Pflege Professionell

Die Open Source Fachzeitschrift für den Gesundheitsbereich Sonderausgabe

29. / 30. April 2021

Konferenz | Wien

businesscircle.at/pflege

BUSINESS circle

Österreichs exklusiver Treffpunkt für Führungskräfte der Akut-, Langzeit- und mobilen Pflege

Pflege-Management Forum 2021

- Bildung und Berufspolitik: nationale und internationale Strategien
- Robotik und virtuelle Realität in der Pflege
- Generationen & Pandemie: Neueste Forschungsstudien und die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Moderation: Markus Golla, IMC FH Krems

THEMENAUSGABE

05 Gewaltschutz im Gesundheitswesen
Dr. MIchael Halmich LL.M.

17 Tabutäter
Carmen Mayer

25 Wenn Sexualität zum Problem wird
Natalie Damjani

29 Sexualisierte Gewalt gegen Frauen
Mag.a Sabine Ruppert

37 Sexualität im Pflegealltag
Kerstin Illichmann MA, BSc

41 Hinweise zum Umgang mit „sexuell belästigenden“ Demenzkranken in der Langzeitpflege
Dr. Dr. Herbert Mück

45 Alt sein ist keine Sünde Können wir Alter und Sexualität akzeptieren?
Gunvor Sramek

49 Sich als Frau und Mann fühlen – Umgang mit Sexualität in Pflegesituationen
Karoline Schermann, BScN MScN
Priv.-Doz.in Dipl.-PGWin Dr.in Daniela Deufert

53 Ausdruck von Individualität - Sexualität und Kleidung in der Pflege
Christoph Müller
Thomas Holtbernd

63 Gendersensibilität in Palliative und Dementia Care
Katharina Heimerl
Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl
Assoz. Prof.in Dr.in Elisabeth Reitinger

71 Weitere Leser*innenbriefe

IMPRESSUM

Medieninhaber
Markus Golla, BScN
Aspangweg 73
3433 Königstetten
golla@pflege-professionell.at
ATU62723645

Herausgeber
Markus Golla, BScN

Redaktion
Pflege Professionell
Aspangweg 73
3433 Königstetten

Lektorat
Markus Golla BScN & Mag. Katrin Schützenauer

Grafik, Layout, Fotoredaktion & Produktion
Markus Golla, BScN

Webseite & kostenfreies PDF Abo
www.pflege-professionell.at

Printausgabe
bestellbar über www.pflege-professionell.at

Druckerei der Printausgabe
Facultas Verlags- und Buchhandels AG,
Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Kontakt
office@pflege-professionell.at
0043/6764908676

Titelbild (C) VadimGuzhva
(C) 2020Markus Golla, BScN, MScN

Alle Artikel sind Eigentum der AutorInnen, für deren Inhalte sie auch selbst die Haftung übernehmen. Alle Fotos gehören urheberrechtlich den FotografInnen. Eine Vervielfältigung besagter Güter ist nur mit schriftlicher Genehmigung gestattet.

PDF Version: ISSN 2517-9780
Printversion: ISSN 2518-0258

IN VORARLBERG AKZENTE SETZEN...

Sie wollen für eine qualitative Versorgung in Vorarlberg sorgen?

Sie bringen die fachliche Expertise mit, um Pflegemaßnahmen qualitativ entsprechend zu bewerten und zu begleiten. Sie unterstützen andere Berufsprofessionen in der Betreuung von Menschen zu Hause und fürchten sich nicht ein ganzes Bundesland zu koordinieren.

Sie wollen also hoch hinaus?

Dann sind Sie bei uns richtig!

Bewerben Sie sich jetzt unter
k.hamminger@pflegegruppe.at

PFLEGEGRUPPE

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir wollten in dieser Ausgabe einen kleinen Artikel über sexuelle Belästigung in der Pflege schreiben und haben hierfür in den sozialen Medien aufgefordert, uns Geschichten zu schicken. Es kam eine Menge Einsendungen und so entschlossen wir uns eine eigene Sonderausgabe über „Sexuelle Belästigung & Sexualität in der Pflege“ zu generieren.

Sexuelle Belästigung, ein Tabuthema das oft totgeschwiegen oder bagatellisiert wird und ist leider in einer männerdominierten Welt Gewohnheit. Es gibt natürlich auch Belästigungen die von Frauen ausgehen, doch dadurch soll es nicht herabgespielt werden: Das Problem ist primär männlich.

Dabei ist die Gesetzeslage in vielen Fällen eindeutig. Doch ist setzt man sich zur Wehr, wird die Situation heruntergespielt oder sogar belächtelt. Dies ist und bleibt ein No-Go und ist für uns als Magazin ein Grund, diese Ausgabe unter die Leute zu bringen.

Sexualität ist aber generell ein schwieriges Thema, natürlich auch für die Gesundheits- und Krankenpflege. Die eigene Sexualität und Erziehung steht trotz allem im Vordergrund. Auch wenn wir uns professionell geben, so sehen wir oft unbewusst Sexualität oder andere (Aus)Lebensweisen als befremdend an. Wie ist das mit der Sexualität von alten Menschen? Ist eine sexuell anzügliche Aktion von einem Menschen mit Demenz eine sexuelle Belästigung oder wegen der situativen Desorientierung eine verschmerzbare Situation?

*Diesen Themen wollten wir uns in dieser Ausgabe widmen und haben hierzu die unterschiedlichsten Autor*innen angefragt. Selbst hier war es gar nicht so leicht genügend schreibende Personen zu finden. All diese Themen scheinen trotz ihrer „Normalität“ Tabuthemen zu sein. Vielleicht wird es irgendwann eine zweite Sonderausgabe geben. Wir bleiben weiterhin am Thema dran..*

Markus Golla, BScN MScN

Markus Golla
Redakteur

QR-Code / Link zu
www.pflege-professionell.at

Leser*innenbrief

Eines Morgens, als ich bei dem pflegebedürftigen Mann im Bett die Intimpflege durchführte, griff er mir auf einmal in meinen Zopf und versuchte meinen Kopf zu seinem Genital zu drücken. Er sagte: „Nimm ihn in den Mund, du Luder.“ Ich reagierte geschockt und versuchte mich aus dem Griff zu winden, dabei zog er mich an den Haaren. Er sagte: „Stell dich nicht so an, meine Frau ist nicht da.“ Ich bin erschüttert aus dem Raum gegangen. Aufgrund dessen, dass ich die einzige Pflegefachkraft war und bei diesem Mann ein Verbandwechsel nötig war, musste ich jedoch später wieder in das Zimmer. Hierbei nutzte er „nur“ verbale Anspielungen.

Rechtliche Kurzantwort:

Das Ziehen an den Haaren ist – je nach Intensität – als tätlicher Angriff zu werten, der seit 1.1.2020 unter Strafe steht. Eine Anzeigeerstattung hat das Opfer selbst zu erwägen. Der Arbeitgeber hat dem Personal hier Schutz und Sicherheit zu bieten; vorausgesetzt Vorgesetzte werden über diesen Vorfall informiert. Zudem wäre es sinnvoll, Schulungen für das Personal anzubieten, sodass dieses in derartigen Situationen professionell reagieren kann. Jedenfalls muss ein Gesundheitspersonal derartige Übergriffe nicht einfach erdulden; es ist also nicht bloß „Bestandteil des Berufs“.

Leser*innenbrief

In meinem Ausbildungshaus, in dem ich zum Glück auch nicht mehr bin, kam es zu einer Situation, die mich als Auszubildende und als Frau erschüttert hat. Damals war ich darauf angewiesen mit dem Bus zur Arbeit zu fahren. Es war ein sehr warmer Sommermorgen und ich trug ein sommerliches kurzes Kleid. Da ich aufgrund von Verspätungen des Busses knapp dran war, rannte ich von der Haltestelle aus bis zum Krankenhaus. Dort angekommen traf ich auf einen männlichen, ärztlichen Kollegen und wir gingen gemeinsam weiter Richtung Gebäude. Er fragte, ob mein Morgen stressig gewesen sei. Ich antwortete ihm und erklärte die Situation. Daraufhin musterte er mich von oben bis unten und entgegnete mir in sehr ähnlichem Wortlaut: „Wow, das Kleid sieht echt heiß an dir aus. Weißt du, wenn du dein Höschen ausziehen würdest, würde ich dich nach der Arbeit nach Hause fahren, um dir einen entspannten Feierabend zu schenken. Du weißt ja wie fingerfertig ich bin.“ Mit diesen Worten spürte ich auch schon seine Hand auf der Rückseite meines Oberschenkels unter meinem Kleid. Ich verabschiedete mich und hatte nichts mehr darauf zu sagen. Denn ich war jung und in meinen Augen „nur“ eine Auszubildende.

Rechtliche Kurzantwort:

Sexuelle Belästigung ist ein Angriff auf die Menschenwürde. Sie ist häufig ein Ausdruck der Machtverhältnisse und betrifft vorwiegend Frauen. In den letzten Jahren wurde das Sexualstrafrecht deutlich verschärft. Die Grenzen sind neu gezogen. So ist eine intensive Berührung einer der Geschlechtssphäre zuzuordnenden Körperstelle strafbar, wenn dadurch die Würde verletzt wird. Eine Anzeige durch das Opfer ist uneingeschränkt möglich.

Nach Konfrontation ist der/die Belästiger*in verpflichtet, sein/ihr Verhalten sofort einzustellen. Der Betrieb ist im Rahmen seiner Fürsorgepflicht angehalten, unverzüglich ab Kenntnis der sexuellen Belästigung geeignete Abhilfe zu schaffen, sodass der/die Mitarbeiter*in keinen weiteren Übergriffe ausgesetzt ist.

Darüber hinaus besteht bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz Anspruch auf einen angemessenen Schadenersatz in Höhe von mindestens 1.000 Euro. Der Anspruch besteht gegenüber dem/der Belästiger*in aber auch gegenüber dem Arbeitgeber, wenn dieser es schuldhaft unterlässt, angemessene Abhilfe zu schaffen.

Nach Informationen der Arbeiterammer (AK) sollte der/die Belästiger*in zunächst höflich, aber bestimmt darauf aufmerksam gemacht werden, dass sein/ihr Verhalten unerwünscht ist. Kompetente Ansprechpartner*innen im Betrieb sind Vorgesetzte, Betriebsrät*innen oder Betriebsärzt*innen. Möglich ist auch eine Kontaktaufnahme mit der Arbeiterkammer in den Bundesländern oder der Gewerkschaft. Der Verein „sprungbrett“ bietet in Kooperation mit der AK Wien eine Telefonberatung für Betroffene von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz an (0670 600 70 80). Betroffene können sich aber auch an die Gleichbehandlungsanwaltschaft wenden.

(C) Sebastian Duda

Gewaltschutz im Gesundheitswesen

Rechtlicher Rahmen zum Opferschutz für Patient*innen und Personal

Aggression, Gewalt und Zwang sind Themen, die im Gesundheitswesen von zunehmender Bedeutung sind. Tagtäglich nehmen Gesundheitsberufe erlebte Gewalt an Patient*innen wahr, sind selbst von Aggression und Gewalt im Arbeitsalltag betroffen oder müssen – zur Abwehr von akuten Lebens- und Gesundheitsgefahren – selbst als letztes Mittel Zwangsmaßnahmen am Patienten anwenden. Im Beitrag werden die unterschiedlichen Erscheinungsformen von Aggression und Gewalt samt den juristischen Möglichkeiten, damit umzugehen, aufgezeigt. Zusätzlich werden juristische Kurzantworten zu ausgewählten Fallbeispielen der Praxis gegeben.

Begriffsklärungen

Das Wort „Aggression“ leitet sich vom lat. „aggredi“ ab und bedeutet soviel wie „Angreifen, aktives Herangehen oder Heranschreiten“ und stellt demnach das Gegenteil von Passivität dar. Die Aggression kann offen (verbal, körperlich) oder verdeckt (in der Phantasie) auftreten; sie kann positiv (also von der Gesellschaft akzeptiert) oder negativ (also unerwünscht, störend) sein.

Die Aggression ist nicht nur ein Verhalten, sondern auch ein Gefühl. Wenn das Gefühl bzw. die Verhaltensweise häufig und intensiv auftritt, so kann es Anlass für ein problematisches, antisoziales Verhalten werden. Dies gilt vor allem dann, wenn durch einen unangepassten Ausdruck von Emotionen die Absicht verfolgt wird, Schaden zu bewirken. Und hier beginnt die Abgrenzung zur Gewalt.

Als Gewalt werden Handlungen bezeichnet, bei denen man bei anderen beeinflussend, verändernd oder schädigend einwirkt. Für den Kontext „Gesundheitswesen“ ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) heranzuziehen. Demnach wird Gewalt definiert als der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder

Deprivation (= Verlust von Vertrautem, Gefühl der Benachteiligung) führt (WHO, Weltbericht Gewalt und Gesundheit, 2003).

Weshalb ein Mensch gewalttätig wird, ein anderer dagegen nicht, das lässt sich nach dem WHO-Bericht nicht monokausal erklären. Auch lässt sich die Frage, warum das soziale Gefüge einer Gemeinschaft durch die unter ihren Mitgliedern herrschende Gewaltkultur zerfällt, während eine benachbarte Bevölkerungsgruppe in Frieden lebt, nicht eindeutig klären. Gewalt ist ein außerordentlich komplexes Phänomen, das in der Wechselwirkung zahlreicher biologischer, sozialer, kultureller, wirtschaftlicher und politischer Faktoren wurzelt.

Studienlage zur Gewalt in Österreich

Das Österreichische Institut für Familienforschung an der Universität Wien hat 2011 eine Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern publiziert. Im Detail wird in der Studie die Thematik rund um Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld beleuchtet.

Zentrales Ziel der Studie war es, ein möglichst umfassendes Bild der Gewalterlebnisse von Frauen und Männern zu erhalten. Die Gewalterlebnisse umfassten drei Dimensionen:

- Gewalterfahrungen der 16- bis 60-jährigen Frauen und Männer über den gesamten Lebenszyklus
- Gewalterfahrungen innerhalb der der Befragung vorangegangenen drei Jahre (2007–2010)
- Rückblick auf Gewalterfahrungen in der Kindheit

Die Gewalterlebnisse wurden systematisch nach folgenden Gewaltformen abgefragt:

- Psychische Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Sexuelle Belästigung
- Sexuelle Gewalt

Übergriffe in ihren unterschiedlichen Ausprägungen sind ein gesellschaftliches Phänomen, von dem nahezu alle Studienteilnehmer*innen berichteten. Nur eine kleine Gruppe der befragten Frauen (7,4 %) und Männer (14,7 %) hat noch nie derartige Erfahrungen gemacht. Allerdings ist dazu anzumerken, dass schon kränkende Demütigungen, Einschüchterungen oder Eifersuchtsszenen als „Übergriffe" gezählt worden sind.

Ein gesellschaftlich relevantes Thema ist die sexuelle Belästigung bzw. sexuelle Gewalt. Die sexuelle Belästigung ist jene Gewaltform, die am häufigsten an öffentlichen Orten erfahren wird (Frauen: 51,3 %, Männer: 12,5 %). Über sexuelle Gewalt berichten 29,5 % der Frauen und 8,8 % der Männer. Im Detail widerfuhr es

- 25,7 % der Frauen und 8,0 % der Männer, dass sie von jemandem „intim berührt oder gestreichelt" wurden, obwohl sie sagten oder zeigten, dass sie das nicht wollten;
- 13,5 % der Frauen und 8,0 % der Männer, von jemandem „zu sexuellen Handlungen genötigt" worden zu sein, die sie nicht wollten;
- 8,9 % der Frauen und 2,0 % der Männer, dass jemand versuchte, „gegen meinen Willen in meinen Körper einzudringen oder mich zum Geschlechtsverkehr zu nötigen. Es kam aber nicht dazu".
- 7,0 % der Frauen und 1,3 % der Männer, dass jemand „gegen meinen Willen mit einem Penis oder etwas anderem in meinen Körper eingedrungen ist".

Rechtliche Entwicklungen im Gewaltschutz

Die gesellschaftliche Haltung zu Gewalt und die konkreten Wirkungen auf das individuelle Verhalten der Menschen in einem Staat werden maßgeblich durch die jeweiligen gesetzlichen Regelungen mitbestimmt. Österreich nimmt im internationalen Vergleich zweifellos eine Vorreiterrolle in Bezug auf Schutz vor Gewalt, insbesondere in der Familie, ein. Ein Überblick:

- 1977: Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechts
- 1989: Absolutes Gewaltverbot in der Erziehung
- 1997: Erstes Gewaltschutzgesetz (Wegweisung Gewalttäter, Betretungsverbot der gemeinsamen Wohnung, Errichtung von Opferschutzeinrichtungen)
- 2009: Zweites Gewaltschutzgesetz (Ausbau Dauer des Betretungsverbots, Strafdelikt „Fortgesetzte Gewaltausübung" samt Strafverschärfung)
- 2011: Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern (Grundrecht von Kindern auf Gewaltfreiheit)
- 2019 / 2020: Drittes Gewaltschutzgesetz (Verschärfungen im Bereich Gewalt- und Sexualdelikten, Anzeigepflichten durch die Gesundheitsberufe, Erweiterung des Betretungsverbots um ein Annäherungsverbot, verpflichtende Gewaltpräventionsberatung)

Patient*in als Opfer: Neue Anzeigepflichten seit Oktober 2019

Im Rahmen der Task Force Strafrecht 2019 wurden seitens der Bundesregierung auch Maßnahmen erarbeitet, die einem effektiven Opferschutz dienen. Dabei wurde festgestellt, dass häufig die Gesundheitsberufe die ersten und einzigen Ansprechpersonen für Gewaltopfer sind. Um den Opferschutz hier herauszustreichen, wurde vorgeschlagen, den Gesundheitsberufen eine einheitliche Anzeigepflicht gesetzlich vorzugeben. Mit 30.10.2019 trat diese neue Pflicht in Kraft.

Bevor die Regelung vorgestellt wird, ist es wichtig zu erwähnen, dass Gesundheitsberufe im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht eine Sensibilität in Richtung Gewalterkennung haben sollten. Die Gesundheitsberufe können zwar in der Regel die Lebensbedingungen der Betroffenen nicht ändern bzw. deren Gewaltsituation beenden, aber sie können in einer Notsituation Schutz bieten (z.B. durch stationäre Aufnahme in einer Klinik) bzw. auch die betroffenen Personen an Hilfs- oder Schutzeinrichtungen und gegebenenfalls an die Polizei weiterverweisen.

Gewaltanamnese

Im Rahmen der Anamnese empfiehlt es sich, separat auf eine erlittene Gewalt zu achten („Gewaltanamnese"); vor allem dann, wenn erste Anzeichen dafür sprechen. Solche sind z.B.:

- Unplausible Erklärungen zum Unfallhergang
- Untypische Stellen einer Verletzung
- Multiple Hämatome unterschiedlichen Alters
- Untypische Brandwunden (etwa mit Abdruck von Herdplatte, Bügeleisen oder Zigaretten)
- Verletzungen im Genital- / Analbereich, ggf. zerrissene oder blutige Unterwäsche
- Desinteresse der Eltern an den Verletzungen des Kindes
- Beobachtung einer aggressiven / gewalttätigen Interaktion im Wartebereich einer Gesundheitseinrichtung zw. Patient*in und An- / Zugehörigen; auch Verletzungen der Begleitperson z.B. an der Hand
- Verzögerte Beiziehung des Arztes / Rettungsdienstes
- Aufsuchen der Notambulanz nachts oder am Wochenende
- Schilderungen des Rettungsdienstpersonals bei Patientenübergabe in der Krankenanstalt bzgl. Wahrnehmungen im häuslichen Umfeld (z.B. Drogenmilieu, alkoholisierte Eltern ...)
- Ängstliche/r, schreckhafte/r Patient*in
- Überangepasstes Patient*innen-Verhalten
- Nervöses, flüchtendes Verhalten bei Ansprechen der Gewalt

Anzeigepflicht

Die Gesundheitsberufe sind zur Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft verpflichtet, wenn sich in Ausübung der beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung

- der Tod, eine schwere Körperverletzung oder eine Vergewaltigung herbeigeführt wurde oder
- Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder
- nicht handlungs- oder entscheidungsfähige oder wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder einer geistigen Behinderung wehrlose Volljährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind.

Ein „begründeter Verdacht" liegt vor, wenn über die bloße Vermutung hinausgehende, konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdung einer konkreten Person vorliegen. Die Anhaltspunkte dazu können sich insbesondere aus den wahrgenommenen Tatsachen und Schlüssen, die aus dem fachlichen Wissen und der Berufserfahrung gezogen werden, ergeben. Dabei kann es sich u.a. um die Ergebnisse von Untersuchungen, Beobachtungen oder Inhalte von Gesprächen handeln. Allgemeine unsubstantiierte Vorwürfe, bloße Gerüchte oder Vermutungen stellen jedenfalls keinen begründeten Verdacht dar. Der begründete Verdacht ist zu dokumentieren.

Die Anzeige wird erstattet durch Kontaktaufnahme mit der nächstgelegenen Polizeidienststelle oder einer Staatsanwaltschaft. Laut Auskunft der Website der Polizei wird es empfohlen, Anzeigen wegen Straftaten nicht via E-Mail zu erstatten, da in diesem Fall keine Sofortmaßnahmen garantiert werden können. Die persönliche Vorsprache an einer Polizeidienststelle erspart Rückfragen bei der Sachverhaltsaufnahme und ermöglicht die erforderliche Identitätsfeststellung des Zeugen in kurzem Wege.

Als Täter kommt auch ein/e Berufskolleg*in in Frage. Auch dann haben die Gesundheitsberufe eine Anzeigepflicht, wenn sie in Ausübung ihrer Tätigkeit Wahr-

Leser*innenbrief

Ich arbeite im OP. Schon in meiner Ausbildung, die ich 2015, als 19-jährige angefangen habe, fiel mir auf, dass es offenbar weniger und mehr „sexuell anzüglichere Abteilungen“ gibt. In meinen Augen zählen da meine männlichen Kollegen der Anästhesie und Orthopädie / Unfallchirurgie zu Zweiterem.

Gerade im OP besteht zwischen Arzt und Pflegefachkraft oft ein vertrauteres und lockeres Verhältnis, da man sehr eng und Hand in Hand zusammen arbeitet. Man verlässt sich aufeinander, verbringt viel Zeit miteinander und löst auch oft emotional belastende Situationen. Das schweißt zusammen und bringt einen anderen Umgang mit sich; und da verliert der eine oder andere, sowohl aufgrund seiner höheren Position als auch aufgrund des lockeren Arbeitsverhältnisses, schon einmal den notwendigen Respekt.

So beispielsweise ein Chefarzt, der einem neckisch am Körper zwickt oder über die Wange streicht. Oder ein Oberarzt, der sich mit hochgezogenen Augenbrauen und schief gelegtem Kopf rüber beugt und flüstert, nachdem man ihm seine Handschuhe angezogen hat: „Ohne Gummi wäre mir lieber“. Das alles und mehr passiert leider tagtäglich. Schocken tut es einen mittlerweile nicht mehr, da man sich leider auch an so etwas gewöhnt.

Rechtliche Kurzantwort:

Wie bereits ausgeführt, ist sexuelle Belästigung ein Angriff auf die Menschenwürde. Das Sexualstrafrecht wurde in den letzten Jahren stark ausgebaut. Es umfasst aktuell etwa 20 unterschiedliche Strafdelikte. Verbale sexuelle Entgleisungen sind vom Strafrecht nur dann erfasst, wenn sie als „Beleidigung“ (§ 115 StGB) zu werten sind. Für eine Strafbarkeit ist es erforderlich, dass dies öffentlich oder vor mehreren Leuten passiert.

Dennoch sind derartige verbalen Entgleisungen nicht einfach hinzunehmen. Unter Umständen liegt Mobbing vor. Arbeitgeber haben eine gesetzlich verankerte Fürsorgepflicht: Arbeitsplätze sind so zu gestalten, dass das Leben und Gesundheit, sowie die Würde und Integrität der Arbeitnehmer*innen geschützt wird. Diese geschützten Interessen werden bei Mobbing gefährdet.

Der Verein „sprungbrett“ bietet in Kooperation mit der AK Wien eine Telefonberatung für Betroffene von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz an (0670 600 70 80). Betroffene können sich aber auch an die Gleichbehandlungsanwaltschaft wenden.

nehmungen machen, dass ein/e Kolleg*in bei/m Patient*innen ein oben beschriebenes strafbares Verhalten gesetzt hat.

Ausnahmen zur Anzeige

Die Regelung der Ausnahme lautet wie folgt: Eine Pflicht zur Anzeige besteht nicht, wenn

1. die Anzeige dem ausdrücklichen Willen des volljährigen handlungs- oder entscheidungsfähigen Patienten widersprechen würde, sofern keine unmittelbare Gefahr für diesen oder eine andere Person besteht (Zusatz für Ärzte: und die klinisch-forensischen Spuren ärztlich gesichert sind), oder
2. die Anzeige im konkreten Fall die berufliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf, sofern nicht eine unmittelbare Gefahr für diese oder eine andere Person besteht, oder
3. das Gesundheitspersonal, das seine berufliche Tätigkeit im Dienstverhältnis ausübt, eine entsprechende Meldung an den Dienstgeber erstattet hat und durch diesen eine Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgt ist.

Zudem gibt es eine Besonderheit bei Kindern / Jugendlichen: Hier kann die Anzeige unterbleiben, wenn sich der Verdacht gegen einen Angehörigen richtet, sofern dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen erfordert und eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

Zu den Details: Die Ausnahme 1 und 2 greift stets nur dann, wenn nicht eine unmittelbare Gefahr für die von der Straftat betroffene Person oder eine andere Person besteht. Dies gilt es herauszufinden. Ob unmittelbar, also insbesondere zeitnah, eine entsprechende Gefahr besteht, kann nur im Sinne einer Prognose auf Basis der konkreten Umstände des Einzelfalls beurteilt werden. Dauert die Gewalt gegen den/der Patient*in (das Opfer) an, während das Gesundheitspersonal anwesend ist, so ist unverzüglich die Polizei über den Notruf 133 beizuziehen. Dies auch dann, wenn das von der Gewalttat betroffene Opfer bittet, diese nicht beizuziehen. In diesem Fall hat die unmittelbare Beendigung der Gewalt und das Herstellen von Sicherheit oberste Priorität. Die Anzeige durch das Gesundheitspersonal kann in diesen Konstellationen dazu dienen, Machtstrukturen, denen die betroffene Person unterliegt, zu durchbrechen. Das Gesundheitspersonal hat aber auch auf einen Selbstschutz zu achten!

Dokumentation

Sowohl eine zeitnahe Dokumentation als auch eine gewissenhafte Spurensicherung sind aber Voraussetzung für eine gerichtsverwertbare Beweissicherung. Ohne rasche Spurensicherung und richtige Dokumentation der Verletzungen gehen Beweise unwiederbringlich verloren.

Eine detaillierte und nachvollziehbare schriftliche Dokumentation der erlittenen Verletzungen sowie die Spurensicherung sind spätestens dann unterstützend, wenn diese für folgende Gerichtsverfahren herangezogen werden können. Dies sollten die Gesundheitsberufe, die in Erstanlaufstellen für Gewaltopfer tätig sind, bedenken. Aus diesem Grund ist im Rahmen des Projektes „MedPol“ (Medizin–Polizei) ein standardisierter, gerichtstauglicher Dokumentationsbogen von Experten der Gerichtsmedizin, der Österreichischen Ärztekammer, des Opferschutzes und des Bundesministeriums für Inneres erstellt worden. Diese Checkliste erleichtert die Beweisführung (auch in späteren Strafverfahren) und soll daher österreichweit von den Gesundheitsberufen, den Mitarbeiter*innen der Opferschutzeinrichtungen und der Polizei genutzt werden.

Der Bogen kann z.B. auf der Website der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin downgeloadet werden: https://oeggm.com (Rubrik „Service“ – Unterkategorie „Gewaltopfer – Verletzungsdokumentation“).

Aggression und Gewalt gegenüber Gesundheitspersonal

Um einen Eindruck von der Gewalt gegenüber Gesundheitsberufen zu bekommen, kann die Statistik der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt AUVA in Bezug auf Arbeitsunfälle herangezogen werden. Im Beurteilungszeitraum 2013–2017 ging die Ursache eines Arbeitsunfalles bei Gesundheitsberufen in 8,8 % auf eine Gewalt zurück (3.125 bei gesamt 35.523). Die 3.125 Unfälle bei Gesundheitsberufen mit Gewaltkonnex verteilen sich auf das unterschiedliche Gesundheitspersonal wie folgt:

- 65,2 % Pflegepersonen, Hebammen
- 14,7 % Gesundheits- / Betreuungsberufe, die zu Hause bzw. in einer Familie tätig sind
- 5,5 % Tierärzte, veterinärmed. Fach- und Hilfspersonen
- 5,1 % Rettungsdienstpersonal (Sanitäter)
- 2,1 % Ärzte
- 7,4 % Sonstige

Im Zeitraum Juli bis September 2019 gab es im Wiener Gesundheitsverbund (vormals: Wiener Krankenanstaltenverbund) eine Mitarbeiter*innen-Befragung. Von ca. 30.000 Personen nahmen 7.260 an der Befragung teil und bezogen zu ihren persönlichen Erfahrungen mit Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz Stellung. Ein Blick auf die konkreten Zahlen zeigt: 85,4 % der Befragten geben an, im Laufe ihres Berufslebens Aggressionserfahrungen gemacht zu haben; 61,6 % von ihnen in den letzten 12 Monaten. Dabei wurden sie zum überwiegenden Teil verbal attackiert. Der Bogen spannt sich hier sehr weit auf: Verbale Aggression kann von der Beschimpfung bis hin zur sexuellen Belästigung gehen.

Die Bandbreite an Aggressions- und Gewalterfahrungen, die das Gesundheitspersonal im Berufsalltag mitunter erlebt, ist groß. Einblicke werden durch die in Anhang dargestellten Fallgeschichten gegeben. Da alle Gesundheitsberufe gleichermaßen mit dem Thema Aggression und Gewalt konfrontiert sind, gehört es zur allgemeinen Sorgfalt, sich im Rahmen der Aus- und Fortbildung auch mit diesen Themen zu beschäftigen:

- Gefahren und Risikoquellen erkennen, richtig einschätzen
- Gewaltprävention, Umgebungsgestaltung
- Professionelles Kommunizieren / Deeskalieren in der Krise
- Beachten des Selbstschutzes
- Professionelles Abwehren von Angriffen
- Grundkenntnisse zum Recht (Befugnisse, Rechte und Pflichten, Schutzmaßnahmen
- Ethische Reflexion

Notwehr / Nothilfe

Wird ein Gesundheitspersonal von einer/m Patient*in angegriffen, so ist die (professionelle) Abwehr des Angriffs erlaubt. Wird im Zuge dessen ein/e Patient*in z.B. verletzt, in der Freiheit beschränkt der eine Sache beschädigt, so ist das Gesundheitspersonal strafrechtlich nicht zu belangen, wenn die Regelung zur Notwehr / Nothilfe eingehalten wurde. Nach dem Strafrecht handelt nicht rechtswidrig, wer sich nur der Verteidigung bedient, die notwendig ist, um einen gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden rechtswidrigen Angriff auf

- Leben,
- Gesundheit,
- körperliche Unversehrtheit,
- sexuelle Integrität und Selbstbestimmung,
- Freiheit oder
- Vermögen

von sich oder einem anderen abzuwehren.

Da Notwehr „Abwehr“ bedeutet, muss sich die Notwehrhandlung auf die notwendige Verteidigung beschränken. Dieses „notwendig“ ist im Sinne von „unbedingt erforderlich“ zu lesen. Nach ständiger Judikatur ist stets nur jene Verteidigung notwendig, die unter den verfügbaren Mitteln das schonendste darstellt, um einen gegenwärtigen oder unmittelbar bevorstehenden Angriff sofort und endgültig abzuwenden. Dabei sind Art und Intensität des Angriffs, die Gefährlichkeit des/der Angreifer*in und die zur Abwehr zur Verfügung stehenden Mittel zu berücksichtigen. Auch die körperliche Unterlegenheit des/der Angegriffenen ist ein entscheidendes Kriterium. Vom Opfer wird aber keine subtile Abwägung bei der Dosierung seiner Verteidigungshandlung verlangt werden können. Vielfach wird der/die Angegriffene in Sekundenschnelle zum Handeln genötigt sein, was eine detaillierte Berücksichtigung der Folgen seiner Verteidigung oder gar ein Abwägen verschiedener Verteidigungsmittel vielfach unmöglich macht. Ist man jedoch als Berufsgruppe des Öfteren in ähnlich gelagerten Notwehrsituationen, sollte man unterschiedliche (und zielführende) Abwehrhandlungen eintrainiert haben und stets das gelindeste Mittel wählen.

Strafrechtlicher Schutz des Gesundheitspersonals

Im Rahmen des Gewaltschutzgesetzes 2019 wurden Strafdelikte eingeführt, welche die Gesundheitsberufe schützen sollen. Denn es wurde im Begutachtungsprozess zum Gesetz klar herausgestrichen, dass eine zunehmende Gewaltbereitschaft und Gewalt gegenüber im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Personen zu verzeichnen ist und man sich von einem neuen Straftatbestand erhoffe, diesen Entwicklungen entgegenwirken und die Gewalt eindämmen zu können. Die neuen Straftatbestände sind seit 1.1.2020 in Kraft.

Die Strafnorm (§ 91a StGB) lautet auszugsweise: Wer eine Person, die [Ziffer 2] in einem gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf, für eine anerkannte Rettungsorganisation oder in der Verwaltung im Bereich eines solchen Berufs, insbesondere einer Krankenanstalt, tätig ist, während der Ausübung ihrer Tätigkeit tätlich angreift, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

Als „tätlicher Angriff“ ist jede vorsätzliche, unmittelbar gegen den Körper des Gesundheitspersonals

Leser*innenbrief

Das erste Erlebnis war im Rahmen der Körperpflege in meinem ersten Ausbildungsjahr. Ein desorientierter Patient hat mir mein Hemd der Dienstkleidung etwas eingerissen. Daraufhin ist eine diplomierte Kollegin zu mir gekommen, die für meine Anleitung zuständig war und hat mein Hemd komplett zerissen, sodass ich quasi Oben ohne im Zimmer gestanden bin. Dann hat sie mich von oben bis unten „gemustert“ und gesagt „Schade, dass es nicht die Hose erwischt hat“.

Die zweite Situation war ein Ausbildungsjahr später in einem anderen Klinikum. Während des ganzen Nachtdienstes machte eine diplomierte Kollegin eindeutige Anspielungen. Sie fragte z.B. ob ich eine Freundin habe. Ich sagte, „Ja, aber ich sehe sie nur am Wochenende.“ Da es Freitagabend war, meinte sie „Also bin das eh ich. Immerhin ist Wochenende.“ Dann wollte sie, dass ich mit zu ihr fahre, oder an einen See zum Schwimmen. Ich versuchte mich rauszureden und sagte, dass ich keine Badehose mit hatte. Da meinte sie, die würde sowieso nur stören. Nach dem Dienst wollte ich mit dem Lift Richtung Garderobe fahren. Noch bevor die Tür zuging, ist sie schnell reingesprungen und hat weiter eindeutige „Angebote“ gemacht. Ich bin dann früher ausgestiegen und hab vorgegeben noch was erledigen zu müssen.

oder den Hilfspersonen gerichtete Aggressionshandlung zu werten, die Schmerzen bereiten soll. Beispiele für tätliche Angriffe sind:

- Versetzen von Stößen
- Reißen an der Bekleidung (z.B. Stoff beschädigt, Knopf gelöst)
- Schlagen, Kratzen, Würgen
- Drücken gegen eine Mauer
- Hindern am Weggehen durch Verstellen der Tür
- Wurf einer Infusion, eines Desinfektionsmittelbehälters oder eines Sessels ...

Eine tatsächliche Berührung des Körpers ist nicht erforderlich. Auch das Werfen von Gegenständen reicht aus, auch wenn das Gesundheitspersonal nicht vom Wurfgeschoss getroffen wurde. Die Tat ist mit dem Angriff vollendet. Ein strafbarer Versuch ist denkbar, wenn der Täter – z.B. durch Eingreifen eines Dritten – am Werfen gehindert wird.

Anspucken, Anschütten mit Wasser, wörtliche Beleidigung, Herunterschlagen einer Kopfbedeckung, Bewerfen mit Tomaten oder Ergreifen am Oberarm fällt mangels Zufügen von Schmerz nicht unter das Strafdelikt (vgl. auch OGH 12 Os 37/10y bzw. 12 Os 62/10z). Gegebenenfalls kann das Strafdelikt der „Beleidigung“ (§ 115 StGB) erfüllt sein.

Als weitere Abgrenzung ist zu sagen, dass der tätliche Angriff mehr ist als eine bloße Beleidigung, aber weniger als eine Körperverletzung. Tritt eine Verletzung ein, so ist das Delikt der Körperverletzung erfüllt (§§ 83 ff. StGB). Der tätliche Angriff gilt dann als konsumiert (OGH 11 Os 81/11p).

Zudem wurde durch das Gewaltschutzgesetz die Strafnorm bezüglich der vorsätzlichen Körperverletzung bzw. Gesundheitsschädigung verschärft; und zwar dann, wenn als Opfer ein Gesundheitsberuf feststeht. Der sonst für den/die Täter*in geltende Rahmen für die Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe bis zu 720 Tagessätzen ist in diesen Fällen verdoppelt auf bis zu zwei Jahre.

Anzeige durch das Gesundheitspersonal?

Jede Person, die vom Schutzbereich einer Strafnorm erfasst ist, darf natürlich ein selbst erlebtes strafbares Verhalten bei den Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) zur Anzeige bringen. Vor einer Anzeigeerstattung (z.B. bei einem tätlichen Angriff) sollte jedoch stets eine Reflexion stattfinden, ob man als Gesundheitspersonal nicht selbst ein abwehrendes (und ggf. auch tätliches) Verhalten bei der/beim Patient*in durch ein zu rasches oder wenig einfühlsames Verhalten provoziert hat. Dies entschuldigt zwar nicht den Angriff, kann ihn aber nachvollziehbar machen.

Die Anzeigeerstattung sollte ein Mitarbeiter stets mit Vorgesetzten abklären. Es darf daraus aber keine arbeitsrechtliche Sanktion resultieren. Bei den angeführten Delikten handelt es sich um Offizialdelikte. Die Ermittlungen sind von den Strafverfolgungsbehörden dann von Amts wegen zu führen.

Literaturhinweis:

Halmich, Gewaltschutzrecht für Gesundheitsberufe (2020) € 32

Autor

Dr. Michael Halmich LL.M.
ist Jurist im Schwerpunkt Medizin- / Gesundheitsrecht, betreibt einen eigenen juristischen Fachverlag und leitet das FORUM Gesundheitsrecht. Im April 2020 veröffentlichte er ein Buch mit dem Titel „Gewaltschutzecht für Gesundheitsberufe“.
halmich@gesundheitsrecht.at
www.gesundheitsrecht.at / www.educa-verlag.at

Weil es Sinn macht.

Studiengangsleiter/in Healthcare Informatics

Teil- oder Vollzeit , 20h 40h | Campus 1 | Wiener Neustadt

Ihr Aufgabenbereich

- Organisation des Lehr und Prüfungsbetriebs sowie dessen Qualitätssicherung
- Unterstützung in der Weiterentwicklung des Curriculums
- Eigene Lehrtätigkeit und Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten im eigenen Kompetenzbereich
- Eigenverantwortliche Präsentation des Studienangebots und Verantwortung der Auslastung des Studiengangs
- Auf bzw. Ausbau eines belastbare Hochschulnetzwerkes zu Themen des, Studiengangs
- Beratung von Studierenden und ReferentInnen
- Netzwerkpflege und aufbau im Studiengang und assoziierten Hochschulsektor
- Eigene Forschungstätigkeit

Wir erwarten von Ihnen

- Abgeschlossenes facheinschlägiges Studium (vorzugsweise Doktorat)
- Nachweisliche aktive Projekterfahrung an der Schnittstelle Informatik und Gesundheitswesen , insbesondere Pflege
- Kenntnis des österreichischen Hochschulsektors sowie Erfahrung in der Hochschullehre und Betreuung von wissenschaftlichen Arbeiten von Vorteil
- Facheinschlägiges Netzwerk in der Hochschullandschaft und in der Praxis (Gesundheitseinrichtungen, Softwareanbieter, Trägerorganisation wie Caritas, Diakonie, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe)
- Eigene Forschungserfahrung (ggf. im Bereich Ambient Assisted Living) und Erfahrung in der Drittmittelakquise
- Didaktische Eignung und pädagogisches Geschick sowie hohe Affinität zu neuen didaktischen Lehrmethoden/techniken
- Zuverlässigkeit, Flexibilität, Eigenverantwortung, Teamgeist und Termintreue, souveränes Auftreten mit ausgeprägten Kommunikationsfähigkeiten

Ihr Brutto-Gehalt
Mind. € 4.500,-/Monat

Überzahlung bei entsprechender Qualifikation möglich.

Genau Ihr Profil? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Dipl.-Soz.-Wiss.
Alexander Darantik

jobs@fhwn.ac.at

(Lebenslauf, Motivationsschreiben, Zeugnisse, ggf. Publikationsliste)

Jetzt bewerben & im Team einsteigen!
fhwn.ac.at/karriere

hochschuleundfamilie

CHARTA der Vielfalt

Dual Career Service

FACHHOCHSCHULE WIENER NEUSTADT
Austrian Network for Higher Education

Leser*innenbrief

Ich war damals 20 Jahre alt und alleine im Nachtdienst auf Station. Es war eigentlich eine ganz normale Nacht, bis ein Bewohner auf dem oberen Flur geklingelt hat. Ich nenne ihn hier mal Herr E.! Dieser war NICHT dement. Dann hätte ich die folgende Situation vermutlich anders wahrgenommen.

Ich bin rein ins Zimmer und habe ihn gefragt weshalb er geklingelt hat. Er lag oberkörperfrei im Bett (der Rest war mit der Bettdecke abgedeckt), daher habe ich mir auch erst nichts dabei gedacht.

Er hat mich gebeten, seine Videokassette in den Rekorder einzulegen, was er auch selbst hätte tun können, da er selbstständig aufstehen konnte und nicht eingeschränkt war. Natürlich bin ich seiner Bitte nachgekommen, um ihn zu entlasten.

Ich hab also diese besagte Videokassette eingeschoben und es ging sofort in heftiger Lautstärke ein Porno an. Ich hab mich beschämt umgedreht. Daraufhin hat der Patient seine Decke weggezogen und mir seinen steifen Penis gezeigt und meinte: “Das ist doch schön, Mädchen, oder?“

Ich bin sofort raus aus dem Zimmer und hab diese Situation bis heute im Kopf behalten, einfach weil sie mich verstört und ängstlich gemacht hat. Ich bin danach immer mit einem komischen Gefühl in sein Zimmer gegangen...

Rechtliche Kurzantwort:

Eine sexuelle Belästigung nach § 218 StGB liegt auch dann vor, wenn eine Person eine geschlechtliche Handlung vor einer anderen Person vornimmt. Darunter fällt etwa die sichtbare intensive Manipulation am eigenen Geschlechtsteil (z.B. Onanieren). Für eine Strafbarkeit ist es erforderlich, dass das Opfer dies unmittelbar visuell wahrnehmen kann.

Eine Anzeigeerstattung hat das Opfer selbst zu erwägen. Der Arbeitgeber hat dem Personal hier Schutz und Sicherheit zu bieten; vorausgesetzt Vorgesetzte werden über diesen Vorfall informiert. Jedenfalls muss ein Gesundheitspersonal derartige Übergriffe nicht einfach erdulden; es ist also nicht bloß „Bestandteil des Berufs“.

Der Verein „sprungbrett“ bietet in Kooperation mit der AK Wien eine Telefonberatung für Betroffene von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz an (0670 600 70 80). Betroffene können sich aber auch an die Gleichbehandlungsanwaltschaft wenden.

(C) fizkes

Tabutäter

Die Bedeutung von Sexualagogik für die Prävention von sexualisierter Gewalt unter Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Nach dem passenden Zeitpunkt befragt, um mit Sexualaufklärung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu beginnen, gaben Mitarbeitende in Einrichtungen der Behindertenhilfe noch 1999 an, dass bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen später als bei anderen Menschen mit der Sexualaufklärung begonnen werden sollte. Desweiteren gehen sie davon aus, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung die Pubertät später einsetzt als bei anderen Menschen. Seit ähnlicher Erhebungen aus dem Jahre 1977 hat sich der Wissensstand der Tätigen in der Behindertenhilfe auf diesem Gebiet kaum vermehrt. (vgl Wiesner 1999 und Boeckmann et al 1999)

Bis 1960 war es Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe wohnten, auf Grund ihrer Lebenswelt nur sehr begrenzt möglich Sexualität auszuleben. Der Sexualtrieb wurde gehemmt und verurteilt. Hierbei wurde kein Unterschied zwischen erwünschter Sexualität und sexualisierter Gewalt gemacht. „Weshalb Bedürfnisse wecken, die zusätzliche Probleme hervorrufen und nicht mehr steuerbar sind? Im Ergebnis der Mensch mit Behinderung, ein von seinem Trieb gelenktes Monster, das nicht mehr zu kontrollieren ist.“ (Brosette 2010, 39)

In Bezug auf Sexualität wird Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eine bestimmte Rolle zugewiesen (Winges-Yanez 2013):

Männer mit geistiger Behinderung werden als aggressiv und mit Defiziten in der Impulskontrolle gelabelt, Frauen mit geistiger Behinderung als asexuell und Opfer sexualisierter Gewalt. Es wird Menschen mit geistiger Behinderung abgesprochen, in der Lage zu sein Entscheidungen über ihre eigene Sexualität zu treffen. Weiters nehmen Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung Programme, die sie vor sexualisierter Gewalt schützen sollen, als restriktiv war. Die Problemlage wird letztlich verschärft, da diese Programme es nicht schaffen, sie vor sexualisierter Gewalt zu schützen, sondern sie vielmehr in der Rolle als schutzbedürftiges Opfer verankert. Darüber hinaus wird die Sexualität ihrer Klienten und Klientinnen von den Betreuenden als störendes bis nicht relevantes Thema eingestuft. Sexualität wird somit nur thematisiert, wenn sie ein Problem im Institutionsalltag darstellt. Teilweise wird offen die Meinung vertreten, dass es pauschal nicht richtig sei, wenn Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sexuell aktiv seien, „that ‘‘they’’ should not have sex at all.“ (ebd., 111) „All you need to know is that if they’re caught having sex on your shift, you’re fired.” (ebd., 107) Insbesondere Frauen und Männer mit kognitiver Beeinträchtigung, die eine andere Sexualität oder Genderidentität bei sich feststellen, fehlt es an Akzeptanz, Informationen und an professioneller Unterstützung.

Bei Vorfällen sexualisierter Gewalt unter Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fühlen sich Fachkräfte unsicher und mit dem Thema alleingelassen. (Klein et al 1999) Dort wo Sexualaufklärung stattfindet, ist der Fokus ausschließlich auf sexualisierter Gewalt. Auffallend ist, dass einerseits eine Täterschaft von Frauen mit geistiger Behinderung als „lediglich hypothetisch“ (ebd., 503) von Mitarbeitern eingeschätzt wird, jedoch bei der Beschreibung, was sie zu der Annahme führt, dass eine Frau mit Behinderung wahrscheinlich Opfer sexualisierter Gewalt wurde, angegeben wird: „‘wahllose, übermäßige Anhänglichkeit‘, ‚Distanzlosigkeit‘ (…) ‚sexualisiertes Verhalten‘“ (ebd., 505) Ähnliche Verhaltensweisen bei männlichen Bewohnern werden bereits als sexualisierte Gewalt und deviantes Verhalten eingestuft. Dies führt zu einer Viktimisierung von Frauen, die in der Ansicht gipfelt, dass Frauen mit Behinderung, die sexualiserte Gewalt erlebt haben, komplett von Männern separiert werden sollten, (ebd., 511) um sie vor den möglichen sexualiserten Übergriffen anderer Mitbewohner zu schützen. Hier werden weibliche Bewohnerinnen generell als potentielle Opfer und männliche Mitbewohner generell als potentielle Täter sexualisierter Gewalt verstanden. Ein positiver Umgang mit Sexualität wird beiden Geschlechtern nicht vermittelt. Wenn Interventionen angeboten werden, richten sich diese ausschließlich an das Opfer sexualsierter Gewalt. Fachkräfte in Einrichtungen der Behindertenhilfe sehen sich so nicht in der Lage, professionell auf Klienten mit kognitiver Beeinträchtigung zu reagieren, die potentiell zu sexualisierter Gewalt neigen könnten. (Zinsmeister und Tandler 2010) „Es gibt kaum präventive Bildungsangebote zum Beispiel auch für ‚Männergruppen‘. Es gibt in kaum einer Einrichtung geeignete (sexual-)pädagogische Angebote für die überwiegend männlichen tätlichen Bewohner. Wenn von diesen eine Gefahr für andere Bewohner/Bewohnerinnen oder Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen ausgeht, wissen die Einrichtungen nicht, wie sie die Männer weiter betreuuen sollen.“ (ebd., 51) In Einrichtungen der Behindertenhilfe Tätige sehen sich bei einem Vorfall sexualisierter Gewalt unter Bewohner und Bewohnerinnen auch der Schuldzuweisung ausgesetzt, nicht ihrem Schutzauftrag in ausreichendem Maße nachgekommen zu sein. (vgl. Herzka und Mowler 2015, S.124)

In Bezug auf die Täter sexualisierter Gewalt muss beachtet werden, dass bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen meist unangepasstes Sozialverhalten der Auslöser ist und nicht bewusste Gewaltanwendung (Thom et al. 2017). Dies wird auch in der Art der sexualisierten Gewalt deutlich, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen begehen: „The persons with intellectual disabilities are more likely to commit fewer serious assaults and tend to be more socially inappropriate than assaultive. For example, among persons with intellectual disability, the incidence of public masturbation is higher than the incidence of sexual aggression towards non-consenting persons, compared to non-cognitively impaired sex offenders” (ebd., 24) Entscheidende Faktoren hierbei sind Defizite in Urteilsvermögen, Sozialkompetenzen oder Impulskontrolle. Hierbei muss beachtet werden, dass die Definition darüber, welches Verhalten als unangepasstes Sozialverhalten im sexuellen Bereich gilt, von Institution zu Institution differieren kann. „Inappropriate sexual behaviors among persons with cognitive impairments may simply be due to the day to day realities of living in long-term care facilities where any type of sexual behavior would likely be considered inappropriate.“ (ebd., 25)

Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen die in Einrichtungen leben, haben sowohl im Vergleich zu Frauen ohne Beeinträchtigungen, als auch zu Frauen mit Beeinträchtiungen, die in Privathaushalten leben ein erhöhtes Risiko, Opfer sexualisierter Gewalt zu werden (Schröttle et al 2012)

Im Rahmen von zwei Studien befragte Zemp (2002, 617-622) 130 Frauen und 117 Männer mit Beeinträchtigungen, die hauptsächlich im kognitiven Bereich lagen, nach ihren Erfahrungen zu Sexualität und sexualisierter Gewalt. Die Befragten wohnten jeweils in Einrichtungen der Behindertenhilfe. 52% der befragten Frauen und 66% der Männer wurden nicht sexuell aufgeklärt. Insbesondere die befragten Frauen haben ihr gesamtes Wissen über Sexualität aus sexualisierten Gewalterfahrungen. 64% der Frauen und 50% der Männer gaben an, dass sie bereits Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind. Bei den Frauen, die sexualisierte Gewalterfahrungen machen mussten, sind hierbei männliche Mitbewohner mit 13% drittgrößte Tätergruppe, noch vor der Tätergruppe des männlichen oder weiblichen Personals der Einrichtungen. Bei Männern, die Opfer sexualisierter Gewalt wurden, sind Mitbewohner und Mitbewohnerinnen mit 44% die größte angegebene Tätergruppe. 22% der Männer, die über sexualisierte Gewalterfahrungen berichten, geben dabei unabhängig von der Tätergruppe an, von einer weiblichen Person belästigt worden zu sein. Anders als bei den Frauen, die weibliche Täter nur in Form von Personal angeben, sind bei männlichen Opfern weibliche Mitbewohnerinnen und Kolleginnen nach männlichen Mitbewohnern und Kollegen die zweitgrößte Tätergruppe noch vor der Tätergruppe des männlichen und weiblichen Personals. 37% der Männer geben an, selbst sexualisierte Gewalt begangen zu haben. 60% dieser Männer wurden zuvor selbst Opfer sexualisierter Gewalt und stufen das Erlebte als normale Sexualität ein, die sie an andere weitergeben. 75% des Personals in stationären Einrichtungen der Behindertenhil-

(C) muro

fe fühlen sich unsicher, wenn sie von sexualisierter Gewalt an Mitbewohnern erfahren. Selbst unter Beachtung der Wahrscheinlichkeit einer Dunkelziffer in Bezug auf sexualisierte Gewalt durch Personal in Einrichtungen der Behindertenhilfe, wird aus den oben aufgeführten Daten ersichtlich, dass Täter in Einrichtungen meist andere Klienten und Klientinnen und nicht das Fachpersonal sind.

Während Zemp (a.a.O.) feststellte, dass Männer mit kognitiver Beeinträchtigung, die Täter sexualisierter Gewalt werden, gehäuft selbst im Vorfeld Opfer sexualisierter Gewalt wurden, konnten Wissik et al (2014) nachweisen, dass dies auch für Täterinnen sexualiserter Gewalt gilt, die ebenso gehäuft selbst Opfer sexualisierter Gewalterfahrungen sind. Dominantes und aggressives Verhalten kann Reaktion auf eigene Erfahrungen sexualisierter oder physischer Gewalt und das dadurch ausgelöste Gefühl der Hilflosigkeit sein. So werden bereits Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe öfter Opfer wiederholter sexualisierter Gewalt als andere und lernen oft bis ins Erwachsenenalter keine andere Form der Sexualität kennen.

Ortland et al (2016, 1085–1092) weisen darauf hin, dass sexualisierte Übergriffe durch Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung von Mitarbeitern teilweise als Teil der Behinderung betrachtet wird. Es ist davon auszugehen, dass dies den Mitarbeitern hilft, das sexualisite Gewaltverhalten von Bewohnern auszuhalten.

Während innerhalb von Institutionen ein Konsens bei Gewaltprävention erreicht werden kann (Siehlert 2014), ist die Haltung in Bezug auf Sexualität ein individueller Prozess, bei dem institutionsintern eventuell kein Konsens erreicht werden kann. Während eine Ablehnung von Gewalt einfach ist, ist es schwierig die Grenzen von gewaltfreier Sexualität und sexualisierter Gewalt konkret zu benennen, wenn die Fähigkeit zu Einvernehmlicher Sexualität per se in Frage gestellt wird. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden von Gesellschaft und Mitarbeitenden der Einrichtungen nach wie vor tendenziell als asexuell aufgefasst (Tellier 2017) und dort wo im Bereich geforscht wird, besteht ein heteronormativer Blick, der deviante sexuelle Neigungen nicht berücksichtigt und sogar als grundsätzlich gefährlich einstuft, auch wenn diese bewusst und einvernehmlich ausgelebt werden. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die deviante sexuelle Neigungen haben, verdrängen deshalb ihre Gefühle zu sich selbst und fühlen sich in der Fähigkeit ihre Sexualität zu äußern körperlich und verbal eingeschränkt. Eine bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und klare Absprachen in Bezug auf das Ausleben von Sexualität im Einvernehmen könnte nach Tellier in einzelnen Fällen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Kommunikationstechniken der sado-masochistischen Subkultur unterstützt werden. Eine umfassende Sexualagogik kann hier eine individuelle und einvernehmliche Sexualität ermöglichen. Hierfür sei Wissen über die eigene Sexualität und über sexuelle Handlungen notwendig, ohne die ein Einvernehmen in Sexualität nicht möglich ist. Auch Siehlert (a.a.O.) warnt davor, von einer umfassenden Sexualagogik abzusehen und diese nur unter dem Aspekt der opferzentrierten Gewaltprävention zu sehen. Sexualagogik ist mehr als Sexualaufklärung und mehr als Teilnehmer dazu zu befährigen, zu äußern, wenn sie einer sexualisierten Handlung nicht zustimmen. Sexualagogik befähigt darüber hinaus zur informierten Einwilligung in Sexualität. „Die Konzentration auf die Gefahren der Sexualität steht der selbstbestimmt-lustvollen Aneignung sexueller Erlebnisweisen im Wege.“ (ebd, 117) Delinquentes Verhalten wie sexualisierte Gewalt hat ihren Ursprung in der Regel in der Nichtbefriedigung von Bedürfnissen auf anderem Wege, auf Grund von strukturellen, sozialen oder persönlichen Faktoren. „In der Regel geht es zunächst um das Bedüfnis nach der Freiheit, das Leben in die eigene Hand zu nehmen (…) Menschen wollen handlungsmächtig bleiben und in sehr eingeschränkten Lebenslagen dienen gewaltsame Übergriffe dazu, diese Erfahrung zu machen. (…) Das alles ist aber kaum von Belang, wenn sexuelles Selbstbewusstsein und Sprachkompetenz fehlen, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper erst in Ansätzen vorhanden ist und kraftspendendes Begehren unterentwickelt blieb. Gedeihen können diese sexuellen Basiskompetenzen, wenn in den bisherigen Lern- und gegenwärtigen Bildungsräumen positive Beispiele sexueller Selbstverwirklichung existieren und sexuelle Verschiedenheit anerkannt wird. Sexualität und sexuelle Bildung haben also einen Wert an sich, der nicht durch Präventionsabsichten legitimiert werden muss.“ (ebd, 117-118) Nur in einem Umfeld, welches eine klare Haltung zu positiv gelebter Sexualität durch Sexualpädagogik erfahrbar macht, kann sowohl durch die Mitarbeitenden der Institutionen als auch durch die Klienten und Klienteinnen zwischen sexualisierter Gewalt und einvernehmlicher Sexualität unterschieden werden. Wer

den Fokus dabei ausschliesslich auf die Vermeidung von sexualisierter Gewalt legt und nicht darauf, wie Sexualität einvernehmlich gelebt werden kann, limitiert die Wirksamkeit von Gewaltprävention. Sexualagogik hilft Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen diese Kompetenz zu erwerben. Sexuelle Autonomie ist ein Prozess, in dem der Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen seine Fähigkeit zur Selbstbestimmung fortlaufend erweitert. Dieser Prozess erweitert somit gleichzeitig die individelle Freiheit und die erfahrbare Gleichstellung des jeweiligen Menschen. (vgl Grauman, 2016) Sexualaufklärung erlaubt Menschen mit Behinderung eine bessere Körperwahrnehmung und eine Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität als positiv (Ortland et al, 2016). Dadurch entsteht die Möglichkeit gewünschte von nicht erwünschter Sexualität zu unterscheiden und sexualisierte Gewalt zu identifizieren.

Björnsdóttir et al (2017) zeigen in ihrer Studie auf, welches Rollenbild Männer und Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen entwickeln können ohne begleitende und aufklärende Sexualagogik.

Die befragten Männer mit kognitiven Beeinträchtigungen geben ein traditionelles Rollenverständnis an. Der Mann ist Kämpfer, die Frau „nurturing, submissive, and sexualized“ (ebd., 7) Homosexualität wird als unmännlich eingestuft “which can be linked to sexism and the systematic devaluation of women and the feminine’’ (ebd.) Dadurch, dass die Überzeugung, dass ein Mann stark zu sein hat, bei den befragten Männern teilweise nicht mit dem erlebten Selbst und der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Männern mit kognitiven Beeinträchtigungen zusammenpasst, entsteht Aggression, die sich teilweise bis zur Misogynie ausweiten kann. Diesen Männer muss im Rahmen von Sexualagogik ein Vokabular vermittelt werden, dass ihnen ermöglicht, Autonomie auszudrücken ohne auf frauenfeindliche Aussagen zurückzugreifen. Die befragten Männer haben ihr Wissen über Sexualität und ihr Frauenbild aus Pornoheften und -filmen bezogen. „The men did not question the place of women in pornographic material nor discuss the ethics of porn with the researchers.” (ebd, 13)

Die Frauen in der Studie von Björnsdóttir et al (2017) geben an, dass von ihnen oft Unterordnung unter hierarchisch übergeordnete Personen wie Personal, Partner usw. erwartet wird. Hinzu kommt, dass Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung häufig nahegelegt wird, sich sterilisieren zu lassen. Ein Mann mit kognitiver Beeinträchtigung sagt deshalb: ‘‘I just bang these girls without condoms. They have been sterilized. No babies“ (ebd., 9) Die Sterilisation der Frauen wird teilweise als Prävention sexualisierter Gewalt gerechtfertigt, sie verhindert jedoch nicht die sexualisierte Gewalt, sondern nur die daraus drohende Schwangerschaft. Die Hälfte der teilnehmenden Frauen hat sexualisierte Gewalt erlebt. Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Teilnehmer geben an, keinen Zugang zu Sexualaufklärung zu haben. Dort wo Sexualaufklärung angeboten wird, ist sie problemorientiert auf den Schutz vor sexualisierter Gewalt ausgerichtet ohne die Möglichkeit zur Diskussion von Themen wie Vertrauen und Intimität, die eine positive Sexualität und einen positiven Umgang mit Gender ermöglichen.

Fuerey und Niesen (1994) werten 72 Fälle aus, in denen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sexualisierte Gewalt an anderen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verübt haben. In 35 dieser Fälle war die Tat auf institutionelle Vernachlässigung zurückzuführen. Institutionelle Vernachlässigung umfasst hierbei nach Fuerey und Niesen das Versagen, Menschen zu beschützen. Davon ist neben dem Nichtverhindern können von konkreten Handlungen sexualisierter Gewalt auch bereits dann zu sprechen, wenn Klienten nicht sexuell aufgeklärt werden, indem zum Beispiel Sexualität negativ konditioniert wird, Segregation nach Gender betrieben wird und so der Umgang mit dem anderen Geschlecht nicht eingeübt werden kann sowie dann, wenn selbstorganisierte Sexualaufklärung unterbunden wird. Dies kann zu unerwünschten sozialen und sexuellen Überzeugungen führen. Männer mit kognitiver Beeinträchtigung, die auf Grund der institutionellen Strukturen keinen erlaubten Zugang zu sexuellen Kontakten mit Frauen haben und rein deshalb und nicht auf Grund von Homosexualität den sexuellen Kontakt zu männlichen Mitbewohnern suchen, machen die Erfahrung, dass das Personal der Einrichtungen dies akzeptabler findet als sexuelle Kontakte zu weiblichen Mitbewohnerinnen, da die Gefahr einer Schwangerschaft ausgeschlossen ist. Das Ausleben der eigentlich heterosexuellen Sexualität wird vom Personal der Einrichtung unterbunden und scharf kritisiert, während der homosexuelle Kontakt zu Mitbewohnern akzeptiert wird, obwohl er nicht der eigentlichen Sexualität entspricht. Diese Haltung zu Homosexualität ist jedoch nicht heterogen und andere Mitarbeitede der Einrichtung kritisieren homosexuellen Kontakt der Bewohner untereinander. Die-

(C) JackF

se widersprüchlichen intrinsischen und extrinsischen Haltungen zu Sexualität führen dazu, dass die eigene Sexualität als Problem wahrgenommen wird und als Mittel Macht auszuüben. „They are often disciplined for expressing what is natural to human beings. (…) This sexual oppression may have a direct correlation to the sexual abuse that occurs between adults with mental retardation and concurrent facility neglect and institutional abuse." (ebd., 288-289) Diese Annahme würde erklären, warum Männer mit kognitiver Beeinträchtigung nicht geschlechtsspezifische sexualisierte Gewalt ausüben. Anders als bei männlichen Tätern ohne Behinderung sind ihre Opfer nicht zum Großteil weiblich, sondern zu 50% männlich. Es geht bei sexualisierter Gewalt durch Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung dann nicht um Sexualität, sondern um ein Ausagieren von Macht auf Grund erlernter Hilflosigkeit. „One method of asserting what little power one has is by victimizing someone more vulnerable." (ebd. 293) Um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Institutionellen Umfeld die Unterstützung zu geben, die sie brauchen,um nicht zu Tätern oder Täterinnen sexualisierter Gewalt zu werden ist eine speziell auf Sie zugeschnittene Sexualagogik notwendig. Diese sollte Verständnis dafür vermitteln, dass nicht nur die eigenen Grenzen beachtet werden müssen, sondern auch die Grenzen der anderen.

Die Studie „Can you breath?" von Faccini und Saide (2012) kann sowohl in Bezug auf bereits angesprochene Möglichkeit, dass auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eine nicht heteronorme Sexualität aufweisen können, gewertet werden. als auch als Beispiel, wie eine erfolgreiche tertiäre Prävention sexualiserte Gewalt auflösen und eine positive Sexualität ermöglichen kann. Die Studie analysiert eine männliche Person, die neben ihrer kognitiven Beeinträchtigung sexuelle Paraphilien aufweist und sexualisierte Gewalt gezeigt hat. Paraphilien der Person umfassen autoerotische Asphyxiation, Asphysiophile, Bondage und Cross-Dressing, Sadismus und Masochismus. Diese äussern sich ähnlich wie entsprechende Paraphilien bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen. Die Person hat hierbei jedoch zusätzlich pädophile Interessen. Er fertigte pornographische Schriften an und führte ein Tagebuch seiner sexuellen Handlungen. Auch hier ist festzuhalten: Seine eskalierende Entwicklung und Vorgehensweise ist der von Sexualstraftätern ohne kognitive Beeintächtigungen ähnlich. Die Person hatte mehrere traumatische Erlebnisse bis zur Adoleszenz zu verarbeiten. Seine Pflegefamilie lies ihn seinen Cross-Dressing-Fetish ausleben. Gefragt nach seinen ersten sexuellen Erfahrungen gibt er an, dass er mit dem Pflegevater einen sexuell expliziten Horrorfilm, „The Last House on the left", konsumiert habe. Auch seine Cross-Dressing-Neigung führt er auf das Konsumieren eines Filmes zurück: „ The Rocky Horror Picture Show". Innerhalb der Pflegefamilie kam es zu mehreren Situationen sexualisierter Gewalt, in der die Person teils Täter, teils Opfer war. Mit 15 Jahren hatte er eine andauernde sexuelle Beziehung zu einem 8 jährigen. Seine nächste sexuelle Beziehung hatte er dann mit einem 15 jährigen, der ihn vergewaltigte während er Frauenkleider trug. Mit diesem 15 jährigen entsteht im Anschluss eine 9 Monate anhaltende sexuelle Beziehung, die als weitere Paraphilie Atemreduktion umfasste. Er fertigte weiterhin Pornographie und beschriftet sie mit „I can't breathe". „He would also rub and grab himself in public, as well as ‚fall into others'', which he attributed to an unsteady gait due to his

CP, despite having good balance." (ebd.,Seite 100). Seine Therapie umfasste neben medikamentöser Einstellung auf Haldol und Zoloft soziales Training und Gruppensitzungen für Sexualstraftäter. Die Paraphilien, die er im Laufe seiner Lebensgeschichte erlernt und angenommen hatte, hat er ablegen können. Einzig seine Neigung, Frauenkleider anzuziehen, die als in seiner Persönlichkeit angelegte, angeborene sexuelle Neigung gewertet werden kann, lebt er weiterhin aus. Seine Betreuenden haben ihm hierfür einen akzeptablen Rahmen aufgezeigt und es scheint für den Klienten wichtig, weiterhin zugang zu dem Film „Rocky Horror Picture Show" zu haben. Der Fall des Mannens, den Faccini und Saide hier vorstellen ist für das vorliegende Thema in mehreren Aspekten interessant. Zunächst ist festzuhalten, dass sich sexualisiertes Fehlverhalten durch selbst erfahrende sexualisierte Gewalt entwickelt werden kann. Gleichzeitig gibt es sexuelle Neigungen, die von Geburt an in der Person angelegt sind und ähnlich wie die sexuelle Orientierung nicht abgelegt werden können. Im vorliegenden Fall ist anzunehmen, dass dies Transvestitismus, das Tragen von Kleidern des anderen Geschlechts, umfasst. Außerdem ist anzumerken, dass die vorgestellte Person erst im institutionellen Rahmen die Sicherheit und Unterstützung bekam, um ein sozial angepasstes Sexualverhalten zu entwickeln. Dies ist die Chance von Präventionsarbeit im institutionellen Bereich., die einen sicheren strukturellen Rahmen bieten kann, der insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dabei unterstützen kann, ein positives, sozial angepasstes Sexualleben zu entwickeln.

Autorin

Carmen Mayer

Carmen Mayer hat an der HS Ravensburg-Weingarten Soziale Arbeit (Bachelor) studiert. Sie hat in den Bereichen Bewährungshilfe und der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gearbeitet. Heute ist sie Gesamtleitung einer Kinderkrippe in München und spezialisiert in den Bereichen Sexualpädagogik, Hochbegabung sowie Autismus-Spektrum.

Quellenverzeichnis

BJÖRNSDÓTTIR Kristín; STEFÁNSDÓTTIR Ástrídur, STEFÁNSDÓTTIR, Gudrùn Valgerdur. (2017) People with Intellectual Disabilities Negotiate Autonomy, Gender and Sexuality. In: Sexualitiy and Disability. Volume 35, Issue 1.: 21-38

BOECKMANN Irmgard, WILL Corinna, BEVER Kathrin. (1999) Sexualität und Sexualerziehung von geistig behinderten Frauen und Männern. Eine Studie in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Mecklenburg-Vorpommern. Aufrufbar unter: https://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=375. Stand 02.03.2018

FACCINI, Lino und SAIDE, Marie Alezey. (2012) "Can You Breath?" Autoerotic Asphyxiation and Asphxiophilia in a Person with an Intellectual Disability and Sex Offending. In: Sexualitiy and Disability. Volume 30, Issue 1.: 97-101

FUEREY, Eileen M. und NIESEN Jill J. (1994). Sexual Abuse of Adults with Mental Retardation by Other Consumers. In: Sexuality and Disability. Volume 12, Issue 4: 285-294.

HERZKA, Michael und MOWLER Chris. (2015) Risiko, Unsicherheit und Komplexität: Grenzen des Risikomanagements. In: Hongler, Hanspeter und Keller, Samuel (Hrsg.). Risiko und Soziale Arbeit. Diskurse, Spannungsfelder, Konsequenzen. Springer Wiesbaden: 115-130

KLEIN Susanne, WAWROK Silke, FEGERT Jörg M. (1999) Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Volume 48 Issue 7: 497-513

MAYER, Carmen (2018) Tabutäter. Täterbezogene Prävention von sexualisierter Gewalt durch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Unveröffentlichte Bachelorthesis. Anforderbar unter: carmenmayer1980@gmail.com

ORTLAND Barbara, JENNESSEN Sven, RÖMISCH Kathrin, KUSBERT-MERKENS Dorothea, REICHERT Leonie, ARLABOSSE Anneke. (2016) Das Modellprojekt ReWiKs. Aktuelle Forschungsergebnisse zu Teilhabechancen Erwachsener mit Behinderung

im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung. In: Bundesgesundheitsblatt. Volume 59, Issue 9: 1085–1092

SCHRÖTTLE Monika, HORNBERG Claudia, GLAMMEIER Sandra et al (2012) Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Bundesministeriumfür Familie, Senioren, Frauenund Jugend (BMFSFJ): 25 -31

SIEHLERT Uwe. (2014). Sexuelle Bildung statt Gewaltprävention In: Böllert Karin und Wazlawik Martin (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt. Institutionelle und professionelle Herausforderungen. Springer, Wiesbaden: 111-124

TELLIER Stephanie (2017) Advanching the Discourse: Disability and BDSM. In: Sexuality and Disability Volume 35, Issue 4: 485-493.

THOM Robyn P., GRUDZINSKAS JR. Albert J., SALEH Fabian M. (2017) Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments. In: Current Psychiatry Reports Volume 19, Issue 5, Article 25.

WIESNER, Ute. (1999) Sexualität und Sexualerziehung von geistig behindertern Frauen und Männern. Eine Studie in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Mecklenburg-Vorpommern. Diplomarbeit. Fachhochschule Neubrandenburg.

WINGES-YANEZ, Nick. (2013) Why All the Talk About Sex? An Authoethnography Identifying the Troubling Discourse of Sexuality and Intellectual Disability. In: Sexuality and Disabil Volume 32, Issue 1:107–116

ZEMP, Aiha. (2002) Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In: Praxis der Kinderpsychiologie und Kinderpssychiatrie. Volume 51, Issue 8: 610-625

Pflegediagnosen – konkret, praktisch, umfassend

Marilynn E. Doenges / Mary Frances Moorhouse / Alice C. Murr

Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen

Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von
Maria Müller Staub, Jürgen Georg und Claudia Leoni-Scheiber
Übersetzt von Michael Herrmann.
6., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2019. 1488 S., 29 Abb., 10 Tab., Gb
€ 79,95 / CHF 99.00
ISBN 978-3-456-85831-9

Das erfolgreichste deutschsprachige Handbuch zur Pflegeplanung hilft Pflegenden, Pflegeassessmentdaten zu ordnen, Pflegediagnosen zu erkennen und einheitlich zu benennen. Die auf 242 Pflegediagnosen erweiterte 6. Neuauflage bietet alle NANDA-I-Pflegediagnosen bis 2017, sowie umfangreiche Zuordnungsliste für Pflegediagnosen zu über 600 Krankheitssituationen und 11 Pflegemodellen. Doenges bietet begründete Pflegemaßnahmen und gibt Hinweise zur Patientenedukation und Entlassungsplanung.

www.hogrefe.com

hogrefe

Wenn Sexualität zum Problem wird

Es ist kaum vorstellbar, doch Pflege könnte der einzige Zugang zu einer Art Sexualität, etwas Zuneigung oder gar Kontakt zu einer anderen Person sein. Viele ältere Menschen sind alleine, die Partner sind bereits verstorben und der Freundeskreis schrumpft enorm. Neue Freunde finden fällt schwerer und wird oft nicht mehr als wichtig angesehen. Wenn man mit Personen im hohen Alter spricht, bekommt man deutlich zu hören, dass eine neue Partnerschaft mehr Arbeit sei, als Vergnügen. Denn was ist wenn die bessere Hälfte zum Pflegefall wird? Sexualität begleitet uns unser Leben lang. Sie fängt im Mutterleib an und verändert sich im Laufe der Jahre immer wieder. Besonders alte Menschen sprechen oftmals etwas anders über Sex, allerdings ist es schon immer ein Thema gewesen. Früher sprach man etwas versteckter als heute. Ein gutes Beispiel aus dem Jahr 1920 wäre „Veronika, der Lenz ist da!“.

Ab wann ist man denn alt?

Jeder Mensch möchte alt werden, doch keiner möchte alt sein. Vor allem dann nicht, wenn man sich nicht mehr um sich selbst kümmern kann. Man kann mit 97 Jahren erstaunlich fit sein, sich selbst anziehen, essen oder Unterhaltungen führen. Aber was ist mit der Körperhygiene, die von der Gesellschaft erwartet wird? Wer übernimmt diese Pflege, wenn man doch eigentlich keinem zur Last fallen will und außerdem diesen enormen Eingriff in die Privatsphäre nur ungern, oder doch gern, über sich ergehen lässt?

Das interessante am alt werden ist, dass die anderen immer älter werden, jedoch man selbst in dem Glauben ist, kaum zu altern. Das liegt in erster Linie an den Gefühlen, denn diese altern nun mal nicht. Starke Gefühle sind abrufbar und führen in eine Welt von damals. Damals als man noch jung war. Man erinnert sich vielleicht noch an den ersten Schultag und das damit verbundene Gefühl, an die Pubertät und die ersten Schmetterlinge im Bauch, an die Feier zum 30. Geburtstag und so weiter. Gefühle unterteilen sich in angeborene und erlernte. Die angeborenen sitzen in der Amygdala, dem Mandelkern im Gehirn und sind über alle Kulturen gleich. Sie ermöglichen Empathie empfinden zu können, sowie Mimik und Gestik zu steuern.

Erlernte Gefühle eignet man sich im Laufe der Zeit über das Umfeld an. Dazu gehört zum Beispiel Scham. Wenn man Scham empfindet, senkt man seinen Kopf nach unten und hofft unsichtbar zu sein. In der Sexualität spielt Scham eine wesentliche Rolle, vor allem im Alter. Die Körperform sieht nicht mehr aus wie sie einmal war, selbst wenn alles noch gut beweglich ist, funktioniert es nicht mehr so, wie man gerne hätte. Dann entspricht der Körper nicht mehr der Norm. Schlussendlich kommt man an den Punkt, an dem man feststellt, dass man plötzlich verletzlich ist. Man realisiert, dass man immer mehr und mehr Hilfe benötigt und eventuell bekommt man Angst, der einen oder anderen Krankheit zu verfallen und im schlimmsten Fall ein Pflegefall zu werden. Doch wo bleibt bei all den Themen die Sexualität, vor allem im hohen Alter? Die Gesellschaft gibt vor, wer Sex haben darf. In den letzten Jahren werden ältere Menschen zumindest in der Werbung gezeigt. Doch wenn man an Sexualität denkt, dann stellt man sich eher Unversehrtheit vor, also ein bestimmtes Körperbild. So beginnt bereits der erste Zweifel, ob man überhaupt noch im Alter Sex haben darf. Besonders wenn es um die Libido geht, ist die Scham groß. Auch jüngeren Personen fällt es schwer beim Wunsch nach Veränderung oder Beschwerden zu einem/r Arzt/Ärztin, Therapeut/in oder Berater/in zu gehen, umso schwerer ist dies für ältere Personen.

Generell ist schon alleine die Pflege mit Scham besetzt und obwohl die Aussage, dass man sich nicht schämen muss, nett gemeint ist, ist sie nicht sonderlich hilfreich. Die Entblößung um von der/m PflegerIn umgezogen oder geduscht zu werden, die irgendwie dazu gehört, ist oftmals schon unangenehm genug. Empfehlenswerter ist es, der Person zu erklären, dass man es gut nachvollziehen kann, dass es einem selbst genauso gehen würde. Vorstellbar für junge Menschen ist dies trotzdem nicht. Dann beginnt es, dass der Partner oder die Partnerin und immer mehr Freunde und Freundinnen die Welt verlassen, man auf sich alleine gestellt und auf die PflegerInnen voraussichtlich angewiesen ist.

Lassen Pflegeheime überhaupt Sexualität zu?

Ja natürlich, jedoch ist der Umgang noch etwas verbesserungswürdig. Früher gab es im Pflegeheim Achtbettzimmer, alles war steril und weiß. Es gab kaum Privatsphäre, geschweige denn war von Trennwänden die Rede. Vor zehn Jahren gab es immer noch Vier- oder Sechsbettzimmer und nach wie vor fehlt es im Pflegesystem an Räumlichkeiten für Intimität und Sexualität. Aber auch Zweibettzimmer lassen selten Raum für private Angelegenheiten. Es gab einmal den Versuch in einigen Einrichtungen einen „sexuellen“ Raum zur Verfügung zu stellen. Jedoch wurde aus Scham das „Sexzimmer“ nicht genutzt, da es klar hervorgeht, aus welchem Grund man diesen Ort nützen würde. Leider ist es nicht möglich in jeder Geriatrie Einzelzimmer anzubieten. Somit schwindet die Vorstellung spontane Sexualität zu leben noch ein kleines Stückchen weiter. Oft kommt es bei älteren Menschen bereits zu einem Vermeidungsverhalten durch die Veränderungen der sexuellen Entwicklung im Alter, obwohl der Wunsch nach genitaler Sexualität sehr hoch ist.

Daher ist es wichtig nicht nur mit der betroffenen Person, sondern auch mit der Familie über das Thema Sexualität zu sprechen und es damit zu enttabuisieren. Um Sexualität etwas näher zu bringen, könnte man sich mit der Arbeit von SexualbegleiterInnen / Sexualassistenz auseinandersetzen. Der Verein Soph!e bietet derzeit Work-

(C) kezon

shops zum Thema „Nähe, Intimität und Distanz in der Pflege“ und zu „Sexualbegleitung / Sexualassistenz“ an, indem nicht nur rechtliches, wirtschaftliches und praktisches Wissen im Umgang mit alten und beeinträchtigten Menschen, sondern auch strukturelle Rahmenbedingungen der Tätigkeit gelehrt wird. (Quelle, http://www.sophie.or.at/2020/06/22/lehrgang-sexualbegleitung-sexualassistenz/)

SexualbegleiterInnen sind Personen die es ermöglichen Sexualität zu erleben, selbst wenn man körperlich eingeschränkt ist. Dabei wird auf einen verantwortungsvollen Umgang und gute Kommunikation geachtet, so dass keine persönlichen Grenzen überschritten werden.

Das heißt, dass die/der SexualbegleiterIn für die eigene sexuelle Erregung nicht benutzt wird, sondern lediglich die Möglichkeit gegeben ist, den eigenen Körper besser kennen zu lernen und wieder zu spüren.

Würde eine Person eine andere Person die nicht auf derselben sexuellen Entwicklungsebene ist oder nicht einverstanden ist benutzen, spräche man bereits von sexueller Gewalt.

Wann beginnt sexuelle Gewalt?

Sexuelle Gewalt kann körperlich und/oder psychisch sein und ist ein Lustgewinn für die ausübende Person. Es wird oft Macht und Überlegenheit demonstriert, allerdings spricht man bei sexueller Gewalt nicht von Sexualität. Sexualität soll etwas positiv besetztes bleiben und nicht in Verbindung mit einem negativen Erlebnis stehen.

In einem Bezugssystem, zum Beispiel durch regelmäßige Kontakte zwischen zwei Personen, kann man grundsätzlich nicht sagen ab wann Gewalt beginnt. In der Pflege sind es meist eher schleichende Prozesse, die bewusst eingesetzt werden, damit die/der TäterIn in Erregung kommt. Sexuelle Gewalt beginnt dann nicht plötzlich, sondern ist oftmals geplant und zielgerichtet. Vermehrt fängt sie mit Fantasien, Verlangen oder Wünschen an und geht meist mit großen innerlichen Konflikten in den TäterInnen selbst einher. Dann werden Rechtfertigungsstrategien zurecht gelegt um Hemmungen zu überwinden und Pläne geschmiedet, die/den Betroffene/n zu manipulieren und zu erpressen nichts zu verraten. So entsteht beim Opfer oft Angst statt Mut um eine klare Ablehnung auszudrücken oder ein deutliches „Nein, ich möchte das nicht!“ auszusprechen. Dieser Zyklus wird immer wieder wiederholt, bis es schlussendlich zum Übergriff kommt und zur neuerlichen Manipulation. Der Abstand zwischen Übergriff und Ruhephase wird immer geringer, wobei sich die Intensität nicht unbedingt steigern muss.

Grundsätzlich weiß jeder Mensch, egal ob jung oder alt was angenehm und was unangenehm ist. In manchen Situationen ist es schwer, allerdings nur aufgrund von fehlendem Wissen zwischen dem Ausdruck eines Gefühls und der Verbindung zum Körper, dies in Worte zu fassen.

Anders allerdings ist es, wenn Personen aus pathologischen Gründen übergriffig werden, zum Beispiel aus einer Demenz heraus. Sexualpädagogische Konzepte helfen und schützen MitarbeiterInnen und PatientInnen indem sich vorab Gedanken über sensible Themen gemacht werden. Gerade in der Pflege ist es schwer abwägen zu können, was die andere Person wirklich möchte, wenn sie sich nicht deutlich auszudrücken weiß. So stellt sich hier auch oft die Frage, wer hat denn überhaupt das Problem?

Sind es die PflegerInnen, die Familien oder die KlientInnen selbst, die mit der nicht gesellschaftsentsprechenden Situation überfordert sind?

Viele Menschen fürchten sich im Alter vor Gebrechlichkeit, Inkontinenz oder anderen Erkrankungen wie Demenz und Alzheimer. Lust zu empfinden ab der Geburt gehört ebenso zu den Grundbedürfnissen, wie sexuelle Gefühle im Alter. Auch Behinderungen und Krankheiten müssen nicht unbedingt die sexuelle Lust nehmen. Früher hat man ab der Pension noch zirka zehn Jahre gelebt. Es wurde nicht von einer Demenz gesprochen, sondern eher von dem Wort „senil“. Doch heute kann der Mensch 80 oder 90 Jahre alt werden. Eine Demenz, sagt man, tritt häufig drei Jahre nach der Pension ein und somit könnte man noch 30 Jahre mit dieser Erkrankung leben.

Unter Demenz versteht man einen Gehirnschaden, hervorgerufen von einer mentalen Beeinträchtigung. Sexualität und Demenz passen sich nicht aneinander an. Sexuelles Interesse kann schwinden, gleich bleiben oder zunehmen. Je nach Demenzform und Krankheitsstadium kann das zu einer enormen Herausforderung werden. Personen mit Demenz verlieren oft die zeitliche Orientierung. Vertraute Körperbewegungen aus der früheren Zeit werden gemacht, um die Vergangenheit wieder aufleben zu lassen. Das heißt zum Beispiel, dass sie nicht mehr wissen in welchem Jahr sie sich befinden. So kann es sein, dass diese Person eine jüngere Person für ihre/n SexualpartnerIn hält und unangebrachte Anmerkungen macht. Auch die sozialen Verhaltensnormen ändern sich und es kann zu unangepassten Annäherungsversuchen und verbalen Ausdrücken kommen. Für desorientierte Menschen ist die Gegenwart nicht mehr von Bedeutung. Sie schalten die Realität aus und ignorieren betreuende Personen, die versuchen sie in die Gesellschaft einzubringen.

Verwirrte Menschen entkleiden sich manchmal auch in der Öffentlichkeit. Das muss nicht aus exhibitionistischen Gründen geschehen, sondern kann auch der Versuch sein sich schlafen zu legen. Geschultes Personal ist in diesem Fall wichtig um eine adäquate Haltung einzunehmen und qualitative Pflege zu gewährleisten. Denn forderndes oder außergewöhnliches Verhalten der/s Erkrankten hat nichts mit der Persönlichkeit zu tun.

Zusammenfassend ist also was zu sagen?

Sexuelle Entwicklung ist, sofern es die Person möchte, auch im hohen Alter noch veränderbar. Das Thema Sexualität ist auch bei alten Menschen ernst zu nehmen und vor allem wahrzunehmen, dass sexuelle Lust als Wunsch vorhanden sein kann. Die hormonellen Veränderungen können eine Herausforderung werden, jedoch kann man davon ausgehen, dass vom Kleinkindalter bis ins hohe Alter Körperkontakt und Berührungen wichtig für das Wahrnehmen der eigenen Körpergrenzen sind. Für Menschen die mit Menschen arbeiten sind Schulungen empfehlenswert, da so bei eventuell aufkommenden sexuellen Fragestellungen richtig reagiert werden und die Arbeit erleichtert werden kann.

Jeder Mensch entscheidet ein Stück weit mit, ob etwas sein darf oder nicht sein darf. Ob man ein Drama, oder ein tolles Erlebnis aus etwas macht.

Autorin

Natalie Damjani
gehört zum erweiterten Team des Institut für Sexualpädagogik. Sie arbeitet selbständig als diplomierte Sozial- und Sexualpädagogin für verschiedenste Einrichtungen, hält Workshops und Vorträge in Schulen und Eltern-Kind-Zentren. Sie ist außerdem für die Kinder und Jugendhilfe Wien tätig und Obfrau sowie Trainerin ihres Sportvereins für Kinder, Erwachsene und Senioren mit dem Schwerpunkt Schwimmen.

Sexualisierte Gewalt gegen Frauen

Dieser Artikel entstand aus Anlass des Videos von Joko & Klaas „Männerwelten“, in dem in 15 Minuten verschiedene Formen von sexueller Belästigung von Frauen und von sexualisierter Gewalt gegen Frauen in Form einer Ausstellung dargestellt wurden. Ich beschäftige mich beruflich mit dem Thema Gewalt in verschiedenen Formen und Kontexten - Gewalt in der Pflege, strukturelle Gewalt in Einrichtungen, Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche. In diesem Artikel möchte ich das Thema des Videos auch aus theoretischer Sicht beleuchten und Präventionsmaßnahmen aufzeigen.

Theoretische Überlegungen
Das Thema Gewalt ist sehr vielschichtig und komplex. Bevor ich auf das konkrete Thema Gewalt gegen Frauen eingehe, möchte ich noch ein paar theoretische Überlegungen vorab anstellen.

Es gibt viele Definitionen von Gewalt und auch keinen einheitlichen Gewaltbegriff in der Wissenschaft. In diesem Artikel möchte ich mich auf folgende Definitionen beziehen:

„Gewalt ist Normüberschreitung bei gleichzeitiger massiver Beeinträchtigung der Rechte und/oder des Wohlbefindens desjenigen, der Adressat des Gewaltaktes wird.“ (Dieck 1998) Dieck (1998) zählt sowohl Misshandlungen als auch Vernachlässigung zu Gewalt und unterscheidet zwischen systematischen und einmaligen Gewalthandlungen. Gewalt ist eine vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse bzw. des Lebens. Die Androhung von Gewalt ist ebenfalls Gewalt. (Galtung 1993 zit. In Kranich 1998)

Die für mich wichtigen Aspekte in diesen Definitionen sind die Beeinträchtigung der Rechte und des Wohlbefindens bzw. der Bedürfnisse der betroffenen Personen, sowie der Hinweis auf verschiedene Formen wie Misshandlung, Vernachlässigung, Androhung von Gewalt, systematisch und einmalig. Zur Definition von Dierck ist kritisch anzumerken, dass die Beschreibung von Gewalt als Normüberschreitung immer abhängig davon sein kann, was das Umfeld als „Norm“ definiert. Die Allgemeinen Menschenrechte, in denen die Persönlichkeitsrechte geregelt sind und die die Grundlage jeglicher Gewaltprävention darstellen, sind eine universelle Norm, die jedoch nicht immer in jeder Gesellschaft oder jedem Staat praktisch oder auch rechtlich umgesetzt wird. Als Beispiel möchte ich an dieser Stelle anführen, dass erst 2017 im § 218 (1a) StGB geregelt wurde, dass „auch zu bestrafen ist, wer eine andere Person durch eine intensive Berührung einer der Geschlechtssphäre zuzuordnenden Körperstelle in ihrer Würde verletzt“, d.h. es werden auch Körperregionen wie Gesäß, Oberschenkel und Lippen miteinbezogen. (Stadt Wien, 2020). Es ist daher meiner Meinung nach zu kurz gegriffen, Gewalt „nur“ als Normüberschreitung zu definieren, denn wie und durch wen wird die „Norm“ definiert?

Die Gewaltdefinition des schwedischen Friedensforschers Galtung (1975) wird meist in der Wissenschaft herangezogen: „Gewalt liegt dann vor, wenn Menschen so beeinflusst werden, dass ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potenzielle Verwirklichung ... Gewalt ist das, was den Abstand zwischen dem Potenziellen und dem Aktuellen vergrößert oder die Verringerung dieses Abstandes erschwert.“ (Galtung, 1975)

Gewalt ist immer auch ein Ausdruck von Macht, die sich äußern kann als:

- Aktionsmacht: direkteste Form der Machtausübung, einzelne verletzende Handlung mit dem Ziel, Macht über einen anderen Menschen zu erhalten
- Instrumentelle Macht: Ziel ist eine dauerhafte Beeinflussung des Verhaltens der unterlegenen Person durch Kontrolle und Steuerung ihres Verhaltens
- Autoritative Macht: Einstellung und Verhalten eines anderen Menschen wird gelenkt
- Datensetzende Macht: Artefakte von Menschen (materielle Güter oder geistige Werke) greifen in das Leben anderer Menschen ein, ohne dass sich diese dem entziehen können

(Popitz, 1992)

Gewalt kann in vielfältiger Weise in Erscheinung treten, daher werden verschiedene Formen unterschieden:

Personelle Gewalt (aktive Handlung oder Unterlassung/Vernachlässigung):

- Körperlich: alle Formen von Misshandlungen
- Psychisch (seelisch, emotional): z.B. durch verbale Äußerungen, Abwertungen, Nötigungen, Diffamierungen; besondere Form der psychischen Gewalt ist die spirituelle Gewalt
- Sexuell
- Finanziell: finanzielle Ausbeutung der betroffenen Person
- Einschränkung des freien Willen durch starre Strukturen, Freiheitseinschränkungen

(Osterbrink & Andratsch, 2015)

Besonders hervorheben möchte ich aufgrund des Themas des Artikels die sexuelle Gewalt: Statt dem Begriff „sexuelle Gewalt“ oder „sexuellem Missbrauch“ wird in der Fachwelt meist von sexualisierter Gewalt gesprochen, die alle sexuellen Handlungen, die einem Kind bzw. einer Frau oder einem Mann aufgedrängt oder aufgezwungen werden. Sie ist ein Akt der Aggression und des Machtmissbrauchs. Sexualisierte Gewalt reicht von der sexuellen Belästigung oder Vergewaltigung erwachsener Frauen und geht bis zum sexuellen Missbrauch von Kindern. (Gewaltinfo.at)

(C) VadimGuzhva

Strukturelle Gewalt:
„Strukturelle Gewalt weist auf ungleiche (gesellschaftliche) Verhältnisse hin, die Menschen in ihrer Entwicklung behindern oder sogar bedrohen.“ (gewaltinfo.at)

Kulturelle Gewalt:
Osterbrink und Andratsch (2015) definieren diese als „Gewalt der Vorurteile, die innerhalb einer Kultur herrschen und das Handeln bestimmen“.

Gewalt gegen Frauen und Mädchen
Ich möchte mich nun wieder konkret dem Ausgangsthema nähern und auf (sexualisierte) Gewalt gegen Frauen und Mädchen eingehen.

Es gibt eine spezielle Definition zu Gewalt gegen Frauen und Mädchen, die 1995 im Abschlussdokument der Weltfrauenkonferenz, der Pekinger Erklärung und Aktionsplattform verschriftlich wurde: „Der Begriff ‚Gewalt gegen Frauen‘ bezeichnet jede Handlung geschlechtsbezogener Gewalt, die der Frau körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden oder Leid zufügt oder zufügen kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung in der Öffentlichkeit oder im Privatleben. Infolgedessen umfasst Gewalt gegen Frauen unter anderem folgende Formen:

- körperliche, sexuelle und psychische Gewalt in der Familie, namentlich auch Misshandlung von Frauen, sexueller Missbrauch von Mädchen im Haushalt, Gewalt im Zusammenhang mit der Mitgift, Vergewaltigung in der Ehe, Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane und andere traditionelle, für die Frau schädliche Praktiken, Gewalt außerhalb der Ehe und Gewalt im Zusammenhang mit Ausbeutung;
- körperliche, sexuelle und psychische Gewalt in der Gemeinschaft, so auch Vergewaltigung, Missbrauch, sexuelle Belästigung und Einschüchterung am Arbeitsplatz, an Bildungseinrichtungen und anderswo, Frauenhandel und Zwangsprostitution;
- vom Staat ausgeübte oder geduldete körperliche, sexuelle und psychische Gewalt, wo immer sie auftritt.“

(United Nations, 1996)

Formen:
Es stellt sich oft die Frage, wann beginnt sexualisierte Gewalt und wie äußert sie sich? Anhand folgender drei Begriffe wird versucht, hier eine Differenzierung zu schaffen, wobei die Übergänge fließend sind.

- Grenzverletzungen/-überschreitungen: verletzen Grenzen zwischen einzelnen Personen oder auch Generationen und Geschlechtern, einmalig; zufällige und unab-

sichtliche Grenzverletzungen im alltäglichen Miteinander können korrigiert werden, z.B. einmalige/gelegentliche Missachtung einer (fachlich) adäquaten körperlichen Distanz (grenzüberschreitende, zu intime körperliche Nähe und Berührungen im alltäglichen Umgang). Ein Beispiel für eine – vielen Frauen bekannte – sexualisierte Grenzverletzung: „Sie führt sich heute schon wieder so auf, sie hat sicher wieder ihre Tage!“ Sollten Grenzverletzungen nicht beachtet oder verharmlost werden, so kann es zu einer „Kultur der Grenzverletzungen“ kommen, die zu einer Verwahrlosung von Normen führt.

- (Sexuelle) Übergriffe: sie passieren nicht zufällig oder aus Versehen, über Bedürfnisse der betroffenen Person oder gesellschaftliche/kulturelle Normen sowie Regeln wird hinweg gesetzt; Missachtung der verbal oder nonverbal gezeigten (abwehrenden) Reaktionen der betroffenen Person, z.B. wiederholte Missachtung einer (fachlich) adäquaten körperlichen Distanz (grenzüberschreitende, zu intime körperliche Nähe und Berührungen im alltäglichen Umgang),
- Strafrechtlich relevante Formen sexualisierter Gewalt: alle Formen von psychischer und körperlicher Gewalt, z.B. Stalking, Erpressung (mit Nacktfotos), Nötigung, sexueller Missbrauch, Kinderpornographie, Voyeurismus.

(Enders & Kossatz, 2017)

Sexualisierte Gewalt kann im Extremfall zu Mord führen, der als Femizid bezeichnet wird, wenn Männer Frauen (insbesonders Ex-/Partnerinnen) ermorden, weil sie Frauen sind. (Russel & Harmes, 2001).

Ob Verhaltensweisen Grenzverletzungen darstellen oder nicht, hängt nicht nur von den Handlungen oder Formulierungen ab, sondern vor allem davon, wie die betroffene Person es erlebt. Neben den Prinzipien wie Menschenrechten und gesellschaftlichen und gesetzlichen Normen ist es vor allem immer von Bedeutung, wie die Betroffenen die Handlung einschätzen und sie von ihnen wahrgenommen wird. Jede Frau bzw. jedes Mädchen hat das Recht, dass ihre persönliche Einschätzung und ihr Erleben gehört und berücksichtigt wird.

Im eingangs erwähnten Video von Pro Sieben werden einige Formen von sexualisierter Gewalt genannt:

Virtueller Missbrauch: z.B. durch Verschicken von Dick Pics (Bilder von Penis). Derartige Bilder erhalten Frauen ungefragt als Anhänge in Mail, wobei es unabhängig davon ist, ob die Frau in der Öffentlichkeit steht oder nicht.

Psychischer Missbrauch (verbal): Moderatorinnen erhalten über Social Media sexuell inhaltlich Kommentare, Frauen werden auf ihren Körper reduziert, auf ihre Kleidung. Im Video wird erwähnt, dass bei weiblichen Influencerinnen von 100 Kommentaren im Schnitt 16 sexistisch sind, unter Videos von männlichen Influencern stehen genau 0 sexistische Kommentare von 100 Kommentaren.

Weiters wird im Video berichtet, dass oft aus harmlosen Unterhaltungen (z.B. Online präsent sein, auf Internet etwas verkaufen) unangenehme Anmachversuche mit oft ekelhaften oder unangenehmen Ausgängen werden.

Jede 2. Frau in Deutschland hat sexuelle Belästigung schon erlebt - oft mitten am Tag im Straßenverkehr, im Alltag, auf Party, bei Taxifahrt, im Gespräch mit Nachbarn, beim Nachhauseweg, im Lift, im Restaurant, am Arbeitsplatz, in U-Bahn, etc.

Am Ende des Videos wird auf ein schlimmes Vorurteil aufmerksam gemacht, nämlich dass eine Frau, die vergewaltigt wurde, dies „sicher durch ihre Kleidung provoziert hätte“. Opfer von Vergewaltigungen werden häufig gefragt: „Was trugst Du an jenem Tag?“ Diese Frage ist sehr verletzend. Die University of Kansas hat 21 Kleidungsstücke gesammelt, die Frauen anhatten bei Vergewaltigung: T-Shirt und Jeans, Top und Shorts, Shirt und langer Rock, Arbeitsuniform, Badeanzug, Abendkleid, Pyjama,…

Ebenso ist ein großer Irrtum, dass sexuelle Übergriffe und Missbräuche vor allem durch dem Opfer fremde Personen passieren. Im Video werden Vergewaltigung durch Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen, Vater, Onkel, Bruder, usw. genannt.

Zahlen, Daten, Fakten:
Im vorigen Absatz wurden bereits einige Zahlen aus Deutschland genannt. Im Video wird im Abspann noch darauf hingewiesen, dass bis heute nur knapp 10% aller Vergewaltigungen zur Anzeige gebracht werden, die Hälfte der Frauen in Deutschland schon einmal sexuell belästigt wurde und dass jede 7. Frau in Deutschland bereits strafrechtlich relevante Formen sexueller Gewalt erlebt hat.

Hier nun einige Zahlen aus Österreich aus der EU-weiten Studie „Violence against women“ (2014):

In einem Sample von 1.500 Frauen (Alter von 18-74 Jahren) waren 20% betroffen von physischer und/oder sexueller Gewalt (seit dem 15. Lebensjahr), davon 13% von Partner ausgehend und 12% von Nicht-Partner. Von psychischer Gewalt ausgehend vom Partner waren 38% (seit dem 15. Lebensjahr) betroffen. 9% waren von (schwerer) sexueller Gewalt (seit dem 15. Lebensjahr) und 35% von sexueller Belästigung (seit dem 15. Lebensjahr) betroffen. (BKA III/4, 2020).

2011 wurde eine österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern vom Österreichischen Institut für Familienforschung an der Universität Wien durchgeführt. Dabei wurde ein Teil der Stichprobe (2334 Personen, davon 1292 Frauen und 1042 Männer) persönlich befragt, der andere Teil mittels Online-Befragung. 40,8% der 51-60jährigen Frauen berichteten von sexueller Gewalt in der Kindheit, wohingegen in der Altersgruppe der 16-20jährigen Frauen 19,6% angaben, Erfahrung mit sexueller Gewalt in der Kindheit zu haben. 38,7% der Frauen waren in der Kindheit sowohl psychischer als auch körperlicher Gewalt ausgesetzt, 23% der Frauen sogar psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt. Grundsätzlich weisen Frauen deutlich höhere Prävalenzen auf als Männer, wenn es um die Kombination von unterschiedlichen Gewaltformen geht. So schildert z. B. jede vierte Frau, Gewalterfahrungen in allen vier Gewaltformen gemacht zu haben, im Vergleich zu jedem zwanzigsten Mann.

Neun von zehn Frauen (85,6%) berichten von psychischen Gewaltübergriffen im Kontext von Erwerbsleben und Arbeitsleben, 56,8% der Frauen berichten von körperlichen Übergriffen, wobei sie diese am häufigsten in einer Partnerschaft (29,1%) oder in der Familie (25,2%) erleben. Bei den bisherigen Zahlen gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch bei der Frage nach sexueller Belästigung zeigt sich ein großer Unterschied: 74,2 % (Drei Viertel aller Frauen) wurde im Erwachsenenalter schon einmal sexuell belästigt, im Gegensatz zu einem Viertel aller Männer (27,2%). Die häufigste Form mit 18,8% war „jemand ist zu nahe gekommen, sodass es als aufdringlich empfunden wurde“, danach wurden 13,1% „auf eine Art und Weise angesprochen, die als sexuell belästigend empfunden wurde“ und bei 12,6% der Frauen, hat jemand versucht, sie zu berühren oder zu küssen, obwohl sie es nicht gewollt haben. Über sexuelle Gewalt berichten 29,5% der Frauen im Gegensatz zu 8,8% der Männer. Sexuelle Gewalt erleben die befragten Frauen gleich häufig in der Partnerschaft (10,7 %), an öffentlichen Orten (10,1 %) oder im Freundes- bzw. Bekanntenkreis (10,1 %).
(Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien, 2011)

Auf der Seite des Bundeskanzleramtes wird darauf hingewiesen, dass nach Schätzungen der Polizei 90% aller Gewalttaten an Frauen in der Familie oder im sozialen Nahraum ausgeübt werden. Forschungsergebnisse würden darauf hinweisen, dass jede fünfte Frau bereits Gewalt in der Beziehung erlebt hat. Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund können zusätzlich noch von traditionsbedingter Gewalt (z.B. Zwangsheirat, weibliche Genitalverstümmelung) betroffen sein. Besonders gefährdet sind auch Frauen mit Behinderung. (Bundeskanzleramt, 2020). Junge Frauen (18-29 Jahre) und Frauen während der Schwangerschaft sind besonders betroffen von Gewalt, die zum größten Teil in der Familie passiert. (Ogris, 2017)

Die Anzahl von Frauenmorden ist in Österreich sehr hoch: 2019 wurden laut polizeilicher Kriminalstatistik 39 Frauen–häufig von ihren (Ex-)Partnern oder Familienmitgliedern –ermordet. Im Jahr 2018 gab es sogar 41 Morde an Frauen. Zum Vergleich: 2014 wurden 19 Frauen umgebracht (AÖF, 2020)

Auslöser und Risikofaktoren:
Alter wird als Risikofaktor gesehen, da jüngere Frauen häufiger Opfer von Gewalt sind. Dabei ist aber die Dunkelziffer unter den älteren Frauen unbekannt, da sich diese seltener an Hilfsorganisationen wenden.

Weitere Risikofaktoren sind Gewalt in der Herkunftsfamilie, die Frauen gefährdeter macht, selbst Opfer von gewalttätigen Partner zu werden, Gewalt in der Schwangerschaft bzw. Gewalt gegen Frau und Kind und Konflikte im Alltagsleben (z.B. Eifersucht, Macht und Kontrolle, sexuelle Ansprüche). Sozioökonomische Faktoren spielen hinsichtlich Auftreten von Gewalt keine Rolle, lediglich hinsichtlich der Erstattung einer Anzeige. Betroffene aus höheren Einkommens- und Bildungsschichten wenden sich seltener an Hilfseinrichtungen. Ein Risikofaktor für Gewalt stellt jedoch eine Statusdifferenz in der Partnerschaft dar.
(gewaltinfo.at, 2020)

Auch die Ethnie/Hautfarbe und Religion spielen eine Rolle bei Gewaltübergriffen, so gehören Angriffe aufgrund des Kopftuchs leider zum Alltag vieler muslimischer Frauen in Österreich. (Grabovac, 2017)

In Bezug auf Gewalt in der Beziehung hat Joel in ihrem Buch „Warnhinweise“ der britischen Beratungs-Website zu häuslicher Gewalt (www.hiddenhurt.co.uk) aufgezählt. Dazu zählen u.a. Kontrolle; Eifersucht; eine zu schnelle, zu enge Bindung; unrealistische Erwartungen; unerwartete, unangenehme Großzügigkeit; Respektlosigkeit der aktuellen Partnerin und früheren Partnerinnen gegenüber; negative Einstellung gegenüber Frauen im Allgemeinen; rigides Rollenverständnis; verbale Gewalt; Jekyll- & Hyde-Persönlichkeit; Grausamkeit gegenüber Kindern und/oder Tieren; Geschichte von häuslicher und anderer Gewalt; Gewaltdrohungen,… (Joel, 2020)

Prävention:
Prävention kann in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingeteilt werden. Primärprävention hat als Ziel, Gewalt und aggressives Verhalten von vornherein zu verhindern, Sekundärprävention soll Deeskalation in akuten Gewaltsituationen bewirken und Tertiärprävention beschäftigt sich mit der Nachbearbeitung von Gewaltereignissen mit dem Ziel, zukünftige Vorfälle zu verhindern. (Osterbrink & Andratsch, 2015).

Aus dieser Beschreibung ist bereits ersichtlich, dass sehr viele Maßnahmen getroffen werden können, um sexualisierte Gewalt an Frauen zu verhindern. Am wichtigsten ist jedoch die Primärprävention, die sowohl auf individueller Ebene bei uns allen ansetzt und sich in Haltung und Handlungen zeigt als auch auf struktureller gesellschaftlicher Ebene, wo Gesetze, Institutionen, Beratungsstellen usw. geschaffen werden müssen.

An erster Stelle steht aber meiner Meinung nach vor allem ein Bewusstmachen der verschiedenen Formen und des Ausmaßes an sexualisierter Gewalt an Frauen in der Gesellschaft. Hier ist Österreich leider auf EU-Ebene negativer Spitzenreiter, da in der Eurobarometerstudie 62% der Befragten der Meinung sind, dass „anzügliche Kommentare gegenüber Frauen nicht falsch sind und auch nicht strafbar sein sollten“. Sexuelle Handlungen ohne explizite Zustimmung werden gerechtfertigt, wenn Alkohol im Spiel ist (15%), sich das Opfer nicht klar zur Wehr setzte (12%), freiwillig mit nach Hause ging (11%) oder Frauen freizügige Kleidung trugen (9%), wobei es kaum einen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Befragten gibt. (Grabovac, 2017) Jede bzw. jeder von uns sollte bzw. muss selbst gegen Gewalt an Frauen und Mädchen eintreten, z.B. bei frauenfeindlichen Witzen nicht mitlachen, und wenn man Augenzeugin bzw. Augenzeuge von Gewalt an Frauen wird, Zivilcourage zeigen und nicht untätig bleiben, sondern reagieren. Man kann in bedrohlichen Situationen Hilfe bzw. die Polizei rufen, Betroffenen Hilfe anbieten, sich informieren (z.B. an den Frauennotruf wenden), Situationen von sexueller Belästigung unterbrechen, Verdacht auf Gewalt ansprechen und vor allem Betroffene von Gewalt ernst nehmen.

Eine wichtige Präventionsmaßnahme möchte ich hervorheben - die „Istanbul Konvention Gewalt gegen Frauen“.

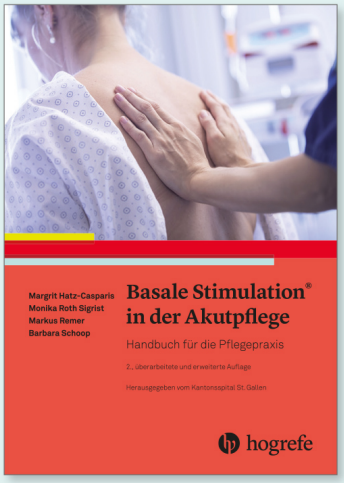
2011 wurde das „Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt“ von 13 Staaten, unter anderem auch Österreich, in Istanbul unterzeichnet, wodurch es erstmals in Europa ein völkerrechtlich bindendes Instrument zur umfassenden Bekämpfung aller Formen von Gewalt an Frauen gibt. Für die unterzeichnenden Staaten ist die Konvention rechtlich verbindlich und umzusetzen. In Österreich trat die Konvention 2014 in Kraft. Sie enthält weitreichende Verpflichtungen zur Prävention, zum Schutz von Betroffenen und zur wirksamen Strafverfolgung. Die Vorgaben betreffen unter anderem Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung, die Schaffung adäquater Hilfseinrichtungen, die strafgerichtliche Verfolgung von Gewalthandlungen und die Unterstützung von Betroffenen im Strafprozess.

Die Regelungen umfassen alle Formen geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen, ebenso wie alle Erscheinungsbilder (z.B. häusliche Gewalt, Stalking, Zwangsverheiratung und weibliche Genitalverstümmelung).

Da strukturelle Gewalt in Form von geringeren Chancen von Frauen in einem System von ungleichen gesellschaftlichen Machtverhältnissen zwischen Männern und Frauen als Hauptursache von geschlechtsspezifischer Gewalt erkannt wird, fordert die Istanbuler Konvention daher die rechtliche und faktische Gleichstellung von Frauen in der Gesellschaft. Dies wird als wichtige Voraussetzung für den effektiven Schutz vor individueller Gewalt angesehen. (Bundeskanzleramt, 2020)

Auf systemischer Ebene erachtet Ogris auch die Armutsbekämpfung als essenziell in der Gewaltprävention, auf persönlicher Ebene Trennung (die zwei Drittel der Frauen schaffen) und Anzeige, da verurteilte Sexualstraftäter nach einer Therapie eine geringe Rückfallquote haben.(Ogris, 2017)

Highlights aus dem Hogrefe Verlag



Margrit Hatz-Casparis et al.

Basale Stimulation® in der Akutpflege

Handbuch für die Pflegepraxis

2., überarb. u. erw. Aufl. 2020.
128 S., 237 Abb., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-86015-2
Auch als eBook erhältlich

Die Autorinnen führen verständlich in die Grundlagen und Anwendung der Basalen Stimulation in der Akutpflege ein. Anschaulich wird beschrieben und illustriert, wie Pflegende über die verschiedenen Sinne Menschen ansprechen, berühren, stimulieren und beruhigen können.

Dominik Rottenkolber / Georg Hellmann / Günter Thiele (Hrsg.)

Das Pflege-administrationsbuch

Pflege – Pflegemanagement – Verantwortung

Unter Mitarbeit von
Uwe Bettig / Katja Boguth / Karen Pottkämper.
2020. 232 S., 43 Abb., 33 Tab., Kt
€ 49,95 / CHF 65.00
ISBN 978-3-456-85752-7
Auch als eBook erhältlich

Das Pflegeadministrationsbuch ist das erste und umfassende Lehrbuch für Pflegestudierende, Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, Pflegemanagerinnen und Pflegemanager zu Fragen der Administration, Kontrolle, Verwaltung, Steuerungen, Kontrolle und Finanzierung der Pflege und Pflegeleistungen.

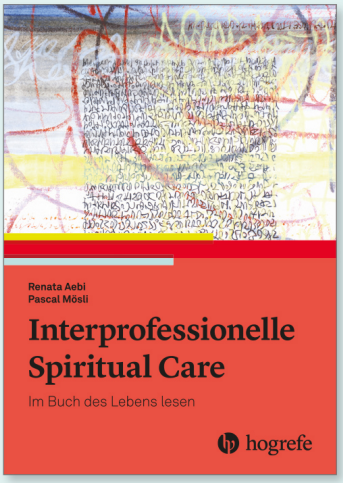
Renata Schneiter-Ulmann / Martina Föhn (Hrsg.)

Lehrbuch Garten-therapie

Palliative Care und geistige Behinderung

2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.
2020. 432 S., 160 Abb., 56 Tab., Gb, Downloadmaterial
€ 97,95 / CHF 125.00
ISBN 978-3-456-85742-8
Auch als eBook erhältlich

Dieses erfolgreiche Lehrbuch bietet auch in der zweiten Auflage das grundlegende, praxiserprobte und forschungsgestützte Standardwerk über die Grundlagen, Praxis und Forschung in der Gartentherapie für Pflege-, Grün- und Therapieberufe.



Renata Aebi / Pascal Mösli

Inter-professionelle Spiritual Care

Im Buch des Lebens lesen

2020. 160 S., 22 Abb., 1 Tab., Kt
€ 29,95 / CHF 39.90
ISBN 978-3-456-85857-9
Auch als eBook erhältlich

Das Fachbuch der interprofessionellen Spiritual Care führt in Grundlagen und -verständnis sowie Theorie und Praxis der Spiritual Care ein. Es arbeitet ihre individuellen, interprofessionellen sowie ihre auf Sorge und Caring bezogenen Aspekte heraus.

Der Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (AÖF) fordert ein 10-Punkte-Programm gegen Gewalt an Frauen und Kindern: Internationale Vereinbarungen zur Bekämpfung von Gewalt an Frauen, Recht auf Unterkunft in einem Frauenhaus, Finanzierung der Frauenhäuser, Hilfsangebote für Betroffene (Frauenberatungsstellen, Notrufe), Wohnungen für Frauen und Kinder, Recht auf Arbeit und Existenzsicherung, Bewusstseinsbildung und Prävention, Gesetze zur Bekämpfung von Gewalt, Zugang zum Recht – Ausbau der Opferrechte und die Gleichstellung von Frauen und Männern.

Anzudenken wäre auch, das Thema „sexualisierte Gewalt“ sehr frühzeitig anzubinden, z. B. in Geburtsvorbereitungskursen, Elternschulen und -trainings, Eltern-Cafés - v.a. in Hinblick auf Sensibilisierung, Reflexion zu Geschlechterrollen, Darstellung und implizite Bewertung von Mädchen und Buben/Frauen und Männer in den Medien, Enttabuisierung von sexueller Gewalt an Kindern. Präventionsarbeit kann, wird und soll auch im elementarpädagogischen Bereich geleistet werden z.B. Projekte wie „Faustlos“. Es können auch sehr niederschwellige Angebote der Information, Beratung und des Austausches angeboten werden, z.B. analog zu Trauer-Cafés auch Gewalt-Cafés

Es muss jedoch festgehalten werden, dass sexualisierte Gewalt trotz aller möglichen Maßnahmen leider nie gänzlich verhindert werden kann. Aber Politik und Zivilgesellschaft können im Präventionsbereich noch vieles leisten. Gerade im Präventionsbereich besteht noch viel Bedarf an Maßnahmen, im Bereich des Opferschutzes gibt es schon relativ viele Angebote und ein hohes Bewusstsein, dass hier Hilfe nötig ist. Ebenso muss ein konstruktiver Täterumgang, im Sinne des Schutzes der Gesellschaft, aber auch der Würde der Täter, stärker in den Fokus gerückt werden, v.a. im Hinblick auf Täter jüngeren Alters.

Zum Abschluss möchte ich noch ein Zitat von Hedwig Dohm (1831-1919), dt. Schriftstellerin und Frauenrechtlerin anfügen:

„Mehr Stolz, ihr Frauen! Wie ist es nur möglich, dass ihr euch nicht aufbäumt gegen die Verachtung, die euch noch immer trifft. – Auch heute noch? Ja, auch heute noch.“

Literatur:

AÖF (Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser / Informationsstelle gegen Gewalt) (2020): 10-Punkte-Programm gegen Gewalt an Frauen und Kindern. Abgerufen am 30.8.2020 von: https://www.aoef.at/images/06_infoshop/6-2_infomaterial_zum_downloaden/Infoblaetter_zu_gewalt/10%20Punkte%20Programm%20gegen%20Gewalt.pdf

AÖF (2020): Gewalt an Frauen und Mädchen in Österreich. Abgerufen am 30.8.2020 von: https://www.aoef.at/images/06_infoshop/6-2_infomaterial_zum_downloaden/Infoblaetter_zu_gewalt/Factsheet_Gewalt-an-Frauen-und-Maedchen-in-Oesterreich_08-2020.pdf

BKA III/4 (2020): Violence against women: EU-wide Survey (2014) Ergebnisse für Österreich (inkl. EU-Durchschnitt). Abgerufen am 30.8.2020 von: http://www.coordination-vaw.gv.at/wp-content/uploads/2020/02/2020.02.10._Gewaltbetroffenheit_nach_Form_der_Gewalt_Partner_allg._FRA-Studie_Websiteversion.pdf

Bundeskanzleramt (2020): Abgerufen am 30.8.2020 von: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/frauen-und-gleichstellung/gewalt-gegen-frauen/istanbul-konvention-gewalt-gegen-frauen.html

Dieck, Margret (1998): Der Begriff der Gewalt gegen ältere Menschen im familialen und häuslichen Kontext. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Gewalt gegen Ältere zu Hause. Fachtagung 11. Und 12.3.1996. 2. Auflage. Bonn

Enders Ursula & Kossatz Yücel (2017): Grenzverletzung, sexueller Übergriff oder sexueller Missbrauch? In: Ursula Enders (Hrsg.): Grenzen achten. Schutz vor sexuellem Missbrauch in Institutionen. Ein Handbuch für die Praxis. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 2. Auflage (S. 30-53)

Galtung Johan (1975): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg

Gewaltinfo.at (2020): abgerufen am 30.8.2020 von: https://www.gewaltinfo.at/

Grabovac Daniela (2017): Gewalt gegen Frauen. In: Andrea Berzlanovich, Gertrude Brinek & Maria Rösslhumer (Hrsg.): Eine von fünf. Gewaltschutz für Frauen in allen Lebenslagen. Eine Publikation der Volksanwaltschaft. Saarbrücken: Edition Ausblick Wien (S. 20-26).

Joel Antje (2020): Prügel. Eine ganz gewöhnliche Geschichte häuslicher Gewalt. Hamburg: Rowohlt.

Kranich, Mariana (1998): Aggressions- und Gewaltphänomene in der Altenarbeit. Bonn: Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“, Band 1.

Ogris Günter (2017): Gewalt an Frauen – die soziologische Perspektive. In: Andrea Berzlanovich, Gertrude Brinek & Maria Rösslhumer (Hrsg.): Eine von fünf. Gewaltschutz für Frauen in allen Lebenslagen. Eine Publikation der Volksanwaltschaft. Saarbrücken: Edition Ausblick Wien (S. 14-19).

Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF) (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männer. Abgerufen am 30.8.2020 von: file:///C:/Users/SABIN_~1/AppData/Local/Temp/Gewaltpraevalenz_final-1.pdf

Osterbrink Jürgen & Andratsch Franziska (2015): Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können. München: Beck

Popitz H. (1992): Phänomene der Macht. Tübingen: Mohr Siebeck, 2. Auflage

Russell Diane & Harmes Roberta A. (Hrsg) (2001): Femicide in Global Perspective. New York: Teachers College Press

Stadt Wien (2020): Rechtsinformationen zu sexuelle Belästigung – Dein Körper. Dein Recht. Aufgerufen am 30.8.2020 von: https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/stichwort/gesundheit/dein-koerper-dein-recht/rechtsinformationen-sexuelle-belaestigung.html

United Nations (1996): The Beijing Declaration and the Platform for Action, Fourth World Conference on Women Beijing, China, 4-15 Sept.1995, New York

Youtube Video „Männerwelten. Joko & Klaas 15 Minuten. Abgerufen am 30.8.2020 von https://www.prosieben.at/tv/joko-klaas-gegen-prosieben/video/32-maennerwelten-joko-klaas-15-minuten-clip

Autorin

Mag.a Sabine Ruppert, DGKP
Pflegewissenschafterin, diplomierte Erwachsenenbildnerin, zertifizierte klinische Ethikberaterin, Leiterin der Stabsstelle Missbrauchs- & Gewaltprävention, Kinder- & Jugendschutz der Erzdiözese Wien, Stellvertretende Kommissionleiterin der Kommission 5 der Volksanwaltschaft, Externe Lektorin (u.a. FH-Krems, Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder, UMIT)

Sexualität im Pflegealltag

Pflege beschäftigt sich mit dem ganzen Menschen, auch mit Regionen des Körpers, die im Normalleben „Intimbereich“ genannt werden. Nicht nur deswegen begegnen sich Pflegende und zu Pflegende auf sexuellen konnotierten Ebenen. Früher ein klares Tabuthema im oft kirchlich organisierten Pflegeberuf, sollte Sexualität und intimes Pflegegeschehen heute Inhalt der theoretischen Ausbildung zum Krankenpflegepersonal sein.

Das Thema „Sexualität“ in Verbindung mit Pflege gilt nach wie vor eher als tabuisiert. Es ist zwar gegenwärtig vorhanden, doch beginnt die öffentliche Auseinandersetzung damit nur recht zögerlich und deren Bedeutung ist eher dezent.

In der Pflegesituation/Im Pflegealltag ist enger körperlicher Kontakt zwischen Pflegeperson und zu Pflegenden natürlicher Bestandteil der Arbeitsbeziehung. Deswegen kann man Pflege und Sexualität nicht voneinander trennen. Gatterer (2008) beschreibt es als besonders wichtig, das Thema Sexualität in der Pflegeausbildung zu integrieren und den Intimbereich des zu Pflegenden nicht auf den Bereich der Ausscheidungsfunktionen zu reduzieren.

Wenn das Pflegepersonal im Vorhinein mit möglichen Situationen und Bewältigungsstrategien für deren Umgang ausgerüstet wird, ist es beim Auftreten von solchen Situationen besser vorbereitet und kann passend reagieren.

Den Pflegenden wird im Zusammenhang mit Sexualität geringes Fachwissen, mangelndes Bewusstsein und unzureichende Gesprächsführungskompetenz unterstellt. Auch wird davon gesprochen, dass das Pflegepersonal wenig souverän im Umgang mit der Sexualität der zu Pflegenden umginge und dass es notwendig wäre, Pflegende für entsprechende Fähigkeiten zu qualifizieren (vgl. Stemmer, 2001; Zettl, 2000).

Bei so mancher Pflegetätigkeit muss die Pflegeperson mit dem Patienten an intimen Stellen Hautkontakt aufnehmen und den in der Regel verhüllten Körper des Patienten und auch die sexuelle Integrität des Patienten berühren und beäugen. Damit führen Pflegende Tätigkeiten durch, die außerhalb des pflegerischen Kontextes als sexuelles Handeln eingeordnet wären. Wird hier weiter bedacht, dass sich bei diesen Tätigkeiten meist unbekannte Menschen gegenüber sind, könnte nach Kleinevers (2004) die Pflegetätigkeit in der Intimsphäre auch als sexuelle Gewaltanwendung bezeichnet werden.

Patienten sind individuell und bedürfen individueller Pflege. Sie gehören verschiedenen Altersgruppen an, unterscheiden sich in der Fülle der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt und in ihrer kulturellen Herkunft. Eine weite Rolle spielt hier die Art der Erkrankung, körperlich oder geistig, somatisch oder psychisch.

Dass es diese Vielfalt gibt ist Fakt. Die Menschenrechte, besonders das Antidiskriminierungsgesetz verordnet, dass alle Menschen gleich behandelt werden müssen, egal in wen sie sich verlieben, oder welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Ein Basiswissen über die multiplexen Möglichkeiten der geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt ist von Vorteil um eine individuelle Pflege gewährleisten zu können.

Berühren und berührt werden
Die Berührung ist ein wesentliches Element des Pflegealltages. Von zentraler Bedeutung ist hier, ob die Berührung bewusst oder unbewusst von den Pflegenden ausgeführt wird und welche Qualität sie hat. Unsere christlich-abendländische Gesellschaft setzt enge Grenzen für gesellschaftliche akzeptable Berührungen, jedoch werden gerade in der Pflege diese Intimitätsgrenzen oftmals überschritten, ohne dass dies von den Pflegepersonen erkannt wird (vgl. Schulze-Rostek et al., 2001).

Da sich Pflegeperson und Patient im Normfall persönlich fremd sind, wäre in diesem Modell der gesellschaftliche oder öffentliche Abstand angemessen. Aufgrund der Pflegebedürftigkeit des Patienten kommen sich Pflegender und zu Pflegender näher, als es ihrer Beziehung entspricht. In einer solchen Situation werden meist Gefühle ausgelöst, die sich einerseits auf die Erziehung und andererseits auf die gesellschaftlichen Normen zurückführen lassen (vgl. Schäffler, 1998).

Bei Zusammentreffen einer sexuell belasteten Situation löst das Empfindungen bei der Pflegeperson aus. Vorrangig wird hier von den Emotionen Scham, Peinlichkeit, Ekel, Lust und Schuld gesprochen. Klitzing (1997) spricht davon, dass es immer beide Seiten zu betrachten gilt. Bestimmte Pflegehandlungen können zum einen bei der Pflegeperson Empfindungen auslösen, andererseits reagiert jedoch auch die Person gegenüber, also der zu pflegende Mensch. Meist sind es Situationen, die bei beiden ähnliche Emotionen auslösen.

Erlebt ein Patient*in körperliche Entblößung, spürt er keine Kontrolle über seine visuelle Zugänglichkeit mehr und empfindet Scham und Verlegenheit.

Die Aufgaben und „Nichtaufgaben“ des Pflegepersonals
Im 18. und 19. Jahrhundert wurden Prostituierte für die Pflege Kranker herangezogen. Es wurden dadurch Behandlungskosten gespart und es zeigt uns auch noch heute, welch geringes Ansehen der Beruf der Krankenschwester damals genoss. Der Grat zwischen Pflege und Prostitution war ein sehr schmaler.

Da die Krankenschwestern bei der Pflege kranker Männer Handlungen verrichteten, die nach dem bürgerlichen Frauenbild mit Prostitution gleichzusetzen waren, wurde eine Debatte ausgelöst. Jene Schwestern, die einem geistlichen Orden angehörten, waren durch ihr Keuschheitsgelübde von solch Vorurteilen befreit und galten als „immun“. Den weltlichen („wilden“) Schwestern wurde unterstellt, ihren Beruf der Krankenschwester aus sexueller Motivation gewählt zu haben (vgl. Seidl, 1993).

Eine klare Abgrenzung und Bezugnahme auf die Aufgaben bzw. „Nichtaufgaben“ könnte in manchen Situationen hilfreich sein.

Schließlich liegt es in der zwischenmenschlichen Begegnung zwischen Patient und Pflegekraft, die Spielräume auszuloten. Durch nichtpflegerische Kommunikation, verbal wie nonverbal, legen die Beteiligten die Grenzen der Begegnung fest und werden in jedem Einzelfall individuell beurteilen, inwiefern die Annäherung zugelassen oder abgewiesen wird.

Sexuelle Belästigung
Sexualität ist Teil unseres Lebens und nicht jeder Flirt oder lockere Spruch kann zwangsläufig als „sexuelle Belästigung“ gewertet werden. Dennoch stellt sich immer wieder die Frage, wo die Grenze liegt, welche respektiert werden soll. Wer sich für einen Beruf im Gesundheitswesen entscheidet, tut dies meist aus Freude am Umgang mit Menschen und Interesse an medizinischen Fragen. Die künftigen Pflegepersonen entscheiden sich für eine anstrengende, verantwortungsvolle Arbeit, deren finanzielle Entschädigung oft nicht überwältigend ist. Sie sind motiviert, Patienten und Patientinnen beim Gesundungsprozess zu helfen oder sie zu unterstützen, mit ihrer Krankheit zu leben. Meist ist die zu pflegende Person dafür dankbar und anerkennt und respektiert die Arbeit. Manche missverstehen aber das Engagement oder nutzen es gar aus.

Wichtig ist hier, dass sich die Pflegeperson über ihre Rolle im Klaren ist. Sie ist weder Mutter noch Tochter noch Schwester (!), weder Dienstmädchen noch Kellnerin. Der Arbeit wird nach klarem fachlichem Auftrag nachgegangen, der Patient wird respektiert und auch die Pflegeperson muss respektiert werden (vgl. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2009).

Eine sofortige, klare Grenzziehung durch Worte oder Taten (z.B.: Verlassen des Raumes) und Besprechung im Team sollte nach einer sexuellen Belästigung von Patient*in oder Mitarbeiter*innen auf eine Pflegeperson folgen.

2012 wurden mittels standardisiertem Onlinefragebogen 3103 Pflegepersonen in Österreich,

Deutschland und der Schweiz über das retrospektive Empfinden des Unterrichts zu intimen Pflegegeschehen befragt:

- 43,7 % des diplomierten Personals empfand das Ausmaß des Unterrichtes als zu wenig oder viel zu wenig. „Guter“ Unterricht zu Sexualität und Pflege führt seltener zu unangenehmen Situationen und einer höheren Zufriedenheit im Beruf.
- Das Pflegepersonal wünscht sich praxisnäheren Unterricht mit Handlungsvorschlägen zum besseren Umgang in sexuell konnotierten Situationen. Handlungsbedarf in der Aus- Fort- oder Weiterbildung zu diesem Thema besteht.
- Wenn das Pflegepersonal einen „guten“ Unterricht in intimen Pflegegeschehen genießen durfte, gefällt ihnen ihr Beruf auch insgesamt besser als jenen, welche angegeben haben den Unterricht als „schlecht“ empfunden zu haben.

Unvorbereitete Pflegepersonen finden sich häufig in undeutlichen Situationen und können die Grenze zwischen Pflege und Sexualität weder für sich selbst, noch für den zu Pflegenden deutlich ziehen. Das wiederum kann zu Verlusten in der Pflegequalität führen.

Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit

Die Fachstelle Selbstbewusst sieht in der sexuellen Bildung auch die Aufgabe darin, Fachkräfte und Pflegepersonal zum Thema Sexualität im Pflegealltag zu schulen um mit sexuell konnotierten Situationen gut bzw. besser umgehen zu können. Des Weiteren steht die Prävention von (struktureller) sexueller Gewalt im Fokus. Sexuelle Übergriffe von Patient*innen auf das Personal, unter den Mitarbeitenden oder Ausführung sexualisierter Gewalt in Pflegesituationen auf die Patient*innen geschehen leider und müssen thematisiert und somit enttabuisiert werden. Das Erkennen und die Prävention sexueller Übergriffe/Gewalt sind weitere Schwerpunkte der Fortbildung.

Die Fachstelle Selbstbewusst bietet folgende Leistungen an:

- Seminar für Pflegepersonen innerhalb der Ausbildung
- Fortbildung für bereits ausgebildete Pflegepersonen
- Vorträge für Pflegepersonen
- Schulungen für Pflegepersonen
- Begleitung bei der Erstellung eines sexualpädagogischen und gewaltpräventiven Schutzkonzeptes

Literaturangaben:

Gatterer, G. (2008). Sexualität in der Pflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift, H. 11, S. 13-17.

Illichmann, K. (2013). Sexualität im Pflegealltag. Ein Tabu in der Ausbildung zur diplomierten Pflegeperson? Unveröffentlichte Masterarbeit. Paris Lodron Universität.

Kleinevers, S. (2004). Sexualität und Pflege. Bewusstmachung einer verdeckten Realität. Hannover: Schlütersche.

Klitzing, W. (1997). Sexualität - Tabu in der Pflege. Die Nähe zum Patienten kann Angst machen. In: Pflegezeitschrift, Jg. 50, H. 8, S.459-464.

Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (Hrsg.) (1998). Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. Stuttgart: Gustav Fischer.

Schulze - Rostek, K., Timpe, P., Vaas, M. (2001). IUE Berühren – Berührt werden. In: Wagner, F. & Osterbrink, J. (Hrsg.): Integrierte Unterrichtseinheiten. Ein Modell für die Ausbildung in der Pflege. Bern: Hans Huber. S. 95-119.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2009). „Verstehen Sie keinen Spass, Schwester?“ Ein Leitfaden zum Schutz vor sexueller Belästigung für Pflegefachpersonen und andere Erwerbstätige im Gesundheitswesen.

Seidl, E. (1993). Pflege im Wandel: Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung. 2. Aufl. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Stemmer, R. (2001). Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt a M.: Mabuse.

Zettl, S. (2000). Krankheit, Sexualität und Pflege. Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu. Stuttgart: Kohlhammer.

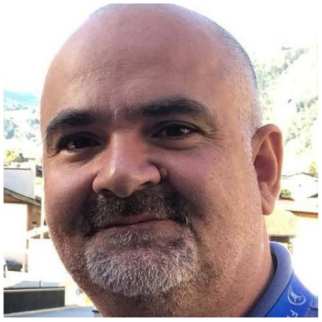
Autorin

Kerstin Steiner-Illichmann MA, BSc
sexualpädagogische Workshopleiterin, freie Mitarbeiterin für die Fachstelle Selbstbewusst (Salzburg)

FT-Medizintechnik

... immer in Bewegung

Bei uns finden sie, was sie für die optimale Versorgung ihrer PatientInnen benötigen. Und natürlich alles um ihre wertvolle Arbeit überall dort zu unterstützen wo es nötig ist.



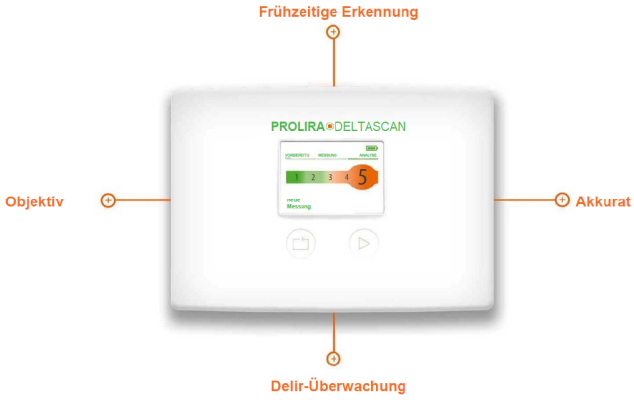
DGKP Fasching Thomas
Geschäftsführer

UNSER MOTTO ... WIR KÖNNEN ... WIR WOLLEN ... WIR WERDEN

Zum Beispiel: Delir Screening

Um das Delir häufiger und schneller zu erkennen, wurde der Prolira-DeltaScan entwickelt. DeltaScan ist ein objektives medizinisches Instrument, das auf der Grundlage eines 1-Kanal-EEG-Signals (Elektroenzephalographie) funktioniert. Das EEG hat sich als ein Biomarker für das Delir bewiesen [1].

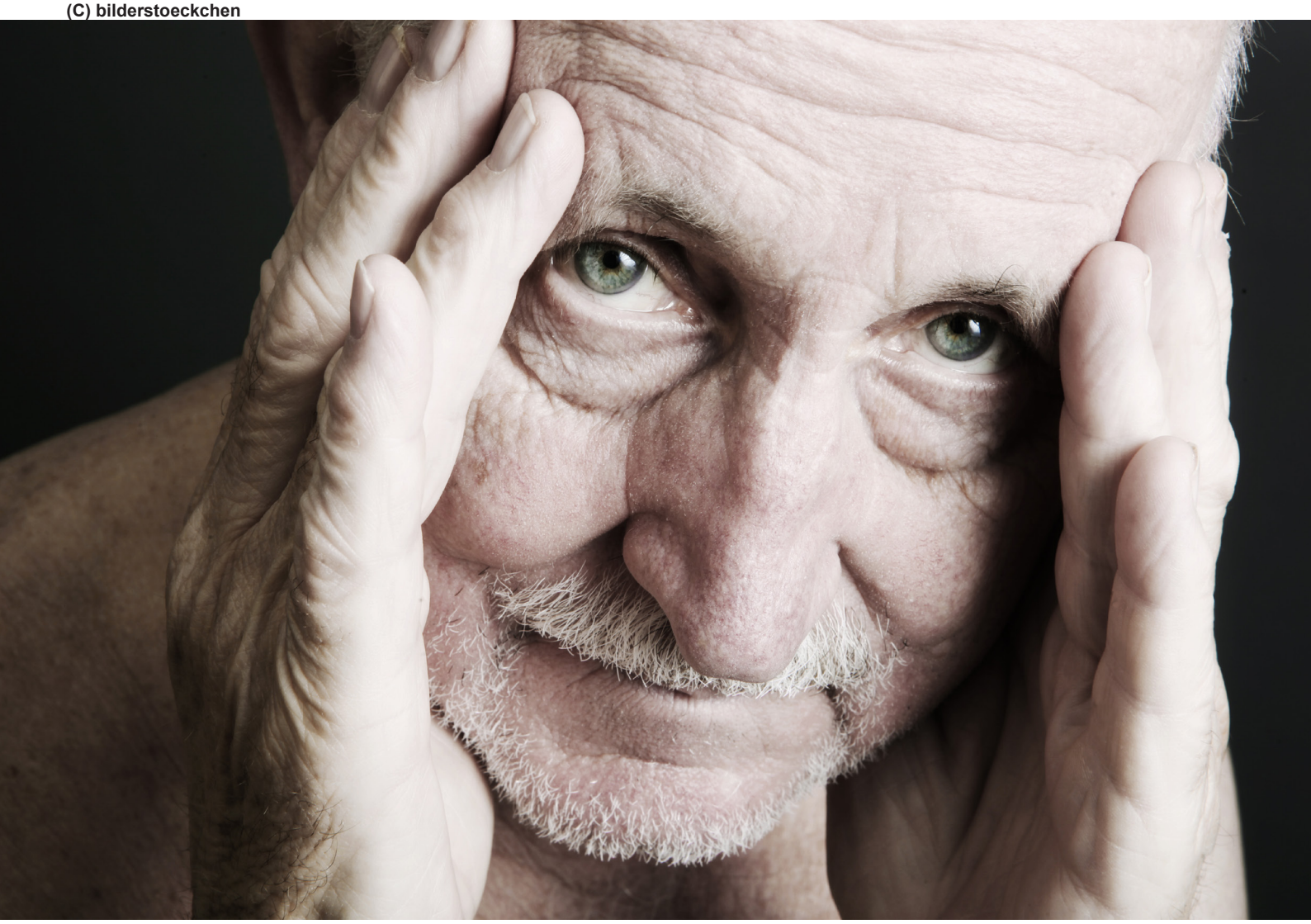
1.Van der Kooi et al., 2015, Chest, 147(1): 94-101



PROLIRA DELTASCAN

Mail: office@ft-medizintechnik.at Tel: +43(0)699 10 75 37 23 Homepage: www.ft-medizintechnik.at

(C) bilderstoeckchen



Hinweise zum Umgang mit „sexuell belästigenden“ Demenzkranken in der Langzeitpflege

Wer lange genug in der Pflege Demenzkranker tätig war, wird Erfahrungen wie die folgende mindestens einmal selbst gemacht oder zumindest aus dem Kreis der Kolleginnen als Bericht gehört haben:

„Eines Morgens als ich bei einem demenzkranken und bettlägerigen Mann die Intimpflege durchführte, griff er mir plötzlich in meinen Zopf und versuchte, meinen Kopf zu seinem Penis zu drücken. Er sagte: “ Nimm ihn in den Mund, du Luder.“ Ich reagierte geschockt und versuchte, mich aus dem Griff zu winden. Dabei zog er an meinen Haaren und sagte:“ Stell dich nicht so an, meine Frau ist nicht da.“ Geschockt verließ ich den Raum. Da ich in unserer Einrichtung die einzige Fachkraft war und bei dem Mann ein SPK-Verband anstand, musste ich mich erneut zu ihm begeben. Jetzt machte er „nur“ verbale Anspielungen. Dies ist eine meiner schlimmeren Geschichten, wobei ich in meinem Beruf mehrmals sexueller Belästigung ausgeliefert war, bei einigen Bewohnern teilweise täglich. Der hier beschriebene Mann belästigte häufig das weibliche Pflegepersonal. Zudem zeigte er auch abwehrendes Verhalten und körperliche Gewalt.“

Erlebnis von einer Leser*in eingesandt

Erfahrungen der beschriebenen Art sind glücklicherweise nicht die Regel. Offenbar sind sie aber auch nicht die seltene Ausnahme. Sie betreffen überwiegend das weibliche Pflegepersonal und treten mit zunehmender Demenz häufiger auf, um beim Übergang in eine schwere Demenz wieder seltener zu werden. Im Hinblick auf die Vorgänge im Gehirn geht man davon aus, dass im Bereich des Vorderhirns angesiedelte Hemmungsmechanismen aufgrund der Demenz nachlassen. Dies kann bei immer schon lustbetonten Personen zu „überschießenden" sexuellen Impulsen führen, die von den Kranken dann nicht mehr kontrollierbar sind. Es gibt bislang nur wenige Studien, die sich mit der Häufigkeit „unangemessenen Verhaltens" Demenzkranker beschäftigen. Eine Studie von Zeiss und Mitarbeitern (1996), die zeitlich sehr genau „problematisches Verhalten" in der Öffentlichkeit erfasste, berichtet folgendes Ergebnis: Nur in 1,6 Prozent der gesamten Beobachtungszeit kam es zu eindeutig „sexuell unangemessenem" Verhalten der Kranken. Andere Studien registrieren ein „unangemessenes sexuelles Verhalten" bei lediglich 5 Prozent der Demenzkranken (Miller et al. 1995; Cummings et al. 1990, Harris et al. 1998). Dass problematische Verhaltensweisen vergleichsweise häufiger aus stationären Einrichtungen berichtet werden als aus dem häuslichen Bereich, mag daran liegen, dass das Zusammenleben vieler Betroffener auf engem Raum Probleme fördert, die sich im häuslichen Bereich oder im öffentlichen Raum weniger stellen. Im Übrigen wird eine sich entwickelnde Demenz eher vom Nachlassen sexueller Interessen begleitet als von einer Zunahme der Libido. Erstes wirkt jedoch nicht sensationell und findet daher keine öffentliche Beachtung. Dagegen kann „sexuell belästigendes Verhalten Demenzkranker" Schlagzeiten machen und den Eindruck erwecken, als handele es sich um ein regelhaftes und damit häufigeres Phänomen.

Die genannten Zahlen und allgemeine Erkenntnisse zur Entwicklung sexuellen Verhaltens im Rahmen einer Demenz allein helfen jedoch nicht, pflegerisch überfordernde Situationen wie die eingangs geschilderte zu bewältigen. Leider gibt es dazu auch kein Patentrezept. Vielmehr wird es immer darum gehen auszuprobieren, welche von vielen möglichen Strategien im Einzelfall am besten greifen. Diese gilt es, konsequent beizubehalten bzw. dem weiteren Verlauf der Demenz anzupassen.

Hier sind einige Vorschläge:

1. Bleiben Sie immer ruhig. Ihre Ruhe kann ausstrahlen und den Demenzkranken beruhigen. Setzen Sie sich selbst als „Beruhigungsmittel" ein. Durch Ihr Verhalten entscheiden Sie wesentlich mit darüber, ob sich eine „sexuelle Belästigung" zu einem Drama entwickeln wird oder zu einem von Ihnen souverän bewältigten „symptomatischen Verhalten" eines Kranken. Wie Sie selbst den Vorgang deuten („Vergewaltigungsversuch") und bewerten („gefährlich", „abnorm"), wird auf Sie auf Ihr weiteres Erleben und Verhalten zurückwirken.
2. Prüfen Sie mögliche alternative Sichtweisen, bevor Sie ein Verhalten als „sexuell" deuten. So kann ein „Herumnesteln" zwischen den Beinen auch folgende Gründe haben: juckende Textilien, zu enge Kleidung, schlechte Hygiene, Miktionsdrang, Infektion der Harnröhre, Unterleibsschmerzen oder eine Situationsverkennung.
3. Nehmen Sie sexualisierte Äußerungen eines Demenzkranken so wenig persönlich wie möglich. Wie Sie wissen, gehören Verwechselungen und Enthemmungen zum Krankheitsbild einer Demenz. Was immer der Patient „sexuell belästigend" äußert („Luder", „Nutte"), verrät vor allem etwas über ihn selbst. Über Sie und Ihre wahre Persönlichkeit besagt es gar nichts.
4. Sprechen Sie sexuell wirkendes Verhalten eines Demenzkranken diesem gegenüber sofort und unmissverständlich an. Benennen Sie das Bedürfnis, das er zum Ausdruck bringt. Teilen Sie ihm klar und deutlich mit, dass Sie sein momentanes Verhalten nicht wünschen. Betonen Sie, dass zwischen Ihnen beiden ein rein professioneller Kontakt besteht („Ich sehe, dass Sie ein sexuelles Bedürfnis haben. Ich bin jedoch nicht Ihre Partnerin, sondern Ihre Pflegerin. Bitte nehmen Sie jetzt Ihre Hände weg, sonst verlasse ich sofort den Raum.")
5. Verzichten Sie darauf, dem Patienten zu drohen, ihn zu erziehen oder ihn zu beschämen („Hören Sie auf rumzufingern, sonst setzen wir Sie die Straße!" „Schämen Sie sich denn nicht?!)
6. Bieten Sie dem Patienten ein Alternativverhalten an („Bitte halten Sie mal kurz die Haarbürste.") oder versuchen Sie eine Ablenkung („Wer ist die Person auf dem Foto, das dort an der Wand hängt?")
7. Nutzen Sie Ihr Vorwissen über den Patienten. Einem früher

frommen Patienten kann der Hinweis Grenzen setzen: „Sie sündigen gerade! Wollen Sie das wirklich?“

8. Falls der Patient Sie nicht loslässt: Unterbrechen Sie die Pflegehandlung und verlassen Sie sofort (Ruhe und Entschiedenheit ausstrahlend) den Raum. Rufen Sie notfalls mit ruhiger Stimme Hilfe herbei.
9. Führen Sie bei bekanntermaßen problematischen Patienten die Körperpflege im Team durch. Dadurch wirkt die Pflege professionell und weniger intim. Bei Bedarf kann das andere Teammitglied Sie schützen.
10. Bitten Sie nahe Angehörige, bei der Körperpflege dabei zu sein, wenn diese verfügbar und bereit sind und der Demenzkranke mit ihrer Anwesenheit einverstanden ist. Allein durch die Anwesenheit einer dritten Person kann sich die Wahrscheinlichkeit sexuellen Verhaltens verringern.
11. Tragen Sie insbesondere bei der Körperpflege konsequent eindeutig erkennbare „Dienstkleidung“ (z.B. einen weißen Kittel). Verzichten Sie auf „Extras“, die Sie unnötig attraktiv machen. Vermeiden Sie vor allem ein „einladendes“ Dekolleté.
12. Führen Sie die Körperpflege möglichst nie in Privaträumen durch (insbesondere nicht in einem Schlafzimmer). Wählen Sie dafür Orte, die auch sonst der Körperpflege dienen (Badezimmer).
13. Achten Sie darauf, die Körperpflege bei optimaler Beleuchtung durchzuführen (also im Hellen!). Vermeiden Sie jegliche schummerige und Fehldeutungen fördernde Schlafzimmeratmosphäre.
14. Wann und wo immer es geht, sollte der Pflegende möglichst das gleiche Geschlecht haben wie der oder die Gepflegte, sofern keine homosexuelle Orientierung vorliegt.
15. Tragen Sie bei der Körperpflege immer (!) Handschuhe. Dies dient nicht nur der Hygiene. Visuell und taktil verschafft das Handschuhtragen einen Abstand und verdeutlicht, dass es sich um professionelle und keine intimen Handgriffe handelt.
16. Verzichten Sie auf jegliche Zärtlichkeiten bei der Körperpflege. Diese können allzu leicht missverstanden werden.
17. Erklären Sie bei jeder Pflegehandlung laut und deutlich, was sie pflegerisch gerade tun und welchem Zweck Ihr Vorgehen dient. Dadurch verringern Sie die Gefahr, dass Ihr Tun mit einer Intimhandlung verwechselt wird.
18. Lassen Sie den Demenzkranken seinen Intimbereich selbst pflegen, soweit er dazu noch in der Lage ist.
19. Überprüfen Sie, ob die Medikation des Patienten lustfördernd ist. Wenn ein Demenzkranker auch von Parkinson betroffen ist, kann es sein, dass die Parkinson-Medikamente luststeigernd wirken. Besprechen Sie mit dem verordnenden Arzt, inwieweit eine Umstellung der Medikation sinnvoll sein kann.
20. Besprechen Sie Ihre Erfahrungen mit „sexueller Belästigung“ möglichst bald in Ihrem professionellen Team (unter Umständen unter Einbeziehung eines Supervisors). Geben Sie Ihre Erfahrungen mit einem bestimmten Patienten vor allem bald an Kolleginnen und Kollegen weiter, die den gleichen Demenzkranken ebenfalls betreuen, und tauschen Sie sich regelmäßig aus.
21. Erarbeiten Sie für Ihre Einrichtung „Kriterien für den Umgang mit sexueller Belästigung“. In diese können auch die hier gemachten Hinweise einfließen.
22. Überlegen Sie mit Ihrem Team, ob dem sexuell belästigenden Verhalten eines Demenzkranken nicht ein Bedürfnis zugrunde liegt, das man auf andere Weise so befriedigen kann, dass es nicht mehr zur sexuellen Belästigung kommt (z.B. Angebot vermehrter Bewegungs- oder anderer Kontaktmöglichkeiten). Erforschen Sie, unter welchen Umständen es bei einem Demenzkranken vermehrt zu „sexuellen Belästigungen“ kommt und wirken Sie auf diese ein.
23. Begegnen Sie dem Patienten auch nach einer „sexuellen Belästigung“ weiterhin mit Respekt und Ruhe. Sein Verhalten ist Folge einer Krankheit und keine vorsätzliche Straftat.
24. Verlassen Sie den Raum, wenn ein Demenzkranker in Ihrer Gegenwart zu masturbieren beginnt. Dahinter steckt selten ein krankhafter Exhibitionismus oder eine andere gegen Sie gerichtete sexuelle Belästigung. Für manche Demenzkranke ist es die letzte Möglichkeit, sich noch als sexuell lebendiger und kompetenter Mensch zu erleben und sich in einem oft nur noch tristen Lebensabschnitt zu einigen wenigen lustvollen Momenten zu verhelfen. Manche Demenzkranke sind danach entspannter und damit zugänglicher.
25. Fragen Sie sich in einem ruhigen Augenblick, welche Einstellung zu Sexualität Sie selbst haben. Denn Ihre eigene Einstellung dazu wird Ihre Reaktion auf sexualisiert wirkendes Patientenverhalten

wesentlich mitbestimmen.

26. Sofern Sie selbst in Ihrem Leben schon einmal ein sexuelles Trauma erlitten haben, sollten Sie Ihre Kolleginnen und Kolleginnen bitten, bei Demenzkranken mit sexuell problematisch wirkenden Verhalten die Körperpflege zu übernehmen. Sonst besteht die Gefahr, dass schmerzhafte frühere Erfahrungen bei Ihnen wiederbelebt werden. Eine Retraumatisierung könnte dann die Folge sein.
27. Denken Sie daran, dass umgekehrt auch Fälle vorkommen, in denen sich Demenzkranke durch Pflegehandlungen „sexuell belästigt“ fühlen, ohne dies angemessen zum Ausdruck bringen zu können. Hierbei wird es sich überwiegend um demenzkranke Frauen handeln, die panisch oder unverständlich auf männliches Pflegepersonal reagieren, weil sie in ihrer Vergangenheit einmal durch Männer sexuelle Gewalt erfahren haben.

Autor

Dr. Dr. med. Herbert Mück
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Coach und Supervisor in Köln. Er hat mehrere Jahre die frühere Zeitschrift „Demenz-Spektrum“ als Chefredakteur gestaltet und Vorträge über Demenz und Sexualität gehalten.

Angelika Feichtner, Bettina Pußwald

Angehörige in der Palliative Care

Unterstützung, Begleitung und Beratung

facultas 2020, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage
206 Seiten, broschiert
EUR 21,90 (A) / EUR 21,30 (D) / sFr 27,– UVP
ISBN 978-3-7089-1873-0
Auch als epub: e-ISBN 978-3-99030-999-5

Erhältlich im Buchhandel oder auf
facultas.at

facultas

Alt sein ist keine Sünde
Können wir Alter und Sexualität akzeptieren?

Scham: Alte Menschen schämen sich oft. Das beginnt schleichend und wird mit der Zeit stärker. So lange jemand selbständig lebt und im Stande ist, nützlich zu sein ist diese Person davon meistens überzeugt eine Lebensberechtigung zu haben. Unselbständig zu sein, ist aber ein Horrorgedanke für viele ältere Menschen. Sehr viele alte Menschen verlieren spätestens dann die Achtung vor sich selbst, wenn sie Hilfe annehmen müssen. Vieles am Alt sein ist ihnen peinlich. Anscheinend ist der Umstand jetzt alt geworden zu sein schon ein Grund sich zu genieren. Die Verherrlichung der Jugend ist Normalität in unseren Breitegraden. Die Selbstakzeptanz in späteren Jahren ist oft gering; das negative Gefühl beginnt schleichend, wenn man das mittlere Alter überschritten hat und die ersten körperlichen Veränderungen deutlich sichtbar werden.

Ein undefinierbarer Mix: Aber alt sein alleine ist nicht das Schlimmste. Im Alter stehen schambehaftete Tabuthemen wie die eigene Sexualität oft unbewusst an erster Stelle. Obwohl es viele unterschiedliche Formen, Bedürfnisse und Wünsche in Verbindungen mit dem Thema Sexualität gibt, geht es im Alter sehr oft um das Thema Scham und Sünde in einer diffusen Vermischung mit dem Begriff Lust. Alles was mit dem altmodischen Begriff „fleischlich“ verknüpft werden kann, ist irgendwie negativ besetzt. Das ist nicht überall so, aber es ist bezeichnend für ältere Menschen in den Ländern Mitteleuropas. Hier wird das Thema Alter und Sexualität oft zu einer Belastung. Bei einem alten Menschen ist es häufig so: es mischen sich frühere, positive wie auch negative Erfahrungen mit den aktuellen, neueren Erfahrungen und Sehnsüchte. Das Ganze wird zu einem undefinierbaren Mix von Erlebtem und von Wünschen aus früher und jetzt.

Bei einer beginnenden Demenz können sich individuelle Erlebnisformen im Zusammenhang mit

(C) Photographee

Sexualität jederzeit in eine neue Richtung entwickeln. Wir sehen das oft in den Einrichtungen und Heimen. Es gibt viele Beispiele wo eher unauffällige, zurückhaltende alte Menschen plötzlich sexuell freizügig und fordernd auftreten. Das kann so weit gehen, dass ihre Verwandte sie kaum mehr wiedererkennen. Hier braucht es gut geschulte Betreuer. Alte Menschen ändern ihr Verhalten bei einer Demenzerkrankung, weil frühere einprägsame Erlebnisse eine immer größere Rolle spielen. Sie möchten jetzt endlich frei sein.

Die Haltung in der Gesellschaft: Wie wir alle wissen, teilen viele Menschen die übliche Haltung der Mehrheit in der Gesellschaft, wo sowohl das Thema Sexualität wie auch das Thema Alter entweder ignoriert, weggeschoben oder ins Lächerliche gezogen wird. Solche Themen werden als peinlich empfunden und es werden darüber viele Witze gemacht. Diese negative Einstellung ist oft prägend für das ganze Leben. Bis ins hohe Alter schleppt der alte Mensch diese Haltung mit sich herum. Das macht ihn kaputt und ist deprimierend. Aber bei einer beginnenden Demenzerkrankung; spätestens dann, wenn der „Kontrollstöpsel“ weg ist, gibt es manchmal auch positive, befreiende Erlebnisse für den Betroffenen. Verwirrtheit kann auch positive Seiten haben. Alte Menschen zeigen ihre Bedürfnisse und schämen sich nicht und vielleicht kommen alte einschlägige Erlebnisse und versteckte Wünsche endlich zum Vorschein und können bearbeitet werden. Das setzt natürlich voraus, dass die privaten und die professionellen Betreuer respektvoll handeln und gut geschult sind.

Die größte Peinlichkeit: Für viele Menschen ist es so, als ob das Thema „Sexualität im Alter“ die denkbar größte Peinlichkeit in einem Alterungsprozess ausmacht. Diese Kombination ist anscheinend die Spitze eines Eisberges. Darunter verbergen sich unendlich viele verdrängte und unausgesprochene Angelegenheiten. Ältere Menschen wollen nicht zur Last fallen. Und was passt gefühlsmäßig besser zum „sich über sein Alter schämen“ als das Tabuthema „Sexualität im Alter“? Beides fühlt sich peinlich an.

Erst bei einer zunehmenden Demenzerkrankung, wo sich alles Zeitliche und Räumliche in Auflösung befindet verlieren die Menschen ihre Hemmungen. Sie haben jetzt keine Ahnung wie alt sie sind und sie fühlen sich nicht mehr an unseren üblichen Verhaltensnormen gebunden.

Verknüpfungen bei einem Abbauprozess: Am Ende eines langen Lebens und am Beginn eines Demenzprozesses werden die Dinge nicht mehr über die Logik und die Vernunft betrachtet und kategorisiert – der alte Mensch orientiert sich jetzt mehr und mehr über eine emotionelle, gefühlsgesteuerte Ebene. Sie suchen nach Orientierung und verwenden Sinneseindrücke. Es geht mehr und mehr darum wie sich Dinge anfühlen. Wenn Alt sein und Sexualität ebenfalls als peinlich empfunden wird, dann werden diese beiden Dinge nach und nach miteinander vermischt. Wenn ein Demenzprozess fortschreitet, kann der alte Mensch diese Dinge nicht mehr auseinanderhalten.

Dieser Zustand wo sich unterschiedliche Dinge Vermischen und Gefühlsmäßig verknüpft werden, macht die betreffende Person aber gleichzeitig ängstlich. Der alte Mensch, der sich über mehrere Dinge gleichzeitig schämt, verspürt dabei eine diffuse Angst. Er spürt: „hier stimmt etwas nicht“ und er schämt sich, weil er sich nicht mehr richtig auskennt und die Dinge nicht mehr auf die Reihe kriegt.

Scham führt unweigerlich zu Angst. Am Anfang einer solchen Verhaltensänderung handelt es sich meistens auch um die Angst vor dem totalen Kontrollverlust. Wenn man die Kontrolle verliert, verhält man sich wo möglich in einer Art und Weise, die man sich nicht wünscht. Man macht sich lächerlich. Diese Vorstellung ist kaum zu ertragen.

Ganz am Ende eines langen Lebens bleibt oft die diffuse Angst vor sehr frühen, dramatischen Erfahrungen aus der Kindheit. Das sind einschneidende negative Erlebnisse, die man nie vergessen kann. Der alte Mensch darf hier nicht alleine gelassen werden.

Wo das Leid am Größten ist: Warum ist es wichtig für uns zu versuchen sich diesem Thema aus der Sicht eines alten Menschen zu nähern? Keiner von uns kann wissen, wie es sich anfühlt in einem sehr alten Körper zu stecken; wir können es nur ahnen. Und wenn wir wirklich versuchen wollen das Thema Sexualität im Alter zu enttabuisieren, müssen wir zuerst dort hinzuschauen, wo das Leid am Größten ist. Und das ist immer dort wo Angst und Scham vorherrscht. Wir müssen unterschiedliche, alte Menschen wirklich gut kennenlernen und sie besser verstehen lernen bevor wir in ihrem Sinne handeln können.

Normalität ist das Ziel: Um eine Verbesserung der Haltung in der Gesellschaft zum Thema Alter und zum Thema Sexualität im Alter zu erzielen, brauchen wir einen sehr langen Atem. Es braucht unendlich viele kleine Bausteine um hier eine Veränderung in der Gesellschaft zu erreichen. Wir sind aber schon am richtigen Weg; es hat sich wirklich Vieles getan in den letzten Jahren. Aber erst dann, wenn wir erreicht haben, dass Menschen in unterschiedlichen Altersstufen sowohl das Altwerden wie auch das Recht auf Sexualität im Alter als etwas ganz Normales empfinden, haben wir wirklich das Ziel erreicht.

Es gibt viele Zugänge zu diesem Thema: medizinische, soziale, politische, intellektuelle, und auch Beobachtungen und Erfahrungen aus der Praxis, generationenübergreifende, historische Erkenntnisse... . Alle Betrachtungsweisen sind wichtig und können helfen Lösungen für einen entspannteren, natürlicheren und wertschätzenden Umgang mit diesem wichtigen Thema zu erlangen.

Autorin

Gunvor Sramek

arbeitet seit den Neunzigerjahren als autorisierte Validationstrainerin und Master nach Naomi Feil. Sie arbeitet als Prüferin bei autorisierten Validations-Ausbildungen vom Roten Kreuz und der Caritas. Mitglied des internationalen Ausbildungskommitees für Validation. Unterrichtet Basiskurse, schreibt Fachartikel, ist Vortragende bei Symposien und macht Beratungen für Angehörige und Besuchtsdienste.

Lesetipps:

Petra Fercher und Gunvor Sramek. Titel: „Brücken in die Welt der Demenz. Validation im Alltag.“
Dritte Auflage: ISBN 978-3-497-02841-2 Reinhardt Verlag

Abschnitt 2.6 - Symbole und Symbolische Aussagen in Bezug auf Sexualität

Abschnitt 2.7 - Exkurs: Wissen und Erfahrungen zum Thema Sexualität bei Menschen mit Demenz

---

Marina Kojer und Martina Schmidl. Titel: „Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis“
ISBN 978-3-7091-0200-8 SPRINGER Verlag

Abschnitt 10.7 „Recht auf Sexualität. Die Sehnsucht bleibt.“ Von Gunvor Sramek

Häuser zum Leben

Für die Stadt Wien

Mein Job ist um Häuser besser

Weil hier meine Leistung echt geschätzt wird.

Für einen Job bei den Häusern zum Leben gibt's viele gute Gründe: Ein zukunftssicherer Arbeitsplatz in einem tollen, freundschaftlichen Team mit überdurchschnittlicher Bezahlung, flexiblen Arbeitszeiten, interessanten Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten und vielen weiteren Benefits. Und natürlich die Arbeit für und mit alten Menschen, die so bereichernd sein kann. Ihre Leistung wird bei uns von echter Wertschätzung getragen – sowohl von den BewohnerInnen als auch von den KollegInnen.

Jetzt bewerben unter jobs.kwp.at! Eines der Häuser zum Leben ist sicher ganz in Ihrer Nähe.

+43 1 313 99-0 infocenter@kwp.at jobs.kwp.at

Fonds Soziales Wien – Stadt Wien

Anerkannte Einrichtung nach den Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien, gefördert aus Mitteln der Stadt Wien.

60 LEBENSWERTE JAHRE

Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser

(C) Photographee.eu

Sich als Frau und Mann fühlen
Umgang mit Sexualität in Pflegesituationen

„Das hat in einer Dienstübergabe nichts verloren!“ unterbrach sie die Stationsleitung, als die Pflegeperson bei der Dienstübergabe von der Nachtschicht an die Frühschicht berichtete, dass Herr Z. in der Nacht sehr unruhig war und masturbierte, was den Zimmernachbarn sehr störte.

Zum Glück hat sich in den letzten 15 Jahren in Bezug auf das Thema Sexualität in der Gesundheits- und Krankenpflege sehr viel getan. Doch diese Entwicklung darf nicht zum Stillstand kommen. Pflegepersonen sollen sich mit den sexuellen Bedürfnissen von Patient/inn/en auseinandersetzen, um adäquat und professionell damit umgehen zu können. Denn im Pflegealltag werden sowohl Patient/inn/en, Bewohner/innen, Klient/inn/en als auch Pflegepersonen ständig indirekt mit dem Thema Sexualität konfrontiert (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., 2017). Oft ist es der erste Blick mit dem Pflegepersonen eine Frau als „Frau xy“ und einen Mann als „Herrn xy“ ansprechen. Dies geschieht unabhängig davon, ob sich die angesprochene Person als Frau oder Mann fühlt und welche kulturellen und gesellschaftlichen geschlechtsspezifischen Rollen diese Person ausfüllt oder auch nicht. Vielmehr hat diese erste Einschätzung mit biologischen Merkmalen und Verhaltensweisen zu tun. Daher ist es notwendig auch im Deutschen – wie es im Englischen üblich ist – die Begriffe „sex“ und „gender“ zu verwenden. Die Komponente „gender“ umfasst psychosoziale, kulturelle, geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Aspekte. Die Komponente „sex“ hingegen beschreibt die biologischen und genetischen Aspekte (Miller,

2014). Im Laufe der Pflegeanamnese wird der Fokus nicht nur auf die biologischen Komponenten gelegt sondern auch auf (psycho-) soziale, psychologische, anerzogene, kulturell bedingte Faktoren, Verhaltensweisen, Coping Strategien und geschlechtsspezifische Rollen, um den erkrankten Menschen ganzheitlich versorgen zu können. Insbesondere sollen die Pflegepersonen hellhörig sein, welche Genderaspekte von der erkrankten Person direkt benannt und zwischen den Zeilen zur Sprache gebracht werden, um die Pflegeinterventionen und möglichen Beratungsinhalte individuell auf die jeweilige Person abstimmen zu können. Auch während des Krankenhausaufenthaltes, der Betreuung und Versorgung durch die extramuralen Pflegedienste oder der Zeit in einer Langzeitpflegeeinrichtung wird die Anamnese evaluiert und vertieft, sodass immer wieder neue Aspekte ergänzt werden können. Insbesondere in Bezug auf Genderaspekte müssen die betroffenen Personen oft zuerst Vertrauen zu den Pflegepersonen aufbauen, um diese aussprechen zu können. Genderspezifische Unterschiede in Bezug auf Gesundheit und Krankheit können jedoch nicht dichotom in „typisch weiblich“ oder „typisch männlich“ eingeteilt werden, sondern variieren auf einem Kontinuum und sind unter anderem abhängig vom Lebensstil der betroffenen Person (Vari et al., 2016). Daher benötigen Pflegepersonen das Wissen über die beiden Pole „typisch weiblich“ und „typisch männlich“, um in der individuellen Pflegesituation sensibel auf die Bedürfnisse der Patient/inn/en eingehen zu können.

Darüber hinaus ist es für Pflegepersonen essenziell sich mit Sexualität zu beschäftigen. Nicht nur deshalb, dass durch sämtliche Klischees eine sexualisierte Konnotation mit dem Beruf der „Krankenschwester“ einher geht sondern vielmehr, weil jeder Mensch ein sexuelles Wesen ist, mit sexuellen Empfindungen und Bedürfnissen. Durch verschiedene Krankheiten kann es zu Veränderungen im Bereich der Sexualität kommen – wie es in dem eingangs erwähnten Fallbeispiel war. Mit diesen Veränderungen adäquat umzugehen ist Aufgabe der Pflegepersonen. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, was mit der Pflegedimension „Sich als Frau oder Mann fühlen“ gemeint ist. Wie sollen Pflegepersonen diese Pflegedimension berücksichtigen? Warum sollen sich Pflegepersonen überhaupt mit der Sexualität von anderen Menschen beschäftigen? Ist nicht „jeder seines Glückes Schmied“ und daher selbst dafür verantwortlich?

Krohwinkel (2013, S. 41ff) beschreibt in den Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existentiellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) die Kategorie „die eigene Sexualität leben können“ als eine Dimension, in der „neben Fähigkeiten und Ressourcen individuelle Bedürfnisse der Person von besonderer Bedeutung“ (Krohwinkel, 2013, S. 151) sind. Aufgabe von Pflegepersonen ist es nun ein positives Selbstempfinden der von ihnen betreuten und gepflegten Frauen und Männer zu ermöglichen und dabei einen natürlichen Umgang mit sexuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen zu fördern. Dabei ist es notwendig auf unangemessenes sexuelles Verhalten zu reagieren und Lösungen zu suchen, die dieses Verhalten vermindern oder in gesellschaftlich akzeptierte Bahnen lenken (Krohwinkel, 2013, S. 198ff). In manchen pflegerischen Situationen kann es auch notwendig sein danach zu fragen, ob eine Frau von einer Frau oder ein Mann von einem Mann gepflegt werden möchte – z.B., wenn es um das Legen eines Blasenkatheters oder die Durchführung der Körperpflege geht. Ein geschlechter- und gendersensibler Umgang mit den Patient/inn/en bedeutet auch, dass die pflegebedürftige Person unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung betreut wird. Aufgabe der Pflegepersonen ist es, den jeweiligen Menschen mit der je eigenen Sexualität zu akzeptieren und in der Entwicklung einer positiven Selbstannahme zu fördern (International Council of Nurses, 2012).

Im Bereich der Medizin gibt es eine Reihe von Studien, die belegen, dass z.B. Pharmaka bei Frauen und Männern unterschiedlich wirken, da die Pharmakodynamik und die Pharmakokinektik Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufweisen (Thürmann, Janhsen, & Welke, 2016, 325). Daher liegt der Fokus der Gendermedizin insbesondere auf der gleichberechtigten Verschiedenartigkeit von Frauen und Männern und der Identifikation der biologischen und psychosozialen Differenzen der Geschlechter (Kautzky-Willer & Tschachler, 2012). Auch die geschlechterspezifische und -sensible Pflege folgt diesen Ansätzen. Das Institut für Gendermedizin am Karolinska Institut in Stockholm, Schweden, beteiligt sich aktiv an der Implementierung eines Konzepts zur Berücksichtigung der Geschlechterperspektive in der Pflege (Loddo, Cottonaro, Daga, & Bellini, 2013). Pflegepersonen sollen bei der Auswahl und Anwendung der Pflegemaßnahmen oder der Beratungsinhalte geschlechtsspezifische und gendersensible Komponenten berück-

sichtigen. Vor allem aber soll ein professioneller Umgang mit Sexualität gewährleistet werden und jeder Mensch so wahrgenommen und angenommen werden, wie sich diese Person selbst sieht und definiert.

Literaturverzeichnis:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (2017). Themenblatt 7: Gleichstellung und Pflege. https://gleichstellungsbericht.de (23.11.2017).

International Council of Nurses (2012). ICN Code of Ethics for Nurses. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf (08.09.2020).

Kautzky-Willer, A., & Taschler, E. (2012). Gesundheit: Eine Frage des Geschlechts. Die weibliche und die männliche Seite der Medizin. Wien: Verlag Kremayr & Scheriau KG.

Krohwinkel, M. (2013). Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Loddo, G., Cottonaro, S., Daga, F., & Bellini, P. (2013). Gender Medicine A new approach for healthcare. http://www.istud.it/up_media/pwscienziati13/gender_medicine.pdf (08.09.2020)

Miller, V. M. (2014). Why are sex and gender important to basic physiology and translational and individualized medicine? American Journal of Physiology. Heart and Circulatory Physiology, 306(6), 781-788.

Thürmann, P. A., Janhsen, K., & Selke, G. W. (2016). Geschlechteraspekte in der Pharmakotherapie. In P. Kolip & K. Hurrelmann, (Hrsg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich (S. 325-337). Bd. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Varì, R., Scazzocchio, B., Amore, A. D., Giovannini, C., Gessani, S., & Masella, R. (2016). Gender-related differences in lifestyle may affect health status. Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita, 52(2), 158–166.

Autorin

Karoline Schermann, BScN MScN
ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol. In ihrer Dissertation beschäftigt sich Karoline Schermann, die vor ihrer akademischen Laufbahn als Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig war, mit der gendersensiblen und geschlechtergerechten Gesundheits- und Krankenpflege.
Kontakt: karoline.schermann@umit.at

Autorin

Priv.-Doz.in Dipl.-PGWin Dr.in Daniela Deufert
ist Pflegewissenschaftlerin am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall in Tirol. Sie ist stellvertretende Leitung des Departments und Studiengangskoordinatorin des Bachelorstudiums Pflegewissenschaft. Daniela Deufert war vor ihrer akademischen Laufbahn viele Jahre als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Krankenhausbereich tätig.
Kontakt: daniela.deufert@umit.at

Daniela Vitek

Gerontologische und gerontopsychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Ein Lehrbuch für Pflegeberufe

Bedürfnisorientierte Pflege
Alte, alternde und hochaltrige Menschen rücken vermehrt, unter anderem aufgrund der demographischen Entwicklung in Europa, in den Fokus des allgemeinen Interesses. Diese Zielgruppe wird im Besonderen mit hoch komplexen Veränderungen konfrontiert. Nicht nur körperliche Symptome treten mit der Zunahme des biologischen Alters in den Vordergrund, sondern auch soziale Veränderungsprozesse fordern von alten, alternden Menschen und deren unmittelbarer Bezugsgruppe eine rasche Anpassung, die mitunter auch zur Belastung werden kann.
Dieses Lehrbuch setzt sich damit auseinander, wie Pflegende bedürfnisorientiert und achtsam auf die Ansprüche, Wünsche und Sorgen von alten und alternden Menschen und deren Zugehörigen eingehen können.

Mag.a Daniela Vitek, BSc, MSc
Gesundheits- und Krankenpflege (BSc/DGKP), Studium Advanced Nursing Education, FH Campus Wien, Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Lehre und Forschung, stv. Masterlehrgangsleitung an der FH Campus Wien.

facultas 2020
152 Seiten, broschiert
EUR 22,90 (A) / EUR 22,30 (D) / sFr 29,70 UVP
ISBN 978-3-7089-1943-0
Auch als eBook: e-ISBN 978-3-99030-967-4

Erhältlich im Buchhandel und auf
facultas.at

facultas

Ausdruck von Individualität - Sexualität und Kleidung in der Pflege

Das Nachdenken über die Kleidung in pflegerischen Handlungsfeldern hat Seltenheitswert. Allzu selbstverständlich erscheint es, dass mit Pflegenden in Krankenhäusern und Pflegeheimen Kasack, Hose und Schwesternkittel verbunden werden. Dies hat sicher mit der Geschichte der Pflegeberufe zu tun, die vor allem aus klösterlichen Gemeinschaften vieler religiöser Orientierungen erwachsen sind. Aus der Kutte eines Mönches und der Tracht einer Ordensschwester sind Kasack, Hose und Schwesternkittel geworden. Es ist schier nicht falsch, diese Kleidung als säkularisiertes Kennzeichen von Menschen zu bezeichnen, die den Dienst am und für den Nächsten in den Mittelpunkt des eigenen Lebens gestellt haben.

Die Kleidung bei pflegenden Menschen scheint auf den ersten Blick neutral zu sein. Die Aufgaben, die Pflegende erfüllen, überdecken, dass es sich um geschlechtliche Wesen handelt. Pflegende werden fast ausschließlich über die Funktion verstanden, die sie ausfüllen. Wer gebrechlichen und leidenden Menschen hilft, stellt die eigenen Bedürfnisse und damit auch seine Sexualität in den Hintergrund. Es gibt kaum Versuche, dies in Frage zu stellen. Deshalb lohnt es sich, einmal zu schauen, was in der Literatur über Kleidung zu finden ist.

Katja Eichinger schreibt beispielsweise: „Die Kleidung, die wir an unserem Körper tragen, hat einen außerordentlichen Effekt darauf, wie wir unseren Körper wahrnehmen und mit unseren Körpern Lust verspüren. Gleichzeitig existieren unsere Kleider nur mit unseren Körpern. Unsere Körper erwecken unsere Kleider zum Leben“ (Eichinger, 2020, S. 42). Kann man bei der funktionellen Kleidung in pflegenden Berufen damit rechnen, dass es um die eigene Körperwahrnehmung geht? Kann Berufskleidung dazu führen, dass eine Frau oder ein Mann Lust verspürt? Für viele wird es ein befremdlicher Gedanke sein. Ganz gleich, wie die Fragen beantwortet werden, die Pflegenden haben zu jeder Zeit, innerhalb und außerhalb der beruflichen Tätigkeit ein Recht darauf, sich als Frau und Mann zu empfinden. Die Geschlechtlichkeit und das Sexuelle lassen sich zwar durch eine berufliche Distanz bis zu einem bestimmten Punkt neutralisieren, doch ganz abspalten lassen sie sich nicht. Und es muss auch gefragt werden, welche Auswirkungen eine solche Neutralisierung auf die Psyche der Pflegenden hätte.

Nach Eichinger ist der Dresscode „ein symbolischer, hochemotionaler Gesellschaftsvertrag“ (Eichinger, 2020, S. 22). Kasack, Hose und Schwesternkittel erscheinen als Garant dafür, dass aus der Begegnung zwischen Menschen eher eine emotionslose Veranstaltung wird. Umso mehr fallen Frauen und Männer auf, die diese Übereinkunft verletzen. Pflegefachfrauen, die ansprechende Unterwäsche unter dem Kittel tragen, werden nicht nur die Blicke auf sich ziehen. Sie haben Aufmerksamkeit für die Überlegung verdient, inwieweit sich Pflegende als geschlechtliche Wesen verstehen dürfen. Für männliche Pflegende gelten natürlich vergleichbare Überlegungen.

Indem die Modefrage im pflegerischen Kontext gestellt wird, geht es irgendwie um den spielenden Menschen. Der „homo ludens“ bereitet der Individualität den Weg. „Gleichzeitig ist unsere eigene Kleidung ein Platz, auf dem die Loslösung von unserer Bezugsperson und unsere Eigenständigkeit verhandelt werden. Wenn ein Kind sich selbst anzieht, ist das ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der eigenen Identität“, schreibt Eichinger (2020, S. 43).

Das Tragen des traditionellen Kasacks, der Hose und des Schwesternkittels bereitet möglicherweise einer Kommunikation und Interaktion mit erkrankten und gebrechlichen Menschen einen Weg, der wenig von Freude zeugt. Eichinger unterstreicht: „Freiheit, das ist die Essenz des Turnschuhs. Mit einem Turnschuh ist man frei von Zwängen des normalen ledernen Schuhwerks; frei, um jeden Bewegungsdrang uneingeschränkt auszuleben (…) Mit dem Turnschuh sind wir „frei von“ und „frei um zu“ (Eichinger, 2020, S. 18).

Der Turnschuh ist natürlich nur ein pars pro toto. In der psychiatrischen Pflege gibt es viele Menschen, die mit dem Anziehen der traditionellen Verkleidung die Rollen im Miteinander von vornherein festlegen wollen. Es liegt die Vermutung nahe, nicht als Mensch dem betroffenen Menschen begegnen zu wollen. Hilde Schädle-Deininger betont: „Eine weitere Begründung von Zivilkleidung in der Psychiatrie ist die Gestaltung von Milieu und einer annehmenden Atmosphäre. Soziologisch wird unter Milieu die Gesamtheit der natürlichen, sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Konstellationen verstanden, die auf den einzelnen Menschen, auf soziale Gruppen oder auf eine Schicht aus- und einwirken. Somit bietet das Milieu die Grundlage, auf der die Art und Weise zu denken, zu werten und zu entscheiden beruht und auch maßgeblich die eigenen Erfahrungen beeinflusst. Anders betrachtet ist Milieu das, was von einer Person oder einem Gegenstand an Gepräge ausgeht. Außerdem ist zu bedenken, dass die Entwicklung und Eigenart eines Menschen primär durch seine soziale Umwelt bestimmt wird, insbesondere das Verhalten, der Charakter und die Intelligenz. Das bedeutet auch, dass der Einzelne durch seine Prägung in der Gesellschaft entweder diskriminiert oder anerkannt oder privilegiert und anerkannt wird“ (Schädle-Deininger, 2005, S. 208).

Wenn Schädle-Deininger die Gratwanderung zwischen Anpassung, Abhängigkeit und Autonomie einen sensiblen Prozess in der psychiatrischen Pflege nennt, so ist zu überlegen, inwieweit die Auseinandersetzung in der therapeutischen Beziehung mit Kleidung zu Eigenständigkeit führen sollte. Aus ihrer Sicht gelingt es mit all-

tagsorientierter Kleidung besser, wenn das Gefälle zwischen dem psychisch kranken Menschen und dem pflegerischen Mitarbeiter so flach oder gering wie möglich gehalten werde (Schädle-Deininger, 2005).

Auch eine Uniform oder Dienstkleidung verändert den durch die Zitate angegebenen Umstand nicht. Der Mensch ist auch am Arbeitsplatz mit seinen Sehnsüchten und Peinlichkeiten anwesend, er oder sie trägt jedoch eine Dienstkleidung und muss sich bestimmten Regeln für sein äußeres Erscheinungsbild unterwerfen.

„Für den größten Teil unseres Lebens bleibt die Sexualität eng verbunden mit Sehnsüchten und mit Peinlichkeit.“ (Alain de Botton, 2012, S. 18) Und „Die Kleidung, unsere zweite Haut, gehört sowohl zu unserem Inneren wie zu unserem Äußeren, sie wahrt die Intimität und wendet sich zugleich an andere. Die Kleidung ist die Schnittstelle zwischen Subjekt und Welt.“ (Joubert, Stern, 2005, S. 8)

- Sollten sich Pflegende im beruflichen Alltag anders verhalten als im privaten Rahmen?
- Und wenn ja, was ist dann konkret das Unterscheidende?
- Welche geheimen Ideologien verbergen sich in der Kleiderordnung in einem Berufsfeld, die sprichwörtlich bis auf die Haut das Aussehen vorschreiben?
- Darf sich in der Kleidung Individualität ausdrücken?
- Wird nicht gefordert, als die / der zu pflegen, die / der man ist?
- Warum soll diese Individualität gerade bei der Kleidung aufhören?

Für Berufe, die auf der einen Seite eine bestimmte Form der Distanz erfordern, auf der anderen Seite jedoch Schamgrenzen überschreiten und Intimität oft schonungslos erzwingen müssen, entsteht eine besonders ambivalente Weise erotischer Spannung. „Erotik manifestiert sich folglich am deutlichsten dort, wo Förmlichkeit und Intimität sich kreuzen“ (Alain de Botton, 2012, S. 44). Es muss in psychosozialen Handlungsfeldern eine festgelegte Förmlichkeit eingehalten werden, um das Gegenüber zu schützen, und gleichzeitig entsteht erst hierdurch eine besondere erotische Spannung. Es verwundert daher nicht, dass Krankenschwestern in Pornos oder Sexfilmen beliebte Rollen für die Darstellerinnen sind. Dass ein Krankenpfleger als Rolle gewählt wird, ist eher selten. Eher sind es Muskelarbeiter, die vor Kraft strotzen. Es zeigen sich hier möglicherweise die verschiedenen erotischen Muster, die dann auch vom Kleidungsstil her ihre Entsprechung finden. Ist es bei Frauen eher das Weglassen, so ist es bei Männern eher das Zeigen des Bizeps, der breiten Schultern usw.

Auf der anderen Seite stehen die Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankungen oder Alterserscheinungen zu alltäglichen Handlungen nur noch bedingt in der Lage sind und für die es hierdurch sehr eingeschränkt möglich ist, aktiv eine erotische Spannung aufzubauen oder auch auszukosten. „Die Pflege des eigenen Körpers, die Sorge um sein äußeres Erscheinungsbild bedeuten, dass man sich für den anderen als Objekt der Begierde begreift.“ (Joubert & Stern, 2005, S. 150) Dabei scheint es so zu sein, folgt man den Ausführungen der beiden Autorinnen Joubert und Stern, dass Mädchen einen anderen Umgang mit Körperlichkeit als Jungen erlernen: „Während es dem kleinen Mädchen gelingt, sich ihres Körpers, dem die Mutter so viel Aufmerksamkeit gewidmet hat, zu bemächtigen und die Pflege, deren Gegenstand sie war, selbst zu übernehmen (Freude am Baden, Eincremen, Parfümieren), bleibt der unbeholfene kleine Junge >zurück< und kümmert sich nur um sehr begrenzte Partien seines Körpers: die Muskeln und sein Geschlechtsteil.“ (Joubert & Stern, 2005, S. 150)

Im Umgang einer weiblichen Pflegekraft mit einer alten Frau ergeben sich damit gewisse Konfliktsituationen. „Die Kleidung richtet sich also gegen Zeit und Vergessen. Wer ist die junge, elegante Frau, die sich von der Mutter entfernt? Ist sie die Tochter oder vielleicht doch die Mutter, die, ohne es zu wissen, Abschied von sich selbst nimmt?“ (Joubert &Stern, 2005, S. 215) Dies bedeutet, eine freizügig oder aufreizend gekleidete junge weibliche Pflegekraft stellt für ältere Frauen eine Provokation nicht aufgrund der Freizügigkeit dar, sondern aufgrund der Projektion: Die junge Frau macht deutlich, dass das Alter voranschreitet. Die Freizügigkeit wird von Seiten der Patientinnen wie von einigen aus dem Umfeld kritisiert, aber eigentlich ist die eigene Depression gemeint bzw. die Abwehr der depressiven Situation. „Außerdem ist die Vernachlässigung der Körperpflege oft das Zeichen für eine depressive Stimmung, die mit einem generellen Rückzug aus der Existenz einhergeht.“ (Joubert & Stern, 2005, S. 214)

- Muss die Pflege des Körpers und die bewusst gewählte Kleidung nicht als Zeichen von Lebensfreude gedeutet werden?
- Ergeben sich die Konflikte um das äußere Erscheinungsbild und einem erotisch empfundenen Verhalten aus der Unfähigkeit, eine depressiv bestimmte Situation auszuhalten?
- Wie bedingen sich die Lebensfreude der Professionellen und die Verstärkung der Depressionen bei den Patienten?

Kleidung ist konkreter Ausdruck von Individualität, der auch sexuelle und erotische Komponenten enthält. Sie gehören zum einzelnen Menschen, machen ihn aus und sind immer ein Teil seiner Identität. Eine ganzheitliche Betrachtung der Arbeit in psychosozialen Feldern kann sich nicht nur auf den Anderen beziehen, sondern muss auch die Befindlichkeit und Persönlichkeit der professionell Handelnden in den Blick nehmen. Die Kleidungsvorschriften werden in eine verbindliche Norm gepresst, die den je persönlichen Ausdrucks- oder Darstellungsmöglichkeiten kaum einen Freiraum bietet. Und es ist durchaus plausibel anzunehmen, dass eine solche Einengung und Unterdrückung der Körperlichkeit und Sexualität an anderer Stelle zu Konflikten führt.

Spielregeln müssen in einer sozialen Gemeinschaft eingehalten werden und auf Seiten der Professionellen gibt es eine besondere Verantwortung dafür, nicht nur die eigene Befindlichkeit zu beachten, sondern auch das Ganze im Blick zu haben. Eine Spielregel ist es, in einem pflegerischen Beruf Dienstkleidung zu tragen. Schützendorf hat vor vielen Jahren festgestellt, dass dies eine Möglichkeit sei, sich von Begehrlichkeiten und Ansprüchen zu pflegender Menschen abzugrenzen. Dienstkleidung biete Schutz vor Nacktheit (Schützendorf, 2005, 24). Es kann auf der anderen Seite jedoch gefragt werden, ob Dienstkleidung nicht auch eine „natürliche“ Beziehung verhindert. Und ob pflegende Menschen nicht eher lernen müssten, die Beziehung zu den Anempfohlenen in ihrer Ambivalenz „erwachsen“ zu gestalten, um das vorhandene Machtgefälle für die schwache Seite hilfreich zu gestalten.

So ist zum Beispiel das Entblößen in einem pflegerischen Beruf einseitig. Menschen, die Hilfe bei der täglichen Hygiene brauchen, sind im Badezimmer eines Wohnheims den Blicken der Pflegekräfte ungeschützt ausgesetzt. Und umgekehrt drängt sich dem pflegenden Menschen die Nacktheit auf, er

(C) Yakobchuk Olena

kann nicht weggucken. Es muss dem pflegenden Menschen egal sein oder er sollte nicht zeigen, wie attraktiv das Gegenüber empfunden wird oder wie schwierig es für den Einen oder die Andere ist, einen von den Jahren oder von Behinderungen gezeichneten Körper zu pflegen. Die Antwort auf die nackte Provokation muss funktional sein, so lautet zumindest die Theorie. Dass indirekt oder unbewusst dennoch Botschaften beim Gegenüber ankommen oder in Bemerkungen, Gesten, in die Mimik hineingedeutet werden, dürfte den meisten Pflegenden bekannt sein.

„Die Problemfelder der Sexualität hängen ganz von der persönlichen Geschichte der Betroffenen ab, von den Schwierigkeiten, die er oder sie hat, sich dem Anderen zu nähern und ihn näherkommen zu lassen“, schreibt Michaela Marzano in der „Philosophie des Körpers“ (Marzano, 2013, S. 124). Sich in der pflegerischen Arbeit auch als Mensch mit einer eigenen Sexualität zu verstehen, bedeutet die Betonung der eigenen Souveränität. Eine weibliche Pflegekraft braucht möglicherweise die ansprechende Unterwäsche, um sich selber noch als Frau zu fühlen. Vielleicht hat sie eine Ahnung davon, dass die deformation professionelle (die Angleichung an die im jeweiligen Beruf üblichen Normen und Gewohnheiten) auch ihr privates Sexualleben und ihr Körperempfinden negativ verändern könnte.

Auf der anderen Seite steht die Scham. Viele Professionellen in psychosozialen Arbeitsfeldern kennen Scham oft nicht bzw. dürfen sie nicht kennen. Und welche Schamlosigkeit in einem neutralen Verhalten liegen kann, ist vielen nicht bewusst. Es ist zur Routine geworden, cool zu bleiben. Die tägliche Hygiene verlangt es, fremden Menschen zwischen die Beine zu fassen oder bei Frauen die Brüste zu waschen. Ohne Scham zu sein, garantiert geradezu den Arbeitsplatz. Wer sich dieser Logik widersetzt, der wird belächelt. Dabei ist das Schamgefühl ein Moment der Natürlichkeit. Und zu einer gereiften Sexualität gehört es, seine eigene Scham zu akzeptieren, weil sie gewissermaßen eine Überprüfung der vorgegebenen Normen darstellt. Scham führt dazu, aus der eigenen Empfindlichkeit heraus das „Richtige“ zu tun und nicht einfach nur das zu tun, was von außen vorgeben ist. Das schlichte Befolgen von Normen lässt keinen Raum dafür, in bestimmten Situationen vom Standard abzuweichen, weil es in der Situation und bei dieser Person richtig und von menschlicher Zuwendung getragen ist.

Das bewusst Spielerische im Umgang mit den Normen und den eigenen „Lustaktionen“ ist eine Möglichkeit, die Identität als Frau oder Mann in pflegerischer Dienstkleidung nicht aufzugeben. Der erotische Blick eines Gegenübers kann mit einer spielerischen erotischen Anspielung beantwortet werden. Aus dieser entschärften Erotik heraus gewinnt die Interaktion eine positive Dynamik, die für alle Beteiligten eine Win-win-Situation herstellt. Es sei doch so, dass Moden, Farben und Stoffe bei Menschen eine Saite zum Schwingen bringe, die sie aufblühen lasse, schreibt Schützendorf (Schützendorf, 2005, S. 25). Die Altenpflegerin oder die Krankenschwester, die sich ansprechend präsentiert, entscheidet sich deutlich dafür, kein Neutrum zu sein. Von Pflegenden werden im Zusammenhang mit der Bestimmung des Nähe-Distanz-Verhältnisses zwischen Pflegenden und Gepflegten meist eine indifferente oder neutrale Haltung und ein rein sachliches Verhalten eingefordert. Das Körperliche wird hinter der Fassade des Professionellen versteckt. Glaubt man dem Philosophen Wilhelm Schmid, so ist dem

- Wie kann die eigene Individualität erhalten bleiben, wenn durch eine Uniformierung der Kleidung gerade die Individualität zugedeckt wird?
- Beharren gerade diejenigen darauf, in ihrem äußeren Erscheinungsbild nicht reglementiert zu werden, die ihre Individualität nur wenig ausgebildet haben?
- Ist es überhaupt möglich oder denkbar, sich in psychosozialen Handlungsfeldern asexuell bzw. völlig neutral zu verhalten?

- Lassen sich überhaupt allgemeine Regeln für eine Kleiderordnung aufstellen?
- Muss nicht die je individuelle Biografie beider Seiten beachtet werden?
- Und ist das bewusste Spüren der eigenen Sexualität durch eine entsprechende Kleidung oder Verhalten nicht auch eine Schutzmaßnahme gegen die Verformung durch den Beruf?
- Wie kann Scham möglicherweise zur Entwicklung eines für beide Seiten hilfreichen Verhaltens beitragen?

Körper unbedingt etwas zuzusprechen: „Die Frage, ob es Rechte des Körpers gibt, lässt sich einfach beantworten, indem sie ihm vom Selbst für sich zugesprochen werden: Recht auf Aufmerksamkeit, Recht auf Pflege, Recht auf das Bemühen um eine exzellente Verfassung, Recht jedoch auch auf Schonung, die einer Ausbeutung des Körpers Grenzen zieht.“ (Schmid, 2004, S. 173)

Pflegekräfte wollen bewusst Frau oder Mann sein – und das eben auch in ihrem Beruf. Mit einem alltäglichen Charme wird die Beziehung zu den Menschen gesucht. Ein solcher Charme ist spritzig humorvoll und zeigt eine kommunikative Aufgeschlossenheit. Die pflegebedürftigen Menschen im Wohnheim begrüßen größtenteils diese Haltung. Pflegekräfte sind für sie als Mensch spürbar, deutlich weniger als Dienstleister. Es gibt dem Miteinander von Pflegenden und Gepflegten etwas Spielerisches und Lebendiges. Schmid schreibt: „Für die Lebenskunst ist der hermeneutische Zugang zum Leben grundlegend, und eine mögliche Deutung ist, das Leben als Spiel zu verstehen ... Vom Leben als Spiel wird erwartet, dass es ganz so wie ein Spiel Freude ist; es wird zuweilen vernachlässigt, dass zum Spiel auch immer die Möglichkeit großer Enttäuschung gehört” (Schmid, 2004, S. 55).

Die Pflege des Pflegenden schließt die Selbstsorge mit ein und damit eben auch die Sorge darum, sich als Mann oder Frau fühlen zu können. Die Selbstsorge ist eine Voraussetzung dafür, dass sich ein Mensch auch um Fremde sorgen kann. Wer sich gegenüber aufmerksam ist, der blickt auch mit einer größeren Sensibilität auf den anderen Menschen. Er oder sie kann dann auch damit umgehen, wenn Begehrlichkeiten geweckt wurden. Wer Tag für Tag mit Waschlappen Frauen und Männer pflegt, der steht in der Gefahr, dass der Sinn für die Körperlichkeit verlorengeht. Der Mensch im Pflegebett oder im Rollstuhl wird dann schnell zu einem austauschbaren Objekt. Dieser Mensch ist aber auch ein Subjekt, zu dem die Körperlichkeit gehört. Und Kommunikation, Affekte und Gefühle sind immer an Körperlichkeit gebunden. Eine Kommunikation mit einem anderen Menschen ohne Körper ist nicht möglich. Und ein Körper, der nicht in irgendeiner Weise mit Sexualität verbunden ist, wäre ein toter Körper. Sinnlichkeit ist Kennzeichen einer gesunden Beziehung zu seinem Körper, der trotz möglicher Schmerzen oder sichtbaren Verfalls nicht nur reines Objekt ist. Ein solcher Körper will berührt und gepflegt werden.

Nach Schmid lässt sich Wellness gar als eine „Kunst der Berührung“ konkretisieren. Die Sinnlichkeit des Selbst werde durch ein inszeniertes Fest des Sehens, Hörens, Riechens, Schmeckens, Tastens, aller Sinne also, wieder entdeckt (Schmid, 2004, S.184). Aufgabe der Wellness sei es, „den Rhythmus von Anspannung und Entspannung, die vielleicht verloren worden ist, wieder in Kraft zu setzen“ (Schmid, 2004, S. 184). Denn Rhythmen seien es, die das Leben trügen (Schmid, 2004, S. 184). Menschen, die kurzzeitig oder längerfristig pflegebedürftig sind, haben die eigenen Rhythmen teilweise oder vollständig verloren. Wiederfinden können sie diesen Rhythmus, wenn die Pflegenden sie auch als geschlechtliche Wesen in ihrer Körperlichkeit wahrnehmen.

Das Wieder-Erspüren des Rhythmus kann auch quasi stellvertretend als Zuschauer gelingen. Der pflegebedürftige Mensch beobachtet, wie die junge Frau und der junge Mann, die ihn versorgen, miteinander flirten. Es kann Spaß machen, in das Geschehen einbezogen zu werden und an der Lebendigkeit der Flirtenden teilhaben zu können. Es kann zu dem einen oder anderen Geheimnis kommen, das im täglichen Einerlei für eine gewisse Spannung sorgt und auch eine Form der Beteiligung ist.

- Lässt sich durch einen spielerischen Umgang mit den sexuellen Andeutungen der Gefahr entgehen, zu einem Neutrum zu werden?
- Kann in einer gewissen Indifferenz oder spielerischen Weise des Verhaltens sowohl Raum für spürbare Sexualität und gleichzeitig ein Schutz durch eine zugestandene Uminterpretation gegeben werden?
- Und muss es überhaupt eine klare Vorgabe geben?
- Ist der Versuch, es richtig zu machen, nicht auch eine Angst vor der Enttäuschung, dass eine Beziehung nicht gelingt?

- Was schließt die Selbstsorge mit ein?
- Kann sich jemand, der sich nicht um sich sorgt, um andere sorgen?
- Wie kann ein Mensch in Schwingung kommen und die Resonanz spüren, die vom anderen ausgeht?
- Ist bewusst gesteuerte Sexualität in psychosozialen Handlungsfeldern auch eine Möglichkeit, den anderen resonanzfähig zu machen?

Sexualität und Körperlichkeit werden oft sehr verengt auf den Körper bezogen gedacht. Svenja Flaßpöhler meint im Sinne der Neuen Phänomenologie nach Hermann Schmitz, der Körper sei phänomenologisch gesehen das, „was wir von außen beobachten können“ (Flaßpöhler, 2018, S. 35). Er lasse sich einordnen, messen, medikamentieren, heilen (Flaßpöhler, 2018, S. 35). Der Leib hingegen sei das, was von innen wahrgenommen werden könne. Er bezeichne das subjektive Gefühl, in einer ganz bestimmten Haut zu stecken (Flaßpöhler, 2018, S. 35).

Diesen Gedanken folgend bleiben Pflegende mit dem Blick auf die gepflegten Körper sprichwörtlich im Morast stecken. Pflegende sorgen sich um das Vordergründige, unmittelbar Fassbare. Was die Leiblichkeit für das Gegenüber bedeutet, würden Pflegende eigentlich nicht beachten.

Es provoziert Widerspruch zu behaupten, dass pflegerische Arbeit in erster Linie Dienstleistungscharakter hat. Sich mit dem anderen Menschen auf eine Beziehung einzulassen, bedeutet unbedingt, auch zwischen der Körperlichkeit und der Leiblichkeit zu unterscheiden. Flaßpöhler hat recht, wenn sie feststellt, dass ein Mann nie wissen werde, wie es sei, eine Frau zu sein, „weil er nicht über denselben Leib verfügt“ (Flaßpöhler, 2018, S. 36). Was Männlichkeit und Weiblichkeit unterscheide, sei die unbestreitbare Exklusivität ganz bestimmter, leiblich gebundener Erfahrungen sowie die faktische Unmöglichkeit, sich den Erfahrungsraum des jeweils anderen Geschlechts vollständig zu erschließen (Flaßpöhler, 2018, S. 37).

Für Pflegende bleibt es jedoch eine Verpflichtung, sich selber immer wieder für die Körperlichkeit und Leiblichkeit des anderen Menschen zu sensibilisieren. Und Flaßpöhler richtet sich vor allem an Frauen. Sie ruft zum Umdenken auf, wenn sie den Frauen Potenz zuschreibt. Die Frauen müssten in die Potenz finden: Aktion statt

educa verlag
Juristische Literatur für die Gesundheits- und Sozialbranche

Bücher erhältlich unter:
www.educa-verlag.at

Rechtsbücher für Gesundheitsberufe
Bücher für die unterschiedlichen Gesundheitsberufe in Ausbildung und Praxis.
Ein juristisches Basiswissen für den Berufseinstieg und den Berufsalltag.

DGKP in Ausbildung
(2. Auflage: Herbst 2020)

PFA in Ausbildung
(2. Auflage: Herbst 2020)

PA in Ausbildung
(2. Auflage: Herbst 2020)

Med.-Assistenzberufe
(ab Herbst 2020)

Themenspezifische Fachbücher
Juristische Literatur für Gesundheitsberufe,
Führungskräfte, Lehrende und sonstige Interessierte.

Patientenverfügung

Recht in Palliative Care

Sanitäter in Ausbildung

Hebammen in Ausbildung

Physiotherapeuten in Ausbildung

Recht für Notärzte
(ab Sommer 2020)

Erwachsenenschutz
(2. Auflage 2020)

Gewaltschutz für Gesundheitsberufe

Reaktion, Positivität statt Negativität, Fülle statt Mangel. Die Frau begehre und verführe, befreie sich aus der Objektposition, sei souveränes Subjekt auch der Schaulust (Flaßpöhler, 2018, S. 44).

Ähnlich formuliert es Sandra Konrad: „Weil sie noch immer in einer Welt aufwachsen, in der sie lieber gefallen als bestimmen wollen und in der der männliche Blick wichtiger als der weibliche Wille ist, Weiblichkeit entsteht noch immer aus dem Blickwinkel des Mannes, und während die Frau seine Bestätigung sucht, entsteht die chronische Verunsicherung ihres eigenen Körper- und Selbstwertgefühls“ (Konrad, 2017, S. 347). Es mag sich jede(r) überlegen, inwieweit die Ist-Zustand-Beschreibung der Psychotherapeutin Sandra Konrad zutrifft. Mit dem Blick auf helfende Berufe hat sie sicher Recht. Kolleginnen neigen dazu, Rollen-Stereotypen gerecht werden zu wollen. Sie wollen dem historischen Ideal des Berufsbildes entsprechen. Sie suchen die Bestätigung durch Kolleginnen und Kollegen sowie durch Angehörige und Vorgesetzte. Fraglich bleibt jedoch, wie sehr sie für sich sorgen.

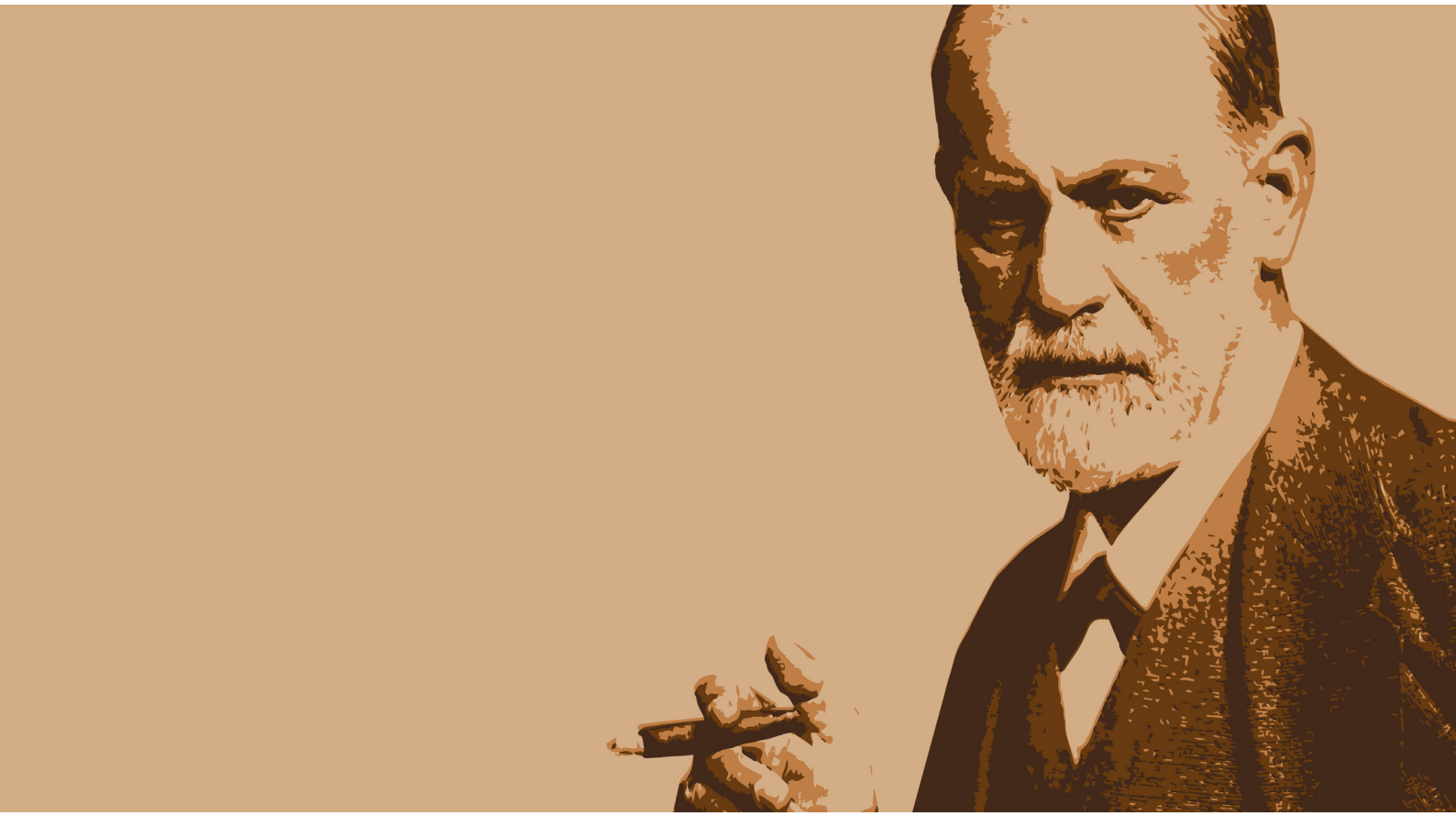
Die Kommunikation zwischen Menschen ist niemals eine Einbahnstraße. Kommunikation ist wechselseitig. Maja Storch und Wolfgang Tschacher gehen bei der Konkretisierung der Embodied Communication davon aus, dass der Geist in den Körper eingebettet ist und in Beziehung und Kommunikation zu einem Anderen tritt (Storch / Tschacher, 2016, S. 31). Sie konstatieren: „Die Leiblichkeit des Geistes besteht in dessen Umhüllung und Einbettung in den Körper“ (Storch / Tschacher, 2016, S. 47). Sie prägen den Begriff der Synchronie, der bedeutet: „Zwei Menschen sind synchron, wenn sie sich gleichzeitig und in gleicher Weise bewegen …. Embodied Communication bedeutet Kommunikation aufgrund des synchronisierten Embodiments der beteiligten Personen“ (Storch / Tschacher, 2016, S. 62).

Einen Menschen zu pflegen und Aspekte der menschlichen Sexualität nicht zu vernachlässigen, ist eine Aufgabe, denen sich professionell Pflegende sicher noch stellen müssen. Die Embodied Communication zeigt beispielsweise, dass es auch in einer Pflegesituation bzw. im Rahmen einer Pflegeintervention darum geht, einen gemeinsamen Rhythmus zu finden. Der pflegebedürftige Mensch ist Experte seiner Defizite und seiner Ressourcen. Der professionell Pflegende ist aufgefordert, sich auf den Rhythmus des zu pflegenden Menschen einzuschwingen. Und es mag ein wenig weit hergeholt zu sein, der sexuelle Akt ist ebenso ein Einschwingen. Gerade bei diesem Vergleich wird jedoch deutlich, wie eng ein solches Eingehen und Bestimmen der Dynamik mit Gewalt verbunden sein kann. Derjenige, der die sexuellen Aspekte in der pflegerischen Beziehung, leugnet und durch eine uniformierte sowie neutrale Kleidung sich des Asexuellen vergewissern will, wird kaum die Sensibilität dafür entwickeln, dass gerade die Negierung des Sexuellen eine Form der Gewalt sein kann. Dem zu Pflegenden wird ein ganz wesentlicher Teil der normalen Beziehungsdimension verweigert und dem eigenen Gefühlsleben wird die Dimension von Lust / Unlust entzogen. Ein wenig lässt sich dieser Zusammenhang durch den Mund-/Nasenschutz, der als Maßnahme gegen eine Coronainfizierung im öffentlichen Raum allgegenwärtig ist, nachvollziehen. Ich kann den Körper des anderen Menschen zwar sehen, doch meine Kommunikation und damit eine Rückkopplung ist kaum möglich, da die Gesichtsmimik wegfällt. Wie erotisch, aufreizend, reizvoll und lustvoll kann ein Lächeln sein? Genau das sehe ich nicht. Es fehlt diese durch ein Lächeln entstehende Spannung, Das Busfahren, um ein Beispiel zu nennen, macht weniger Spaß und der andere mit Mund-/Nasenschutz nervt mich viel eher. Und auch das Shoppen macht weniger Freude, weil ich mich durch den Mund-/Nasenschutz in meinen Ausdrucksmöglichkeiten beschränkt fühle. Das Miteinander ist lustloser geworden. Und genau das zeigt sich in professionellen Beziehungen, wenn durch die Kleidung und das Verhalten das Sexuelle herausgenommen wird. Stattdessen stimulieren sich Pflegekräfte dann an ihren besonders „empathischen“ und freundlichen Formulierungen. Hierbei springt der Funke jedoch nicht über, weil dieses Verhalten auf sich selbst bezogen bleibt. Und genau dadurch fühlen sich zu Pflegende in ihr Alleinsein gedrückt. Sie werden von der Teilhabe am ganz normalen Alltag auch in seinem Irrsinn und seinen Abgründen ausgeschlossen. Es wird ihnen sogar suggeriert, dass dies für sie gut sei und alles so gestaltet ist, dass sie vor diesen „Reizen“ geschützt werden. Pflegekräfte, die mit erotischen oder sexuellen Reizen spielen, stellen das System in Frage, weil sie unbewusst oder bewusst die Ansicht vertreten, dass Heilung durch das Heranführen und Realisieren des Normalen geschieht und auch zu gewissen Teilen durch Medikamente und Therapien.

- Wie kann die Problematik um Kleidung und Sexualität verstanden werden, wenn die Fixierung auf eine reine Körperlichkeit aufgegeben wird?
- Wie erfolgen aufgrund der gewohnten Rollenbilder von Mann und Frau Sanktionen auf eine bestimmte Kleidung und Verhalten?
- Verlangt die Vorstellung vom pflegebedürftigen Mensch als einem Experten seiner Defizite und Ressourcen, dass die professionell Tätigen sich zunächst auf den anderen einschwingen, um so Hinweise auf Wünsche, Vorbehalte usw. zu erhalten?
- Welche Antworten auf die Fragen nach Kleidungsvorschriften und den Umgang mit Sexualität ergeben sich, wenn dieses Einschwingen auf den anderen zur Überprüfung von Normen und Vorschriften genutzt wird?

Gerade in sozialen Berufen ist ein erwachsenes Verhalten gefordert, um den Schutzempfohlenen nicht in eine unsichere Situation zu bringen. Eine ambivalente Situation kann nie sicher vermieden werden, allerdings kann eine solche Situation erwachsen oder narzisstisch geprägt bewältigt werden. „Dieser Narzissmus bejaht alles, was auf den ersten Blick dem Ich zuzugehören scheint – insbesondere jede Laune und Befindlichkeit; dass das Ich auch Ressourcen hätte, gerade solche Anwandlungen zu überwinden, ist ihm ein fremder Gedanke.“ (Robert Pfaller, S. 58) Es bleibt eine Ambivalenz, die es auszuhalten gilt. Und auch wenn es manchmal schon schmerzhaft ist, eine solche Ambivalenz durchzustehen oder sich die Ambivalenz ins Negative und sogar Schädliche neigt, muss man sich die Frage stellen, was man für sich und in der Kommunikationen mit anderen aufgibt, wenn diese unauflösbare Spannung erst gar nicht eingegangen wird.

**Wer Trinken, Rauchen und Sex aufgibt, lebt auch nicht länger.
Es kommt ihm nur so vor. (Sigmund Freud)**



(C) pict rider

Literatur

Agamben, G. (2010). Nacktheiten. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Botton, A. de (2012). Wie man richtig an Sex denkt. Kleine Philosophie der Lebenskunst. München: Kailash.

Eichinger, K. (2020). Mode und andere Neurosen. Berlin: Aufbau.

Flaßpöhler, S. (2018). Die potente Frau – Für eine neue Weiblichkeit. Berlin: Ullstein.

Kaufmann, J.-C. (2006). Frauenkörper - Männerblicke - Soziologie des Oben-ohne. Konstanz: UVK.

Jahn, R. & Nolten, A. (2018). Berufe machen Kleider – Dem Geheimnis berufsspezifischen Anziehens auf der Spur. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Joubert, C. & Stern, C. (2005). Zieh mich aus! Was Kleidung über uns verrät. München: DVA.

Konrad, S. (2017). Das beherrschte Geschlecht – Warum sie will, was er will, München: Piper.

Marzano, M. (2013). Philosophie des Körpers. München: Diederichs.

Pfaller, R. (2017). Erwachsenensprache. Über ihr Verschwinden aus Politik und Kultur. Frankfurt am Main: Fischer.

Schädle-Deininger, H. (2005). Kleider machen Leute oder – was hat Dienstkleidung mit der Aufgabe von Beziehung, Alltags- und Milieugestaltung psychiatrischer Pflege zu tun? Psychiatrische Pflege Heute, 11, 204-211.

Schmid, W. (2007). Mit sich selbst befreundet sein. Suhrkamp Verlag

Schützendorf, E. (2005). Reizende Ansichten. In Altenpflege (1): 24-25.

Storch, M. / Tschacher, W. (2016). Embodied Communication – Kommunikation beginnt im Körper, nicht im Kopf. Bern: Hogrefe.

Vinken, B. (2013). Angezogen – Das Geheimnis der Mode. Stuttgart: Klett-Cotta.

Autor

Christoph Müller
Psychiatrisch Pflegender, Redakteur «Psychiatrische Pflege», Fachautor, Dozent in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Pflegender

arscurae@web.de

Autor

Thomas Holtbernd
Diplom Psychologe, Diplom Theologe und Philosoph, ist Mitglied der deutschen Gesellschaft für neue Phänomenologie und der Helmuth Plessner Gesellschaft. Er ist tätig als Gutachter für Fahreignung, betreibt eine philosophisch-psychologische Beratungspraxis, moderiert philosophische Cafés und führt philosophische Weinseminare durch.
holtbernd@t-online.de

(C) Delphotostock

Gendersensibilität in Palliative und Dementia Care

Gerade in so nahen Beziehungen wie Pflegebeziehungen und in Palliative Care mit alten und an Demenz erkrankten Frauen und Männern spielt Geschlechterzughörigkeit und wie sich diese im Miteinander auswirkt, eine große Rolle. Eigene Geschlechterbilder und Erfahrungen fließen in das Handeln – besonders in den oftmals bestehenden familienähnlichen Betreuungssituationen – unmittelbar ein. Für einen geschlechtersensiblen Umgang ist es daher wichtig, über das eigene Tun vor dem Hintergrund des „Frau seins“ und „Mann seins“ nachzudenken. Darüber wird es möglich, bewusster und sensibler zu werden in Bezug auf den Einfluss, den Geschlecht auf die Betreuungs- und Pflegesituation hat,. 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.

Die Kategorie Geschlecht ist mehrdimensional

Geschlecht oder Gender sind soziale Konstruktionen. Im Alltag werden Menschen fast immer auf ein Geschlecht festgelegt und es wird zweidimensional zwischen Frauen und Männern unterschieden. Alltagstheorien beschreiben, wie das „Männliche“ und „das Weibliche“ ist und wie es sein soll. Das, was Frauen und Männer tun, wird unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Die Geschlechter-Differenz erscheint als ein Strukturmerkmal unserer Gesellschaft.

Wir wollen hier diese Geschlechterstereotypien nicht wiederholen und auch nicht einer von der Wahrnehmung unabhängigen „Natur des Menschen“, die sich zwingendermaßen in einer zwei-

geschlechtlichen Ordnung zeigt, das Wort reden. Wir schließen uns Lorber an, wenn sie schreibt: „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“ (Lorber 2003, S. 70).

Dennoch scheint es uns hilfreich, sozial konstruierte Zweigeschlechtlichkeit zu analysieren und so gelebte Realität zu deuten. Damit soll die Vielfalt der Geschlechter nicht ausgeblendet werden. Beschreibungen, die derzeit wirksame Konstruktionen von Zweigeschlechtlichkeit aufnehmen, können dazu beitragen, individuelle, soziale, strukturelle und auch kulturelle Realitäten zu benennen und damit auch hinterfragbar zu machen.

Wir greifen diese Widersprüchlichkeit hier noch einmal auf : Einerseits kann es nicht darum gehen, die Verwendung der Begriffe „Frau“ und „Mann“ unhinterfragt zu übernehmen, Unterschiede zu suchen, zu beschreiben, zu manifestieren und damit in die „Falle der Konstruktion und Fortschreibung zu gelangen“ (Back 2002, 26). Andererseits bewegen wir uns in einer gesellschaftlichen Realität, in der Frauen und Männer als Unterschiedliche definiert und konstruiert werden. Um dieser Realität gerecht zu werden, ist die Benennung von Frauen und Männern hilfreich. Mit Carol Hageman-White (1993) versuchen wir einen „doppelten Blick“, der „die Differenzperspektive abwechselnd ernst nimmt und außer Kraft setzt“ (Hageman-White 1993, 75, vgl. Reitinger, Lehner, Heimerl 2008).

Die nun folgende Analyse der Kategorie Geschlecht in Palliative und Dementia Care geht also von der Grundannahme aus, dass Gender sozial konstruiert ist. Unsere Analyse erfolgt dabei auf mehreren Ebenen. Zunächst gehen wir der Frage nach, wie die Kategorie Geschlecht unter den zentralen Akteuren quantitativ verteilt ist und belegen, dass Palliative und Dementia Care überwiegend weiblich sind.

Die Sorge in Palliative und Dementia Care ist überwiegend weiblich

Dies betrifft sowohl die Empfangenden von Sorge als auch die professionell und informell Gebenden von Sorge, wie ein Blick auf die in Österreich verfügbaren Zahlen zeigt:

In Österreich sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig

Fast 2/3 aller Menschen mit Pflegebedarf in Österreich sind Frauen. Ende 2018 waren 63% der pflegegeldbeziehenden Personen Frauen (Statistik Austria 2020).

Das hohe Alter ist überwiegend weiblich

Bezogen auf die Lebenslagen im Alter(n) untersucht Gertrud Backes (z.B. Backes 2007, 153ff) die Dimension Geschlecht vor gesellschaftlichem Hintergrund. Neben den für Frauen und Männer ähnlichen Erfahrungen wie reichhaltigen Lebensgeschichten und Verlusten werden auch geschlechterspezifische Unterschiede beschrieben. Unter den derzeitigen historischen und biografischen Bedingungen bedeutet Altwerden und Altsein für Frauen ein zweifaches Risiko für ihre Lebenslagen. Bei heute hochaltrigen Frauen sind die strukturell drohenden sozialen Probleme stärker ausgeprägt als bei heute hochaltrigen Männern. Armut, Erwerbslosigkeit und auch Angewiesensein auf die Hilfe durch Personen außerhalb der Familie treten häufiger auf. Dies ist zum einen zurückzuführen auf geschlechterspezifisch zumeist diskontinuierliche Erwerbsverläufe sowie ein geringerer beruflicher Status. Aufgrund der längeren Lebenserwartung bei gleichzeitiger Betroffenheit von chronischen Erkrankungen entstehen psychosoziale Notlagen und Pflegebedürftigkeit, die seltener innerhalb der eigenen Familie aufgefangen werden können. Diese höheren Alter(n)srisiken zeigen sich vor allem bei Frauen, bei denen eine Kumulation von Benachteiligungen während des Lebensverlaufs stattgefunden hat. Lebenslagen von Männern im hohen Alter sind stärker durch den Verlust der Erwerbsarbeit beeinträchtigt und in bestimmten Lebenssituationen sind sie eher von Einsamkeit bedroht: „Insgesamt zeigt sich, dass weibliches Alter(n) derzeit in unserer Gesellschaft widersprüchlicher, ambivalenter und sozial problematischer als männliches ist. Das bedeutet andere und im Prinzip mehr Beeinträchtigungen, aber auch andere und häufig vielfältigere subjektive Bewältigungsformen“ (Backes 2007, 155).

Frauen sind häufiger von einer Demenz betroffen

In Österreich waren im Jahr 2013 fast doppelt so viele Frauen wie Männer von einer Demenz betroffen. Der österreichische Demenzbericht weist aus, dass 4284 Frauen pro 100.000 Einwohner betroffen waren, hingegen nur 2391 Männer (Österreichischer Demenzbericht 2014). Anhand der Zahlen für die Alzheimer-Demenz, der häufigsten Form der Demenz, kann gezeigt werden, dass vor allem im hohen Alter die Prävalenz von

Demenz unter Frauen deutlich höher ist als unter Männern: In der Altersgruppe der 65-69-jährigen erkranken 0,7 Prozent der Frauen und 0,6 Prozent der Männer an Alzheimer. Die Zahlen steigen mit zunehmendem Alter an und erreichen bei männlichen 85-89-jährigen 8,8 Prozent und 14,2 Prozent bei Frauen. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, ist auch der überwiegende Anteil der an Alzheimer erkrankten Menschen in Österreich weiblich. Rund 75 bis 80 Prozent aller Patienten in Österreich sind weiblich. (www.alzheimer-gesellschaft.at, Österreichischer Demenzbericht 2014)

Die professionell Sorgenden sind überwiegend weiblich

Mit dem plakativen Satz: „Auf dem Bau gibt es kaum Frauen, im Pflegebereich arbeiten kaum Männer“ (Agenda Austria, 2018) lässt sich aufzeigen, dass die Kategorie Geschlecht in unterschiedlichen Berufen sehr unterschiedlich verteilt ist. Während nur jeder 43. Beschäftigte auf dem Bau weiblich ist, überwiegen bei den Bürokräften, in der Reinigungsbranche und in der Betreuung von Pflegebedürftigen die Frauen. Ihr Anteil bei den Pflegekräften liegt bei 90 Prozent.

Laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger gab es im Jahresdurchschnitt 2017 in den Wirtschaftsklassen Pflegeheime, Altenheime und Soziale Betreuung älterer und behinderter Menschen5 insgesamt 54.954 Beschäftigungsverhältnisse, davon 77% Frauen. (AMS 2018)

Pflege durch Angehörige ist überwiegend weiblich

In Österreich wird der überwiegende Anteil an Betreuung und Pflege von Angehörigen erbracht. Davon werden knapp drei Viertel von Frauen übernommen, in der häuslichen Pflege sind es 73%, in der stationären Langzeitpflege 63%. Das Durchschnittsalter aller Frauen liegt bei 62 Jahren, ein Drittel ist im Alter von 31 bis 65 Jahren. Österreichweit ist die Hälfte der pflegenden Angehörigen Frauen ist berufstätig (Nagl-Cupal et al. 2018). In einer Wiener Studie waren im Jahr 2008 rund 70% der pflegenden Angehörigen Frauen, fast die Hälfte waren im Erwerbsalter und sind oder waren damit auch mit der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege konfrontiert. (Schneider et al. 2008). (Schwieger- bzw. Stief) Kinder sind die größte Gruppe pflegender Angehöriger (zwischen 40% und 55%) (Nagl-Cupal et al. 2018). Für Wien konnte gezeigt werden, dass ältere Männer vorrangig von (Ehe-)Partnerinnen betreut werden, die sich als Hauptpflegepersonen verstehen. Die Pflege von Frauen hingegen wird eher durch

(C) Ana Baraulia

die Generation der Kinder geleistet und hier gibt es ein breites Spektrum von Pflegearrangements, so teilen sich beispielsweise mehrere Kinder die Betreuungsarbeit auf oder es übernehmen Soziale Dienste größere Teile der Betreuung (Schneider et al. 2008)

Die Kategorie Geschlecht in der Organisation von Betreuung und Pflege

Auch auf der organisationalen Ebene spielt die Dimension Gender eine wichtige Rolle:

Pflegeheime sind Frauenwelten

Die „Fremde Welt Pflegeheim" (Koch-Straube 1997) ist – aus Perspektive des Anteils der involvierten Personen – eine Frauenwelt. Dies scheint so selbstverständlich, dass es wenig besprochen wird. In Österreich waren Ende 2017 73,2% der BewohnerInnen weiblich und 84,2% der Beschäftigten und das ist nicht untypisch im europäischen Vergleich (Statistik Austria 2019). Ein beachtlicher Anteil der Mitarbeitenden in der Betreuung und Pflege verfügen über Migrationshintergrund. Frauen und Männer unterschiedlichen Alters arbeiten im Pflegeheim, die Bewohnerinnen und Bewohner sind meist hochbetagt, oft leben sie mit demenziellen Veränderungen. Vor allem Frauen, die ihre Männer überleben und selbst Unterstützung und Pflege brauchen, sind auf die Aufnahme in einem Heim angewiesen (Reitinger, Heimerl, Pleschberger 2005).

Die gesellschaftliche Arbeitsteilung, dass in der Pflege und insbesondere auch in der Altenpflege ein so hoher Anteil an Frauen tätig ist, hat viele Ursachen. Sie kann auch in Zusammenhang mit dem Ideal einer sich aufopfernd dienenden Weiblichkeit gesehen werden (Gröning 2016, S. 360). Eine geringe Vergütung und monetäre Anerkennung sind leider verbreitete gesellschaftliche Realität. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen der Beschäftigungsverhältnisse können als kritisch bezeichnet werden. So wächst in Deutschland die Tendenz von Leiharbeit und die Arbeit von 24h Betreuung gewinnt an Bedeutung. Diese Arbeitsverhältnisse bringen oft unzumutbaren Belastungen mit sich. In Pflegeheimen führt dies insbesondere auch zu einer weiteren Verdichtung von Arbeitszeiten und kaum bewältigbaren Aufgaben. Vor allem – und das ist, was in Pflegeheimen aufgrund der Rahmenbedingungen oft fehlt – braucht es Zeiten, wo Menschen einfach da sind.

Unterrepräsentierte Perspektive in der Betreuung zu Hause

Häusliche Pflege wird sowohl informell als auch professionell überwiegend von Frauen geleistet. Während informelle häusliche Pflege (familiale Pflege, Angehörigenpflege) zunehmend im Rahmen der Geschlechterforschung beleuchtet wird, nehmen wir derzeit noch ein Defizit an genderbezogener Reflexion im Bereich der professionellen häuslichen Pflege wahr.

Wir gehen davon aus, dass die strukturelle Marginalisierung der ambulanten Pflege mit einer nachhaltig fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung und politischen Wahrnehmung dieses feminisierten Arbeitsbereiches zu tun hat (vgl. Wild 2002). Wohnortnahe Reproduktionsarbeit, die primär von Frauen erbracht wird, hat es schwer. Gesellschafts- und gesundheitspolitisch wird offensichtlich eine heilende, Technik orientierte und Männer dominierte Hochleistungsmedizin höher bewertet, als begleitende, helfende Pflege in der häuslichen Versorgung. (Wegleitner, Heimerl 2010)

Das Lebensende zu Hause mit Hilfe der 24h Betreuung

In Österreich gab es lt. Wirtschaftskammer im Jahr 2019 insgesamt etwa 62.000 sogenannte selbständige PersonenbetreuerInnen (WKO 2020), 95% von ihnen sind Frauen. 85% der 24h Betreuerinnen kommen aus den beiden Ländern Slowakei und Rumänien (Famira-Mühlberger 2017). Mit Recht wird die Situation daher als Care-Migration bezeichnet (Benazha, Lutz 2019). Die 24h-Betreuerinnen werden auch als „live-ins" bezeichnet, weil sie im Haushalt der von ihnen gepflegten Menschen leben (Benazha, Lutz 2019).

Es überrascht nicht, dass zwei Drittel der Menschen, die von 24h-Betreuerinnen gepflegt werden, Frauen sind. Denn, wie wir weiter oben gezeigt haben, übernehmen in vielen Fällen die Ehefrauen die Pflege ihrer Männer oft alleine als Hauptpflegpersonen (Schneider et al. 2008), sind aber nach dem Tod ihrer Männer selbst auf andere Pflegearrangements angewiesen.

Die Situation der 24h Betreuung wird weithin als win-win bezeichnet: einerseits ermöglichen die Betreuerinnen den Pflegebedürftigen zu Hause zu verbleiben, andererseits wird angeführt, dass die Care-Migrantinnen vom Lohngefälle zwischen Österreich und ihren osteuropäischen Herkunftsländern profitieren. Was bei dieser Darstellung übersehen wird, sind die „asymmetrischen Machtverhältnisse, die das gesamte Arrangement durchziehen", die oft mit einer völligen Entgrenzung dieser Situation als live-ins und mit ausbeuterischen Arbeitssitu-

ationen einhergehen (Benazha, Lutz 2019). Wie unverzichtbar die 24h-Betreuung für die Sorgearbeit in Österreich ist, hat die CoVid-19 Krise gezeigt. In Bezug auf Palliative Care stellt dieses Pflegearrangement eine besondere Situation dar, es treffen unterschiedliche Kulturen des Umgangs mit Sterben, Tod und Trauer oft ohne Vermittlung und in den Haushalten isoliert aufeinander, eine Tatsache, die zur Belastung für alle Beteiligten werden kann und nach wie vor zu wenig Beachtung findet.

Hospiz und spezialisierte Palliative Care

Sowohl die spezialisierte Palliative Care Arbeit als auch die ehrenamtlich organisierte Hospizarbeit unterliegt einer geschlechterspezifischen Arbeitsteilung. In Österreich waren von den 3.263 ehrenamtlich Engagierten im Jahr 2012 88,1 Prozent weiblich und 11,9 Prozent männlich (Pelttari, Pissarek, Zottele 2012, S. 7). Gender ist damit in der Übernahme von Sorgearbeit im Hospizdienst präsent und wirksam. Birgit Heller (2010, S. 61) formuliert: „Ausgangspunkt für die Frage nach der Relevanz von Gender im Kontext der Hospiz- und Palliativkultur ist die Tatsache, dass die Hospizbewegung weitgehend eine Frauenbewegung ist.“ Gleichzeitig wird Gender als „versteckte Kategorie“ beschrieben (Pleschberger, Wenzel, 2010).

Einen bedeutenden Stellenwert in hospizlicher Haltung und palliativer Begleitung nehmen Gefühle ein. Sowohl Gefühle der Freude und des Glücks als auch der Trauer, des Schmerzes und des Leidens sind für Begegnungen mit Frauen und Männern mit schweren Erkrankungen und besonders am Lebensende so wichtig wie für Beziehungen mit anderen Menschen auch. Gefühlsarbeit kann damit als eine zentrale Fähigkeit in der Begleitung von Menschen in der Sterbephase gesehen werden. Diese Kompetenz erfordert eine bewusste Koordination von Denken, Fühlen und Handeln, insbesondere in der Kommunikation. Die Wahrnehmung eigener Betroffenheit ist ebenso wichtig wie die die Balance von Nähe und Distanz (Kränzle 2011, 183f). In unserer Gesellschaft werden diese Fähigkeiten – insbesondere wenn sie damit verbunden sind, sich um andere Menschen zu kümmern – eher Frauen zugeschrieben und auch eher von Frauen übernommen. Arlie Russel Hochschild prägte den in diesem Zusammenhang wichtigen Begriff der Emotionsarbeit („emotion work“, Hochschild, 1983 S. 164ff).

Schlussfolgerungen:- Geschlechtersensibiltät in Sorge-Organisationen

Aus den hier aufgezeigten Zahlen lässt sich schließen, dass die Kategorie Gender eine bedeutende Rolle spielt für Palliative und Dementia Care. Die Akteurinnen und Akteure sind überwiegend weiblich, das heißt der Bereich ist feminisiert, mit allen Implikationen, die das mit sich bringt.

Auf einer politischen Ebene in Österreich erfährt die Pflege erstmals im Regierungsprogramm Beachtung und die Arbeit an einer Pflegereform wurde begonnen. Das ist begrüßenswert. Es bleibt die Tatsache, dass der Bereich der Betreuung und Pflege, wie auch andere feminisierte Bereiche nach wie vor zu wenig gesellschaftliche Beachtung erfahren. Dies macht sich unter anderem darin bemerkbar, dass die Pflege zwar in Zeiten von Corona einen regelmäßigen Applaus am Freitag um 18.00 erhalten hat, sich dies aber ökonomisch für die einzelnen Pflegenden und Betreuenden nicht positiv ausgewirkt hat, weder für die professionell Sorgenden, noch für die 24h-Betreuung oder die informell pflegenden Angehörigen. Die Corona-Krise kann dann zur Chance werden, wenn es gelingt Sorge-Arbeit solidarischer zu organisieren und unabhängig von Geschlechter-Hierarchien zu verteilen und zu entlohnen. Dazu gehören u.a. angemessene Bezahlung, verbesserte Arbeitsbedingungen, mehr Zeit für Care-Arbeit im Arbeitsalltag und Lebenslauf aber auch, die Selbstbestimmung der Care-Empfängerinnen ernst zu nehmen (Thiessen et al.2020).

Über diesen politischen Aufholungsbedarf hinaus plädieren wird für mehr Gendersensibilität in den beschriebenen Sorge-arrangements und Sorge-Organisationen. Wenn Fragen und Probleme rund um Gender unausgesprochen bleiben, resultieren daraus Spannungen, Konflikte und ethische Dilemmata. Allen voran möchten wir daher die Notwendigkeit für Reflexionsräume betonen, also Zeiten und Orte, die Gelegenheiten zum Austausch von Erfahrungen und Perspektiven rund um Genderfragen bieten. Damit sind interdisziplinäre Gespräche gemeint, die – wie kurz oder lang auch immer –den professionell und informell Pflegenden und Betreuenden helfen, schwierige Situationen rund um das Thema Gender besser zu verstehen und geeignete Wege zu finden, mit ihnen umzugehen (Reitinger et al. 2013). Es besteht ein Bedarf an Kommunikationsstrukturen wie zum Beispiel moderierten Ethikbesprechungen, die es den Pflegenden und Betreuenden ermöglichen, ihre alltäglichen Entscheidungen zu reflektieren. Der Ausdruck von Emotionen sollte in solchen Reflexionsräumen geför-

(C) Delphotostock

(C) De Visu

dert werden (Reitinger, Heimerl 2014). Geschlechtersensible Reflexion unterstützt die Entwicklung der Organisationskultur in Palliative und Dementia Care.

Literatur

Agenda Austria (2018): Frauen- und Männerberufe in Österreich. Quelle: Statistik Austria 2017. https://www.agenda-austria.at/grafiken/frauen-pflegen-maenner-bauen/

AMS (2018): Der Arbeitsmarkt im Bereich der Pflege älterer Menschen. Arbeitsmarktservice Österreich. Spezialthema. Mai 2018.

Backes Gertrud M. (2007): Geschlechter – Lebenslagen – Altern. In: Pasero, Ursula, Backes, Gertrud M. / Schroeter, Klaus, R. (Hrsg.). Altern in Gesellschaft. Aeging – Diversity – Inclusion (151-183). Wiesbaden: VS-VerlagBenazha Aranka Vanessa, Lutz Helma (2019): Wer sorgt, wenn alle arbeiten? Migrantische 24-Stunden-Betreuung in deutschen Pflegehaushalten. Fachzeitschrift Palliative Geriatrie, 2019/1, 28-32

Famira-Mühlberger Ulrike (2017): Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich. Österreichischen Wirtschaftsforschungsinstitut. Wien

Gröning Katharina (2016): Geschlechteraspekte in der Pflege. In: Kolip, Pe-

Autorin

Assoz. Prof.in Dr.in Elisabeth Reitinger
assoziierte Professorin am Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien. Psychologin, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Habilitation in Palliative Care und Organisationsforschung. Forschung und Lehre zu Palliative Care im Alter, ethische Entscheidungen in der Altenhilfe, Kommunikation mit Menschen mit Demenz, Genderaspekte von Care

Autorin

Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl
Master of Public Health, habilitiert in Palliative Care und Organisationsentwicklung. Von 1995 bis 2018 wissenschaftl. Mitarbeiterin in Leitungsfunktionen an der Universität Klagenfurt, Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung, Institut für Palliative Care und Organisations-Ethik. Seit 2018 assoziierte Professorin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Forschungsschwerpunkt Palliative Care und Community Care

tra; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. S. 360-S. 371

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

Heller Birgit (2010): Gender und Spiritualität am Lebensende. In: Reitinger, Elisabeth, Beyer Sigrid (Hrsg): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe (61-72). Frankfurt a.M.: Mabuse

Hochschild, Arlie Russel (1983): The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press

Koch-Straube U (1997) Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Verlag Hans Huber, Bern

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; Stein-Hilbers, Marlene (2003) (Hrsg.): Reihe Geschlecht und Gesellschaft. Leske und Budrich: Opladen, Band 15. S. 55-83

Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien

Pelttari Leena, Pissarek Anna H., Zottele Peter (2012): Datenerhebung 2012, Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich. Wien: Dachverband Hospiz Österreich

Pleschberger Sabine, Wenzel Claudia (2010): Die versteckte Kategorie – Erkenntnisse zur Bedeutung von Geschlecht aus der Forschungstätigkeit in häuslicher Palliativversorgung. In: Reitinger, Elisabeth , Beyer, Sigrid (2010) (Hrsg.). Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe (181-196). Frankfurt a.M.: Mabuse

Reitinger Elisabeth, Heimerl Katharina (2014): Palliative Care in Nursing Homes: Ethics and gender - issues and processes. International Journal of Older People Nursing 9, 131–139. doi:10.1111/opn.12049

Reitinger Elisabeth, Heimerl Katharina, Lehner Erich, Lindner Doris und Wappelshammer Elisabeth (2013): Geschlechtersensibel werden. Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz. Broschüre im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

Reitinger Elisabeth, Heimerl Katharina, Pleschberger Sabine (2005): Leben und Sterben in der Frauenwelt Pflegeheim: Erste Blitzlichter auf graue Schatten? In: Koryphae. Medium für feministische Naturwissenschaft 38/05, 22 – 25

Reitinger Elisabeth, Lehner Erich, Heimerl Katharina (2008): Gender in Palliative Care – Spurensuche im transdisziplinären Dialog. In: Wilhelm Berger, Kirstin Mertlitsch. Quer zu den Disziplinen. Gender in der inter- und transdisziplinären Forschung. Wien: Turia und Kant, 117- 140

Reitinger Elisabeth, Lehner Erich, Pichler Barbara, Heimerl Katharina (2016) „Doing Gender“ im Altenpflegeheim. Perspektiven von Mitarbeitenden und Führungskräften. Z Gerontol Geriat 2016 · 49:700–705, DOI 10.1007/s00391-016-1147-5, published online 28 October 2016

Schneider Ulrike et al. (2008): Wiener Studie zur informellen Pflege und Betreuung älterer Menschen 2008. Forschungsbericht. Forschungsinstitut Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien. https://www.wu.ac.at/fileadmin/wu/d/ri/altersoekonomie/FB12009.pdf

Statistik Austria (2019): http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html, abgerufen am 14.02.2019

Statistik Austria (2020): Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher am 31.12.2018. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html, abgerufen am 10.9.2020

Thiessen B., Weicht B., Rerrich M.S., Luck F., Jurczyk K., Gather C., Fleischer E. & Brückner M. (2020): Großputz! Care nach Corona neu gestalten. Ein Positionspapier zur Care-Krise aus Deutschland, Österreich, Schweiz, http://care-machtmehr.com/

Wegleitner Klaus, Heimerl Katharina (2010): Gender in der ambulanten Pflege: eine unterrepräsentierte Perspektive. In: Reitinger Elisabeth, Beyer Sigrid (Hg): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe, Frankfurt a.M. Mabuse 211-230

Wetterer, Angelika (2004). Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. In: Becker, Ruht; Kortendiek, Beate (2004) (Hg.). Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

WKO (2020): Wirtschaftskammer Österreich: Personenberatung und Personenbetreuung. Brachendaten. Abteilung für Statistik. Wien, Mai 2020

© fotolia/janews094

Pflegemanagement

Der neue Pflegemanagement: Kompetent. Kollegial. Souverän. Wirksam.

635 Seiten
94 Abb.
24 Tab.
19 x 27 cm
Softcover

09|2020 erschienen

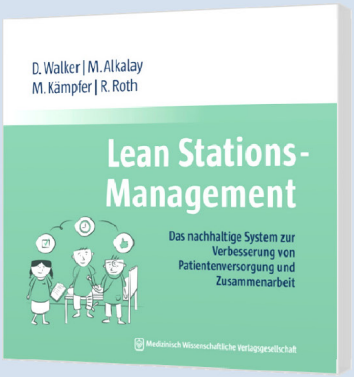
ISBN 978-3-95466-440-5

€ 69,95 [D]

Leitungskräfte im Pflegemanagement brauchen umfassende Qualifikationen in medizinischen, betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Managementaspekten.

Das neue Handbuch Pflegemanagement bündelt das Praxis-Know-how der führenden Fachleute aus Krankenhaus- und Pflegemanagement und vermittelt umfassend und interdisziplinär das gesamte Pflegemanagement-Wissen: Für mehr Exzellenz, Souveränität, Wirksamkeit und Wertschätzung.

- über 120 Beiträge aus allen relevanten Fachgebieten
- Praxis-Know-how der führenden Experten/-innen aus Krankenhaus- und Pflegemanagement
- inkl. Basiswissen zu Strategie, Führung, Personalmanagement, Ökonomie, Marketing, Recht u.v.a.m.



216 Seiten
67 farb. Abb.
1 Tab.
21,5 x 21,5 cm
Softcover

03|2019 erschienen

ISBN 978-3-95466-439-9

€ 39,95 [D]

323 Seiten
20 Abb.
10 Tab.
16,5 x 24 cm
Softcover

02|2019 erschienen

ISBN 978-3-95466-404-7

€ 29,95 [D]

Stand: September 2020, Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Leser*innenbrief

Ich hatte meine Bezugspflegen. Eines Morgens bin ich bei einem Bewohner zur Grundpflege rein gegangen.
Ich hatte ein T-Shirt an und als ich mit ihm die Grundpflege beginnen wollte, meinte er, ich sollte doch mein T-Shirt ausziehen und er müsste meine Brüste streicheln. Ich wusste nicht, wie ich damit umgehen sollte, da ich erst 16 Jahre alt war und sagte ihm, dass er so etwas nicht sagen darf.

Er sagte „zieh dich aus und lass uns Sex haben“. Ich schrie ihn an und sagte er könnte mein Urgroßvater sein, warf ihm die Waschutensilien ins Gesicht und lief davon. Ich schämte mich erst sehr mit jemandem darüber zu reden. Später wandte ich mich an den sozialen Dienst, die mich sehr unterstüzt haben und ich musste nicht mehr zu dem Bewohner rein, was mich sehr freute.

Leser*innenbrief

Mitunter wurde ich häufig zur Pflege zu einem älteren Herren geschickt, da dieser dem restlichen Pflegepersonal immer sehr aufmüpfig gegenüber trat und bei mir die Pflege zuließ. Jedoch fing es ganz schnell an, dass dieser Herr immer wieder unpassende Bemerkungen mir gegenüber machte, zum Beispiel wenn ich ihm die Schuhe anzog sagte er „Wenn du so vor mir kniest, komme ich auf ganz unanständige Gedanken“, oder aber sagte er bei der Intimpflege: „Du kannst da auch ruhig mal den Waschlappen weglassen und richtig Hand anlegen“. Ich schilderte sein Verhalten in der Arbeit, jedoch war er gegenüber dem anderen Personal so unzugänglich und verweigerte die Pflege, sodass ich trotzdem immer wieder hingeschickt wurde. Das ganze ging immer weiter, bis er mich einmal nachdem ich ihn abends ins Bett gebracht hatte am Kasack packte und meinte: „Süßes Ding, wenn deine Schicht vorbei ist, kommst du doch sicher zu mir ins Bett, ja?“

Angeekelt stürmte ich aus dem Bewohnerzimmer und verweigerte ab sofort die Pflege bei diesem Herrn gegenüber meinen Vorgesetzten. Es ist jetzt ein paar Wochen her, jedoch schaudert es mich immer noch, wenn ich ihn im Speisesaal sehe. Das Verhalten legte er natürlich nie an den Tag, wenn jemand anderes in Sichtweite war. Immer wieder versuchen Kollegen, mich wieder zu ihm zu schicken, obwohl inzwischen klargestellt wurde, dass ich nicht mehr zu diesem Herren gehen muss und mittlerweile stelle ich mich da auch quer. Ich hätte damals gleich kommunizieren müssen, vor allem gegenüber dem Herren, dass sein Verhalten komplett unpassend ist, um diese Eskaltionsspirale zu unterbrechen, aber ich finde, dass auch heute noch Pfleger*innen nicht genügend vor An- und Zugriffen von Bewohner*innen/Patient*innen geschützt werden. Vor allem von anderen Kolleg*innen, die ebenfalls noch zur Schule gehen und relativ jung sind, bekomme ich ähnliche Geschichten erzählt.

Leser*innenbrief

Ich war damals noch Schwesternschülerin im 2ten Jahr. Ich hatte gerade ein Praktikum an der Internen Station des Krankenhauses zu absolvieren. Eines nachmittags im Zuge der Blutdruckrunde passierte es dann. Ich kam in das Zimmer, der Patient lag hinten rechts beim Fenster. Wir waren alleine. Alle anderen waren wohl Kaffeetrinken gegangen oder hatten Besuch und waren nicht im Zimmer. Ich ging lächelnd zu dem etwa 49-jährigen Mann und sagte Ihm, dass ich seinen Blutdruck messen möchte und ich dafür seinen Arm benötige.

Er schlug die Bettdecke zurück und war nackt, ich sagte ihm er müsse sich nicht so weit abdecken, es würde der Arm schon reichen. Er zog die Decke wieder etwas weiter nach oben, sein Penis war jedoch immer noch zu sehen. Ich beschloss einfach, darüber hinweg zu sehen und versuchte meine Arbeit weiter zu erledigen. Als ich dann versuchte die Blutdruckmanschette auf seinen Arm zu bekommen, nahm er meine Hand und zog mich Richtung seines Penises. Ich hatte um den Blutdruck zu messen natürlich keine Handschuhe an. Er zwang mich mit aller Kraft dazu seinen Penis zu berühren. Meine Kehle war wir zugeschnürt und ich konnte keinen Laut von mir geben. Als ich mich nach einer gefühlten Ewigkeit endlich los machen konnte, verließ ich schnell das Zimmer und ging in den Sozialraum zu der Stationsschwerster. Ich war aufgelöst, verzweifelt, verstand die Welt nicht mehr. Warum tut man so etwas? Alles was ich dann zu hören bekam, war einfach unter jeglicher Kritik. Ich musste mir von der Stationsschwester sagen lassen, ich solle mich mal lieber daran gewöhnen und mich nicht künstlich aufregen. Da stand ich, alleine mit meinen Gedanken, meiner Wut und meinem Unverständnis.

Leser*innenbrief

Sexuelle Anmerkungen oder Küsschen auf die Wange von älteren, männlichen Kollegen sind bei mir als Mittzwanzigerin beinahe Alltag. Dies kann ich sogar irgendwie akzeptieren, sollte ich vielleicht nicht, doch damit kann ich umgehen. Ich arbeite in der Psychiatrie, und seltsamerweise sind die männlichen Patienten hier deutlich zurückhaltender als die weiblichen, die mich gerne auch mal angrabschen oder meine Körbchengröße oder meinen Hintern kommentieren. Dies wird akzeptiert und auch kaum als Übergriff bewertet. Auch wenn die Patient*innen lesbisch sind und mir ihre Absichten klar mitteilen. Okay, auch das kommt wohl mit dem Job. Kann ich ja ins Verbandbuch eintragen, oder halt auch sein lassen, die Konsequenz ist diesselbe.

Schlimmer finde ich es, dass die Führungsebene hier überhaupt nichts unternimmt und ich als sehr hoch ausgebildete Fachkraft immer wieder hinter männlichen Kollegen anstehe. Ich habe viele Fortbildungen und Titel, schaffe es aber nicht über eine einfache Krankenschwester hinaus. Ich sehe täglich männliche Kollegen, die als Leitungen vor mir eingesetzt werden. Die Ausschreibungen sind alle pro forma, die männlichen Kollegen werden schon vor Beginn der Ausschreibung persönlich informiert. Ich wurde noch nie persönlich informiert.

Leser*innenbrief

Ich war gerade mal 17 Jahre alt und machte Praktikum auf einer Unfallchirugie. Damals hatte wir noch Kleider mit Druckknöpfen an. In der Früh, musste ich durch die Zimmer gehen, um die Vitalzeichen zu kontrollieren. In einem Männerzimmer (4erZimmer) half ich zuerst einem Mann auf die Toilette und dann Fieber gemessen. Nichts außergewöhnliches. Ich hatte an diesem Tag mit einem männlichen Kollegen Dienst.

Zuerst die rechte Seite fertig gemacht , dann bin ich zur linken Seite. Als ich Handtücher aus dem Kasten nahm, sagte er zu mir, ich könnte mich ruhig ein wenig mehr bücken und meine Druckknöpfe aufmachen, damit er auch was davon hat. Damals war ich perplex und hab es ignoriert, aber als ich zu seinem Bettnachbarn kam, im übrigen ein Fahrschulleher aus dem Ort, hat der zu mir gesagt, ja genau, und wenn du mich da unten noch wäschst, so dass es mir gefällt, bekommst eine Fahrstunde gratis. Alle Männer, inkl meinem männlichen Kollegen haben so gelacht und mir war das so peinlich. Ich war ja die einzige weibliche Person in diesem Raum.

Ich bin dann aus diesem Zimmer raus und hab mal ein Glas Wasser getrunken. Danach wollte ich gar nicht mehr rein in das Zimmer. Mein Kollegen hat dann nur gemeint, das ist normal in diesem Beruf, als Frau muss man das aushalten können.

Leser*innenbrief

Ich würde ihnen gerne aus meinem Alltag als Schülerin berichten, denn dort ist es nahezu alltäglich gewesen. Man bekommt gerade als junge Frau immer wieder zwielichtige Komplimente (wie z.B. „wenn man von so einer jungen, hübschen Schwester gewaschen wird, macht das ganze gleich viel mehr Spaß.“) oder Blicke zugeworfen. Die ich dann einfach aus Gewohnheit weg lächele oder selbst herunter spiele.
Immer wieder ist es dazu gekommen, dass vor allem ältere Männer “versehentlich“ meinen Po berührt haben.

Aber das sind alles keine Situationen an die ich primär denkem muss, wenn ich an das Stichwort „sexuelle Übergriffe“ in der Pflege denke, weil diese so häufig vorgenommen sind.

Meine schlimmsten Erfahrungen in Bezug darauf hatte ich auf einer psychiatrischen Station. Es ist eine beschützte Akutstation, in der Patienten mit nahezu allen psychiatrischen Krankheitsbildern die in ihrer Akutphase stehen, untergebracht werden.

Dort wurde ich über 3 Wochen lang von ca. vier verschiedenen Männen verfolgt und beobachtet. Dort hat mir ein Patient Tage lang seine Liebe geschworen, mir über den Flur zugerufen er wolle mich heiraten, ich sei seine Traumfrau.

Ein anderer hat mich bedrängt, ich solle ihm meine Handynummer geben.
Die für mich schlimmste Situation war jedoch, als mich ein Patient aus dem Ausland stammend, der kaum ein Wort Deutsch sprach, mich in ein Zimmer in dem Kleidung aufbewahrt wird, gedrängt hat.

Ich musste mich, um ihm die Kleidung zu geben, die er energisch verlangte, kurz bücken. Er hat mich von oben herab beobachtet und sich in seinem Intimbereich berührt. Ich hatte wahnsinnige Angst.
Ich konnte der Situation entfliehen und habe daraufhin mit meiner Stationsleitung gesprochen. Er hat dann weitere Schritte eingeleiten und Gespräche geführt. Er war sehr verständnisvoll und dafür bin ich sehr dankbar.

SCHULE FÜR ALLGEMEINE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

> PFLEGEFACHASSISTENZ IN BILDUNGSTEILZEIT

Entwicklung durch Bildung

VON DER PFLEGEASSISTENZ ZUR PFLEGEFACHASSISTENZ

Das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes ist Schule! Als Schule für allgemeine Gesundheits– und Krankenpflege können wir unser Angebot für Sie noch individueller und umfangreicher gestalten.

Der Aufbaulehrgang zur Pflegefachassistenz startet am 11. Februar 2021. Nutzen Sie diese Möglichkeit um Ihre persönliche berufliche Entwicklung oder die Ihrer MitarbeiterInnen zu fördern.

IHRE VORTEILE

- **Berufsbegleitend** in drei Semestern von der Pflegeassistenz zur Pflegefachassistenz
- **Geblockter Unterricht** pro Woche 25 Stunden (Do, Fr, Sa)
- Teilweiser Einsatz von **neuen Lehr- und Lernformen** (Distance learning)
- Beratung zu **Förderungen** (Bildungsteilzeit)

ÜBRIGENS

- Seit 20 Jahren in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonal tätig
- Ansprechpartner für Unternehmen und Privatpersonen

Sie wollen mehr wissen – kontaktieren Sie unsere MitarbeiterInnen:
Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes
☏ +43 1 79580 - 6000 | ✉ abz-kundenzentrum@w.roteskreuz.at

PFLEGEFACHASSISTENZ IN BILDUNGSTEILZEIT

Vorraussetzung:
- Abgeschl. Ausbildung in der Pflegeassistenz
- Positiv absolviertes Aufnahmeverfahren

Start:
- 11.02.2021

Abschluss:
- 04.08.2022

Kosten pro Semester:
- € 1.875,--

WIENER ROTES KREUZ

Aus Liebe zum Menschen.

www.recom.eu

PFLEGEDIAGNOSTIK

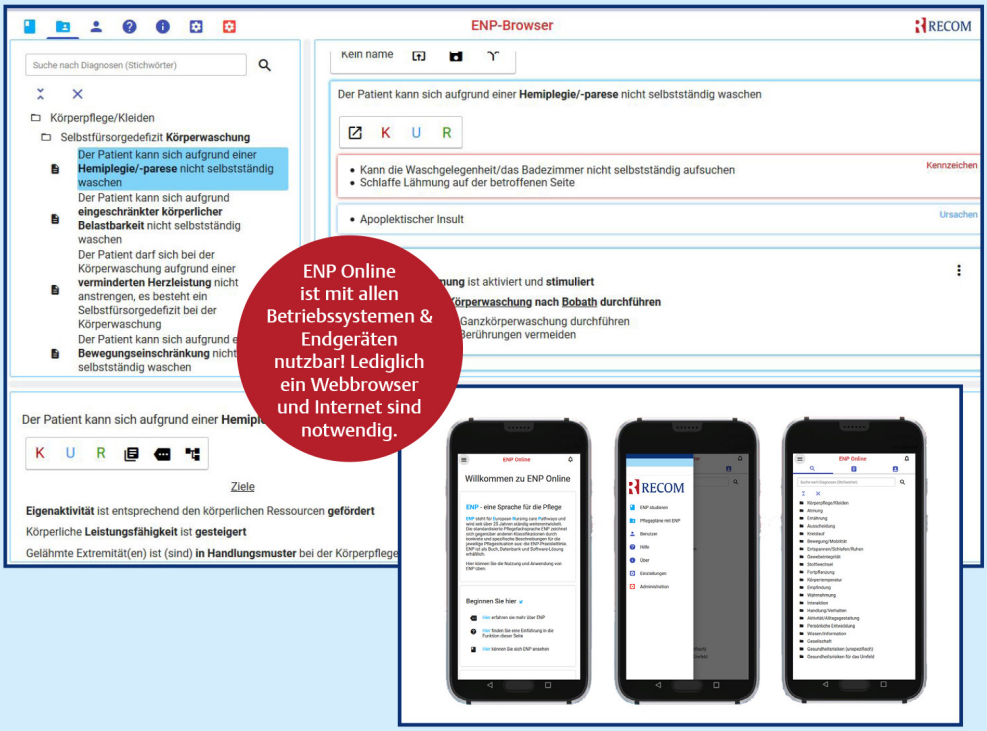
Software – Web-Seminare – Literatur

Pflegeplanung leicht gemacht –

ENP Online vereint berufspädagogische Aspekte & Pflegediagnostik. Die kostenfreie Starter-Version, die Sie einfach über einen Internet-Browser unter www.enp-online.org aufrufen, ermöglicht die Einsicht und das Suchen im gesamten ENP-Katalog ohne zeitliche Begrenzung und dient somit als praktischer ENP-Browser und Nachschlagewerk.

Die PREMIUM-Version ergänzt den Viewer durch die Möglichkeit des aktiven Anlegens und Bearbeitens von Pflegeplänen. Speichern, Export und Import sowie Drucken sind natürlich auch kein Problem.

Sowohl für Auszubildende als auch Lehrkräfte gleichermaßen interessant!



ENP Online ist mit allen Betriebssystemen & Endgeräten nutzbar! Lediglich ein Webbrowser und Internet sind notwendig.

Online auch als E-Books verfügbar!

Gut gewappnet für die **Anforderungen an die Pflege.** Nutzen Sie detaillierte Praxisleitlinien, für die Praxis und eine stichhaltige Pflegedokumentation.

Praxisleitlinien Altenpflege
44,90 €
ISBN 978-3-89752-139-1

ENP-Praxisleitlinien
49,90 €
ISBN 978-3-89752-153-7

Jetzt erhältlich: die neue NANDA-I-Ausgabe 2018-2020. **Erstmals im Handel:** die deutsche Übersetzung des Begleitbandes PROFIWISSEN!

Begleitband NANDA-I 2018-2020
18,90 €
ISBN 978-3-89752-150-6

NANDA-I 2018-2020
44,90 €
ISBN 978-3-89752-140-7

Alle Bücher finden Sie im Online-Shop www.recom-shop.eu

Für mehr Informationen zu ENP Online wenden Sie sich an info@recom.eu

Thieme

RECOM

hpsmedia

CareLit®

Gezielte Literatur-Recherche im Gesundheitswesen.

Sie suchen,
wir finden.

www.carelit.de