organisationskulturen zu reflektieren sind:

a. Qualitative Indikatoren

- Geschlechtergerechter Sprachgebrauch: Wie wird von Bewohnerinnen und Bewohnern, Patientinnen und Patienten oder auch Mitarbeitenden gesprochen? Wie werden offizielle Dokumente, Werbematerial oder Internetauftritte gestaltet?
- Qualifikationen der bestehenden Mitarbeitenden: Welchen Berufsgruppen gehören Frauen an? Welchen Berufsgruppen gehören Männer an? Über welche Qualifikationen verfügen Frauen, über welche Männer?
- Zusammensetzung der Entscheidungsgremien bei Behandlungsentscheidungen: Welche Frauen, welche Männer sind beteiligt?
- Zusammensetzung der Entscheidungsgremien bei Leitungsentscheidungen: Welche Frauen, welche Männer sind beteiligt?

Tätigkeiten und Aufgaben: Welche Tätigkeiten und Aufgaben übernehmen Frauen, welche Männer?

b. Quantitative Indikatoren

- Einkommen der Mitarbeitenden nach Geschlecht
- Raum in m², der Frauen und Män-

nern zur Verfügung steht (Menschen mit Demenz, Mitarbeitende nach Geschlecht und Berufsgruppe, Leitungskräften, Therapeutinnen und Therapeuten, ...)

- Verteilung von Vollzeitarbeitsplätzen und Teilzeitarbeitsplätzen nach Geschlechtern
- Anzahl der Mitarbeitenden Frauen und Männer in unterschiedlichen Berufsgruppen und hierarchischen Positionen

Diese Indikatoren sind als mögliche Beispiele zu verstehen und zeigen auf, in welchen Bereichen es zu Ungleichstellungen und Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts kommen kann, auch wenn diese so nicht beabsichtigt sind. Über das transparent und auch messbar Machen gerade der impliziten, oftmals nicht benennbaren Entscheidungshintergründe können bestehende Ungleichgewichte sichtbar gemacht werden. Wie mit den dadurch auch deutlicher werdenden Spannungen und Widersprüchen gut umgegangen werden kann, ist immer wieder auch eine Frage der Organisationsethik als „transparente Form der ethischen Kommunikation, weil sie öffentlich und nachvollziehbar zu gestalten ist und nie aufhört“

(Thomas Kroboth und Andreas Heller 2010, S. 67).

6 Literatur

Appelt, Erna; Heidegger, Maria; Preglau, Max; Wolf, Maria A. (2010)(Hrsg.):

Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechtskritische Perspektive. Studien Verlag: Innsbruck

Atria, Moira; Strohmeier, Dagmar; Spiel, Christiane (2006): *Der Einsatz von Vignetten in der Programm-Evaluation – Beispiele aus dem Anwendungsfeld >Gewalt in der Schule<.* In: Flick, Uwe (Hrsg.): *Qualitative Evaluationsforschung.* Rororo: Reinbek, S. 233-249

Backes, Gertrud (2007): *Geschlechter – Lebenslagen – Altern.* In: Pasero, Ursula; Backes, Gertrud; Schroeter, Klaus (Hrsg.): *Altern in Gesellschaft. Ageing – Diversity – Inclusion.* VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 151-183

Backes, Gertrud; Clemens, Wolfgang (2008): *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung.* 3. Auflage. Juventa: Weinheim

Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina (2007): *Die späte Familie: Intergenerationenbeziehungen im hohen Lebensalter.* Psychosozial-Verlag: Gießen

Bergmann, Nadja; Pimminger, Irene (2004): *PraxisHandbuch Gender Mainstreaming.* Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, Wien

Beyer, Sigrid; Reitingner, Elisabeth (2012): *Gender und Demenz.* In: Hospiz Österreich (Hg.): *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim.* Hospizverlag: Ludwigsburg, S. 159-164

BMASK (2011): *Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich.* Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Wien

BM f. Frauen und Öffentlicher Dienst (2010) (Hg.): *Frauenbericht 2010. Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008.* Gesamtkoordination und Reaktion: Sieglinde Stockinger. Wien

Dibelius, Oivia (2013): *Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen.* In: Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (Hrsg.): *Doppelt verlassen?: Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz.* Schibri-Verlag: Berlin, S. 22-31

diestandard (23.1.2013): *Nepal führt Drittes Geschlecht in Dokumenten ein,* 23. Jänner 2013, 17:30. Abgerufen am 31.1.2013

Ellet, William C. (2007): *The Case Study Handbook: How to Read, Discuss, and Write Persuasively about Cases.* Harvard Business Review Press: Harvard

Europarat (1998): *Gender Mainstreaming. Konzeptioneller Rahmen, Methodologie und Beschreibung bewährter Praktiken.* Straßburg

Feil, Naomi (2010): *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen.* 6. Aufl., Ernst Reinhardt: München

Frey, Regina (2007): *Dokumentation zum Workshop der Gender-Evaluation.* Wien – Berlin

Frey, Regina (2009): *Geschlechtergerechtigkeit – Gender Mainstreaming.* Beitrag für die Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online – EEO. <http://www.erzwissonline.de/>

Frühwald, Thomas (2012): *Ethik in der Geriatrie.* In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2012/6: S. 545-557

Geiger, Arno (2012): *Der alte König in seinem Exil.* Hanser Verlag: Berlin

Gleichweit, Sonja; Rossa, Martina (2009): *Erster österreichischer Demenzbericht.* Wiener Gebietskrankenkasse, Competence Center Integrierte Versorgung: Wien

Gronemeyer, Reimer (2013): *Das 4. Lebensalter: Demenz ist keine Krankheit.* Pattloch: München

Gröning, Katharina; Kunstmann, Anne-Christin (2008): *Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten.* In: Bauer, Annemarie;

Gröning, Katharina (Hrsg.): *Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel.* Mabuse-Verlag: Frankfurt a. Main, S. 17-44

Gröning, Katharina; Kunstmann, Anne-Christin; Rensing, Elisabeth; Röwekamp, Bianca (Hg.) (2004): *Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen.* Mabuse: Frankfurt

Gunaratnam, Yasmin (2003): *Kultur ist nicht alles. Eine Kritik der Multikulturalität in der Palliative Care.* In: Heller, Birgit (Hg.): *Aller Einkehr ist der Tod. Interreligiöse Zugänge zu Sterben, Tod und Trauer,* Lambertus: Freiburg im Breisgau, S. 145-169

Hagemann-White, Carol (1993): *Die Konstrukteure des Geschlechts auf frischer Tat ertappen?* In: *Feministische Studien.* Weinheim, Nr. 2, S. 69-78

Heimerl, Katharina (2012): *Menschen mit Demenz haben uns etwas Wichtiges zu lehren.* In: Gröning, Katharina; Heimerl, Katharina: *Menschen mit Demenz in der Familie. Ethische Prinzipien im täglichen Umgang.* Wiener Vorlesungen, Picus: Wien, S. 41-61

Heimerl, Katharina; Reitingner, Elisabeth; Eggenberger, Eva (2011): *Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur personenzentrierten und gendersensiblen Kommunikation mit Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen.* Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Heller, Andreas; Heimerl, Katharina; Husebø, Stein (2007) (Hrsg.): *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun.* 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heller, Andreas; Schuchter, Patrick (2013): *Sorgeethik. Die Hospizidee als kritische Differenz im Gesundheitsmarkt.* In Druck

Hofmann, Werner (2012): *Leitliniengerechte Diagnose des Demenzsyndroms.* In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* Volume 45, Issue 4, pp 341-351

Katz, Christian; Baitsch, Christof (2006): *Arbeit bewerten – Personal beurteilen.* Lohnsysteme mit Abakaba. Grundlagen, Anwendung, Praxisbeispiele. vdf Hochschulverlag: Zürich

Kitwood, Tom (2004): *Demenz. 3., erweiterte Auflage.* Verlag Hans Huber: Bern

Kitwood, Tom (2008): *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen.* Verlag Hans Huber: Bern

Klie, Thomas (2002): *Wohngruppen für Menschen mit Demenz.* Vincentz Network: Hannover

Klie, Thomas (2011): *Demenz und der „Wert des Lebens“.* In: *demenz, das Magazin*, 08, S. 32

Kojer, Marina (2011a): *Das Recht auf kommunikative Grundversorgung.* In:

Kojer, Marina; Schmidl, Martina (Hrsg.): *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Behandlung unheilbar dementer Menschen.* Springer: Wien, S. 201-212

Kojer, Marina (2011b): *Kommunikation – Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie.* In: Kojer, Marina; Schmidl, Martina (Hrsg.): *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Behandlung unheilbar dementer Menschen.* Springer: Wien, S. 11-20

Kojer, Marina; Heimerl, Katharina (2009): *Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO Definition von Palliative Care.* In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 10, S. 154-161

Kojer, Marina; Schmidl, Martina (2011) (Hrsg.): *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Behandlung unheilbar dementer Menschen.* Springer: Wien

Konsensusstatement (2010): „*Demenz 2010*“ der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft. In: *Neuropsychiatrie*, Band 24, Nr. 2/2010, S. 67–87

Krobath, Thomas; Heller, Andreas (2010): *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik.* Lambertus: Freiburg im Breisgau

Kruse, Andreas (2010): *Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorie der Lebensqualität demenz-*

kranker Menschen. In: Kruse, Andreas (Hg.): *Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter*. Akademische Verlagsgesellschaft: Heidelberg, S. 3-25

Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2002): *„Für eine kultursensible Altenpflege“ Handreichung*. Berlin

Lambrecht, Petra; Bracker, Maren (1992): *Die Pflegebereitschaft von Männern*. 50 Jahre kann man nicht einfach beiseite schieben, ASG-Veröffentlichungen Nr. 20: Kassel

Langehennig, Manfred (2010): *In der Angehörigenpflege ein richtiger „Mann“ bleiben – Anmerkungen zur genderkonstruierten Angehörigenpflege*. In: Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (Hrsg.): *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe*. Mabuse: Frankfurt am Main, S. 197-210

Lehner, Erich (2004): *„Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“*. *Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder*. In: Altgeld, Thomas (Hg.): *Männergesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim: München, S. 49–63

Leitner, Andrea; Walenta, Christa (2007): *Gleichstellungsindikatoren im Gender Mainstreaming, Indikatoren*. In: *Equal Entwicklungspartnerschaft qegm* (Hg.): *Qualitätsentwicklung Gender Mainstreaming*, Band 5, Wien: S. 11-56

Lindesay, James; Skea, Derek (1997): *Gender and interactions between care staff and elderly nursing home residents with dementia*. In: *International journal of geriatric psychiatry*, 12, 3, pp. 344-348

Lorber, Judith (2003): *Gender-Paradoxien*. *„Die Nacht zu seinem Tag“: Die soziale Konstruktion von Gender*. In: Lens, Ilse; Mae, Michiko; Metz-Göckel, Sigrid; Müller, Ursula; Oechsle, Mechthild; Steinhilbers, Marlene (2003) (Hrsg.): *Reihe Geschlecht und Gesellschaft*. Leske und Budrich: Opladen, Band 15. S. 55-83

Matter, Christa; Piechotta-Henze, Gudrun (2013) (Hrsg.): *Doppelt verlassen?: Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz*. Schibri-Verlag: Berlin

Meggeneder, Oskar; Ranftl, Edeltraud (2002): *Lohnstandards als fair pay*. In: Ranftl, Edeltraud (Hrsg.): *Gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit*. *Praktische Beispiele diskriminierungsfreier analytischer Arbeitsbewertung*. München und Mering, Seite 83-120

Pfabigan, Doris (2011): *Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege*. In: *Lebenswelt Heim* 49/2011, S. 30-31

Pleschberger, Sabine (2005): *Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen*. Lambertus: Freiburg im Breisgau

Pochobradsky, Elisabeth; Bergmann, Franz; Nemeth, Claudia; Preninger, Barbara (2008): *Betreuungsangebote für*

dementiell erkrankte Menschen – Demenzhandbuch. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien

Reitinger, Elisabeth; Beyer, Sigrid (2010) (Hrsg.): *Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe.* Mabuse: Frankfurt am Main

Rosentreter, Sophie (2012): „Komm her, wo soll ich hin?“ *Warum alte und demenzkranke Menschen in die Mitte unserer Gesellschaft gehören.* Westend: Frankfurt

Small, Neil; Froggatt, Katherine; Downs, Murna (2007): *Living and dying with dementia. Dialogues about palliative care.* Oxford: Oxford University Press

Sramek, Gunvor (2011): *Recht auf Sexualität. Beispiele aus der Praxis.* In: Kojer, Marina; Schmidl, Martina (Hrsg.): *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen.* Springer: Wien, S. 242-263

Tadd, Win; Hillman, Alex; Calnan, Sian; Calnan, Michael; Bayer, Tony; Read, Simon (2011): *Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts.* Queen's Printer and Controller of HMSO: Secretary of State for Health, UK

Twigg, Julia (2006): *The body in Health and Social Care.* Palgrave Macmillan: Hampshire

Wadenpohl, Sabine (2008): *Demenz und Partnerschaft.* Lambertus: Freiburg im Breisgau

Weissenberger-Leduc, Monique; Weiberg, Anja (2011): *Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege.* Springer: New York, Wien

West, Candance; Zimmermann, Don H. (1987): *Doing Gender.* In: *Gender & Society*, 2,1, p 125-151

www.aau.at/pallorg

www.bmgf.gv.at

Demenz ist eine Erkrankung, zu deren Symptomen oft der Verlust der für menschliches Zusammenleben und für soziale Beziehungen essentiellen verbalen Kommunikationsfähigkeit gehört. Ein achtsamer und gendersensibler Umgang basierend auf person-zentrierten Kommunikationsmethoden, der die dementiell Erkrankten als einzigartige Personen mit eigener Lebensgeschichte würdigt, schafft eine neue Kultur des bewussteren Miteinanders. Die Broschüre bietet wichtige Hinweise und Empfehlungen zur Verbesserung der Lebensqualität der Betreuten sowie für eine verringerte Belastung der betreuenden Berufsgruppen.