



Leitfaden für Führungskräfte

Zum adäquaten Umgang mit **LSBTIQ**

in der ambulanten und stationären Altenpflege

LSBTIQ

Leitfaden für Führungskräfte der ambulanten und stationären Altenpflege zum adäquaten Umgang mit LSBTIQ

Inhalt

Grußwort	5
Einleitung	6–8
Welche Pflegekonzepte eignen sich? Kultursensible oder Diversity-sensible Pflege	9–10
Pflegebedarf aufgrund von Stigmatisierung, Minderheitenstress und Intersektionalität	11
Pflege und Betreuung von LSBTIQ	12–17
Geschichtliche Rahmenbedingungen der Lebenshistorien	17–20
Identitätsentwicklungen und Lebenslagen	20–25
Hinweise zur Implementierung einer Diversity- oder kultursensiblen Pflege von LSBTIQ	25–29
Literaturverzeichnis	30–32
Weitere Informationen, Gruppen und Vereine zum Thema	32
Glossar	33
Schulungskonzept FOBIMO inklusive Glossar	34–35

kultursensibel
pflegen

individuell
betreuen

Vielfalt
als Konzept

LSBTIQ mitdenken

Offenheit
leben

Grußwort

Konstanze Beckedorf

Sozial- und Sportdezernentin
Landeshauptstadt Hannover



Rita Maria Rzycki

Dezernentin für Personal,
Bildung, Jugend und Familie
Landeshauptstadt Hannover

2017 wurde in Deutschland die eingetragene Lebenspartnerschaft der Ehe von Frau und Mann gleichgestellt. Diese politische Entscheidung war ein wichtiger Schritt. Im Nachgang dieser Gesetzesänderung entstand bei vielen der Eindruck, die völlige Gleichstellung von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie transgeschlechtlichen und intergeschlechtlichen Menschen (kurz: LSBTIQ) sei erreicht. Dies täuscht jedoch über die tatsächliche gesellschaftliche Situation hinweg, denn noch immer gibt es zahlreiche Bereiche, in denen Gleichberechtigung, Chancengleichheit und aktive Teilhabe von LSBTIQ in weiter Ferne liegen. Das ist noch nicht im Bewusstsein der Mehrheitsbevölkerung verankert. So bemerken nicht viele Menschen, dass es zum Beispiel im Sport keine geouteten aktiven Fußballer*innen gibt, nur wenige wissen, dass die Selbstmordrate unter homosexuellen Jugendlichen sieben Mal höher ist als die heterosexueller Jugendlichen und kaum jemand hat Kenntnis von der oft hoch homophoben Lebenssituation von Bewohner*innen in Pflegeheimen.

Dieser Situation hat sich die Landeshauptstadt Hannover angenommen und den Arbeitskreis Ältere LSBT unter der Geschäftsführung des Fachbereichs Senioren gegründet. Ihm gehören weitere Teile der Verwaltung, wie die Beauftragten für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sowie Vertreter*innen von Einrichtungen im Bereich Senior*innen und der LSBTIQ-Community an. Zu nennen sind hier unter anderem: pro familia Landesverband Niedersachsen, mebino Medizinisches Bildungszentrum Nord Hannover, Beratungsstelle Osterstraße, städtische Alten und Pflegeheime, schwul-lesbische Seniorengruppe und der Seniorenbeirat.

Aus der Erfahrung ambulanter und stationärer Einrichtungen ist bekannt, dass Kultursensibilität in der Pflege und die Lebensqualität von zu Pflegenden Zuhause oder im stationären Setting zu großen Teilen auch von der entsprechenden Qualifikation und Sensibilität des Pflegepersonals abhängen.

Ein wichtiges Projekt des Arbeitskreises war daher die Entwicklung und Durchführung einer Fortbildungsreihe in Kooperation mit den Beauftragten für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt des Fachbereichs Personal und Organisation und dem Kommunalen Seniorenservice des Fachbereichs Senioren. Unter dem Titel „Bei uns doch nicht“ sensibilisierte die Fortbildungsreihe Führungskräfte und Fachpersonal zur Pflege und Betreuung von LSBTIQ in der ambulanten und stationären Altenpflege.

Im Rahmen der landesweiten Kampagne „Gemeinsam für Vielfalt* in Niedersachsen“ konnten die Module der Fortbildungsreihe entwickelt und zusammen mit den aufgearbeiteten Hintergrundinformationen zur Lebensrealität von LSBTIQ Senior*innen in einer Broschüre gebündelt werden.

Wir freuen uns, Ihnen hiermit das Ergebnis dieser Arbeit präsentieren zu können.

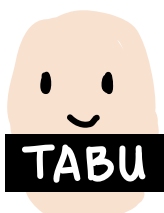
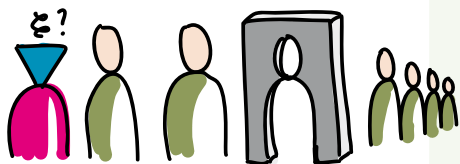
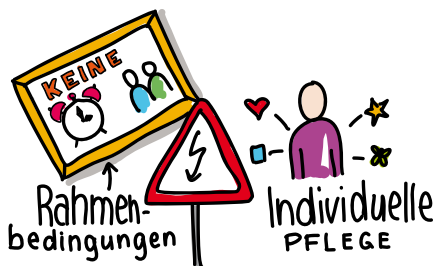
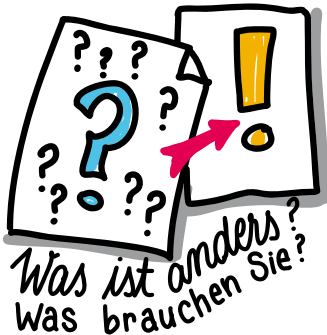
Die vorliegende Broschüre kann Ihnen eine Hilfe im Umgang mit älteren LSBTIQ in der Pflege sein. Sie ist ein Angebot, Sie darin zu unterstützen, sich mit der Vielfalt der Menschen in ihrer Pflegerealität auseinanderzusetzen und sich dieser Vielfalt gegenüber zu öffnen. Im praktischen Teil finden Sie außerdem die Module des Fortbildungskonzepts, die Sie mit den Mitarbeiter*innen Ihrer Einrichtungen verwenden können. Wir hoffen, dass Sie viele neue Erkenntnisse und Nutzen aus ihr ziehen werden.

Konstanze Beckedorf *Rita Maria Rzycki*

Konstanze Beckedorf

Rita Maria Rzycki

Einleitung



Die Broschüre informiert Sie als Führungskräfte und Fachpersonal der Altenpflege im Umgang mit lesbischen, schwulen, bisexuellen, transidenten, intergeschlechtlichen und queeren zu Pflegenden.

Seien Sie neugierig, sich mit der Vielfalt der Menschen weiter auseinanderzusetzen und sich ihr gegenüber zu öffnen. Dadurch profitieren Sie und Ihr Team (der Mitarbeitenden) sowie letztlich die Ihnen anvertrauten Menschen in der Einrichtung. Sie sind eingeladen, manche Antworten auf Ihre Fragen zu finden. Neue Fachkenntnisse können Sie anregen, bisher gewohntes Denken und Handeln zu hinterfragen, zu verändern oder zu bestätigen.

Wenn von der Pflege und der sozialen Betreuung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen (LSBTIQ) die Rede ist, sind Ihnen bestimmt ähnliche Fragen begegnet, wie: Was ist da anders? Wo sind sie? Was brauchen sie? Welche Bedürfnisse bestehen? Was können wir wie tun?

Die in der Praxis gestellten Fragen wie etwa nach dem, was anders ist, verweisen auf Unsicherheiten im pflegerischen Handeln, auf fehlende Erfahrungen oder auf Vorstellungen spezieller körperorientierter Pflegetechniken (Gerlach/Schupp, 2018, S. 232f.). Dabei geht es bei der **Pflege von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen** nicht etwa um spezielle andere Pflegehandlungen, sondern um eine offene, zugewandte und verständnisvolle Haltung. Auf deren Grundlage kann mit Kenntnissen über die jeweiligen Menschengruppen pflegerisch gehandelt werden.

Vielleicht sind Ihnen folgende oder ähnliche Aussagen von Pflegekräften bekannt: „An wen oder an was sollen wir noch alles denken?!“ „Die gibt es hier nicht.“ „Ein solches Problem haben wir nicht.“ „Dafür sind wir nicht zuständig. Ist Privatsache.“ „Das ist nicht normal.“ „Hier gibt es keine Unterschiede und Extrawurst. Alle Menschen bekommen das Gleiche.“ oder „Der Mensch steht bei uns im Mittelpunkt, daran richten wir uns aus.“

Diese Aussagen zeigen folgendes auf, worauf diese Broschüre eingeht: Eine individuelle Ausrichtung der Pflege an den Bedürfnissen der zu Pflegenden steht real im **Spannungsfeld** zu den Rahmenbedingungen der Altenpflege inklusive mangelnder Zeit- und Personalressourcen. Und doch lassen sich immer wieder Veränderungen gerade auch mit einer Vermittlung neuer Kenntnisse gestalten. Ein individuell angepasstes Pflegesetting kann so gelingen.

In der Altenpflege haben wir mit **sehr unterschiedlichen Menschen** zu tun. Es kommt vor, dass Menschen nicht ins vermeintlich gängige Schema passen. Es existiert etwa eine breite Varianz zwischen den Geschlechtern, also zwischen einerseits „Frau“ und andererseits „Mann“. Viele Menschen lassen sich aufgrund ihres Seins nicht eindeutig und umfänglich ins binäre System der Zweigeschlechtlichkeit aufteilen. Ebenso verhält es sich mit den sexuellen Identitäten der Menschen. Nicht alle lassen sich dem heterosexuellen oder dem homosexuellen Begehren zuordnen, sondern begehren sexuell beispielsweise in unterschiedlicher Intensität beide Geschlechter und entwerfen ihre entsprechende Lebensweise. So begegnen Pflegenden durchaus in ihrem Pflegealltag auch lesbischen, schwulen, bisexuellen, transidenten, intergeschlechtlichen und queeren zu Pflegenden. Ein Großteil von ihnen wird als solches nicht wahrgenommen oder ist für ihr Umfeld nicht sichtbar. Mitarbeitende und Mitbewohner*innen sind in solchen Situationen mit sich und ihren eigenen Wert- und Normvorstellungen konfrontiert, wenn ihnen ein Mensch oder etwas an ihm fremd und ungewohnt erscheint. Das gesellschaftliche **Tabu von Themen** wie der Sexualität und die Stigmatisierung von LSBTIQ und ihren Lebensformen

findet seine Fortsetzung in der Altenpflege als Teil der Gesellschaft. Sich der eigenen Haltung und Vorurteile bewusst zu sein und neues Wissen zu erlangen, können den Pflegenden mehr Sicherheit im Handeln geben. Die Broschüre bietet Beispiele einer aktiven Auseinandersetzung und Vermittlung von Wissen hierzu für Ihr Pflege team an.

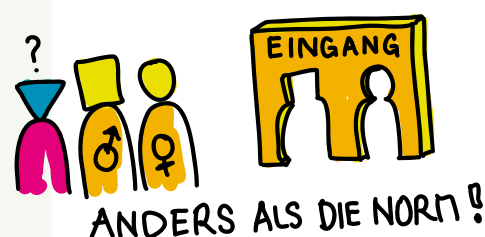
Unterschiedliche Lebenshistorien und damit verbundene Bedürfnisse erfordern es, dass aus der **Gleichwertigkeit der Menschen** heraus entsprechend vielfältige Angebote und Zugänge resultieren. Auch wenn ein Leitbild einer Einrichtung dem allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz folgt, so verhindern vielerorts Unkenntnisse, Unsicherheiten und ein Nicht-Wahrnehmen bzw. ein Nicht-Mitdenken von LSBTIQ und ihrer Lebensformen ungewollt aber faktisch eben diese Gleichbehandlung. Möglicherweise haben Sie bereits in manchen Situationen über die sexuelle oder geschlechtliche Identität von zu Pflegenden, die anders war als die vermeintliche Norm, Vermutungen angestellt oder Eindeutigkeit erfahren. Vielleicht haben Sie sich dabei gefragt, wie Sie, auf die Person bezogen, eine gute individuelle Pflege anbieten können.

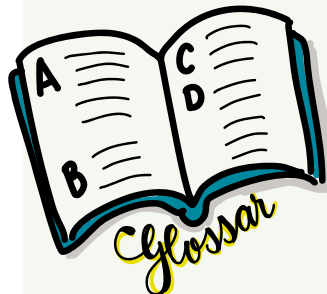
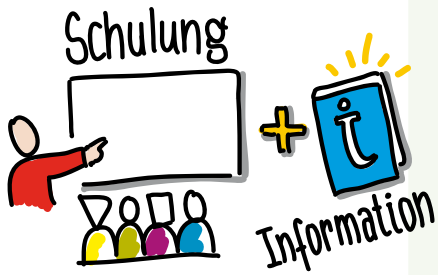
Anders als die vermeintliche Norm zu sein, bedeutete für viele dieser Menschen in der Vergangenheit gesellschaftlichen Repressalien und Ächtungen ausgesetzt gewesen zu sein. Die Generation der sozialen Bewegungen der 1970er Jahre und nachfolgende haben sich Freiheiten erkämpft, die eine weitgehende gesellschaftliche Offenheit und Akzeptanz hervorrief. Obgleich auch nach wie vor Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen Vorbehalte und teilweise starke Bedrohungen in der Gesellschaft erfahren. Diese Menschen möchten auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie in Folge einer veränderten Umgebung unbeschwert und wie gewohnt weiterleben. Zunehmend sind die zu Pflegenden als solche sichtbar. Den Menschen ist es in der Regel aber nicht anzusehen, dass sie lesbisch, schwul, bisexuell, transident, intergeschlechtlich oder queer sind. Sie müssen sich als solche dem Pflegeumfeld zu erkennen geben. Ansonsten laufen sie Gefahr, gemäß dem mehrheitlichen Gesellschaftsmodell als heterosexuell zu gelten oder der binären Geschlechtlichkeit zugeordnet zu werden. Somit bliebe ihre jeweilige Biografie unberücksichtigt.

Die **Unsichtbarkeit der LSBTIQ-zu Pflegenden** erklärt sich zum einen aus bestehenden Erfahrungen und Ängsten, in deren Erwartung an ihr Umfeld die Betroffenen ihre Identität verheimlichen oder nur bestimmte Personen einweihen. Zum anderen denkt das Pflegeumfeld nicht automatisch immer die Möglichkeit der Existenz einer anderen sexuellen oder geschlechtlichen Identität mit, die nicht ihre eigene ist. Somit fehlen häufig zwischenmenschliche Atmosphären und eine einrichtungsbezogene Kultur, die in der Begegnung das Vertrauen fördern könnten, sich als lesbische Frau, als schwuler Mann, als transidenter Mensch, als intergeschlechtlicher oder queerer Mensch anerkannt zu fühlen und sich als solche*r zu zeigen.

Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass ein Großteil befragter Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen befürchtet, in Altenhilfeeinrichtungen keinen kompetenten Umgang mit ihren Bedürfnissen vorzufinden und nicht diskriminierungsfrei gepflegt zu werden (Rat & Tat e.V., 2009, S. 37; Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, 2013, S. 69). In der Regel wollen sie sich nicht in den Einrichtungen als die*der einzige Lesbe, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche oder queere Mensch wiederfinden, sondern wünschen sich dort offen integriert mit Gleichgesinnten und anderen leben zu können. In einer qualitativen Studie wurden pflegebedürftige Lesben und Schwule zur Lebenssituation in der Altenpflege befragt. Auf der Grundlage kann gesagt werden, dass Pflegesettings, die von emotionaler Fürsorge, rechtlicher Gleichstellung und sozialer Wertschätzung gekennzeichnet sind, zum Identitätserhalt, zum Wohlbefinden und zur sozialen Integration der zu Pflegenden beitragen (Gerlach/Schupp, 2018).

Die Broschüre zeigt Perspektiven auf, wie Sie als Führungskräfte hierauf hilfreich Einfluss nehmen und Vertrauen aufbauen können.





Einer quantitativen Studie zufolge, wissen die Hälfte der befragten Leitungskräfte ambulanter Dienste und gut ein Viertel der stationären Altenpflege in Berlin, dass sie aktuell offen lebende LSBTIQ-zu Pflegenden versorgen. Die Leitungskräfte geben mehrheitlich an, deren spezifischen Bedürfnisse bei den Angeboten allerdings nicht zu berücksichtigen. Immerhin etwa die Hälfte von ihnen erachten eine stärkere Thematisierung sexueller und geschlechtlicher Identitäten und ihrer Lebensformen für notwendig (Schröder et al., 2012, S. 17f.). Hier zeigt sich ein **Schulungs- und Informationsbedarf**.

Die **Broschüre** gibt zu Beginn kurze Einführungen ins Grundverständnis zweier **konzeptioneller Ansätze** der Pflege. Aktuell werden vor allem der Diversity- und der Kultursensible Ansatz als besonders anschlussfähig für eine Pflege von LSBTIQ diskutiert. Der aufgezeigte **Handlungsbedarf** in der Pflege von LSBTIQ begründet sich in deren Stigmatisierungen, dem sog. Minderheitensstress und der Intersektionalität. In dem Zusammenhang stehende Wünsche, Bedürfnisse und Befürchtungen sind die Basis der aufgezeigten **Anforderungen für die Pflege und die soziale Betreuung von LSBTIQ**. Die im Anschluss skizzierten **geschichtlichen Rahmenbedingungen** der LSBTIQ-Gruppen helfen, die Lebensgeschichten/Biographien Einzelner besser einzuordnen. Emotionale, rechtliche und soziale Faktoren wirken entscheidend auf den Identitätserhalt von zu Pflegenden in der Altenpflege ein. In dem Zusammenhang wird die **Identitätsentwicklung** von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen erläutert. Hinweise zu den **Lebenslagen** von LSBTIQ ermöglichen ein Verständnis für die Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse. Es werden einige **Handlungsmöglichkeiten zur Implementierung** einer Diversity- oder kultursensiblen Pflege von LSBTIQ in Einrichtungen der Altenpflege aufgezeigt. Ergänzend zum Grundlagenwissen zur geschlechtlichen und sexuellen Vielfalt von zu Pflegenden ist ein **Schulungskonzept** beigelegt. Die ausgearbeiteten Fortbildungsmodule können Sie zur Sensibilisierung und Schulung Ihrer Mitarbeitenden nutzen. Spezielle im Text verwendete Begrifflichkeiten finden Sie für das bessere Verständnis in dem **Glossar** des Schulungskonzepts erläutert. Für das weiterführende Interesse und als Quellennachweis der verwendeten Literatur ist eine **Literaturliste** angehängt.

Pflegekonzepte

Welche Pflegekonzepte eignen sich? Kultursensible oder Diversity-sensible Pflege...

Einfach gesagt, geht es in dieser Broschüre und bei den Pflegekonzepten beispielsweise bei einer Kultursensiblen Pflege für LSBTIQ um eine tatsächliche Umsetzung einer weitgehend subjektorientierten/individuellen Pflege, wovon alle Menschen profitieren. Subjektorientierte/individuelle Pflege heißt nichts anderes, als den einzelnen Menschen mit seinen persönlichen Eigenschaften und Bedürfnissen, wozu auch seine Biografie zählt, in den Blick zu nehmen und das pflegerische Handeln weitgehend danach auszurichten. Schließlich wünscht sich jeder Mensch eine Pflege, die am Individuum ausgerichtet ist und die Person wahrnimmt und anerkennt. Jedoch finden Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen und Menschen mit HIV sowie ihre Bedürfnis- und Lebenslagen nur selten bisher in der Altenpflege eine Berücksichtigung. Nachfolgende konzeptionelle Ansätze bieten einen theoretischen und praktischen Anschluss für eine Pflege von LSBTIQ.

Kultursensible Pflege

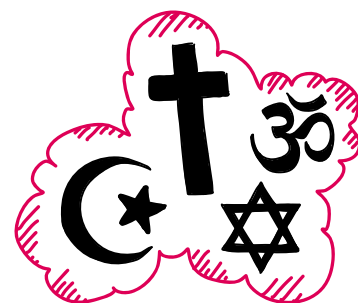
Das Konzept der Kultursensiblen Pflege wird in erster Linie in den Zusammenhang mit zu Pflegenden mit Migrationshintergrund und deren vielfältigen Lebenswelten und -realitäten gebracht. Die ältere Generation der Menschen, die früher aus Arbeitsgründen nach Deutschland kam, bedarf zunehmend der Pflege. Zugangsbarrieren erschweren die Wahrnehmung und die Nutzung von bestehenden Versorgungsangeboten. Durch die **Kultursensibilität** wird die biografische Orientierung der Pflege insbesondere durch die Fokussierung auf Merkmale wie etwa des gesellschaftlichen Kulturkreises, der Religion und der Sprache der zu Pflegenden erweitert. Hierzu zählen beispielsweise auch die unterschiedlichen Werte und Vorstellungen zu den geschlechtlichen und sexuellen Identitäten sowie zu einhergehenden Geschlechterrollen und entsprechendem Verhalten. Die Sensibilität beinhaltet, dass die Pflegenden einer Einrichtung über Wissen und Kenntnisse sowie in ihrer Haltung sich gegenüber kulturellen und religiösen Bedürfnissen der zu Pflegenden offen zeigen und diese berücksichtigen. Gestalten lässt sich der Umsetzungsprozess einer solchen Sichtweise der Pflege anhand der sog. **interkulturellen** oder **transkulturellen Kompetenzen** von Pflegenden (Zanier, 2015, S. 6f., Gerlach/Schupp, 2018, S. 48f.).

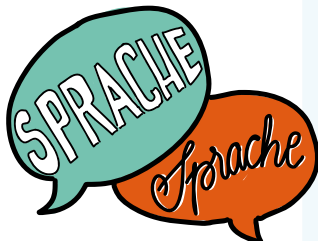
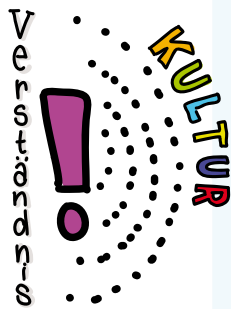
Kompetenzen meint die Fähigkeit von Pflegenden, individuell auf Grundlage der unterschiedlichen Lebenswelten und Bedürfnisse aller Beteiligten die Begegnungen mit zu Pflegenden zu gestalten. Hierzu zählen das Wissen über eigene und andere Kulturkreise inner- und außerhalb der eigenen Gesellschaft. Des Weiteren gehören die Fähigkeiten dazu individuelle Lebenswelten wahrzunehmen und zu verstehen, beispielsweise andere Lebensrealitäten und Verhaltensformen unvoreingenommen zu erfassen. Anhand der Selbstreflexion können eigene und fremde Wertvorstellungen, Meinungen und Vorurteile überprüft in den Zusammenhang der Pflegesituation gestellt werden. Ferner bedarf es der Empathie, sich in einen anderen Menschen und dessen Situation hineinzuversetzen und einzufühlen. Mit Hilfe dieser Fähigkeiten werden flexibel pflegerische Handlungsweisen der Situation und den Rahmenbedingungen entsprechend individuell angepasst (Gerlach/Schupp, 2018, S. 50f.).

Es existiert eine Sichtweise, unter Kultur verstehe sich vorwiegend die Zugehörigkeit der zu Pflegenden zur eigenen Kultur oder zu fremden Kulturen und zwar, die nach Herkunft und Nationalitäten unterschieden werden. Verstärkt



Kultursensible
PFLERGE





werden allerdings Ansätze mit **einem erweiterten Verständnis des Kulturbegriffs** diskutiert. Ein solcher aus den USA und den Niederlanden stammende Ansatz bezieht darüber hinaus noch Merkmale wie den ethnischen Hintergrund oder die geschlechtliche und sexuelle Identität mit ein. Das öffnet für das zwischenmenschliche Kommunizieren und Handeln den kulturellen Fokus hin zu allen Lebensbezügen. Pflegerisches Handeln umfasst demnach eine Reflexion und einen Umgang mit dem „Anderen im Anderen“ (Visser/de Jong, 2002, S. 86, 152; Gerlach/Schupp, 2016, S. 28).

Die Kultursensible Pflege fördert ein **Verständnis im Umgang mit der Unterschiedlichkeit** von Menschen. Auf Grundlage des erweiterten Ansatzes kann hier die Pflege von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen konzeptionell integriert werden. So finden neben der Biografie eines*einer zu Pflegenden und dessen*deren kulturellen, religiösen und migrationsbezogenen Hintergründen auch die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten im Zusammenhang mit der geschlechtlichen und sexuellen Identität Berücksichtigung.

Diversity-Konzept

Aus dem Bereich der Gleichstellungs- und Integrationspolitik stammt der konzeptionelle Ansatz von **Diversity** (Diversität). Diversity steht für die **Vielfalt** von Merkmalen der Persönlichkeit und somit für die Vielfalt der Menschen in der Gesellschaft. Die Menschen zeichnen sich durch ihre Merkmale und deren unterschiedliche Zusammensetzung aus. Hierzu zählen Alter, geschlechtliche Identität, sexuelle Identität, Behinderung und Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung sowie soziokultureller Hintergrund und Hautfarbe. Die Merkmale prägen in wechselseitiger Verbindung zueinander die Persönlichkeitsentwicklung als Individuum. Für Pflegende ermöglicht dieser Ansatz sich die unterschiedlichen Merkmale des Menschen bewusst werden zu lassen und zu überlegen, was dies individuell für das pflegerische Handeln bedeutet.

Anhand der Merkmale bzw. Kategorien können die Menschen allerdings auch Ablehnungen, Ausgrenzungen und Diskriminierungen erfahren. Hier versucht der Diversity-Ansatz gegenzusteuern und eine Verständigung gelingen zu lassen. Ähnlich der zuvor beschriebenen inter- oder transkulturellen Kompetenzen bedarf es hierzu für die Pflegenden einer Kompetenz. Primär zeichnet sich diese **Kompetenz** durch eine interessierte aufgeschlossene Haltung und durch das Wissen und das Bewusstsein um kulturelle Eingebundenheiten und Machtstrukturen aus. Fähigkeiten sind wichtig, sich selbst und eigene Vorurteile reflektieren zu können. Gleichwohl gehört dazu auch, sich empathisch in die Rolle von anderen Menschen hineinzuversetzen sowie Irritationen und Unsicherheiten aushalten zu können.

Eine gestörte Kommunikation basiert meist auf den unterschiedlichen Erwartungen innerhalb der zwischenmenschlichen Begegnung. So können falsche Erwartungen eine Verständigung misslingen lassen, wenn beispielsweise in der Pflegesituation angenommen wird, die zu pflegende Person sei eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen oder sie sei heterosexuell. Diese Annahmen können zwar mehrheitlich stimmen, jedoch nicht in allen Fällen. Selbstreflektiertes Hinterfragen der eigenen Haltung und Handlung kann einen Weg der **Verständigung** hervorbringen. Eine sensible und offene Umgangsweise mit den wahrgenommenen Unterschiedenen, ermöglicht den Pflegenden, mit Fremdheitsgefühlen umzugehen. Gleichwohl können Gemeinsamkeiten gefunden und die Bedürfnisse der zu Pflegenden in der Pflege berücksichtigt werden (Keuk et al., 2011, S. 98ff.; Gerlach/Schupp, 2018, S. 52f.).

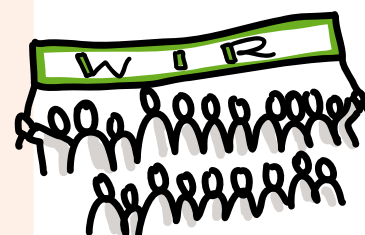
Pflegebedarf aufgrund von Stigmatisierung, Minderheitenstress und Intersektionalität

Manche Merkmale von Menschen werden von anderen Menschen unterschiedlich bewertet. Aufgrund eines bestimmten Merkmals, können diese Menschen einer Gruppe zugeordnet werden, die dann einen bestimmten Status erhält. Sie können hierdurch Anerkennung oder Ablehnung erfahren. Dazu gehören etwa Merkmale, die von der vermeintlichen Norm innerhalb einer Gesellschaft abweichen (**Stigmatisierung**). Eine vermeintliche Norm unserer Gesellschaft ist das Modell von zwei verschiedenen sich sexuell aufeinander beziehenden Geschlechtern. Damit ist die Annahme gemeint, alle Menschen seien entweder dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuzuordnen und im Begehren und im Lebensentwurf verhielten sich diese ausschließlich heterosexuell. Wer in der sexuellen und geschlechtlichen Identität davon abweicht, wurde und wird teils immer noch von anderen Menschen sanktioniert. Diese Ungleichbehandlungen können Benachteiligungen für die Betroffenen bedeuten. Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, intergeschlechtliche und queere Menschen haben aufgrund ihrer sexuellen Identität und/oder aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität, Erfahrungen von unterschiedlichen gesellschaftlichen und persönlichen Ausgrenzungen und Diskriminierungen gemacht.

Die Stigmatisierung dieser Menschengruppen wirkt sich als sogenannter **Minderheitenstress** aus. D. h. zum allgemeinen Stress des Alltagslebens einzelner Menschen kommen sogenannte Stressoren hinzu, sich der Mehrheitsgesellschaft anzupassen. Das hat eine vergleichsweise höhere Prävalenz psychischer Erkrankungen und sozialer Isolation zur Folge (Meyer, 2003). Es beinhaltet aber auch im Wissen um potentielle Diskriminierungserfahrungen, dass manche LSBTIQ-Menschen sich offene Verhaltensweisen im Umgang mit ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität und andere solche der Verheimlichung angeeignet haben. Zur Verfügung stehende persönliche, soziale und ökonomische Ressourcen nehmen zusätzlich Einfluss auf die Aneignung und Aufrechterhaltung sogenannter Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Stigma (Gerlach/Schupp, 2018, S. 55f.).

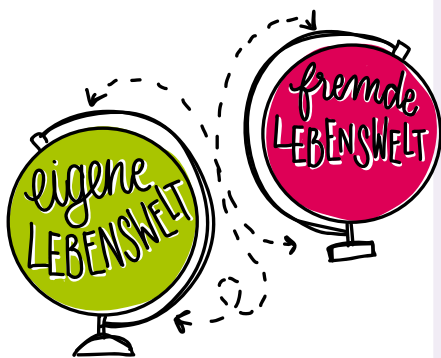
Menschen, die mehrere von der vermeintlichen Norm abweichende Merkmale (Stigmata) auf sich vereinen, können dadurch mehrfach von Diskriminierung betroffen sein. Jedes Merkmal für sich genommen kann bereits eine bestimmte Benachteiligung bedeuten. Diese verschiedenen Benachteiligungen können für die Person kumulieren, sich je nach den Rahmenbedingungen situativ wechselseitig verstärken und sich individuell überlagern. Bei dieser Verwobenheit von Ungleichheitsmerkmalen wird von **Intersektionalität** gesprochen (Winker/Degele, 2009, S. 13ff.). So sind gesellschaftliche Strukturen wirksam, wodurch nach wie vor ablehnende Haltungen und einhergehende Diskriminierungen für Ältere, für Homo- und Bisexuelle, für Transidente, für intergeschlechtliche und queere Menschen, für Behinderte, für Kranke, für Pflegebedürftige oder für weitere bestehen. Es können speziell dadurch sehr prekäre und vulnerable Lebens- und Pflegesituationen hervorgerufen werden, dass ein Mensch die Merkmale auf sich vereint wie etwa „Frau-lesbisch-pflegebedürftig“, „schwul-alt-behindert“, „Transfrau-heterosexuell-HIV-positiv“ oder „intergeschlechtlicher Mann-pflegebedürftig“ zu sein (Gerlach/Schupp, 2018, S. 117f.).

Durch den Minderheitenstress und die Intersektionalität ist eine erhöhte psychische und in dem Zusammenhang eine erhöhte somatische Gesundheitsgefährdung anzunehmen. Damit einher geht ein erhöhtes Risiko sozialer Isolation. Hierdurch kann ein **besonderer Pflegebedarf** bei LSBTIQ-Menschen entstehen. Ein aktives Entgegenwirken der Stigmatisierung und Diskriminierung von LSBTIQ stellt eine Gesundheitsförderung dar. Den Auswirkungen des Minderheitenstress sowie der Intersektionalität kann durch persönliche und gesellschaftlich erfahrbare Anerkennung entgegengewirkt werden (Gerlach/Schupp, 2016, S. 30).



Pflege & Betreuung

Pflege und Betreuung von LSBTIQ



Das zentrale Element zuvor skizzierter Pflegekonzeptionen ist die **Wahrnehmung und Reflexion eigener und fremder Lebenswelten**, um Haltungen, Vorurteile und pflegerische Handlungen zu überprüfen und mit den Biografien und Bedürfnissen der LSBTIQ abzustimmen. Die Homo- und Bisexualität, die Transidentität und Intergeschlechtlichkeit eines Menschen hat nicht nur Einfluss auf sexuelles Begehren und Verhalten sowie die geschlechtliche Selbstwahrnehmung, sondern ist ein essentieller Teil der Persönlichkeit. Dieser Teil wirkt in die verschiedenen Lebensbereiche unterschiedlich hinein. Deshalb gilt es diesen Teil der Identität eines zu pflegenden Menschen und dessen Erfahrungsspektrum wahrzunehmen und individuell im pflegerischen Handeln zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch einhergehende unterschiedliche Lebens- und Bedürfnislagen sowie Diskriminierungsbefürchtungen von LSBTIQ. Bei zu Pflegenden im Allgemeinen und bei Menschen mit Demenz im Besonderen sind ein validierender und verstehender Umgang und Einbezug der individuellen Biografie in die Pflege und Betreuung essentiell.

Außer einigen Erfahrungsberichten gibt es deutschlandweit keine publizierte Forschung im Bereich der Pflege von Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen. Ausführungen auch in dieser Broschüre beziehen sich in erster Linie auf die **marginale Forschungslage** zur Pflege von Lesben und Schwulen. Diese Grundlage dient der allgemeinen Übertragung von Sachverhalten eines spezifischen Minderheitenstatus für die Gruppen der Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen und deren Pflege. In dem Zusammenhang sind die hier getroffenen Aussagen einzuordnen und eine Detailierung ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich, aber zukünftig notwendig.

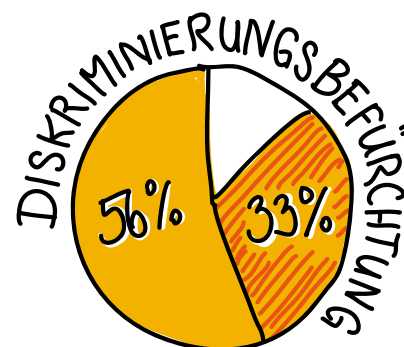
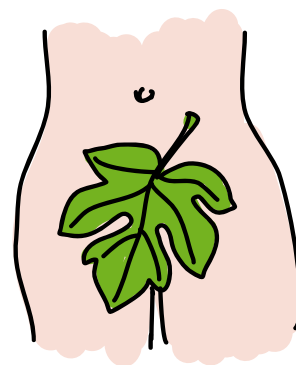
Die von Gerlach und Schupp (2018) auf Grundlage von Interviews mit pflegebedürftigen Lesben und Schwulen und von Interviews mit Pflegefachkräften entworfene Anerkennungstheorie von Homosexualitäten in der Langzeitpflege zeigt zum pflegerischen Handeln folgendes auf: Handeln Pflegenden gegenüber den homosexuellen zu Pflegenden so, dass eine spürbare **Anerkennung des Andersseins** von ihnen erfahren wird, fühlen sie sich als Subjekt in ihrer Lebenswelt wahrgenommen, respektiert und vor Diskriminierungen geschützt sowie möglicherweise sozial integriert. Die vermittelte emotionale Fürsorge bestätigt nicht allein die Identität der zu Pflegenden und trägt zur Stärkung deren Selbstvertrauens bei. Sie können davon auch in ihrem sozialen und gesundheitlichen Wohlbefinden profitieren. Ein solches **pflegerisches Handeln** zeichnet sich durch das interaktive Gestalten einer leiblich erfahrbaren Pflegeatmosphäre aus, die den zu Pflegenden selbstverständlich eine offene Lebensweise der homosexuellen Identitäten ermöglicht, wenn dies von ihnen gewünscht ist. Gleichwohl hält dies auch die Möglichkeit offen, sich nicht outen zu müssen, wenn es den zu Pflegenden aufgrund ihrer Biografien nicht gelingt oder nicht gewollt ist. Zur pflegerischen Kompetenz gehört das Wahrnehmen und das biografieorientierte Erfassen der spezifischen Bedürfnisse der zu Pflegenden (Gerlach/Schupp, 2018, S. 426). Ergänzend zählen dazu die Planung und das Reflektieren einer vertrauensaufbauenden subjektorientierten/individuellen Pflege. Dem gegenüber stehen diskriminierende Pflegehandlungen, fehlende Empathie und Zuwendung und eine Ignoranz gegenüber anderer Lebenswelten. Konträr dazu stehen ebenso ein Verrichten von regelgeleiteten Pflegetätigkeiten, das manchmal anmuten lassen kann, es bezöge sich eher auf Gegenstände anstatt auf menschliche Lebewesen. Gemeint ist hiermit eine fehlende Achtsamkeit in der Berührungsqualität. Konsequenzen eines solchen Pflegehandelns und Missachtungen sind empfundene Unsicherheiten mit einhergehender Unsichtbarkeit und Gefährdungen und/oder Verletzungen der persönlichen oder sozialen Integrität als Person (Gerlach/Schupp, 2018, S. 457f.).

Diese Erkenntnisse lassen sich in Grundzügen auf pflegerisches Handeln und dessen Wirkungsweisen gegenüber bisexuellen, transidenten, intergeschlechtlichen sowie queeren zu Pflegenden übertragen, wenngleich es sich in Spezifika zielgruppengerecht und individuell ausdifferenziert. Hierzu gehört es, spezifisches Wissen in der Pflege zu integrieren und gemeinsam mit den zu Pflegenden Pflegeprobleme zu besprechen. So sind transidente Menschen häufig auf eine lebenslange hormonelle Maßnahme angewiesen. Im Falle einer Pflegebedürftigkeit übernehmen ggf. die Pflegenden die notwendige medikamentöse Sicherstellung. Nicht alle transidente Menschen haben eine geschlechtsangleichende Operation durchführen lassen oder streben eine solche an. Änderungen im Namens- und Personenstandsregister sind unabhängig davon möglich. Das kann bei den Pflegenden auch im Umgang mit intergeschlechtlichen und queeren Menschen zu Irritationen führen. Es gilt im pflegerischen Handeln für **Uneindeutigkeiten des Geschlechts**, die ein zu pflegender Mensch anatomisch/biologisch, physiologisch oder sozial, also in den Geschlechterrollen aufweist, offen zu sein. Ebenso gilt es, Irritationen **auszuhalten** und im sensiblen Dialog mit der Person evtl. für die Pflegesituation wichtige Orientierungspunkte zu klären.

Ein weiteres Beispiel eines solchen Pflegehandelns ist die **gendersensible Sprache**. Hierüber erfahren die zu Pflegenden, dass ihre sexuellen und geschlechtlichen Identitäten von den Pflegenden mitgedacht, wahrgenommen und in hoher Wahrscheinlichkeit folglich berücksichtigt werden. Eine solche sensible Sprache bleibt bspw. weitgehend geschlechtsneutral und im Fragen offen. Dadurch kann die zu pflegende Person sich ermutigt fühlen, von sich und ihren realen Lebensbezügen zu erzählen, soweit sie es preisgeben möchte. Wenn es bspw. um eine biografieorientierte Thematisierung von Beziehungen zu anderen Menschen geht, wird der zu pflegenden Person darüber ermöglicht selbst zu wählen, ob sie von einem Partner*/Freund* oder von einer Partnerin*/Freundin* sprechen möchte. Im allgemeinen Sprachgebrauch findet sich häufig die Annahme von gelebten heterosexuellen Biografien wieder, wenn eine Frau beispielsweise nach einem möglichen Ehemann gefragt wird. Es fällt manchen LSBTIQ schwer, ein solches Missverständnis situativ aufzulösen. Häufig wird im allgemeinen Sprachgebrauch auch die männliche Form verwendet, selbst wenn es sich um weibliche Bezüge handelt. Manche Menschen, insbesondere Frauen, fühlen sich bei einer solchen Sprache nicht in ihrer geschlechtlichen Identität vom Gegenüber wahrgenommen und missachtet. Über das Sprachverhalten transportieren Pflegende Sicherheit, Respekt, Offenheit und Vertrauensangebote, wenn sie beispielsweise die Geschlechtspronomen (er, sie, es), die die zu Pflegenden für sich selbst verwenden, sprachlich übernehmen oder neutrale (und nicht geschlechtsbezogene) Begriffe für zum Beispiel den Genitalbereich wählen. Ein sensibles pflegerisches Handeln **schützt** insbesondere die **Intim- und Privatsphäre** der transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen vor unbedachter Entblößung bestimmter Körperteile, denn sie könnten sich eventuell mit diesen nicht identifizieren oder sie wollen diese nicht gegenüber anderen Menschen offenbaren.

Die Gruppen der Lesben, der Schwulen, der Bisexuellen, der Transidenten, intergeschlechtlichen und sowie queeren Menschen sind jede Gruppe für sich genommen **keine** in sich **homogene** oder einheitlich geschlossene **Gruppe**. Gleichwohl eint sie unter der Berücksichtigung der Individuen manches Verbindende im Minderheitenstatus.

In den Studien zur Lebenssituation von LSBTIQ blicken die Befragten mehrheitlich sorgenvoll und unsicher auf die Angebote der Altenhilfe. Zum Beispiel haben 55 % der befragten LSBTIQ (die Studie benannte Transsexuelle und Transgender) in Rheinland-Pfalz **Befürchtungen**, dass die Altenhilfeeinrichtungen nicht kompetent mit ihren Bedürfnissen umgehen können, und immerhin 42 % sind sich dessen unsicher. Fast genauso viele, nämlich 58 % der Studienteilnehmenden meinen, dass die Angebote von Altenhilfeeinrichtungen nicht auf die Bedürfnis- und Lebenslagen von LSBTTI ausgerichtet sind und 40 % sind sich dessen ebenso unsicher.



„Die Generation, die jetzt ins Altenheim oder Pflegeheim geht, – ja, das ist eine Generation, die hat die Homosexualität schon erlebt, als es noch strafbar war. Also, das hat geheißen, [...] Ich darf es nicht preisgeben! Und das ist die Generation auch, wo jetzt im Altenheim ist, von denen damals, die dann gesagt haben: ‚Die Schwulen gehören umgebracht! Oder wie auch immer.‘ Ja?! [...] Ja, aber die Schwierigkeit ist: [Man] kommt von einem Verbot heraus! Irgendwo konnte [man] einmal aufleben. Toll! Ich kann jetzt, ich muss nicht mehr hinter dem Berg halten. Jetzt komme ich aber in ein Pflegeheim oder in ein Altenheim. Jetzt komme ich wieder wohin, wo ich meine Homosexualität verbergen muss. Das ist die Schwierigkeit.“

Zitat eines pflegebedürftigen Schwulen über seine Befürchtungen in ein herkömmliches Pflegeheim zu ziehen und über die Angst, dort auf Mitbewohnende der gleichen Generation zu treffen (Gerlach/Schupp, 2017, S. 521).

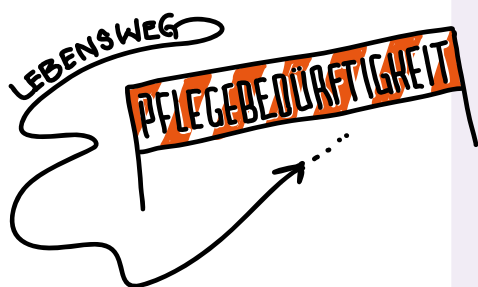
Eine große **Unsicherheit** besteht bei den Befragten, ob sie tatsächlich ohne Diskriminierungen in den Einrichtungen der Altenhilfe leben können. So äußern 56 % der rheinland-pfälzischen Studienteilnehmenden ihre Unsicherheit, ob sie in den Altenhilfeeinrichtungen diskriminierungsfrei behandelt werden und 32 % gehen davon aus dort Diskriminierungen zu erfahren (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, 2013, S. 69). Die Ergebnisse qualitativer Interviews mit älteren, teils pflegebedürftigen Lesben und Schwulen bestätigen die Ängste vor Ablehnungen und vor Diskriminierungen durch Pflegende oder Mitbewohnende. Sie befürchten gegebenenfalls die erkämpfte Offenheit wieder aufgeben zu müssen, um sich zu schützen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 315; Plötz, 2006, S. 218f.; Bochow, 2005, S. 340f.).

„Es gibt doch nicht nur heterosexuelle Menschen. Meine Güte noch mal, wie viele verschiedene Menschen haben wir denn auf der Welt?! Ja, wir haben ja auch Transsexuelle [...] Jeder Mensch hat doch das Recht so zu leben, wie er leben möchte. [...] Und auch wenn ein Pflegedienst nach Hause kommt und weiß, das ist ein schwuler Mann oder das ist eine lesbische Frau, dass das akzeptiert wird. Und nicht, dass man hinterher über hunderttausend Ecken hört, dass man blöde über diese Leute redet.“

Zitat einer pflegebedürftigen Lesbe mit ihrer Erwartung an eine diskriminierungsfreie Regelversorgung (Gerlach/Schupp, 2017, S. 520).

Im Zusammenhang vorgenannter Befürchtungen verwundern bestehende **Wünsche und Bedürfnisse** nach Respekt und Offenheit gegenüber dem gelebten Leben als LSBTIQ-Mensch nicht. 93 % der Befragten aus Rheinland-Pfalz ist es ein wichtiges Bedürfnis, dass sie ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität in der Altenhilfeeinrichtung selbstverständlich offen leben können. Um das abzusichern, wünschen 86 % von ihnen Schulungen der Mitarbeitenden zu Themen der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt. Ebenso plädieren 77 % der Studienteilnehmenden dafür, dass sie entsprechende Angebote der Altenhilfe gemeinsam mit anderen LSBTIQ nutzen (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, 2013, S. 70). Die Interviews von pflegebedürftigen Lesben und Schwulen zeigen u. a. ein starkes Bedürfnis auf, „nicht allein unter ansonsten heterosexuellen Menschen zu sein“. „Der Wunsch, als homosexueller Mensch nicht allein unter ansonsten heterosexuellen Menschen zu sein, kann nur von denjenigen geäußert werden, die ihre Homosexualität offen gegenüber ihrem Umfeld leben, oder von denjenigen, die es nicht tun, sich jedoch eine Situation wünschen, in denen sie es könnten“ (Gerlach/Schupp, 2018, S. 283).

Wie bei allen Menschen wird die **Pflegebedürftigkeit** meist **als Zäsur** mit Auswirkungen auf alle Lebensbereiche erfahren. Für Lesben und Schwule bedeutet es zusätzlich, dass sie eine teils persönlich erkämpfte Autonomie, ihre homosexuelle Identität selbstbestimmt leben zu können, aufgeben müssen. Was in den eigenen vier Wänden bisher an Realisierung des lesbischen oder schwulen Lebens möglich schien, wird durch die Inanspruchnahme fremder Unterstützungen und/oder durch einen Ortswechsel eingeschränkt oder verhindert. Diejenigen von ihnen, die offen, aber insbesondere auch jene, die weitgehend



versteckt ihre Homosexualitäten lebten, verlieren ihre homosexualitätsbezogene Intim- und Privatsphäre. So wird zum Beispiel ein weitgehend versteckt lebender schwuler zu Pflegenden im Heim nicht mehr von seinem bisherigen Partner besucht, da beide ansonsten Gefahr laufen als solche erkannt zu werden. Ebenso verbleibt eine lesbische Heimbewohnerin trotz eines akzeptierenden Pflegeumfelds ohne Kontakte zu Gleichgesinnten und als Lesbe in der sozialen Isolation (Gerlach/Schupp, 2018, S. 271–276).

„Also ehrlich gesagt, waren auch mit dem Einzug in das Heim meine Außenkontakte erledigt.“ (Gerlach/Schupp, 2017, S.677)

„Also als Lesbe in einem Pflegeheim ist da eine Sache zum Beispiel verdammt schlecht zu machen. Also wie soll ich hier an irgendwelche ... [...], es gibt halt leider keine Wunder. Dass wenn ich nicht hier rauskomme selber, dann kann ich halt auch keine Lesben kennenlernen.“

Zitate einer lesbischen Heimbewohnerin (Gerlach/Schupp, 2017, S. 659).

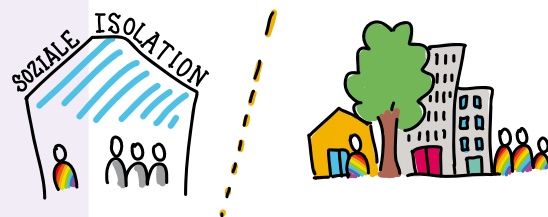
Je nach individuellen und sozialen Ressourcen gelingt es den zu Pflegenden sich gegen den Verlust ihrer Privatsphäre zu stellen. Oder sie laufen Gefahr, sich zurückzuziehen und aus der sozialen Teilhabe ausgeschlossen zu werden (Gerlach/Schupp, 2018, S. 290f.). Sie haben in der Regel auch während der Pflegebedürftigkeit das Bedürfnis ihre homosexualitätsbezogenen **Lebensgewohnheiten** entsprechend ihren bisherigen offenen, teilweise offenen oder versteckten Umgangsweisen mit der eigenen Homosexualität fortzuführen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 305f.). Das bezieht sich beispielsweise auf integrative wie auch spezielle Angebote der Freizeitgestaltung, das Fortführen sozialer Kontakte oder die sexuellen Bedürfnisse. Es ist anzunehmen, dass diese Ergebnisse auch für die andere Gruppen der zu pflegenden LSBTIQ in etwa ihre Gültigkeit besitzen, auch wenn sie sich in Teilgebieten unterschiedlich ausdifferenzieren dürften.

Den Studien zufolge, plädiert ein Großteil der befragten LSBTIQ für einen **integrativen Ansatz** der Altenhilfeeinrichtungen. Dies mag zum einen mit ihren bisherigen Bezügen ihrer Lebenswelten, die sie mit heterosexuellen Menschen teilen, zusammenhängen. Zum anderen entspricht es ihrem Verständnis des Zusammenlebens, wonach sie für sich keine exponierte Position in Anspruch nehmen. Gleichwohl steht das unter der Prämisse, dass sie sich respektvoll als LSBTIQ behandelt wissen wollen und mit ihren spezifischen Bedürfnissen berücksichtigt fühlen wollen (Gerlach/Schupp, 2016, S. 26; Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz, 2013, S. 70).

„Hauptsache ja man kann sich frei fühlen und gegebenenfalls auch frei darüber sprechen. Und wird keinen unangenehmen Fragen mehr ausgesetzt. Nichts mehr, was einem peinlich sein müsste. [...] Gut, man soll es nicht vor sich hertragen, [...] Sondern sich frei fühlen können, und angenommen fühlen können, akzeptiert fühlen können.“

Zitat eines schwulen Seniors über seinen Wunsch nach einer integrativen Pflegeeinrichtung (Gerlach/Schupp, 2017, S. 574).

Es bestehen **Unterschiede zwischen den Gruppen der LSBTIQ**. Studien zufolge bevorzugen zum Beispiel lesbische Frauen im Vergleich zu schwulen und bisexuellen Männern tendenziell Pflegeeinrichtungen, die weitgehend eine Pflege und Betreuung durch das gleiche Geschlecht sicherstellen. Währenddessen priorisieren schwule und bisexuelle Männer tendenziell die Sicherstellung eines respektvollen Umgangs ihrer homo- oder bisexuellen Lebensweise unabhängig des Geschlechts von Pflegenden höher (Schmauch et al., 2007, S. 24; Gerlach/Szillat, 2017, S. 246). Das Bedürfnis, ein Leben und somit die Pflegesituation weitestgehend in Frauenbezügen leben zu wollen, scheint ein Spezifikum bei einem weiten Teil der (pflegebedürftigen) Lesben zu sein. Zwar besteht teils bei pflegebedürftigen Schwulen auch das Bedürfnis nach einer Körperpflege durch das gleiche Geschlecht oder nach der gleichen sexuellen Identität von Pflegenden. Die Interviews mit den pflegebedürftigen Lesben verdeutlichen,





dass es für sie mehrheitlich jedoch ein unverhandelbares Bedürfnis ist, von weiblichen Pflegenden gepflegt zu werden. So wird den Pflegenden bei der Pflege und Betreuung durch das gleiche Geschlecht eine höhere Kompetenz zur Sicherung des gesamten Wohlbefindens zugeschrieben. Hierdurch erfahren die zu Pflegenden eine andere Vertrauensbildung, geringere Scham sowie eine Selbstbestätigung der bisherigen Autonomie. Versteckt lebende pflegebedürftige Lesben scheinen ihr Bedürfnis nach dem gleichen Geschlecht von Pflegenden offen artikulieren zu können. Wohingegen versteckt lebende schwule zu Pflegende dies nicht tun, um nicht sozialisationsbedingt Gefahr zu laufen, sich darüber zu outen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 317, 395).

Schwule Männer gehören zur Hauptbetroffenengruppe von HIV/AIDS in Deutschland. Die Auseinandersetzung mit der Infektion und ihren –größtenteils früheren– gesundheitlichen und sozialen Folgen ist ein Bestandteil schwuler Lebenswelt. HIV-positive Menschen sind auf eine lebenslange medikamentöse Therapie angewiesen. Stigmatisierung und Diskriminierung wegen der HIV-Infektion können bei den zu Pflegenden das Risiko von Einsamkeit und sozialer Isolation erhöhen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 387, 415ff.). Im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterstützen Pflegende HIV-Positive in der sozialen Teilhabe, bei der lebensnotwendigen Sicherstellung der Medikamentengabe und können weiterführend zu Facharztpraxen vermitteln. Ein **aktueller Wissensstand über die HIV-Infektion** und zu deren Therapiemöglichkeit ist für die Pflegenden und ihr pflegerisches Handeln genauso wichtig wie eine Auseinandersetzung mit möglicherweise bestehenden irrationalen Ängsten im Umgang mit HIV-positiven zu Pflegenden.

Ein zwar geringer, trotzdem ernstzunehmender Teil der in den Studien Befragten, befürwortet **spezielle Angebote** der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen für LSBTIQ. Gründe hierfür liegen in den Bedürfnissen, etwa nach Sicherheit und Schutz vor Diskriminierungen, nach weitestgehender Autonomie, die gewohnten Lebensweisen fortzuführen, nach Geborgenheit und Gemeinschaftsgefühl mit Menschen geteilter Biografien und nach weitestgehender Spiegelung, Stärkung und Anerkennung der eigenen sexuellen und geschlechtlichen Identitäten. Dazu gehört auch das Bedürfnis im Alltag eines aufgrund von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich eingeschränkten Aktionsradius nicht permanent im sozialen Leben den Minderheitenstatus erfahren zu müssen. Vielmehr möchten sie unter weitestgehend Gleichgesinnten eine Normalität der eigenen Lebenswelt erfahren (Gerlach/Schupp, 2018, S. 76, 315–318, 355).

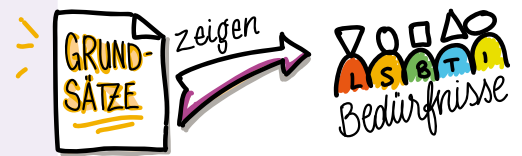
„das Haus ... Also weil ich mir das durchgelesen hab und das entsprach auch meinen Vorstellungen. Das war für mich erst mal besser als wie meinetwegen jetzt in ein Altersheim oder irgendwas, weil man da mit Seinesgleichen zu tun hat. [...] wir haben eigentlich alle auch ein relativ – gutes Verhältnis hier. [...] Ich meine, die kann man sich nicht raus-suchen. Das ist so wie mit der buckeligen Verwandtschaft, die musst du halt nehmen, [...] kann nur sagen, das ist mein Lottogewinn.“

Zitat eines pflegebedürftigen Schwulen, der das Angebot einer Pflegeeinrichtung speziell für schwule Männer nutzt (Gerlach/Schupp, 2017, S. 694).

Der aktuellen Studienlage zufolge, fällt der jeweilige Singleanteil bei lesbischen Frauen und bei schwulen Männern altersunabhängig im Vergleich zu Heterosexuellen in der Bevölkerung höher aus. D. h. im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist davon auszugehen, dass den homosexuellen zu Pflegenden vergleichsweise weniger ein familiales Netzwerk an Pflege- und Unterstützungsleistungen zur Verfügung steht. Aufgrund von familiärer Ablehnung und Konflikten, die häufig ein Coming-out eines Familienmitglieds als homo- oder bisexueller oder als transidenter oder intergeschlechtlicher Mensch mit sich bringt, bleibt zudem die familiäre Pflege fraglich. Insbesondere dann, wenn auf Grundlage von Familienkonflikten Kinder die potentielle Rolle von pflegenden Angehörigen nicht übernehmen, deren Elternteil ein (spätes) Coming-out als homo- oder bisexueller oder als transidenter oder intergeschlechtlicher Mensch hatten. Trotz mancherorts bestehender sozialer und informeller Netzwerke auf freundschaftlicher Basis oder innerhalb der LSBTIQ-Community bleibt für

die LSBTIQ zu Pflegenden vergleichsweise ein **höherer Bedarf an formellen Unterstützungs- und Pflegeleistungen** festzustellen, der sich potentiell an die Altenhilfeeinrichtungen adressiert (Gerlach/Schupp, 2018, S. 46).

An den hier formulierten Grundsätzen und an den spezifischen Bedürfnissen der zu Pflegenden lässt sich eine adäquate Pflege von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen messen, unabhängig davon für welches Instrument eines pflegekonzeptionellen Weges Sie sich entschieden haben. Eine Pflege von LSBTIQ-Menschen nimmt die **sexuelle und geschlechtliche Vielfalt der Menschen** in den Blick.



Geschichtliche Rahmenbedingungen

Geschichtliche Rahmenbedingungen der Lebenshistorien

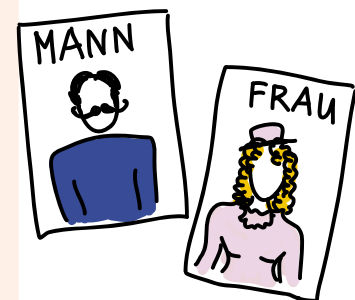
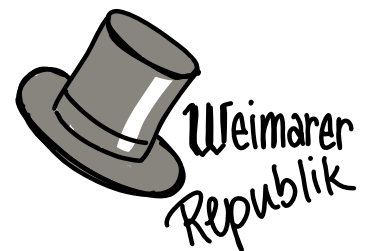
Nachfolgend soll ein Überblick über die Geschichte und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der verschiedenen Generationen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen in Deutschland dabei helfen, deren Biografien und Bedürfnisse besser zu verstehen und in die Pflege zu integrieren. Geschilderte Zeitabschnitte können natürlich von einzelnen Menschen immer unterschiedlich erfahren worden sein. Ebenso gesellschaftliche und politische Ereignisse und der jeweils zeitlich verankerte unterschiedliche Umgang mit den sexuellen und geschlechtlichen Identitäten nehmen Einfluss auf die Menschen. Diese Ereignisse jedoch werden von jedem Individuum anders erfahren und unterschiedlich bewältigt.

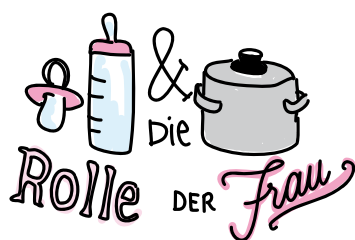


Die Zeit der Weimarer Republik

Das gesellschaftliche Modell der Zweigeschlechtlichkeit wurde erst im 19. Jahrhundert geschaffen. Damit entstanden gesellschaftliche Vorstellungen darüber, was „Mann“ einerseits von „Frau“ andererseits und zwar in welcher genauen anatomischen, physiologischen und sozialen Form und Verhalten zu unterscheiden habe. Jene Menschen, die damit nicht konform sein konnten und abwichen, wurden als krank oder als unnatürlich diffamiert. Dies betraf in erster Linie alle homosexuellen Menschen, da sie ihr Geschlecht auf das eigene Geschlecht ausrichteten. Ebenso waren transidente Menschen (früher Transvestiten genannt) davon betroffen, deren geschlechtliche Identität nicht mit den körperlichen Geschlechtsmerkmalen übereinlag. Transidente wurden damals den homosexuellen Menschen zugeordnet. Vertreter der Psychiatrie fühlten sich berufen die vermeintlich seelisch und körperlich Kranken zu therapieren.

Es galt der Paragraph 175 RStGB, wodurch sexuelle Handlungen unter Männern unter Strafe gestellt waren. Die staatliche Verfolgung von Schwulen prägte fortan die gesellschaftlichen Vorbehalte gegenüber lesbischen Frauen und schwulen Männern. Emanzipationsbestrebungen Ende des 19. Jahrhunderts u. a. durch den Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld erzielten die Ausprägung einer sozialen Identität von Homosexuellen. Hirschfeld führte nicht nur die erste Geschlechtsangleichung bei einer Transfrau durch, sondern setzte sich zu Zeiten der Weimarer Republik u. a. auch für den sog. Transvestitenschein ein, wodurch das Tragen von Damenbekleidung den transidenten Menschen in der Öffentlichkeit polizeilich erlaubt war. In den 1920er Jahren entstand in den Großstädten eine Infrastruktur mit eigenen Kneipen und Zeitschriften für Homosexuelle und für Transidente (dgti, 2017, S. 9ff.; Rosenkranz, 2009, S. 61f.).





Die Nationalsozialisten konnten sich einer weitverbreiteten Homo- und Transphobie in der Gesellschaft sicher sein und verfolgten ab 1933 Homosexuelle und Transidente mit einer Hatz, mit Inhaftierungen und zerschlugen ebendiese LSBTI-Subkulturen u. v. m. Der Paragraf 175 RStGB wurde verschärft und bis 1944 wurden etwa 55.000 Männer verurteilt. Ein Teil von ihnen kam in Konzentrationslager, wo etliche starben. Lesbische Frauen wurden als sogenannte Asoziale verfolgt, wurden in Lager interniert und viele kamen ums Leben. Die vorherrschende Ideologie verbannte die Frauen in die gesellschaftliche Rolle des Kinderkriegens und -erziehens. Wer hiervon abwich, wurde gesellschaftlich geächtet (Gerlach/Schupp, 2016, S. 4f.).

Die Nachkriegszeit der BRD und der DDR

In beiden deutschen Staaten galt ein Leben außerhalb der heterosexuellen Geschlechternorm als unsittlich. Beide großen Kirchen trugen maßgeblich zu den ablehnenden und diskriminierenden Haltungen gegenüber LSBTIQ in der Bevölkerung bei. Die verschärfte Fassung des Paragraphen 175 wurde ins StGB der BRD übernommen. Von 1945 bis 1969 wurden 64.000 Männer daraufhin verurteilt. 1969 wurde die Strafverfolgung erwachsener homosexueller Männer in der BRD aufgehoben und erst 1994 im Zuge von Gesetzesangleichungen gänzlich abgeschafft. Die DDR entschärfte nach Kriegsende den Paragraphen 175, woraufhin trotzdem 1.300 Verurteilungen ausgesprochen wurden. Bereits 1968 verzichtete die DDR vollständig auf eine Strafverfolgung homosexueller Männer. Das erlittene Unrecht wirkte für die Überlebenden bis ins Jahr 2017 hinein und teils darüber hinaus fort. Bis dahin galten sie als vorbestraft und hatten ihre Existenzen verloren. Sie konnten schwerlich nur eine neue aufbauen, wenn ihnen das überhaupt gelang. Der Deutsche Bundestag rehabilitierte die Opfer des Paragraphen 175 StGB nach 1945 erst im Jahr 2017 und sah eine symbolhafte Entschädigung vor (Zeit-Online, 2017; Gerlach/Schupp, 2016, S. 5).

LSBTIQ lebten auch in den 1950er und 60er Jahren weiterhin in Angst vor Entdeckung und Denunzierung, vor Verlust ihrer bürgerlichen Existenzen und vor der strafrechtlichen Bedrohung. Viele schwule Männer führten ein Doppelleben und trafen sich an anonymen Orten wie etwa auf öffentlichen Toiletten oder in Parkanlagen. Wer heimlich schwule Lokale, die damals in der BRD existierten, aufsuchte, setzte sich der Gefahr polizeilicher Razzien aus.

Für Lesben bedeutete das gesellschaftliche Klima ebenso ein Leben in Heimlichkeit und Anpassung oder in Nischen zu leben. Sie blieben fortwährend in der Angst, nicht doch eines Tages unter dem Paragraphen 175 StGB strafverfolgt zu werden. Das politische und gesellschaftliche Frauenbild der 1950er und 60er Jahre orientierte sich an einer Hausfrauen- und Mutterrolle. Dieses Verständnis spiegelte sich unter anderem in der ungleichen Entlohnung der Geschlechter in der Erwerbsarbeit wider. Offiziell als ledige Frau zu gelten, war gesellschaftlich verpönt und ein eigenständiges Leben als solche fast unmöglich.

Für die Existenzen von transidenten und transgeschlechtlichen Menschen und deren Biografien gab es kein öffentliches Bewusstsein. Das antrainierte Verhalten und Handeln von LSBTIQ-Menschen, sich schützend zu verstecken und keinen Anlass eines öffentlichen Anstoßes zu geben, beließ ihre jeweiligen Lebensweisen in einer teils heute noch anhaltenden öffentlichen Unsichtbarkeit (Gerlach/Schupp, 2018, S. 60).

Die Zeit der sozialen Bewegungen

Die heranwachsende Generation grenzte sich von den vorherigen Generationen und deren bisherigen Werte- und Rollenvorstellungen der Geschlechter ab. Homosexualität wurde entpathologisiert und entkriminalisiert. Durch die sozialen Bewegungen der 1960er und 70er Jahre erkämpften sich Lesben und Schwule eine Liberalisierung der Gesellschaft, wodurch ihnen mehr Freiheiten zustanden, ihre sexuellen und geschlechtlichen Identitäten zu leben. Ein neues kollektives Selbstbewusstsein entstand und spiegelte sich in den sozialen Beziehungen wider. 1969 fand in der Christopher Street in New York City ein

Aufstand von Schwulen und transidenten Menschen gegen Polizeirazzien statt. Seidem wird alljährlich weltweit mit lebensfrohen Demonstrationen (Christopher-Street-Day/CSD) für die Akzeptanz und für die gleichen Rechte von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen daran gedacht.



Zwar wurde die staatliche Strafverfolgung erwachsener homosexueller Männer aufgehoben, jedoch blieb die Angst vor der alltäglichen gesellschaftlichen Verachtung in dieser Zeit bestehen. Im Gegensatz zur BRD bestand in der DDR keine und später eine weitaus weniger ausgeprägte Subkultur von etwa Cafés, Kneipen, Zeitschriften, Initiativen und Vereinen, wo sich LSBTIQ trafen. In den 1980er Jahren konnte sich eine Bewegung von Lesben und Schwulen unter dem Dach der evangelischen Kirche in der DDR stabilisieren.

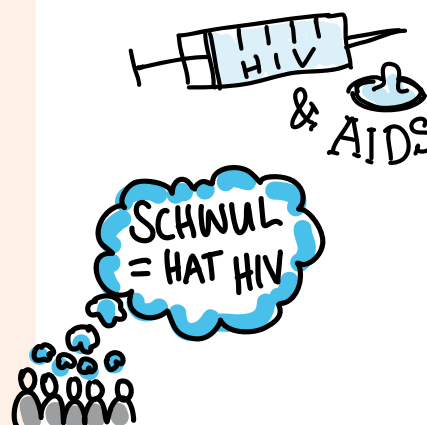
In diesen Emanzipationsprozessen blieben transidente und intergeschlechtliche Menschen und ihre Belange meist im Hintergrund, wodurch ihre Lebenssituationen zunächst unverändert von Stigmatisierungen und Diskriminierungen gekennzeichnet blieben. 1981 ermöglichte das Transsexuellengesetz in der BRD beschränkte Personenstandsänderungen und legalisierte transidente Menschen. Zwar standen ihnen nun medizinische Dienstleistungen zur Verfügung, dies allerdings ausschließlich in pathologisierender Weise und in Abhängigkeit von medizinischen und psychiatrischen Gutachten (dgti, 2018, S. 10f.; Gerlach/Schupp, 2018, S. 61f.).



Die Zeit von HIV/AIDS

Ab den 1980er Jahren differenzierten sich die Initiativen und Gruppen von LSBTIQ-Menschen weiter aus. So etablierten sich vielerorts die Strukturen und es entstanden bspw. Lesben- und Schwulenberatungsstellen für psycho-soziale Beratungen oder Dachorganisationen, die die verschiedenen gesellschaftspolitischen Interessen vertreten.

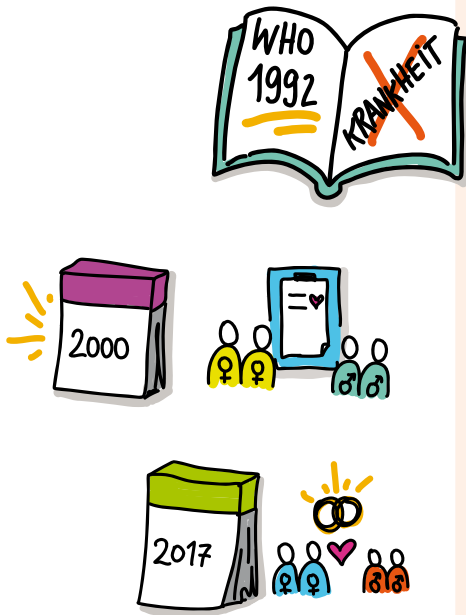
In der Zeit der 1980er Jahre bedroht das Aufkommen von HIV/AIDS allerdings die neuen emanzipatorischen Erfolge in der Gesellschaft. Im Zusammenhang mit der aufkommenden Pandemie wird gesellschaftlich eine erneute Pathologisierung und Kriminalisierung homosexueller Männer aufgeworfen. In den Anfangsjahren endete der Verlauf einer HIV-Infektion meist tödlich mit dem Krankheitsbild von AIDS. Die Bevölkerung und insbesondere die Hauptbetroffengruppen wie etwa schwule Männer hatten große Angst davor sich zu infizieren. Innerhalb kürzester Zeit verloren viele schwule Männer mit und ohne HIV-Infektion ihre Partner, Freunde und Bekannte, manchmal ihr komplettes näheres soziales Umfeld. Diese Verluste, die Angst vor einer möglichen Infektion und die Erfahrungen von Stigmatisierungen riefen bei vielen Schwulen psycho-soziale Belastungen hervor, die nachhaltig und teils als Trauma ein Leben lang fortwirken. Gleichwohl setzten die kollektiven Ängste vor Stigmatisierung und erneuter Diskriminierung bei den Schwulen Kräfte frei, die zur Gründung und Erweiterung der Aids-Hilfen-Struktur als Selbsthilfe führte. Seit den 1990er Jahren wirken neue Therapiemöglichkeiten. Hierdurch gilt ein mit dem HI-Virus infizierter Mensch unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr als infektiös. Er besitzt in der Regel eine gleich hohe Lebenserwartung im Vergleich zu nicht-infizierten Menschen. HIV-positive Menschen haben trotzdem immer noch mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und Diskriminierung zu kämpfen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 62ff.).



Die Zeit weitgehender Gleichberechtigungen

Ab den 1990er Jahren kommt eine „queere“ Sichtweise in den westlichen Gesellschaften hinzu, wonach Identitäten und einhergehende Kategorien nicht der vermeintlichen vorherrschenden Gesellschaftsnorm entsprechen. Sie entsprechen dem Unbestimmten und sollen in diesem Sinn so bleiben und sich nicht festlegen lassen. Der Begriff „queer“ wird zudem synonym für die Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten und den vielfältigen Beziehungsformen der Menschen verwendet (Gerlach/Schupp, 2018, S. 63).





Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) strich erst am 17.05.1992 Homosexualität aus der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Dieser Tag wurde symbolhaft inzwischen zum Internationalen Tag gegen Homophobie und Transphobie erhoben. Ab dem Jahr 2000 war es aufgrund des eingeführten Lebenspartnerschaftsgesetzes möglich, dass zwei Menschen des gleichen Geschlechts sich als Lebenspartner*innen registrieren lassen. Dies hatte nicht nur eine emotionale, sondern auch rechtliche Wirkung. Es konnte als weiterer emanzipatorischer Fortschritt in Richtung der Gleichstellung zur Ehe gewertet werden. Im Laufe der Jahre wurde sukzessive rechtlich dieses Rechtsinstitut im Gleichbehandlungsgrundsatz zur Ehe weitgehend nachgebessert. Dennoch blieben manche Rechte, wie beispielsweise das Adoptionsrecht von Kindern verwehrt. 2017 beschloss der Deutsche Bundestag die Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts. Somit fand eine erneute weitgehende rechtliche Gleichstellung statt. Allerdings stellen Bereiche wie das geltende Abstammungsrecht für den Kinderwunsch eines lesbischen Ehepaars weiterhin rechtliche Hürden dar.

1995 sprachen sich führende Vertreter der Psychiatrie und Sexualwissenschaft dafür aus, Transidentität nicht mehr als eine Erkrankung zu werten. Dadurch zeichnete sich die Perspektive einer Entpathologisierung von transidenten Menschen ab. Inzwischen wurden zum Beispiel 2018 Leitlinien für eine respektvolle Gesundheitsversorgung für Transidente in Deutschland veröffentlicht. Ein Paradigmenwechsel leitet sich dadurch ein und ist als Mahnung für eine Überarbeitung des bisherigen Transsexuellengesetzes zu verstehen. Transidente Personen sollen demnach als mündige und selbstbestimmt handelnde Menschen betrachtet werden, die auf Grundlage umfassender Informationen für ihr Wohlbefinden bestmögliche Entscheidungen treffen können (DGfS, 2018). Auch werden die Stimmen von intergeschlechtlichen Menschen lauter, die ihre gesellschaftlichen Stigmatisierungen und die jahrzehntelangen medizinischen Praktiken von Operationseingriffen im Kindesalter zu einer Geschlechtsfestsetzung anprangern.

Identitätsentwicklung und Lebenslagen



Identitätsentwicklungen und Lebenslagen

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, das soziale Umfeld, Bezugspersonen, Bedeutungs- und Deutungsmuster, Zeit- und Alterseffekte nehmen wechselseitigen Einfluss auf den lebenslangen Prozess der Identitätsentwicklung eines Menschen. Persönliche und kollektive Lebenslagen sind hierdurch geprägt. Vorurteile, Stigmatisierungen und Diskriminierungen erschweren oder verhindern eine sich selbstakzeptierende Identitätsbildung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen. Insbesondere für die älteren Generationen existierten in früheren Zeiten der Gesellschaft und/oder im sozialen Umfeld selten oder gar keine positiven Vorbilder, wonach sich ein positives Selbstverständnis ausrichten konnte. Sie liefen Gefahr, dass sich ihr näheres Umfeld und die Familie beim Bekanntwerden ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität von ihnen abwenden.

Es mag Pflegende zunächst irritieren,

- wenn Menschen sich ins gleiche Geschlecht verlieben und ihre Lebensweise danach ausrichten,
- wenn Menschen sich wie das Gegengeschlecht kleiden, sich mit dem Gegengeschlecht identifizieren,
- wenn Menschen sich uneindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen oder
- wenn Menschen die Merkmale beiderlei Geschlechts besitzen.

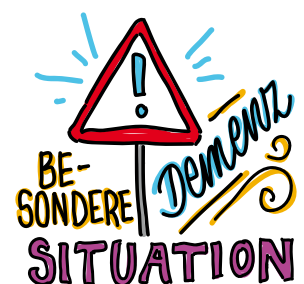
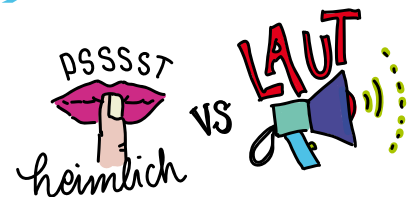
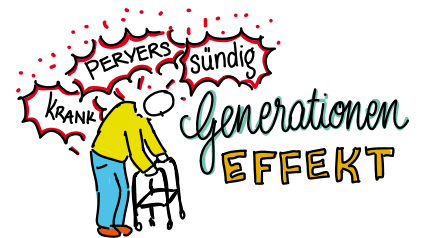
Es handelt sich um die normale Bandbreite sexueller und geschlechtlicher Vielfalt der menschlichen Existenz, die es zu allen Zeiten und in allen Kulturen der Menschheit gegeben hat und gibt (Eder, 2014; Rauchfleisch, 2016, S. 15).

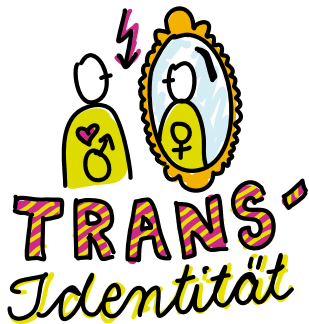
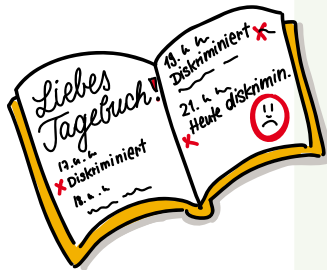
Lesben, Schwule und Bisexuelle

Es kann von einer homo- bzw. bisexuellen Orientierung gesprochen werden, wenn sich die Person mit der imaginären oder realen Wahl eines*einer gleichgeschlechtlichen Sexualpartners*partnerin identifiziert. Dies kann, muss aber nicht in allen Fällen, identitätsstiftend für die **homo- oder bisexuelle Identität** wirken. Je nachdem welche kollektiven Verständnisse der homo- und bisexuellen Identitäten zur Zeit der Selbsterkenntnis des einzelnen Menschen bestehen, kann sich dies zusätzlich auf das individuelle Identitätsverständnis auswirken (man spricht hier von Generationeneffekten). Das kann sich etwa bei der unterschiedlichen Wahl von Selbstbezeichnungen zeigen. Sogenannte Zeiteffekte zeigen sich beispielsweise bei den inzwischen alten und hochbetagten Lesben, Schwulen und Bisexuellen sowie auch bei Transidenten und intergeschlechtlichen Menschen, die Zeiten erlebten, in denen sie gesellschaftlich als „sündig“, „kriminell“, „krank“, „pervers“ oder ähnliches galten.

Mit dem **Coming-out-Prozess** ist der Weg von der eigenen Wahrnehmung des homo- oder bisexuellen Begehrens, die eigene psychische Verhandlung hierüber bis hin zur Selbsterkenntnis über die eigene Homo- oder Bisexualität gemeint. Das kann von einer Akzeptanz über Ambivalenzen bis hin zur Ablehnung des eigenen Selbst begleitet sein. Von einem weiteren Coming-out wird gesprochen, wenn andere Personen im sozialen Umfeld über diese Selbsterkenntnis eingeweiht werden. Es bleibt ein lebenslanger Prozess, da ein neues Umfeld oder neue Situationen dies immer wieder aufs Neue erfordern können. Das verläuft im Zusammenspiel mit sich selbst, der Gesellschaft und dem sozialen Umfeld meist konfliktuell. Aus dem eigenen Selbstverständnis und den erfahrenen sowie erwarteten Bestätigungen oder Ablehnungen als homo- oder bisexueller Mensch, resultieren **individuelle Umgangsweisen** mit der eigenen Homo- oder Bisexualität (Gerlach/Schupp, 2018a). So gibt es homo- und bisexuelle Menschen, die überwiegend offen und selbstbewusst mit ihrer sexuellen Identität gegenüber ihrem sozialen Umfeld umgehen. Andere hingegen offenbaren sich nur gegenüber bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen. Und wiederum andere ziehen weitestgehend niemanden ins Vertrauen über ihre eigene Homo- oder Bisexualität und versuchen es vor anderen zu verheimlichen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 112ff., 418).

Im Rahmen einer **Demenz** kann die Biografie eines Menschen durch den **krankheitsbedingten Kontrollverlust** bisheriger Verhaltens- und Handlungsmuster unterschiedlich zu Tage treten. Ein hierdurch bedingtes Coming-out einer Person besteht zum Beispiel darin, dass die Kontrolle des versteckten Umgangs mit der eigenen Homosexualität durchlässig und somit offenbar werden kann. Das kann das nähere Umfeld überraschen, da es in der Regel nicht darüber informiert war. In unvermittelten Momenten wird die sexuelle und/oder die geschlechtliche Identität zum Thema, ohne dass es ursprünglich von der Person gewollt war oder ist. Dabei sei allerdings erwähnt, dass eine sexuelle Handlung gegenüber dem gleichen Geschlecht nicht unweigerlich auf eine homosexuelle Identität einer Person mit entsprechender Biografie hindeuten muss. Bei dementiellen Veränderungen des Frontalhirns kann es auch zur sexuellen Enthemmung kommen.





Die individuelle Biografie, der zur Verfügung stehende soziale Rückhalt und die erfahrene oder erwartete Bestätigung oder Ablehnung ihrer Homo- oder Bisexualität eröffnen oder begrenzen die Handlungsmöglichkeiten im Alter(n) und in der Pflegebedürftigkeit. Manche Lesben und Schwulen haben ihre **Erfahrungen der sozialen Benachteiligungen** für sich dahingehend wenden können, dass sie Problemlagen des Alter(n)s und der Pflegebedürftigkeit besser kompensieren können. Sie besitzen meist eine hohe Selbstakzeptanz, anerkennende soziale Ressourcen (Bezugspersonen, Freund*innen, Partner*in, Familie und Umgebungsfaktoren) und eine offene Lebensweise ihrer sexuellen Identität in weitgehend allen Lebensbereichen. Es potenzieren sich die durch das Stigma der Homosexualität erfahrenen Belastungen im Alter und in der Pflegebedürftigkeit, insbesondere dann, wenn bestätigende soziale Ressourcen fehlen. Hieraus resultieren für sie intersektionell erhöhte Risiken der Einsamkeit und sozialen Isolation (Gerlach/Schupp, 2018, S. 321, 359, 397, 445; Krell, 2014, S. 400f.).

Studien zufolge erfuhren alle befragten älteren Lesben und Schwulen im Laufe ihres Lebens Diskriminierungen. Demnach fühlt sich zwar die Mehrheit von ihnen aktuell als Lesbe bzw. als Schwuler gesellschaftlich akzeptiert und respektiert. Jedoch hat ein Teil von ihnen innerhalb der letzten fünf Jahre **Diskriminierungserfahrungen** in Form von blöden Bemerkungen, herablassenden Witzen bis hin zu aggressiven Beschimpfungen gemacht. Schwule sind vergleichsweise häufiger von körperlicher Gewalt betroffen (Gerlach/Szillat, 2017, S. 112, 118; Schmauch et al., 2007, S. 14).

Die **Unterschiedlichkeit der Lebenswelten** von Lesben, Schwulen und Bisexuellen spiegelt sich auch bei den Lebenslagen der Älteren wider. Sozialisationsbedingt war es den älteren Lesben, Schwulen und Bisexuellen erschwert eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft zu finden und zu leben. Für sie bestand in früheren Zeiten ein hoher konventioneller Druck, den Geschlechterrollen zu entsprechen und heterosexuell zu leben. So verwundert es nicht, dass kein geringer Teil von ihnen einmal heterosexuell verheiratet war und sie aus diesen Beziehungen Kinder haben. Die Mehrheit von ihnen hat allerdings keine Kinder, die als klassisches Versorgungspotential im Alter zur Verfügung stünden. Der Single-Anteil unter ihnen scheint zudem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hoch ausgeprägt. Den Freund*innen kommt allerdings eine hohe soziale Bedeutung zu. Den Frauen wurde eine eigenständige Sexualität gesellschaftlich nicht zugesprochen und ihre sexuelle Identität nicht ernst genommen. Dies trägt verstärkt zur Unsichtbarkeit lesbischen Lebens bei. Die gesellschaftliche Schlechterstellung der Frau bezog sich auch auf Erwerbs- und Entlohnungsverhältnisse, wodurch lesbische Frauen verstärkt von Altersarmut betroffen sind (Plötz, 2006, S. 111). Hingegen sind die Berufsbiografien schwuler Senioren häufig durch die Verfolgung aufgrund des Paragraphen 175 StGB oder aufgrund von HIV/AIDS gekennzeichnet. (Gerlach/Schupp, 2016, 13ff.).

Transidentität

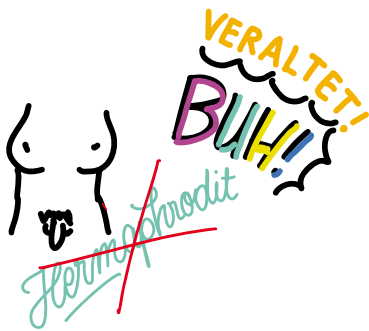
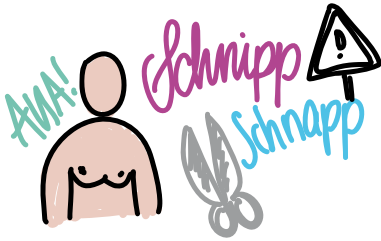
Bereits in ihrer Kindheit und Jugend oder aber im weiteren Verlauf ihres Erwachsenenlebens können sich Menschen dem Geschlecht nicht zugehörig fühlen, welches ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Ihre geschlechtlichen Körpermerkmale entsprechen nicht ihren eigenen Empfindungen. Sie haben das Gefühl, dem Gegengeschlecht anzugehören und identifizieren sich damit. Wann sich die Menschen dessen bewusst werden, hängt von den jeweiligen Werte- und Normvorstellung ihrer Umgebung ab. In früheren Zeiten kannten die Menschen keine Begriffe dafür. Es war für sie daher selbst schwer, es zu definieren und nach außen gegenüber ihrem Umfeld zu kommunizieren. Inzwischen ist die Gesellschaft vage über die Transidentität informiert. Mittlerweile wird im Allgemeinen nicht mehr der Begriff der Transsexualität, sondern der Transidentität verwendet. Es steht dabei die Auseinandersetzung mit der Identität im Vordergrund und nicht etwa wie die Menschen ihre jeweilige Sexualität leben wollen. Die Persönlichkeitsentwicklung und Verläufe der Transidentität sind völlig unterschiedlich und individuell (Rauchfleisch, 2016, S. 14, 20).

Es handelt sich hierbei um keine „Störung“ oder „Krankheit“. Eine solche Annahme besteht allerdings nach wie vor in der Gesellschaft, teils auch unter Fachleuten. Es ist aber davon auszugehen, dass die internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) bei ihrer nächsten Überarbeitung die „Transsexualität“ als Krankheitsdiagnose in dieser Form streichen werden. Die bisherige und irrtümliche Annahme, Transidentität sei eine psychische Erkrankung, wirkt belastend auf transidente Menschen und ihre Lebenssituationen ein (Rauchfleisch, 2016, S. 7f., 17f.). So waren und sind Transidente mit den Herausforderungen ihrer Umwelt konfrontiert. Sie können vor, während und nach einer Geschlechtsangleichung (Transition) unterschiedliche Erfahrungen von Akzeptanz und Diskriminierungen machen. Zu den **Belastungen** gehören erfahrene und erwartete Ablehnung und Diskriminierungen in der Gesellschaft und im näheren sozialen Umfeld aufgrund der Transidentität. Das veranlasst viele zunächst zu einem Doppelleben. Das gefühlte Geschlecht, also das tatsächliche Selbstverständnis wird ins Private versteckt, so dass oftmals selbst der enge Familien- und Freund*innenkreis davon nichts erfährt. Zu groß sind zunächst die Ängste, aus der Familie oder vom Arbeitsplatz ausgeschlossen zu werden und den emotionalen, sozialen und materiellen Rückhalt zu verlieren. Heimlich werden Kleidungsstücke des Gegengeschlechts getragen und nach außen hin im Alltagsleben eine Fassade aufrechterhalten. Ein Outing verläuft in der Regel nicht konfliktfrei. Die Auseinandersetzungen mit sich und der Umwelt sind oftmals schwer aushaltbar. So kann es unter Umständen zu einem sozialen Abstieg, zu einem gegen sich selbst gewandten Aggressionsverhalten, zu Suizidversuchen u. v. m. führen. Auf dem Weg, sich dem eigenen Selbstverständnis näher zu fühlen und dem gefühlten Geschlecht anzupassen, werden häufig körperliche Geschlechtsmerkmale (Brüste, Penis/Hoden) kaschiert, versteckt, abgebunden und/oder Kunstteile des Gegengeschlechts (Brust- oder Penisimitate) verwendet.

Die eigene Transidentität sich selbst und anderen Menschen gegenüber einzugestehen, kann befreiend wirken. Gleichwohl können sich die vorherigen Ängste vor negativen **Umweltreaktionen** bestätigen, wodurch ein Verlust des Arbeitsplatzes oder ein Familienbruch die gesundheitliche und soziale Existenz gefährdet. So wird zum Beispiel die Familie als Ort der größten Akzeptanz oder als Ort der größten Ablehnung erfahren. Des Weiteren erzählen Transidente von Erfahrungen der verbalen und körperlichen Gewalt im Alltag, wie etwa durch Beleidigungen, sexuelle oder körperliche Übergriffe. Die alltäglichen Erfahrungen von grenzüberschreitendem Verhalten wie etwa unangemessenes Fragen nach Intimitäten (Genitalien, Sexualität) des sozialen Umfelds lösen bei Transidenten Verunsicherungen und Verletzungen aus. Als belastend werden des Weiteren der hürdenreiche Weg der Transition erfahren, wie etwa die sehr lange Verfahrensdauer bei den unterschiedlichen beteiligten Stellen (Begutachtungen, Krankenhäuser, MDK). Geschlechtsangleichende Maßnahmen können für Transidente auch sexuelle und gesundheitliche Probleme nach sich ziehen, beispielsweise durch Komplikationen bei Operationsverläufen, Inkontinenz, Nebenwirkungen der hormonellen Maßnahmen oder Schwierigkeiten eine*n Sexualpartner*in zu finden. Durch den sozialen Wechsel ins andere Geschlecht erfahren Transfrauen gleichwohl die Konfrontation mit alltäglichen Diskriminierungen als Frau. Hingegen erhalten Transmänner in der Regel einen Statusgewinn als Mann (dgti, 2017; Fuchs et al., 2012, S. 13ff.).

Um eine **Vornamens- oder Geschlechtseintragsänderung** durchführen zu können, sind nach dem Transsexuellengesetz folgende Voraussetzungen notwendig: Es ist zum einen möglich nur den Vornamen etwa von „Philip“ in „Gisela“ ändern zu lassen. Gleichzeitig bleibt der Eintrag des Geschlechts im Personenstandsregister bestehen. Auf dem Personalausweis steht dann der neue Vorname. Zum anderen ist es möglich, den Vornamen und das Geschlecht im Personenstandsregister ändern zu lassen. Für beide Möglichkeiten ist der Nachweis der Transidentität notwendig. Das heißt die Person muss sich dem Gegengeschlecht zugehörig fühlen, sich seit mindestens drei Jahren mit dem Gegengeschlecht identifizieren und die Gewissheit haben, dass sich dies nicht mehr ändern wird. Ein Amtsgericht bestellt hierzu zwei unabhängige Begutachtungen. Die Person muss volljährig sein oder die gesetzliche Vertretung kann einen Antrag stellen.





Aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und entgegen vorheriger Regelung, muss die Person keine geschlechtsangleiche Operation beabsichtigen oder durchführen. Schließlich können gesundheitliche Risiken oder andere Gründe dagegensprechen. Auch eine Scheidung ist für eine Änderung des Vornamens oder Geschlechts nicht notwendig. Vielmehr bleibt sie zunächst als gleichgeschlechtliche Ehe rechtlich bestehen.

Für eine **geschlechtsangleichende Operation** werden die Kosten auf Antragstellung und nach Prüfung besonderer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) von den Krankenkassen ggf. übernommen. Grund hierfür ist es, den Leidensdruck zu nehmen, der für die Person dadurch verursacht ist, ein anderes körperliches Geschlecht zu haben als es ihrer Geschlechtsidentifikation entspricht. Solche Verfahren sind in der Regel langwierig. Der Prozess der medizinischen Maßnahmen einer Geschlechtsangleichung kann ggf. auch lange dauern. Es kann von lebenslangen hormonellen Maßnahmen begleitet sein. Veränderungen des Transsexuellengesetzes werden derzeit gefordert, um dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand sowie einer Stärkung der Selbstbestimmung der Transidenten Rechnung zu tragen (dgti, 2017, S. 19ff.).

Intergeschlechtlichkeit

Bereits in früher Kindheit und Jugend kann sich bei Menschen zeigen, dass sie genetisch, hormonell oder anatomisch aufgrund ihrer körperlichen Merkmale nicht eindeutig dem einen oder anderem Geschlecht zugeordnet werden können. Hierdurch wird die **Intergeschlechtlichkeit** bzw. Intersexualität beschrieben. Der Begriff verweist auf ein „zwischen“ den Geschlechtern und deutet auf eine eigene Geschlechtsvarianz hin. Aus diesem Grund wird auch gelegentlich der Begriff des „differences of sexual development“ (DSD, zuvor „disorders of sex development“) verwendet und meint die Unterschiedlichkeit von Geschlechtsentwicklungen. In früheren Zeiten wurde in der Gesellschaft vom „Zwitter“-Dasein oder „Hermaphroditismus“ gesprochen, was heutzutage eher als diskriminierend wahrgenommen wird. Es bleibt individuell, ob sie sich mit einem der beiden Geschlechter identifizieren oder mit dem Gefühl beides gleichzeitig oder etwas dazwischen zu sein. Ihre sexuelle Identität kann individuell heterosexuell, lesbisch, schwul oder bisexuell sein.

Jahrzehntelang wurde medizinisch die Praktik verfolgt, dem Menschen eine sogenannte optimale Geschlechtszuschreibung zu ermöglichen. Dahinter verbarg sich die Vorstellung, dass durch eine frühzeitige Herbeiführung einer geschlechtlichen Eindeutigkeit mit Hilfe **medizinischer Eingriffe** der Mensch sich ebenso frühzeitig mit dem zugeschriebenen Geschlecht identifiziere. Spätere psycho-soziale Folgen blieben –so die Annahme–dadurch verhindert oder minimiert. Inzwischen deutet nicht nur die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats im Jahr 2012 auf eine sich zu verändernde Praxis hin. Die Erkenntnis setzt sich weiter durch, dass es sich um die Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und des Rechts auf Wahrung der geschlechtlichen Identität handelt, wenn jugendliche Menschen ohne Einwilligung im nicht zustimmungsfähigen Alter medizinische Eingriffe oder Behandlungen solchen Ausmaßes erhalten. Es sollte dem Menschen weitgehend die Entscheidung zu einem der beiden Geschlechter und zu den eventuell nachfolgenden medizinischen Konsequenzen überlassen bleiben. Wenn möglich und im Zweifelsfall soll mit einem medizinischen Eingriff bis ins zustimmungsfähige Alter gewartet werden. Bis dahin soll zum Wohle des Kindes die Erziehung eine Geschlechterzuordnung offenlassen.

Wenn auch den Studien zufolge die formale Zustimmung der Eltern zu den medizinischen Eingriffen bei ihren Kindern vorlag, wurde die Art und Qualität von medizinischer Aufklärung und Beratung über die Entscheidung und deren Konsequenzen oder Alternativen beklagt. Zudem wurde der fehlende Einbezug des heranwachsenden Menschen bemängelt. **Erfahrungen** von intergeschlechtlichen Menschen zeigen, dass die operativen oder medikamentösen frühzeitigen Eingriffe in ihrem Leben meist von Schmerzen, Traumatisierungen,

häufigen Nachbehandlungen, Nebenwirkungen, Funktionseinschränkungen und Verstümmelungen der Genitalien, Fehldiagnosen und Missverständnissen begleitet sind. Intergeschlechtliche Menschen berichten davon unter dem **Tabu des Themas** zu leiden; unter alltäglichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen sowie unter der Schwierigkeit, sich im gesellschaftlichen System der Zweigeschlechtlichkeit wiederzufinden. Aus Scham und Unkenntnis ihres sozialen Umfelds heraus, verheimlichen sie häufig ihre Intergeschlechtlichkeit und fühlen sich damit allein gelassen. Offen lebende Vorbilder fehlen in der Öffentlichkeit weitestgehend. Ein Teil von ihnen spricht sich explizit für eine dritte Kategorie neben Mann und Frau aus (Wunder, 2012).

Das Bundesverfassungsgericht forderte inzwischen den Gesetzgeber auf, die Wahl einer dritten Geschlechtskategorie im Personenstandsregister möglich zu machen. Ab August 2018 ist „divers“ als weitere Variante der Geschlechtseintragung gesetzlich verankert.



Hinweise

Hinweise zur Implementierung einer Diversity- oder kultursensiblen Pflege von LSBTIQ

Der nachfolgende Abschnitt versteht sich als praktikable Handreichung, Anregung und Ermutigung zur Umsetzung einer Pflege, die die unterschiedlichen Lebenswelten von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen wahrnimmt, deren Bedürfnisse respektiert und in der Pflege weitestgehend berücksichtigt.

Unabhängig davon für welche Pflegekonzepte Sie sich entscheiden, bleibt das **Ziel der Ausrichtung** von Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege eine weitgehend **individuelle Pflege**, die die Würde der zu Pflegenden im Allgemeinen und von LSBTIQ im Besonderen aufrechterhält. Primär orientiert sich Führungshandeln und pflegerisches Handeln an den zu pflegenden Subjekten. Eine bewusst von Ihnen gesteuerte subjektorientierte/individuelle Pflege kommt also allen zu Pflegenden und ihren spezifischen Individualitäten zu Gute (Gerlach/Schupp, 2018, S. 495f.). Darüber hinaus profitieren in wechselseitiger Verschränkung von Organisationsprozessen auch andere Gruppen wie etwa Mitarbeitende von den hier beschriebenen Maßnahmen. Um das Ziel einer individuellen Pflege zu erreichen, ist es notwendig, sich mit den LSBTIQ-Lebenswelten bewusst zu befassen. Hierdurch erworbenes Wissen kann in einer ebensolchen Pflege einfließen und die Einrichtungen als Lebensorte nach innen und nach außen für die tatsächlichen und potentiellen Individualitäten öffnen bzw. offenhalten.

Als Leitungskraft Ihres ambulanten oder stationären Pflegebetriebes halten Sie die strategische und operative Planung in den Händen. Hierzu gehört die konzeptionelle Ausgestaltung der Pflege ebenso wie das Qualitätsmanagement. Machen Sie den Umgang mit LSBTIQ-Menschen zum Thema. Eine **gelebte Offenheit** gegenüber LSBTIQ funktioniert nach dem **top-down-Prinzip**. Das lässt die erforderliche Ernsthaftigkeit dabei erkennen und hat symbolhaft in alle Organisations- und Handlungsebenen Wirkung. Durch das offene Thematisieren im Allgemeinen und gegebenenfalls im konkreten Fall werden die Lebenswelten von LSBTIQ enttabuisiert und zwischenmenschliche Begegnungen ermöglicht. Ein geplanter Auseinandersetzungsprozess mit eventuelle zugeteilten Verantwortlichkeiten in den verschiedenen Ebenen ist für eine nachhaltige Umsetzung einer subjektorientierten/individuellen Pflege von LSBTIQ hilfreich.

Es bietet sich an, die bestehende **Einrichtungs- und Pflegekonzeption** dahingehend zu überprüfen, ob und in welcher Form sie die Pflege von LSBTIQ und





ihren Lebenswelten ausdrücklich vorsieht. Welche theoretischen und praktischen Anschlüsse lassen sich finden oder müssen geschaffen werden? Prüfen Sie, welche Pflegekonzeption am besten zu Ihrer Einrichtung der ambulanten oder stationären Altenpflege, den Pflegenden und den zu Pflegenden passt. Maßgeblich soll die Pflegekonzeption alle Beteiligten für die Vielfalt der sexuellen und geschlechtlichen Lebenswelten der Menschen sensibilisieren, so dass ein offenes und diskriminierungsfreies Leben von LSBTIQ in Ihrer Einrichtung und in den Pflegesituationen selbstverständlich möglich ist.

Die Frage nach der Konzeption wirft automatisch weitere **Fragen zu Handlungsmöglichkeiten** auf. Es lohnt sich, diese zu notieren und mit unterschiedlichen internen und externen Personen und ihren Sichtweisen fachlich und konkret zu erörtern. Dies schlägt die Brücke zu LSBTIQ-Gruppen, -Vereinen und -Beratungsstellen sowie Aids-Hilfen ins Quartier, in den Stadtteil oder in einen noch weiteren Sozialraum hinein.

Wenn Sie sich auf den Weg machen, beginnen Sie bereits frühzeitig den Gedanken der **Vernetzung mit LSBTIQ-Vereinen** oder -Gruppen und deren Angeboten mit Leben zu füllen. Sie erhalten über die persönlichen Kontakte nicht nur unterschiedliche Perspektiven von Lebenswelten, sondern können bestenfalls gemeinsam herausfinden, welche spezifischen Bedürfnisse und regionalen Bedarfe gesehen werden. Seien Sie nicht verwundert, wenn Sie im örtlichen Gegenüber der LSBTIQ-Community nicht auf Fachkenntnisse, geschweige denn auf Ansprechpersonen zu den Themen des Alter(n)s und der Pflege treffen können. Das kann die meist ehrenamtliche Selbsthilfe nicht immer leisten. Sicher werden Sie im Kontakt auf offene Ohren, wertvolle Ideen und Anhaltspunkte zur Vielfalt der Lebenswelten treffen. Aus diesen Kontakten können sich künftige Ansprechpersonen und Kooperationen entwickeln (Gerlach/Schupp, 2018, S. 436f.). Als Beispiel hierzu sei eine Handvoll schwuler Senioren aus Frankfurt/M. genannt, die mittlerweile vor über 15 Jahren verschiedene Heimleitungen mit den Fragen „Wie ist das bei Ihnen? Was tun Sie für uns schwule Männer? Wie nehmen Sie auf unsere verschiedenen Lebensgewohnheiten Rücksicht?“ konfrontierten. Zeitgleich entstand eine Initiative, die sich um das Thema bemühte und den fachlichen und sozial-politischen Prozess vorantrieb. Eine der damals konsultierten Heimleitungen blieb neugierig und engagiert am Thema und im Kontakt zu den schwulen Senioren. Hieraus resultieren kurzgefasst mittlerweile zwei integrative städtische Pflegeeinrichtungen des Frankfurter Verbands¹, die sich konzeptionell für die Pflege von LSBTIQ geöffnet haben. Zur Absicherung der medizinischen und psycho-sozialen Betreuung von HIV-positiven zu Pflegenden empfiehlt sich zudem eine aktive Vernetzung zu Aids-Hilfen und Facharztpraxen.

Ob es bei der Entwicklung von Einrichtungsangeboten um **spezielle oder integrative** handeln soll, hängt in erster Linie von den örtlichen Bedarfen und Gegebenheiten ab. Beiderlei Angebotstypen entsprechen den unterschiedlichen Bedürfnislagen von LSBTIQ. Ein spezielles Angebot scheint vor allem dann Sinn zu machen, wenn eine bestimmte Gruppe einen konkreten Bedarf sieht oder zur Nutzung weitestgehend zur Verfügung steht und tragende Kontakte des Vertrauens zueinander aufgebaut werden können. Das Spektrum kann hierbei von einem Angebot einer speziellen Pflege-Wohngemeinschaft, einem speziellen Freizeitgruppenangebot bis hin zu eventuell auch temporären Veranstaltungen und Ausflügen reichen. Hier spielen auch die unterschiedlichen regional etablierten Infrastrukturen der LSBTIQ-Communities eine Rolle, weshalb sich spezielle Einrichtungsangebote wohl eher im großstädtischen Raum von Metropolen halten dürften (Gerlach/Schupp, 2018, S. 496ff.). Funktionierende Praxisbeispiele zeigen die Nachfragen auf, wie etwa die regionalen lesbischen oder schwulen Senior*innengruppen, die spezielle Seniorenberatung und -arbeit für LSBTIQ beispielsweise von Rosa Alter² in München oder das spezielle Wohn- und Pflegeangebot des Lebensort Vielfalt der Schwulenberatung Berlin³. Für die Mehrheit der LSBTIQ wird eine von ihnen gleichfalls

¹ Online unter <http://www.regenbogenpflege.de/aktuelles.html> (zuletzt geprüft am 03.11.18)

² Online unter <https://www.rosa-alter.de/> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

³ Online unter <https://www.schwulenberatungberlin.de/post.php?permalink=lebensortvielfalt#seitenanfang> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

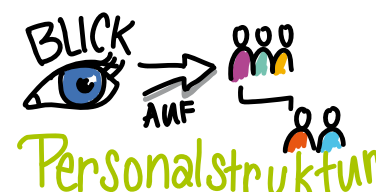
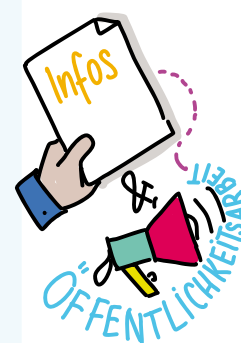
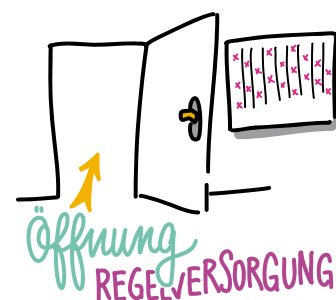
präferierte **Öffnung der Regelversorgung** von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen für die Zielgruppen angebracht sein. Schließlich ist eine Versorgung abhängig vom eingeschränkten Aktionsradius der zu Pflegenden und von den bestehenden Pflegestrukturen in der Region. Durch eine entsprechende Öffnung erhielten LSBTIQ zu Pflegende eine tatsächliche Wahlmöglichkeit gegenüber den herkömmlichen Einrichtungen. Integrative Einrichtungen zeichnen sich durch einen expliziten Diskriminierungsschutz aus und bieten die Sicherheit, respektiert und offen als LSBTIQ leben zu können, wenn das gewollt ist (Gerlach/Schupp, 2018, S. 247f., 440f.). Wie zuvor beschrieben, präferiert ein Großteil der LSBTIQ die Realisierung integrativer Einrichtungsangebote.

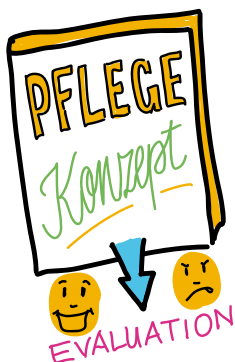
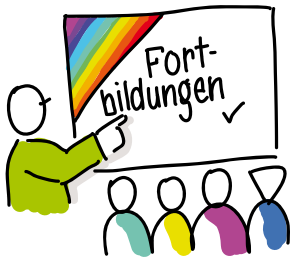
Damit im Bedarfsfall der Weg von zu pflegenden LSBTIQ zur Einrichtung gefunden wird, ist eine entsprechende und nachhaltige **Informationsweitergabe und Öffentlichkeitsarbeit** notwendig (Gerlach/Schupp, 2018, S. 247). Dies baut nicht nur notwendiges Vertrauen zu Ihrer Institution und Ihren Angeboten auf, sondern setzt vermittelnde Stellen und Angehörige bzw. Freund*innen von zu pflegenden LSBTIQ darüber in Kenntnis. Beispiele hierfür sind eine LSBTIQ-berücksichtigende Pressearbeit, das Anbringen von Regenbogenzeichen im Eingangsbereich, Tag der offenen Tür für spezifische Gruppen, spezifische Themenabende, Teilnahmen an Veranstaltungen der LSBTIQ-Communities. Sprechen Sie mit der bewussten Offenheit für eine subjektorientierten/individuellen Pflege allgemein die Bevölkerung und zusätzlich gezielt die Teilgruppen an. Sie können intern und extern durch eine prozessbegleitende Öffentlichkeitsarbeit Identifikationen schaffen, nicht nur für zu Pflegende und ihre Bezugspersonen, sondern auch für Mitarbeitende.

Eine konzeptionelle Auseinandersetzung tangiert auch die **Personalstruktur** Ihrer Einrichtung. Sobald sich Ihnen trotz knapper Personalressourcen die Möglichkeit bietet, ergreifen Sie die Gelegenheit und achten Sie auf eine vielfältige Zusammensetzung Ihrer Mitarbeitenden. Offen lebende lesbische, schwule, bisexuelle, transidente, intergeschlechtliche oder queere Pflegende können für die Pflegesituationen wichtige **positive Vorbilder** sein, dass der Respekt gegenüber der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt von allen Menschen in der Einrichtung gelebt wird (Gerlach/Schupp, 2018, S. 291, 425). Hierdurch können sie den Vertrauensaufbau in die Pflegebeziehungen und in die Institution unterstützen. Allein eine homo- oder bisexuelle oder transidente oder intergeschlechtliche oder queere Identität eines*einer Pflegenden qualifiziert die Person allerdings nicht automatisch, sich im allgemeinen Themenfeld der spezifischen Bedürfnisse von LSBTIQ zu Pflegenden auszukennen. Hier gilt es oftmals über Fortbildungen insbesondere für die Belange der anderen Teilgruppen und für die Belange der älteren Generationen der eigenen Teilgruppe zu sensibilisieren. Eine verhältnismäßige Ausgewogenheit der geschlechtlichen Identitäten ermöglicht ein adäquates Reagieren auf individuelle Bedürfnisse der zu Pflegenden bei einer Pflege durch das gleiche oder andere Geschlecht. Das bleibt für alle Beteiligten in Anbetracht des chronischen Mangels an Pflegekräften im Allgemeinen und von männlichen im Besonderen ein Dilemma.

Das Qualitätsmanagement ist eine wichtige Verbindung zwischen den verschiedenen Organisationsebenen und ihren Beteiligten, wenn es um die Umsetzung einer bedürfnisorientierten Pflege für LSBTIQ zu Pflegende geht. Beziehen Sie hierbei die verschiedenen Bereiche Ihrer Einrichtungen mit ein wie zum Beispiel das Schnittstellenmanagement zur Sozialbetreuung oder die Hauswirtschaft. Gehen Sie davon aus, dass manche Ihrer Mitarbeitenden sich aufgeschlossen, motiviert und interessiert für eine Pflege von LSBTIQ zeigen. Andere werden mit dem Thema überfordert sein, entweder aus fehlenden Kenntnissen über LSBTIQ und ihre besonderen Lebenslagen heraus, oder weil sie grundsätzlich LSBTIQ ablehnend gegenüberstehen. Ähnliches gilt für die Gruppe der Bewohner*innen und ihre Angehörigen. **Qualitätssichernde Maßnahmen** der Verständigung helfen.

Hierzu zählen beispielsweise **Fortbildungen** der Mitarbeitenden, in denen sie Kenntnisse und Wissen über LSBTIQ und ihre Bedürfnis- und Lebenslagen sowie eine inter- und transkulturelle oder eine Diversity-Kompetenz im Umgang mit der menschlichen Vielfalt erlangen. Bedenken Sie, dass eventuell





ein Fortbildungsbedarf von manchen Pflegenden nicht gesehen wird. Argumentiert wird häufig, dass sie schließlich noch nie wissentlich eine*n LSBTIQ-Menschen gepflegt haben. Das kann sein, ist aber in der Regel unwahrscheinlich. Vielmehr drückt sich hier einerseits das Nicht-Wahrnehmen von Pflegenden und andererseits das sich Nicht-Trauen, sich wahrnehmen zu lassen, der zu Pflegenden aus. LSBTIQ gehören quantitativ einer Minderheit an, trotzdem leben sie überall und werden pflegebedürftig. Ermutigen Sie die Pflegenden zur Bereitschaft, sich gegenüber LSBTIQ und ihren Lebenswelten zu öffnen.

Eine regelhafte **Anleitung der Reflexion** über Tabus, Vorurteile, Konflikte, Problem- und Fallsituationen und ethische Fragen sowie **Supervision** der Pflegenden fördert das Verstehen und den Dialog. Pflegende lernen sich selbst wahrzunehmen und als Person mit individueller Sichtweise bzw. Gefühlslage wahrgenommen zu werden. Das dient nicht nur der Teambildung, sondern kann zur Befähigung eines lösungsorientierten und fallverstehenden Handelns der Pflegenden beitragen (Gerlach/Schupp, 2018, S. 296f., 506f.). Mit Hilfe des beiliegenden Schulungskonzepts fällt es leicht, entsprechende Fortbildungen auf den Weg zu bringen. In Anbetracht einer bestimmten Fluktuation von Pflegenden und zur Vertiefung von Wissen, Wahrnehmen und Verstehen der LSBTIQ und ihrer Lebenswelten sind regelmäßige Fortbildungen zum Themenfeld angeraten.

Die Verankerung einer respektvollen Haltung gegenüber LSBTIQ und ihren Lebenswelten und ein ausdrücklicher **Diskriminierungsschutz** für sie im **Leitbild** der Einrichtung haben eine mehrfache wichtige Wirkung. Dabei ist eine explizite Benennung der jeweiligen Gruppen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren Menschen für die Innen- und Außenwirkung sehr wichtig. Zum einen kann dies den zu Pflegenden und ihrem Bezugsumfeld bereits bei der Auswahl einer Einrichtung eine wichtige Orientierung geben, zu wissen „die meinen es ernst!“. Das ist ein wichtiges Vorschussvertrauen, insbesondere für diejenigen, denen es schwerfällt sich gegenüber anderen Menschen zu outen. Sie wollen die Gewissheit, dass sie im Zweifelsfall geschützt sind. Woher sonst sollen sie das erfahren, wenn sie aufgrund ihrer bisherigen Lebenserfahrungen und Erwartungen nicht unbedingt davon ausgehen können. Zum anderen orientieren sich die Struktur und die Prozesse der Organisation und der Pflege an den festgelegten Werten und Sicherheiten im Leitbild. Hierauf können sich zu Pflegende, ihre Bezugspersonen und die Mitarbeitenden der Einrichtung beziehen. Neben einem allgemeingültigen Beschwerdemanagement haben beispielsweise manche integrative Pflegeeinrichtungen sogenannte externe Toleranzbeauftragte ernannt. Sie stehen als weitere Vertrauenspersonen den zu Pflegenden, ihren Bezugspersonen oder den Mitarbeitenden zur Klärung von Beschwerden oder Konflikten zur Verfügung. Ein aktiv gelebtes **Antidiskriminierungsmanagement** kommt allen Menschen inklusive den Mitarbeitenden zu Gute, wie zum Beispiel beim Mobbing am Arbeitsplatz (Gerlach/Schupp, 2018, S. 303, 437f.).

„Wir hatten hier mal so eine Sache, dass eine Transsexuelle die hier arbeitet, dass die diskriminiert wurde. Und [...], da wurde der, der da was gesagt hatte, aber scharf rangenommen vom Haus, und gesagt, beim nächsten Mal findest du hier den Ausgang. Das dulden wir hier nicht.“

Zitat eines schwulen Bewohners, der sich in der Einrichtung durch das beobachtete Antidiskriminierungsmanagement der Leitung sicher fühlt (Gerlach/Schupp, 2017, S. 669).

Im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen gilt es das Pflegekonzept zu evaluieren und den geplanten und praktizierten **Pflegeprozess** der Pflegenden in den Fokus zu nehmen, inwieweit LSBTIQ und ihre unterschiedlichen Bedürfnisse integriert sind. Sozusagen, damit das, was formal als Offenheits- und Respektsbekenntnis in den Einrichtungsstatuten versprochen wird, auch von den zu Pflegenden durch das pflegerische Handeln der Pflegenden tatsächlich erfahren wird. Hierzu pflegerrelevante biografieorientierte Gespräche und die individuelle Pflegeplanung beziehen die jeweilige Lebenswelt der LSBTIQ und ihre Bedürfnisse mit ein. Individuelle Pflegemaßnahmen für LSBTIQ können beispielsweise die Vermittlung oder Begleitung zu spezifischen Freizeitangeboten sein (Gerlach/Schupp, 2018, S. 423f.). Wenn Pflegende die unterschiedlichen Biografien der zu pflegenden LSBTIQ und deren unterschiedlichen Umgangs-

weisen mit ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität nicht mitdenken oder gar ignorieren, werden die spezifischen Bedürfnisse nicht erkannt und nicht berücksichtigt. Schlimmstenfalls kommt es sogar dazu, dass Pflegenden teils wissentlich oder teils unwissentlich dadurch die persönliche psychische und soziale Integrität der LSBTIQ zu Pflegenden verletzen. Nicht alle zu Pflegenden trauen sich dann, sich gegenüber den Pflegenden in ihrer Abhängigkeitssituation zu wehren (Gerlach/Schupp, 2018, S. 429f.). Verdeckte oder offengelegte Vorurteile, Ablehnungen, Scham, Unbehagen, andere Wert- und Normvorstellungen, Überforderung, Machtempfinden oder Ekel können für solche diskriminierenden Verhalten und Handlungen von Pflegenden der Beweggrund sein.

Inzwischen gibt es deutschlandweit zwei qualitätssichernde **Zertifizierungen**, die auf eine nachhaltige Umsetzung einer konzeptionellen Öffnung für die Pflege von LSBTIQ ausgerichtet sind. Ein solcher Zertifizierungsprozess bedeutet, dass die hier beschriebenen Handlungsstrategien und weitere im interaktiven Dialog einer Organisationsentwicklung für die Einrichtung reflektiert begleitet werden. Ein Qualitätssiegel bietet zum einen die Initiative einer Regenbogenpflege des Frankfurter Verbands⁴ und zum anderen ein Projekt des Lebensort Vielfalt der Schwulenberatung Berlin⁵ an.

Gestalten Sie die **Atmosphäre einer Willkommenskultur** für die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aller Menschen in Ihrer Einrichtung. Hierbei sollten alle Beteiligten nicht nur an diejenigen denken, die den Weg zum Pflegeangebot Ihrer Einrichtung finden sollen. Nehmen Sie bei der Gestaltung der institutionellen Atmosphäre vielmehr die aktuell Nutzenden in den Blick, denn es handelt sich schließlich um deren Lebensort. Die Atmosphäre entsteht im räumlichen, gegenständlichen, organisatorischen und personellen Wechselspiel. Zuvor genannte Handlungsstrategien der Leitung sowie die Handlungsweisen von Mitarbeitenden der jeweiligen Einrichtung prägen eine Atmosphäre, die entweder förderlich oder hemmend leiblich erfahrbar auf die Bedürfnisäußerungen von LSBTIQ zu Pflegenden einwirken (Gerlach/Schupp, 2018, S. 303, 371f., 406). Ein Beitrag zur Atmosphäregestaltung ist auch eine gezielte **Verständigung** zwischen den zu pflegenden Menschen innerhalb der Einrichtung und zu Hause. Bauen Sie Brücken zwischen den teilweise sehr unterschiedlichen Lebenswelten. Seien Sie kreativ, interaktiv und bleiben Sie dabei klar in Ihrer Haltung. Denn auch Sie sind ein wichtiges Vorbild für viele Menschen Ihres Betriebes.

Die Studie zu Homosexualitäten in der Langzeitpflege von Gerlach und Schupp (2018) zeigt im **Zusammenhang einer gelebten Offenheit** von Pflegeeinrichtungen gegenüber homosexuellen zu Pflegenden folgendes auf⁶: Sind die zuvor genannten Handlungsstrategien innerhalb einer Pflegeeinrichtung verschränkt mit dem pflegerischen Handeln der Pflegenden jeweils von einer emotionalen, sozialen und konzeptionellen anerkennenden Haltung gegenüber homosexueller Lebenswelten getragen, hat das konkrete Konsequenzen für die zu Pflegenden. Hierdurch werden für sie ein **Sicherheitsgefühl**, eine **soziale Integration** und eine **Förderung ihres Identitätserhalts** sowie ihr gesamtes **Wohlbefinden** geschaffen oder aufrechterhalten (Gerlach/Schupp, 2018, S. 437ff., 445ff.). Fehlen umgekehrt solche Handlungsstrategien, wenn also homosexuelle zu Pflegenden nicht als solche wahrgenommen, ignoriert oder diskriminiert werden, entsteht Unsicherheit. Sie zweifeln, ob ihre Würde und Unversehrtheit in der Einrichtung geschützt ist oder bleibt. Ebenso ist dann ihre persönliche und soziale Integrität beschädigt. Es erhöht sich das Risiko von Einsamkeit und sozialer Isolation (Gerlach/Schupp, 2018, S. 442, 450ff.). Gleiche Wirkungsweisen sind für die Anerkennung von Bisexuellen, Transidenten, intergeschlechtlichen und queeren zu Pflegenden abzuleiten und lassen sich in den Grundsätzen, nicht allerdings im spezifischen Detail auf ihre Pflege übertragen.



⁴ Online unter <http://www.initiative-regenbogenpflege.de/qualitaetssiegel.html> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

⁵ Online unter <https://www.schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

⁶ Wobei die Ergebnisse auf Grundlage der Perspektiven von Wahrnehmungen und Erfahrungen der interviewten zu Pflegenden und der Pflegefachkräfte zu verstehen sind. Die Einrichtungen selbst waren nicht Untersuchungsgegenstand.



Literaturverzeichnis

Verwendete Literatur

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) (2018): **Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung** (AWMF-Registernr. 138/001). Hs. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Online unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_20181005_01.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität dgti e. V. (Hg.) (2017): **Reformation für alle***. Mainz. Online unter <https://www.dgti.org/download-archiv/send/2-public/27-reformation-fuer-alle-transidentitaet-transsexualitaet-und-kirche.html> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Eder, Franz X. (2014): **Homo- und andere gleichgeschlechtliche Sexualitäten in Geschichte und Gegenwart**. In: Mildenerberger, Florian; Evans, Jennifer; Lautmann, Rüdiger; Pastötter, Jakob (Hg.): Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven. 1. Aufl. Hamburg: Männerschwarm Verlag, S. 17–39.

Fuchs, Wiebke; Ghattas, Dan Christian; Reinert, Deborah; Widmann, Charlotte (2012): **Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in NRW**. Hg. v. Lesben- und Schwulenverband Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. Köln. Online unter https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2016): **Lebenslagen, Partizipation und gesundheitlich-/pflegerische Versorgung älterer Lesben und Schwule in Deutschland**. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. In: Jenny Block, Christine Hagen und Frank Berner (Hg.): Expertisen zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Berlin.

Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2017): **Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege**. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. der Universität Bremen. Vorgelegt am 12.06.2017. Online unter <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00106258-1.pdf> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2018): **Homosexualitäten in der Langzeitpflege. Eine Theorie der Anerkennung**. Peter Lang Verlag, Berlin.

Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2018a): **Bewusstseinskontexte und Identitätskonstruktionen homosexueller Frauen und Männer im Setting der Altenpflege**. In: Pflege & Gesellschaft Zeitschrift für Pflegewissenschaft. 23.Jg. H3. Beltz Juventa Verlag. Weinheim.

Gerlach, Heiko; Szillat, Christian (2017): **Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg**. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

van Keuk, Eva; Joksimovic, Ljiljana; Ghaderi, Cinur (2011): **Diversity im klinischen und sozialen Alltag: Kompetenter Umgang mit kultureller Vielfalt**. In: Eva van Keuk, Cinur Ghaderi, Ljiljana Joksimovic und Dagmar M. David (Hg.): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 83–103.

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz (2015): **Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen. Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transsexuellen, Transgender und Intersexuellen in Rheinland-Pfalz**. Auswertungsbericht zur Online-Befragung von Juni bis Oktober 2013. Mainz. Online unter <https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Vielfalt/Langfassung.pdf> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Meyer, Ilan H. (2003): **Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence** (129). In: Psycho Bull (5), S.674–697. Online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Plötz, Kirsten (2006): **Lesbische ALTERNativen. Alltagsleben, Erwartungen, Wünsche**. Königstein/Taunus: Helmer.

Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. (2009): **Lebendige Vielfalt – Schwule und Lesben in Bremen. zur aktuellen Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Land Bremen** (2008). Ergebnisse der Fragebogenaktion Lebendige Vielfalt, 2009. Online unter <http://www.ratundtat-bremen.de/PDF-Archiv/Downloads-Beratung/Fragebogenaktion-Lebendige-Vielfalt-2008.pdf> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Rauchfleisch, Udo (2016): **Transsexualität–Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie**. 5. Aufl. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

Schmauch, Ulrike; Braukmann, Stefanie; Göttert, Margit; Habert, Ulrike; Schüller, Elke; Knijff, Corry (2007): **Lesbische Frauen im Alter. ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben**. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung und Empfehlungen für die Praxis. Online unter <http://libs.w4w.net/wp-content/uploads/2009/02/lesbischefrauen-imalter.pdf> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Schröder, Ute B.; Schondelmayer, Anne-Christin; Scheffler, Dirk (2012): **Ergebnisbericht–Gesamtevaluation zur Initiative „Berlin tritt ein für Selbstbestimmung und Akzeptanz sexueller Vielfalt“**.

Hg. v. Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen Berlin und Landesstelle für Gleichbehandlung– gegen Diskriminierung. Berlin (Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation, 28). Online unter https://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/2012/newsletter-55/ergebnisbericht_gesamtevaluation.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Visser, Marijke; Jong, Anneke de (2002): **Kultursensitiv pflegen. Wege zu einer interkulturellen Pflegepraxis**. 1. Aufl. München, Jena: Urban und Fischer.

Winker, Gabriele; Degele, Nina (2009): **Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten**. Bielefeld: Transcript (Sozialtheorie).

Wunder, Michael (2012): **Intersexualität: Leben zwischen den Geschlechtern**. Hs. v. Bundeszentrale für politische Bildung. 08.05.2012. Online unter <http://www.bpb.de/apuz/135442/intersexualitaet-leben-zwischen-den-geschlechtern?p=all> (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Zanier, Gabriella (2015): **Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze der Pflege-kultursensible (Alten-)Pflege und interkulturelle Öffnung**. In: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) / Bundeszentrale für politische Bildung (BpB) (Hg.): **Migration und Pflege. Kurzdossier**, S. 6–13.

Zeit-Online (2017): **Kabinett beschließt Rehabilitierung verurteilter Homosexueller**. 22.03.2017. Online unter <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2017-03/bundesregierung-homosexuelle-rehabilitierung-entscheidung-heiko-maas> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

Weiterführende Literatur

Alter und Pflege (Lesben und Schwule)

Bücher:

Bochow, Michael (2005): **Ich bin doch schwul und will das immer bleiben**. Schwule im dritten Lebensalter. Hamburg: Männerschwarmskript (Edition Waldschlösschen).

Bosshard, Barbara (2012): **Verborgene Liebe. Die Geschichte von Röbi und Ernst**. Gockhausen, Wörthersee Verlag.

Krell, Claudia (2014): **Alter und Altern bei Homosexuellen**. 1. Aufl., neue Ausg. Weinheim, Bergstr: Beltz Juventa.

Lottmann, Ralf; Lautmann, Rüdiger; Maria do Mar, Castro Varela (Hg.) (2016): **Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis**. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

Rufli, Corinne (2015): **Seit dieser Nacht war ich wie verzaubert. Frauenliebende Frauen über siebzig**

erzählen. 3. Aufl. Baden, Hier und Jetzt Verlag für Kultur und Geschichte.

Traunsteiner, Bärbel S. (2016): **Diversität im Alter: Intersektionale Perspektive auf Alter und sexuelle Orientierung**. In: Die Gesellschaft des langen Lebens. S. 263–275.

Traunsteiner, Bärbel S. (2018): **Gleichgeschlechtlich liebende Frauen im Alter. Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen**. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.

Alter und Pflege (LSBTIQ)

Broschüren:

Gerlach, Heiko; Bachmann, Ulrich (2017): **Anders altern. Lesbische Seniorinnen und schwule Senioren. Informationen für Träger, Leitungskräfte und Beschäftigte der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen**. 2. Auflage. Hg. v. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Wiesbaden. Online unter https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/20170704_broschuere_anders_altern_barrierefrei.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.) (2018): **Leitfaden Pflege unterm Regenbogen. Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege**. Schriftenreihe Nr. 309. Mainz. Online unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/LZG_Pflege_unterm_Regenbogen_LSBTI_2018_web.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.18).

Schupp, Markus (voraussichtlich 2019): **BISS-Index-gute Pflege. Diversity-Merkmale einer „guten“ Pflege für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV**. Hg. v. Bundesinteressensvertretung schwuler Senioren e.V. Köln.

Schuster, Christine; Edlmayr, Christa (2014): **Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender**. Wien: Institut für empirische Sozialforschung GmbH (IFES). Online unter https://www.ifes.at/sites/default/files/downloads/wohnen_pflege_und_betreuung_im_alter_bei_lgbt_ifes_gesamtbericht.pdf (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

Stummer, Gabi (2015): **Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule**. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Hg. v. RUBICON e.V. Köln.

Lebenswelten von LSBTIQ

Bücher:

Dennert, Gabriele; Leidinger, Christiane; Rauchut, Franziska (Hg.) (2007): **In Bewegung bleiben. 100 Jahre Politik, Kultur und Geschichte von Lesben**. 1. Aufl. Berlin: Querverlag.

Mildenberger, Florian; Evans, Jennifer; Lautmann, Rüdiger; Pastötter, Jakob (Hg.) (2014): **Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven**. Hamburg, Männer-schwarm Verlag.

Pretzel, Andreas; Weiß, Volker (Hg.) (2010): **Ohnmacht und Aufbegehren. Homosexuelle Männer in der frühen Bundesrepublik**. Edition Waldschlösschen. Hamburg, Männerschwarm Verlag.

Reichert, Martin (2018): **Die Kapsel. AIDS in der Bundesrepublik**. Berlin, Suhrkamp Verlag.

Rosenkranz, Bernhard; Bollmann, Ulf; Lorenz, Gottfried (2009): **Homosexuellenverfolgung in Hamburg 1919–1969**. Hamburg, Lambda Edition Verlag.

Tillmanns, Manuela (2015): **Intergeschlechtlichkeit. Impulse für die Beratung**. Gießen, Psychosozial-Verlag.

Broschüre:

Schule der Vielfalt und SCHLAU NRW (Hg.) (2016): **Wie Sie die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt an Ihrer Schule unterstützen können. Checkliste und Handlungsempfehlungen für Schulen zum Thema LSBTIQ**. Online unter <http://www.schule-der-vielfalt.de/checkliste.pdf> (zuletzt geprüft am 03.11.2018)

Dokumentationen

LSBTIQ*: Vielfalt als Stärke – Vielfalt als Herausforderung! Dokumentation der Fachtagung im Tagungswerk Jerusalemkirche, Berlin am 12. September 2017

Anders sein und älter werden Lesben und Schwule im Alter. – Dokumentation der Fachtagung vom 22./23. November 2002. Berlin. Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport.

Weitere Informationen, Gruppen und Vereine zum Thema:

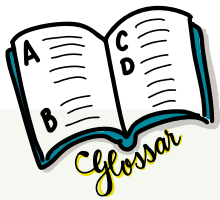
<http://lesbenundalter.de/>
<http://schwuleundalter.de/>
<http://www.immerdabei.net>
<http://www.initiative-regenbogenpflege.de/>
<http://www.rosa-alter.de/lesbensalon.html>
<https://www.schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt>
<http://rut-berlin.de/besuchsdienst-zeit-fuer-dich.html>
<https://www.muenchenstift.de/de/projekte/lgbt/70>
<http://www.aktive-rentner.de/homosexualitaet-im-alter-wenn-lesben-und-schwule-pflege-brauchen.html>
<http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-11/homosexuelle-alter-schwul-lesbische-wohnprojekte/seite-2>
<http://www.br.de/radio/bayern2/sendungen/radio-wissen/ethik-und-philosophie/homosexualitaet-unter-richt-100.html>
https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/Alter-und-Behinderung/oeffnung_altenpflege_lgbt/VielfALT.html
 Lesbisches Leben ab 60: <http://www.springer.com/de/book/9783658200442>

Gruppen, Vereine und Ansprechpersonen in Hannover:

<https://docplayer.org/54535564-Wegweiser-fuer-lsbtqi.html>

„Wegweiser für LSBTIQ Hannover“





asexuell

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die keine sexuelle Anziehung zu einem anderen Menschen empfinden, manchmal auch überhaupt keine sexuellen Bedürfnisse empfinden.

bisexuell

Meint eine Selbstdefinition für Menschen, die sich sexuell und/oder partnerschaftlich sowohl zu Frauen, als auch zu Männern hingezogen fühlen.

Cisfrau/Cismann

Meint den Gegenbegriff zu Transfrau/Transmann, also Menschen, die sich mit dem nach der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Der Begriff ist auch ein politischer Begriff mit dem Ziel transidente Menschen nicht stets als Abweichung von einer Norm zu definieren.

Coming-Out

Meint den Prozess der Bewusstwerdung und dem Sichtbarwerden in Bezug auf die eigene sexuelle Identität und/oder Geschlechtsidentität.

FzM (FtM)

(Frau-zu-Mann) Meint einen Mann, der mit biologisch weiblichen Merkmalen geboren wurde, sich aber mit dem männlichen Geschlecht identifiziert. Wird häufig während oder nach der Transition verwendet.

Geschlechtsidentität

Meint die Definition mit welchem Geschlecht sich ein Mensch selber identifiziert. Dies ist unabhängig von dem nach der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

Heteronormativität

Meint ein soziales Bewertungssystem, welches sowohl binäre Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität als Norm definiert, und damit jegliche Abweichungen davon als nicht zur Norm gehörend definiert

heterosexuell

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die sich sexuell und/oder partnerschaftlich von Menschen des Gegengeschlechts angezogen fühlen.

Homophobie

Angst und Ablehnung von gleichgeschlechtlichem Lieben und Leben, was häufig zu Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt führen kann. Beruht meist auf einem Weltbild, welches jegliche Andersartigkeit neben Heterosexualität und dem binären Zwei-Geschlechter-Modell ablehnt.

homosexuell

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die sich sexuell und/oder partnerschaftlich von Menschen des gleichen Geschlechts angezogen fühlen.

intergeschlechtlich/intersexuell

Meint eine Selbstdefinition oder medizinische Definition von Menschen, die bei der Geburt mit medizinisch uneindeutigen Geschlechtsmerkmalen geboren werden,

die den normierten geschlechtlichen Standards von Weiblichkeit und Männlichkeit nicht entsprechen.

lesbisch

Meint eine Selbstdefinition für Frauen, die sich sexuell und/oder partnerschaftlich vorrangig von zu Frauen hingezogen fühlen.

MzF (MtF)

(Mann-zu-Frau) Meint eine Frau, die mit biologisch männlichen Merkmalen geboren wurde, sich aber mit dem weiblichen Geschlecht identifiziert. Wird häufig während oder nach der Transition verwendet.

pansexuell

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die sich unabhängig von der Kategorie Geschlecht sexuell und/oder partnerschaftlich von anderen Menschen angezogen fühlen. In Abgrenzung zur Bisexualität spielt die Zwei-Geschlechter-Zuordnung keine Rolle.

queer

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die sich jenseits von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität identifizieren.

schwul

Meint eine Selbstdefinition für Männer, die sich sexuell und/oder partnerschaftlich vorrangig zu Männern hingezogen fühlen.

sexuelle Identität

Früher auch häufig als sexuelle Orientierung bezeichnet. Meint die Definition zu welchem Geschlecht sich ein Mensch sexuell und/oder partnerschaftlich hingezogen fühlt.

Transfrau/Transmann

Meint Selbstdefinitionen von Menschen, die sich mit dem Gegengeschlecht, des ihnen nach der Geburt zugewiesenen Geschlechtes identifizieren.

transgender

Wird unterschiedlich als Selbstdefinitionen verwendet. Sowohl als synonym für transident, aber auch für Menschen, die sich jenseits einer binären Zwei-Geschlechter-Zuordnung definieren.

transident

Meint eine Selbstdefinition von Menschen, die sich mit dem Gegengeschlecht, des ihnen nach der Geburt zugewiesenen Geschlechtes identifizieren.

Transition

Meint den Prozess des Überganges, in dem transidente Menschen sich körperlich, juristisch oder im sozialen Auftreten vom nachgeburtlich zugewiesenen Geschlecht zum identifizierten hinbewegen.

transsexuell

Meint die Selbstdefinition oder medizinische Definition, die synonym für transident steht.

Schulungskonzept FOBIMO



FOBIMO - Fortbildungsmodule zur Sensibilisierung von Mitarbeitenden in Medizin, Pflege und Betreuung für die Bedürfnisse und Bedarfe älterer LSBTIQ

Das Konzept FOBIMO - Fortbildungsmodule zur Sensibilisierung von Mitarbeitenden in Medizin, Pflege und Betreuung für die Bedürfnisse und Bedarfe älterer LSBTIQ - ist Teil einer Kampagne des Landes Niedersachsen für geschlechtliche und sexuelle Vielfalt, die in 2014 startete. Die für die Jahre 2017 und 2018 den Kommunen zur Verfügung gestellten Fördermittel sollen der Initiierung von Projekten dienen, die geschlechtliche und sexuelle Vielfalt sichtbar machen und dafür stehen, dass Vielfalt in allen Lebensbereichen selbstverständlich akzeptiert wird. Diese Projekte sollen den Abbau von Homophobie, Diskriminierung und Vorurteilen fördern und die Akzeptanz und Wertschätzung steigern.

Das Projekt FOBIMO Hannover ist in dem Handlungsfeld Gesundheit und Pflege verortet. Mitarbeitende in Gesundheit, Pflege und Betreuung sollen in diesem Projekt geschult und für die Bedürfnisse und Bedarfe älterer LSBTIQ sensibilisiert werden. Ziel ist, dass ältere LSBTIQ ambulant zu Hause oder stationär in Altenpflege-Einrichtungen besser wahrgenommen und versorgt werden können.

Der Arbeitskreis „Ältere LSBT in Hannover“ unterstützt die Erstellung des Konzeptes, insbesondere durch die Mitarbeit von

Robert Dabrowski, Wohnpark Kastanienhof
Thomas Seifert, Beratungsstelle Osterstraße
Silke Wendland, pro familia Landesverband Niedersachsen e.V.
Swenja Wittkopf, mebino Berufsfachschule Altenpflege gGmbH

Allgemeines Ziel der Fortbildungsmodule

Das allgemeine Ziel der Fortbildung besteht darin, zu verdeutlichen, was die spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe älterer LSBTIQ ausmacht. Diese Personengruppe zeichnet es aus, dass sie unterschiedlichen Formen von Diskriminierung ausgesetzt waren bzw. immer noch sind, was als sog. Intersektionalität bezeichnet wird. Darauf gilt es einzugehen, um dafür zu sorgen, dass älteren LSBTIQ nicht erneut Unrecht geschieht und sie gut versorgt zu Hause oder in der Altenpflegeeinrichtung leben können.

Zielgruppe

FOBIMO wendet sich an Leitungspersonen ambulanter und stationärer Dienstleister sowie an Mitarbeitende in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft.

FOBIMO vergriffen?

Sollte das Exemplar des Schulungskonzepts in dieser Broschüre fehlen, oder Sie benötigen weitere Exemplare, können Sie diese gern anfordern bei:

Lydia Köhler
Landeshauptstadt Hannover
Fachbereich Senioren
Osterstr. 31, 30159 Hannover
Telefon: 0511 / 168 41576
E-Mail: 57.23@Hannover-Stadt.de

LANDESHAUPTSTADT HANNOVER

FACHBEREICH SENIOREN

Osterstraße 31

30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Lydia Köhler

Telefon: 05 11 / 168-41 576

Email: 57.23@hannover-stadt.de

FACHBEREICH PERSONAL UND ORGANISATION

Beauftragte für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt der Landeshauptstadt Hannover

Brüderstraße 5, 3. Stock

30159 Hannover

Ansprechpartnerin: Juliane Steeger

Telefon: 05 11 / 168-41 915

Email: 18.LS@Hannover-Stadt.de



Gefördert aus Mitteln des Niedersächsischen Ministeriums
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Autor*in:

Dr. Heiko Gerlach

Email: info@heiko-gerlach.de

Redaktion und Autor*innen des Schulungskonzepts FOBIMO:

Arbeitskreis „Ältere LSBT in Hannover“, vornehmlich: Ulf Gronau, Martina Herr, Robert Dabrowski,
Eva Mann, Thomas Seifert, Juliane Steeger, Silke Wendland, Swenja Wittkopf

Gestaltung:

Birgit Sobiech, schlichtundbündig–Grafikdesign

Illustrationen:

Tanja Wehr, Sketchnotelovers

Druck:

Steppat Druck GmbH, Laatzen

Stand:

Juli 2019