

**Pflege von geriatrischen
LGBTI*Menschen
in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen**



**Fachbereichsarbeit Pflege
Sina Muscarina**

Wenn Sie meine Arbeit zitieren wollen, schreiben Sie mir um erforderliche Daten
zu bekommen

Wien, Oktober 2016

Abstract

Die Altenbetreuung von sexuellen Minderheiten ist ein relativ neues Gebiet in der Pflegeforschung. Durchsicht über die aktuelle Forschungsliteratur hat einen Mangel an Betreuungsmöglichkeiten für LGBTI* Senior*innen ergeben. Weiters wurde nur begrenztes Wissen von Pflegepersonen über Aspekte in der Betreuung, welche speziell LGBTI* Personen betreffen, festgestellt. Die vorliegende Literaturarbeit gibt Einblick in die speziellen historischen Zusammenhänge, welche Biographien von älterwerdenden LGBTI* Menschen prägen und die dadurch Einfluss auf die Pflegearbeit haben. Für die Pflege älterwerdender LGBTI* Personen schlägt diese Arbeit passende Pflegemodelle vor, welche diese biographischen Zusammenhänge berücksichtigen können. Weiters werden Beispielprojekte im deutschsprachigen Raum vorgestellt und Schulungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen erfasst. Eine Verankerung von Kompetenzen zu LGBTI* Bedürfnissen in der Ausbildung von Pflegekräften ist notwendig, um diesen Personenkreis bestmöglich betreuen zu können.

English:

Nursing Care for ageing Sexual Minorities is a relatively new area of research. A literature review suggests a dearth of nursing care facilities for LGBTI* seniors and limited knowledge of nurses about specified LGBTI* health issues. This descriptive thesis views historical implications influencing the biographies of ageing LGBTI* members, which in turn imprint nursing care agendas. Role models for nursing theories suitable for LGBTI* people and their specific histories are introduced in this work as well. Further the thesis views projects in german speaking Europe and schooling possibilities for nurses on needs of LGBTI* seniors. It seems important to broaden the competences of nurses relating to LGBTI* elders with embedding necessary training in schooling curricula.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Methode und Aufbau	2
3. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*gender, Inter*sex (LGBTI*)	3
3.1 Begriffe	4
3.2 Geschichte der LGBTI* Bewegung	5
3.3 Die Farbe Grau im LGBTI* Regenbogen	8
4. Pflege von geriatrischen LGBTI* Menschen	9
4.1 Allgemeines Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen	11
4.2 Spezifisches Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen	13
4.2.1 <i>Lesbian</i>	14
4.2.2 <i>Gay</i>	15
4.2.3 <i>Bisexual</i>	16
4.2.4 <i>Trans*gender</i>	17
4.2.5 <i>Inter*sex</i>	19
5. Pflegeangebote für LGBTI* Senior*innen	22
5.1 Kriterien für LGBTI*inkludierende Pflegeangebote.....	22
5.1.2 <i>Biographieorientierte Pflege</i>	24
5.1.3 <i>Bezugspflege nach Peplau</i>	25
5.2 Repräsentative Pflegeprojekte für LGBTI* Senior*innen	26
5.2.1 <i>Österreich</i>	26
5.2.2 <i>Schweiz</i>	27
5.2.3 <i>Deutschland</i>	28
6. Schulungen für Pflegefachpersonen	28
7. Fazit und Kritische Reflexion	29
8. Literatur	31
8.1 Wissenschaftliche Bücher	31
8.2 Wissenschaftliche Fachartikel.....	32
8.3 Internetquellen	34
8.4 Abbildungsverzeichnis	35
8.5 Anhang.....	36

“In an expanding universe, time is on the side of the outcast. Those who once inhabited the suburbs of human contempt find that without changing their address they eventually live in the metropolis” - Quentin Crisp

Vorwort

Die Motivation für das Thema ist begründet in meinem Interesse an verschiedenen Subkulturen innerhalb eines sozialen Raumes. Wir leben in einer Zeit der zunehmenden Liberalisierung der sozialen und kulturellen Normen und wenden uns immer mehr von einer Kultur der Obligation zu einer Kultur der Optionen (Vgl. Beck-Gernsheim, 1995). Mir erscheint es daher wichtig, aufzuzeigen welche Bedeutung eine bedürfnisgerechte Altenpflege für die verschiedensten sexuellen Identitäten und Gender Identitäten mit sich bringt.

Weiters finde ich es bedeutsam, Öffentlichkeit herzustellen für die Bedürfnisse von LGBTI*- Personen, weil nur was öffentlich ist, findet auch Beachtung in Lehrplänen und wird letzten Endes auch zu einer zunehmenden Reflexion von Pflegestrukturen führen. Gerade alte Menschen können sich oft nicht mehr artikulieren, oder ihre Bedürfnisse entsprechend verteidigen, daher ist eine Sensibilisierung und die Förderung des Bewusstseins der Pflegepersonen wichtig. Gerade im Sinne einer biographischen Erforschung der Menschen und der darauf basierenden Pflegeplanung erachte ich es als sehr bedeutsam, verschiedene Lebensmodelle bewusst zu machen und gezielt öffentlich zu machen, damit Reflexion stattfinden kann.

1. Einleitung

Das Thema meiner Fachbereichsarbeit ist die Langzeitpflege und Betreuung von alten LGBTI* Menschen in Pflegeheimen. Untersuchungen zu LGBTI* Personen im Alter haben ergeben, dass es einen Mangel an Betreuungsmöglichkeiten gibt. Dieser Mangel führt dazu, dass auch ehemals geoutete und offen lebende Klient*innen sich wieder in einen heteronormativen Rahmen zurückziehen, und sich wieder vor der Aussenwelt verschliessen. Das geschieht zum einen Teil aus Furcht vor juristischen Konsequenzen, und zum anderen Teil aufgrund offener Stigmatisierung durch Vorurteile von Pflegepersonen.

Auch Trans*gender und Inter*sex-Personen werden kaum berücksichtigt in konventionellen Pflegemodellen zu alten Menschen. Dabei gibt es besondere gesundheitliche und psychische Probleme zu beachten, die auf diese Personengruppe zutreffen und welche daher auch in Ausbildungsstatuten von Pflegepersonen berücksichtigungswert sind. Vor allem trans*gender Klient*innen haben jahrzehntelange Hormonbehandlungen erfahren, welche die Gesundheit verändern, und eine spezifische Pflegeplanung erforderlich macht, welche in einem heteronormativen Kontext in der Form nicht berücksichtigt wird.

Die aktuelle Forschung bezieht sich vor allem auf den amerikanischen Raum, der als Vorreiter für die Integration von alternativen Lebensstilen fungiert, und mein Bedürfnis ist es, hier vor allem Modelle im deutschsprachigen Raum vorzustellen und zu präsentieren.

Ich verwende in meiner sprachlichen Darstellung ein * **Sternchen** für die Benennung von Personen vielerlei Geschlechts. Das * **Sternchen** stellt Öffentlichkeit her für Personen, welche sich in einem zweigeschlechtlichen System nicht wiedererkennen. Die Herstellung von Öffentlichkeit für die Anliegen von LGBTI* Klient*innen ist wichtig, um die heteronormative (*patriarchale oder feministische*) sprachliche Darstellung zu durchbrechen, und stellt somit einen ersten Schritt der Sichtbarmachung von Anliegen dieser Klient*innen dar. Mir ist bewusst, dass diese Form nicht den allgemein üblichen Schreibnormen für das

Verfassen von wissenschaftlichen Arbeiten entspricht. Ich durchbreche dieses Schema absichtlich.

2. Methode und Aufbau

Die Methodik der vorliegenden Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit, welche aktuelle Forschungsarbeiten und Standardwerke zum Thema beinhaltet. Die Rahmenbedingungen für die Forschungsarbeiten können an den **Queer Theories** festgemacht werden. Queer Theories sind ein Forschungsbereich innerhalb der Sozialwissenschaft, die sich mit sexuellen Minderheiten auseinandersetzen (Vgl. Kneip, p.17). Am Anfang wird zum besseren Verständnis in die für LGBTI* Senior*innen und Queer Theorie zentralen Begrifflichkeiten eingeführt.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Versorgung von alternden LGBTI* Menschen in verschiedenen Pflegeeinrichtungen. Die Literatursuche erfolgte über akademische Portale wie www.researchgate.com , www.academia.edu und über die Mailingliste zu ‚Critical Sexology‘ mit Suchwörtern wie unter anderem „*LGBTI elders*“, „*LGBTI Ageing*“, „*LGBTI Nursing*“, „*LGBTI seniors nursing care*“, „*LGBTI Pflege*“ „*LGBTI Senior*innen*“ und „*LGBTI Altenpflege*“.

Übersicht über die vorhandene Literatur zeigt, dass LGBTI* Senior*innen im gängigen Diskurs nur marginal vertreten sind. Hinzu kommt erschwerend, dass alternde LGBTI* Menschen auch innerhalb der LGBTI* Gemeinschaft nicht bewusst wahrgenommen werden.

Daher zeigt es sich als wichtig für diese Arbeit, dass im Hauptteil die Geschichte der LGBTI* Bewegung aufgezeigt wird, und direkt in Bezug zum Älterwerden gesetzt wird. So wird ein besseres Verständnis für die verschiedenen Formen der Diskriminierungen, welchen LGBTI* Menschen ausgesetzt sind, erreicht.

Vor diesem Hintergrund werden spezielle Bedürfnisse in der Pflege beleuchtet und Beispielprojekte für Langzeiteinrichtungen vorgestellt. Dabei wird auch der Diskurs

in der theoretischen Ausbildung zur Pflegefachkraft veranschaulicht. Im Ausblick werden die daraus entstehenden Implikationen für die Pflege vorgestellt.

Folgende **Fragestellungen** sollen in der Arbeit beleuchtet werden:

- Welche speziellen Bedürfnisse und Besonderheiten ergeben sich bei der Arbeit mit LGBTI* Senior*innen?
- Wie kann die Sensibilisierung und das Bewusstsein von Pflegepersonen für Anliegen von LGBTI* Senior*innen gefördert werden?
- Welche Beispielprojekte für Langzeiteinrichtungen gibt es im deutschsprachigen Raum?

3. Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*gender, Inter*sex (LGBTI*)

Die Begriffe **Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*gender** und **Inter*sex (LGBTI*)** bezeichnen einen Zusammenschluss von sexuellen Minderheiten, hier lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*gender und Inter*sex Personen und kommt aus dem englischen Sprachraum, und findet unter anderem auch im deutschsprachigen Raum Verwendung:

There is no universal language that includes all people who vary from sexual and gender norms. We use the initials LGBT[.] here, recognizing the limitations of the term and the fact that many people use other labels or no labels at all. (Eliason, 2011, p.237)

Das **Sternchen** * ist ein Zeichen für Inklusion und stellt Öffentlichkeit her für Personen, welche sich in einem zweigeschlechtlichen System, das sich auch in der herkömmlichen Sprache ausdrückt, nicht repräsentiert fühlen (Vgl. Hartmann, 2007, p.10 ff).

3.1 Begriffe

Für ein besseres Verständnis dieser Arbeit ist es notwendig einige Begriffe zu klären und genauer auf sexuelle Orientierungen und Identitäten einzugehen:

Der **Regenbogen** dient als Zeichen für Toleranz und Vielfalt und ist ein Symbol für die verschiedenen Spektren innerhalb der LGBTI* Bewegung.

Heteronormativität beschreibt ein System von gesellschaftlichen Machtpositionen rund um Heterosexualität als unhinterfragte soziale Norm. Das bezieht sich im weiteren Sinne auch auf das binäre Geschlechtssystem, in dem das biologische Geschlecht mit der Geschlechtsrolle und der Geschlechtsidentität übereinstimmen soll:

„Der Begriff der Heteronormativität beschreibt Heterosexualität als ein zentrales Machtverhältnis, das alle wesentlichen gesellschaftlichen und kulturellen Bereiche, ja die Subjekte selbst durchzieht [...]. Entsprechend geht die vermeintliche Normalität heterosexueller Geschlechtlichkeiten und Begehrensstrukturen mit der Konstruktion von Homo- und Bisexualitäten sowie von transgender [...] Körperlichkeiten als Abweichungen einher.“ (Hartmann, 2007,p.10).

Heterosexualität wirkt hier nicht nur als sexuelle Orientierung, sondern auch als soziale Vorschrift, und Abweichungen davon werden gesellschaftlich sanktioniert (Vgl. Klesse, 2007, p.9ff).

Trans*gender bezieht sich auf die Geschlechterrolle und nicht auf anatomische Gegebenheiten. Das heisst, dass die Geschlechtsmerkmale eines Menschen von seiner Geschlechtsidentität und sozialen Rolle abweichen können (Vgl. Rogers, 2013, p.232). **Transition** bedeutet, dass eine Person sich Charakteristiken aneignet, welche ihrer erfüllten Identität nahe kommen. Das kann sich beispielsweise auf Kleidung, soziales Verhalten, Namensänderung oder auch eine Geschlechtsumwandlung beziehen (Winter, 2016, p.3).

Trans*sexualität ist eine spezifische Identität im Spektrum von Trans*gender Identitäten, welche sich speziell auf die Geschlechtsumwandlung bezieht (Vgl. Polly, 2010 p.4). **Inter*sex** bedeutet, dass eine Person biologische Merkmale beider Geschlechter in sich vereint (Vgl. Gregor, 2014, p.3).

Bisexualität heisst unter anderem, dass eine Person sich nicht nur zu Personen eines Genders hingezogen fühlt (Vgl. Barker, 2012, p.3). Als **Queer** bezeichnen sich Menschen, die sich nicht in einem binären System von Geschlechterrollen einsperren (lassen) wollen.

Queer (*engl.*) heisst eigenartig und wurde erstmals als Schimpfwort für LGBTI* Menschen benutzt (Vgl. Kneip, 2003, p.17).

In den folgenden Kapiteln werden zwei Dimensionen beleuchtet: Zum einen die Geschichte von sexuellen Orientierungen oder Identitäten von Personen, welche ausserhalb von heteronormativen Strukturen leben, und zum anderen wird auf die Bedeutung des Alterns innerhalb dieser Dimension eingegangen. Diese Ausführungen sind für diese Arbeit wichtig, weil es bedeutende Informationen über Erfahrungsräume von LGBTI* Senior*innen beleuchtet. Das Verständnis dieser Erfahrungsräume ist für die Pflegearbeit und die Betreuung wichtig.

3.2 Geschichte der LGBTI* Bewegung

Bis in die 1960er Jahre waren Homosexuelle, Bisexuelle und Trans*gender Menschen in unserer westlichen Gesellschaft strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt. Als Teil der LGBTI* Gemeinschaft offen zu leben war gleichbedeutend mit einem Verweis in die Psychiatrie oder eingesperrt in ein Gefängnis zu werden. Öffentlichkeit bedeutete sozialen Diskriminierungen ausgesetzt zu sein. Ebenfalls waren sie stigmatisiert. Das bedeutete im Detail, dass viele von der Familie verstossen, von religiösen Organisationen ausgeschlossen, von der Medizin pathologisiert, und von der Gesellschaft attackiert wurden (Vgl. Jablonski, 2013,p.47). Für viele Homosexuelle oder Trans*gender Menschen war der einzige Ausweg der Selbstmord. Aus diesem Grund gab es in diesen Zeiten unter Menschen mit homosexueller Orientierung

versteckte **Codes**, wie spezielle Ohrringe, am kleinen Finger getragene Ringe, oder pinke Flamingos im Garten. Diese Codes boten Erkennungsmöglichkeiten für gleichgesinnte Menschen untereinander, ohne dass gleichzeitig soziale Ächtung und rechtliche Verfolgung befürchtet werden mussten. In den USA wurden viele Homosexuelle sowohl als Sexualstraftäter verfolgt wie auch als Kommunisten gebrandmarkt, damit sie leichter vor Gericht verurteilt werden konnten. (Vgl. Serafin, 2013, p. 81).

Auch in Europa wurden Homosexuelle und Trans*gender Menschen strafrechtlich verfolgt, diskriminiert und während des Nationalsozialismus auch in Konzentrationslagern systematisch ermordet. Später wurde die Diskriminierung Homosexueller noch bis in das Jahr 1969¹ strafrechtlich weitergeführt (Vgl. Nachtwey, 2004, p.2 & Messinger, 2013, p.3). Bedeutsam zeigt sich hier der Einfluss der Psychiatrie und Psychologie, welche Homosexualität und Trans*gender als psychische Krankheit verorteten, und so Patienten mit dementsprechenden Diagnosen zu Opfern von Zwangsbehandlungen machten (Vgl. Krafft-Ebing, 1894, p.191ff & Rott, 2014, p. 38ff).

Rund um das Jahr 1968 kam es zu verschiedenen Sozialrechtsbewegungen welche sich unter anderem gegen den Vietnamkrieg, gegen Rassismus und für die Gleichstellung von Frauen aussprachen. Das folgende Zitat veranschaulicht die zentralen Inhalte dieser sozialen Bewegungen:

„Herstellung von Öffentlichkeit lag immer im Interesse von sexualpolitisch unzufriedenen Minoritäten [...]. Was öffentlich geworden ist, kann als normal betrachtet werden. Uns liegt an der Normalität als radikalem Zustand der Vergesellschaftlichung, der Schluss macht mit der Einsamkeit, in der ich mich als allein, als pervers oder gar verrückt definieren müsste“ (Katharina Rutschky 1984, zit. n. Muscarina, 2015, p.5)

¹ In der Schweiz wurde Homosexualität im Gegensatz zu Deutschland und Österreich bereits 1942 straffrei gestellt und legalisiert

Dieser Fokus auf Rechte von Minderheiten inspirierte auch LGBTI* Menschen, welche daraufhin eigene soziale Bewegungen ins Leben riefen.

Markant waren in dieser Hinsicht die **Stonewall Riots**² in New York City, wo Trans*gender Personen, lesbische Frauen und schwule Männer sich zusammen gegen eine Polizeirazzia wehrten (Serafin, 2013, p.81). Der Name 'Stonewall Riots' bezieht sich auf eine Bar mit dem Namen 'Stonewall Inn'. Diese Bar war an der Christopher Street im Greenwich Village und es trafen sich dort vorwiegend Trans*gender und Homosexuelle Personen. Dort nahm die Polizei gezielt Verhaftungen von Personen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität vor. Diesmal jedoch widersetzte sich eine grosse Anzahl von LGBTI* Menschen, und lieferte sich ein tagelanges Gefecht mit der Polizei. Das führte zu einer Welle der grossen Solidarisierung und Unterstützung durch weitere LGBTI* Personen. Dieses Ereignis wurde hiermit zum Symbol für die LGBTI* Bewegung (Vgl. Leyva, 2014, p.336). In der Folge fand eine Welle von Liberalisierungen statt, und 1974 wurde Homosexualität aus dem DSM und ICD als Krankheit entfernt.

Die Erfahrungswelt der LGBTI* Senior*innen wird seit diesem Ereignis in der Literatur in die **Prä- und Post - Stonewall Generation** (Schuster, 2014, p.12 & Messinger, 2014,p.3) zweigeteilt. Das heisst konkret, dass diejenigen alten Menschen, welche vor den Stonewall Riots zugehörig zu LGBTI* waren, sich weniger öffnen und ihre Orientierungen transparent machen, weil sie ein Leben lang stigmatisiert und bestraft wurden. Die Post-Stonewall Generation erlebte jedoch bereits Tendenzen zur einer Liberalisierung, welche bis heute noch nicht abgeschlossen ist. Das bringt andere Erfahrungswelten bezüglich Offenheit mit sich, welche die Identitäten dieser Generation von alten LGBTI* Personen prägen (Vgl. Jablonski, 2013,p.47).

Trans*gender Personen sind nach wie vor medizinischen und psychologisch/psychiatrischen Krankheitsdiskursen ausgesetzt: Trans*gender wird im Diskurs um die „*Geschlechtsidentitätsstörung*“ als psychische Störung

² riot (*engl.*) = Unruhe, Aufstand

pathologisiert (Vgl. Rott, 2014, p.21). Bisexuellen Menschen haftet das Stigma von Nicht-Monogamen Verhaltensweisen an (Vgl. Pallotta-Chiarolli, 2016, p.213). Die Ehe für Homosexuelle jedoch wurde beispielsweise in vielen Staaten der Welt in den letzten Jahrzehnten legalisiert (Vgl. Leyva, 2014, p.336). In Österreich jedoch sind Homosexuelle Menschen noch nicht rechtlich gleichgestellt, aber seit 2009 sind zumindest eingetragene Partnerschaften erlaubt (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 13).

Zusammenfassend kann man hier zwei Dinge erkennen: LGBTI* Menschen sind zum einen während ihrer Lebenszeit bis heute ständigen Diskriminierungen ausgesetzt, obwohl es bereits Optionen für Lebenswelten für LGBTI* Personen gibt. Eine komplette rechtliche und sozial-gesellschaftliche Gleichstellung steht aber bis dato noch aus. Das hat zur Folge, dass sich diese Diskriminierungserfahrungen andererseits wieder in der Pflegebeziehung auswirken, weil dadurch ein anderes Verhalten und weniger Offenheit gegenüber Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen gezeigt wird.

3.3 Die Farbe Grau im LGBTI* Regenbogen

Alternde LGBTI* Menschen sind gleich mehreren Formen von Diskriminierungen ausgesetzt: Erstens sind Bedürfnisse von alten Menschen generell in unserer westlichen Zivilisation nicht ausreichend repräsentiert, und im täglichen Diskurs ausgeblendet. Zweitens sind LGBTI* Menschen wie im vorigen Kapitel beschrieben an sich bereits stigmatisiert und Diskriminierungen ausgesetzt. Das führt zu einer Mehrfachbelastung sowohl in körperlicher als auch seelischer Hinsicht.

Vor allem in der Schwulenszene scheint ein besonders deutlicher Jugendkult zu herrschen, und das geht zumeist mit wenigen Angeboten für ältere Homosexuelle einher. Dann verringert sich mit dem Älterwerden auch das soziale Netzwerk durch Todesfälle, und so ist der Weg in die Vereinsamung geebnet (Vgl. Gerlach, 2004, p. 42)

Sowohl in der heteronormativen Welt als auch in der LGBTI* Kultur werden alte Menschen ausgeblendet und ihre Bedürfnisse nicht wahrgenommen. Das kann bei LGBTI* Personen viel stärker zu Vereinsamung führen, vorallem wenn Möglichkeiten, sich adäquat Hilfe zu holen, nicht wahrgenommen werden oder erstmal gar nicht vorhanden sind (Vgl. Rogers, 2013, p. 580 ff). Hinzu kommt die Angst davor, die Kontrolle über sein eigenes Leben zu verlieren, und keinen Zugang mehr zur LGBTI* Gemeinschaft zu haben und wieder heteronormativen Zwängen unterworfen zu werden (Hughes, 2009, p.187).

4. Pflege von geriatrischen LGBTI* Menschen

„LGBT seniors are twice as likely to age single, more than twice as likely to live alone, and more than four times as likely to have no children to call upon in times of needs compared to heterosexual elders“ (Gabrielson, 2011, p. 323 zit. n. Schuster, 2014, p. 14).*

Das Zitat von Gabrielson gibt einen guten Überblick über die Problematik der Versorgung alternder LGBTI* Menschen. Einerseits können LGBTI* Senior*innen oft aufgrund ihrer ganz persönlichen Geschichte keine Unterstützung durch ihre Herkunftsfamilie erfahren. Auf der anderen Seite wird von LGBTI* Menschen selbst der Kontakt mit medizinischen Einrichtungen vermieden oder auf ein notwendiges Minimum beschränkt, weil LGBTI* Senior*innen vermehrt Vorurteile und Ablehnung in diesen Einrichtungen erfahren haben (Vgl. Schuster, 2014, p.5 & Nachtwey, 2004, p.3).

Generell kann man sagen, dass älter werdende LGBTI* Menschen innerhalb von Versorgungsinstitutionen nicht etabliert sind. Das hat zur Folge, dass Ausbildungen für Pflegefachpersonen und Versorgungsinstitutionen wenig Bewusstsein in diese Richtung entwickelt haben (Vgl. Hughes, 2016, p.2 & Messinger, 2013, p.2). Auch in Wissenschaft und Forschung sind Themen rund um LGBTI* Senior*innen marginalisiert und nur vereinzelt beforscht. Es gibt aus diesem Grund nur wenig Literatur zum Thema. Älter werdende LGBTI* Personen

sind eine unsichtbare Minderheit über die wenig bekannt ist. (Vgl. Nachtwey, 2004, p. 4 & Rogers, 2013, p. 581).

Bei **Ansätzen zur Betreuung alternder LGBTI* Menschen** werden zwei Tendenzen sichtbar (Vgl. Schuster, 2014, p. 5):

1. **Zielgruppenspezifische Interessensgemeinschaften:** Diese Strömung hat ihren Ursprung in den Interessen einer spezifischen Community selbst, und ist auf die spezifischen Bedürfnisse dieser speziellen Community ausgerichtet.
2. **Mainstream-Angebot:** Ein anderer Einfluss zeigt sich in einem fachlichen Diskurs im Pflegebereich, der versucht, Minoritäten stärker zu integrieren und zu berücksichtigen.

Die Mainstream-Anbieter neigen dazu, dass sie weniger Akzeptanz bei LGBTI* Senior*innen erreichen, und dass ihnen die Zugänge zu der „relativ geschlossenen Szene“ (Nachtwey, 2004, p. 5) fehlen. Die Interessensgemeinschaften tendieren dazu, Integration zu verhindern und einer „Ghettoisierung“ (Nachtwey, 2004, p. 7) Vorschub zu leisten. Andererseits wird hinsichtlich gemischten Angeboten auch argumentiert, dass unter vielen LGBTI* Senior*innen Angst besteht vor Öffentlichkeit, und spezialisierte Angebote daher tendenziell lieber angenommen werden (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 37).

Eine Integration von Zielgruppenspezifischen und Mainstream-Angeboten wird als mögliche Zukunft gesehen, weil es Offenheit und ein friedvolles Miteinander aller alternden Menschen ermöglicht. Auch Normalisierung durch Inklusion in die Gesellschaft wird so angestrebt (Vgl. Dorsen, 2012, p. 1). Gefördert werden soll dies durch gezielte Ausbildungseinheiten für Pflegefachkräfte zur Akzeptanz und sozialen Integration von Menschen mit verschiedensten Sexualitäten und Identitäten.

4.1 Allgemeines Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen

Wie wichtig das Gefühl von Normalität und **soziale Inklusion** ist, zeigen Untersuchungen, welche belegen, dass ein lebenslanges Stigma sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit von LGBTI* Menschen auswirkt. Soziale Exklusion bedeutet unter anderem, dass LGBTI* Menschen nicht dieselbe ökonomische, gesetzliche, arbeitsrechtliche und gesundheitliche Protektion erhalten, wie ihre heteronormativen Mitmenschen (Fish, 2010, p.305). Eine der Folgen davon sind psychische Probleme wie Depressionen und eine höhere Suizidrate unter LGBTI* Menschen. Soziale Inklusion zeigt sich daher als eines der wichtigsten Notwendigkeiten für LGBTI* Senior*innen in der Altenpflege.

Ein weiteres Thema ist die Tatsache, dass viele älter werdende LGBTI* Personen aufgrund von **Diskriminierungserfahrungen** ihre Orientierung nicht mit allen Menschen teilen, und daher auch vor Versorgungseinrichtungen verstecken. Viele haben auch Angst vor einer Rückkehr zu einer institutionellen Kontrolle, wenn sie sich Hilfe holen ausserhalb von LGBTI* Gemeinschaften (Vgl. Cramer, 2015, p.21).

Um Betreuung im Alter attraktiv für ältere LGBTI* Personen zu machen, ist es wichtig, dass diese **offen** über ihre Sexualität und ihre Beziehungen reden können (Hughes, 2011, p. 663 & Messinger, 2013, p.2). Betreuung von Leuten, welche über ihr Leben Bescheid wissen, ist bedeutsam für die Lebensqualität von LGBTI* Senior*innen (Rogers, 2013, p.582)

Manche LGBTI* Menschen setzen in jüngeren Jahren andere **Prioritäten** als ihre Sexualität, sie wünschen sich beispielsweise eine Familie oder die Zugehörigkeit zu einer Religion. Sie verleugnen oder verdrängen daher ihre sexuelle Orientierung zum Schutze anderer Interessen und aus Angst vor Ausgrenzung.

Im Zuge einer **Demenz** kann die ursprüngliche Orientierung wieder an die Oberfläche kommen. Es werden diesmal aber andere Prioritäten gesetzt, was den Wunsch nach Auslebung der eigentlichen Orientierung betrifft. Eine Demenz kann an sich auch sexuelle Hemmungen reduzieren, und die wahre Orientierung kann in Folge nicht mehr so gut versteckt werden (Vgl. Tenenbaum, 2012, p.122).

Soziale Beziehungen mit Peer Groups zeigen sich als besonders bedeutsam, mehr noch als für heteronormative alte Menschen: Während heterosexuelle alte Menschen sich stärker an der Herkunftsfamilie orientieren, wenden sich LGBTI* Personen im Alter vermehrt an Freunde aus LGBTI* Gemeinschaften und bilden sogenannte **Wahlfamilien**. Prekär ist in dieser Hinsicht die zum Teil noch fehlende soziale Absicherung der Beziehungspartner und Freunde dieser Senioren. Während Herkunftsfamilien finanziell und sozial abgesichert sind, sind Partner von LGBTI* Senior*innen und Wahlfamilien oft nicht berücksichtigt in finanziellen Erwägungen oder Pensionsberechtigungen (Vgl. Hughes, 2011, p.663 & Ceatha, 2016, p.201 & Edlmayr, 2014, p. 5ff.).

Soziale Isolation kann in Folge stärkere Auswirkungen auf die Versorgung im Alter haben, wenn nur enge Freunde als Unterstützung vorhanden sind.

Das Bilden von **Schutzräumen** (*engl. safe spaces*) in Form von sozialen Beziehungen und Interessensgemeinschaften bekommt hier eine starke Wichtigkeit. Intime Beziehungen und Netzwerke von Gleichgesinnten waren oftmals die einzigen Bereiche, wo Wertschätzung erfahren wurde und die eigene Persönlichkeit ausgelebt werden konnte. Wahlfamilien waren erste Hilfe bei seelischen Verletzungen durch Zurückweisung durch Herkunftsfamilien. Dadurch wird psychologische Resilienz gefördert und das Ausleben der eigenen Identität ohne Diskriminierung ermöglicht. Der Verlust von diesen Schutzräumen und Netzwerken bedeutet oftmals den Verlust der eigenen Identität und der Möglichkeit man selbst zu sein. Somit bedeutet das Fehlen von Schutzräumen wieder eine Rückkehr zum Aussenseitertum. Wichtig für Pflegefachkräfte ist hier das Einbeziehen der Wahlfamilie in den Pflegeprozess (Vgl. Cramer, 2015, p.22ff & Ceatha, 2016, p.202ff).

In diesen Zusammenhang scheint es wichtig zu erwähnen, dass wiederholt notwendiges **Outing** gegenüber Gesundheitspersonal und Pflegepersonen für LGBTI* Personen belastend sein kann, und zum Wiedererleben von Traumatisierungen durch Diskriminierung führen kann:

Why do we have to keep telling our stories? Why do we need to tell stories so that people will listen? We shouldn't have to. Each time I retell my story I'm revisiting traumatic experiences in my life. I am increasingly less inclined to tell my story. I have activist fatigue. It wears me down. I have spent my life explaining myself (Latham, 2015, p.20).

LGBTI* Senioren erwarten sich, dass Pflegepersonen über ihre Identität Bescheid wissen, und sie sich nicht ständig aufs Neue erklären müssen (Schuster, 2014, p.33). Unterstützung durch ein Netzwerk von verständnisvollen Menschen, zu denen auch die Pflegepersonen gehören, kann dabei helfen, psychischen Erkrankungen durch Stigmatisierung vorzubeugen (Vgl. Rogers, 2013, p.581)

4.2 Spezifisches Bedürfnisspektrum von LGBTI* Senior*innen

LGBTI* Senior*innen zeigen vielfältige Unterschiede in ihren Bedürfnissen, wenn man die einzelnen Untergruppen für sich alleine betrachtet. In der Literatur ist jedoch allgemein eine Tendenz vorhanden, die Bedürfnisse von LGBTI* Menschen in einen Topf zu werfen, anstatt die unterschiedlichen Bedürfnisse zu berücksichtigen:

„[...] within the LGBT movement there are tensions around power between gays and lesbians. Quite often gay men are described by women as ‘patriarchs’ within the LGBT movements. There are also harsh tensions and disputes among lesbians [...] about the acceptance [...] of transsexuals.”
(Correa, 2010, p.186)

Das Zitat veranschaulicht grundlegende Unterschiede zwischen den einzelnen Strömungen, welche hier gesammelt unter dem Begriff LGBTI* zusammengefasst werden. Beispielsweise sehen viele Lesben sich durch eine Verankerung in der Frauenrechtsbewegung nicht auf das Zusammenleben mit Männern bezogen, egal ob diese schwul oder bisexuell sind. Auch Bisexuelle, Trans*gender und Inter*sexuelle können grundlegend verschieden sein, und eine Betreuung für alle zusammen schwierig umzusetzen. Wie sich diese unterschiedlichen Bedürfnisse zeigen, wird in den folgenden Kapiteln näher ausgeführt.

4.2.1 Lesbian

Untersuchungen zeigen, dass lesbische Frauen sich in Bezug auf Versorgung im Alter vermehrt selbstständig in eigenen Gemeinschaften mit anderen lesbischen Frauen zusammenfinden (Vgl. Gabrielson, 2011, p. 5 & Gerlach, 2014, p.43). Lesbische Frauen tendieren dazu, sich gezielt mit ihrer Situation im Alter auseinanderzusetzen, und sich ein Unterstützungsnetzwerk durch anderen Frauen zu schaffen. Seit 2010 ist die Verpartnerung von homosexuellen Menschen erlaubt, und so wird auch die Möglichkeit, sich im Alter gemeinsame soziale Sicherheiten aufzubauen, gezielt genutzt (Vgl. Schuster, 2014, p. 30):

„I'd rather be sitting with people that I can relate to, watching gay cabaret, or getting some of the LGBTI film festivals coming in“ (Alice, aged 60) (Westwood, 2015, p.3)

Lesben zeigen sich als der Personenkreis unter LGBTI* Senior*innen, welche am ehesten noch ausschliesslich nur mit gleichgeschlechtlichen Personen zusammenleben wollen im Alter (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 54):

„Ich sehne mich nach einem Gespräch mit einer, der ich nichts erklären muss. Die interessiert ist, wenn ich von meinen damaligen Freundinnen erzähle, und die mich nicht dauernd nach einem verstorbenen Ehemann fragt“ (Bachmann, 2009, p. 10)

Lesben zeigen sich insgesamt als besonders hilfsbereit gegenüber anderen sexuellen Minderheiten. Zu Zeiten der ersten HIV Infektionen, als diese noch als „Schwulenkrankheit“ (Serafin, 2010, p. 82) behandelt wurde, zeigten sich viele lesbische Frauen bereit, sich um ihre schwulen Mitmenschen zu kümmern. Die Pflege von HIV infizierten homosexuellen Männern wurde oft aus Angst vor Ansteckung von vielen sozialen Institutionen und Spitälern abgelehnt.

„Viele Lesben fühlen sich durch ihre politischen Aktivitäten in der Frauenbewegung stark verwurzelt. Sie erkämpften sich einen

emanzipierten Lebensalltag und autonome Lebensstrukturen, unter anderem in Frauenprojekten. Oft war dies auf Arbeitsbereiche gestützt, die entweder nicht hoch entlohnt oder gemeinnützig und damit unbezahlt waren und somit für Rentenansprüche unberücksichtigt blieben. Ihre Lebenszusammenhänge im Privaten und im Beruf bezogen sich nicht auf ein Zusammenleben mit Männern. So sehen sie dies auch nicht als Perspektive im Alter – egal ob mit hetero-, bisexuellen oder schwulen Männern“ (Gerlach, 2004, p. 43)

Das Zitat macht deutlich, dass Lebenswelten der verschiedenen Mitglieder der LGBTI* Gemeinschaft oft sehr unterschiedlich sind, obwohl sie alle sexuelle Minderheiten sind. Das bedeutet aber nicht notwendigerweise unbedingt mehr Zusammenhalt oder Gemeinsamkeiten.

4.2.2 Gay

In der Literatur wird ersichtlich, dass homosexuelle Männer im Alter eher zur Vereinsamung tendieren, und hier daher erhöhter Bedarf an Betreuungsangeboten besteht (Jablonski, 2013, p. 48 & Nachtwey, 2004, p.4, Edlmayer, 2014, p. 13). Ein Grund dafür scheint der verstärkte Jugendkult in der Schwulenszene zu sein (Vgl. Gerlach, 2004, p. 42) Alte homosexuelle Männer neigen dazu, sich in herkömmlichen Pflegeheimen nicht wohl zu fühlen, weil sie sich diskriminiert fühlen, und ihre Belange nicht berücksichtigt werden (Vgl. Nachtwey, 2004, p 6):

„They talk about their families the whole time. Their sons, their daughters, their cousins, their nephews, their nieces, and if you say anything about your boyfriend, they say ‘oh you have to go on about being gay don’t you?’ You feel like punching them. (Alastair, aged 76)“ (Westwood, 2015, p.3)

In Interviews ähnlich dem, aus welchem das obige Zitat stammt, festigt sich der Eindruck, dass homosexuelle Menschen in herkömmlichen Pflegeheimen in ihrer Ausdrucksfähigkeit beschnitten werden.

„It's all geared towards heterosexual people.... Everything that happens, everything they talk about, their past, things that don't relate to me as a gay man Everything is heterosexist, really. They can't relate to your needs You don't have ‚Gay Times‘ on the table, but you'll have something for heterosexuals on the table.“ (Lewis, aged 65) (Westwood, 2015, p. 3ff)

Manche beschreiben das sogar als Gefühl, „heterosexualisiert“ (Westwood, 2015, p. 5 ff) zu werden, wenn sie in ein reguläres Pflegeheim kommen. Ältere Schwule sind mehr als Lesben von sozialer Isolation betroffen, und psychosoziale Angebote werden in der Regel sehr gerne angenommen (Vgl. Nachtwey, 2004,p.8)

4.2.3 Bisexual

Generell sind bisexuelle Menschen in der Pflege so gut wie unsichtbar, was es besonders schwer macht, spezielle Bedürfnisse und Orientierungen festzumachen. Studien zeigen jedoch, dass Bisexuelle Menschen vermehrt psychische Probleme haben, die sich in erhöhten Selbstmordraten oder Selbstmordgedanken, Angstzuständen und selbstverletzendem Verhalten zeigen. Ein Zusammenhang mit den Auswirkungen von lebenslanger Diskriminierung wurde gezeigt. Diese Diskriminierungen beinhalten beispielsweise, dass man bisexuellen Menschen unterstellt, sie seien verwirrt über ihre sexuelle Identität, und dass sie entweder homo- oder heterosexuell sind.

„Being bi has never been an issue for me or those close to me, but other people's assumptions really annoy me. People tend to think I am gay unless they know I'm with an opposite sex partner, and then they assume I am straight, which makes me feel invisible [...].“ (Barker, 2012, p. 14)

Über bisexuelle Frauen gibt es so gut wie keine Literatur bezüglich Pflege, das vorhandene ist meist über bisexuelle Männer. Bisexuelle Männer tendieren im Alter eher dazu alleine zu leben und wenig Unterstützung zu erhalten. Auch hier

ist ein erhöhter Bedarf an Angeboten für ältere LGBTI* Menschen erhoben worden (Jablonski, 2013, p. 48).

4.2.4 Trans*gender

Speziell **Trans*gender-Senioren** weisen ein hohes Risiko auf, seelische Leiden zu entwickeln, wie Depressionen, Angststörungen oder Suizidgedanken. Die Ursache dafür liegt an den psychischen **Folgen eines sozialen Stigmas**, dem besonders diese Menschen ein ganzes Leben lang ausgesetzt sind (Addis, 2009, p. 652). Vorurteile gegenüber Schwulen und Lesben werden generell weniger, während Diskriminierung und Vorurteile gegenüber Trans*gender Personen immer noch weit verbreitet sind (Vgl. Stark, 2015, p.1).

Um als Trans*gender leben zu können und bei Bedarf auch Behandlungen in Anspruch nehmen zu können, muss zuerst die Diagnose einer psychischen Störung gestellt werden:

The assignment of psychiatric diagnoses to gender non-conforming individuals has served as a major mechanism of institutionalizing the policing of gender and legitimizing transphobia by positioning trans-persons as suffering from a psychiatric disorder [...] (Kellett, 2016, p.2)

Diese Diagnose fördert Diskriminierung, Stigma und Intoleranz und wird in aktuellen Diskursen als historisch veraltet und wissenschaftlich unfundiert kritisiert, ist aber derzeit noch weiterhin im Gesundheitssystem verankert:

Die Diagnose vermutet, dass man Verzweiflung, Unbehagen und Unpassendheit empfindet, weil man im falschen Gender ist [...]. Die Diagnose fragt aber nicht, ob es ein Problem mit den Geschlechternormen gibt, die sie als festgelegt und starr auffasst, ob vielleicht diese Normen Verzweiflung und Unbehagen hervorrufen, ob sie [...] für manche oder viele Menschen Quellen des Leids sind (Butler, 2009, p. 156 zit. n. Rott, 2014, p.25).

Aufgrund der Stigmatisierung von Trans*gender Personen als Menschen mit psychischen Problemen, kann es in der Pflege dazu kommen, dass Fachkräfte nicht darauf vertrauen, dass Trans*gender Senioren selbst wissen, was für sie gut ist.

Hier liegt es besonders an der Ethik in der Pflege, ein Klima zu schaffen, in dem Akzeptanz, Offenheit und Integration gefördert wird. Das Zitat veranschaulicht das:

“I tried very hard to fit in with society. My parents knew about my transsexualism from a very early age. My father tried to have me cured of it with psychiatric and electro-convulsive therapy. One psychiatrist [...] taught me to lie [...] and how to protect myself. And that was sort of the beginning of creating an alter ego with myself trapped inside. [...] I tried very hard to be normal.” – Sandy (Latham, 2015, p. 5)

Es hat sich gezeigt, dass es für das seelische Wohlbefinden und die Gesundheit von Trans*gender Senioren wichtig ist, sie in ihrem Identitätsgeschlecht zu bestärken und nicht das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht zu verwenden (Winter, 2016, p.9). Das bedeutet in der Pflege konkret, sie zum Beispiel mit ihrem selbstgewählten und nicht ihrem legalen amtlich eingetragenen Namen anzusprechen.

Bei Trans*identen Personen zeigte sich im Gegensatz zu anderen Mitgliedern des LGBTI* Spektrums ein besonders **starkes Bedürfnis nach sozialer Integration** und Anerkennung ihres Identitätsgeschlechtes. Hinsichtlich der Altenpflege wird hier aufgrund dessen meist Normalisierung durch Integration angestrebt, als Spezialisierung durch Pflegeangebote speziell für LGBTI* Senior*innen. Ein offenes oder gemischtes Angebot wird gegenüber einer Ausgrenzung von verschiedenen Lebensstilen in dem Angebot zur Altenpflege lieber gesehen (Vgl. Schuster, 2104, p.39 & Nachtwey, 2004, p.7). Manche Trans*gender Personen wollen nach ihrer Transition im Identitätsgeschlecht akzeptiert werden und in die Gesellschaft integriert werden und nicht durch Zugehörigkeit zu einem Label wieder als anders separiert werden (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 34). Diesen Ansatz gilt es auch in der Altenpflege zu berücksichtigen und zu respektieren.

Das Risiko für **chronische Erkrankungen** kann bei Trans*gender-Personen erhöht sein: Nebenwirkungen lebenslanger Hormonbehandlungen gekoppelt mit den natürlichen Veränderungen durch Älterwerden multipliziert verschiedenste Risikofaktoren (Vgl. Hughes, 2011, p.662). Einige dieser Risiken inkludieren die Tendenz zu Koronaren Herzerkrankungen und Leberschäden durch Hormonbehandlungen. Wichtig sind auch routinemässige Vorsorgeuntersuchungen für das biologische Geschlecht vor der Transition. Ein Beispiel dafür sind regelmässige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen für Trans*sexuelle Männer, deren innere Geschlechtsorgane nicht vollständig entfernt wurden sowie Brustkrebsvorsorge und Vorsorge für Prostatakrebs (Vgl. Polly, 2011,p.59ff).

4.2.5 Inter*sex

Laut der Mailingliste für „Critical Sexology“ gibt es zu Inter*sex Senioren generell wenig Forschungsliteratur, geschweige denn zur Betreuung von alten Inter*sex-Personen in Pflegeheimen. An Inter*sex Leuten wurden zumeist in sehr jungen Jahren genitale Operationen durchgeführt, um eine Zugehörigkeit zu einem heteronormativen Ideal zu erreichen. Diese Praktiken verursachten oftmals verheerende Konsequenzen für die Betroffenen, wie man am prominenten Beispiel der Tagebücher einer „Herculine Barbin“ (Gutting, 2005,p.94) sehen kann: Herculine war eine Inter*sex Person im 19. Jahrhundert, welche als Frau lebte und sich seelisch als Frau fühlte. Ärzte bestimmten aber dass sie biologisch ein Mann sei und zwangen sie, als solcher zu leben. Die Konsequenzen daraus waren schliesslich Barbins Selbstmord:

The categories that define the possibilities of one's sexual nature are not self-chosen but accepted on the authority of 'experts' in the new modern sciences of sexuality [...]: Such experts present as discoveries about human nature what are actually just new social norms for behaviour. Of course, there is a distinction between sexuality as a social construct and sex as a biological reality. [...] There are [...] undeniable physiological facts about human reproduction. But [...] once we move from sheer biology to the inevitably hermeneutic and normative concepts of psychology,

anthropology, etc., the distinction breaks down. [...] (Gutting, 2005, p. 94).

Inter*sexualität zeichnet sich hier als ein medizinisches Problem, in welchem sich die Medizin als Definitionsmacht über die Möglichkeit einer dritten Geschlechtskategorie hinwegsetzt.

Im medizinischen Fachdiskurs wird Inter*sex jedoch als Störung aufgefasst, welche einer medizinischen Behandlung bedarf (Vgl. Gregor, 2014, p.234). Behandlungsmethoden sind Hormonersatztherapien und Operationen im Genitalbereich. Wie sich diese Dinge im Alter auswirken, dazu gibt es wenig Informationen, und auch Pflegepersonen wissen darüber nicht Bescheid. Das beunruhigt betroffene Personen:

*„There are no long time studies into inter*sex differences. There is no information on how that plays out as we age – particularly how the interventions that we were subjected to play out as we age. We need this information, so we can be given appropriate care as older people. I really worry about this. I ask health professionals should I continue on with the stuff that they have been given me all my life? Is this good for me? Is this bad for me? And they don` t know or don` t say“ (Latham, 2015, p. 4).*

Aktuelle Studien zeigen, dass die Mehrzahl der Betroffenen im Nachhinein die Eingriffe als Verstümmelung, Enteignung ihres Selbstbestimmungsrechtes und Zwangsoperationen sehen.

„I see myself as having one of a variety of natural differences. I rail against ideas of appropriate female or male bodies. I rail against the whole business about gender and maleness and femaleness. My experience of those things has been: it`s a damn lie, and it`s a hurtful damn lie“ (Latham, 2015, p. 19).



Abb. 1 verdeutlicht diese im Zitat erwähnte Vielfalt von natürlichen Unterschieden

Seit den 1990ern wird diese medizinische Praxis öffentlich kritisiert und Räume für Inter*sexuelle Menschen geschaffen. Seit 2006 gilt der Diskriminierungsschutz des Gleichbehandlungsgesetzes auch für Inter*sexuelle Menschen (Voss, 2009, p. 44). Die Anerkennung von Inter*sexuellen Körpern, obwohl diese auch eine biologische Tatsache sind, steht jedoch aus, wird tabuisiert und negiert. Alleine in Deutschland leben über 1 Mio. Inter*sexuelle Menschen (Gregor, 2014, p.233 & Voss, 2009, p. 42).

Das hat für die Pflege direkt zur Folge, dass nicht operierte Inter*sexuelle Menschen erst in Zukunft vermehrt in der Altenpflege bedeutsam werden. Für die operierten Inter*sexuellen Menschen ist es unabdingbar auf biographische Besonderheiten in der Pflege Rücksicht zu nehmen, da es sich gezeigt hat, dass die Problematisierung der Geschlechtszugehörigkeit verheerende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die psychische Gesundheit hat. Die psychiatrische **Diagnose posttraumatisches Stresssyndrom** scheint bei Inter*sexuellen Personen bedeutsam zu sein, weil die Eingriffe und Behandlungen ihres Körpers oftmals als bedrohlich für die körperliche Unversehrtheit erlebt werden (Vgl. Gregor, 2016, p. 20).

5. Pflegeangebote für LGBTI* Senior*innen

Dieses Kapitel geht der Frage nach, welche Kriterien Pflegeeinrichtungen für LGBTI* Senior*innen erfüllen sollten, welche Pflegemodelle geeignet sein können und beschreibt drei beispielhafte Projekte im DACH-Raum.

5.1 Kriterien für LGBTI*inkludierende Pflegeangebote

In der Literatur wird ersichtlich, dass LGBTI* Senior*innen in der derzeitigen möglichen Betreuungssituation keine Freiheit von Diskriminierung erleben. Daher wurden spezielle Angebote für alternde LGBTI* Menschen ins Leben gerufen, um dieses Manko auszugleichen.

Kriterien für inklusive Angebote frei von heteronormativen Machtstrukturen sind folgendermassen: Es wird bewusst auf **binäre Genderzuschreibungen** wie ‚männlich/weiblich‘ verzichtet, beispielsweise bei Fragebögen zur Identität oder gesundheitlichem Zustand. In heteronormativen Fragebögen werden Personen aufgefordert, sich entweder als männlich oder weiblich zu identifizieren. Das wird hier umgangen, indem Personen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu definieren, wie es ihnen am besten entspricht. Beispielsweise kann das sein ‚transident‘, ‚queer‘, ‚nicht definiert‘, ‚inter*sex‘ oder vieles mehr. Auch bei Toiletten wird keine Unterscheidung zwischen männlich und weiblich mehr gemacht, sondern sie wird gender neutral beschriftet.

Von Pflegepersonen wird erwartet, dass sie gut Bescheid wissen über LGBTI* spezifische Historien und medizinische Details. LGBTI* Klient*innen sollen nicht dazu genötigt werden, die Pflegepersonen ständig auf ihren Status hinzuweisen, oder als Lehrer für Pflegepersonen zu fungieren. Pflegepersonen sollen bereits Wissen vermitteln und Anlaufstellen für Belange und Fragen betreffender Personen sein (Vgl. Latham, 2015, p. 2ff).

Das **Gestalten von Wohnräumen** erfolgt auch inklusiv, das bedeutet konkret, dass auch Bilder und Fotos von gleichgeschlechtlich Liebenden, Inter*sex und Trans*gender Personen aufgehängt werden, Zeitschriften oder Filme aus deren Kultur ausgewählt werden, und Programme in den Pflegeheimen auch inklusiv gestaltet werden.

Das **Bedürfnis nach Privatsphäre** kann bei LGBTI* Senior*innen sehr ausgeprägt sein, was bedeutet, dass in der Pflege darauf geachtet wird, dass der Status einer Person nicht ungefragt weitergegeben wird. Es ist beispielsweise nicht in jedem Kontext relevant, ob eine Person trans*sexuell oder homosexuell orientiert ist. LGBTI* Personen sollen auch ausdrücklich in der **Willkommens-Botschaft** der Pflegeeinrichtung erwähnt werden, damit diese sich wohl fühlen, auch wenn sie nicht sofort ihre Orientierung preisgeben möchten (Vgl. Latham, 2015, p 3ff. & Irlam, 2013, p. 2ff.)

Respektvoller Umgang mit Personen allerlei Orientierungen ist eine Selbstverständlichkeit in der Pflegearbeit mit LGBTI* Personen. Schlechte Witze oder abschätzige Bemerkungen sind zu unterlassen, und Pflegepersonen sind angehalten ihre eigenen Vorurteile zu reflektieren und an ihrer Persönlichkeit zu arbeiten. Das bedeutet in weiterer Hinsicht auch, dass LGBTI* Senior*innen aktiv involviert sind, bei Entscheidungen, welche sie betreffen, mitzubestimmen.

Empowerment wird so gefördert, und hilft alten LGBTI* Menschen, die Selbstbestimmung zu erhalten (Vgl. Irlam, 2013, p.2).

In Bezug auf das **Pflegepersonal** kann eine LGBTI* freundliche Orientierung auch dazu führen, dass vermehrt Personen eingestellt werden, die selber LGBTI* sind und sich hier auch als Pfleger*innen vermehrt einbringen wollen. Das kann für den Wunsch mancher LGBTI* Klient*innen nach spezifischer Betreuung fördernd sein.

Leitungskräfte von Pflegeprojekten sind dazu angehalten, interne Fortbildungsmöglichkeiten zu fördern und anzubieten. Weiters sollen im Leitbild der Pflege auch LGBTI* relevante Themen erwähnt werden, und so Identifikationsmöglichkeiten erschaffen werden, durch die LGBTI* Senior*innen sich angenommen und wahrgenommen fühlen. Bedeutsam ist in dieser Hinsicht

auch der Kontakt zu LGBTI* spezifischen Organisationen, um hilfreiche Informationen im gegenseitigen Austausch zu erhalten, und Gemeinsamkeiten zu fördern.

5.1.2 Biographieorientierte Pflege

In der Literatur wird die biographieorientierte Pflege als Voraussetzung für Arbeit mit LGBTI* Senior*innen präsentiert. Sie fördert die Vertrauensbildung und ist ein Anker für ein individuelles Pflegeangebot. Die Biographien von LGBTI* Menschen beeinflussen sämtliche Aktivitäten des täglichen Lebens und können so berücksichtigt werden. Durch Rücksichtnahme und das Einbauen von individuell-biographischen Besonderheiten in die Betreuung bleibt die Persönlichkeit erhalten.

Über die Biographien werden die Einstellungen, Verhaltensweisen und Erfahrungen eines Menschen deutlich, und kann wertschätzend in die Pflegearbeit eingebracht werden. Dazu gehört auch zu berücksichtigen, dass viele derzeit älter werdende LGBTI* Senior*innen sich nicht immer gleich outen wollen, aufgrund spezifischer historischer Ereignisse, wie sie in den vorigen Kapiteln beleuchtet wurden (Vgl. Latham, 2015, p. 5ff).

Die Pflegebeziehung kann teilweise durch Geheimhaltung und Wahrung eines heterosexuellen Anscheins geprägt sein. Auch diverse Ereignisse, wie beispielsweise ärztliche Untersuchungen oder Intimpflege, kann für Trans*gender oder Inter*sex Personen Schamgefühle oder eine Re-Traumatisierung bedeuten. Das gehört respektiert und durch zunehmendes Vertrauen verändert.

Für Mitarbeiter*innen in der Pflege dient die an Biographien orientierte Pflege auch dazu, einen verstehenden und akzeptierenden Umgang zu fördern. Durch biographische Ereignisse können Bedürfnisse entstehen, und diese Bedürfnisse werden besser verstanden, wenn man erkennen kann, woher sie kommen und warum dieser Mensch auf gewisse Dinge genau so reagiert. Weiters hilft eine biographische Pflege dabei Re-Traumatisierungen zu vermeiden, weil man lernen kann, welche Gegebenheiten unangenehme Erinnerungen auslösen, und so kann man daran arbeiten, diese zu vermeiden oder zu umgehen.

Wichtig ist bei dieser Art der Pflege auch, dass Kontakte der LGBTI* Senior*innen aktiv in die Pflege miteinbezogen werden, weil auch diese einen wichtigen Bestandteil eines Lebens ausmachen und wichtige Erinnerungen wachrufen, oder Freude bereiten.

Die Biographieorientierte Pflege dient als wichtiger Ansatz zu dieser Vertrauensbildung zwischen Pflegepersonen und LGBTI* Klient*innen. Pflegepersonen lernen sich dadurch auch zu reflektieren und eigene blinde Flecke zu erkennen. Durch gegenseitiges Vertrauen können auch erste zaghafte Zeichen von LGBTI* Personen, welche sich zu erkennen geben wollen, richtig gedeutet werden. Biographiearbeit wird als Prozess und personenbezogene Betreuung verstanden, der Pflegekräfte und Klient*innen einander näher bringt, und in der man voneinander lernen kann. (vgl. Bachmann, 2009, p. 10ff & Gerlach, 2004,p.42ff)

5.1.3 Bezugspflege nach Peplau

In vorliegenden Studien hat sich gezeigt, dass LGBTI* Personen aufgrund lebenslanger Stigmatisierung und Diskriminierung als gesellschaftliche Minderheit ein erhöhtes Risiko aufweisen an psychischen Störungen zu leiden. Daher sehe ich persönlich das Bezugspflegemodell nach Peplau, vermehrt in der psychiatrischen Pflege Anwendung findet, als geeignetes Pflegemodell für die Betreuung von LGBTI* Senior*innen.

Hinzu kommt, dass Grundwissen über psychische Störungen und wie diese ausagiert werden, besonders wichtig sind für die Pflege von Personen, welche traumatische Erfahrungen durchgemacht haben, oder lebenslanges Aussenseitertum erfahren haben (Vgl. Laa, 2016, p.2ff) Hildegard Peplau definierte eine gute Pflege folgendermassen:

„Die Pflege ist ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozess. Sie wirkt in Kooperation mit anderen menschlichen Prozessen, die dem einzelnen in der Gesellschaft Gesundheit ermöglichen. In spezifischen Situationen, in denen ein professionelles Gesundheitsteam gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringt, beteiligen sich Pflegekräfte

an der Organisation von Bedingungen, welche die natürlichen fortlaufenden Tendenzen im menschlichen Organismus unterstützen. Die Pflege ist ein edukatives Instrument, eine die Reife fördernde Kraft, die darauf abzielt, die Vorwärtsbewegungen der Persönlichkeit in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives persönliches und gesellschaftliches Leben zu bewirken.“ (Peplau 1995 zit. n. Dorschner, 1999, p.143)

In der Bezugspflege nach Peplau wird der Schwerpunkt auf die Interaktion zwischen Pflegepersonal und zu Pflegenden und wird so als einfühlsame Einzelbetreuung gesehen. Für LGBTI* Personen bedeutet das, dass sie in ihrer Person genauso angenommen werden, wie sie sind, und in ihren Eigenarten unterstützt werden.

Eine Pflegeperson kann dabei verschiedene Rollen annehmen, wie beispielsweise die des Unterstützenden, des Beraters oder des Lehrenden. Wichtig ist dabei, dass der zu Pflegende vollen Nutzen aus dem Angebot der Pflegenden ziehen kann. Für die Pflege von LGBTI* Personen heisst das, dass sie Unterstützung in schwierigen und traumatischen Situationen erfahren, welchen sie durch Diskriminierung ausgesetzt waren. Auch in sensiblen Situationen des Outings und in Konfliktsituationen mit einer heteronormativen Aussenwelt kann die Pflege hier stabilisierend eingreifen. Bei auftretenden psychischen Störungen wie posttraumatische Belastungsstörung oder Depressionen und Angststörungen kann die Pflege hier stabilisierend wirken.

5.2 Repräsentative Pflegeprojekte für LGBTI* Senior*innen

5.2.1 Österreich

In Österreich organisierte die Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und trans*gender Lebensweisen (WAST) ein Pilotprojekt, um über Pflege von LGBTI* Senior*innen zu informieren. Mit dem Namen „**Pflege in der Regenbogenvilla?! (siehe Anhang 8.5)**“ wurde erstmals über Biographieorientierte Pflege und Betreuung von älteren LGBTI* Personen

informiert. Als eines der Ziele wird die Öffnung von Angeboten im Bereich der Altenpflege für die LGBTI* Zielgruppe gesehen.

In Wien gibt es weiters das **Projekt Que[e]rbau**, welches ein Mehrgenerationenhaus darstellt, welches für alternative Familienformen, Menage à trois, Paare, Singles, Schwul, Lesbisch, Bi, Trans* konzipiert ist (Vgl. Edlmayr, 2014, p. 22).:

“Que[e]r steht für selbstgewählte Identität, selbstgewählte Lebensform und querdenken, unabhängig von propagierten Normen. Menschen mit bewusst gewählter Identität können sich den Lebensformen des LGBTIQ-Personenkreises (Lesbisch, schwul, bi, trans, inter) zuordnen, aber eben nicht nur. – Auch heterosexuell orientierte Menschen müssen zum Beispiel nicht unbedingt Interesse an Wohnungen haben, die ausschließlich für die angenommene „typische Kleinfamilie“ geplant wurden. Mit dem „Queer“-Begriff wird beabsichtigt, die kategorial und bipolar gedachten Geschlechtergrenzen von Mann und Frau zu durchbrechen. Die hetero- aber auch homonormativen Diskurse sollen reflektiert werden. (Projekt Que[e]rbau, Wien, 2016)*

Die Wiener Sozialdienste bieten Betreuung mit **Pflege unterm Regenbogen** zuhause an. Sie stehen auch für Inklusion und Gleichberechtigung von LGBTI* Senior*innen.

5.2.2 Schweiz

In Zürich gibt es das Projekt **Gay Nursing**, welches als ambulanter Pflegedienst für die Bedürfnisse von LGBTI* Senior*innen zugeschnitten ist. Vertraglich sind sie über Versicherungen und Krankenkassen abgesichert, was die Kosten für die Pflege betrifft. Weiters gibt es das Projekt **Queer Altern**, welches Dienstleistungen für queere Mitmenschen anbietet, und dazu auch speziell queere Pflegepersonen einstellt (Vgl. Edlmayr 2014, p. 21).

Wir realisieren ein Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebot in der Stadt Zürich und gewinnen dafür Talente. Wir sensibilisieren für das Thema

Altern in der queeren Community. Wir vermitteln positive Altersbilder (Queer Altern, Zürich, 2016).

5.2.3 Deutschland

In Berlin gibt es **Lebensort Vielfalt**, ein barrierefreies Wohnprojekt mit dem Schwerpunkt auf Homosexuelle Senior*innen. In Köln hat es die **Villa anders**, das als queeres Mehrgenerationenhaus konzipiert ist, und von Singlewohnung bis über Gemeinschaftswohnungen alles offeriert (Vgl Edlmayr, 2014, p23 ff).

6. Schulungen für Pflegefachpersonen

Pflege sexueller Minderheiten, wie LGBTI*-Senior*innen ist nach wie vor unterrepräsentiert, und so verwundert es nicht, dass Wissen über spezielle Bedürfnisse dieser Menschen nach wie vor nicht in Lehrplänen zur Ausbildung von Pflegefachpersonen verankert ist. Auch Forschungen über Bedürfnisse und konkrete Pflegeerfordernisse sind noch wenig anzutreffen. Das führt dazu, dass Pflegepersonen dazu tendieren können, mit Vorurteilen auf LGBTI* Personen zu reagieren oder sich bei der Pflege von LGBTI* Senior*innen unwohl zu fühlen (Vgl. Carabez, 2015, p. 323).

Wenn Pflegepersonen sich direkt mit LGBTI* Personen auseinandersetzen, ist auch meist eine Konfrontation mit der eigenen Biographie, der eigenen Sexualität, oder den eigenen Werthaltungen gegeben (Vgl. Gerlach, 2004, p. 42)

Als gängiges Stereotyp in der Ausbildung zur Pflege zeigt sich, dass angenommen wird, alle Personen seien heterosexuell und sich entweder als Frau oder Mann identifizieren. Auch Pflegepersonen, welche offen für LGBTI* Menschen sind, können durch mangelnden Wissenstransfer oftmals nicht optimal versorgen. Das bedeutet konkret, dass Belange der Gesundheit von LGBTI* Menschen nicht ausreichend erforscht und integriert sind in der Pflege, und dass auch wenn man Offenheit zeigt, es nur erschwert möglich ist, zielorientiert zu pflegen. Lediglich in Orten, wo eine grössere Anzahl von LGBTI* Personen lebt, wie San Francisco, ist

eine Tendenz zu verorten, diese Agenden auch im Curriculum für Lehrpläne zu verankern. Im DACH Raum gibt es vereinzelt Organisation oder Vortragende, welche Seminare zu LGBTI* relevanten Pflege Themen anbieten, wie in Österreich beispielsweise die Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und trans*gender Lebensweisen (WASSt), oder **Pflege unterm Regenbogen** der Wiener Sozialdienste. Wünschenswert wäre jedoch eine verpflichtende Inklusion in den Lehrplänen, weil nur so sichergestellt werden kann, dass die zukünftige Generation von Pflegenden ohne Vorurteile und LGBTI* inklusiv pflegt.

7. Fazit und Kritische Reflexion

Aufgrund mangelnder Literatur war es nur erschwert möglich, konkrete Themen der Betreuung von LGBTI* Senior*innen in der Pflege zu verorten. Manchmal wird der Begriff LGBTI* auch in Forschungen verwendet, und im konkreten jedoch nur homosexuelle Menschen behandelt. Das sind Kritikpunkte, welche die Arbeit an diesem Thema erschweren. Die Geschichte und die generelle Problematik von LGBTI* Personen wird vermehrt thematisiert, aber über konkrete Massnahmen bei der Altenpflege wird generell wenig berichtet. Forschungen dazu, und konkrete Pflegestandards für LGBTI* Personen stehen bis dato noch aus.

Ich sehe jedoch die historischen Details als unumgängliches Wissen an, welches jede Pflegeperson in sich tragen sollte, wenn sie kulturangepasst an LGBTI* Personen pflegen möchte. Daraus ergibt sich dann auch, dass biographisch orientiertes Pflegen als besonders geeignet gilt.

Die Beantwortung der Forschungsfragen war nur bedingt möglich, beispielsweise waren als spezielle Bedürfnisse zumeist nur rein biographisch-historische Besonderheiten berücksichtigt, die somatische Pflege und konkrete gesundheitliche Details wurde nicht berücksichtigt.

Zur Förderung von Sensibilität von Pflegepersonen kann festgehalten werden, dass die vorhandenen Forschungen und Studien zwar ein Manko feststellen und

berechtigte Kritik am status quo der Curricula in den Pflegeausbildungen und der praktischen Versorgung in Institutionen kritisieren, aber wenig konkrete und positive Hinweise und Marker geboten werden, was denn an bestehenden Institutionen verändert werden soll. Ganz wenige Forschungen und Projekte befassen sich mit konkreten Änderungsvorschlägen für die heteronormative Praxis. Zu den Beispielprojekten im deutschsprachigen Raum möchte ich anmerken, dass es viele Projekte gibt, welche aufgrund mangelnder Finanzierung wieder eingestellt werden. Auch hier steht die Gleichberechtigung mit heteronormativen Mitbürgern noch aus.

In Anbetracht der Tatsache, dass wir im Zeitalter zunehmender Liberalisierung auch mit vermehrtem Zuwachs an alternden LGBTI* Personen rechnen müssen, ist diese Information alleine jedoch zu wenig. Ich sehe ein grosses Manko an speziell ausgerichteter Pflege, welche sich vor allem auf medizinisch begründetes Wissen über alternde Personen und ihre Bedürfnisse stützt. Die vorhandene Literatur eröffnet Einblick in die Seele und die psychischen Zustände von lebenslanger Diskriminierung, ein Einblick in konkrete Pflegeangebote vor allem zu Inter*sex und Trans*gender Personen fehlt jedoch. Weitere Studien in diesen Bereichen sind notwendig, vor allem auch zu Auswirkungen von Hormonbehandlungen, diversen Operationen und spezifische Gesundheitsaspekte von LGBTI* Senior*innen. In vorhandenen Studien wird dieses Thema nur marginal angeschnitten und nur sehr vage behandelt.

Die Arbeit soll dazu dienen, die Erkenntnis zu verbreiten, dass LGBTI* Menschen besonderen Bedarf an Pflegeangeboten im Alter haben, und dieser nur spärlich gegeben ist. Eine Verankerung von Pflegeangeboten ausserhalb von Heteronormativität steht derzeit noch aus, ist aber unumgänglich, wenn optimale Betreuung von LGBTI* Senior*innen gewährleistet werden soll.

Ich hoffe auch, dass die vorliegende Arbeit Einblick in die Besonderheiten von LGBTI* Senior*innen geben kann, und veranschaulicht, was es bedeutet Pflege ausserhalb eines heteronormativen Rahmens zu geben. Aufgrund der Begrenztheit einer Fachbereichsarbeit kann ich jedoch nur einen thematischen Rahmen anschneiden, der jedoch Anreiz für vertiefende Forschungen und Studien zur Gesundheit alternder LGBTI* Menschen geben soll.

8. Literatur

8.1 Wissenschaftliche Bücher

Barker, M., Richards, C., Jones, R. Bowes-Catton, H., Plowman, T., & Morgan, M. (2012) *The Bisexuality Report: Bisexual Inclusion in LGBT equality and diversity*. Centre for Citizenship, Identities and Governance and Faculty of Health and Social Care. The Open University, United Kingdom

Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (1995) *Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Suhrkamp Verlag

Gutting, G. (2005) *Foucault: A Very Short Introduction*. Oxford University Press

Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P., Fritzsche, B. & Hackmann, K. (2007) *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Bachmann, U., Frommhold, S., Gerlach, H., Goumet, M., Habert, U., Markus, K., Menzel, F. & Pohl, U. (2009) *Homosexualität und Alter – Information für Beschäftigte in der Altenpflege*. Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit [Hg.]. Referat Öffentlichkeitsarbeit

Gregor, A. (2014) „Die Medikalisierung der Geschlechtszuweisung. Das Geheimnis um intergeschlechtliche Körper als Konstituens des kulturellen Systems der Zweigeschlechtlichkeit“ In: Klinge, S. & Schlicht, L. [Hg.] *Geheimnis_Wissen. Perspektiven auf das Wissen vom Geheimnis seit dem 18. Jahrhundert*. Frankfurter Kulturwissenschaftliche Beiträge, Band 19, trafo Wissenschaftsverlag Berlin, p. 241-263

Krafft-Ebing, R.v. (1894) *Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung*. Eine klinisch-forensische Studie. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart

Laa, C. (2016) *Die Folgen von Traumata aus dem Zweiten Weltkrieg und ihre Bedeutung in der heutigen Altenpflege*. Fachbereichsarbeit. Wilhelminenspital Wien

Muscarina, S. (2015) *Polyamorie. Nicht nur eine Liebe: Biographische Analysen Nicht-Monogamer Beziehungen*. Diplomarbeit. epubli Verlag Berlin

Pallotta-Chiarolli, M. (2016) *Women in Relationships with Bisexual Men*. Lexington Books. London

Rott, V. (2014) *Wahrheitsspiele der Pathologisierung im klinisch-psychologischen und psychiatrischen Diskurs über die sogenannte Geschlechtsidentitätsstörung*. Eine kritische Diskursanalyse von Lehrbuchtexten. Diplomarbeit. Universität Wien

Schuster, C. & Edlmayr, C. (2014) *Wohnen, Pflege und Betreuung im Alter bei Homosexuellen und Transgender*. Sozial Global GmbH. Gesamtbericht für Fonds Soziales Wien

8.2 Wissenschaftliche Fachartikel

Addis, S. & Davies, M., Greene, G., MacBride-Stewart, S. & Shepherd, M. (2009): *The health, social care and housing needs of lesbian, gay, bisexual and transgender older people: a review of the literature*. Health and Social Care in the Community 17(6), 647-658

Berreth, M. E. (2003) *Nursing care of transgendered older adults. Implications from the literature*. Journal of Gerontological Nursing, 29(7), 44-49.

Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., & Dariotis, W. M. (2015) *Nursing Students' Perceptions of their Knowledge of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues: Effectiveness of a Multi-Purpose Assignment in a Public Health Nursing Class*. Journal of Nursing Education, 54(1):50-53

Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., Ciano, M. & Scott, M. (2015) „Never In All My Years...“: *Nurses Education About LGBT Health*. Journal of Professional Nursing, Vol 31, N° 4 (July/August), pp 323-329

Ceatha, N. (2016) *Mastering wellness: LGBT people's understanding of wellbeing through interest sharing*. Journal of Research in Nursing, Vol. 21(3) 199–209

Cramer, P., Barrett, C., Latham, JR & Whyte, C. (2015) *It is more than sex and clothes: Culturally safe services for older lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. Australasian Journal on Ageing, Vol 34 Supplement 2, 21-25

Correia, S. (2010) *Sexuality, Gender, Empowerment*. Development 53(2):183-186

Dorsen, C. (2012) *An integrative review of Nurse Attitudes Towards Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*. CJNR, Vol.44 N°3, 18-43

Dorschner, S (1999) *Hildegard E. Peplau und die Theorie der psychodynamischen Pflege*. PR-InterNet 5:141-150

Eliason, M., DeJoseph, J., Dibble, S., Deevey, S. & Chinn, P. (2011) *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning Nurses' Experiences in the Workplace*. Journal of Professional Nursing 27:237-244

Fish, J. (2010) *Conceptualizing social exclusion and LGBT people: the implications for promoting equity in nursing policy and practice*. Journal of Nursing Research. 15(4) 303-312

Fish, J., & Evans, D.T. (2016) *Promoting cultural competency in the nursing care of LGBT patients*. Journal of Research in Nursing, Vol. 21(3) 159-162

Gerlach, H. (2004) *Anders alt werden. Lesben, Schwule und die Altenhilfe. Homosexualität im Alter*. Zeitschrift Dr. med. Mabuse 150, Juli/August [41-44]

Gregor, A. (2016) „*There is an I in LGBT*QI*. Inter* als kritischer Spiegel für queer theory*“. Gender 2/2016

Hughes, A.K., Harold, R.D., & Boyer, J.M. (2011) *Awareness of LGBT Aging Issues Among Aging Services Network Providers*. Journal of Gerontological Social Work, 54:7,659-677

Hughes, M. (2009) *Lesbian and Gay People's Concerns about Ageing and Accessing Services*. Australian Social Work.62:2.186-201

Irlam, C. (2013) *Consumer perspective on the LGBTI ageing and aged care experience*. LGBTI Aged Care Forum, Sydney Harbour Marriott

Kellett, P. & Fitton, C. (2016) *Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety*. Nursing Inquiry, 00: 000–000

Kneip, Ansbert (2003) *Das Schwuchtel Diplom. Das Modefach Gender Studies hat einen neuen Ableger für sexuelle Minderheiten bekommen – mit dem ersten Lehrstuhl für „Queer Theory“*. UniSPIEGEL 1/2003

Latham, JR & Barret, C. (2015) „*As we age*“: *An Evidence-based guide to Intersex Inclusive Aged Care Services*. Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, Melbourne Australia

Latham, JR & Barrett, C. (2015) *Appropriate bodies and other damn lies: Intersex ageing and aged care*. Australasian Journal on Ageing, Vol 34 Supplement 2, 19-20

Leyva, V.L., Breshears, E.M. & Ringstad, R. (2014) *Assessing the Efficacy of LGBT Cultural Competency Training for Aging Services Providers in California's Central Valley*. Journal of Gerontological Social Work, 57:335-348

Messinger Kari, H. (2013) *(Un)Sichtbare Grenzen-Pflege unterm Regenbogen, sind alle Menschen gleich? Was kann die Pflege tun?* Beratung homosexuell- und transgender lebende SeniorInnen. Wiener Sozial Dienste

Polly, R. & Nicole, J. (2011) *Understanding the Trans Patient. Culturally Sensitive Care in Emergency Nursing Practice*. *Advanced Emergency Nursing Journal* Vol. 33, No. 1, pp. 55–64

Rogers, A., Rebbe, R., Gardella, C., Worlein, M. & Chamberlin, M. (2013) *Older LGBT Adult Training Panels: An Opportunity to Educate About Issues Faced by the Older LGBT Community*. Journal of Gerontological Social Work, 56:580-595

Serafin, J., Byron Smith G. & Keltz, T. (2013) *Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet*. GAPNA Section. Geriatric Nursing 34:80-83

Schweizer, K. & Brunner, F. (2013) *Sexuelle Orientierungen*. Bundesgesundheitsblatt 56: 231-239

Smith, S. (2014) *Aging Across the Spectrum; Understanding the Needs of Older TBLGQ Adults*. Field Notes. Field Instruction, University of Michigan, Volume 10 Issue 1

Tenenbaum, E.M. (2012) *Sexual Expression and Intimacy between Nursing Home Residents with Dementia: Balancing the Current Interests and Prior Values of Heterosexuals and LGBT Residents*. Draft Temple Political & Civil Rights Law Review. Vol NN:N

Voss, H.J. (2009) *Intersexuellenbewegung und zweigeschlechtliche Norm – Zwischen Emanzipation und Restauration. Eine kritisch-biologische Intervention*. Liminalis, 2009_03

Westwood, S. (2015) „*We see it as being heterosexualised, being put into a care home*“. *Gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK*. Health & Social Care in the Community · August 2015

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed T., Whittle, S. & Wylie, K. (2016) *Transgender people: health at the margins of society*. The Lancet, Volume 388, No. 10042, p390-400, 23 July 2016

8.3 Internetquellen

Gay Nursing. Zürich <http://www.gaynursing.com> [27.10.2016]

Lebensort Vielfalt. Berlin <http://www.lebensort-vielfalt.de> [27.10.2016]

Mailingliste „Critical Sexology“ <http://criticalsexology.org.uk/> [1.10.2016]

Nachtwey, C. (2004) *Anders sein und älter werden: Lesben und Schwule im Alter*. Vortrag im ICCR. Wien.
https://www.berlin.de/lb/ads/assets/schwerpunkte/lb/bti/schwerpunkte/text_nachtwey_alter.pdf. [25.07.2016]

Pflege in der Regenbogenvilla (2014)
<https://www.wien.gv.at/menschen/queer/pdf/pflege-regenbogenvilla.pdf>
[13.9.2016]

Pflege unterm Regenbogen. Wiener Sozialdienste
<http://www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/altenpflege/pflege-unterm-regenbogen.html> [27.10.2016]

Projekt Que[e]rbau. Wien

<https://queerbaudotat.wordpress.com/welcome/willkommen/> [27.10.2016]

Stark, J. (2015) „*We don't look after people like you.*“ *Transgender people refused medical care*“ . The Sydney Morning Herald. <http://www.smh.com.au/national/we-dont-look-after-people-like-you-transgender-people-refused-medical-care-20151015-gk9ss1.html> [24.09.2016]

Villa anders. Köln <http://www.villa-anders-koeln.de> [27.10.2016]

Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgender Lebensweisen (WASSt) <https://www.wien.gv.at/kontakte/wast/> [14.09.2016]

Queeres Altern. Zürich <http://queeraltern.ch> [27.10.2016]

8.4 Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Woodhull Freedom Foundation (2010) *State of Sexual Freedom in the United States*. 2010 Report, p. 39 [illus.]

Abb.2: Pflege in der Regenbogenvilla, 2014 [illus.]

<https://www.wien.gv.at/menschen/queer/pdf/pflege-regenbogenvilla.pdf>
[13.9.2016]

8.5 Anhang



WIENER
ANTIDISKRIMINIERUNGSSTELLE
FÜR GLEICHGESCHLECHTLICHE
UND TRANSGENDER LEBENSWEISEN
StoDt#Wien

Pflege in der Regenbogenvilla?!

Eine Initiative von Stadträtin Sandra Frauenberger, durchgeführt von der Wiener Antidiskriminierungsstelle für gleichgeschlechtliche und transgener Lebensweisen
1080 Wien, Auerspergstraße 15, www.queer.wien.at

Pflege in der Regenbogenvilla • 19. November 2014

Biografieorientierte Pflege älterer LGBT-Personen • 20. November 2014

Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender-Personen wünschen sich ein breitgefächertes, bedürfnisorientiertes und vertrauenswürdiges Angebot der Altenhilfe und Altenpflege. Ältere LGBT-Personen sehen ihre Bedürfnisse und Lebensformen oft nicht von den herkömmlichen Pflegeinstitutionen berücksichtigt und werden in Pflegeinstitutionen oft nicht bewusst wahrgenommen. Gleichgeschlechtliche L(i)bensformen sowie Transidentitäten stellen in den Institutionen oft ein großes Tabu dar. Bei LGBT-Personen bestehen spezifische Bedürfnisse, u. a. der Wunsch, ohne Ablehnung gepflegt zu werden. Sowohl auf Seiten der Institutionen als auch auf Seiten der pflegebedürftigen Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen gibt es Hemmschwellen, offen aufeinander zuzugehen.

Vortrag und Diskussion: Pflege in der Regenbogenvilla?
Biografieorientierte Pflege und Betreuung von älteren LGBT-Personen

Mittwoch, 19. 11. 2014, 18.00 Uhr
Wiener Rathaus, Grauer Salon
1010 Wien, Lichtenfelsgasse 1, Stiege 8

Der Vortrags- und Diskussionsabend wendet sich an Führungskräfte und Pflegekräfte der Altenpflege und Seniorinnenbetreuung, sowie an Lesben, Schwule, Transgender-Personen und am Thema Interessierte. Ziel ist es, die Öffnung der Angebote im Bereich Pflege- und Altenpflege für die Zielgruppe der LGBT-Personen zu initiieren. Schließlich stellt der adäquate Umgang mit älteren Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen ein Qualitätskriterium der Pflege und Pflegeinstitutionen dar. Handlungsmöglichkeiten liegen etwa im Bereich der Leitbilderstellung, aktiven Vernetzungsstruktur mit Lesben-, Schwulen- und Transgendergruppen, Maßnahmen für eine offene Betriebsatmosphäre, internen Fortbildungen und Supervisionen.

Eröffnung: Gemeinderätin Mag.^a Nicole Berger-Krotsch

Fachvortrag:
Heiko Gerlach, Dipl.-Pfleger, Altenpfleger, System. Therapeut, Berater (SG)

Impulsreferate:
Beate Dannortzer, HIVmobil. HIV-spezifische Hauskrankenpflege und Sozialbegleitung
DGKP Herbert Messinger Kari, MSc, Wiener Sozial-, Alten- und Pflegedienste
Mag.^a Eva Maria Luger, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen

Gesamtleitung und Moderation: Mag. Wolfgang Wilhelm, WAST

Eintritt frei, Anmeldung nicht erforderlich!

Fachseminar: Pflege in der Regenbogenvilla?
Biografieorientierte Pflege und Betreuung von älteren LGBT-Personen

Donnerstag, 20. 11. 2014, 9.00 – 17.00 Uhr
Schule für allg. Gesundheits- und Krankenpflege am Sozialmedizinischen Zentrum Süd: 1100 Wien, Kundratstraße 3, Hörsaal 18

Dieses Wiener Pilot-Seminar mit Heiko Gerlach und Wolfgang Wilhelm wendet sich an Fachkräfte der ambulanten und stationären Altenpflege. Mittels Fachvortrag, Diskussion, Textanalyse, Fallarbeit, Gruppenarbeit und Eigenreflexion werden Pflegenden dazu befähigt, pflegebedürftige LGBT-Personen bewusst wahrzunehmen und mit ihnen eine gute Pflegebeziehung einzugehen. Dazu ist es wichtig, die Signale der BewohnerInnen wahrzunehmen und nachzuvollziehen, was es für die pflegebedürftigen Menschen bedeutet, lesbisch, schwul, bi- oder transgender zu sein, sowie in der Pflegeinteraktion darauf einzugehen. Dazu braucht es Kenntnisse über LGBT-Lebenswelten, biografieorientierte Milieugestaltung sowie das aktive reflexive Arbeiten an Tabuthemen im Pflegeteam.

Seminarleiter:
Heiko Gerlach, Dipl.-Pfleger, Altenpfleger, Coach, System. Therapeut und Berater (SG), Hamburg & Mag. Wolfgang Wilhelm, Psychotherapeut, WAST

Die Teilnahme am Seminar ist kostenfrei, aber ausschließlich nach vorheriger Anmeldung unter Tel. 01-4000-81449, Mail: wast@gif.wien.gv.at möglich.



WIENER
ANTIDISKRIMINIERUNGSSTELLE
FÜR GLEICHGESCHLECHTLICHE
UND TRANSGENDER LEBENSWEISEN
StoDt#Wien

Abb. 1