

»Ich bin binary Trans, also möchte ich als Frau (Geschlecht aus dem Personalausweis) angesprochen und behandelt werden. Komische Bemerkungen, Gelächter, Äußerungen und »Hinterm Rücken Reden« sind unerträglich.«

Michaela, 52 Jahre, trans* Frau

Queere Perspektiven in der Pflege und im Alter

Einblicke in LSBTIQ*-Lebenswelten

INHALT

- 1 EINLEITUNG
- 2 SCHREIBWEISEN
- 2 BEGRIFFLICHKEITEN
- 2 Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt
- 4 VIELFÄLTIGE QUEERE HINTERGRÜNDE
- 4 Sexuelle Vielfalt - Die Perspektive von Lesben, Schwulen und Bisexuellen
- 7 Ältere und alte lesbische Frauen*
- 8 Auswirkungen der »Aids-Krise« auf schwule Männer im Alter
- 10 Diversity-Kompetenz - Diversitätssensible Pflege

- 11 Geschlechtliche Vielfalt - Die Perspektive von Trans* und Inter*
- 11 Trans*sensible Pflege: Umgang mit trans* Personen in der Pflege
- 13 Die Lebenssituation von trans* Personen
- 20 Alte Intergeschlechtliche Menschen
- 24 CHECKLISTE: QUEERSENSIBILITÄT IN DER PFLEGE
- 26 ERLÄUTERUNGEN
- 27 WEGWEISER
- 27 Bremen und Umland
- 28 Bundesweit
- 29 ERGÄNZENDE LITERATUR UND DOKUMENTATIONEN
- 30 IMPRESSUM

»Die Leitung und das Pflegeteam müssen mich respektvoll und im besten Fall diskriminierungsfrei versorgen. Wissen über die Lebenssituation von LSBTIQ* und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind hierzu sehr wichtige Voraussetzungen. Auch wäre es hilfreich, über das Hilfesystem als LSBTIQ* in der Stadt Kenntnisse zu haben.«

Bernd, 64 Jahre, schwul

EINLEITUNG

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Bremen¹ leben im Land Bremen insgesamt 144.110 Menschen, die 65 Jahre oder älter sind. Die Zahl der pflegebedürftigen Bremer_innen (generationenübergreifend) liegt bei 28.998 Menschen. Folgt man der gängigen Schätzung, dass etwa 5 bis 10 Prozent der Gesamtbevölkerung queer sind, dann leben sehr wahrscheinlich zwischen 7.200 und 14.400 LSBTIQ*-Senior*innen im Alter von über 65 Jahren im Land Bremen. Und (laut dieser Schätzung) gäbe es zwischen 1.450 und 2.900 LSBTIQ* mit Pflegebedarf.

Die heute alten lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und intergeschlechtlichen Menschen mit ihrer jeweiligen individuellen Biographie sind auch Teil von außergewöhnlichen und beeindruckenden gesellschaftlichen Entwicklungen gewesen und sind es immer noch. Viele von ihnen haben vielfältige Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen in ihrem Leben gemacht. Der Kampf um Akzeptanz, Sichtbarkeit, Ent-Stigmatisierung, Ent-Pathologisierung, Ent-Kriminalisierung und das Erkämpfen von Rechten durchzieht jedes einzelne Leben – auf ganz unterschiedliche Weise.

Die Angst vor erneuten Diskriminierungserfahrungen bleibt. Die berechtigte Sorge im Alter und / oder in der Pflege wieder unsichtbar mit der eigenen sexuellen und / oder geschlechtlichen Identitäten zu sein, beschäftigt viele queere Menschen. Gerade in der letzten Phase des Lebens ist dieses womöglich letzte wichtige Outing ein häufig schwer erreichbarer Schritt.

Mit zunehmender Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen reduzieren sich ihre Möglichkeiten, selbstbestimmt und im Einklang mit ihrer sexuellen oder ihr(en) geschlechtlichen Identität(en) leben zu können. Sie treffen im Bedarfsfall auf ein Versorgungssystem, dem ihre Bedürfnisse und Lebensweise weitgehend unbekannt sind.

Durch die gesellschaftliche Entwicklung hin zu mehr Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt zeigen sich auch mehr Menschen mit Unterstützungsbedarf mit ihren queeren Identität(en) selbstbewusst und selbstbestimmt und wollen ihre Wünsche in den Wohn- und / oder pflegerischen Kontext einbringen und berücksichtigt wissen. Insbesondere in Großstädten wie München und Berlin entstehen

erste Wohnprojekte für queere Senior*innen. Ermöglicht werden soll ein Leben im Alter ohne Diskriminierung.

Auch das »Bremer Curriculum für die Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann«³ berücksichtigt im Lernfeld 20 die pflegerischen Bedarfe von Menschen ab dem jungen Erwachsenenalter bis zum höheren Lebensalter und mit unterschiedlicher sexueller und geschlechtlicher Identität.

In dieser Broschüre möchten wir die Perspektiven von LSBTIQ*-Menschen im Alter und / oder in der Pflege sichtbar werden lassen. Was haben diese Menschen erlebt, was sind ihre Wünsche und was sind die Herausforderungen?

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Gastautor*innen Ilka Christin Weiß, Doro*thea Giesche-von Rügen und Arno Oevermann für ihre Textbeiträge. Ein großer Dank auch an die mitwirkenden Menschen für die Einblicke in ihre Erfahrungen im Kontext Pflege.

Annette Mattfeldt und Caro Schulze
Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e. V.

¹ Bremen in Zahlen, 2019, Statistisches Landesamt Bremen
² Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queer

³ (Entwurf), Lehrplan gemäß § 1 Brem. Pflegeberufausführungsgesetz, V.m. § 6 Abs. 2 Pflegeberufgesetz auf der Grundlage des PfgBG und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV), (abgerufen am 9.7.2020)

SCHREIBWEISEN

In dieser Broschüre werden folgende gendersensiblen Schreibweisen verwendet:

Gender-Gap »_« Stammform (in der Regel männlich)
+ Unterstrich + Endung (in der Regel weiblich)

Gender-Star »*« (Stern* statt Gap_)

(Gender Star) nach Frau*, Mann Das Sternchen nach einer Kategorie, wie z. B. Frau* soll auf die Konstruiertheit der Kategorie hinweisen – gemeint sind dann alle, die sich hinsichtlich ihrer Geschlechtsidentität als Frau begreifen und auch von anderen als solche wahrgenommen werden möchten – völlig unabhängig von dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht.

BEGRIFFLICHKEITEN

SEXUELLE UND GESCHLECHTLICHE VIELFALT

LSBTIQ* lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche sowie queere Menschen. Kürzel für Menschen verschiedener sexueller und geschlechtlicher Identitäten, mit spezifischen Lebens- und Diskriminierungserfahrungen und vielfältigen Bedarfen.

Heteronormativität Annahme, dass es nur zwei Geschlechter (Mann & Frau) gibt, die sich sexuell aufeinander beziehen. Heterosexualität wird als naturgegebene gesellschaftliche Norm begriffen, während andere sexuelle Orientierungen (Homosexualität, Bisexualität etc.) als abweichende und nicht gleichwertige sexuelle Orientierung angesehen werden

Queer Als Queer bezeichnen sich Personen, die sich nicht auf einen der heteronormativen Stereotype »Mann« oder »Frau« festlegen wollen oder können und / oder ihre sexuelle Orientierung oder ihre Genderidentität als quer zur vorherrschenden Norm der Heterosexualität beschreiben. Der Begriff bezeichnet auch ein Bündel wissenschaftlicher Theorien, politischen Bewegungen und Gruppen.

Sexuelle Identität beschreibt das »Sich-hingezogen-Fühlen« auf emotionaler, sexueller und / oder persönlicher Ebene zu einem / mehreren Geschlecht(ern):

Lesbisch Romantische Anziehung und / oder sexuelles Begehren zwischen Frauen*

Schwul Romantische Anziehung und / oder sexuelles Begehren zwischen Männern*

Heterosexuell Romantische Anziehung und / oder sexuelles Begehren für Personen eines anderen Genders / Geschlechts, innerhalb der Annahme von nur zwei Geschlechtern (Mann & Frau)

Bisexuell Romantische Anziehung und / oder sexuelles Begehren richtet sich auf zwei Geschlechter (meist auf Männer und Frauen). Es muss sich dabei nicht zwangsläufig um Geschlechter innerhalb einer binären Geschlechterzuordnung handeln (Begehren richtet sich z. B. auf Frauen und genderqueere Menschen etc.).

A*sexuell (Ace) Als asexuell bezeichnen sich Menschen, die phasenweise oder immer kein Verlangen nach Sexualität mit anderen Menschen verspüren – jedoch ein breites Spektrum von romantischer Anziehung.

Pansexuell Romantische Anziehung und / oder sexuelles Begehren unabhängig vom Geschlecht oder der Geschlechtsidentität der Person(-en). Menschen sind pansexuell, wenn für sie mit jedem Menschen, der als Person zu ihnen passt, Sexualität oder eine Beziehung grundsätzlich möglich ist.

Geschlechtliche Identität beschreibt das innere Gefühl und die innere Gewissheit über das eigene Geschlecht:

Trans*identität Der Begriff wurde als Alternative zur medizinischen Diagnose »Transsexualität« geprägt, um zu verdeutlichen, dass es weder nur um Körperlichkeit geht (oder gehen muss) noch um Sexualität, sondern um das individuelle Geschlechterrollenverständnis bzw. die Identität.

Trans*(gender) Trans* ist ein (Ober-)begriff für alle Menschen, die sich nicht oder nur in Teilen mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren können. Dies schließt nicht-binäre Identitäten ein.

Non-binär Nicht binäre Menschen identifizieren sich weder als weiblich noch als männlich, andere Begriffe sind bbinär und genderqueer. Es gibt eine Vielzahl von nicht-binären Identitäten, z. B. Menschen ohne Geschlechtsidentität (ageschlechtlich oder agender), Menschen mit sich zeitlich verändernder Identität (genderfluid) oder Menschen, die sich mit den beiden Geschlechtsidentitäten Frau und Mann gleichzeitig identifizieren können (bigender).

Cisgender Cisgender wurde als Gegenstück zum Begriff von Transgender geprägt. Cisgender sind also Menschen, deren Geschlechtsidentität mit ihrem körperlichen Geschlecht übereinstimmt. Cisgeschlechtlichkeit gilt in unserer Gesellschaft als normal und wird strukturell bevorzugt. Zugleich unterliegt Cisgeschlechtlichkeit starken Normierungen, die bestimmen, wie Frauen und Männer auszusehen, zu handeln und zu fühlen haben.

Inter* Sammelbegriff für eine Vielzahl intergeschlechtlicher Identitäten. Menschen, deren Genitalien, Hormonproduktion oder Chromosomen nicht der medizinischen Norm von eindeutig »männlichen« oder »weiblichen« Körpern zugeordnet werden können. Häufig werden Inter*Personen auch als Intersexuelle bezeichnet. Doch Inter* hat nichts mit dem sexuellen Begehren einer Person zu tun, deshalb wird der Begriff »intersexuell« von vielen Intergeschlechtlichen Personen abgelehnt.

Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Definitionen sich ständig weiterentwickeln und die Selbstdefinition einer Person jederzeit Vorrang vor nicht selbstgewählten Definitionen hat.

»Wer mit mir nicht klarkommt, sollte andere betreuen. Auch die nicht-medizinischen Bereiche sollten queere Menschen selbstverständlich integrieren. Zu »Familie« gehören auch nicht-cis-het-monogame Beziehungen... Als Minderheit benötigen viele queere Menschen mehr Außenkontakte als andere. Das sollte berücksichtigt werden.«

Kai, 55 Jahre, trans* Enby

VIelfÄLTIGE QUEERE HINTERGRÜNDE

SEXUELLE VIelfALT - DIE PERSPEKTIVE VON LESBEN, SCHWULEN UND BISEXUELLEN

Ob in der Forschung, in der Medizin, in der Gesetzgebung oder im gesellschaftlichen Alltag: in Deutschland gibt es eine lange Geschichte der Repression, Diskriminierung und Pathologisierung von LSBTIQ*. Abweichungen von einer heteronormativen Weltsicht und vom vorherrschenden binären Geschlechtersystem führ(t)en über Jahrzehnte hinweg zu mehr oder weniger starker Ablehnung gleichgeschlechtlich empfindender, transidenter und intergeschlechtlicher Menschen. Diese Erfahrungen sind für viele ältere und alte Menschen über lange Strecken ihres Lebens prägend und führ(t)en zu einer besonderen Verwundbarkeit, die teilweise bis in die Gegenwart wirkt.

Erst in den letzten 25 Jahren kommt es schrittweise zu spürbaren rechtlichen Verbesserungen für LSBTIQ* und zu Sensibilisierungsprozessen für ihre Lebenssituation und Bedarfe. Dennoch sind längst nicht alle Benachteiligungen beseitigt. Wie sehr sich die Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Deutschland seit der Zeit des Nationalsozialismus bis heute verändert hat, soll hier kurz dargestellt werden. Detaillierte Angaben zur Lebenssituation von Trans* und Inter* folgen in den Beiträgen auf den Seiten 11 bis 23.

1872 wird der § 175 vom preußischen Strafrecht ins Reichsstrafgesetzbuch übernommen. Sexuelle Handlungen zwischen Männern werden mit Gefängnisstrafen geahndet. Im Nationalsozialismus wird der § 175 radikal verschärft und das Strafmaß ausgedehnt. Strafbar sind nun nicht nur homosexuelle Handlungen, sondern bereits erotische Blicke. Es folgt eine systematische Verfolgungswelle schwuler / bisexueller Männer, mit langen Haftzeiten im Gefängnis oder Zuchthaus, Zwangsarbeit, Zwangskastration bis hin zur Verschleppung und Ermordung im Konzentrationslager. Homosexuelle Handlungen von Frauen fallen im Nationalsozialismus nicht unter § 175 RStGB.⁴ Lesbische und bisexuelle Frauen sind als »Asoziale« von Umerziehungsmaßnahmen oder Zwangseinweisungen in die Psychiatrie bedroht. Es werden auch Frauen in Konzentrationslager verschleppt, es sind jedoch nur wenige Fälle nachweisbar. Inhaftierte lesbische Frauen bleiben oft unsichtbar, weil sie in anderen Zusammenhängen kriminalisiert werden.⁵

Die Infrastruktur für Lesben, Schwule und Bisexuelle wird im Nationalsozialismus völlig zerstört, Unauffälligkeit wird zur Lebensstrategie. Viele Lesben und Schwule gehen Scheinehen ein, um sich vor Verfolgung zu schützen. Mit Ende des zweiten Weltkriegs sind sie weitgehend aus dem öffentlichen Leben verschwunden.

⁴ Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Fachbereich Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, in Kooperation mit dem Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. Bremen (2008): Vielfalt im Alter. Ältere Lesben, Schwule und Bisexuelle in der Altenpflege. Leitfaden für eine Fortbildung zum Thema Vielfalt im Alter, S. 10

Die im Nationalsozialismus verschärfte Fassung von § 175 wird ins Strafgesetzbuch der Bundesrepublik übernommen und bleibt bis 1969 unverändert. Schwule / bisexuelle Männer werden weiterhin in großer Zahl kriminalisiert. Zum Teil werden sie von denselben Richtern verurteilt, die zu NS-Zeiten die Anklage vertreten haben. Diejenigen, die während des Nationalsozialismus nach § 175 verurteilt wurden, bleiben vorbestraft. Schwule Männer, die das Konzentrationslager überlebt haben, werden von Entschädigungen und Wiedergutmachungen ausgeschlossen. Es kommt zu zahlreichen Selbstmorden von schwulen Männern.

Erst 1969 wird der § 175 reformiert, indem einvernehmliche homosexuelle Handlungen unter erwachsenen Männern für straflos erklärt werden. Homosexuelle Kontakte zwischen Erwachsenen und Minderjährigen unter 21 Jahren (ab 1973 unter 18 Jahren) sind weiterhin strafbar. Es gelten höhere Schutzaltersgrenzen als für heterosexuelle Kontakte zwischen Erwachsenen und Minderjährigen.

Die DDR entschärft den § 175 Ende der 1950er Jahre, es gibt eine geringere Strafverfolgungspraxis als in der Bundesrepublik. 1968 setzt die DDR ein komplett neues Strafgesetzbuch in Kraft, das in § 151 StGB-DDR gleichgeschlechtliche sexuelle Handlungen mit Jugendlichen sowohl für Frauen als auch für Männer unter Strafe stellt. Auch in

⁵ Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Fachbereich Gleichgeschlechtliche Lebensweisen, in Kooperation mit dem Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. Bremen (2008): Vielfalt im Alter. Ältere Lesben, Schwule und Bisexuelle in der Altenpflege. Leitfaden für eine Fortbildung zum Thema Vielfalt im Alter, S. 16

der DDR gelten bis zur Abschaffung des § 151 StGB in 1989 unterschiedliche Schutzaltersgrenzen für homo- und heterosexuelle Handlungen.⁶

Die Geschlechterpolitik im Nachkriegsdeutschland fordert von Frauen die Rolle als Ehefrau und Mutter, in völliger ökonomischer Abhängigkeit des Ehemannes. Bis zur Reform des Familienrechts (1977) dürfen sie ohne Erlaubnis des Ehemannes nicht arbeiten oder Kaufverträge eingehen. Eine Scheidung ist gegen den Widerstand des Ehemannes kaum möglich. Wird bekannt, dass die Mutter lesbisch lebt, riskiert sie einen Sorgerechtsentzug für ihre Kinder. Bis wann lesbische Mütter diesem Risiko ausgesetzt waren, in welchem Umfang und mit welchen Folgen für die Kinder und die Mütter, wird aktuell erforscht. Erste Ergebnisse lassen vermuten, dass das Ausmaß beträchtlich war.⁷

In den 1970er Jahren kommt es in der Bundesrepublik zur Aufbruchstimmung. Ausgelöst durch die 1968er Student*innen Bewegung in der Bundesrepublik und den Aufstand von LSBTIQ* gegen Polizeirazzien in Bars in der Christopher Street in New York, entstehen eine queere Emanzipationsbewegung und erste soziale und politische Netzwerke. Im Gedenken an den Aufstand in New York finden Ende der 1970er Jahre erste CSD-Demonstrationen gegen hetero-

⁶ Deutscher Bundestag / Drucksache 18 / 10117 / 18. Wahlperiode 24.10
⁷ Kirsten Plötz: Der Entzug der elterlichen Gewalt beziehungsweise des Sorgerechts als Aspekt der Diskriminierung in der Bundesrepublik. In: Martin Cüppers; Norman Domeier (Hg.): Späte Aufarbeitung. LSBTTIQ-Lebenswelten im deutschen Südwesten. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Stuttgart 2018, S. 91-102

normative Strukturen statt (auch in Bremen). In den 1980er und 1990er Jahren gründen LSBTIQ* in vielen deutschen Städten Vereine, Beratungseinrichtungen, Bars, Restaurants und vieles mehr. Queeres Leben wird deutlich sichtbarer und öffentlicher.

Als in den 1980er Jahren die ersten AIDS-Erkrankungen in Deutschland auftreten, kommt es erneut zu geballter sozialer Stigmatisierung und Diskriminierung von schwulen und bisexuellen Männern. Sie werden neben Prostituierten und drogengebrauchenden Menschen für die Verbreitung der HIV-Infektion verantwortlich gemacht. Viele trauern um verstorbene Partner*innen und Freunde*, haben Angst sich selbst zu infizieren, verlieren ihre sozialen Kontakte oder ihren Arbeitsplatz. Als Reaktion darauf entsteht in wenigen Jahren ein deutschlandweites Netzwerk von AIDS-Hilfen, oft staatlich gefördert. Mithilfe von Präventions- und Informationskampagnen werden die Aufklärung in der Öffentlichkeit vorangetrieben und solidarische Unterstützungsstrukturen für Menschen mit HIV / AIDS geschaffen, die bis heute einen wichtigen Beitrag bei der Bekämpfung von HIV / AIDS und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen leisten.⁸

Die Erkenntnis, dass Homosexualität keine psychische Störung bzw. Krankheit ist, setzte sich in Europa (und somit auch Deutschland) erst 1990 durch. Bis dahin werden viele

⁸ Siehe auch hier auf Seite 8: Auswirkungen der »Aids-Krise« auf schwule Männer im Alter

»... Anschließend haben wir für ca. vier Wochen auf einer Palliativstation in einer Bremer Klinik nur positive Erfahrungen gemacht. Die letzten Tage seines Lebens konnte ich mit unserem Hund bei meinem Mann in seinem Zimmer verbringen. Schwul sein war einfach nur normal...«

Marcus, 62 Jahre, schwul

Lesben, Schwule und Bisexuelle von Mediziner*innen / Psychotherapeut*innen aufgrund ihres gleichgeschlechtlichen Empfindens »therapiert«. Am 17. Mai 1990 beschließt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Homosexualität aus dem internationalen Diagnose-System ICD (International Classification of Diseases) zu entfernen. Im Gedenken an dieses Ereignis findet seit 2005 am 17. Mai der IDAHOBIT (Internationaler Tag gegen Homo-, Bi-, Inter- und Transphobie) statt, ein Aktionstag gegen Diskriminierung und für die Akzeptanz von LSBTIQ*.

Erst 1994, im Rahmen der innerdeutschen Rechtsangleichung nach der Wiedervereinigung, wird der § 175 gestrichen. 2002 entschuldigt sich der Deutsche Bundestag bei schwulen und bisexuellen Männern, die während der Nazi-Diktatur verfolgt und inhaftiert wurden und hebt alle Urteile aus der NS-Zeit auf.

Im August 2001 wird in Deutschland das sogenannte Lebenspartnerschaftsgesetz eingerichtet, das gleichgeschlechtlichen Partnerschaften erstmals einen rechtlich anerkannten Status ermöglicht. Während sich zu diesem Zeitpunkt bereits viele EU-Mitgliedsstaaten für die rechtliche Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften mit der heterosexuellen Ehe entschieden haben, wählt Deutschland den Weg eines »Sondergesetzes«, in zunächst deutlicher Abgrenzung zur Ehe und mit weitreichenden rechtlichen Ungleichbehandlungen, unter anderem im Adoptionsrecht. Verpartnerten Paaren wird es nicht erlaubt, gemeinsam ein Kind zu adoptieren. Rechtliche Nachbesserungen in Richtung Gleichstellung kommen in den Folgejahren nur schrittweise und müssen oft über den Klageweg erstritten werden.

Seit 2006 gilt in Deutschland das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), mit dem Ziel, Benachteiligungen u. a. wegen der sexuellen Identität zu beseitigen bzw. zu verhindern. LSBTIQ* erhalten durch das Gesetz nun Rechtsansprüche u. a. gegen Arbeitgeber, wenn diese gegen die gesetzlichen Diskriminierungsverbote verstoßen.

»Keine Diskriminierung, auch nicht unabsichtlich oder aus Unkenntnis! Ich fände Nachfragen wichtig. Zum Beispiel: was ist Ihnen wichtig, was sollen wir wissen oder beachten? Ich möchte in meiner Identität willkommen sein, möchte, dass meine Partnerin und mein Umfeld willkommen ist.«
Hannah, 71 Jahre, lesbisch

Erst seit Juli 2017 sind in Deutschland alle Urteile aufgehoben, die nach dem 8. Mai 1945 aufgrund von § 175 und 175a StGB sowie § 151 StGB-DDR ergangen sind. Davon betroffene Personen werden rehabilitiert und erhalten auf Antrag eine finanzielle Entschädigung. Allerdings kommt diese Regelung für viele Betroffenen zu spät, weil sie längst verstorben sind.

Seit Oktober 2017 gilt in Deutschland die Ehe für Alle. Gleichgeschlechtliche Paare können heiraten oder ihre bestehende Lebenspartnerschaft in eine Ehe umwandeln lassen. Damit verbunden ist nun auch das Recht, gemeinsam Kinder zu adoptieren. Trotzdem sind nicht alle Benachteiligungen für gleichgeschlechtliche Paare beseitigt. Weil das Abstammungsrecht noch nicht reformiert ist, ist es für lesbische Paare mit Kinderwunsch weiterhin nötig, eine langwierige Stiefkindadoption durchzuführen, damit beide Frauen* rechtlich gleichberechtigte Elternteile ihres Wunschkindes werden können. Aktuell wird auf Bundesebene eine Reform des § 1591 BGB gefordert und diskutiert, um in Zukunft sicherzustellen, dass Mutter eines Kindes nicht nur die Frau ist, die es geboren hat, sondern auch die Frau, die zum Zeitpunkt der Geburt mit der Geburtsmutter verheiratet ist oder die die Mutterschaft anerkannt hat.

Seit 2010 entstehen in fast allen deutschen Bundesländern Aktionspläne für die Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, um die Gleichstellung von queeren Leben voranzutreiben. Das Land Bremen hat 2015 den Landesaktionsplan gegen Homo-, Trans*- und Inter*phobie⁹ veröffentlicht, der eine Vielzahl von Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern enthält, die neue Impulse zur Sensibilisierung für die Belange von LSBTIQ* setzen sollen und Maßnahmen zum Empowerment für queere Menschen aufweist. Ein erster Umsetzungsbericht hierzu wurde 2018 veröffentlicht.¹⁰ Der Prozess der Umsetzung des Aktionsplans wird auch in den kommenden Jahren in Bremen fortgeschrieben. LSBTIQ* Interessensverbände wie der Lesben- und Schwulenverband Deutschland (LSVD) fordern seit vielen Jahren zusätzlich einen Nationalen Aktionsplan gegen LSBTIQ*-Feindlichkeit und für die Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, mit klaren Zielvereinbarungen und belastbaren Selbstverpflichtungen der zuständigen staatlichen Stellen zur Prävention und Bekämpfung von Homophobie und Transfeindlichkeit¹¹, der bundespolitisch immer mehr Unterstützung findet.

9 Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (Hg.) (2015): Aktionsplan gegen Homo-, Trans- und Interphobie für das Land Bremen. Auf Diskriminierung entschlossen reagieren!
10 Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Soziales, Frauen, Integration und Sport (2018): Aktionsplan gegen Homo-, Trans*- und Interphobie für das Land Bremen. Auf Diskriminierung entschlossen reagieren! Bericht zur Umsetzung
11 <https://www.lsvd.de/de/politik/gesetzgebung/nationalen-aktionsplan-verbandschieden> (Abruf 16.9.2020)

ÄLTERE UND ALTE LESBISCHE FRAUEN*

Da Unsichtbarkeitsprozesse bei alten lesbischen Frauen* (als Frau*, als Lesbe*, als alter Mensch) gesellschaftlich stark wirkende Phänomene sind, ist generell die Sichtbarkeit und das Sichtbarwerden bereits ein großes Thema. Auch in gerontologischen Studien wurde älteren Menschen zunächst einmal »Heterosexualität« unterstellt und in wissenschaftlichen Studien zu »Homosexualität« standen bis in die späten 1970er Jahre Männer und jüngere Menschen im Vordergrund.¹²

Lesbische Frauen* – das sind Frauen*, die sich von anderen Frauen (romantisch) angezogen fühlen und diese begehren. Sie haben alle ihre eigenen biographischen Erfahrungen, die sie ins Alter(n) oder aber in eine Pflegebedürftigkeit mitbringen und die ihre Identität(en) prägen – ein »so geworden sein«. Lesbische Frauen* haben möglicherweise Kinder aus einer früheren (heterosexuellen) Beziehung oder haben selbst eine Familie gegründet. Es kann sein, dass lesbische Frauen* einen Transitionsprozess durchlaufen haben und / oder sich als non-binär verstehen. Vielleicht wollten oder mussten sie* in ihrem Leben migrieren – vielleicht aus Liebe oder weil eine Notsituation sie dazu gezwungen hat, die Gründe sind vielfältig. Möglicherweise verstehen sie sich als Christin, als Muslima, als Buddhistin* oder als spirituell. Oder aber sie* haben eine Beeinträchtigung, die sie körperlich oder geistig einschränkt. In allen Lebensphasen mussten lesbische Frauen* für ihre Rechte einstehen und um Sichtbarkeit kämpfen: sei es als Frau*, als lesbische Frau*, als Elternteil oder als alte, lesbische Frau*. Diese Vielfalt an lesbischen

Lebensentwürfen braucht Sichtbarkeit – gerade auch im Alter und besonders dann, wenn Unterstützungssysteme an Bedeutung gewinnen.

Lesbische Frauen* sind von Mehrfach-Diskriminierungen und Stigmatisierung betroffen, die sich auf ihre Identität(en) und ihre soziale, rechtliche und ökonomische Situation auswirken:

- Als Frauen* sind lesbische Frauen* wie jede andere Frau auch von sexistischen Praktiken und Strukturen betroffen, sei es in Form von grenzüberschreitendem Verhalten, sexistischen Kommentaren bis hin zu sexualisierten Gewalterfahrungen und (körperlichen) Abwertungen.
- Lesbische Frauen* of color sind zusätzlich auch von Rassismus betroffen, was sich in ihrer Lebensbiographie an vielen Stellen zeigen kann: strukturelle Barrieren und ein erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem, auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt, sowie die Erfahrung permanenter Alltagsrassismen (auch in der eigenen queeren Community), die Ausschlüsse produzieren und permanenten Stress verursachen können. Geflüchtete Lesben* mussten insbesondere im Asylverfahren ihre sexuelle Orientierung und / oder ihre geschlechtliche Identität »glaubhaft« nachweisen, der Prozess ist voller emotionaler Hürden und äußerst anstrengend und langwierig.

12 Tamara-Louise Zeyen, Ralf Lottmann, Regina Brunnett, Mechthild Kiegelmann (Hg.): LSBTIQ* und Altern(n), Ein Lehrbuch für die Pflege und Soziale Arbeit, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2020, S. 91

➤ Lesbische Frauen* und insbesondere Lesben* mit Behinderung werden in medizinischen und anderen Kontexten häufig nicht ernst genommen und ihnen wird eine Entscheidungsfähigkeit darüber abgesprochen, was gut für ihren Körper ist.

➤ Geschlechtsspezifische Unterschiede führen häufig dazu, dass lesbische Frauen* im Vergleich zu (schwulen) Männern eher über eingeschränkte materielle Ressourcen verfügen. Die sogenannte Altersarmut, von der Frauen häufig betroffen sind¹³, trifft insbesondere auch lesbische Frauen*. Das sind die Auswirkungen einer fehlgeleiteten Wirtschafts-, Sozial- und Familienpolitik (schlechte / keine Entlohnung von Sorgearbeit, schlechtere Bezahlung von Frauen*, Ehegattensplitting etc.)¹⁴

➤ Nicht mehr jung zu sein, sondern alt, ist in einer Gesellschaft, die »Jugendlichkeit« als Norm definiert häufig ein möglicher Grund für eine erschwerte Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen. Gerade alten und besonders hochaltrigen Frauen wird eine eigene (erfüllte) Sexualität und Geschlechtsidentität(en) oft abgesprochen bzw. als nicht-existent betrachtet. Es ist gar kein Thema – so werden Unsichtbarkeitsprozesse verstärkt. Der Wunsch nach Verbundenheit und körperlicher Nähe wird oft ignoriert.

13 Bertelsmann Stiftung (2020): 16,8 Prozent der über 65-jährigen gelten als arm, betroffen sind vor allem Frauen, Männer haben im Ruhestand deutlich mehr Geld. Männer bekommen im Schnitt eine Rente von 1.148 Euro und Frauen nur 711 Euro. In keinem anderen europäischen Land ist die Rentenlücke ist größer.
14 Siehe Seite 5 in dieser Broschüre

Lesbische Frauen* scheinen auf das Alter(n) aber teilweise auch recht gut vorbereitet zu sein. In einem Artikel von Claudia Krell¹⁵ wird auf der Grundlage neuerer Forschungsergebnisse beschrieben, was lesbische Frauen* möglicherweise an Kompetenzen mitbringen, um die vierte Lebensphase zu bewerkstelligen:

- Ältere und alte lesbische Frauen* sind häufig weder isoliert noch einsam, sie* haben oft frühzeitig in ihrem Leben enge Freund*innenschaftnetzwerke aufgebaut, die ihre sogenannte Wahlfamilie bilden. Das schützt sie* auch häufig vor einem altersbedingten Verlust von sozialen Netzwerken.
- Ältere und alte lesbische Frauen* sind häufig in hohem Maße körperlich, geistig und sozial aktiv. Sie* sind weniger in weiblich tradierte Familienrollenmuster eingebunden und müssen weniger dem gesellschaftlich zugewiesenen Rollenbild entsprechen. Auch im Alter bleiben sie* flexibler, was sich auch auf ihre Betrachtung auf das Alter(n) auswirkt. Sie* sehen in der letzten Lebensphase auch eine Möglichkeit auf neue Aktivitäten, Selbstbestimmtheit und Freiheit.

»Sowohl als Patientin, Klientin und andere Angehörige möchte ich offen über meine Lebenssituation informieren dürfen, ohne >schräg< angeschaut zu werden.«

Olga, 62 Jahre, lesbisch

15 In: ebenda: Claudia Krell: Lesbisch und Alter(n), S.91 – S.96

BEITRAG VON ARNO OEVERMANN

AUSWIRKUNGEN DER »AIDS-KRISE« AUF SCHWULE MÄNNER IM ALTER

Die verschiedenen Zeitabschnitte der »Aids Krise« sind durch fortwährende, tiefe Einschnitte in die Biographien der HIV Betroffenen sowie der gesamten schwulen Community gekennzeichnet.

Für jene, die die »HIV-Krise« in ihren jeweiligen Stadien, beginnend mit den 1980er Jahren bis heute überlebt haben, gilt, dass sie eine sowohl psychisch als auch physisch herausfordernde und traumatisierende Zeitspanne erlebt haben. Sie sind nun mit eigenen Alterungsprozessen konfrontiert. Die eigene Biographie und die gesellschaftliche Situation in der die schwule HIV-Lebensgeschichte stattfand, sind zu zentralen, prägenden Lebenserfahrungen geworden. Bis in die 1990er Jahre rückte mit der HIV-Infektion der mögliche eigene Tod mitten ins Leben. Zukunft und weitere Perspektiven waren unterbrochen oder zumindest für lange Zeit an den Verlauf der HIV-Infektion und der Erkrankung Aids gekoppelt. Ein existenzielles kollektives Trauma, das im Gedächtnis der Überlebenden der »HIV-Krise«, die jetzt altern, fest verankert ist. Erst die Behandelbarkeit der HIV-Infektion mit den sogenannten Kombinationstherapien, beginnend ab 1996, hat zu einer Lockerung der Verschränkung von Leben und Tod geführt. HIV-Behandlungserfolge brachten Lebens-

perspektive und die Hoffnung zurück. Sie markieren das Ende der Gleichung »HIV / Aids = Tod«. Das eigene schwule soziale Umfeld befand sich ebenfalls in dieser Ausnahme-situation. Es kam in der Zeit zu vielen Verlusterfahrungen im eigenen Freundeskreis und es entwickelte sich schon damals bei vielen eine Angst vor Alleinsein im Alter, wenn es denn erreicht werden kann.

Die HIV-Infektion ist eine vorwiegend sexuell übertragbare Erkrankung, die mit ihrem Bekanntwerden eine Aussage über die Lebensführung trifft. Seit Beginn waren und sind in Deutschland vorwiegend schwule Männer davon betroffen. Deren Lebenssituation war beginnend mit der »HIV-Krise« noch mit massiven Diskriminierungen und Ausschlüssen belastet. Der § 175 STGB, der homosexuelle Handlungen unter Strafe stellte, existierte noch. Die gesellschaftliche Akzeptanz und der offene Umgang mit gleichgeschlechtlichen Lebensweisen war noch keine weitverbreitete Realität. Es war nur eingeschränkt möglich, offen und selbstbewusst schwul zu leben. Eine unterstützende schwule Infrastruktur, bestehend aus Kontakt- und Hilfsmöglichkeiten, war in den Anfängen der »Aids-Krise« reduziert vorhanden oder im Aufbau. Diese erschwerten Lebensrealitäten waren gekoppelt mit fortlaufenden Diskriminierungserfahrungen, die

sich auf fast allen Ebenen, der persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Ebene vollzogen. Diese komplexen Diskriminierungserfahrungen prägten HIV-Betroffene und hatten starken (negativen) Einfluss auf das Lebensgefühl und den Umgang mit der Diagnose. Ein schwules Coming out war zu dieser Zeit eine besondere Herausforderung und riskant. Die eigene HIV-Infektion steht in einem engen Zusammenhang mit Sexualität und Identität. Sie ist eine sexuell erworbene Erkrankung und viele HIV-Infizierte waren selbst für andere infektiös. Sich als HIV-Infizierter zu akzeptieren und die Infektion anzunehmen, wurde oft als doppeltes oder zweites Coming out erlebt. Es reaktivierte die bereits durchlebten Ängste und Erfahrungen von Diskriminierung. Die negativen Vorerfahrungen und die daraus entstandene Diskriminierungsangst erschwerte vielen Betroffenen den eigenen Akzeptanzprozess ihrer HIV-Infektion. Zusätzlich hat die HIV-Infektion das Beziehungsleben geprägt, oftmals erschwert und verhindert. Selbst infektiös zu sein und die gesellschaftliche Zuschreibung der Verantwortung für die Infektionsweitergabe an die infizierten Personen erzeugten weitere Konfliktfelder und Dynamiken in bestehenden und gewünschten / angebahnten Liebesbeziehungen.

»Ich möchte einfach nur als schwuler Mann mit der gleichen Selbstverständlichkeit behandelt werden, wie jeder heterosexuell empfindende Mensch auch.«

Marcus, 62 Jahre, schwul

Zwar verbesserte sich ab Mitte der 1990er Jahre die medizinische Behandelbarkeit der HIV-Infektion zunehmend, was zu einer verbesserten sozialen Situation und zur weiteren psychischen Stabilisierung der Betroffenen beitrug. Allerdings waren die HIV-Mono- und Kombinationstherapien körperlich schwer verträglich und verursachten oftmals körperliche Schädigungen, die zu weiteren »Begleiterkrankungen« der HIV-Behandlung führten. Diese körperlichen Vorschädigungen aufgrund langer HIV-Therapie müssen in der Diagnostik mit zusätzlichen altersbedingten Erkrankungen und körperlichen Abbauprozessen in ihrem Zusammenspiel erkannt und berücksichtigt werden. Das Entlasten bzw. Aufarbeiten dieser besonderen Lebensgeschichten wird auch ein Bedürfnis vieler HIV-Überlebender sein. Sie werden mit ihrer Lebensgeschichte »im Gepäck« in die Versorgungsangebote für Senioren aufgenommen. Sie erhoffen sich zu Recht, dass mit ihrer besonderen Situation, ihrer Lebensgeschichte und ihrer Realität angemessen umgegangen wird und sie auf informiertes und offenes Personal treffen.

DIVERSITY-KOMPETENZ - DIVERSITÄTSSENSIBLE PFLEGE

Die Möglichkeit, die geschlechtliche und sexuelle Identität und die eigene Lebensform selbstbestimmt und diskriminierungsfrei leben zu können, beeinflusst den Gesundheitszustand von LSBTIQ* positiv. Zu diesem Ergebnis kommt ein Review zur gesundheitlichen Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*- und intergeschlechtlichen Personen vom Robert Koch Institut.¹⁶ Nicht die queere Identität ist Ursache für gesundheitliche Belastungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Vielmehr kann die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft ein Gesundheitsrisiko für LSBTIQ* sein. Die soziale Erwartung, es gebe nur zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter, die sich in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander beziehen, grenzt gleichgeschlechtlich orientierte trans* und inter*-Menschen aus. Die Erfahrung, in der eigenen geschlechtlichen und / oder sexuellen Identität nicht mitgedacht zu werden, mit Unkenntnis oder Vorurteilen konfrontiert zu sein und die Erfahrung oder Befürchtung diskriminiert zu werden, kann zu Stress führen (Minority Stress), der sich negativ auf die

Gesundheit von LSBTIQ* auswirken kann. Umgekehrt kann rechtliche und gesellschaftliche Anerkennung und ein akzeptierendes und unterstützendes soziales Umfeld positive Effekte auf die Gesundheit von LSBTIQ* haben.

Die Angebote in der Pflege und im Alter sind oft noch nicht ausreichend an die Bedarfe von LSBTIQ* Personen angepasst. Es fehlt häufig an Fachwissen und Sensibilisierung im Umgang mit LSBTIQ*-spezifischen Gesundheitsthemen. Um Zugangsbarrieren zu reduzieren und die Teilhabechancen für queere Menschen in der Pflege zu verbessern, braucht es »Diversity-Kompetenz« und »diversitätssensibles Pfleghandeln«.

Diversität nimmt die Unterschiedlichkeit von Lebensweisen, Lebenswelten und Bedürfnissen in den Blick. Auch die Gruppe der LSBTIQ* ist nicht homogen. Je nach ökonomischen Bedingungen, der (wahrgenommenen) Geschlechtlichkeit, Beeinträchtigungen und / oder chronischen Erkrankungen (z. B. HIV), Alter, Religion und / oder ethnischen Zuschreibungen haben LSBTIQ* ganz unterschiedliche Wünsche und Bedarfe. Deshalb sollten Mehrfachzugehörigkeiten erkannt und beachtet werden (Intersektionalität).

Diversitätssensible Pflege beinhaltet die Offenheit gegenüber »anderen« Lebensweisen und -welten und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel, z. B. sich als Pflegefachkraft selbst mit den eigenen Annahmen über Sexualität und Geschlechtlichkeit zu reflektieren. Ebenso braucht es fundiertes Wissen über biographische Hintergründe und eine individuell abgestimmte qualifizierte Versorgung, in der Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe aller gefördert und berücksichtigt wird. Eine diversitätssensible Pflege zielt ebenso auf den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit und Ungerechtigkeit ab. Eine institutionelle Antidiskriminierungskultur sollte in der Einrichtungspraxis etabliert sein. Ein wirksames und einfaches Instrument um Diversität sichtbar werden zu lassen, ist die Anwendung von LSBTIQ*-sensibler Sprache. (siehe auch im Serviceteil: Checkliste auf Seite 24)

»Ich bin chronisch erkrankt. Ich habe zwei stationäre Akut-Klinikbehandlungen und drei stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erlebt. Es war für mich immer deutlich erkennbar, dass die Mitarbeiter*innen Mühe hatten, meine Diagnose (eine sexuell erworbene Infektionserkrankung) ohne Hemmungen und Irritationen anzusprechen. Auch meine schwule Lebensweise wurde eher zur Kenntnis genommen als offen angesprochen. Es gibt diese Berührungspunkte noch.«

Arno, 55 Jahre, schwul

GESCHLECHTLICHE VIELFALT - DIE PERSPEKTIVE VON TRANS* UND INTER*

BEITRAG VON ILKA CHRISTIN WEIß

TRANS*SENSIBLE PFLEGE: UMGANG MIT TRANS* PERSONEN IN DER PFLEGE

Im folgenden Beitrag dieser Broschüre erfahren Sie, was trans* Personen ausmacht, wie Sie trans* Personen in der Pflege begegnen können und was deren Besonderheiten und Bedarfe sind. Trans* umfasst dabei alle menschlichen Lebensformen und / oder Identitäten, die sich dauerhaft oder zeitweise mit einem oder mehreren anderen (auch wechselnden) als dem bei der Geburt zugewiesenen oder mit keinem Geschlecht (non-binär) identifizieren können oder wollen.

Über Ihre Rückmeldungen würde ich mich sehr freuen.
Herzlichst, Ihre Ilka Christin Weiß

»Ich muss natürlich meinen individuellen Freiraum zum Bougieren haben können, ist ja kein Spaß, sondern medizinisch notwendig.«

Michaela, 52 Jahre, trans* Frau

DEN GANZEN MENSCHEN IM BLICK: KULTUR- BZW. DIVERSITÄTSSENSIBEL PFLEGEN

Pflege als Profession hat die Aufgabe, den ganzen Menschen und nicht nur Teile davon in ihren Blick zu nehmen. So formulierte der International Council of Nurses (ICN) in der Präambel des ICN-Ethikkodexes für Pflegende 2010 folgendes: »Pfleger*innen haben vier grundsätzliche Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern [...]. Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenwürde [...]. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.« Weiter heißt es: »Die Pfleger*innen teilen mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung besonders der von benachteiligten Gruppen zu veranlassen und zu unterstützen.«

Pflege ist somit immer menschenrechtsbasiert und kultur- bzw. diversitätssensibel angelegt. Kultur-bzw. diversitätssensibel bedeutet, die speziellen Bedürfnisse eines jeden Menschen, die sich aus dem kulturellen Hintergrund ergeben, in die Pflege miteinzubeziehen. Diese ergeben sich beispielsweise aus der Biographie, der Religion, der

ethnischen Herkunft, der Nationalität, des Alters, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung oder des sozialen Status. Laut ICN besteht ein universeller Bedarf an Pflege. D. h. Pflege ist eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Ohne Pflege können Gesellschaften nicht existieren. Pflege ist insbesondere mitverantwortlich, Maßnahmen für die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse auch der vulnerabelsten (verletzlichsten) Gruppen nicht nur zu unterstützen, sondern auch zu veranlassen. Vulnerable gesellschaftliche Gruppen umfassen Minderheiten der Gesellschaft, die unter Deprivilegierung, Diskriminierung, Ausgrenzung oder Minoritätenstress (Minderheitenstress) leiden. Minderheitenstress führt zu einer schlechteren Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und damit insgesamt zu einer schlechteren Gesundheit. Pflege ist durch den ICN-Ethikkodex aufgefordert sich mit interkulturellen Kompetenzen für die Bedarfe der Pflegeempfänger_innen einzusetzen. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur und deren Bedeutung für die Berufsrolle, der Entwicklung von Empathie, das Wissen über andere Kulturen, sowie diese wertfrei wahrzunehmen und das Wissen über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt mit der Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen. Diese Kompetenzen entstehen über das Vermitteln und eigenem Erforschen von Wissen sowie der eigenen Reflexion damit.

¹⁶ Siehe u. a. Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Guldinring, A., Matthigack, E., Rommel, A. (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: Journal of Health Monitoring 2020 5 (S1), Robert Koch Institut, Berlin

Im Sinne von Terjung, 2020, reflektiert eine professionelle Pflege, welche Erwartungen sie von den Erwartungen von trans* Personen an die Pflege hat, um sich bewusst zu machen, dass bei einer neuen Pflegesituation nicht die Patient_in sich unpassend verhält sondern die Pflege eine falsche Erwartung von den Erwartungen des Gegenübers hat. Eine pflegende Person erwartet z. B., dass die Pflegeempfänger_in es erwartet, mit warmem Wasser gewaschen zu werden. Dies ist aber lediglich eine unhinterfragte Erwartung, die auf Seiten der Patient_in so vielleicht nicht vorhanden ist. Notwendig ist ein kontinuierlicher Abgleich mit den Erwartungen der Pflegeempfänger_innen. Dann kann eine kultur- bzw. diversitätssensible Pflege von trans* Personen (und allen anderen Menschen) gelingen, und Pflege kann dadurch ein Verständnis für die Belange von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt und Identität entwickeln, die wesentliche Aspekte der Persönlichkeiten von trans* und genderqueeren Personen sind.

Zudem garantiert die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen von 2006 in Artikel 1 Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe: »Sie haben das Recht auf Respektierung Ihrer Lebensweise und Ihrer geschlechtlichen

Identität sowie auf Sexualität. Niemand darf Sie aufgrund Ihrer geschlechtlichen Orientierung diskriminieren.« Weiter heißt es in Artikel 3 Privatheit: »Sie können erwarten, dass Pflegende [...] möglichst einfühlsam und diskret sind. Sie müssen Ihre Integrität und persönlichen Schamgrenzen beachten [...]. Sie können erwarten, dass [...] Ihnen Personen zugeteilt werden, durch die Sie angemessen behandelt werden [...].« In Artikel 4 Pflege, Betreuung und Behandlung wird zudem gefordert: »Sie können erwarten, dass das eingesetzte Personal die notwendige Qualifikation aufweist, die der jeweiligen Aufgabe und Ihrem Bedarf entspricht [...]. Sie können erwarten, dass sich Ihre Pflege [...] an Ihren Bedürfnissen [...] ausrichten. [...], dass Ihre Gewohnheiten berücksichtigt werden, etwa bei [...] der Bekleidung.« Artikel 6 Wertschätzung, Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft formuliert: »Sie haben das Recht, dass Ihnen mit Wertschätzung und Respekt begegnet wird. Dazu gehört auch, dass Sie stets mit Ihrem Namen angesprochen werden.« Abschließend heißt es weiter in Artikel 7 Religion, Kultur und Weltanschauung: »Sie können erwarten, dass Ihre kulturellen [...] Gewohnheiten und Bedürfnisse [...] im Sinne einer kultursensiblen Pflege so weit wie möglich berücksichtigt werden.«

Pflegende sollten als Anwält_innen ihrer Patient_innen bei Diskriminierungen (aller Art) gegenüber trans* (und genderqueeren) Personen immer daran denken, dass das Recht auf Schutz vor Diskriminierung wegen der sexuellen Orientierung und / oder der geschlechtlichen Identität ein Menschenrecht und ein europäisches und deutsches Grundrecht ist, dass sowohl in der UN-Menschenrechtscharta, in der Yogyakarta (Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und die geschlechtliche Identität) als auch in der Grundrechtecharta der Europäischen Union, im deutschen Grundgesetz (GG) und im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) verankert ist. Pflegende sollten von daher alle Menschen, aber vordringlich trans* und genderqueere Personen vor Diskriminierungen in Schutz nehmen. Gerade Personen in Transitionsprozessen (Prozess der Geschlechtsangleichung) benötigen deutliche Unterstützung und Schutz durch Pflegende. Diskriminierungen dürfen nicht unwidersprochen bleiben, will die Pflege ihrem hohen Anspruch an eine ganzheitliche Versorgung gerecht werden.

»Im Zuge meiner angleichenden OP in Bremen: Da war ich auf der gynäkologischen Station, aber sehr vorbildlich im letzten, hinteren Einzelzimmer untergebracht. Wenn sich die Patient_innen dort gewundert haben, war die offizielle Antwort des Personals, dass in der Station, in der ich (als Mann) eigentlich liegen sollte, alle Zimmer belegt wären. Das fand ich eine gute Lösung.«

J.M., 52 Jahre, trans* Mann

DIE LEBENSITUATION VON TRANS* PERSONEN

POLITISCH-RECHTLICHE SITUATION

Hierbei müssen wir grundsätzlich zwei Gruppen von trans* Personen betrachten. Zum einen, die trans* Senior_innen und die jüngeren trans* Personen. Ältere trans* Personen wuchsen in einem Klima der extremen Trans*- und Homofeindlichkeit auf. Damals wie heute wurden und werden trans* Personen und homosexuelle Menschen immer noch als krank eingestuft, was zu Diskriminierungen und sogar zu Gewalt gegen sie führte. Ältere trans* Personen hatten noch keinen Schutz durch Antidiskriminierungsgesetze, es gab noch nicht das Transsexuellengesetz (TSG), und sie konnten sogar noch unter der Maßgabe des § 175 StGB (Homosexuelle Handlungen zwischen Männern, BRD 1973) inhaftiert und schikaniert werden. Nach wie vor sind einige Bestimmungen des TSG immer noch in Kraft. So müssen sich trans* Personen für eine Vornamens- und Personenstandsänderung immer noch einem entwürdigenden sowie menschen- und grundrechtswidrigen Gutachter- und Gerichtsverfahren unterziehen, das zudem hohe Kosten verursacht. Für viele ältere trans* Personen gab es überhaupt keine Möglichkeit, sich zu outen oder im Identitätsgeschlecht zu leben, weil es neben dem Zwang zur Sterilisation (operativ / medikamentös) für die Erlangung eines anderen Personenstandes auch noch zur Zwangsscheidung

von der dem Partner_in kam. Beide Regelungen wurden erst durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts in 2008 / 2011 aufgehoben. Dennoch ist hieran deutlich zu sehen, wie entwürdigend Staat und Gesellschaft mit trans* Personen umgegangen sind und zum Teil immer noch umgehen. Neuere Gesetzesvorhaben ab 2016, die seit Jahren die Anliegen von Betroffenenverbänden wie dem Bundesverband Trans* e.V. (BVT* e.V.) und der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (DGTI e.V.) berücksichtigten, wurden nicht umgesetzt, obwohl sie unter Beteiligung der Trans*Community erarbeitet wurden. Zwischenzeitliche Bestrebungen in 2019 das Procedere für die Vornamens- und Personenstandsänderung in das Personenstandsgesetz (PStG) aufzunehmen, sollten nur für intergeschlechtliche Menschen gelten. Nachdem auch trans* Personen die Möglichkeit eines ärztlichen Attestes nutzten, die eine »Varianz der Geschlechtsentwicklung« bescheinigte, wurde dieser Weg durch Urteil des Bundesgerichtshofes in 2020 wieder verbaut, obwohl ein eindeutiges Rechtsguthaben vorlag, das auch für trans* Personen diesen Weg als rechtmäßig erklärte. Damit wäre ein relativ unkomplizierter Vornamens- und Personenstandswechsel durch Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Standesamt ohne Gutachter- und Gerichtsverfahren möglich gewesen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch dieses Verfahren wegen des Zwangs zur Attestvorlage von vielen der Inter- und Trans*Community als diskriminierend empfunden wird.

Momentan befinden sich seit 2020 drei Gesetzentwürfe in den Ausschüssen des Deutschen Bundestages, die diesen entwürdigenden Umgang mit trans* Personen in Deutschland endlich beenden sollen und diejenigen entschädigen soll, die sich sterilisieren und zwangsweise operieren lassen mussten. Dies umfasst auch die geschlechtszuweisenden Zwangsoperationen an intergeschlechtlichen Menschen vor allem im Kindesalter.

MEDIZINISCH-SOZIALE SITUATION

Noch immer ist es so, dass – wie bereits erwähnt – die ICD-10-GM-2020 in Kraft ist, in der »Transsexualität« als Krankheit aufgeführt ist. Die ICD-11 wird aller Voraussicht nach erst 2022 Gültigkeit erlangen, in der es diese Diagnose nicht mehr geben wird. Aber auch wenn in 2018 eine neue S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung« erschienen ist, ist nach wie vor die »Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität« des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) von 2009 gültig und in Kraft. Diese Richtlinien gelten in ihrer gesetzlichen Konzeption als untergesetzliche Normen. Der MDS und die Krankenkassen sind aufgrund dieses rechtlichen Charakters verpflichtet, die Richtlinie anzuwenden. Der MDK überprüft nach wie vor die Bewilligung der Kostenübernahme von Leistungen aufgrund von Anträgen auf geschlechtsangleichende Maßnahmen.

Es gibt zwar die neue S3-Leitlinie aber keine entsprechend überarbeitete Begutachtungsanleitung. Von daher können Behandler_innen zwar Indikationsschreiben nach der neuen Leitlinie ausstellen und die Behandlungssuchenden sollten auch auf Behandlung nach der neuen Leitlinie bestehen.

Das Prüfverfahren des MDK wird sich dennoch nach den alten Algorithmen richten und dort stehen entsprechende Fristen sowie die Voraussetzungen für die Kostenübernahme der entsprechenden Maßnahmen (Medikamente, Operationen, Stimmtherapien und Hilfsmittel). Danach müssen sich trans* Personen noch immer einer jahrelangen Prozedur unterziehen, um geschlechtsangleichende (körpermodifizierende) Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) genehmigt und finanziert zu bekommen. So verlangt die Begutachtungsanleitung beispielsweise einen einjährigen Alltagstest und eine einjährige Psychotherapie, bevor eine gegengeschlechtliche Hormontherapie bei erwachsenen Personen erfolgen darf. Bevor körpermodifizierende Operationen genehmigt werden, müssen gar 18 Monate vergangen sein, davon mindestens sechs Monate mit gegen geschlechtlicher Hormontherapie sowie Psychotherapie und Alltagstest.

Aber auch die neue Leitlinie hat so ihre Tücken. Anstatt der alleinigen informierten Einwilligung in jegliche geschlechtsangleichende Maßnahme, ist hier immer noch von einer »gemeinsamen Entscheidungsfindung« von Behandler_innen und Behandlungssuchenden die Rede, was nicht dem Sondervotum des Bundesverband Trans* e. V. entsprach.

Danach soll die Reihenfolge und Entscheidung über die Behandlungsschritte alleine bei der einwilligungsfähigen trans* Person liegen. Nach wie vor liegt aber die Deutungshoheit über das trans* oder nicht-trans* Sein bei der behandelnden Person.

PSYCHO-SOZIALE SITUATION

Viele trans* Personen haben einen jahrelangen Leidensweg hinter sich, bevor sie sich zu ihrer eigentlichen Identität bekennen. Das setzt ein inneres Coming out und ein äußeres Coming out voraus. Das innere Coming out ist die Selbsterkenntnis Trans* zu sein, was schon schwierig genug ist. Zu erkennen »anders« zu sein, als die Geschlechtsgenoss_innen ist kein einfacher Prozess, denn es werden gesellschaftliche Erwartungen an eine zugewiesene Geschlechterrolle gesetzt, die erfüllt werden müssen. Ansonsten drohen Sanktionen und Strafen durch Elternhaus, Freundeskreis und eventuell auch durch den Staat, der strukturelle Diskriminierungen durch Gesetze geschaffen hat. Man denke nur an Zeiten, in denen Personen mit einem »männlichen« Zuweisungsgeschlecht zum Kriegsdienst herangezogen wurden und Personen mit einem »weiblichen« Zuweisungsgeschlecht nicht.

Trans* Personen, die sich äußerlich outen und dann in den Transitionsprozess (Prozess der Geschlechtsangleichung) eintreten, kennen eine Vielzahl von Problemen, die auf das äußere Coming out folgen. Diese reichen von der Verweigerung der Anrede mit dem gewählten Vornamen, von der Verweigerung der Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts, von Beleidigungen und Beschämung, von Ausgrenzungen durch die Familie sowie deren Verlust, über Ausgrenzungen am Arbeitsplatz und Druckkündigungen bis hin zu Gewalterfahrungen. Trans* Personen müssen mit nicht-stimmigen Personaldokumenten leben. Besonders trans* Frauen machen Erfahrungen homofeindlicher Beleidigungen wie: »Bist du jetzt etwa schwul geworden« und anderen unangemessen Fragen wie nach Operationen oder Genitalien. Benachteiligungen im Arbeitsleben sind eher die Regel als die Ausnahme. Trans* Personen wird die Kündigung nahegelegt, weil »bei uns geht so etwas gar nicht. Das Verstehen die Kunden nicht.«

Häufig verursachen Leitungskräfte diese Probleme selbst. Sie ignorieren oder dulden Diskriminierungen, sie nehmen sie nicht wahr oder unterbinden sie nicht. Weitere Benachteiligungen bestehen bei Leistungsbewertungen, Beförderungen und beim Gehalt.

GESUNDHEITLICHE SITUATION UND GESCHLECHTSANGLEICHENDE / KÖRPERMODIFIZIERENDE MASSNAHMEN

Die Folgen sind für trans* Personen fatal: Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Suizidalität bis hin zu Suiziden, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, hohe Ausfallzeiten bei der Arbeit, Altersarmut durch unterbrochene Erwerbsarbeit und ein hoher Pegel von Minderheitenstress. Häufig leiden trans* Personen deswegen auch an Substanzgebrauch. Nach Plöderl, 2016, entstehen Erkrankungen von trans* Personen nicht durch das trans* Sein an sich, sondern sind Folge der negativen Reaktionen der Gesellschaft darauf. Insbesondere die Verweigerung oder Verzögerung von körpermodifizierenden Maßnahmen hat einen großen Anteil an der schlechten gesundheitlichen Situation von trans* Personen. So wird in Studien und in der Literatur darauf verwiesen, dass sich die Situation von trans* Personen ganz erheblich und entscheidend verbessert, sobald gewünschte körpermodifizierende Maßnahmen eingeleitet worden sind und Personaldokumente geändert werden konnten. Von daher benötigen trans* Personen Unterstützung im Prozess der Transition und keine Ablehnung. Gerade trans* Personen haben viele negative Erfahrungen mit den Akteur_innen des Gesundheitswesens gemacht und erleben dort Ablehnung und Diskriminierungen. Die medizinische Versorgung wird von ihnen als gewaltvoll erlebt. Aus Angst davor nehmen trans* Personen medizinische Behandlungen nicht oder weniger wahr und gehen auch weniger zu wichtigen Vorsorgeuntersuchungen. Es ist wichtig, die Ängste und

Befürchtungen aber auch die Bedarfe und Erwartungen von trans* Personen an das Gesundheitswesen und insbesondere an eine professionelle kultur- bzw. diversitätssensible Pflege zu kennen, die sich auch in einer entsprechenden gendergerechten bzw. -sensiblen Sprache ausdrückt. Das Recht auf eine bestmögliche Gesundheit und einen diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sind als Menschenrecht und als Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland innerhalb der Europäischen Union anerkannt.

Im Rahmen des Transitionsprozesses entscheidet jede trans* Person selbst, welche medikamentöse und / oder chirurgische Maßnahmen sie für sich wünscht. Es gibt trans* Personen, die sich nur für kosmetische oder modische oder für keine Veränderungen entscheiden und dennoch ein Recht auf Anerkennung ihres selbstgewählten Geschlechts haben. Andere trans* Personen wünschen sich sämtliche geschlechtsangleichende und körpermodifizierenden Maßnahmen.

Die früheren Ansichten über »Transsexualität« nach den Mottos »Willst du nicht Mann sein, bist du Frau« und »Willst du nicht Frau sein, musst du Mann sein« sind obsolet. Wir haben heute einen weiter gefassten Begriff von Geschlecht, der sich nicht in »Frau« und / oder »Mann« erschöpft. Die Welt ist vielfältiger und bunter geworden, was sich auch in den Wünschen nach körpermodifizierenden Maßnahmen zeigt. Im Rahmen der (noch) gültigen Begutachtungsanleitung finden non-binäre (nicht-binäre) trans* Personen keine

Behandlungsoptionen, weil sie in dem vorhandenen System nicht vorgesehen sind. Es besteht eine strukturelle Diskriminierung, die non-binäre trans* Personen von selbst designierten körpermodifizierenden Wünschen ausschließt. Non-binäre trans* Personen (auch trans* enbys oder n`bys) sind Menschen, die sich nicht an den Polen des Geschlechterkontinuums verorten, sondern in einem selbstgewählten Geschlecht leben und damit eigene Vorstellungen von körpermodifizierenden Maßnahmen haben.

Durch die Trennung des juristischen vom biologischen Geschlecht durch das Bundesverfassungsgericht in 2011 werden Trans*Organisationen der Gesellschaft deutlich machen müssen, dass es in Zukunft (und es gibt sie jetzt schon) Männer geben wird, die Kinder gebären werden und dass es Frauen geben wird (und es gibt sie jetzt schon), die Kinder zeugen werden. Gerade bei jungen trans* Personen ist der Kinderwunsch ein zentrales Thema und junge trans* Personen lassen sich ihr Leben wie die ältere Generation nicht einfach verbieten, sondern fordern Anerkennung und Respekt für ihre Lebenswünsche, zu denen auch wie selbstverständlich der Wunsch nach Kindern gehört. Aus diesem Grund schließt die neue Leitlinie auch die Kinderwunschberatung mit ein.

Nach Tolmein, 2018, [ist es] »Aufgabe des Bundes der Krankenkassen [...] eine Neufassung der Begutachtungsrichtlinie zu erlassen oder sie [...] gänzlich abzuschaffen.«

WAS LEHRT DIE PFLLEGEWISSENSCHAFT ÜBER TRANS*?

Ein weit verbreitetes pflegetheoretisches Modell ist das Modell der Lebensaktivitäten (LA) nach Roper, Logan und Tierney. Eine der zwölf Lebensaktivitäten ist die LA 10: »Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten« (später: »Seine Geschlechtlichkeit Leben«). Zur Thematik von Trans* findet sich folgendes: »[...] nur wenige Menschen erleben, manchmal sogar schon als Kind, die Situation, in das sexuelle Gegenteil ihrer tatsächlichen Körperstruktur hineingeboren zu sein. Transsexualität weist als zentrales Merkmal eine gegensätzliche geschlechtliche Identität auf. Der transsexuelle Mensch kleidet und verhält sich nicht nur wie eine Person des anderen Geschlechts, sondern er möchte sich häufig auch operieren und behandeln lassen, damit sein Körper dem des anderen Geschlechts ähnelt, obwohl dies nicht immer möglich ist.«

In der führenden deutschen Pflegeliteratur hat sich diese Definition überwiegend gehalten. In einem neueren Werk eines der führenden deutschen Verlage für Medizin- und Pflegeliteratur, 2015, wird »Transsexualismus« als Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgeführt, genau wie in

der ICD-10-GM-2020, was in der heutigen Zeit mehr als verwundert. Trans* Personen werden somit von der Pflegeliteratur wegnegiert, marginalisiert (zu einer Nebensächlichkeit gemacht) und weiterhin für krank erklärt. Doch dank der neuen generalisierten Pflegeausbildung ab 2020 gibt es einen bundesweiten Rahmenlehrplan für die Pflegeschulen, in dem festgeschrieben ist, dass die Pflege von LSBTIQ*-Personen in den Unterricht aufgenommen werden muss. Besonders erwähnenswert und vorbildlich in seiner Art ist das Bremer Muster-Curriculum, das für die Bremer Pflegeschulen verbindlich ist, und das diesem wichtigen Thema ein ganzes Lernfeld gewidmet hat.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass es immer auch die guten Beispiele gibt. Pflegekräfte, die sich aus ihrem eigenem Berufsverständnis um eine gute Pflege für trans* Personen kümmern und auch Pflegelehrer_innen, die das Thema in ihren Unterricht einbinden. Aber Pflege ist eine Profession, weswegen es nicht alleine einzelnen Personen überlassen bleiben darf, die Bedarfe von trans* Personen und anderen LSBIQ* als Empfänger_innen von Pflege zu berücksichtigen.

WELCHE VERWIRR- UND KONFLIKTPOTENTIALE ZWISCHEN TRANS* MENSCHEN UND PFLEGENDEN GIBT ES?

Da Pflegenden in der Regel binär-geschlechtlich in ihrem Beruf sozialisiert werden, ist nur rudimentäres oder gar kein Wissen über trans* Personen vorhanden. Entsprechend unsicher ist der Umgang mit trans* Personen. Besonders prekär ist es in Notfallsituationen, wenn trans* Personen unfreiwillig entkleidet werden müssen.

Konfliktpotentiale entstehen in der Wunschanrede von trans* Personen. Noch problematischer ist die Situation von trans* Personen ohne geschlechtsangleichende und / oder körpermodifizierende Maßnahmen oder ohne geänderten Vornamen bzw. Personenstand. Die äußere Erscheinung, die Kleidung, sekundäre Geschlechtsmerkmale, der Wunsch nach Unterbringung in einem Zimmer mit Menschen des eigenen Identitätsgeschlecht oder die Stimme, die »nicht« zum Identitätsgeschlecht passt, all das bietet viel Potential für Missverständnisse aber auch für Diskriminierungen. Im Sinne einer kultur- bzw. diversitäts- bzw. trans*sensiblen Pflege und der Schaffung diskriminierungsarmer Zugänge zu Gesundheitsdienstleistungen sollten Verbesserungen stattfinden, an der alle Akteur_innen des Gesundheitswesens beteiligt sein sollten.

WÜNSCHE, ÄNGSTE, BEFÜRCHTUNGEN UND BEDARFE VON TRANS* PERSONEN IN ZUSAMMENHANG MIT PFLEGE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Trans* Personen haben neben den Wünschen, die auch alle anderen Menschen an einem menschenwürdige Pflege haben, folgende Wünsche (die Listen sind beispielhaft und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit):

- > Respekt vor sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität
- > Respekt vor dem Körper
- > Wahrung der Selbstbestimmung in Bezug auf den Körper und das Geschlecht
- > Eine gelebte Vielfalt der Pflegenden und Pflegeempfänger_innen
- > Biografische Kenntnisse der Pflegenden über Neigungen, Vorlieben, Interessen, Wünsche, Bedürfnisse, Kommunikation, Glauben, Lebenshaltung der Pflegeempfänger_innen
- > Wissen über Mehrfachdiskriminierungen (Intersektionalität) von trans* Personen im / durch das Gesundheitswesen
- > Diskriminierungsfrei leben zu können
- > Mit einer gendergerechten Sprache angesprochen zu werden



Sie haben Angst vor:

- > Pflegenden können nicht biografisch arbeiten
- > Ablehnung ihres Identitätsgeschlechts
- > Diskriminierung (trans* Personen gehen generell aufgrund von Vorerfahrungen von Diskriminierungen im Gesundheitswesen aus)
- > Misgendering (nicht im gewählten Geschlecht anerkannt zu werden) mit allen seinen Folgen
- > Die Wahlfamilie wird nicht wahrgenommen: Trans* Personen klagen häufig über den Verlust ihrer Ursprungsfamilie und leben deshalb häufig in selbst gewählten Familien (Wahlfamilien), die ein wichtiger Orientierungspunkt sind.
- > Partner_innen werden nicht wahrgenommen und in die Pflege mit einbezogen.
- > Strukturelle Diskriminierungen: In Dokumenten insbesondere Pflegeanamnesen sind nur heteronormative Eintragungen möglich. Die Pflege ignoriert genderqueere Menschen.

»In meiner konkreten Situation als Transmann ohne Aufbau wünsche ich ein Einzelzimmer, sofern die Situation »unterrum freigelegt« werden könnte (z.B. Blasen- Katheder usw.).

Außerdem erachte ich es als selbstverständlich, dass das Thema »trans« geheim bleibt, das Personal aber durchaus Bescheid weiß, dass ich trans* bin, damit es nicht zu überraschenden Situationen kommt. Und natürlich erwarte ich, dass ich als Transmensch mit allem Respekt behandelt werde wie jeder andere Mensch auch.«

J.M., 52 Jahre, trans* Mann

TRANS*SENSIBLE PFLEGE

In Weiterentwicklung von Ropers Pflegemodell umfasst die 10. Lebensaktivität (LA) folgende Themen: Identität, Sexualität und Geschlecht, die dann alle Aspekte von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt enthalten soll. Dazu gehören sowohl heteronormative Lebensentwürfe, als auch alle genderqueeren Lebensweisen, die sich in sexueller und geschlechtlicher Vielfalt widerspiegeln. Eine ausführlichere Darstellung würde allerdings den Rahmen dieser Broschüre deutlich sprengen. Hier soll eine Zusammenfassung der trans*spezifischen Aspekte einer kultur- bzw. diversitätssensibler Pflege stattfinden, die in eine trans*sensible Pflege einfließen. Sie begründen sich in den Wünschen von trans* Personen an das Gesundheitswesen und entsprechen somit deren Bedarfen:

- › Respektvoller Umgang mit trans* Personen
- › Ansprache mit den Wunschnamen und dem Identitätsgeschlecht
- › Respekt vor der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität
- › Anerkennung der sexuellen Orientierung und der geschlechtlichen Identität
- › Beachtung der Schamgrenzen



- › Beachtung der körperlichen Grenzen
- › Psychosomatische Beschwerden und unklare Schmerzzustände ernst nehmen
- › Benutzung der Toiletten und des Zimmers nach dem Identitätsgeschlecht
- › Biografische Kenntnisse der Pflegenden
- › Diskriminierungsfrei leben zu können und Schutz vor Diskriminierung
- › Wahrnehmung und Anerkennung der Wahlfamilie und Partner_innen
- › Unterstützung im Transitionsprozess und Kenntnisse darüber
- › Eine gelebte Willkommenskultur
- › Beiderseitige Begegnung auf Augenhöhe

Auch diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann beliebig erweitert werden. Daneben haben trans* Personen wie alle anderen Menschen auch weitere allgemeine Bedarfe und Wünsche an die Pflege. Diese sollten immer unter trans*spezifischen Aspekten betrachtet werden, weil sie dann eine andere Bedeutung erhalten. Für trans* Personen, die jahrelang versteckt leben mussten, hat der Aspekt »Selbst entscheiden zu kommen« einen anderen Stellenwert als für Menschen, die das nicht mussten. So gibt es eine Reihe von allgemeinen Wünschen wie »Respektieren der Würde«, die im Lichte der Biografie und insbesondere im Lichte einer Trans*Biografie eine andere Gewichtung erhalten, wenn man etwa an Menschen denkt, die jahrelang wegen ihres trans* Seins entwürdigt, diskriminiert oder deprivilegiert wurden. Auch der Wunsch als Person wertgeschätzt zu werden, ist sicherlich ein allgemeiner Wunsch eines jeden Menschen, bekommt aber an dieser Stelle ein sehr hohes Gewicht, wenn man Trans*Biografien betrachtet. Vor allem den Wünschen »mit Respekt behandelt zu werden«, »nicht rigide oder zwanghaft behandelt zu werden oder gar Gewalt angetan zu bekommen«, muss besondere Beachtung geschenkt werden, da trans* Personen in Laufe ihres Lebens auch Gewalterfahrungen gemacht haben können und Zwangsbehandlungen erfahren haben können.

Bei der Pflege von trans* Personen sind deswegen immer alte Traumatisierungen oder sogar Belastungsstörungen zu bedenken, die in der Vergangenheit durch traumatisierende Erlebnisse, Ausgrenzungen oder Diskriminierungen ausgelöst wurden. Heute wissen wir aus der Hirnforschung nach Günther et al., 2019, dass der Körper auf sozialen Stress ähnlich wie auf körperliche Misshandlungen reagiert.

Ganz besonderes Wissen und Fähigkeiten sind um Umgang mit dementiell erkrankten trans* Senior_innen nötig. Bei diesen kann es passieren, dass sie beispielsweise eine Transition durchgemacht haben, dieses möglicherweise aber vergessen haben oder sich ungewollt outen, Trans* zu sein. Hier ist es die Aufgabe der Pflege mit Wissen und Verständnis um die Bedarfe von dementiell erkrankten trans* Senior_innen eine Atmosphäre der Wertschätzung zu schaffen, in der sich die trans* Senior_innen wertgeschätzt und angenommen fühlen.

BASICS FÜR EINE TRANS*SENSIBLE PFLEGE © 2020, BY ILKA CHRISTIN WEISS

Folgende 12 Basics für eine trans*sensible Pflege können direkt in die Pflegepraxis eingebunden und mit dem Pflegeprozess umgesetzt werden. Sie dienen aber auch dem Abbau von Unsicherheiten und Ängsten auf Seiten der Pflegenden und einer Verbesserung des Verständnisses für die Lebenssituation von trans* Personen.

1. Respektvoller Umgang mit trans* Menschen.
2. Eigene Unsicherheiten und Ängste offen ansprechen.
3. Fragen mit Bedacht stellen. Unnötige Neugierde vermeiden.
4. Respektieren der Selbst-Identifikation / des Identitätsgeschlechts.
5. Anrede mit dem Pronomen und dem Namen des Identitätsgeschlechts.
6. In Absprache mit der trans* Person: Zusammenlegung mit Patient_innen des Identitätsgeschlechts oder Einzelzimmer oder Zweibettzimmer mit gesperrtem zweitem Bett oder Benutzung eines Vorhangs zwischen den Betten. Intimsphäre aller Patient_innen wahren.
7. Bei Diskriminierungen durch den_die andere_n Patienten_in, wird dieser_diese verletzt.



8. Benutzung der Toilette des Identitätsgeschlechts sicherstellen.
9. Vorsicht beim Entkleiden.
10. Bougieren der Neo-Vagina kann eine Pflegehandlung werden.
11. Umgang mit Klitorispenoid oder Penoidaufbau kann eine Pflegehandlung werden.
12. Zwangsouten vermeiden.

Eine Ausarbeitung der einzelnen Punkte ist aktuell in Arbeit und soll demnächst veröffentlicht werden, genauso wie ein pflegerisches Assessment zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt.

Somit möchte ich mich der Stellungnahme der Bundesvereinigung Trans* e.V. von 2017 anschließen, die da lautet: »Um die Diskriminierung von trans* Menschen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu beenden, müssen zeitnah Aus- und Fortbildungsprogramme für alle medizinische, therapeutische und pflegerische Berufe entwickelt und implementiert werden«.

Ilka Christin Weiß, Examinierter Krankenschwester, Dozent*in für trans*sensible Pflege, Autor*in Zertifizierte Berater*in für transgeschlechtliche Menschen (Akademie Waldschlösschen, Göttingen)

BEITRAG VON DORO*THEA GIESCHE-VON RÜDEN

ALTE INTERGESCHLECHTLICHE MENSCHEN

Alle Menschen haben ganz unterschiedliche Geschlechter und Körper – also geschlechtliche Körperlichkeiten – mit denen sie geboren wurden. Die Aussagen von Mediziner*innen und Hebammen haben zumeist die geschlechtliche Einordnung der Babys im Standesamt verursacht, in dem sie ein Geschlecht zugewiesen haben. Durch ihre eigene binäre Geschlechtervorstellung begann ihr Eingriff in gesunde unterschiedliche Babykörper. Aber: Wir intergeschlechtlichen Menschen sind – wie alle anderen Menschen auch – geboren mit körperlichen Variationen.

Seit dem 19. Jahrhundert ist die Medizingeschichte eine Geschichte der Pathologisierung von intergeschlechtlichen Menschen. Diese gesellschaftlichen Praktiken lassen sich am Beispiel der Wanderzirkusse verdeutlichen. Dort wurde die »Frau mit Bart« und andere Menschen, die von der verinnerlichten Norm abwichen, zu bestaunten Objekten gemacht.

DYADISCHE UND CIS-DOMINANZ

Eine machtvolle gewaltvolle Norm wurde in der Medizin im 19. Jahrhundert konstruiert, die Norm der binären oder zweigeschlechtlichen Welt, das ist cis*-Normativität, noch älter ist Heteronormativität. Alles, was von der cis-Norm abweicht, wird bekämpft wie besonders nicht-binäre und trans*geschlechtliche Menschen oder zwangsangepasst wie intergeschlechtliche Menschen.

MEDIZIN

Seit den 1950er Jahren wurden in westlichen Ländern, zunehmend sichtbar intergeschlechtliche Säuglinge operiert. Noch 2018 hat Ulrike Klöppel u. a. in einer Studie geschrieben, dass jährlich in Deutschland mehr als 1.000 intergeschlechtliche Babys und Kinder operiert werden. Das ist seit Jahrzehnten unverändert. Der amerikanische Sexualwissenschaftler John Money steht namentlich für die Geschichte der menschenrechtsverletzenden verstümmelnden Operationen und Behandlungen an Babys und Kindern, die bei ihm den systematischen Anfang nahm und weitergeht.

1994 hat eine Konsenskonferenz von Mediziner*innen in Chicago einen Katalog an Diagnosen über intergeschlechtliche Menschen erstellt. Dieser Katalog ist in Erweiterung weltweit weiterhin Grundlage medizinischen Denkens und Handelns.¹⁷

GESELLSCHAFT-GESETZE

Am 10. Oktober 2017 erreichte eine intergeschlechtliche klagende Person vor dem Bundesverfassungsgericht, dass das Personenstandsgesetz geändert werden musste. Eine dritte positive, gleichberechtigte Geschlechtsoption neben männlich, weiblich und keinem Geschlecht im Geburtsregister wurde geschaffen, mit der ein Geburtseintrag divers vorgenommen werden bzw. geändert werden kann. Das war ein Schritt in Richtung der gleichberechtigten Anerkennung aller Geschlechter. Das Gesetz, die Novelle des Personenstandsgesetzes vom 14. Dezember 2018, regelte die Einführung der Geschlechtsoption divers in der Geburtsurkunde. Dennoch ist die Anerkennung einer menschenrechtlichen Gleichheit, Gleichberechtigung und Gleichbehandlung von allen Geschlechtern immer noch eine Zukunftsvision.¹⁸

¹⁷ In den USA entwickelte sich die Internationale Vereinigung intersexueller Menschen aus einem Weggang intergeschlechtlicher Menschen von der nationalen Intersexuellen-Organisation. Diese neue internationale Organisation intergeschlechtlicher Menschen (OII) wurde später nach Australien, Europa und Afrika getragen. Mittlerweile gibt es intergeschlechtliche Organisationen in sehr vielen Ländern.

In Deutschland gibt es also die Gruppe intergeschlechtlicher Menschen, die sich selbstständig organisieren und vertreten (OII Germany oder IVIM) und zweitens die Organisation intersexuelle Menschen e. V., die als Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen, namentlich den xy-Frauen und den Selbsthilfegruppen der Eltern von intergeschlechtlichen Kindern mit einem eigenen Peerberatungskonzept intergeschlechtliche Menschen beraten und vertreten.

¹⁸ Intergeschlechtlichkeit wurde im Personenstandsgesetz vom 22.12.2018 vom Gesetzgeber als Variante der Geschlechtsentwicklung definiert. Intergeschlechtliche Menschen könnten damit den Personenstand »divers« erhalten, wenn sie ein ärztliches Schreiben oder eine eidesstattliche Erklärung abgeben zu ihrer Variante der Geschlechtsentwicklung.

INTERGESCHLECHTLICHKEIT IST KEINE KRANKHEIT

Intergeschlechtlichkeit oder Inter* oder Intersexualität bezeichnet Variationen der geschlechtlichen Körperlichkeit eines Menschen. Das sind Variationen der Chromosomen, der Gene, der Genitalien und / oder der Hormone. Genauso wie die Größe, die Hautfarbe oder Sommersprossen die Menschen unterscheiden.

Schätzungen sagen, dass rund 1,7 bis 3 Prozent aller Menschen intergeschlechtlich sind. In Deutschland leben somit mindestens eine Million intergeschlechtliche Menschen, also fast doppelt so viele Menschen wie das Bundesland Bremen Einwohner*innen hat.

Im Regenbogenportal des BMSFJ heißt es: Was ist »körperliches Geschlecht«? Alle Menschen haben ein körperliches Geschlecht mit Variationen. Manche Variationen werden als männlich, manche als weiblich beschrieben. Bei intergeschlechtlichen Menschen sind alle vier Bereiche genauso da, sie unterscheiden sich jedoch in den Variationen und manchmal im Aussehen, also im Phänotyp.

Die Biologie unterscheidet mindestens vier Teilbereiche von Geschlecht:

- das chromosomale Geschlecht: Hier ist die Kombination von X- und Y-Chromosomen ausschlaggebend. Die Kombinationen XX und XY sind am weitesten verbreitet. In den meisten Fällen entwickelt sich daraus ein als weiblich (XX) oder ein als männlich verstandener Körper (XY). Andere Kombinationen sind beispielsweise XXY (mit einem zusätzlichen X-Chromosom), oder XO (mit einem X-, aber keinem weiteren Geschlechtschromosom).
- das gonadale Geschlecht: Dieses bezieht sich auf die Keimdrüsen – also Hoden oder Eierstöcke oder Keimdrüsen, die hoden- und eierstocktypisches Gewebe enthalten.
- das morphologische Geschlecht: Es bezeichnet sowohl die sogenannten primären Geschlechtsmerkmale (Penis, Eierstöcke, Hoden oder Vagina) als auch die sogenannten sekundären Geschlechtsmerkmale (etwa Fettverteilung oder Bartwuchs) und die tertiären Geschlechtsmerkmale (wie Körperbau oder -größe).
- das hormonelle Geschlecht: Es beschreibt die Konzentration von Sexualhormonen wie Progesteron, Androgenen und Östrogenen.

Intergeschlechtliche Menschen sollen stets und zuerst selbst befragt werden. Der Deutsche Zweig der internationalen Vereinigung von intergeschlechtlichen Menschen IVIM (oder OII) benennt es so: Wichtigste Forderung von IVIM ist, dass die Angelegenheiten intergeschlechtlicher Menschen nicht länger der Definitions- und Entscheidungsmacht der Medizin überlassen bleiben dürfen: Intergeschlechtlichkeit ist kein medizinisches Problem! Stattdessen sind intergeschlechtliche Menschen als die eigentlichen Expert_Innen anzuerkennen in der Frage, wie der medizinische und allgemein der gesellschaftliche Umgang mit Intersexualität verändert werden kann.

Die konstruierte Zweigeschlechtlichkeit im Kopf und in der Wahrnehmung ist ein erlerntes Verhalten von Ärzt*innen, Hebammen und Eltern. Es muss erst »verlernt« werden. Intergeschlechtliche Menschen sind vielfältig und gesund, unterscheiden sich immer und überall und lebenslang. Bei manchen ist eine Variation der geschlechtlichen Körperlichkeit auch bei der Geburt sichtbar. Das sollten alle Menschen, die im Gesundheitswesen mit Menschen arbeiten, verstehen. Menschen sollten nicht als Babys und Kinder kosmetisch operiert oder mit Hormonen traktiert werden. Sie haben ein Recht auf eigene Entscheidungen zu dem, was sie brauchen oder auch nicht und das ein Leben lang, also gerade auch als Alte.

INTER* IM ALTER

Intergeschlechtliche Alte haben oft eine medizinische Lebensleidensgeschichte. Sie sagen nicht, was sie sind. Sie haben von frühester Kindheit und Jugend an erlebt, wie sie ausgegrenzt und diskriminiert wurden. Vielleicht wurden sie auch »nur« bestaunt und beforscht und medizinisch »behandelt«. Medizinische Behandlungen wie Operationen und Hormongaben haben viele Inter* erst krank gemacht. Solche uneingewilligten Behandlungen will niemand mehr und viele schweigen zu dem, was ihnen angetan wurde. In einer Situation, in der sie gepflegt werden, können traumatische Erfahrungen mit medizinischen Behandlungen wieder wach werden. Inter*s können retraumatisiert werden.

Viele intergeschlechtliche Menschen leiden ihr Leben lang unter Minority Stress. Sie sind Teil einer Gruppe von Menschen, die in der Gesellschaft verletzlich sind für psychischen Stress, als intergeschlechtliche Minderheit diskriminiert zu werden. Minority Stress ist eine Folge von persönlichen Diskriminierungserfahrungen als intergeschlechtliche Menschen. Sie mögen dann beispielsweise auch Stoffwechsellkrankheiten in höherem Ausmaß entwickelt haben, als die Mehrheitsgesellschaft, oder hohen Blutdruck, Angststörungen und Depressionen.

Außerdem belegen viele Studien, dass Angehörige einer Minderheit oft ärmer sind und in einer prekären finanziellen Situation leben, das trifft häufig auch auf intergeschlechtliche Alte zu.

Intergeschlechtliche Alte werden intersektional beschrieben als vielfach Ausgegrenzte oder Diskriminierte. Sie sind intergeschlechtlich (1), sie werden als intergeschlechtliche Menschen oft weiblich (2) gelesen (d.h. Sie werden als Frauen betrachtet, selten auch als Männer), sie gehören zu den Alten (3) und sie sind möglicherweise auch lesbisch oder schwul (4) lebende Alte und mögen Behinderungen (5) haben oder erworben haben und mögen migriert (6) oder People of Colour sein. Das sind weitere Merkmale, die in der Mehrheitsgesellschaft stigmatisiert sind und zu Diskriminierungen führen oder lebenslang geführt haben, die alle zu einer materiell prekären Situation hinzukommen.

Viele haben gelernt, sich als Frau oder Mann mit diesem oder jenem Syndrom zu sehen. Sie möchten so behandelt und gesehen werden. Ihre Intergeschlechtlichkeit ist etwas, das sie ablehnen oder nicht nutzen oder nicht sehen.

Intergeschlechtliche Alte sind eine kleine Gruppe, die vielleicht besondere Bedürfnisse haben und entwickeln. Vielleicht werden sie auch als »Alte« in der binären zweigeschlechtlichen Ordnung und Norm eingeordnet und behandelt und sind zufrieden damit. Ihr so sein und ihre Entscheidung zählt.

Wenn sie in eine Pflegesituation kommen, weil sie selbstständig Dinge nicht oder nicht mehr tun können, dann fallen sie vielleicht nicht auf und haben bestenfalls eine gute Pflege. Ihre Intergeschlechtlichkeit ist vielleicht auf den ersten und zweiten Blick nicht sichtbar und sie haben keine zusätzlichen medizinischen Schädigungen. Andere intergeschlechtliche Menschen sollten besonders sensible Pflege erhalten, denn sie haben viele sehr negative Erfahrungen in der Pflege und seitens der Mediziner*innen gemacht.

Erst in einer wertschätzend respektierten, materiell sicheren Situation und Umgebung können sich intergeschlechtliche alte Menschen offen dazu äußern, was sie brauchen und was sie sind.

»Als gleichwertiger Mensch behandelt werden. Am besten zusammen mit »meinesgleichen« sein, d.h. queer, trans Enby. Richtiger Name, richtige Anrede. Weiterbildung der Kräfte in Bezug auf trans Körper, notwendige Medikation, Unterschiede zu cis Körpern.«

Kai, 55 Jahre, trans* Enby

ZENTRAL WICHTIG FÜR PFLEGENDE BEI INTERGESCHLECHTLICHEN ZU PFLEGENDEN GILT:

Intersexuelle Menschen brauchen im Alter ALLES, was einen Menschen ausmacht: Wir möchten im Alter gefragt werden, Bedürfnisse und Gefühle sollen respektiert werden. Auch unsere Sexualität soll wertgeschätzt, also mindestens als gleichwertig anerkannt werden.

- > Niemand, der*die behandelt oder pflegt, soll aus der Körperlichkeit rückschließen, was eine andere Person ist und braucht.
- > Niemand soll annehmen, zu wissen, was das Richtige für eine andere Person ist und wo persönliche Grenzen sind.
- > Alle möchten erst einmal gefragt werden.
- > Wenn eine Person nicht mehr sprechen kann, sollte jede pflegende Person von der eigenen Würde, den eigenen Bedürfnissen ausgehen und individuell auf sie eingehen. Sie kann die Körpersprache der Person sehen und hören und verstehen.
- > Pflegende sollten dafür sensibilisiert werden. Es ist erlernte Wahrnehmung und Einordnung, die zu stigmatisierendem Verhalten führt.

- > Biografisch arbeiten und personenzentriert sind zwei Stichworte, die in einer authentischen, respektvollen und wertschätzenden Pflege ein gleichwertiges, gleichberechtigtes konstruktives miteinander Umgehen von Pflegenden und Gepflegten kennzeichnen.
- > Pflegende müssen erst einmal sich selbst gut kennen. Kennen sie ihre eigenen Grenzen und ihre Erwartungen an andere Menschen? Nur dann sind sie in der Lage, jeden als gleichwertigen Menschen zu respektieren und behandeln. Nur dann können sie intergeschlechtlichen Menschen begegnen ohne sie zu bewerten, einzuordnen oder verändern zu wollen.
- > Pflegende müssen informiert handeln und brauchen dazu medizinisches Wissen über Intergeschlechtlichkeit.
- > Sie sollten diskriminierungssensibel sein. Sie sollten Menschen sein, die sich ihrer Privilegien (manche sind vorübergehende Privilegien, denn beispielsweise Alter ist eine Lebensphase, die potentiell allen bevorstehen wird) und Vorzüge (der Jugend, der Fähigkeiten etc.) bewusst sind. Sie sollten sie nicht in einer exklusiven und dominanten Art benutzen gegen die zu Pflegenden.
- > Sie sollten ihre Fähigkeiten und Privilegien teilen und die gepflegte Person entscheiden lassen, wo immer das in einer Pflegebeziehung möglich ist.



- > Sie sollten kultursensibel sein. Sie sollten sich der kulturellen Verschiedenheit der – zunächst einmal eigenen – individuellen Kultur und ihrer kulturellen Prägungen bewusst sein. Kulturelle Verschiedenheit heißt auch individuelle Einzigartigkeit. Das ist ein positiver Wert. Sie sollten Kultur bei sich und anderen wahrnehmen und wertschätzend respektieren.
- > Sie sollten immer transparent machen, was sie warum machen, damit zeigen sie Respekt und dann geht ihr Gegenüber, die gepflegte Person, auch respektvoll mit ihnen um. Sie sollten sich sozusagen vorbildhaft verhalten. Das verändert die Atmosphäre in einer Pflegesituation und Pflegebeziehung.

CHECKLISTE: QUEERSENSIBILITÄT IN DER PFLEGE

»Gute Pflege« für LGBTIQ* berücksichtigt die spezifischen Bedürfnisse und individuellen Lebenssituationen von queeren Menschen in ihren Pflegeangeboten. Sie sensibilisiert sich für besondere Gesundheitslagen und -risiken, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen und damit verbundene Vertrauensverluste und Bewältigungsstrategien von LGBTIQ*.

Die folgende Checkliste¹⁹ dient als Anregung und Orientierungshilfe für Pflegeeinrichtungen und -anbieter, um einzuordnen wie queersensibel sie ausgerichtet sind bzw. wie sie sich LSBTIQ* freundlich ausrichten können.

¹⁹ In Anlehnung an: Diversity Check vom Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®, www.qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt.de

EINRICHTUNGSKULTUR UND KOMMUNIKATION

- > Diversitäts- und kultursensible Pflege ist im Leitbild verankert. Das Leitbild ist allen Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und ihren Angehörigen bekannt.
- > Räumlichkeiten und Informationsmaterial der Einrichtung spiegelt eine LSBTIQ* Willkommenskultur wider.
- > Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen haben Zugang zu LSBTIQ* Informationsmaterial und Medien.
- > Bewohner*innen werden bei der Kontaktsuche von LSBTIQ* Organisationen unterstützt.
- > Es gibt eine Kooperation mit Organisationen, die Informationen, Beratungen, Veranstaltungen und Unterstützung zum Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt anbieten.
- > Bei Aktivitäten werden Interessen queerer Bewohner*innen berücksichtigt.
- > Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen können offen über (ihre) sexuelle und geschlechtliche Identität sprechen.
- > Bewohner*innen werden konsequent mit ihrem Wunschnamen und dem gewünschten Pronomen angesprochen.



- > Die Vielfalt, in der sich Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen in ihrer jeweiligen Geschlechtsidentität ausdrücken (Kleidung, Körpersprache, Frisuren etc.) wird unterstützt.
- > Die Mitarbeiter*innen sind in gendersensibler und queersensibler Sprache geschult und wenden diese konsequent an.
- > In Aufnahmegesprächen werden Angaben zu Identität, Geschlecht und biografische Aspekte offen, respektvoll und wertschätzend erfragt.
- > In Formularen werden mehrere Geschlechtsangaben ermöglicht (weiblich, männlich, divers, ohne Eintrag).
- > Bewohner*innen werden auf Wunsch im Coming out und / oder Transitionsprozess unterstützt.
- > Bewohner*innen haben das Recht, ihre Sexualität auszuüben. Hierfür werden Möglichkeiten für ein ungestörtes Zusammensein geschaffen.
- > Es gibt genderneutrale Toiletten.

ANTIDISKRIMINIERUNGSKULTUR

- > Es wird aktiv dazu beigetragen, dass die Einrichtung auch für LSBTIQ* Bewohner*innen ein sicherer Ort ist.
- > Es wird ein diskriminierungsfreier Umgang mit allen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen gepflegt.
- > Es gibt Strategien, um queere Bewohner*innen / Angehörige / Freund*innen vor Diskriminierung zu schützen.
- > Es gibt eine Vertrauensperson für queere Bewohner*innen.
- > Es gibt ein Beschwerdemanagement für Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen.
- > Es gibt in regelmäßigen Abständen Zufriedenheitsbefragungen der Bewohner*innen, in der auch queere Aspekte erfasst werden.

QUEERSENSIBLE PFLEGE

- > Queersensibilität ist ein Kriterium bei der Einstellung neuer Mitarbeiter*innen.
- > Es gibt regelmäßig Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema Queersensible Pflege / LSBTIQ* Lebensweisen.
- > Es gibt Mitarbeiter*innen mit spezifischen Kenntnissen:
 - > in der Versorgung von gleichgeschlechtlich lebenden Bewohner*innen
 - > in der Versorgung von Menschen mit HIV / Aids
 - > in der Versorgung von trans*- und intergeschlechtlichen Bewohner*innen
- > Es gibt Mitarbeiter*innen mit Kenntnissen über Auswirkungen von Demenz auf die sexuelle und geschlechtliche Identität.
- > Die Mitarbeiter*innen haben Kenntnisse über besondere Gesundheitsrisiken und Belastungserfahrungen älterer LSBTIQ*, u. a. psychische und körperliche Traumata.
- > Bewohner*innen und (Wahl-)Angehörige werden bei der Pflegeplanung miteinbezogen.
- > (Wahl-) Angehörige können bei Bedarf pflegerische Aufgaben übernehmen.



- > Bewohner*innen können mitentscheiden, welche Mitarbeiter*innen bei ihnen Grund- und Behandlungspflege, insbesondere im Intimbereich machen.
- > Bewohner*innen können in der Sterbephase von Personen ihrer Wahl begleitet werden.

Für eine umfangreiche Checkliste, auch für ambulante Pflegeanbieter siehe auch:

Lebensort Vielfalt® - Qualitätssiegel,
www.qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt.de

Das Lebensort Vielfalt® – Qualitätssiegel ist eine Auszeichnung, die stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste erhalten, die in struktureller, organisationspolitischer und personeller Hinsicht Voraussetzungen schaffen, sexuelle und geschlechtliche Minderheiten zu integrieren. Das Qualitätssiegel wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Mit der Möglichkeit eines stationären und ambulanten Diversity Check.

ERLÄUTERUNGEN

Coming out Beschreibt den (oft schwierigen, langen) Prozess vor sich selbst, den Freund*innen und der Familie zu der eigenen sexuellen Orientierung und / oder Geschlechtsidentität zu stehen und sie nach innen und nach außen zu zeigen und anzunehmen.

Coming out (geschichtlich) Meinte zunächst »Coming out of the closet« und wurde durch die Stonewall-Revolte im Juni 1969 geprägt, als sich erstmals trans*Personen, Schwule und Lesben gegen brutale Übergriffe der Polizei zu Wehr setzten. Im Anschluss daran wurden Forderungen laut, die eigene sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität öffentlich zu machen (Going Public) und diese nicht mehr z. B. in der Schule, auf der Arbeit oder vor den Eltern zu verstecken.

Christopher Street Day (CSD) Jährlich stattfindende Parade und Feste, die an die Stonewall-Revolten im Juni 1969 erinnern sollen. Die heutigen CSDs greifen aktuelle politische Forderungen der Community auf und versuchen sie lautstark und sichtbar in die Öffentlichkeit zu tragen.

Community Gemeinschaft von Menschen, die durch ein Zusammengehörigkeitsgefühl oder durch gemeinsame Interessen miteinander verbunden sind. Die Community kann für LSBTIQ* eine (Wahl-)Familie darstellen, mit hoher emotionaler Bedeutung.

Diskriminierung Benachteiligung, Herabwürdigung oder Ungleichbehandlung von einzelnen Personen oder Gruppen. Eine Ungleichbehandlung wird dann zur Diskriminierung, wenn die schlechtere Behandlung in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder mit einem speziellen Persönlichkeitsmerkmal – wie z. B. Geschlecht, soziale oder ethnische Herkunft, Sprache, Religion, politische Überzeugung, Alter, Behinderung, sexuelle Orientierung oder Geschlechtsidentität steht.

Mehrfachdiskriminierung LSBTIQ* erfahren Diskriminierung nicht nur aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und / oder ihrer (oder mehreren) geschlechtlichen Identität(en). Als Person haben sie immer auch eine Herkunft, eine Hautfarbe, einen Körper mit einer bestimmten Befähigung oder Beeinträchtigung oder Zugehörigkeiten. Sie gehören zu mehreren gesellschaftlichen Gruppen, sind also mehrfachzugehörig. Identitäten und Zugehörigkeiten sind fast immer mit Machtverhältnissen in der Gesellschaft verbunden. Anhand dieser Zugehörigkeiten verteilen sich gesellschaftlich Chancen und der Zugang zu Ressourcen, wie Bildung, Arbeit, Wohnraum.

Eingetragene Lebenspartnerschaft (2001) Einführung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft (ELP). Durch das Lebenspartnerschaftsgesetz wird für gleichgeschlechtliche Partnerschaften erstmals eine rechtliche Grundlage geschaffen, zunächst jedoch in deutlicher Abgrenzung zur Ehe. Nach und nach werden die Rechte der ELP denen eines Ehepartners weitgehend angeglichen. Ein gemeinsames Adoptionsrecht als Paar, wie es für die heterosexuelle Ehe gilt,

wird jedoch verweigert. Die Eingetragene Partnerschaft wird 2017 von der »Ehe für alle« abgelöst.

Ehe für alle (2017) Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare. Damit verbunden ist erstmals das gemeinsame Adoptionsrecht. Seit 1. Oktober 2017 steht gleichgeschlechtlichen Paaren nur noch die Eheschließung zur Verfügung. Vor 2017 geschlossene Lebenspartnerschaften bestehen weiter und können auf Wunsch in eine Ehe umgewandelt werden. Jedoch hat das »Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts« an dem sogenannten Abstammungsrecht nichts geändert.

HIV HIV ist eine Abkürzung und bedeutet »Humanes Immundefizienz-Virus« (menschliches Abwehrschwäche-Virus). HIV schädigt die körpereigenen Abwehrkräfte – das Immunsystem. So kann der Körper eindringende Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen. Im schlimmsten Fall treten dann bestimmte lebensbedrohliche Erkrankungen auf, zum Beispiel schwere Lungenentzündungen. Dann spricht man von **AIDS**. Auch das ist eine Abkürzung, es bedeutet »Acquired Immune Deficiency Syndrome« (Erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom). Gegen HIV gibt es heute sehr wirkungsvolle Medikamente. Sie verhindern die Vermehrung des Virus im Blut. Dank dieser Medikamente können die meisten HIV-infizierten Menschen heute lange Zeit mit dem Virus leben, ohne an Aids zu erkranken.

Homophobie / Transphobie / Interphobie Formen der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit, bei der sich Vorurteile, Ablehnung und Aggression gegen LSBTIQ* richtet bis hin zu aktiver Diskriminierung, verbaler und körperlicher Gewalt.

Regenbogenfamilien Für gewöhnlich wird von einer Regenbogenfamilie gesprochen, wenn sich in einer Familie mindestens ein Elternteil eine lesbische, schwule, bisexuelle, trans* oder inter*Identität zuschreibt. Also Familien, in der die Eltern jenseits der zweigeschlechtlichen oder heterosexuellen Norm leben.

Regenbogenfahne Der US-amerikanische Künstler Gilbert Baker entwarf die Regenbogenfahne 1978. Sie hat sich seitdem zu dem bekanntesten Symbol der queeren Bewegung weltweit entwickelt.

Wahlfamilie Vor allem ältere LSBTIQ*-Personen haben von ihrer Herkunftsfamilie Ablehnung erfahren bzw. haben seltener eigene Kinder als ältere heterosexuelle Menschen. Für LSBTIQ* sind daher Freund*innen, die sogenannte Wahlfamilie, häufig das wichtigste Unterstützungssystem.

WEGWEISER

BREMEN UND UMLAND

Beratungsstelle im Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e. V.

Theodor-Körner-Straße 1, 28203 Bremen
Telefon: 0421/ 70 41 70
www.ratundtat-bremen.de
beratung@ratundtat-bremen.de
Telefonische und persönliche Beratung, Fortbildungen und Informationen zu queeren Leben

Café KWEER

www.ratundtat-bremen.de/CafeKweer
Das KWEER ist der Treffpunkt im Rat&Tat-Zentrum

Trans*Recht e. V.

c / o Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e. V.
Theodor-Körner-Straße 1, 28203 Bremen
www.trans-recht.de
info@trans-recht.de

Rechtsberatung, Peerberatung, Rechtskostenzuschüsse, solidarische Unterstützung für Trans* Menschen
Monatliche offene Sprechstunde (Termine siehe Homepage)

Trans*Net OHZ

www.transnet-ohz.de,
Telefon: 0176 / 73 54 54 66, Ilka Christin Weiß

Netzwerk / SHG Trans* im Landkreis Osterholz Trans*, Angehörige, Freund*innen, und Unterstützer*innen

Ans andere Ufer

Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e. V.
Theodor-Körner-Straße 1, 28203 Bremen
www.ans-andere-ufer.de

Männergruppe für das späte Coming Out. Für Singles, Paare, schwule Ehemänner und schwule Väter
> Treffen am 2. Dienstag im Monat, 20:00 Uhr

LAV Bremen - Lesben ab Vierzig

c / o belladonna e. V.
Sonnenstraße 8, 28203 Bremen,
Telefon: 0421 / 24 69 629

Gruppe für Lesben ab 40 Jahren
> Treffen am 2. Sonntag im Monat ab 17:00 Uhr

Besuchsdienst für Lesben

LBesuchHB@gmx.de
Telefon: 0177 / 89 191 47
Regelmäßige Besuche, Gespräche, Begleitung zu Konzerten, ins Kino oder zu Lesben und Frauenveranstaltungen, im Internet surfen oder ein Buch vorlesen

Offener Trauertreff

lesbenundtrauer@web.de
Für Lesben, die ihre Partnerin durch Tod verloren haben

AIDS Hilfe Bremen e. V. Zentrum für Suchterkrankungen und sexuelle Gesundheit

Sielwall 3, 28203 Bremen
Telefon: 0421 / 33 63 63 – 0
www.aidshilfe-bremen.de
Betreuung und Beratung, Aufklärungsprojekte,
Schnelltestangebot (HIV-, Hepatitis, Syphilis)

BUNDESWEIT

Dachverband Lesben und Alter e. V.

Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin
Telefon: 030 / 55 24 93 84
www.lesbenundalter.de

BiNe – Bisexuelles Netzwerk

www.bine.net

Queere Pflege

Portal für LGBT-Queer Pflegebedürftige, Pflegekräfte
und - anbietende sowie pflegende Angehörige
www.queer-pflege.de

BISS – Bundesinteressenvertretung schwule Senioren e. V.

Lindenstraße 20, 50674 Köln
Telefon: 0221 / 29 49 24 17
www.schwuleundalter.de

LSVD – Lesben- und Schwulenverband

www.lsvd.de, lsvd@lsvd.de

dgti e. V. – Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Postfach 1605, 55006 Mainz
Telefon: 0151 / 75 04 94 94
www.dgti.org

Bundesverband Trans* e. V. (BVT*)

Schiffbauerdamm 8, 10117 Berlin
Telefon: 030 / 23 94 98 96
www.bundesverband-trans.de
info@bv-trans.de

Intersexuelle Menschen e. V.

www.intersexuelle-menschen.net
peerberatung@im-ev.de
Peer-to-Peer-Beratung für intergeschlechtliche Menschen /
DSD und deren Angehörige

Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen – OII Germany e. V.

(auch IVIM / OII-Deutschland)
c / o OII Europe, Heidelberger Straße 64, 12435 Berlin
www.oii germany.org
kontakt@oii germany.org

QueerHandicap e. V.

www.queerhandicap.de
Forum für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und
Queer* (=LSBTIQ*) mit Behinderungen und chronischen Er-
krankungen. Regionale Beratungsangebote, auch in Bremen

Deutsche Aidshilfe e. V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Telefon: 030 / 69 00 87 0
www.aidshilfe.de
Alle Informationen rund um HIV, Aids und Geschlechtskrank-
heiten. Viele kostenlose Materialien und Beratungsangebote

ERGÄNZENDE LITERATUR UND DOKUMENTATIONEN

Zeyen, T.-L., Lottmann, R., Brunnett, R., Kriegelmann, M. (Hg.) (2020):

LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für
Pflege und Soziale Arbeit

Cüppers, M., Domeier, N. (Hg.) (2018):

Späte Aufarbeitung. LSBTTIQ-Lebenswelten im deutschen Südwesten

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rhein- land-Pfalz (2018):

Pflege unterm Regenbogen. Über den
Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und
intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege

Schwulenberatung Berlin (2020):

Weil ich so bin, wie ich bin...Inklusion sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in
der Pflege. Ein Praxisleitfaden für stationäre und ambulante
Dienste.

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E., Rommel, A. (2020):

Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und
intergeschlechtlichen Menschen. In: Journal of Health Moni-
toring, 2020, 5(S1), Robert-Koch-Institut, Berlin

Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V. (Hg.) (2019):

BISS – Index – gute Pflege. Diversitymerkmale
einer »guten Pflege« für lesbische Frauen, schwule Männer
und Menschen mit HIV.

Schwulenberatung Beratung GmbH (Hg.) (2019):

»Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?«. Diskriminierung von
LSBTIQ* im Gesundheitssystem in Berlin.

BVT* – Bundesvereinigung Trans* (Hg.) (2017):

Policy Paper Gesundheit des Bundesverbandes Trans*. Trans* –
Gesundheitsversorgung Forderungen an die medizinischen
Instanzen und an die Politik. Berlin, Eigenverlag

Günther, M., Teren, K., Wolf, G., (2019):

Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen. Handbuch für die
Gesundheitsversorgung. Ernst Reinhard Verlag, München

Timmermanns, S., Böhm, M. (Hg.) (2020):

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Interdisziplinäre Perspektiven aus
Wissenschaft und Praxis. Beltz Juventa

Weiß, I. C. (2019):

Trans* in der Pflege. In: Naß, A., Rentzsch, S., Rödenbeck, J., Deinbeck M. (Hrsg.). Empower-
ment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlecht-
lichen Menschen: Geschlechtliche Vielfalt (er)leben – Band II
(S. 63 –79). Psychosozialverlag, Gießen

Anne Fausto Sterling (2000):

Sexing the Body, Gender politics and the construction of sexuality, Basic Books, USA

Heinz Jürgen Voß (2011):

Geschlecht – wider die Natürlichkeit, Schmetterlings Verlag

Heinz Jürgen Voß (2012):

Geschlechterdschungel, Unrast Verlag,

Elisa Barth, Ben Böttger, Dan Christian Ghattass,

Ina Schneider (Hg.) (2013): Inter – Erfahrungen interge-
schlechtlicher Menschen in der Welt der zwei Geschlechter,
No-No Verlag, Berlin

Intersexuelle Menschen e. V. (2020):

Fakten zu Interge-
schlechtlichkeit: Mit welcher Identität und welchem Perso-
nenstandseintrag leben intergeschlechtliche Menschen?

Katinka Schweizer, Franziska Brunner, Susanne

Cerwenka, Timo O. Nieder, Peer Briken (Hg.) (2014):
Sexualität und Geschlecht, Psychosozial Verlag, Gießen

OII Europe (Deutsch-Englisch) (2015):

Menschenrechte und Intergeschlechtliche Menschen, Zentrum für transdiszi-
plinäre Geschlechterstudien, Bulletin Texte 42

Ulrike Klöppel u. a. (2016):

Zur Aktualität kosmetischer Operationen »uneindeutiger« Genitalien im Kindesalter,
Humboldt Universität, Berlin

Katinka Schweizer, Fabian Vogler (Hg.) (2018):

Die Schönheiten des Geschlechts, Intersex im Dialog,
Campus Verlag

Christopher Sweetapple (ed.) (2018):

The queer Inter-
sectional in contemporary Germany, Psychosozial Verlag,
Universität Merseburg

IMPRESSUM

HERAUSGEGEBEN VON

Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Soziales, Jugend,
Integration und Sport (SJIS)
Referat 21 »Bürgerschaftliches Engagement,
Familienförderung und -politik, LSBTIQ*«
Bahnhofplatz 29
28195 Bremen
www.soziales.bremen.de

KOORDINIERUNG | REDAKTION

Annette Mattfeldt und Caro Schulze
Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e.V.
Theodor-Körner-Straße 1 / 28203 Bremen
www.ratundtat-bremen.de

GESTALTUNG

Uta Ratz, Bremen

MITWIRKENDE | CO-AUTOR*INNEN

Arno Oevermann, Mitarbeiter der Beratungsstelle im
Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e.V.

Ilka Christin Weiß, Examinierte Krankenschwester,
Dozent*in für trans*sensible Pflege, Autor*in
Zertifizierte Berater*in für transgeschlechtliche Menschen
(Akademie Waldschlösschen, Göttingen)

Doro*thea Giesche-von Rüden
Staatsexamen Lehramt, Mediator*in, Heilpraktiker*in für
Psychotherapie, Trainer*in für anti-bias, geschlechtliche
Vielfalt, konstruktive Konfliktlösung, Inter*Berater*in bei
Trans*Recht in Bremen

Alle Autor*innen sind für Fortbildungen
zum Thema ansprechbar.

»Das Betreuungs- /
Pflegepersonal sollte
im Bereich »Queer«
fortgebildet werden.«

Olga, 62 Jahre, lesbisch