



Ein Einblick in geschlechtsspezifische Unterschiede

Kann eine **Demenz** **männlich** sein?

Männer und Demenz – gibt es tatsächlich andere Risiken und andere Verhaltensweisen als bei Frauen? Und benötigen Männer mit Demenz andere Formen der Beschäftigung? CHRISTINA KUHN vom Demenz Support Stuttgart gibt Antworten.

Geschlechtsunterschiede können im englischen Sprachraum durch zwei Begriffe („sex“ und „gender“) gekennzeichnet werden. Zum einen handelt es sich um das biologisch bedingte Geschlecht und zum anderen um die Geschlechterrolle, also die Konstruktion von „weiblich“ und „männlich“. Damit sind „Rollenzuweisungen, Regieanweisungen für die Identitätsfindung, Platzanweisungen, Wertungen und Ausschließungen“ verbunden (Beyer 2010). Im deutschen Sprachgebrauch gibt es diese begriffliche Unterscheidung nicht und Aussagen zu Geschlechtsmerkmalen enthalten eine gewisse Unschärfe, weil sowohl das biologische Geschlecht als auch die Rollenzuschreibung gemeint sein kann.

Betrachtet man das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Männern und Frauen bis in die Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen, dann ist die Geschlechterverteilung mit 1 : 1,2 (1,2 Frauen kommen auf einen Mann) weitgehend ausgewogen. Jenseits des Alters von 85 Jahren beginnt die Frauenwelt (1 : 2,6) und die Männer sind deutlich in der Unterzahl (Baltes et al. 2010). Dieses Missverhältnis spiegelt sich auch in der Bewohnerschaft deutscher Alten- und Pflegeheime wider. Der Frauenanteil liegt meist um die 70 % und steigt mit zunehmender Hochaltrigkeit auf 80–90 % an. Gleichzeitig werden 60–70 % der Plätze von Bewohner/-innen in Anspruch genommen, die an einer mittelschweren bis schweren Demenz leiden.

Alte Männer in einer Frauenwelt

Wie ist es also um die Männer bestellt, die sich im Alter in einer Frauenwelt bewegen? Worin unterscheiden sich Männer mit einer Demenz von den Frauen mit einer Demenz? Was fehlt Männern oder wo haben sie Vorteile? Die Beantwortung dieser Fragen ist bruchstückhaft, denn geschlechtsspezifische Unterschiede werden erst seit ungefähr 20 Jahren in den (Forschungs-)Blick genommen. Einige Aspekte davon sind für Alzheimerdemenz einigermaßen gut erforscht.

Geschlechtsspezifische Demenzformen?

Unter allen Demenzerkrankungen nimmt die Alzheimerdemenz mit einem Anteil von rund zwei Dritteln einen Spitzenplatz unter den verschiedenen Demenzerkrankungen ein. Geschlechtsspezifische Angaben lassen sich aus einer beachtlichen Anzahl von Prävalenzstudien herausfiltern, die europaweit durchgeführt wurden (Kunz & Lauterbacher 2007). Es besteht eine weitgehende Übereinstimmung darin, dass die Alzheimer-Prävalenz (Anzahl der Erkrankten in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt) bei Frauen in Vergleich zu Männern signifikant erhöht ist. Da Frauen aber eine signifikant längere Lebenserwartung als Männer haben, muss die Inzidenzrate (Anteil der Neuerkrankungen innerhalb eines definierten Zeitraums) zu Hilfe genommen werden, um hier einen Geschlechtsunterschied zu bestätigen oder zu entkräften. Leider sind die Studienergebnisse zur Anzahl der Neuerkrankungen sehr widersprüchlich, was zum einen auf die Stichprobengröße (zu klein, nicht repräsentativ) und zum anderen auf die sich unterscheidenden Altersbereiche (zum Beispiel eine zu starke Begrenzung) zurückzuführen ist. An der zweithäufigsten Demenzform, der vaskulären Demenz, scheinen Männer häufiger zu erkranken als Frauen. Einige Studien zur Anzahl der Neuerkrankungen bestätigen die höhere Inzidenzrate der Männer. Bei der frontotemporalen Demenz ist die Studienlage dünn und es gibt kaum Befunde. Einerseits scheint die frontotemporale Demenz bei Männern häufiger aufzutreten als bei Frauen (Walter et al. 2008), andererseits wird darauf hingewiesen, dass Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind (Diehl-Schmid 2013).

Kleinster gemeinsamer Nenner: Risikofaktor Schlaganfall

In der Cache County Studie (Hayden et al. 2006) wurden Risikofaktoren der Alzheimerdemenz oder der vaskulären Demenz unter einem geschlechtsspezifischen Blickwinkel beleuchtet. An der Studie waren 3.264 Einwohner (älter als 65 Jahre) mit kardiovaskulären Risikofaktoren (Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Diabetes mellitus, Übergewicht) und Krankheitsereignissen wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Ähnlichem beteiligt. Alle wurden im Hinblick auf eine

Alzheimer-Demenz und/oder eine vaskuläre Demenz untersucht.

Allgemein gilt: Bluthochdruck erhöht das Risiko einer vaskulären Demenz. Frauen mit einem erhöhten BMI (Übergewicht) haben auch ein erhöhtes Risiko einer Alzheimer-Demenz. Für Männer scheint weder ein Gewichtsproblem noch ein Diabetes einen erhöhten Risikofaktor darzustellen. Hingegen ist das Risiko einer vaskulären Demenz für Frauen mit Diabetes erhöht. Ein Schlaganfall trifft Männer wie Frauen und erhöht für beide das Risiko einer vaskulären Demenz gleichermaßen. Die Ergebnisse zeigen, dass im Hinblick auf vaskuläre Faktoren geschlechtsspezifische Unterschiede vorhanden sind.

Männervorteil: Hochaltrigkeit

Stellt man die Frage, wie sich Demenzerkrankungen auf Männer und Frauen verteilen, so gibt es in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen keine Überraschungen. Betroffenen sind hier 0,7 % der Frauen und 0,6 % der Männer, es herrscht also ein ausgewogenes Verhältnis. Interessant wird es für die Männer in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen, denn mit einem Anteil von 8,8 % sind sie wesentlich weniger betroffen als Frauen mit einem Anteil von 14,2 % (Schmidt et al. 2008).

An der EURODEM-Studie beteiligten sich 12.914 Teilnehmer/-innen. Alle waren älter als 65 Jahre und zu Beginn der Studie kognitiv unbeeinträchtigt. Über einen Zeitraum von drei Jahren wurde der kognitive Status erhoben. Die Datenauswertung für beide Geschlechter bis zum 80. Lebensjahr kommt zu folgendem Ergebnis: kein Unterschied.

Allerdings zeigte die Anzahl der Neuerkrankungen ab dem 85. Lebensjahr ein anderes Bild. Frauen waren signifikant häufiger von einer Demenz betroffen als Männer. Anders formuliert: hochaltrige Männer haben ein geringeres Risiko an einer Demenz zu erkranken als Frauen der gleichen Altersklasse (Kunz & Lauterbacher 2007). Dieser Befund wird durch eine Studie aus den Niederlanden bekräftigt, die einen Geschlechterunterschied ab dem 90. Lebensjahr bestätigt. Bislang ist allerdings unklar, wodurch sich diese Unterschiede ergeben.

Männer mit Alzheimerdemenz haben (länger) das Wort

Wird bei der Alzheimerdemenz die kognitive Leistungsbeeinträchtigung zwischen Männern und Frauen verglichen, so zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede. Werden allerdings die kognitiven Funktionsbereiche einzeln betrachtet, dann scheinen sich überraschende Geschlechtsunterschiede abzubilden. Bei Frauen sind Beeinträchtigungen in Wortfindung, Sprachproduktion und im Sprachverständnis signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern. Das ist erstaunlich, weil Frauen (ohne kognitive Beeinträchtigung)

den Männern gerade in sprachlichen Fertigkeiten überlegen sind (Kunz & Lauterbacher 2007). In der Demenz scheinen Männer eher das Wort zu haben.

Welches herausfordernde Verhalten ist männlich?

In einer schwedischen Studie wurden 3.395 Personen (1.056 Männer und 2.339 Frauen) mit kognitiven Beeinträchtigun-

gen untersucht (Lövheim et al. 2009). Die Verbindung von Geschlecht und dem Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen und Demenzsymptomen ergab, dass 17 von 39 Verhaltensweisen geschlechtsspezifische Merkmale aufwiesen. In Bezug auf „aggressives Verhalten“ sind es vor allem Männer, die öfters andere Mitbewohner oder Pflegende schlagen, die sich öfter aggressiv gebärden, oft und leicht reizbar sind und sich beim An- und Auskleiden zur Wehr setzen. Widersprüchliche Ergebnisse liegen zur Kategorie „verbale Aggression“ vor. Andere Studien weisen darauf hin, dass verbal aggressives Verhalten (zum Beispiel das Anschreien und Beschimpfen von Mitbewohnern oder Pflegekräften) häufiger bei Männern zu finden ist, Frauen hingegen öfter verbal nicht aggressives Verhalten (zum Beispiel nach Hilfe zu rufen) zeigen. Allerdings gibt es auch Studien, die hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachten (Beck et al. 2011). Unklar ist, ob aggressives Verhalten eine genetische oder hormonelle Ursache hat oder sozial erlerntes Verhalten ist.

In der Kategorie „unruhiges Verhalten“ sind es die Männer, die oft mit Stühlen oder Möbelstücken hantieren, diese umkippen oder stapeln. In der Kategorie „Wandering“ lenken Männer ihre Schritte häufiger in Richtung Ausgang, um die Einrichtung zu verlassen, während Frauen mit dem Verstecken von Gegenständen beschäftigt und innerhalb der Einrichtung unterwegs sind.

Regressiv unangemessene Verhaltensweisen zeigen sich häufiger bei Männern in Form von ungebändigtem Verhalten im Bett, Schmierereien mit Fäkalien und dem Urinieren an falschen Orten, wie in den Papierkorb oder auf den Boden. Schließlich sind es die Männer, die man öfter in einem fremden Bett findet. Auch bei einer frontotemporalen Demenz zeigen Männer mehr aggressives und sozial unangemessenes Verhalten als Frauen. Bei einer vaskulären Demenz wird im fortgeschrittenen Stadium bei Männern häufiger apathisches Verhalten beobachtet als bei Frauen.

Lebenslanges Thema: Sexualität

Das Thema Sexualität endet weder mit dem Beginn einer Demenzerkrankung noch mit dem Altwerden. Das Bedürfnis danach kann durch den Austausch von Intimitäten oder durch eine zärtliche, körperliche und emotionale Nähe in Erscheinung treten – das beidseitige Einvernehmen wird dabei stets vorausgesetzt.

Professionell Pflegende erleben Situationen, in denen sie mit unangemessenen sexuellen Verhaltensweisen konfrontiert sind, als Belastung. Darunter fallen Obszönitäten und anzügliche Ausdrücke, unerwünschte Berührungen, sexuelle Aggression und Situationen, in denen sich pflegebedürftige Personen öffentlich Entkleiden oder in der Öffentlichkeit masturbieren. Es wird davon ausgegangen, dass diese Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz mit einem Anteil von 2 % bis 17 % auftreten, und zwar abhängig von Demenzform und Schweregrad (häufiger bei vaskulärer Demenz



und häufiger bei einer mittleren bis schweren Demenz). Die Verhaltensweisen werden häufiger bei Männern beobachtet als bei Frauen (Bardell et al. 2011).

Ursachenforschung zum kleinen Unterschied

Es gibt eine Reihe biologischer Erklärungen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Im Bereich der Endokrinologie („Lehre von den Hormonen“, Anm. d. Red.) wurde der Zusammenhang zwischen der Gabe von Östrogen und dem Alzheimerisiko untersucht. Zahlreiche quasiexperimentelle Studien wurden durchgeführt und kamen zunächst zu ermunternden Ergebnissen. Es zeichneten sich Verbesserungen in der kognitiven Leistung vor allem bei den sprachlichen Fertigkeiten ab. Methodische Mängel erschwerten allerdings die Interpretation der Befunde.

Die Women's Health Initiative Memory Study beteiligte 4.532 Frauen, die zu Beginn der Studie keine kognitiven Einschränkungen vorwiesen. Innerhalb eines Zeitraums von rund fünf Jahren erkrankten 61 Frauen an einer Demenz. Erschreckenderweise kamen 66 % dieser Frauen aus der Östrogengruppe, sodass die Studie abgebrochen wurde (Kunze & Lautenbacher 2007).

Genetische Ursachen für die Entwicklung einer Alzheimerdemenz scheinen ebenfalls mehr die Frauen zu betreffen als die Männer. Die Interaktion zwischen Östrogen und einem bestimmten Gen (ApoE) sind möglicherweise die Ursache für ein erhöhtes Alzheimerisiko für Frauen. Ein Zusammenhang zwischen der Genexposition und der Alzheimerdemenz bei Männern fällt hingegen deutlich schwächer aus.

Depression und Demenz

Besonders in der frühen Phase der Demenz häufen sich depressive Störungen. Man nimmt an, dass etwa 30 % der an Alzheimerdemenz erkrankten Personen zusätzlich an einer Depression leiden. Hier lassen sich geschlechtsspezifische Symptome beobachten: Frauen zeigen eher eine emotionale Labilität, während Männer häufiger mit Apathie reagieren. Psychosoziale Interventionen können für Männer mit Demenz eine anti-depressive Wirkung haben. Betätigungsangebote wie die Bearbeitung eines Specksteins, Männer-Themen wie Sport, Autos, Technik können als Gesprächsstoff dienen.

In einem Münchner Pflegeheim wurden Erotikfilme der 1970er-Jahre gezeigt. Es wird über eine Reduktion der Konflikte zwischen den Männern und eine höhere Bereitschaft für die Beteiligung an anderen Maßnahmen in diesem Zusammenhang berichtet (Romero 2013). Während Frauen häufiger Antidepressiva erhalten, werden Männern häufiger sedierende Medikamente verordnet. Durch die unterschiedlichen Symptomprofile lässt sich möglicherweise die unterschiedlich medikamentöse Behandlungsrealität von Männern und Frauen mit Demenz erklären (Kunz & Lautenbacher 2007).

8.- 9. MAI 2014
MESSE BREMEN. HALLE 6

Rund 40 Vorträge und Workshops mit aktuellen Themen von hochkarätigen Referent/innen plus Messe mit rund 100 Aussteller/innen.

Unter anderem:

- Berausches am Lebensende (Sybille Lück)
- Keine Angst vor fremden Tränen (Chris Paul)
- Die Doppelrolle von geistig behinderten Menschen im palliativen Kontext (Prof. Traugott Roser)
- Scham, Schuldgefühl und Beschämung (Prof. Annelie Keil)
- Spiritual Care (Prof. Traugott Roser)

**BLEIBEN SIE NEUGIERIG –
DER MAI WIRD WIEDER GRÜN!**



Was Männer zu Hause halten kann

Für Männer ist die Sterblichkeit in Pflegeeinrichtungen höher im Vergleich zum Privathaushalt. Heimbewohner/-innen haben häufiger depressive Verstimmungen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung. Männliche Heimbewohner mit Alzheimerdemenz haben ein höheres Sterberisiko als Frauen mit der gleichen Erkrankung (Luppa et al. 2009).

Es ist nachvollziehbar, dass die meisten älteren Menschen so lange als möglich in ihrem häuslichen Umfeld bleiben möchten. Für Männer ist die Ehefrau die wichtigste Person, um das Risiko auf einen Heimeinzug zu verringern. Unverheiratete und allein lebende Männer (auch ledig, verwitwet oder geschieden) tragen dennoch ein höheres Risiko für einen Heimeinzug als Frauen, wenn sie ebenfalls dieselben soziodemografischen Merkmale aufweisen.

„Sie“ pflegt „ihn“

Überwiegend sind es Frauen (circa 80 %), die pflegebedürftige und chronisch kranke ältere Menschen in Privathaushalten versorgen. Sie übernehmen zu 39 % die Pflege ihrer 65–79 Jahre alten (Ehe-)Männer und sind auch bei den über 80-jährigen (Ehe-)Männern noch mit 12 % aktiv in der Pflege (Schneekloth & Wahl 2002) vertreten.

Es fällt auf, dass sich pflegende Ehefrauen und Lebenspartnerinnen höher belastet fühlen als pflegende Ehemänner. Einige Erklärungen dafür sind: Frauen können Aggressionen schlechter ertragen und sie neigen dazu, ohne Hilfe auszukommen und sich zu überfordern (Romero 2013). Das mag mit dem traditionellen weiblichen Rollenverhalten und den sozialen Erwartungen zusammenhängen. Pflegende Ehemänner holen sich Hilfe, erhalten emotionale Unterstützung aus der Familie und erfahren besonders für die Übernahme der Pflege soziale Anerkennung (Zank & Schacke 2007).

Wie man(n) in einer ambulanten oder stationären Wohnform lebt

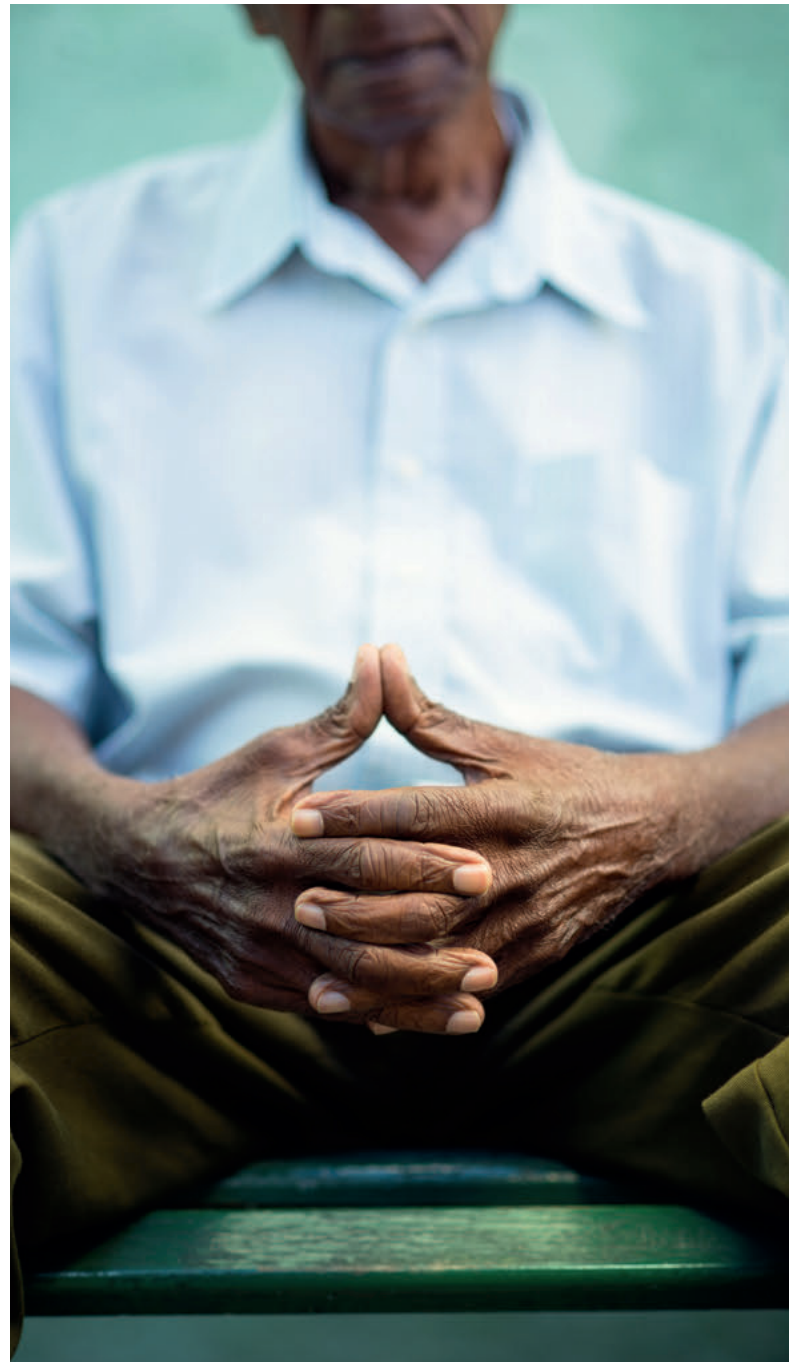
Wenn die häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann, erfolgt ein Umzug in eine ambulante oder stationäre Versorgungsform. In der DeWeGe-Studie wurden psychiatrische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in unterschiedlichen Wohnformen verglichen. Es wurden Daten von 572 Bewohner/-innen ambulant betreuter Wohngemeinschaften und von 401 Bewohner/-innen aus Demenzwohngruppen in Pflegeheimen ausgewertet.

Generell lag der Anteil häufig gezeigter Verhaltensauffälligkeiten in den Demenzwohngruppen signifikant höher. Eine geschlechtsspezifische Auswertung innerhalb einer Wohnform zeigt, dass Männer in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (6 bis 8 Bewohner/-innen) weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigen (mit Ausnahme verbaler Aggression) als die dort lebenden Frauen. In Pflegeeinrich-

tungen verhält es sich umgekehrt. Besonders deutlich war die häufigere körperliche Aggressivität bei Männern (Nordheim et al. 2011).

Nutzungsmuster von Männern im Pflegeheim: „Allein im Zimmer“

Im Rahmen einer Studie zur nutzerorientierten Bewertung von Pflegeheimbauten für Menschen mit Demenz fanden Vollerhebungen in drei Spezialeinrichtungen statt (Radzey



2014). Insgesamt wurden Daten von 117 Bewohner/-innen mit einem Männeranteil von 47,7 % erhoben. Es wurden unterschiedliche Nutzungsmuster identifiziert, die geschlechtsspezifische Merkmale aufweisen.

Das Nutzungsmuster „Allein im Zimmer“ zeigen von den mobilen Bewohner/-innen überwiegend die Männer. Das Zimmer wird zwar in regelmäßigen Abständen verlassen, um eine Runde im Garten zu gehen, aber danach wieder aufgesucht. Der Aufenthalt im Gemeinschaftsbereich erfolgt nur in Zusammenhang mit den Mahlzeiten.

Das Nutzungsmuster „Im Wohnbereich unterwegs“ ist mit häufigen Ortswechseln verbunden und durch die Interaktion mit Mitbewohner/-innen gekennzeichnet. Dieses Nutzungsverhalten ist überwiegend bei Frauen zu beobachten.

Relativ ausgewogen ist das Geschlechterverhältnis zum Nutzungsverhalten „Im Essbereich sitzend“, das von passiven Verhaltensweisen und geringer Interaktion begleitet ist. Ebenso verhält es sich mit dem Nutzungsmuster „zwischen Zimmer und Essbereich wechselnd“, das unter anderem von einer hohen Besuchshäufigkeit beeinflusst ist.

Radzey (2014) folgert, dass sich die Bewohner/-innen im Hinblick auf ihre räumlichen Bedürfnisse deutlich unterscheiden und „Geschlecht“ ein wichtiger Einflussfaktor ist. Als Empfehlung geht an Pflegeeinrichtungen der Hinweis, ein vielfältiges an unterschiedlichen Nutzerbedürfnissen orientiertes Angebot an Aufenthaltsmöglichkeiten zu schaffen.

„Mann sein“ im Pflegeheim

Die Bewohnerstruktur in Pflegeheimen verändert sich seit geraumer Zeit. Der Anteil männlicher Heimbewohner stieg seit 1994 von 21 % bis 2005 auf 27 % an (Schneekloth & Wahl 2007). In Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz liegt der Männer-Anteil teilweise bei 50 %. Die Wahrscheinlichkeit für eine körpernahe Fixierung wird durch die Kriterien „Demenz“, „Agitiertheit/aggressives Verhalten“ und „männliches Geschlecht“ maßgeblich erhöht.

Das altbewährte Aktivitätsspektrum, das fast ausschließlich an den Interessen und Kompetenzen weiblicher Heimbewohnerinnen ausgerichtet ist, taugt keineswegs für alle. Kreativität und konzeptionelles Arbeiten fordert Pflegenden neu, um passende Angebote für männliche Interessensbereiche zu entwickeln.

Herrenabend und Damenrunde

In einer Studie wurden Gruppentreffen für Männer (Herrenabend) und für Frauen (Damenrunde), die vierzehntägig zu sozialen Aktivitäten zusammenkamen, in Pflegeeinrichtungen initiiert und untersucht. Bei fünf Männer- und vier Frauengruppen mit insgesamt 26 Teilnehmer/-innen konnten eindeutige Gendereffekte beobachtet werden. Bei den Männern zeigten sich eine signifikante Reduktion im Bereich „Depression und Angst“ und ein wachsender Sinn sozialer Zugehörigkeit (Gleibs et al. 2011).



GEMEINSAM IHRE ZUKUNFT PFLEGEN.



ALTENPFLEGE 2014

Die Leitmesse der Pflegewirtschaft.

25. – 27. März – Messe Hannover

THE PLACE TO BE

Die ganze Welt der Pflege. Produkte und Versorgungsstrukturen für morgen.

- Top-Themen aus Praxis und Management auf dem Pflegekongress
- Highlights rund um Pflege und Therapie, Textil und Bekleidung
- Kompetenzzentrum Küche/Hauswirtschaft
- aveneo – RAUM FÜR INNOVATION
- KarriereCenter mit Jobbörse

www.altenpflege-messe.de

FACHAUSSTELLUNGEN
HECKMANN GMBH
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE AG

VINCENTZ

„Männliche“ Aktivitäten

Weitere, dem männlichen Rollenbild entsprechende, Aktivitäten können sein:

- Außenaktivitäten (Grillen, Feuer machen, Gartenarbeiten, Auto waschen, Besuche von Autohäusern, Bahnhöfen, alten Arbeitsorten, Sportveranstaltungen etc.)
- Bewegungsangebote (Tanzen, Wandern, Krafttraining, Spaziergänge, Kegeln, Vereinsaktivitäten etc.)
- Handwerkliche Tätigkeiten (Hobbyraum mit Werkbank und Materialien, Schraubenkästen zum Sortieren, Bearbeitung von Holzstücken, Werkzeuge etc.)
- In Gemeinschaft sein (hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Karten spielen, Kneipenbesuch, Gesprächsrunden, Lieder und Sprüche etc.)
- Impulse für Gespräche (Berufe, Sport, Technik, Politik, Autos, Wetter, Geld, Einkommen etc.)
- Lebensleistung (Pokale, Jubiläum, Berufslaufbahn, Besitz, Familie etc.)
- Rollenbild (Hilfsbereitschaft abrufen, Kraft einsetzen können, sich kompetent fühlen – zum Beispiel – durch Bestätigung und validierende Gespräche)

Zum Schluss: „Doing Gender“

Die Geschlechterrollen haben im letzten Jahrhundert eine deutliche Revision durchlaufen und sind aktualisiert worden. Dennoch schwingen immer soziale Rollenerwartungen in der täglichen Kommunikation und Interaktion mit. Die Forderung nach einer geschlechtssensiblen Pflege beinhaltet die Beachtung der Geschlechteridentität, ein Bewusstsein für die Geschlechterverhältnisse und das Wissen um die Bedeutung von Geschlechterrollen, auch in der Reflexion innerhalb des Pflegeberufes (BMG 2013). Um eine Verbesserung in der Demenzpflege zu erreichen, wird die Forderung laut, eine geschlechtsspezifische und -sensible Perspektive in Bezug auf Diagnose, Behandlung, Pflege, Kommunikation, medizinische, soziale und psychologische Therapie und in der Arbeit mit Angehörigen einzunehmen (Backes & Wolfinger 2011). ■

Literatur

- BACKES, G.; WOLFINGER, M. (2011)
Connecting gender and dementia. In: Dibelius, O.; Maier, W. (Hrsg.): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Kohlhammer
- BALTES, M.; HORGAS, A.; KLINGENSPOR, A.; FREUND, A.; CARSTENSEN, L. (2010)
Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Lindenberger, U.; Smith, J. Mayer, U. Baltes, P. (Hrsg.) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag
- BARDELL, A.; LAU, T.; FEDOROFF, J. P. (2011)
Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. In: International Psychogeriatrics 23(7), 1182–1188
- BECK, CORNELIA; RICHARDS, KATHY; LAMBERT, C.; DOAN, R.; LANDES, R. D.; WHALL, ANN; ALGASE, DONNA L.; KOLANOWSKI, ANN; FELDMAN, Z. (2011)
Factors associated with problematic vocalizations in nursing home residents with dementia. In: The Gerontologist 51(3), 389–405
- BEYER, S. (2010)
Gendersensibilität in Alten- und Pflegeheimen. In: Reiting, E.; Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Mabuse-Verlag
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (HRSG.) (2013)
Geschlechtssensibel werden. Nachdenken im Umgang mit Menschen mit Demenz. Eine Handreichung für Gesundheits- und Sozialberufe. Wien
- DIEHL-SCHMID, J. (2013)
Das Wichtigste. Die Frontotemporale Demenz. Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Selbsthilfe Demenz. Infoblatt 11, 7/2013
- GLEIBS, I. H.; HASLAM, C.; JONES, J. M.; ALEXANDER, HASLAM S.; MCNEILL, J.; CONNOLLY, H. (2011)
No country for old men? The role of a 'Gentlemen's Club' in promoting social engagement and psychological well-being in residential care. In: Aging & Mental Health 15(4), 456–466
- HAYDEN, K. M.; ZANDI, P. P.; LYKETSOS, C. G.; KHACHATURIAN, A. S.; BASTIAN, L. A.; CHAROONRUK, G.; TSCHANZ, J. T.; NORTON, M. C.; PIEPER, C. F.; MUNGER, R. G.; BREITNER, J. C.; WELSH-BOHMER, K. A. (2006)
Vascular risk factors for incident Alzheimer disease and vascular dementia: the Cache County study. In: Alzheimer Disease and Associated Disorders 20(2), 93–100
- KUNZ, M.; LAUTENBACHER, S. (2007)
Demenz bei Frauen und Männern: das gleiche Problem? In: Lautenbacher, S., Güntürkün, O., Hausmann, M. (Hrsg.): Gehirn und Geschlecht. Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann. Springer
- LÖVHEIM, H.; SANDMAN, P. O.; KARLSSON, S.; GUSTAFSON, Y. (2009)
Sex differences in the prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia. In: International Psychogeriatrics 21(3), 469–475
- LUPPA, MELANIE; LUCK, TOBIAS; WEYERER, SIEGFRIED; KÖNIG, HANS-HELMUT; RIEDEL-HELLER, STEFFI G. (2009)
Gender differences in predictors of nursing home placement in the elderly: a systematic review. In: International Psychogeriatrics 21(6), 1015–1025
- NORDHEIM, JOHANNA; WORCH, ANDREAS; WULFF, INES; WOLF-OSTERMANN, KARIN (2011)
Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern und Bewohnerinnen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation 24(2), 106–116
- RADZEY, B. (2014)
Eine nutzerorientierte Bewertung von Pflegeheimbauten für Menschen mit Demenz. Mabuse-Verlag (in Druck)
- ROMERO, BARBARA. (2013)
Männer leiden anders als Frauen: Brauchen sie auch andere Hilfe? In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: „Zusammen leben – voneinander lernen“. Referate auf dem 7. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz in Hanau 18. bis 20. Oktober 2012. Berlin: Deutsch Alzheimer Gesellschaft e. V., 127–132
- SCHMIDT, R.; ASSEM-HILGER, E.; BENKE, T.; DAL-BIANCO, P.; DELAZER, M.; LADURNER, G.; JELLIN-GER, K.; MARKSTEINER, J.; RANSMAYR, G.; SCHMIDT, H.; STÖGMANN, E.; WANCATA, J.; WEH-RINGER, C. (2008)
Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. In: Neuropsychiatrie 22(1), 1–15
- SCHNEEKLOTH, U.; WAHL, H.-W. (2002)
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung
- WALTER, U.; HAGER K.; LUX, R. (2008)
Die alternde Bevölkerung: Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Sex- und Gender-Fokus. In: Rieder, A.; Lohff, B. (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. Springer
- ZANK, S.; SCHACKE, C. (2007)
Projekt Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). ABSCHLUSSBERICHT PHASE 1: Entwicklung eines standardisierten Messinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten (BMFSFuJ-Nr. 68432) unter: http://www.ewi-psy.fuberlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/media/projekte/leander/leander_broschuere.pdf

► Kontakt:

CHRISTINA KUHN

Kulturwissenschaftlerin, exam. Krankenschwester,
Projektleitung im Modellprojekt DemOS
E-Mail: c.kuhn@demenz-support.de