



Leitfaden

Pflege unterm Regenbogen

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



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.

Pflege unterm Regenbogen

Grußwort	5
<i>Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz</i>	
Einführung	6
<i>Dr. Matthias Krell, Geschäftsführer der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) Joachim Schulte, Sprecher QueerNet Rheinland-Pfalz e.V.</i>	
1. Kultursensible Pflege: Den Menschen im Blick	8
2. Historischer Hintergrund: Mehr wissen – besser verstehen	11
3. Transidentität und Intersexualität: Vielfalt der geschlechtlichen Identität	17
4. Erfahrungen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen	23
5. Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle im Pflegeprozess	27
6. Unterricht in Pflegeschulen: Reflexionen und Anregungen	32
7. Persönliche Berichte	35
Literaturverzeichnis	41
Glossar	43
Impressum	46

Die Landesregierung Rheinland-Pfalz hat sich in ihrem Landesaktionsplan „Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen“ der Sprachregelung angeschlossen, die die Selbstvertretungsorganisationen der Lesben und Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen angeregt haben. Diese Sprachregelung findet auch in der vorliegenden Broschüre Anwendung.

Das sogenannte „Gender Gap“ – Beispiele: Kolleg_innen, Mitarbeiter_innen – drückt die Vielfalt im Bereich der Geschlechter aus und verdeutlicht, dass neben Frauen und Männern auch trans- und intersexuelle Geschlechtsidentitäten existieren.

Bei transidenten und intersexuellen Menschen haben sich als allgemein akzeptierte Selbstbezeichnungen „trans*“ und „inter*“ als Adjektiv beziehungsweise „Trans*Personen“ und „Inter*Personen“ als Substantiv durchgesetzt. Das Sternchen soll mögliche Selbstbezeichnungen einschließen, wie etwa intersexuell, transgender oder transsexuell. Die Symbolik stammt aus der Informatik, wo das Sternchen als Platzhalter für eine beliebige Zeichenfolge steht. Es stellt auf diese Weise symbolisch Vielfalt dar.

Grußwort

Sabine Bätzing-Lichtenthäler



Lesben, Schwule, bisexuelle, transidente und intersexuelle Menschen sind Teil unserer vielfältigen Gesellschaft – und bleiben doch oft gesellschaftlich unsichtbar. Vor allem in der Vergangenheit war es für sie schwierig, mit ihrer Lebensform, ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität offen umzugehen.

Die Lebensgeschichte von betagten und hochbetagten homo- und bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen ist in besonderem Maße von Ausgrenzung, Kriminalisierung und Gewalt gekennzeichnet. Diese Erfahrungen haben sie geprägt und zum Teil auch traumatisiert. Denn jahrelang aus Angst vor Ablehnung Gefühle zu unterdrücken, kann schwerwiegende Folgen haben: Es erzeugt einen anhaltenden Stresszustand, der sich negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Ohne Zweifel hat die gesellschaftliche Akzeptanz in den letzten Jahrzehnten zugenommen: Viele lesbische und schwule Prominente aus dem Bereich Kunst und Kultur, dem Journalismus und der Politik leben heute geoutet. Die Medien berichten über Regenbogenfamilien, Geschlechtsangleichungen oder die Erfahrungen intersexueller Menschen. Ein Meilenstein auf dem Weg zur Gleichberechtigung war schließlich der Beschluss des Bundestages, die Ehe für gleichgeschlechtliche Paare zu öffnen. Doch jenseits medialer Aufmerksamkeit treffen Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle im Alltag immer noch auf Vorurteile und

Ablehnung. Diese Broschüre soll dazu beitragen, Unsicherheiten abzubauen und für eine verantwortungsvolle Unterstützung und Versorgung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu sensibilisieren. Sie zeigt auf, welche geschichtlichen Hintergründe die Lebenswirklichkeit älterer Betroffener prägten und stärkt das Bewusstsein für eine kultursensible Pflege, die die vielfältigen Besonderheiten aller Menschen selbstverständlich berücksichtigt.

Die Broschüre richtet sich an Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler und ist auch für Lehrkräfte in Kranken- und Altenpflegeschulen zur Unterrichtsvorbereitung hilfreich. Sie ist Teil des Landesaktionsplans „Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen“, mit dem sich die rheinland-pfälzische Landesregierung gegen Ablehnung und Benachteiligung wendet und für rechtliche Gleichstellung und Akzeptanz von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen eintritt.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre und freue mich, wenn daraus Anregungen für Reflexionen und Gespräche, vor allem aber Impulse für Ihre Arbeit in der Kranken- und Altenpflege erwachsen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler

*Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz*

Einführung

Dr. Matthias Krell
Joachim Schulte



„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann.“ Dieser Satz von Francis Picabia drückt aus, wozu wir Sie, werte Auszubildende in Pflegeberufen, einladen: sich zu öffnen für neue Perspektiven.

Wir neigen dazu, alles um uns herum einer von zwei Kategorien zuzuordnen: schwarz oder weiß, wahr oder falsch, gut oder böse, gesund oder krank, männlich oder weiblich. Damit glauben wir, die Unübersichtlichkeit der Welt besser in den Griff zu bekommen. Unübersichtlichkeit macht unsicher – indem wir ordnen und zuordnen, verschaffen wir uns ein Gefühl der Kontrolle. Das ist nötig für unsere Orientierung – und ist zugleich nur die Hälfte der Wahrheit. Denn das Gefühl trügt: Das Leben ist zu variantenreich für eine binäre Strukturierung. Nur ganz wenige Phänomene des Lebens beruhen auf einer eindeutigen Zuordnung zu einem von zwei gegensätzlichen Polen. Selbst bei Gesundheit und Krankheit weiß man, dass sie die Endpunkte eines Kontinuums mit verschiedenen Abstufungen sind. Es gibt viele Schattierungen und Nuancen.

Das gilt auch für die Geschlechtszuordnung und die sexuelle Identität. Männlich und weiblich sind zwei mögliche Ausprägungen auf einer Skala – dazwischen bestehen verschiedene andere Seinsmöglichkeiten. Auch zwischen heterosexuellem und homosexuellem Begehren liegen viele „Zwischenstufen“. In der Vergangenheit wurde dies häufig negiert, oft mit massiven repressiven

Folgen für Leib und Leben der betroffenen Menschen. Doch die Welt ist offener geworden. Trotz noch vorhandener Vorbehalte sind Menschen mit sexuellen und geschlechtlichen Identitäten und Lebensformen, die nicht dem bekannten Deutungsmuster entsprechen, heute stärker akzeptiert und sichtbarer als früher.

Das schlägt sich auch im Gesundheitswesen nieder: Krankenhäuser, Seniorenheime, Altentagesstätten und Wohn-Pflege-Gemeinschaften sind ein Spiegel der Gesellschaft. Sie als Pflegekräfte kommen dort also auch mit Menschen zusammen, deren sexuelle Identität, Geschlechtsidentität und Lebensform vielfältige Ausprägungen haben können: männlich, weiblich oder nicht-binär, heterosexuell, schwul, lesbisch, bisexuell, transident oder intersexuell.

Wir wollen Sie mit dieser Broschüre dazu motivieren, sich der Vielfalt zu öffnen und sie nicht als Bedrohung, sondern als Selbstverständlichkeit zu begreifen. Je mehr Sie über die Unterschiedlichkeit von Menschen wissen und je besser Sie sich darauf einlassen, umso sicherer werden Sie im Umgang mit Patient_innen, Bewohner_innen und Besucher_innen. Das kommt den Menschen, die Ihnen anvertraut sind, ebenso zugute wie Ihnen selbst.

Diese Broschüre thematisiert die Erfahrungen und Lebensrealitäten von Lesben, Schwulen, Bisexuellen,

transidenten und intersexuellen Menschen. Tatsächlich geht aber die Varianz menschlichen Lebens noch darüber hinaus – bis hin zu Menschen, die sich keinem der beiden Geschlechter zugehörig fühlen. Als „non-binary“ bezeichnen sich etwa Personen, die sich selbst als weder ausschließlich weiblich noch ausschließlich männlich wahrnehmen. Sie und alle anderen, die sich irgendwo zwischen weiblich und männlich, zwischen hetero- und homosexuell ansiedeln, sind hier nicht ausdrücklich benannt, aber implizit einbezogen.

Professionelle Pflege im 21. Jahrhundert erwartet Empathie und setzt Wissen, Offenheit und Akzeptanz voraus, um allen Menschen in unserer Gesellschaft wertschätzend und verständnisvoll zu begegnen. Wir freuen uns, wenn wir mit dieser Broschüre einen Beitrag dazu leisten können.

Dr. Matthias Krell

Geschäftsführer der Landeszentrale
für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)

Joachim Schulte

Sprecher QueerNet Rheinland-Pfalz e.V.

Begriffserklärung

LSBTI ist die Abkürzung für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle

Lesbisch sind Frauen, die Frauen lieben.

Schwul sind Männer, die Männer lieben.

Bisexuell sind Menschen, die sich sexuell sowohl zum eigenen wie auch zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen.

Transident bezeichnet Menschen, die sich in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, welches ihnen aufgrund ihrer Körpermerkmale bei der Geburt zugewiesen wurde.

Non-binary bezeichnet Menschen, die sich nicht im zweigeschlechtlichen (binären) System von Mann/Frau wiederfinden. Non-Binarys nehmen sich selbst als weder ausschließlich weiblich noch ausschließlich männlich wahr.

Intersexuell bezeichnet Menschen, die anatomisch, genetisch oder hormonell nicht eindeutig dem biologischen weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können.

Zusammenfassend spricht man auch von **queeren Lebensweisen**.

Cisgender beschreibt Menschen, deren körperliches Geschlecht mit dem selbst empfundenen Geschlecht übereinstimmt.

Erklärungen für weitere Begriffe, die zum Verständnis wichtig sind, befinden sich im Glossar auf Seite 43.

1. Kultursensible Pflege: Den Menschen im Blick

Gute Pflege basiert auf professionellem Wissen und Können. Aber auch die persönliche Haltung der Pflegekraft sowie ihre Fähigkeit, eine individuelle und konstruktive Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen aufzubauen, sind entscheidende Faktoren für erfolgreiches Pflegehandeln. Dazu gehört es, ein Bewusstsein für die Vielfalt menschlicher Existenz zu entwickeln.

Diversität

Das soziologische Modell der Diversität besagt, dass Menschen durch unterschiedliche, nicht veränderbare Merkmale geprägt sind. Diese Merkmale sind bei jedem Menschen – in unterschiedlicher Gewichtung – zu finden. Sie bilden die Grundlage der Persönlichkeit, bestimmen das Verhalten und haben Einfluss auf die weitere Entwicklung des Individuums. Es wird davon ausgegangen, dass alle Dimensionen der Diversität miteinander verbunden sind und sich gegenseitig bedingen. Manchmal stehen sie in Konflikt miteinander, etwa wenn die geschlechtliche Identität nicht dem biologischen Geschlecht entspricht oder die Religion die eigene sexuelle Identität abwertet oder ablehnt. Keine der Dimensionen kann jedoch von einem Menschen dauerhaft unterdrückt werden.



Der Diversitätsansatz erkennt Unterschiede zwischen Menschen an und wertschätzt sie. So wird Diskriminierungen entgegengewirkt. Die nämlich entstehen, wenn Menschen aufgrund eines oder mehrerer Merkmale (z.B. weil sie behindert, homosexuell, alt oder weiblich sind) abgewertet und ungerecht behandelt werden. Mit dem Diversitätsmodell vor Augen sind Pflegekräfte dazu in der Lage, den Menschen in all seinen Dimensionen zu erfassen und anzunehmen.

Kultursensible Pflege

Alles, was Menschen geschaffen haben und schaffen, sind Kulturleistungen. Dazu gehören technische, wirtschaftliche, künstlerische und wissenschaftliche Leistungen, Religion, Sprache, Recht und Moral, aber auch die Auffassung von Geschlechterrollen sowie von geschlechtlicher und sexueller Identität. Kultur kann als die Gesamtheit der Regeln, Gewohnheiten und gestaltenden Leistungen einer Gemeinschaft verstanden werden.

Kultursensibel pflegen heißt, jeden einzelnen Menschen mit seiner ganz eigenen Biografie anzuerkennen. Dazu gehört, offen zu sein für den religiösen, kulturellen oder migrationsbedingten Hintergrund einer Person, für ihre sexuelle und geschlechtliche Identität. Kultursensibel Pflegende sind empfänglich für die individuellen Bedürfnisse der ihnen anvertrauten Menschen. Sie hüten sich davor, alle Angehörigen einer sozialen Gruppe (z.B. Frauen, Moslems, alte Menschen) „über einen Kamm zu scheren“. Vielmehr sind sie sich der vielfältigen Identitätsmerkmale eines jeden Menschen bewusst und gehen mit ihrem pflegerischen Handeln individuell darauf ein.

Schlüsselkompetenzen für kultursensible Pflege sind die Bereitschaft zu sozialem Lernen und ein grundsätzliches Interesse am Menschen. Wichtig ist darüber hinaus die Offenheit, sich auf Neues, Fremdes oder Anderes einzulassen und keine Angst davor zu haben, auch mal unsicher zu sein. Wenn Unsicherheiten auftreten, können sie im Team angesprochen und geklärt werden.

Interkulturelle Kompetenz

Die Basis für kultursensible Pflege ist interkulturelle Kompetenz. Damit wird die Fähigkeit bezeichnet, Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund angemessen zu begegnen und kommunikativ mit kulturellen Differenzen umzugehen.

Zu interkultureller Kompetenz in der Pflege gehört:

- das Wissen über andere Kulturen bzw. über die kulturellen Prägungen von gesellschaftlichen Gruppen im eigenen Land.
- die Bereitschaft, unbekannte Verhaltensweisen einfach wahrzunehmen und nicht zu werten.

- die Fähigkeit, sich mit der eigenen Kultur, den eigenen Werten und Standpunkten auseinanderzusetzen und ihre Bedeutung für die Berufrolle kritisch zu hinterfragen (Selbstreflexion).
- die Fähigkeit zur Empathie, also dazu, sich in Menschen mit einem anderen persönlichen Hintergrund hineinzuversetzen und ihnen Wertschätzung entgegenzubringen.
- außerdem Konfliktfähigkeit, Stresstoleranz, Flexibilität und Selbstsicherheit.

Kultursensible Pflege für LSBTI

Die Homo- oder Bisexualität, Transidentität oder Intersexualität eines Menschen ist ein wesentlicher Bestandteil seiner Identität und bezieht sich nicht allein auf Sexualität, sexuelles Verhalten oder geschlechtliches Selbstverständnis. Vielmehr geht es hier um einen Persönlichkeitsanteil, der sich auf viele Lebensbereiche auswirkt und daher selbstverständlich auch in der Pflegesituation zum Tragen kommt.

Pflege hat die Aufgabe, diesen zentralen Persönlichkeitsanteil einzubeziehen und die speziellen Lebensrealitäten und Erfahrungshintergründe von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen zu berücksichtigen – so wie auch bei Menschen mit Migrationshintergrund die kulturelle und religiöse Prägung in der Pflege Beachtung finden sollte.

Erlebte oder befürchtete Diskriminierung führt dazu, dass sich LSBTI in den Einrichtungen zurückziehen oder sie gar nicht erst aufsuchen – was im Falle einer notwendigen medizinischen Behandlung weitreichende Folgen haben kann.



2. Historischer Hintergrund: Mehr wissen – besser verstehen

Das 1872 in Kraft getretene Reichsstrafgesetzbuch (RStGB) stellte in § 175 sexuelle Handlungen zwischen Personen männlichen Geschlechts unter Strafe. Der Paragraph galt in Abwandlungen bis 1994. Die staatlich unterstützte Diskriminierung Schwuler prägte die Haltung der Gesellschaft gegenüber homosexuellen Männern und Frauen und hat Auswirkungen bis in die heutige Zeit. Mit Hilfe dieses Paragraphen wurden auch transidente Menschen verfolgt, wenn sie zum Beispiel die Kleidung des „anderen“ Geschlechts trugen.

Homosexualität als Forschungsgegenstand

Der erste Forscher, der sich mit Homosexualität wissenschaftlich befasste, war der Mediziner Magnus Hirschfeld. 1919 gründete er in Berlin das Institut für Sexualwissenschaft, eine damals weltweit einzigartige Einrichtung. Er forschte, bot Sexualberatung an und kämpfte gegen den § 175 RStGB, den er als ungerecht und unmenschlich anprangerte. Homosexualität betrachtete er als Auswirkung einer „gänzlich unverschuldeten (...) Sexualkonstitution“ und nicht, wie viele seiner Zeitgenossen, als Ausdruck eines lasterhaften Lebenswandels.¹⁾

Die Annahme der menschlichen Zweigeschlechtlichkeit hielt Magnus Hirschfeld für nicht haltbar. Stattdessen ging er davon aus, dass es zwischen weiblichem und

männlichem Geschlecht Zwischenstufen gibt, die sich psychisch und/oder physisch äußern. Er war überzeugt, dass Menschen Merkmale beider Geschlechter tragen können.

Hirschfeld war ein Medizin-Pionier: An seinem Institut wurde 1930 an der Dänin Lili Elbe, die vorher Einar Wegener hieß und als phänotypischer Mann geboren wurde, die erste geschlechtsangleichende Operation der Welt durchgeführt.

Verfolgung

Die 1920er Jahre erlaubten den Bewohner_innen von Großstädten einige Freiheiten und ermöglichten, dass schwule, lesbische und andere queere Identitäten dort relativ offen gelebt werden konnten. Zentrum der Szene war Berlin: Hier blühte die queere Kultur, hier gab es Treffpunkte für transidente Menschen und mehr Schwulen- und Lesben-Lokale als überall sonst in Europa, hier war die Polizei toleranter als anderswo. Doch das Erstarken des Nationalsozialismus machte allen liberalen Bestrebungen ein Ende.

Nun herrschte die nationalsozialistische Geschlechts- und Rollenideologie. Für Frauen sah sie das Gebären vieler Kinder, Erziehung und Haushalt vor, für Männer Arbeit und Kriegsdienst. Homosexualität hatte in die-

ser Ideologie keinen Platz. Deutsche Frauen und Männer hatten zum Erhalt des Volkes beizutragen – Lesben, Schwule und Transidente verweigerten in den Augen der Nationalsozialisten den Dienst an der „Herrenrasse“. Sie galten als krank und „entartet“. Alle Lebensformen, sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten, die nicht dem nationalsozialistischen Weltbild entsprachen, wurden fortan als pervers und sittenwidrig gebrandmarkt und verfolgt.

Der § 175 RStGB wurde unter der NS-Diktatur erheblich verschärft: Ab 1935 genügte schon die Verletzung des allgemeinen Schamgefühls und die „wollüstige Absicht“ – auch ohne dass eine Berührung zwischen Männern stattgefunden hatte – für eine Verurteilung. Das Strafmaß wurde auf fünf Jahre Gefängnis erhöht, in bestimmten Fällen drohte Zuchthaus bis zu zehn Jahren. Zwischen 1935 und 1945 gab es mehr als 50.000 Verurteilungen.²⁾ Tausende Schwule wurden in Konzentrationslager verschleppt und ermordet. Auch transidente Menschen, die mit Homosexuellen gleichgesetzt wurden, erlebten die Verfolgung als „erbgeschädigte Nicht-Volksgenossen“ und starben zum Teil im KZ.³⁾

Lesbische Liebe galt ebenso als widernatürlich und asozial, fiel aber nicht unter den § 175 RStGB. Auch wenn lesbische Frauen nicht systematisch verfolgt wurden, drohte ihnen bei Denunziation die Unterbringung in Fürsorgeheimen und psychiatrischen Anstalten oder, unter einem Vorwand, die Verschleppung ins Konzentrationslager.

Als der Zweite Weltkrieg zu Ende ging, war Homosexualität und Transidentität vollständig aus dem öffentlichen Leben verschwunden. Orte, an denen sich Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle getroffen hatten, waren zerschlagen. Medien, Kultur- und

Wissenschaftseinrichtungen, wie etwa das Institut für Sexualwissenschaft von Magnus Hirschfeld, waren zerstört. Menschen, die ihre nicht-heterosexuelle Identität entdeckten, waren auf sich alleine gestellt.

Homophobes und transphobes Nachkriegsdeutschland

Wer in den 1950er Jahren auf eine Liberalisierung des gesellschaftlichen Klimas gehofft hatte, musste erleben, dass – ganz im Gegenteil – die alten Rollenbilder weiter galten. Jedes nicht-heterosexuelle Leben wurde missachtet, Diskriminierung und Ablehnung gehörten weiterhin zum Alltag.

„Ich merkte, dass ich abgelehnt wurde. Vom Staat, von der Kirche, von der Familie.“

*Schwuler Mann, 81 Jahre alt,
über die Zeit unter dem Paragraphen 175**

Der „Schwulenparagraph“ 175 StGB blieb in der von den Nationalsozialisten verschärften Form in beiden deutschen Staaten bestehen. Die DDR entschärfte ihn 1957 und hob ihn 1968 ganz auf. Die Bundesrepublik ließ das Gesetz bis 1969 unverändert in Kraft. Bis dahin wurde gegen ca. 100.000 Schwule ein Ermittlungsverfahren eingeleitet, in 50.000 Fällen kam es zur Verurteilung wegen gleichgeschlechtlicher „Unzucht“.²⁾ Diese Zahlen zeigen eindrucksvoll, dass schwule Männer auch

in der Nachkriegszeit noch in der ständigen Angst vor Entdeckung, Verfolgung und Bestrafung leben mussten. Viele trafen sich heimlich auf öffentlichen Toiletten, an Bahnhöfen oder in Parks – immer auf der Hut vor Ordnungsamt und Polizei. Lesbisches Leben versteckte sich unter diesen Bedingungen in „Freundschaften“, oft auch in sogenannten „Josefsehen“: Lesbische Frauen gingen Scheinehen ein, in denen in beiderseitigem Einverständnis auf Sexualität verzichtet wurde.

Menschen mit transidenten oder intersexuellen Biografien waren in der Öffentlichkeit überhaupt nicht sichtbar. Häufig blieben sie mit ihren Neigungen allein und lebten zurückgezogen, weil es keine Treffpunkte und Unterstützung für sie gab.

„Ich kann mich erinnern, dass es zuhause eine ganz klare Rollenverteilung gab: Eine Frau gehört in die Familie und ein Mann geht arbeiten. Und etwas außerhalb der Beziehung zwischen einer Frau und einem Mann gab es überhaupt nicht.“

*Lesbische Frau, 37 Jahre alt**

Umschwung durch die „68er-Generation“

Erst Ende der 1960er Jahre kam ein moralischer und politischer Umschwung in Gang. Junge Menschen lehnten sich gegen konservative Politik, überkommene Moral-

„Ich hätte mich nicht outen können in den 60er Jahren. Da gab es auch keine anderen, die sich geoutet haben. Die Zeiten haben sich ja unglaublich geändert. Aber damals, ich hätte es nicht gewagt.“

*Schwuler Mann, 81 Jahre alt**

vorstellungen und starre Geschlechterrollen auf. Sie propagierten die freie Liebe, für die die Ehe nicht mehr Voraussetzung war – und sorgten damit in der älteren Generation für Entsetzen.

Auch Schwule und Lesben waren Teil der Bewegung. Der Aufstand im „Stonewall Inn“, einem Treffpunkt von Schwulen und Transidenten in der New Yorker Christopher Street, wird heute als Beginn eines neuen lesbisch-schwul-transidenten Selbstverständnisses gesehen. Im Juni 1969 wehrten sich dort Schwule und Trans* Menschen gegen Razzien und Polizeigewalt. Im Gedenken an diesen Aufstand in der Christopher Street wird heute noch jährlich im Sommer der Christopher Street Day (CSD) gefeiert. Er ist seit 1979 auch in Deutschland in vielen Städten eine Demonstration für gleiche Rechte und gesellschaftliche Akzeptanz.

Inzwischen ist der IDAHOT, der Internationale Tag gegen Homophobie und Transphobie am 17. Mai, ebenso ein fester Termin, um weltweit gegen Diskriminierung einzutreten und ein Zeichen für Akzeptanz zu setzen. An diesem Tag im Jahr 1990 beschloss die Weltgesundheitsorganisation (WHO), Homosexualität aus der „Internationalen statistischen Klassifikation der

Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD, engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) zu entfernen.

AIDS macht Vorurteile sichtbar

Als in den 1980er Jahren die ersten AIDS-Erkrankungen auftraten, kamen die gesellschaftlichen Vorurteile mit geballter Wucht wieder zum Vorschein. Sie entluden sich in Beschimpfungen, die vor nationalsozialistischem Vokabular nicht zurückscheuten. Schwule und Bisexuelle wurden als Gefahr angesehen und ausgegrenzt. Für viele bedeutete das den Verlust von Arbeitsplatz, Wohnung, sozialen und familiären Beziehungen. Die Angst vor gesellschaftlicher Repression wurde unter Schwulen und Bisexuellen begleitet von der Sorge, sich selbst anzustecken, sowie von der Trauer um die an AIDS verstorbenen Freunde. In dieser existenziell bedrohlichen Situation zeigte sich aber auch Solidarität: Es begann, gefördert durch eine kluge und wegweisende staatliche Präventionspolitik, der Aufbau eines deutschlandweiten Netzwerks von AIDS-Hilfen. Information und Prävention sollten an die Stelle von Diskriminierung und Ausgrenzung treten. Mit Hilfe des Engagements zahlreicher Ehrenamtler_innen unterstützen die AIDS-Hilfen seither HIV-Positive und an AIDS erkrankte Menschen und leisten Aufklärungsarbeit in speziellen Zielgruppen und in der Öffentlichkeit.

Rehabilitation der Opfer

In der Bundesrepublik Deutschland wurde der von den Nazis verschärfte § 175 StGB im Jahr 1969 entschärft, aber erst 1994 endgültig abgeschafft. Seitdem sind homosexuelle Handlungen unter Männern nicht mehr strafbar. Im Jahr 2002 entschuldigte sich der Deutsche

Bundestag bei den Schwulen, die während des Nazi-Regimes verfolgt, gefoltert und inhaftiert worden waren. Alle Urteile aus der NS-Zeit wurden aufgehoben.

Schließlich verabschiedete der Bundestag im Juni 2017 einstimmig ein Gesetz, mit dem auch die ca. 64.000 Urteile der Nachkriegszeit aufgehoben wurden. Das Gesetz galt vielen als lange überfällig und wird als historischer Schritt betrachtet. Neben der rechtlichen und moralischen Rehabilitation wird den Justizopfern eine finanzielle Entschädigung von pauschal 3.000 Euro pro Person sowie 1.500 Euro für jedes angefangene Jahr im Gefängnis zugesprochen.

Keine Entschädigung sieht das Gesetz für schwule Männer vor, gegen die ermittelt wurde, bei denen es aber nicht zu einer Verurteilung kam. Allein die polizeilichen Ermittlungen führten häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung und des sozialen Status. Die daraus erwachsenen Nachteile, die sich bis auf die heutige Rentenhöhe auswirken, werden von dem Gesetz jedoch nicht anerkannt. Ebenso werden lesbische Frauen in der Rehabilitierung nicht berücksichtigt, da sich der § 175 StGB nicht auf sie bezog und sie daher nicht strafrechtlich verfolgt wurden. Dennoch erlebten sie soziale Ausgrenzung, homophobe Anfeindungen sowie verbale und körperliche Gewalt – mit den entsprechenden negativen Auswirkungen auf die persönliche und berufliche Biografie.

Geschichtliche Aufarbeitung in Rheinland-Pfalz

Das Land Rheinland-Pfalz hat auf der Grundlage eines Landtagsbeschlusses vom 13.12.2012 die Geschichte der strafrechtlichen Verfolgung und gesellschaftlichen Repression von Schwulen und Lesben in der Nachkriegszeit aufgearbeitet. Rheinland-Pfalz war damit das erste deut-

sche Flächenland, das sich wissenschaftlich mit der Diskriminierung und Verfolgung Homosexueller befasst hat. Zu Beginn des Jahres 2017 wurde der Forschungsbericht der Öffentlichkeit vorgestellt. Anfang 2018 folgte die Veröffentlichung der mobilen Ausstellung „Verschweigen – Verurteilen“, die kostenfrei unter www.medien.rlp.de ausgeliehen werden kann. Rheinland-Pfalz hat 2016 zudem als erstes Bundesland eine Landesbeauftragte für gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Geschlechtsidentität berufen.

Verpartnerung

Ab 2001 ermöglichte das Lebenspartnerschaftsgesetz zwei Menschen gleichen Geschlechts, eine eingetragene Lebenspartnerschaft einzugehen. Sie entsprach weitgehend den rechtlichen Bedingungen der Ehe. Einerseits war die Lebenspartnerschaft ein Fortschritt in Richtung Gleichbehandlung, andererseits wurde aber die Tatsache, dass es nebeneinander zwei Rechtsformen für die Verbindung zwischen homosexuellen und heterosexuellen Menschen gab, von vielen Seiten kritisiert.

Die Unterschiede zwischen Ehe und Lebenspartnerschaft machten sich besonders bemerkbar, wenn es um den Kinderwunsch Homosexueller ging. Zwar konnten Lesben und Schwule die leiblichen und adoptierten Kinder ihrer Lebenspartner_innen im Nachhinein adoptieren (Stiefkindadoption). Das volle Adoptionsrecht, also das Recht, gemeinsam eine Familie zu gründen und Kinder anzunehmen, war ihnen aber untersagt.

Ehe für alle

Im „Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts“, das seit 1. Oktober

2017 gilt, wurde schließlich die weitgehende rechtliche Gleichstellung schwuler und lesbischer Paare mit heterosexuellen Paaren festgeschrieben. Dies bedeutet auch, dass gleichgeschlechtliche Paare nun gemeinsam Kinder adoptieren können. Mit der Möglichkeit der Eheschließung sind noch nicht alle Stolpersteine, vor allem für Frauenpaare mit Kinderwunsch, aus dem Weg geräumt, denn durch eine fehlende Reformation des Abstammungsrechts ist es weiterhin nötig, eine Stiefkindadoption durchzuführen, damit beide Frauen rechtlich gleichberechtigte Elternteile sind. Gleichwohl gilt das Gesetz als Meilenstein: Es beendet die staatliche Ungleichbehandlung gleichgeschlechtlicher Paare und akzeptiert die Vielfalt von Lebensformen als zu einer freien Gesellschaft gehörig.

Auch vor der „Ehe für alle“ lebten schon viele gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern zusammen. Weltweit zeigen Untersuchungen, dass sich Kinder in diesen sogenannten „Regenbogenfamilien“ genauso entwickeln wie Kinder von heterosexuellen Eltern.⁴⁾

„Ich hätte gerne schon als junges Mädchen mit einer Frau zusammengelebt. Ich habe aber das getan, was ich tun musste, was man von mir verlangt hat. Jetzt kann ich endlich das leben, was ich gerne leben möchte.“

*Lesbische Frau, 57 Jahre, nach der Scheidung von ihrem Ehemann**

* Alle Zitate stammen aus einem Vortrag von Heiko Gerlach und Markus Schupp in der Akademie Waldschlösschen im November 2015 im Kontext ihrer Forschungsarbeit zur Lebenssituation gleichgeschlechtlich liebender Frauen und Männer in der Altenpflege.



3. Transidentität und Intersexualität: Vielfalt der geschlechtlichen Identität

Dass Menschen sich nicht eindeutig einem Geschlecht zugehörig fühlen, sich mit dem Gegengeschlecht identifizieren oder die Merkmale beider Geschlechter in sich tragen, stellt ein gängiges Weltbild auf den Kopf und ist für viele Menschen schwer vorstellbar. Transidentität und Intersexualität verstoßen gegen das Prinzip, dass sich das Leben immer in zwei Geschlechtskategorien aufteilen lässt.

Tatsächlich ist die Natur viel komplexer. Zwischen den beiden Polen weiblich und männlich liegt ein breites Kontinuum möglicher Variationen. Das bipolare Geschlechtermodell erscheint heute als der unzureichende Versuch, die Natur zu ordnen, ohne dass ihre verschiedenen Spielarten dabei berücksichtigt werden. Transidentität und Intersexualität sind Varianten der menschlichen Existenz, die es in allen Kulturen und zu allen Zeiten gegeben hat.⁵⁾

Transidentität

Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht ihrem Körpergeschlecht entspricht, blieb in der Vergangenheit meist nur ein Doppelleben übrig: In der Öffentlichkeit lebten sie das bei der Geburt festgelegte Geschlecht, mit dem sie sich nicht identifizierten – im privaten Bereich erlaubten sie sich das gefühlte Geschlecht, das ihrem wahren Selbstverständnis entsprach. Dieser Spagat

Begriffserklärung

Die Bezeichnung „Transsexualität“ wird heute nicht mehr als zutreffend erachtet, weil sie die Rolle der Sexualität überbetont. Der Begriff „Transidentität“ dagegen bezieht sich auf die Identität, also das Selbstbild des Menschen, und bildet die Gefühlslage der Betroffenen besser ab.

Bei Transidenten ist die Identität nicht „gestört“, denn sie sind sich ihrer gegengeschlechtlichen Identität bewusst und sicher. Die äußeren Körpermerkmale aber entsprechen dieser Identität nicht. Einige bevorzugen auch den Begriff „Transgeschlecht“. Eine größere Vielfalt wird mit dem mit dem Begriff „Transgender“ abgebildet, der vor allem im nicht-deutschsprachigen Raum verwendet wird.

Dem gegenüber steht der Begriff „Cisgender“ für alle Menschen, die nicht trans sind und deren körperliches Geschlecht mit dem selbst empfundenen Geschlecht übereinstimmt.*

erforderte viel Kraft und zermürbte. Wer morgens mit Aktentasche und Hosenträgern zur Arbeit ging und sich abends zuhause weiblich kleidete, riskierte seine Existenz. Zerbrach die Fassade, drohte der Verlust des Arbeitsplatzes und der familiären und freundschaftlichen Beziehungen. Als Folge des sozialen Abstiegs sahen viele nur den Weg in die Prostitution, die Selbstver-

stümmelung oder den Suizid. Auch heute noch haben Transidente einen langen Leidensweg und nicht selten Selbstmordversuche hinter sich, bevor sie sich outen. Das Wegschnüren von Hoden, Penis oder Brust sind Versuche, die biologischen Geschlechtsmerkmale zu kaschieren und den äußeren Körper der inneren Wahrnehmung anzupassen.

Das Bekenntnis zum wahren Geschlecht nimmt zwar psychischen Druck, kann aber zur Folge haben, dass sich Familie und Freundeskreis abwenden. Viele offen transident lebende Menschen werden durch Mobbing am Arbeitsplatz krank oder verlieren ihre Stelle. In Deutschland sind 21 Prozent der Transidenten arbeitslos. Meist wird ihnen während der Transition gekündigt, also in der Phase des Übergangs von dem bei der Geburt festgelegten Geschlecht zum gefühlten Geschlecht.⁶⁾ Ein beruflicher Aufstieg bleibt ihnen nach einer Transition häufig verwehrt.

Rechtliche Anerkennung des gefühlten Geschlechts

Seit 1. Januar 1981 ermöglicht das Transsexuellengesetz (TSG) Trans* Menschen, eine Namens- und Personenstandsänderung vorzunehmen. Das TSG unterscheidet zwischen der „kleinen Lösung“, bei der im Personenstandsregister nur der Vorname geändert wird (so wird beispielsweise aus „Thomas“ „Monika“ – dahinter bleibt aber stehen „männlichen Geschlechts“), und der „großen Lösung“, die eine Änderung des Vornamens und des Geschlechtseintrags in der Geburtsurkunde ermöglicht.

Das Bundesverfassungsgericht befasste sich seit Inkrafttreten des Gesetzes mehrfach mit dessen Bestimmungen. Unter anderem wurde die Altersgrenze von 25 Jahren, die für beide Lösungen galt, als verfassungswidrig erklärt.

Das TSG stellte ursprünglich für die „große Lösung“ zwei Bedingungen: dass sich die Person einem operativen Eingriff unterzogen hat, der die äußeren Geschlechtsmerkmale verändert, sowie dass sie dauerhaft fortpflanzungsunfähig ist. Transidente Menschen waren somit zu einer nicht risikofreien geschlechtsanpassenden Operation gezwungen, wenn sie dem gefühlten Geschlecht auch juristisch angehören wollten.

Das Bundesverfassungsgericht erklärte 2011 diese Vorschriften als unvereinbar mit der Menschenwürde und dem Recht auf körperliche Unversehrtheit. Es stellte fest, die Dauerhaftigkeit und Irreversibilität des empfundenen Geschlechts eines transsexuellen Menschen lasse sich nicht am Grad der Anpassung seiner äußeren Geschlechtsmerkmale an das empfundene Geschlecht mittels operativer Eingriffe messen. Vielmehr sei sie daran festzustellen, wie konsequent die Person in ihrem empfundenen Geschlecht lebe und sich in ihm angekommen fühle. Eine geschlechtsangleichende Operation sei zwar ein deutliches Indiz für die Transsexualität einer Person, sie zu verlangen, gehe aber zu weit.⁷⁾

In der Folge wurden die entsprechenden Passagen des Transsexuellengesetzes aufgehoben.

Geblichen ist die Forderung, dass erst zwei verschiedene psychologische Gutachter die Ernsthaftigkeit des Wunschs feststellen müssen, bevor eine Vornamens- und Personenstandsänderung erfolgen kann. Die Gutachter werden vom zuständigen Amtsgericht bestellt. Sie müssen bescheinigen, dass sich das Zugehörigkeitsempfinden der Person zum anderen Geschlecht mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.

Geschlechtsangleichende Behandlung

Eine geschlechtsangleichende medizinische Behandlung ist manchmal langwierig und kann belastend sein. Sie kann mehrere Operationen umfassen und eine lebenslange Hormontherapie bedeuten. Vor dem Hintergrund, dass die WHO Transidentität als Krankheit definiert, sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, geschlechtsangleichende Maßnahmen zu bezahlen.

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Zur Genehmigung muss ein „Alltagstest“ im Gegengeschlecht von zwölf bis achtzehn Monaten, eine begleitende Psychotherapie sowie die ICD 10-Diagnose „Störung der Geschlechtsidentität“ nachgewiesen werden.

Mit dieser psychiatrischen Diagnose wird Transidentität in die Kategorie der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen eingereiht und auf die gleiche Stufe gestellt wie z.B. Borderline-Störungen oder Schizophrenie.

Die aktuelle Situation stellt sich als widersprüchlich dar: Einerseits wird Transidentität gesellschaftlich immer stärker als eine menschliche Variante verstanden, die keine Krankheit ist. Andererseits ist aber gerade die Anerkennung als Krankheit Voraussetzung dafür, dass die geschlechtsangleichenden Behandlungen transidenter Menschen von den Krankenkassen finanziert werden.

Um der Pathologisierung von Transidentität entgegenzutreten, ist für die Neufassung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und ver-

wandter Gesundheitsprobleme“ der WHO, ICD-11, die diagnostische Einordnung von Transidentität als „geschlechtliche Nichtübereinstimmung“ vorgesehen. Mit der wertfreieren Bezeichnung soll eine Diskriminierung und Stigmatisierung transidenter Menschen vermieden werden.

Aus Gründen, die unter anderem in den Hürden der Kostenübernahme, aber auch in der Kompliziertheit der medizinischen Eingriffe liegen mag, strebt nur ein Teil der transidenten Menschen eine operative Geschlechtsangleichung an. Trans*Frauen (Mann-zu-Frau, MzF) lassen sich öfter operieren als Trans*Männer (Frau-zu-Mann, FzM).⁸⁾

Kritik am Transsexuellengesetz

Das Transsexuellengesetz gilt mehr als 35 Jahre nach seiner Einführung als dringend reformbedürftig, weil viele seiner Regelungen nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechen und weil es dem zentralen Gedanken des Selbstbestimmungsrechtes widerspricht.

Durch die gesetzlichen Vorgaben wird Transidentität pathologisiert – und das, obwohl die meisten Ärztinnen und Ärzte Transidentität nicht mehr als Störung oder Krankheit, sondern als Normvariante betrachten. Das Begutachtungsverfahren wird von den Betroffenen als entwürdigend und bevormundend erlebt. Die erforderliche psychiatrische Diagnose verfestigt die Wahrnehmung von transidenten Menschen als krankhaft und abweichend und führt zu Stigmatisierung.

Der Bundesrat forderte 2017 die Bundesregierung auf Antrag von Rheinland-Pfalz dazu auf, das TSG aufzuhe-

ben und durch ein modernes Gesetz zur Anerkennung der Geschlechtsidentität und zum Schutz der Selbstbestimmung bei der Geschlechterzuordnung zu ersetzen. Verzichtet werden soll z.B. auf die sehr kostspielige Begutachtungspflicht vor einer Vornamens- bzw. Personenstandsänderung.⁹⁾

Intersexualität

Wenn ein Mensch anatomisch, genetisch oder hormonell nicht eindeutig dem biologisch weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann, spricht man von Intersexualität. Intersexuelle Menschen haben sowohl weibliche als auch männliche Anteile in ihren Chromosomen, Hormonen, Keimdrüsen, äußeren und inneren Geschlechtsmerkmalen und stehen daher zwischen den Geschlechtern (intergeschlechtlich). Dennoch können sie sich mit einem der beiden Geschlechter identifizieren und in dieser Geschlechtszugehörigkeit homo-, hetero- oder bisexuell leben.

Intersexualität kann bereits bei der Geburt festgestellt werden oder auch erst im Verlaufe des Lebens auffallen, etwa wenn bei einem Mädchen die Menstruation ausbleibt und nach den Ursachen geforscht wird.

Viele intersexuelle Menschen wurden in der Vergangenheit bereits im Kindes- oder Jugendalter mit Hormonen behandelt oder Operationen im Genitalbereich unterzogen. Diese Eingriffe waren schmerzhaft, häufig verstümmelnd und traumatisierend. Die Maßnahmen dienten dem Ziel, möglichst frühzeitig eine eindeutige Geschlechtszuweisung zu erzielen. Hintergrund war die kategorische Vorstellung von Geschlechtsdualität und die Befürchtung, das Kind könne durch die Intersexualität, z.B. bei nicht eindeutigen Genitalen, in seiner psychosexuellen Entwicklung Schaden nehmen.

Heute weiß man, dass es neben dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht viele Varianten von Intersexualität gibt, die unterschiedliche Ursachen und Ausprägungen haben und vom äußeren Anschein her häufig gar nicht zu erkennen sind. In diesen Fällen können z.B. Hormon- oder Genanalysen zur Klärung herangezogen werden.

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur wird die heterogene Gruppe von Varianten der Geschlechtsentwicklung unter dem Begriff „Disorders of Sex Development“ (DSD) zusammengefasst. Die damit erfolgende Pathologisierung von Intersexualität als „Störung“ (engl. „disorder“) sehen deutsche Ärztinnen und Ärzte durchaus kritisch. Daran wird deutlich, dass die Nomenklatur in der Medizin nicht nur rein naturwissenschaftlich begründet ist, sondern immer auch gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen unterliegt.¹⁰⁾

Operation nur mit Einwilligung

Erst in den letzten 20 Jahren ist ein Bewusstsein dafür entstanden, dass es sich bei operativen und medikamentösen Eingriffen ohne Einwilligung der jugendlichen Betroffenen um eine Entmündigung handelt, die gegen die Menschenrechte verstößt. Die Eingriffe können weitreichende psychische und körperliche Folgen haben. Medizinisch wären sie häufig gar nicht notwendig, denn „die weit überwiegende Mehrzahl der intersexuellen Menschen sind per se nicht krank und nicht behandlungsbedürftig.“¹¹⁾

Die öffentliche und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Intersexualität trägt dazu bei, diese zunehmend als Ausdruck der natürlichen menschlichen Vielfalt und nicht als Störung zu betrachten. Demzufolge

sollte, wenn überhaupt möglich oder nötig, die Entscheidung für eines der beiden Geschlechter und eine entsprechende Operation in der Verantwortung der betroffenen Person selbst liegen.

Der Deutsche Ethikrat hat im Auftrag der Bundesregierung eine Stellungnahme zur Situation intersexueller Menschen in Deutschland erarbeitet, die 2012 veröffentlicht wurde. Darin vertritt er die Auffassung, dass intersexuelle Menschen „als Teil gesellschaftlicher Vielfalt Respekt und Unterstützung der Gesellschaft erfahren“ müssen. Zudem seien sie „vor medizinischen Fehlentwicklungen und Diskriminierung in der Gesellschaft“ zu schützen.¹²⁾

Vorbilder helfen

Viele Inter*Personen gehen aus Scham nicht offen mit ihrer spezifischen Geschlechtsentwicklung um. Teilweise vertrauen sie sich nicht einmal dem engsten sozialen Umfeld an. Neben der Unsicherheit, die die spezifische Geschlechtsentwicklung für die Betroffenen mit sich bringen kann, stellt die Geheimhaltung eine zusätzliche Belastung dar. Ein offener Umgang mit dem Thema kann helfen, psychischen Druck abzubauen. Von daher ist es zu begrüßen, dass in jüngster Zeit einige Menschen aus dem Sport- und dem Modebereich ihre Intersexualität öffentlich bekannt gemacht haben und als Vorbilder für eine gelungene Selbstfindung fungieren.

Geschlechtseintrag im Personenstandsregister

Eine Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) ermöglicht seit November 2013, dass ein Kind bei der Geburt keinen Geschlechtseintrag erhält, wenn es weder



dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Der Eintrag kann bis zum einwilligungsfähigen Alter offen gelassen werden.

Etliche erwachsene Intersexuelle forderten schon länger, als Geschlechtszugehörigkeit eine dritte Kategorie angeben zu können (z.B. „inter“ oder „divers“). Auf eine entsprechende Klage hin fasste das Bundesverfassungsgericht im Oktober 2017 den Beschluss, dass das Personenstandsgesetz neben dem Eintrag „weiblich“ oder „männlich“ eine weitere Möglichkeit bieten müsse, ein Geschlecht positiv eintragen zu lassen. In der bisherigen Form verstoße das PStG gegen das im Grundgesetz geschützte Persönlichkeitsrecht intersexueller Menschen, so das Gericht. Es forderte den Gesetzgeber auf, bis 31. Dezember 2018 eine Neuregelung zu schaffen, die den Eintrag eines dritten Geschlechts im Geburtsregister ermöglicht.



4. Erfahrungen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen

Thema: Identitätsentwicklung

Viele ältere und hochbetagte Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle hatten nie die Chance, ihre sexuelle und/oder geschlechtliche Identität als etwas Positives zu erleben. Sie wuchsen mit der Erfahrung auf, in den Augen der Mitmenschen, des Gesetzes und der Medizin als „krank“, „gestört“, „lasterhaft“ und „kriminell“ zu gelten. Es fehlten geoutete Vorbilder, die einen selbstbewussten Umgang mit einer „anderen“ sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität vorlebten und als Identifikationsfiguren dienen konnten.

Weibliche Homosexualität wurde häufig nicht ernst genommen. Sie wurde als enge Frauenfreundschaft interpretiert oder als „lesbische Phase“ betrachtet – nach dem Motto „Das gibt sich wieder, wenn nur der richtige Mann auftaucht“. Diese Erfahrung machte es lesbischen Frauen schwer, eine eigene Identität zu entwickeln.

Insgesamt ließ in der Vergangenheit der Umgang mit Lesben, Schwulen, Bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen nur wenig Raum für ein positives Selbstbild. Die Defizit-Orientierung brannte sich tief im Unterbewusstsein ein und prägte nachhaltig die Selbstwahrnehmung und das Verhalten.

Thema: Gesellschaftliche Sichtbarkeit

Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen fünf und zehn Prozent der Bevölkerung lesbisch oder schwul sind. Das bedeutet, dass in einer Stadt mit 100.000 Einwohner_innen rund 5000 bis 10.000 Lesben und Schwule leben. Oder dass in einem Dorf mit 800 Einwohner_innen ca. 40 bis 80 Menschen homosexuell sind. Hinzu kommen Bisexuelle, deren Anzahl noch darüber liegen dürfte, sowie transidente und intersexuelle Menschen. Auch wenn die Schätzungen zu deren Anteil an der Bevölkerung stark schwanken, ist es sehr wahrscheinlich, dass jede_r Cisgender irgendwann im Leben Kontakt zu einem Trans* oder Inter*Menschen hat. Ebenso hat vermutlich jede_r Heterosexuelle, bemerkt oder unbemerkt, Umgang mit einem schwulen Mann, einer lesbischen Frau, einem bisexuellen Menschen.

Es handelt sich bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen insgesamt also um eine beachtliche soziale Gruppe – die dennoch lange Zeit gesellschaftlich kaum in Erscheinung trat. Um sich zu schützen und nicht in den Fokus der Justiz zu geraten, blieben viele der heute alten LSBTI ihr Leben lang „unsichtbar“. Sie hielten sich versteckt oder führten ein Doppelleben.

Obwohl inzwischen mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt ungezwungener umgegangen wird, fällt es älteren Menschen häufig noch schwer, sich Unbekannten gegenüber zu öffnen. Sie haben das Recht, diesen Teil ihrer Identität für sich zu behalten. Der Respekt vor ihrer Entscheidung verbietet es, sie – trotz vielleicht eindeutiger Anzeichen – gegen ihren Willen zu öffnen.

Thema: Soziale Beziehungen

Viele Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle mussten in ihrer Jugend erleben, dass sogar engste Angehörige und Freund_innen nicht zu ihnen standen. Häufig wurden sie als „schwarze Schafe“ aus dem Familienverband ausgeschlossen, wenn sie nicht bereit waren, eine heterosexuelle Fassade aufrechtzuhalten. Es wurde hinter vorgehaltener Hand getuschelt oder offen gemobbt. Aus diesen negativen sozialen Erfahrungen ist vielfach ein tief verankertes Misstrauen zurückgeblieben. Auch Vereinsamung und ein Verlust an Fähigkeiten, mit anderen Menschen umzugehen, konnten daraus resultieren.

Thema: Gesundheit

Die Existenz außerhalb der postulierten heterosexuellen Norm bringt besondere Gesundheitsgefahren mit sich. Sie erzeugt einen dauerhaften Stresszustand und erhöht die Vulnerabilität (Verwundbarkeit), also die Anfälligkeit und Empfindlichkeit für Krankheiten. Aus vielen Studien geht hervor, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle für psychische Erkrankungen und Suizidalität ein erhöhtes Risiko haben, das mit ihrer spezifischen Lebenssituation in Zusammenhang steht.¹³⁾

Manche von ihnen haben in Gesundheitseinrichtungen sogar Gewalt erfahren. Das reichte von erzwungenen Psycho- und Hormontherapien bis hin zu Elektroschocks und Zwangssterilisationen. Solche „Behandlungen“ wurden gegen die Homosexualität eingesetzt, die lange Zeit als Krankheit galt. Intersexuelle wurden seelisch und körperlich verletzt, wenn sie, ohne dass sie einwilligen konnten, Genitaloperationen unterzogen wurden, die ihr Geschlecht entweder als eindeutig weiblich oder eindeutig männlich festlegten.

Thema: Kommunikation

Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle haben Sprache als Mittel der Ausgrenzung kennengelernt und sind daher auf diesem Gebiet besonders wachsam. Sprache signalisiert die Haltung der Sprechenden Person. Sie kann den Zugang zu Menschen öffnen oder verschließen.

Den meisten Betroffenen fehlten früher positiv besetzte Worte für die eigene Identität und Lebensweise. Trans* Personen wurden – oft auch in der eigenen Familie – abwertend als „Transe“ bezeichnet. Begriffe wie „homosexuell“, „schwul“ oder „lesbisch“ waren in der Vergangenheit vorwiegend negativ behaftet. Vielen Lesben und Schwulen fällt es auch im Alter noch schwer, für ihren Weg eine Sprache zu finden, da sie nie gelernt haben, offen und selbstbewusst darüber zu sprechen. Es kann möglich sein, dass sie deshalb von einer „Freundin“ oder einem „Bekanntem“ sprechen, wenn eigentlich die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner gemeint ist.

Auch heute noch werden homo- und transphobe Begriffe als Schimpfwörter gebraucht, z.B. „Schwuler“, „Schwuchtel“, „Tunte“, „Transe“. Jugendliche nutzen das Adjektiv „schwul“ oft abwertend für alles, was sie uncool finden.

Nonverbale Zeichen



Zu den nonverbalen Zeichen der lesbischen und schwulen Kultur gehört zum Beispiel der „rosa Winkel“: ein rosafarbenes Dreieck, das Schwule in den Konzentrationslagern als Stigmatisierungssymbol tragen mussten.



Zwei ineinander verschränkte naturwissenschaftliche Zeichen für „weiblich“ symbolisieren die weibliche Homosexualität, zwei ineinander verschränkte naturwissenschaftliche Zeichen für „männlich“ stehen für die männliche Homosexualität.



Die Kombination von männlichem und weiblichem Zeichen steht für Trans*Personen.



Die „rote Schleife“ ist seit den 1980er Jahren das Symbol für Solidarität mit den Menschen, die von HIV betroffen sind.



Die Regenbogenfahne ist das Symbol für Akzeptanz von sexueller Vielfalt.

Aber: Vor allem jüngere Lesben und Schwule nutzen die Begriffe lesbisch/Lesbe und schwul/Schwuler inzwischen selbstbewusst als Eigenbezeichnung. Auch in offiziellen Dokumenten werden sie verwendet. Den Begriff „homosexuell“ betrachten viele kritisch, da er die lesbische und schwule Lebensweise zu stark auf den Aspekt der Sexualität reduziert und den Wunsch von Lesben und Schwulen nach gleichgeschlechtlicher emotionaler Zuwendung und partnerschaftlicher Bindung nicht ausdrückt.

Thema: Die Situation heute

Viele junge Leute wissen heute nichts mehr über den § 175 StGB und seine Auswirkungen. Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle im Jugend- und Erwachsenenalter finden mittlerweile in ihrem persönlichen Umfeld und im öffentlichen Leben immer mehr Menschen, die sich outen. Als Vorbilder helfen sie, offen mit der eigenen sexuellen oder geschlechtlichen Identität umzugehen. Informations-

und Beratungsangebote haben sich in vielen Bereichen verbessert. Am Christopher Street Day zeigen Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle in vielen Städten der Bundesrepublik und weltweit, dass sie für ein Leben in Freiheit, Würde und Selbstbestimmung eintreten.

Die gesellschaftliche Stimmung gegenüber LSBTI kann mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen sichtbar gemacht werden. In der Leipziger „Mitte-Studie“ beispielsweise, einer alle zwei Jahre durchgeführten repräsentativen Befragung deutscher Bürgerinnen und Bürger, gaben 2016 ca. 40 Prozent der Befragten an, es als „ekelhaft“ zu empfinden, wenn sich Homosexuelle in der Öffentlichkeit küssen. Rund 25 Prozent hielten Homosexualität für „unmoralisch“ und ca. 36 Prozent waren der Meinung, dass Ehen zwischen zwei Frauen bzw. zwischen zwei Männern nicht erlaubt sein sollten.¹⁴⁾

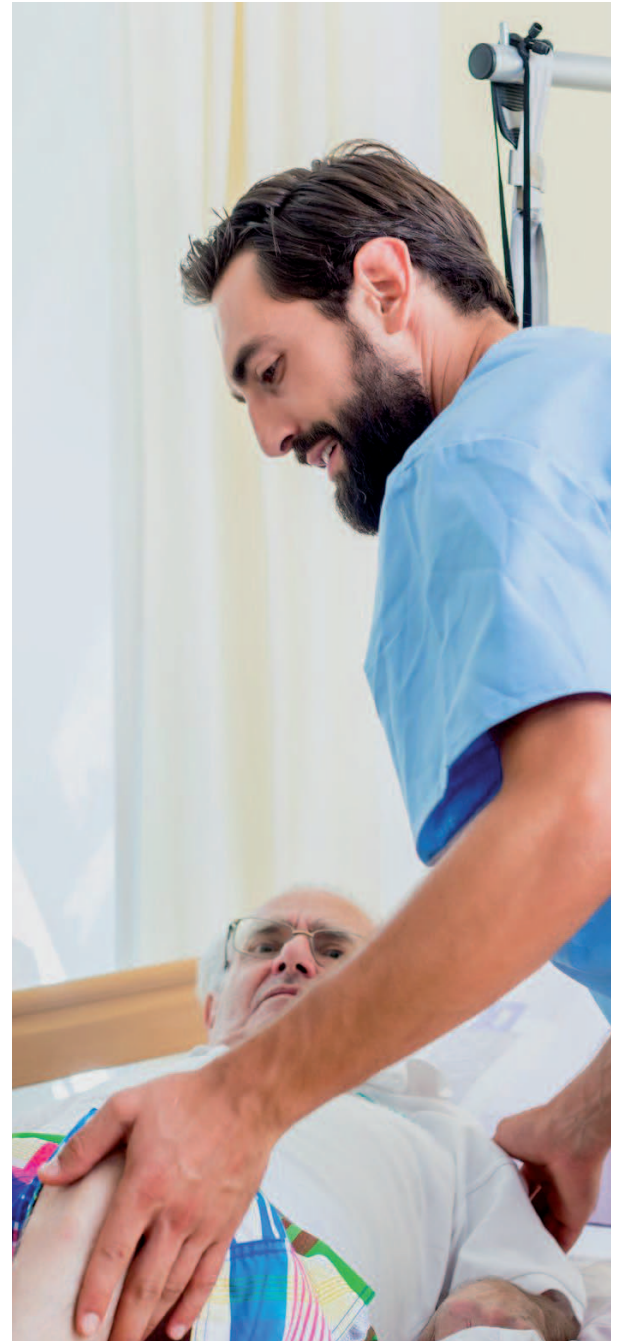
Eine weitere 2016 durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag der Antidiskriminie-

rungsstelle des Bundes kam zu dem Ergebnis, dass fast 95 Prozent der Befragten den gesetzlichen Schutz vor Diskriminierung homo- und bisexueller Menschen befürworteten. Mehr als 80 Prozent sprachen sich für die (inzwischen eingeführte) „Ehe für alle“ aus, mehr als 75 Prozent stimmten dem vollen Adoptionsrecht von gleichgeschlechtlichen Paaren zu.

Vorbehalte scheinen jedoch umso größer zu werden, je näher man dem Thema kommt. Nur 10 Prozent der Befragten geben an, ein Problem mit lesbischen oder schwulen Arbeitskolleg_innen zu haben. Aber 40 Prozent beurteilten es als eher oder sehr unangenehm, wenn die eigene Tochter oder der eigene Sohn homosexuell wäre.¹⁵⁾ Bei diesem Wert mag allerdings eine Rolle gespielt haben, dass Eltern die gesellschaftlichen Probleme, die eine Homosexualität des Kindes mit sich bringen könnte, antizipiert haben und deshalb die Vorstellung eher negativ bewerteten.

Bei einer repräsentativen YouGov-Umfrage im Juni 2017, also kurz vor dem Bundestagsbeschluss, lehnten gut ein Viertel (26 Prozent) die Ehe von homosexuellen Paaren ab, 66 Prozent befürwortete sie. Jüngere Menschen stimmten einer Gesetzesänderung dabei deutlich häufiger zu als ältere, Frauen häufiger als Männer. Jeder Dritte (33 Prozent) war dagegen, dass homosexuelle Paare Kinder adoptieren dürfen, jeder Fünfte (20 Prozent) gab an, dass homosexuelle Paare Kinder schlechter erziehen können als heterosexuelle Paare.¹⁶⁾

Obwohl in der Bevölkerung immer noch homophobe und transphobe Haltungen vorhanden sind, lässt sich insgesamt aber feststellen, dass sich die Einstellung der Mehrheit der Bevölkerung in der Bundesrepublik eindeutig zur Akzeptanz von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen hin gewandelt hat.

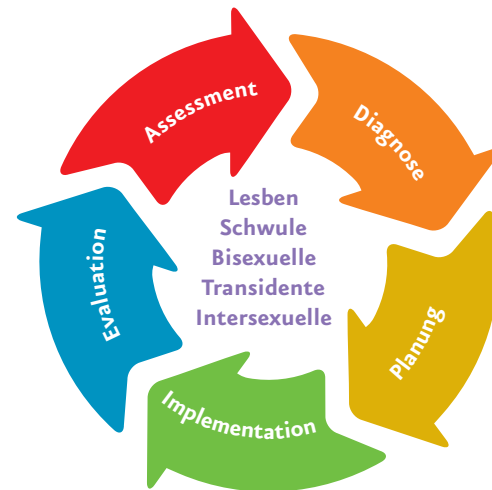


5. Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle im Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist Grundlage pflegerischen Handelns und ermöglicht ein zielgerichtetes und systematisches Vorgehen. Im Pflegeprozess steht der Mensch im Mittelpunkt und wird ganzheitlich wahrgenommen. Pflegenden schauen aus der Sicht der Pflegebedürftigen auf die Situation und sammeln Informationen über die Menschen und die Lage, in der sie sich befinden.

Bei der Aufnahme in Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Formulare verwendet. Dabei werden häufig Standardfragen genutzt, um z.B. persönliche Daten abzufragen: ledig – verheiratet – geschieden; männlich – weiblich. Diese Kategorien lassen keinen Raum für individuelle Antworten, die die Lebenswirklichkeit von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen widerspiegeln. Offene Fragen hingegen könnten die Menschen dazu ermuntern, ihre tatsächliche Lebenssituation mitzuteilen.

„Bei uns gibt es ‚so etwas‘ nicht“ wird häufig von Pflegenden auf die Frage geantwortet, ob es in ihrer Einrichtung Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle gibt. Tatsächlich dürfte das kaum der Fall sein. Wahrscheinlicher ist, dass z.B. Lesben, Schwule und Bisexuelle nicht erkannt werden, wenn sie sich nicht offensiv outen. Transidente dagegen fühlen sich in Pflegesituationen oft damit konfrontiert, dass sie



Irritationen auslösen. Viele sind auf den ersten Blick nicht an körperlichen Merkmalen zu erkennen, bedürfen aber (z.B. aufgrund operativer Eingriffe oder der Notwendigkeit lebenslanger Hormoneinnahmen) sehr wohl einer besonderen Pflege und Versorgung.

Gelegentlich wird von Pflegekräften hinterfragt, ob die Lebensrealitäten von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen für die Pflege überhaupt von Bedeutung seien. Eine solche Haltung ignoriert, dass die sexuelle und geschlechtliche Identität bedeutsam für jeden Menschen, für die individuelle Gesundheit und damit für die Pflege ist. Sie kann dazu führen, dass die Pflegeprobleme dieser Menschen nicht erfasst werden und sinnvolle Pflegemaßnahmen nicht stattfinden können.

Ausgrenzung, Ablehnung und Diskriminierung machen auch vor Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten nicht Halt. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit erlebten körperlichen und seelischen Verletzungen ist es auch heute noch nachvollziehbar, wenn Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle wenig Vertrauen in Gesundheitseinrichtungen und die darin beschäftigten Menschen haben.

Professionelles Arbeiten bedeutet, das Wissen über die speziellen Lebensrealitäten der zu Pflegenden in jeder Pflegesituation selbstverständlich einzubeziehen. Folgende Faktoren sind dafür wichtig:

Reflexion und Empathie

Für Pflegende ist es notwendig, die eigene Vorstellung vom Leben sowie die eigenen Werte und Normen zu reflektieren, sich mit der eigenen sexuellen und geschlechtlichen Identität auseinanderzusetzen und den persönlichen kulturellen Hintergrund zu hinterfragen. Dies ist Voraussetzung, um in Pflegesituationen die eigenen Sichtweisen von denen der Pflegebedürftigen unterscheiden zu können. Pflegende lernen, sich bewusst in andere Menschen hineinzusetzen. Sie erfassen empathisch das Denken, Fühlen und Handeln der Pflegebedürftigen und können so auch Lebenssituationen begreifen, die ihnen selbst fremd sind. Reflexion und Empathie versetzen Pflegende in die Lage, im Sinne der Pflegebedürftigen handeln zu können.

Biografiearbeit

Um die Lebensrealität von Pflegebedürftigen zu verstehen, ist es hilfreich, sich mit ihrer persönlichen Bio-

grafie auseinanderzusetzen. Mit Hilfe dieser Methode wird betrachtet, welche Sitten, Bräuche und Kulturen es im jeweiligen Umfeld und damit im Leben des Menschen gab. Es werden daraus Rückschlüsse auf Gesundheit und Krankheit gezogen. Pflegende verstehen durch die Biografiearbeit, was Pflegebedürftige brauchen, um ihre Gesundheit zu erhalten oder um gesund zu werden. Die Pflegemaßnahmen können so an den vorhandenen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden.

Bilder, Bücher und Symbole, die sich in der Wohnung/ im Zimmer befinden (z.B. Regenbogenflagge) oder die ins Krankenhaus mitgebracht werden, liefern Hinweise auf die Lebensrealitäten der Pflegebedürftigen und lassen u.U. Rückschlüsse auf die Biografie zu.

Auch über Verhaltensbeobachtung erhalten Pflegende wichtige Informationen. Es ist zu berücksichtigen, dass bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen genderflexible Verhaltensweisen vorkommen können. Da es in unserer Gesellschaft z.B. nach wie vor zum Rollenverständnis eines Mannes gehört, dass er „stark ist“ und „nicht weint“, kann ein Mann, der seine Gefühle zeigt, sich körperbetont verhält oder beim Reden das Erlebte mit Gesten untermalt, befremdlich wirken. Es fallen dann häufig Worte wie „verweicht“ oder „affektiert“. Erkennen Pflegende, dass die Art, wie der Mann sich äußert und verhält, Teil seiner schwulen Identität sein könnte, eröffnet ihnen das ein besseres Verständnis.

Wichtig kann dieses Verständnis besonders bei Schmerzäußerungen werden. Wenn Pflegende genderflexible Verhaltensweisen als „affektiert“ einordnen, besteht die Gefahr, dass sie Schmerzäußerungen nicht als solche wahrnehmen. Der Schmerz wird dann nicht erkannt und kann nicht angemessen behandelt werden.

Beraten und Anleiten

Transidenten und Intersexuellen mangelt es immer noch häufig an leicht zugänglichen Informationen zu ihrer Lebenssituation. Es fehlen Unterstützungsangebote in der Zeit des Passings, in der sich bei Transidenten die Angleichung an das gefühlte Wunschgeschlecht vollzieht, oder während des Bewusstwerdungsprozesses zur eigenen Intersexualität. Es gibt zu wenige Hinweise auf Fachkliniken und nicht ausreichend Informationen über den alltäglichen Umgang mit psychischen und physischen Veränderungen.

Transidente sind Expert_innen ihrer Lebenssituation. Ihr Wissen muss in die Pflege eingebunden werden. Pflegeprobleme, die sich im Alltag zeigen (z.B. Inkontinenz nach einer geschlechtsangleichenden Operation) sollten gemeinsam thematisiert werden, um gute Lösungen zu finden.

Wichtig ist die Kenntnis über die lebenslange Hormontherapie, die viele transidente Menschen durchführen. Zudem wird es in Zukunft vermehrt Transidente geben, die bei erfolgter Namens- und Personenstandsänderung keine geschlechtsangleichenden Operationen durchgeführt haben. Für Pflegenden gilt es, im Umgang mit diesen Menschen die richtigen Pronomen zu verwenden (sie/er, ihr/sein) und sie insbesondere bei der Intimpflege in ihrem Geschlecht zu akzeptieren. Dies gilt in gleichem Maße für Intersexuelle, die z.B. sowohl männliche als auch weibliche äußere Geschlechtsmerkmale haben.

Familiale Beziehungen erkennen und einbeziehen

Die Angehörigen von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen werden in Kranken-

häusern und Altenpflegeeinrichtungen oftmals nicht erkannt, da der Blick der Pflegekräfte hauptsächlich auf familiäre Beziehungen gerichtet ist. LSBTI sind jedoch häufig in alternative, queere Gemeinschaften eingebunden. Diese haben familialen Charakter und tragende Strukturen. Sie ersetzen die klassische Familie, wenn dorthin kein oder nur schwacher Kontakt besteht. Viele LSBTI haben langjährige Beziehungen zu einer „Wahlfamilie“, die selbstverständlicher Teil ihres Lebens ist.

Es gilt also beispielsweise, die Lebenspartnerin einer lesbischen Frau nicht als gute Freundin oder Nachbarin zu verkennen. Ist das nämlich der Fall, wird sie nicht in die Pflege einbezogen und es werden ihr wesentliche Informationen vorenthalten. Wenn die Lebenspartnerin jedoch als solche erkannt und anerkannt wird, kann ein Austausch stattfinden, bei dem die Pflegenden wichtige Informationen über die pflegebedürftige Person erhalten.



Sterben, Tod, Trauer

Auch für die Begleitung in Lebenskrisen ist es wichtig, die tatsächliche Lebenssituation einer pflegebedürftigen Person richtig zu erfassen. Wird die Situation falsch gedeutet und die Partnerin einer lesbischen Frau bzw. der Partner eines schwulen Mannes wird am Krankenbett nicht erkannt, ist es schwer möglich, eine adäquate Begleitung zu leisten. Es ist Aufgabe der Pflege, den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, ihren Schmerz und ihre Trauer über das baldige Zurücklassen ihrer Liebsten mitzuteilen und einen Umgang damit zu finden.



Sterben, Tod und Trauer haben für ältere LSBTI aufgrund der AIDS-Krise in den 1980er Jahren eine besondere Bedeutung. Sie erlebten, wie damals innerhalb kurzer Zeit viele, zum Teil auch ganz junge schwule Freunde und Bekannte starben. Es ist wichtig, die traumatischen Erlebnisse während der AIDS-Krise bei der Sterbebeglei-

tung von LSBTI zu berücksichtigen. Die Angst und Unruhe der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Sterbeprozess zu diesen Lebensrealitäten in Bezug zu setzen, kann zu einem würdevollen Abschied und Tod beitragen.

HIV als Lebensrealität

HIV ist eine Lebensrealität unter schwulen Männern. Da Pflegende bei der Medikamenteneinnahme und -gabe unterstützen, wissen sie, dass HIV-Medikamente regelmäßig eingenommen werden müssen. Es ist wichtig, dass sie HIV-Schwerpunktpraxen kennen und auf diese verweisen können.

Sprache

Begriffe sind wertvolle Signale, die Verstehen ausdrücken und Vertrauen fördern. Indem Pflegende Worte übernehmen, die die Pflegebedürftigen vorgeben, gehen sie sensibel z.B. auf verborgenes Leben oder queere Lebensrealitäten ein. Sich auf die Situation einzulassen heißt, die Umschreibungen der pflegebedürftigen Person („meine Freundin“, „mein Kollege“, „mein Bekannter“) weiter zu nutzen und sie nicht zu hinterfragen. Damit wird der Mensch anerkannt, ohne dass ein offensives Outing notwendig ist.

Es spricht für die Sensibilität von Pflegenden, wenn sie einer lesbischen Frau, die die weibliche Sprachform nutzt und damit ihrer Haltung Ausdruck verleiht, in dieser Sprache begegnen. Als Beispiel sei das unbestimmte Pronomen „man“ genannt, an dessen Stelle von „frau“ oder „mensch“ gesprochen werden kann. Stellt sich eine Frau als Doktorin XY vor, sollten Pflegende sie mit diesem weiblichen Titel ansprechen.

Generell ist eine gendersensible Sprache selbstverständlich, die die weibliche Form gleichberechtigt nutzt oder neutralisierende Begriffe verwendet (Beschäftigte, Pflegebedürftige, Studierende, Geschäftsleitung, ärztliches Team, ärztlicher Rat usw.).

Eine Ansprache ohne heterosexuelle Vorannahmen lädt Menschen zur Offenheit ein:

- *Befinden Sie sich zurzeit in einer Partnerschaft?*
- *Leben Sie mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner noch zusammen?*
- *Wie lange ist Ihre Partnerin/Ihr Partner schon verstorben?*

Von heteronormativen Vorannahmen sind z.B. Fragen geprägt wie:

- *Frau XY, wann kommt denn Ihr Ehemann?*
- *Herr XY, kann Ihr Bruder, der Sie immer besucht, von zuhause etwas mitbringen?*

Berührung

Krankenhausaufenthalte, Pflegemaßnahmen oder Untersuchungen können bei Lesben, Schwulen, Bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen aufgrund früherer negativer Erfahrungen Stress auslösen und zu Retraumatisierungen führen. Auch körperliche Berührungen können solche Reaktionen hervorrufen. Durch den überlegten Einsatz von Berührung wird Gefühlen wie Abhängigkeit sowie Macht- und Ohnmachtserleben entgegengewirkt.

Willkommenskultur

Es ist Ausdruck einer Willkommenskultur, wenn z.B. im Eingangsbereich eines Krankenhauses oder einer Alteinrichtung die Regenbogenfahne hängt und signalisiert, dass Menschen in aller Vielfalt gern gesehen sind. Längst ist der Regenbogen das Symbol von Akzeptanz und Respekt gegenüber allen Menschen geworden, egal, wie sie leben und lieben, woher sie kommen und was sie glauben. Mit der Regenbogenfahne wird in der Einrichtung ein Zeichen für einen offenen und friedlichen Umgang gesetzt. Aus anderen gesellschaftlichen Bereichen gibt es bereits Beispiele dafür, wie durch das Regenbogensymbol am Eingang die Unternehmenskultur positiv geprägt wird.

Rechtliche Grundlage dafür ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), auch „Antidiskriminierungsgesetz“ genannt. Sein Ziel ist, Benachteiligungen aus Gründen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion, der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen bzw. geschlechtlichen Identität zu verhindern und zu beseitigen und Menschen vor Diskriminierung zu schützen.

Dieses Kapitel ist entstanden unter Mitarbeit von Gabi Stummer, Pflegewissenschaftlerin, Köln

6. Unterricht in Pflegeschulen: Reflexionen und Anregungen

In vielen Pflegeeinrichtungen herrscht eine unzureichende Kenntnis über den Umgang mit Lesben, Schwulen, Bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen. Über deren Erfahrungen und Haltungen, über queere Lebensrealitäten und die Auswirkungen einer queeren Sozialisation auf die Pflegesituation ist den Pflegekräften oft wenig bekannt. Werden Pflegekräfte mit „anderen“ sexuellen und geschlechtliche Identitäten konfrontiert, verstehen manche dies als einen Angriff auf ihr eigenes sexuelles und geschlechtliches Selbstverständnis. Die entstehende Unsicherheit wird nicht selten mit Ablehnung beantwortet.

Hinzu kommt, dass Sexualität – egal ob Heterosexualität oder Homosexualität – häufig ein Tabuthema in der Pflege ist. Ein essentielles Bedürfnis der zu Pflegenden wird verschwiegen, gemieden und zum Teil negiert. Gerade in der Langzeitpflege wird dem Menschen damit ein wichtiger Teil seiner Identität genommen. Dies wirkt sich längerfristig entscheidend auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus.

Pflegeleistungen greifen oft massiv in die Intimsphäre der Menschen ein. Das erzeugt Scham bei den Pflegebedürftigen, aber auch bei den Pflegenden. Das Arbeiten im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz, die Konfrontation mit eigenen Gefühlen und die Notwendigkeit von Pflegehandlungen, die die Intimsphäre der Menschen berühren und verletzen – vielleicht resultiert

Themen für die Ausbildung

- Bedeutung von Begriffen aus dem Themenbereich LSBTI
- Lebenswirklichkeit von LSBTI in der Vergangenheit und heute
- Rechtliche Grundlagen (Transsexuellengesetz, Eingetragene Lebenspartnerschaft, Ehe für alle)
- Verläufe von Coming-out-Prozessen
- Mechanismen von Ausgrenzung
- Sprachsensibilität in der Kommunikation mit Patient_innen
- Möglichkeiten, auf versteckte Hinweise einzugehen, aber auch Achtung vor der Entscheidung des pflegebedürftigen Menschen, sich nicht zu bekennen
- Handlungsstrategien für Akzeptanz und gegen Diskriminierung im Berufsalltag
- Gruppen und Initiativen von LSBTI vor Ort sowie ihre Kultur- und Freizeitangebote
- Vor allem für die Altenpflege: Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung für LSBTI

genau hieraus die weitgehende Tabuisierung von Sexualität. Hinzu kommen mögliche Erfahrungen zu Beginn der Ausbildung, in der die angehenden Pflegekräfte an ihre persönlichen Wertegrenzen stoßen und keine Gelegenheit bekommen, diese unterstützt zu reflektieren.

All dies deutet darauf hin: Es liegt eine große Chance darin, die Auseinandersetzung mit den Thema gesellschaftliche Vielfalt und dem persönlichen, auch sexuelle Fragen betreffenden Wertesystem bereits in der Pflegeausbildung anzuregen. Werden hier schon grundlegende Informationen vermittelt, werden Denkansätze gegeben und Konventionen hinterfragt, dann steigt die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung auf beiden Seiten: Pflegende können Sicherheit und Selbstvertrauen im Umgang mit den ihnen anvertrauten lesbischen, schwulen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Pflegebedürftigen entwickeln. Diese selbst erleben eine akzeptierende und diskriminierungsfreie Behandlung im Alter und bei Krankheit, die das Vertrauen stärkt und den Genesungsprozess fördert.

Bedingungen in der Ausbildung

In der schulischen Ausbildung stehen die Lehrkräfte vor einer sehr heterogenen Lerngruppe. Die Unterschiedlichkeit bezieht sich nicht nur auf den vorangegangenen Bildungsabschluss, sondern auch auf Alter, Lebenserfahrung, eigene familiäre Situation, kulturelle Hintergründe und viele Faktoren mehr. Junge Menschen bringen heute ganz unterschiedliche Kompetenzen mit, wenn sie eine Pflegeausbildung beginnen.

Darüber hinaus werden die Anforderungen an den Pflegeberuf immer vielfältiger. Die gesellschaftlichen, medizinischen und berufspolitischen Entwicklungen

machen Themen relevant, die nicht alle in einer dreijährigen Grundausbildung behandelt werden können.

Schulisches Lernen ist bei vielen Pflegeschüler_innen dem praktischen Lernen nachgeordnet. Die jungen Menschen lernen in der Praxis mit allen Sinnen und machen emotionale Erfahrungen – dies festigt Lerneindrücke deutlich stärker als es im schulischen Unterricht möglich ist.

Was kann der Unterricht in Pflegeschulen leisten?

Die Ausbildung soll den Erwerb von Kompetenzen ermöglichen und fachkompetente Pflegekräfte hervorbringen. Um einen verantwortungsvollen Umgang mit Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen in der Kranken- und Altenpflege zu erlernen, muss in der Ausbildung vor allem an der Haltung der Auszubildenden gearbeitet werden. Kernbedingung hierfür ist die Bereitschaft, eine individuelle (kultursensible) Pflege auf Grundlage einer detaillierten, empathischen und umfassenden Beobachtung zu planen und durchzuführen.

Lehrkräfte haben die Aufgabe, diese Bereitschaft zu fördern. Pflegeschüler_innen müssen im Unterricht einen geschützten Raum bekommen, in dem sie ihre eigene Werteentwicklung autobiografisch reflektieren können. Lehrkräfte eröffnen ihnen immer wieder die Möglichkeit, Situationen aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten und sexuelle bzw. geschlechtliche Identitäten, die sich von der eigenen unterscheiden, als gleichwertig zu erkennen.

Dazu sind viele Methoden nutzbar: Arbeiten an Fallbeispielen, Einsatz von Filmen, biografischen Texten und Zeitschriftenartikeln oder Unterrichtsgespräche mit



Vertreter_innen von Interessengruppen. Mit Hilfe von Rollenspielen können Lebenssituationen und Erfahrungen von Menschen mit LSBTI-Hintergrund nachempfunden werden.

Um ein Gefühl für die Lebenswirklichkeit jenseits heterosexueller Normvorstellungen zu vermitteln, können z.B. Menschen eingeladen werden, die sich in örtlichen AIDS-Hilfen, Frauenzentren, schwul-lesbischen Kulturzentren oder Beratungsstellen engagieren. Sie berichten authentisch und glaubwürdig und eröffnen damit neue Perspektiven, die zur Diskussion anregen. Durch einen Besuch in der Einrichtung kann der persönliche Eindruck noch verstärkt werden.

Ein Unterricht, der nah am Thema ist und abwechslungsreiche fachpraktische Unterrichtseinheiten ent-

hält, interessiert die jungen Menschen für den Themenbereich LSBTI und forciert den Lerngewinn. Wichtig ist es, die angehenden Pflegekräfte für die möglichen Diskriminierungserfahrungen von pflegebedürftigen Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transidenten und Intersexuellen zu sensibilisieren und gemeinsam wertschätzende Strategien für alltägliche Pflegesituationen zu entwickeln.

Ebenso sollten die Auszubildenden auf den Umgang mit Patient_innen und Bewohner_innen vorbereitet werden, die Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle im Krankenzimmer, auf der Station oder in der Einrichtung ablehnen und ausgrenzen. Pflegekräfte, die sich ihrer eigenen kultursensiblen und offenen Haltung sicher sind, fällt es leichter, homophoben und transphoben Bestrebungen anderer entschieden zu begegnen.

7. Persönliche Berichte

Esther Herrmann

58 Jahre, lesbisch, lebt seit 2010 mit ihrer Frau Monika in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

” Nach zwei schweren Unfällen 2016 bin ich in den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen mit meiner Lebenssituation offen umgegangen und hatte keine Probleme. Allerdings war all meine Kraft und Energie auf die körperliche Heilung gerichtet, so dass für mich persönlich die sexuelle Identität ganz in den Hintergrund rückte. Umso wichtiger war, dass ich in dieser Situation keine Diskriminierungen erleben musste.

Grundsätzlich mag ich mich nicht mehr verstecken und verbiegen. Gerade nicht in Pflegesituationen, wo ich auf Hilfe angewiesen bin. Hier will ich so akzeptiert werden, wie ich bin, als Mensch.

Von Pflegeeinrichtungen erwarte ich eine gute Biografiearbeit, einen wertschätzenden Umgang und gute fachliche Pflege. Da darf die sexuelle Orientierung keine Rolle spielen. Junge Pflegekräfte sollten schon in der Ausbildung lernen, dass es verschiedene Lebensentwürfe gibt und diese nicht zu bewerten sind.

Im Alter möchte ich weiterhin die Einbindung in meine sozialen Bezüge ermöglicht bekommen und zum Beispiel zum CSD, zum Aids-Ball, zu schwul-lesbischen Chören oder zu Frauenfesten gehen können. Hierzu ist es notwendig, den Auszubildenden, die später in der Altenpflege arbeiten werden, die kulturelle Vielfalt mit ihren regionalen Angeboten zu vermitteln.

Ich würde eher eine Einrichtung nutzen, die sich auf LSBTI ausgerichtet hat. Neben einer guten Pflege lege ich Wert auf das einführende Gespräch. Kenntnisse in Gesprächsführung halte ich für Pflegekräfte daher für grundsätzlich wichtig.

Monika Herrmann

68 Jahre, lesbisch, lebt seit 2010 mit ihrer Frau Esther in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

” Als ich noch nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt habe, war im Krankenhaus die Frage nach dem Stand der Beziehung („Und wer sind Sie?“) immer eine etwas kritische Situation. Es kam dann öfter von den Schwestern oder Pflegern direkt, noch bevor ich antworten konnte, die Feststellung: „Ach, Sie sind die Schwester!“ Damit konnten sie



die Behandlung meiner Partnerin in meinem Beisein durchführen und mir Auskünfte erteilen. Ich hatte das Gefühl, dass sie sehr bemüht waren, keine Diskriminierung entstehen zu lassen. Denn hätten sie offiziell gewusst, dass ich die Lebensgefährtin bin, hätten sie mir keine Auskunft geben dürfen.

Bei Krankenhausaufenthalten meiner jetzigen Partnerin habe ich mich gleich zu Beginn als Ehefrau vorgestellt. Ich habe damit keinerlei negativen Erfahrungen gemacht. Im Gegenteil, ich erhielt alle Auskünfte und konnte kommen und gehen, wann ich wollte. Im Alter möchte ich, soweit es geht, in unserem Haus bleiben und hier gepflegt werden. Wenn ich in eine Einrichtung gehen würde, dann lieber in eine, die auch Angebote speziell für Frauen hat.

Ich glaube nicht, dass es einen Unterschied macht, ob man von einer Frau oder einem Mann gepflegt wird. Der Umgang des Pflegepersonals ist auf den Menschen gerichtet, es gibt keine „besondere“ Pflege. Wenn es nicht mehr geht, ist es für mich auch nicht von Bedeutung, ob eine Schwester oder ein Pfleger die Pflege macht. Hauptsache sie oder er ist fachlich gut.

Carsten Bonkowski und Maik Schlüter

43 und 44 Jahre, schwul, leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

“ Wir gehen mit unserer Homosexualität offen um. Mit Pflegesituationen haben wir bislang noch keine Erfahrungen gemacht, aber setzen voraus, dass eine gute und vor allem menschenwürdige Pflege unter keinen Umständen eine Frage der sexuellen Orientierung sein darf. Wir erwarten vom Pflegepersonal, dass im Umgang kein Unterschied zwischen hetero- und homosexuell veranlagten Menschen gemacht wird.



Ein gemeinsames Leben in einer Pflegeeinrichtung – falls notwendig – sollte im selben Rahmen stattfinden können wie für heterosexuelle Menschen. Genauso erwarten wir, dass auch mit Menschen anderer Religion, Hautfarbe oder Nationalität nicht anders umgegangen wird. Wie sagte einst Hans Rosenthal: Mensch bleiben!

Franziska Katharina Hören

49 Jahre, Frau mit transidenter Vergangenheit, freiberufliche Journalistin und Radiomoderatorin, Betriebswirtin (IWW) und Projektmanagerin. Sie lebt seit 2013 im gefühlten Geschlecht. Seit 2014 macht sie in der Öffentlichkeit Aufklärungsarbeit in Bezug auf Transsexualität und Transidentität.



“ Während meiner Transition hatte ich mehrere Krankenhausaufenthalte sowie eine Reha-Maßnahme. Positiv war, dass es Krankenhausaufenthalte gab, bei denen ich unabhängig vom Status meiner Transition (also auch zu Zeitpunkten, an denen die Transition noch nicht komplett abgeschlossen war) in allen Belangen als Frau wahrgenommen und behandelt wur-

de. Das heißt, ich wurde auch dementsprechend untergebracht. In diesen Fällen wurde meine Würde vollends gewahrt und mir Respekt entgegengebracht.

Besonders hervorzuheben ist der Reha-Aufenthalt. Zu diesem Zeitpunkt war meine Vornamens- und Personenstandsänderung noch nicht abgeschlossen, lediglich mein Krankenkassen-Status war dem weiblichen Geschlecht und Namen angepasst. Es gab für mich also noch keinen Rechtsanspruch, als Frau behandelt zu werden. Und trotzdem standen mir sämtliche Rechte als Frau (Frauensauna, Frauenschwimmen etc.) uneingeschränkt zu. Dies stieß, und das muss man hier besonders betonen, bei den Mitpatientinnen auf keinerlei Gegenwehr. Auch im Krankenhaus fühlte ich mich von Mitpatientinnen, Pflegepersonal und behandelnden Ärzten warmherzig aufgenommen und voll akzeptiert. Ich stehe heute noch mit vielen in Kontakt.

Aber es gab auch negative Beispiele. Als ich zum Beispiel bei der Aufnahme trotz erfolgter Vornamens- und Personenstandsänderung gefragt wurde, ob ich in einem Männer- oder Frauenzimmer untergebracht werden möchte. Oder als während des Aufenthaltes in einer Notfallambulanz die Tür weit aufgelassen wurde und jedes Mitglied des Pflegepersonals erst einmal einen Blick werfen durfte. Ich habe erlebt, dass Ärzte mich aggressiv angefahren haben, wie ich denn nun angeredet werden möchte. Oder man hat die Nachhaltigkeit meines Entschlusses, im gefühlten Geschlecht leben zu wollen, in Frage gestellt. Auch als ich während des Alltagsstests, augenscheinlich mit weiblichem Erscheinungsbild und Krankenkassenkarte, als Mann aufgerufen wurde, hat mir das sehr zugesetzt.

Ich bin immer offen mit meiner Transidentität umgegangen, habe damit aber, gerade am Anfang, nicht nur gute Erfahrungen gemacht. Es gab Zeiten, da fürchtete

ich eine Deformierung meines Ansehens, die Verletzung meiner Würde bzw. die Bloßstellung in der Öffentlichkeit, wenn ich mich ins Krankenhaus begeben musste oder selbst wenn nur ein einfacher Arztbesuch anstand. Auch wenn dadurch ein Restmisstrauen geblieben ist, hat das positive Verhalten derjenigen Therapeuten, Ärzte und Pflegekräfte, die zugewandt mit mir umgingen, einen Großteil zur Steigerung meiner Lebensqualität beigetragen.

Was meine Erwartungen an das pflegende und behandelnde Personal angeht, kann ich sagen: Ich erwarte, dass – auch bei vorhandener Abneigung und Unverständnis der Thematik gegenüber – jederzeit so viel Professionalität aufgebracht wird, dass meine Würde gewahrt bleibt und meiner Entscheidung, Lebensart und Person Respekt entgegengebracht wird. Und dies gilt nicht erst nach Abschluss aller körperlichen Maßnahmen, denn sie sind sowieso nicht mehr zwingend notwendig. Frei nach der höchstrichterlichen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, wonach die Nachhaltigkeit des Entschlusses, im anderen Geschlecht leben zu wollen, nicht danach zu beurteilen ist, ob körperliche Veränderungen vollzogen wurden, sondern wie konsequent die Person in diesem Geschlecht lebt und leben möchte.

Golden Girls

Stammtisch lesbischer Frauen in Mainz. Fünfzehn Frauen zwischen 50 und 70 Jahren berichteten bei einem Stammtischtreffen im Frauenzentrum Mainz am 1. März 2017 von ihren Erfahrungen und Wünschen zum Thema Pflege. Sie wollten ihr Statement als Gruppe abgeben.

” Keine der Stammtischfrauen musste bisher auf Altenpflegerische Hilfe zurückgreifen. Die Entscheidung, sich im Krankenhaus als lesbisch lebende /

liebende Frau zu outen, war für fast alle Teilnehmerinnen eine Selbstverständlichkeit. Die Erfahrungen damit waren – für die Frauen erstaunlich – durchaus positiv. Sowohl das Pflegepersonal wie auch die Ärzt_innen seien mit dem Outing professionell umgegangen.

Die Frauen hätten gerne die Möglichkeit, zwischen einer weiblichen und einer männlichen Pflegefachkraft wählen zu können, vor allem, wenn es um die intime Körperpflege im Krankenhaus oder in der Altenpflege geht. Sie wünschen sich auch, dass ihre Partnerinnen und Freundinnen selbstverständlich in Gespräche mit dem ärztlichen, therapeutischen und pflegenden Personal einbezogen werden. Skeptisch waren einige Frauen gegenüber Ärzten und männlichen Pflegekräften aus jenen Kulturkreisen, in denen ein anderes Frauenbild vermittelt wird und gleichgeschlechtliche Liebe teilweise noch unter Strafe steht.

Um sich outen zu können, sei bei Ärzt_innen und Pflegekräften eine professionelle, persönlich reflektierte und akzeptierende Haltung zur lesbischen Identität nötig. Die Frauen des Stammtisches „Golden Girls“, wünschen sich Pflegepersonen, die ihre Tätigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Biografien, Lebensumstände und sexuellen Identitäten ausüben. Achtsamkeit, Empathie, Einfühlungsvermögen und das Wahren persönlicher Grenzen seien wichtig.

H.-J. Wessel

61 Jahre, schwul, ist berufstätig und lebt in einer Beziehung

“ Seit meinem Coming-out habe ich keinerlei einschlägigen Erfahrungen gemacht. Bei meinen Fachärzten (Internist, HNO-Arzt, Zahnarzt) habe ich mich nicht geoutet, hielt das aber auch nicht für notwendig. Bei meinem Internisten habe ich einen HIV-

Test machen lassen, aber das war fast eine Routineangelegenheit. Die sexuelle Identität spielte dabei keine Rolle.

Ich habe mal einen offen schwulen Hautarzt besucht, der mich aber auch nicht anders behandelt hat als seine übrigen Patienten: wie einen Kassenpatienten, der bloß stört....

Im Krankenhaus würde ich mich mittlerweile outen, sofern es relevant für die Behandlung wäre. Der Umgang des Pflegepersonals sollte in jedem Fall – und das unabhängig von der sexuellen Orientierung eines jeden Patienten – respektvoll, wertschätzend und professionell sein. Diskriminierendes Verhalten ist nicht zu dulden.

Wenn es eine Altenpflegeeinrichtung mit spezieller Ausrichtung auf LSBTI gäbe, würde ich sie im Alter nutzen.

Gert Rickart

64 Jahre, schwul, Vorsitzender des Vereins BLIA – Buntlesben im Alter e.V. mit Sitz in Kaiserslautern

“ Meine persönlichen Erfahrungen mit Alten- und Pflegeheimen waren bisher eher erschreckend: Ich habe über Jahre hinweg meine demenzkranke Tante in einem Pirmasenser Pflegeheim besucht. In der Regel traf ich sie die Gänge entlangschleichend ohne irgendeine Ansprache seitens des Personals oder der Mitbewohner. Da zudem ein altersgerechtes Wohnen, insbesondere für Schwule, in einem kleinen pfälzischen Dorf auf Dauer unmöglich ist, war für mich recht bald klar, dass eine Alternative nur in Form gemeinschaftlichen Wohnens denkbar ist. Aus diesem Grund haben wir in Kaiserslautern den Verein BLIA – Buntlesben im Alter e.V. gegründet.

Wir von BLiA wünschen uns eine lebensweltakzeptierende, soziale Teilhabe im Alter. Eine offene Lebensweise, die kein Coming-out mehr erfordert, muss möglich sein und es dürfen keine Ängste vor Abhängigkeiten gegenüber Dritten (Träger, Mitarbeiter und Bewohner) entstehen. Da wir, wie 80 Prozent der Lesben und Schwulen, noch erhebliche Defizite im Altenhilfesystem sehen, möchten wir als Alternative ein Wohnen in Selbstverwaltung mit gegenseitiger Unterstützung aufbauen. Dies soll aber nicht heißen, dass wir professionelle Hilfe ablehnen. Sie soll immer dann gefordert sein, wenn es zur Unterstützung gewünscht ist.

Für LSBTI, die am Ende ihres Berufslebens stehen, sollte es von Seiten der kommunalen Seniorenreferate Unterstützung beim Aufbau von Selbsthilfegruppen (z.B. 40+) geben. Auf jeden Fall muss der Gedanke einer lebensweltakzeptierenden sozialen Teilhabe im Alter in der Aus- und Fortbildung von Altenpflegekräften zum Tragen kommen. Zu denken wäre mittelfristig auch an eine Datenbank, die eine Recherche nach zertifizierten Alten- und Pflegeheimen (z.B. nach dem Regenbogenschlüssel) ermöglicht.

Asta Dittes

39 Jahre, Frau mit transidenter Vergangenheit, Diplom-Designerin, arbeitet als Filmmacherin, Autorin und freie Referentin für Medien. Sie ist verheiratet und hat zwei Kinder.

” Ich habe bisher im Krankenhaus fast nur positive Erfahrungen gemacht. Ein einziges Mal wurde ich bei einem ambulanten Termin nach meinem alten Namen gefragt, doch dieser spielt bei transidenten Menschen nach der Personenstands- und Vornamensänderung keine Rolle mehr und darf sogar laut Gesetz nicht ohne gesellschaftlich relevanten Grund ausgeforscht werden. Denn für einen transidenten Menschen



ist diese Frage übergriffig und stellt sein Geschlecht in Frage. Auf meine Beschwerde hin haben sowohl Ärzte als auch Klinik sehr professionell reagiert.

Da ich verheiratet bin und zwei Kinder mit einer Frau habe, werden wir wie jedes andere gleichgeschlechtliche Paar wahrgenommen. Und sobald es um unsere Kinder geht, sieht jeder, dass wir eine Regenbogenfamilie sind. Meine Transidentität spielt dabei aber keine Rolle. Auch wenn es um mich persönlich geht, erzähle ich von meiner Transidentität nur, wenn es medizinisch notwendig ist. Ansonsten bin ich eine ganz normale Frau und oft gibt es im Alltag einfach keinen Grund, davon zu erzählen. Jeder andere Mensch erzählt ja auch nicht jedem einfach von der eigenen Vergangenheit.

Da ich selbst eineinhalb Jahre in einem Krankenhaus in der Pflege gearbeitet habe, weiß ich, dass hier das Zwischenmenschliche sehr wichtig ist. Deswegen wünsche ich mir, dass jeder LSBTI* Mensch genauso behandelt wird, wie jeder andere Mensch auch – zwischenmenschlich und medizinisch. LSBTI* sind zwar eine Minderheit in der Bevölkerung, trotzdem sind sie aber völlig normal. Und so sollte auch der Umgang mit ihnen und ihren Angehörigen sein: völlig normal.

Gerald Bosch

58 Jahre, bisexuell, Diplom-Biologe, zurzeit keine feste Beziehung

” Meine längste Erfahrung mit Pflege war ein 4,5-monatiger Aufenthalt in einer Reha-Klinik. Dort war meine sexuelle Orientierung den Therapeuten und Mitpatienten meiner Gruppe bekannt; Nachteile bzw. Verhaltensänderungen gab es keine.

Grundsätzlich gehe ich mit meiner Lebensweise wie auch mit meiner Krankheit (Alkoholabhängigkeit) offen um; allerdings reibe ich es nicht jedermann unter die Nase. Beides gehört in meine Privatsphäre, und ich öffne mich nur dann Dritten gegenüber, wenn eine Vertrauenssituation zwingend erforderlich ist bzw. diese

Information für eine Erkrankung relevant ist oder sein wird. Von Pflegekräften erwarte ich einen respektvollen Umgang. Natürlich kann es im Einzelfall immer mal Ausnahmen geben, aber dann würde ich zunächst die direkte Aussprache mit der entsprechenden Person suchen und fragen, worin das Problem besteht.

In meinem bisherigen Leben habe ich immer selbst entschieden, was ich mache und wie ich es mache. Diesen Grundsatz möchte ich nach Möglichkeit auch mit zunehmendem Alter fortführen. Eine primär auf die Interessen von LSBTI ausgerichtete Einrichtung kommt für mich zurzeit nicht in Frage, da ich dann – gefühlt – in einer Art Ghetto leben würde. Daher favorisiere ich eher eine Generationen-WG, da hier meines Erachtens eine gute Plattform für menschliches Miteinander gegeben ist.



8. Literaturverzeichnis

Die im Text befindlichen Anmerkungsziffern beziehen sich auf folgende Literatur:

- 1 Institut für Sexualwissenschaft (1919-1933): Online-Ausstellung der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft. <http://magnus-hirschfeld.de/institut/theorie-praxis/zwischenstufen-des-geschlechtstrieb/> (13.02.2017)
- 2 Dworek, Günter: §175 StBG: „weggefallen“ – nach 123 Jahren. In: Hirschfeld-Eddy-Stiftung. (Hrsg.): Vom Verbot zur Gleichberechtigung – Die Rechtsentwicklung zu Homosexualität und Transsexualität in Deutschland. Festschrift für Manfred Bruns. Hirschfeld-Eddy Stiftung, Berlin 2012, S. 46 – 57.
- 3 Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität dgti e.V. (Hrsg.): Reformation für alle*. Mainz 2017, S. 11.
- 4 Rupp, Marina (Hrsg.): Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften. Bundesanzeiger-Verlag, Köln 2009
- 5 Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität dgti e.V. (Hrsg.): Reformation für alle*. Mainz 2017, S. 12.
- 6 ebda., S. 8
- 7 Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011 - 1 BvR 3295/07 - Rn. (1-82), http://www.bverfg.de/e/rs20110111_1bvr329507.html
- 8 Der letzte Schritt zum „richtigen“ Geschlecht. Ärzte Zeitung, 13.01.2017.
- 9 Entschließung des Bundesrates zur Aufhebung des Transsexuellengesetzes sowie zur Erarbeitung eines Gesetzes zur Anerkennung der Geschlechtsidentität und zum Schutz der Selbstbestimmung bei der Geschlechterzuordnung. Bundesratsdrucksache 362/17 vom 02.06.2017.
- 10 Stellungnahme der Bundesärztekammer „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD)“. Deutsches Ärzteblatt 2015; DOI: 10.3238/arztebl.2015.stn_dsd_baek_01
- 11 Intersexuelle Menschen e.V. Bundesverband <http://www.im-ev.de/intersexualitaet/> (13.02.2017)
- 12 Deutscher Ethikrat: Intersexualität, Stellungnahme. Berlin 2012, S. 172 f.
- 13 Plöderl, Martin: LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle. In: Psychotherapie-Wissenschaft, Band 6, Heft 2, 2016, 2, S. 140 – 151.
- 14 Decker, Oliver et al.: Die enthemmte Mitte. Autoritäre und rechtsextreme Einstellungen in Deutschland. Psychosozial-Verlag, Gießen 2016, S. 50f.
- 15 Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.): Einstellungen gegenüber Lesben, Schwulen und Bisexuellen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Handout, Berlin 2017, S. 11.

16 Meinungsforschungsinstitut Yougov
<https://yougov.de/news/2017/06/23/homo-ehe-mehrheit-der-deutschen-fur-gleichgeschlec/>

Weiterführende Literatur

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Akademie für Sexualmedizin und Gesellschaft für Sexualwissenschaft: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Zuerst veröffentlicht in: Zeitschrift für Sexualforschung 10, 1997, S. 147 – 156.

Grau, Günter & Kirsten Plötz: Verfolgung und Diskriminierung der Homosexualität in Rheinland-Pfalz. Studie im Auftrag der Landesregierung Rheinland-Pfalz, durchgeführt vom Institut für Zeitgeschichte München – Berlin in Zusammenarbeit mit der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld, 2017. Download auf der Seite des Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz
<https://mffjiv.rlp.de/de/themen/vielfalt/rheinland-pfalz-unterm-regenbogen/materialienmedien/>

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Homosexualität und Alter. Informationen für Beschäftigte in der Altenpflege. Wiesbaden 2010. Diese Informationsbroschüre ist 2017 in einer aktualisierten Fassung neu erschienen: „Anders altern - Lesbische Seniorinnen und schwule Senioren. Informationen für Träger von Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen und für Leitungskräfte und Beschäftigte in der Altenpflege“.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Grundlagen der Begutachtung, Begutachtungsanleitung, Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Essen 2009.

Meyer, I. H.: Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: I. H. Meyer & M. E. Northridge. (Hrsg.): The Health of Sexual Minorities. Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations Springer, New York 2007, S. 242 – 267.

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz: Maßnahmenplan im Rahmen des Aktionsplans „Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen – Akzeptanz für queere Lebensweisen“. www.regenbogen.rlp.de

Sozialwerk für Lesben und Schwule e.V. und Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.): Anders leben. Anders altern. Neue Perspektiven für Lesben und Schwule. Dokumentation der Fachtagung am 19.3.2010, veranstaltet vom Sozialwerk für Lesben und Schwule e.V. in Kooperation mit der Friedrich Ebert Stiftung, 2010.

Stummer, Gaby: Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule. Informationen für die Professionelle Altenpflege. Hrsg. rubicon e.V., Köln 2014.

World Professional Association for Transgender Health, WPATH (Hrsg.): Standards of Care – Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. 2012. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum Hamburg, Institut und Poliklinik für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

9. Glossar

Bisexualität

Die Neigung von Männern und Frauen, sich zu beiden Geschlechtern emotional oder sexuell hingezogen zu fühlen.

Christopher Street Day (CSD)

Jährlich stattfindende Paraden und Feste, die an den Anfang der zweiten schwul-lesbischen Emanzipationsbewegung erinnern. Diese begann damit, dass sich am 27./28.6.1969 in der New Yorker Lokal Schwulenbar „Stonewall Inn“ Schwule und Trans*Personen gegen die seit Jahren stattfindenden willkürlichen Polizeirazzien und gegen die auf Schwule gerichtete Polizeigewalt zur Wehr setzten. Das Stonewall Inn lag in der Christopher Street. Die Schwulen verschanzten sich im Stonewall Inn, es kam zu tagelangen Kämpfen. In englischsprachigen Ländern der CSD als Gay Pride oder auch Mardi Gras bezeichnet.

Cisgender

Beschreibt Menschen, deren körperliches Geschlecht mit dem selbst empfundenen Geschlecht übereinstimmt. Der Begriff „Cisgender“ (von lateinisch „cis“ – „diesseits“ und englisch „gender“ – „Geschlecht“) steht in Analogie zu „Transgender“ (von lateinisch „trans“ – „jenseits“, „darüber hinaus“).

Coming-out

Das Coming-out beschreibt den inneren und äußeren Prozess einer nicht-heterosexuellen Person, sich vor sich selbst und vor der Gesellschaft zur eigenen sexuellen und geschlechtlichen Identität zu bekennen, sich zu „outen“.

Community

Gemeinschaft von Menschen, die durch ein Zusammengehörigkeitsgefühl oder durch gemeinsame Interessen verbunden sind.

Ehe für alle

Am 1.10.2017 trat in Deutschland das „Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts“ in Kraft. Es brachte die vollkommene rechtliche Gleichstellung schwuler und lesbischer Paare mit heterosexuellen Paaren, einschließlich der Möglichkeit, gemeinsam Kinder zu adoptieren.

Eingetragene Lebenspartnerschaft

Ab 2001 war gleichgeschlechtlichen Paaren in Deutschland das Eingehen einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft möglich. Die Verpartnerung gab einer gleichgeschlechtlichen Beziehung einen rechtlichen Rahmen, war aber der Ehe eines heterosexuellen Paares nicht in allen Punkten gleichgestellt. Die Eingetragene Lebenspartnerschaft wurde 2017 abgelöst von der „Ehe für alle“.

Geschlechtliche Identität (auch Geschlechtsidentität)

Die geschlechtliche Identität beschreibt das persönliche Zugehörigkeitsempfinden zum weiblichen oder zum männlichen Geschlecht. Die Geschlechtsidentität muss nicht zwangsläufig mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmen (siehe „transident“)

Genderflexibles Verhalten

Verhaltensweisen, die sich nicht an den kulturell und gesellschaftlich vorgegebenen Geschlechterrollen orientieren (etwa wenn ein Mann Gefühle zeigt, indem er z.B. weint, oder wenn er als „weiblich“ geltende Kleidungsstücke trägt).

Heteronormativität

Der Begriff beschreibt das automatische, unhinterfragte Einordnen von Menschen als heterosexuell. Heterosexualität wird damit als Norm definiert, alle nicht heterosexuellen Lebensweisen gelten als Abweichung von der Norm. Heteronormativität geht mit der Annahme eines zweiteiligen Geschlechtssystems (weiblich – männlich) einher und setzt das biologische Geschlecht mit Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexueller Orientierung gleich. Heteronormativität zeigt sich im alltäglichen Leben. Beispielsweise sind Werbung, Medien und staatliche Regularien auf heterosexuelle Biografien und Lebensgemeinschaften ausgerichtet.

Homophobie / Transphobie

Form der gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit, bei der sich Vorurteile, Ablehnung und Aggression gegen Lesben und Schwule bzw. gegen transidente Menschen richtet.

IDAHOT – Internationaler Tag gegen Homophobie und Transphobie

Am 17. Mai 1990 strich die Weltgesundheitsorganisation Homosexualität von ihrer Liste der psychischen Krankheiten. Seit 2005 findet jedes Jahr am 17. Mai der Internationale Tag gegen Homophobie und Transphobie (IDAHOT) statt, an dem Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente und Intersexuelle weltweit für Akzeptanz und gegen Diskriminierung eintreten.

Intersexuell (Adj.)

Bezeichnung für Menschen, die anatomisch, genetisch und hormonell nicht eindeutig dem biologisch weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet werden können.

Lesbisch (Adj.)

Bezeichnung für Frauen, deren Begehren sich ausschließlich auf andere Frauen richtet.

Non-binary (Adj.)

Bezeichnet Menschen, die sich nicht im zweigeschlechtlichen (binären) System von Mann/Frau wiederfinden. Non-Binarys nehmen sich selbst als weder ausschließlich weiblich noch ausschließlich männlich wahr.

Passing

Bei transidenten Menschen der Vorgang der Angleichung an das gefühlte Geschlecht. Bei Trans*Frauen kann das Passing z.B. mit dem Tragen frauentypischer Kleidung, Frisur und Schminke beginnen und bis zur operativen Geschlechtsangleichung reichen. Den kompletten Weg eines transidenten Menschen – von der Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität bis zum Abschluss der persönlichen, rechtlichen und medizinischen Entscheidungen – nennt man Transition. Das Passing ist ein wichtiger Teil dieses Prozesses, um als der Mensch wahrgenommen zu werden, der er oder sie sein möchte.

Queer (Adj.)

Sammelbegriff für alle von der Heteronormativität abweichenden Geschlechterrollen, Geschlechtsidentitäten und Lebensweisen.

Regenbogenfamilie

Familien, in denen Kinder mit zwei gleichgeschlechtlichen Elternteilen aufwachsen.

Regenbogenfahne

Die aus 6 Farben bestehende Regenbogenfahne wurde 1978 vom Künstler Gilbert Baker in San Francisco als Symbol für die Lesben- und Schwulenbewegung geschaffen. Sie gilt heute als Zeichen der Toleranz und Akzeptanz gegenüber der Vielfalt sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten.

Schwul (Adj.)

Bezeichnung für Männer, deren Begehren sich ausschließlich auf andere Männer richtet.

Sexuelle Identität

Die sexuelle Identität beschreibt das „Sich-hingezogen-Fühlen“ auf emotionaler, sexueller und/oder persönlicher Ebene zu einem Geschlecht. Homosexualität beschreibt das gleichgeschlechtliche Begehren, Heterosexualität das gegengeschlechtliche.

Transident (Adj.)

Bezeichnung für Menschen, die sich in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, welches ihnen aufgrund ihrer Körpermerkmale bei der Geburt zugewiesen wurde.

Transition

Bezeichnet den kompletten Weg eines transidenten Menschen – von der Auseinandersetzung mit der eigenen geschlechtlichen Identität bis zum Abschluss der persönlichen, rechtlichen und medizinischen Entscheidungen. Vgl. Passing

Transgender

Oberbegriff für alle Menschen, die die soziale Geschlechtsrolle wechseln (auch wenn sie keine Operationen bzw. anderen geschlechtsangleichenden Maßnahmen durchführen lassen) oder die sich nicht auf eine der Kategorien festlegen wollen.

Impressum



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.

Herausgegeben von der

Landeszentrale für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG)

Hölderlinstraße 8

55131 Mainz

Telefon 06131 2069-0

Fax 06131 2069-69

E-Mail info@lzg-rlp.de

www.lzg-rlp.de

V.i.S.d.P.

Dr. Matthias Krell, Geschäftsführer der LZG

Text

Birgit Kahl-Rüther unter Mitarbeit von Vincent Maron, Joachim Schulte, Esther Lau (alle QueerNet RLP), Steffi Lau, Irmela Hess, Drin. Gaby Stummer (Pflegerwissenschaftlerin, Köln)

Stand: Februar 2018

Redaktion

Birgit Kahl-Rüther, LZG

E-Mail bkahl@lzg-rlp.de

Grafische Gestaltung

Jörg Pelka, allergutendinge.de

Fotos

Titelbild: amixstudio/Fotolia.com

S. 5: Dennis Möbus

S. 10: [ink drop/Fotolia.com](http://inkdrop/Fotolia.com)

S. 16: Matthias Stolt/Fotolia.com

S. 21: Christina Kohnen/Shutterstock.com

S. 22: [Ljupco Smokovski/Fotolia.com](http://LjupcoSmokovski/Fotolia.com)

S. 26: Kzenon/Fotolia.com

S. 29: Monkey Business Images/Shutterstock.com

S. 30: Africa Studio/Fotolia.com

S. 34: Padmayogini/Shutterstock.com

S. 35/36: privat

S. 39: dgti e.V.

S. 40: Mirko/Fotolia.com

Druck

I.B. Heim, Mainz

Auflage

2018, 5.000 Exemplare

© Nachdruck und Vervielfältigung der Abbildungen und Texte –
auch auszugsweise – sind nur nach Freigabe durch die LZG möglich.

Im Auftrag von



In Zusammenarbeit mit



Materialien zur Gesundheitsförderung



LZG-Schriftenreihe Nr. 309



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAFIE



Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.