

**BISS-Index – gute Pflege
Diversity-Merkmale einer
„guten Pflege“ für lesbische
Frauen, schwule Männer
und Menschen mit HIV**

Herausgeber:



Lindenstraße 20

50674 Köln

T 0221 29 49 24 17

biss@schwuleundalter.de

www.schwuleundalter.de

Vereinsregister: Köln VR 1873

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft,

IBAN: DE76 3702 0500 0001 4332 00 | BIC: BFSWDE33XXX

Inhaltliche Erarbeitung Facharbeitskreis „BISS-Index – gute Pflege“

Text: Dr. (phil.) Markus Schupp

Zur Person: Gesundheits- und Fachkrankenschwester für Intensivpflege, Dipl. Sozialwissenschaftler, Promotion gemeinsam mit Heiko Gerlach zur Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege. Gründungs- und Vorstandsmitglied von BISS e. V. Hauptberuflich ehemals Koordinator für schwule Seniorenarbeit in Köln, gegenwärtig als Referatsleiter in der Studienförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, tätig.

Redaktionsteam: Dr. Heiko Gerlach, Dr. Ralf Lottmann und Dr. Frank Ahland

Gestaltung: KLINKEBIEL GmbH, Kommunikationsdesign, Köln, www.klinkebiel.com

Erschienen Februar 2019

Auflage: 500 Stk.

Download: www.schwuleundalter.de

Alle Links zuletzt abgerufen und geprüft am 12.1.2019.

Vorwort	4
1. Der Facharbeitskreis „BISS-Index – gute Pflege“ – Zielsetzung und Arbeitsweise	6
2. <i>Diversity</i> – theoretische Hintergründe und praktische Anwendung	8
3. Der besondere Pflegebedarf homosexueller und HIV-positiver Menschen	11
4. <i>Diversity</i> -Merkmale einer guten Pflege von Lesben, Schwulen und Menschen mit HIV im Alter.....	16
Anerkennung implementieren – konzeptionelle Berücksichtigung	16
Mitarbeitende schulen – Fachlichkeit vorhalten	20
Biografieorientiert pflegen – Sosein vom Sogewordensein	23
Sichtbarkeit herstellen – leiblich erfahrbare Willkommenskultur	26
Gemeinschaft mit Gleichgesinnten fördern – unter seinesgleichen/ihresgleichen sein	28
Geschlechtsgewünschte Pflege ermöglichen – genderspezifische Bedürfnisse	30
HIV-Medikation sicherstellen – Sicherheit geben	32
Schutzräume schaffen – Antidiskriminierungsmanagement	32
5. Ein Wort zum Schluss	34
6. Quellen und weiterführende Literatur	35

Pflegeethische Regelwerke, aber auch die Ausbildungsziele im Pflegeberufegesetz, das 2020 in Kraft tritt, sowie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, sie alle betonen, dass Pflege bei der selbstbestimmten Lebensführung unterstützen soll. Unter den Bedingungen von Individualisierung, Pluralisierung und Globalisierung können Menschen sehr unterschiedliche Vorstellungen von dem haben, was sie als „gutes Leben“ ansehen. Die unter diesen Voraussetzungen erforderliche Differenzierung von Pflegeangeboten ist in der Pflegepraxis jedoch noch selten zu beobachten. Studien deuten darauf hin, dass homosexuelle Männer und Frauen sowie Menschen mit HIV befürchten, in der ambulanten oder stationären Langzeitpflege eine mangelnde Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse oder sogar Diskriminierung zu erfahren. Die vorliegende Broschüre der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e.V. (BISS) setzt an diesem Punkt an und gibt professionell Pflegenden sowie den Leitungen von Pflegeeinrichtungen Hilfestellungen, wie eine subjektorientierte Pflege realisiert werden kann. Auch wenn die Broschüre die Zielgruppe der lesbischen Frauen, schwulen Männer und Menschen mit HIV fokussiert, so handelt es sich doch nur um ein Exempel, die Empfehlungen einer konzeptionellen Berücksichtigung von Diversität in Pflegeeinrichtungen und einer diversitätsorientierten Gestaltung des Pflegeprozesses sollten selbstverständlich grundsätzlich zur Anwendung kommen.

Durch den Begriff der Diversität wird in der Broschüre die Unterschiedlichkeit von Lebensweisen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt gerückt. Auch die Gruppe der homosexuellen Menschen und der Menschen mit HIV ist nicht

homogen, sondern jeder Mensch kann entsprechend seiner oder ihrer biographischen und u.a. von soziokulturellen, -ökonomischen, religiösen oder vom Geschlecht beeinflussten Erfahrungen noch ganz unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse haben. Die Broschüre betont, dass, um den subjektiven Lebensbedingungen von pflegebedürftigen Menschen gerecht zu werden, auch die Wechselwirkungen von relevanten Unterschiedsmerkmalen, wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Behinderung und Fähigkeiten, Religion und soziokulturelle Situation, bedacht werden müssen. Darüber hinaus wurden und werden Menschen mit bestimmten Diversitätsmerkmalen – und dies gilt insbesondere für heute alte oder hochaltrige lesbische Frauen und schwule Männer sowie für Menschen mit HIV - rechtlich kriminalisiert und/oder gesellschaftlich missachtet und stigmatisiert. Eine Diversity-freundliche Pflege hebt auf den Abbau dieser gesundheitlichen Ungleichheit und Ungerechtigkeit ab.

Der erste Schritt, um der Diversität Rechnung zu tragen, besteht darin, die je individuelle Lebenssituation von Menschen mit ihren Besonderheiten, mit den Wünschen und Bedürfnissen, ihren individuellen Werten in ihrer Einzigartigkeit anzuerkennen. Dahinter steht auch eine gesellschaftliche Utopie, die Utopie einer Gesellschaft, in der unterschiedliche Lebensweisen gleichermaßen emotional, sozial und rechtlich anerkannt werden und sich nebeneinander gleichberechtigt entfalten können. Pflegende tragen dabei eine besondere Verantwortung, da pflegebedürftige Menschen aufgrund der Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung von ihnen in der selbstbestimmten Realisierung

des „guten Lebens“ abhängig sind. Es ist daher als berufliche Aufgabe von Pflegenden anzusehen, ihre Machtpotenziale so einzusetzen, dass die Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen gestärkt wird. Welches die Präferenzen von Menschen mit anderen als die eigenen Lebensweisen sind, können Pflegende nicht unbedingt wissen. Bei homosexuellen Menschen kommt hinzu, dass sie aufgrund ihrer Missachtungserfahrungen häufig sehr genau unterscheiden, in welchen sozialen Kontexten sie sich wie weit mit ihren spezifischen Bedürfnissen öffnen möchten oder nicht. Im BISS-Index „Gute Pflege“ erhalten Pflegende zu diesen Themen vielfältige Informationen. Die Broschüre setzt aber weniger auf der Ebene der einzelnen Pflegenden an, sondern zielt auf die organisationelle Ebene der Pflegeeinrichtungen. Es werden Anregungen gegeben, um Exklusionsprozesse entdecken und in den Pflegeeinrichtungen strukturelle Vielfalt verwirklichen zu können. Ein wesentlicher Faktor stellt etwa die Anerkennung der und auch eine bewusste Herstellung von Diversität innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden selbst dar. Eine offene Lebensweise von schwulen und lesbischen Pflegenden in Pflgeteams kann von zu pflegenden Menschen als Signal interpretiert werden, sich öffnen zu dürfen und trägt außerdem dem Bedürfnis Rechnung, unter Gleichgesinnten zu sein.

Aufgabe der Pflegeaus-, -fort- und -weiterbildung ist es, „Diversity-Kompetenz“ zu fördern. Sie beinhaltet die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und zur Offenheit gegenüber anderen Lebensweisen, sie setzt fundiertes Wissen über mögliche Sichtweisen und Bedürfnisse von Menschen mit ihren individuellen biographi-

schen Hintergründen voraus und sie erfordert die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Selbsterkenntnis und damit das Bewusstsein der eigenen Perspektivität.

Es liegt wesentlich in den Händen der Pflegenden, wie schwule und lesbische Menschen und Menschen mit HIV ihren Lebensabend verbringen. Diese Broschüre leistet einen wichtigen Beitrag, Pflegende für deren Lebenssituation zu sensibilisieren und bietet konkrete Anhaltspunkte für die Etablierung einer Diversitäts-freundlichen Kultur in Pflegeeinrichtungen. Ich wünsche mir, dass die Broschüre in der stationären und ambulanten Langzeitpflege eine hohe Verbreitung findet und hier auf allen Hierarchieebenen auf offene Pflegende stößt, die sich auf den Weg machen, eine diversitätsorientierte, – bunte – Pflege zu etablieren!



*Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Institut für Public Health und Pflegeforschung,
Universität Bremen*

1. Der Facharbeitskreis „BISS-Index – gute Pflege“ – Zielsetzung und Arbeitsweise

Als Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V. sind wir den Bedürfnissen eines selbstbestimmten und selbstbewussten Alterns schwuler Männer verpflichtet. Hierzu gehört auch die Pflegebedürftigkeit, welche aufgrund der Abhängigkeitssituation Pflegebedürftiger eine besondere Herausforderung für eine selbstbestimmte Lebensweise birgt. Einige Befragungen zeigen verbreitete Ängste homosexueller Menschen im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Altenhilfe (Landeshauptstadt München 2004; Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. 2009; Schmauch et al. 2007, S. 19; Gerlach und Szillat 2017, S. 209–222). So erwarten die befragten lesbischen Frauen und schwulen Männer mehrheitlich, dass ihre homosexuellen Lebensweisen in Einrichtungen der Altenhilfe keine Berücksichtigung finden oder sie gar Diskriminierungen ausgesetzt sein werden. Diese Ergebnisse sowie die in BISS gebündelten Erfahrungen aus dem Alltag der Senior*innenarbeit gaben Anlass, den Facharbeitskreis BISS-Index „gute Pflege“ zu initiieren. BISS arbeitet eng mit ihrem lesbischen Pendant, dem Dachverband Lesben im Alter e. V., zusammen.

Aufgrund des überwiegenden Anteils homosexueller Männer unter HIV-Positiven ergibt sich eine Schnittmenge, die beachtet werden sollte. Darin begründet liegt die enge Zusammenarbeit des Facharbeitskreises mit der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH). Die Erfahrungen aus der Arbeit der AIDS-Hilfen lieferten einen wertvollen Beitrag für die Entwicklung der vorliegenden *Diversity*-Merkmale. Ebenso wie bei lesbischen Frauen und schwulen Männern

handelt es sich auch bei HIV-positiven Menschen um eine heterogene Gruppe mit jeweils unterschiedlichen Lebenswelten. Auch wenn es sich bei der Mehrzahl HIV-positiver Menschen um schwule Männer handelt, so betrifft dies auch andere Gruppen wie Drogengebraucher*innen oder Menschen, die durch Blutkonserven infiziert wurden. Im Kontext dieser Broschüre stehen zwar schwule Männer im Fokus, bezüglich der Pflege von Menschen mit HIV richten sich die Merkmale hingegen an alle Gruppen HIV-positiver Menschen. Bei der genannten Heterogenität unter den Gruppen der lesbischen Frauen, der schwulen Männer und der Menschen mit HIV ist die Intersektionalität der jeweiligen Diskriminierungserfahrungen zu beachten. So sind bspw. schwule Männer mit HIV der Gefahr einer Doppelstigmatisierung ausgesetzt. Solche Mehrfachdiskriminierungen können Multiproblemlagen hervorbringen (Langer 2014), denen auch in der Altenpflege begegnet werden muss.

Aus diesen genannten Gründen und den Kooperationen ergibt sich das Ziel des Facharbeitskreises: die Entwicklung von Merkmalen einer *Diversity*-Pflege für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV im Alter. Wir möchten mit dieser Broschüre einen Beitrag zu einer **qualitativ hochwertigen Pflege** leisten, die sich **am Subjekt orientiert**, sich also am jeweiligen Individuum ausrichtet.

Unser Index richtet sich in erster Linie an professionell Pflegende in der ambulanten und stationären Altenpflege, aber auch an Führungskräfte der ambulanten und stationären Pflege und an weitere Interessierte. Wir tun dies in dem Wis-



sen, dass sich die Altenpflege seit geraumer Zeit in einer äußerst schwierigen Situation befindet. Der erhebliche Mangel an personellen Ressourcen vor dem Hintergrund einer bestehenden Unterfinanzierung stellt Pflegenden in ihrem Alltag vor die enorme Herausforderung, den eigenen Ansprüchen einer professionellen Pflege gerecht werden zu wollen. *Diversity* in der Pflege kann nicht losgelöst von den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Auch wenn wir nachfolgend diese Ebenen nur streifen können, so sind grundlegende Veränderungen in den Strukturen der Altenpflege unabdingbar, damit Pflege den individuellen Lebensweisen und den daraus resultierenden Bedürfnissen Pflegebedürftiger gerecht werden kann.

Der Facharbeitskreis hat sich über zwei Jahre in kleineren Arbeitstreffen wie auch in größeren Fachtagen zusammengefunden, um die unten aufgeführten *Diversity*-Merkmale zu erarbei-

ten. Neben der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) haben sich Expert*innen aus der LSBTI¹-Community und aus der professionellen Pflege, der Aidshilfe-NRW, des AWO-Bundesverbands, des Frankfurter Verbands, des Lebensorts Vielfalt der Schwulenberatung Berlin und der Seniorendienste St. Gereon (Hückelhoven-Brachelen) aktiv in den Facharbeitskreis eingebracht. Auch konnten Referent*innen für spezielle Themen gewonnen werden wie Phillip Kenel, Mitarbeiter im Forschungsprojekt „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter“ (GLEPA)², der zu *Diversity* referierte, und der Pflegewissenschaftler Dr. Heiner Friesacher, der zur Leiblichkeit im Pflegesetting wichtige Impulse beitrug. Aus dem Facharbeitskreis heraus wurde dem Autor dieser Broschüre die Aufgabe zuteil, die erarbeiteten *Diversity*-Merkmale für die vorliegende Broschüre zu verschriftlichen und sie mit praktischen Beispielen und Ergebnissen aus der gegenwärtig vorhandenen Forschung empirisch zu unterlegen, um so ihre Plausibilität zu unterstreichen.

¹ Abkürzung für die Gruppen von Lesben, Schwulen, Bi-, Trans- und Intersexuellen.

² www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/glepa

2. *Diversity* – theoretische Hintergründe und praktische Anwendung

Das Konzept des *Diversity* meint mehr als die unter dem Begriff der „Vielfalt“ oftmals festgestellten Unterschiede zwischen Individuen. Der Ursprung dieses Konzepts liegt in der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung sowie in der Antidiskriminierungsgesetzgebung (van Keuk et al. 2011, S. 84). In Deutschland wurde *Diversity* zunächst als Konzept der marktökonomischen Unternehmensführung bekannt, mit dem Ziel, die Vielfalt der Mitarbeitenden zum Wohle des Unternehmens nach innen wie nach außen einzubeziehen, u. a. durch die Verbesserung des Betriebsklimas. *Diversity* in diesem Sinne ist die Antwort auf neue Unternehmensführungen und verändertes Konsumverhalten wie auch Ausdruck der Entdeckung interkultureller Teams als Ressource für Unternehmen (Habermann 2003; Ehret 2011, S. 43). Auch wenn dieses Verständnis von *Diversity* nicht im Fokus des BISS-Index liegt, so spielt es bspw. in Bezug auf die Gestaltung der Kultur einer Einrichtung eine bedeutende Rolle dafür, ob Mitarbeitende offen mit ihrer sexuellen Identität oder ihrer HIV-Infektion umgehen können und als solche angenommen werden. Diese Verknüpfung weist exemplarisch darauf hin, dass im vorliegenden Index einer *Diversity*-Pflege die Typen eines *Diversity*-Ansatzes als marktökonomische Unternehmensführung und eines *Diversity*-Konzepts gegen Diskriminierung aufgrund von Unterschiedsmerkmalen nicht voneinander getrennt werden können. Der zweite Typus hat die Gleichstellung und Integration von Minderheiten im Fokus (Ehret 2011, S. 43).

Überträgt man dies konzeptionell auf die Pflege, so kann dort *Diversity* verstanden werden als

der Versuch zur **aktiven Berücksichtigung von Unterschiedsmerkmalen**, um so zum einen Diskriminierungen zu vermeiden und zum anderen Pflegebedürftigen in ihren individuellen Lebensweisen zu begegnen. Im Fokus des „BISS-Index – gute Pflege“ steht damit die **Gestaltung der Interaktion Pflegender mit pflegebedürftigen lesbischen Frauen, schwulen Männern und Menschen mit HIV** in der Altenpflege. Adressat des Index sind im Wesentlichen Pflegende in ihrem pflegerischen Handeln als professionellem Berufshandel. Aber auch wenn professionell Pflegende im Fokus stehen, so richtet sich dieses *Diversity*-Konzept an alle Mitarbeitenden von Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen. Es nimmt ebenso Lehrende wie auch Führungskräfte der Altenpflege in die Verantwortung. Diese gestalten die theoretisch-pädagogischen und die organisatorisch-konzeptionellen Rahmenbedingungen der Pflege. An die Adresse der Politik geht die Aufforderung, ein ausreichendes Personalangebot sicherzustellen, damit Pflegebedürftige als Subjekte an ihrer Biografie orientiert versorgt und gepflegt werden können. Homosexualitäten und eine HIV-Infektion sollen Teil der Biografiearbeit sein und in die Pflegeplanung integriert werden. Hierfür unabdingbar ist eine **konzeptionelle Berücksichtigung dieser Identitätsmerkmale**.

Im Kontext der Altenpflege in Deutschland sind meist Konzepte der kultursensiblen- oder der trans- und interkulturellen Pflege geläufig. Alle drei Ansätze beruhen auf den Unterschiedsmerkmalen der nationalen Herkunft und deren kultureller Andersartigkeit. Auch richten sich diese Konzepte meist an die Gesundheits- und Krankenpflege (Lottmann und

Kollak 2018; Gerlach und Schupp 2018, S. 46–58). Für den BISS-Index sind diese beiden Aspekte unzureichend. Ziel ist es vielmehr, eine breite Konzeption der Altenpflege zu entwickeln, die auch Unterschiedsmerkmale jenseits der Kultur und der Religion einbezieht.

Grundlegend für die Entwicklung von Merkmalen einer *Diversity*-Pflege ist zudem ein Verständnis von Pflege und Pflegebedürftigkeit, welches sich von der oftmals üblichen Sichtweise eines defizitorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einer abwertenden Bezeichnung als „Pflegefall“ abgrenzt und eine soziale Perspektive in den Blick nimmt. Nicht so sehr die körperlichen Einschränkungen, sondern vielmehr die Lebenszusammenhänge der Pflegebedürftigen werden in den Blick genommen.

Es geht um

„... die subjektive Wirklichkeit des auf Pflege angewiesenen Menschen, um seine Lebenslagen, um seine sozialen Beziehungen und die Art und Weise, wie ein Leben unter Bedingungen eingeschränkter Selbstständigkeit gestaltet werden kann.“ (Klie 2014, S. 35)

Diversity im o. g. Sinne bedeutet auf der praktischen Ebene die **Bewältigung sozialer Unterschiede**, um so die Vielfalt oder die Heterogenität bestehender Ungleichheitsmerkmale in der Altenpflege aktiv zu gestalten (Koall 2002, S. 1, 10). Dies betrifft beide o. g. Typen in ihrer unterschiedlichen Ausrichtung. Unterschiede sollen

nicht aufgehoben, sondern bearbeitet und aktiv einbezogen werden. Ein solches Konzept geht über Unterschiedsmerkmale der nationalen Herkunft und der kulturellen Andersartigkeit hinaus und bezieht weitere mögliche Merkmale ein. Allgemein können solche Unterschiedsmerkmale, die sog. *big six*, wie folgt benannt werden:

- ▶ Alter
 - ▶ Geschlecht
 - ▶ Sexuelle Orientierung
 - ▶ Behinderung und Fähigkeiten
 - ▶ Religion
 - ▶ Soziokulturelle Situation³
- (van Keuk et al. 2011, S. 85).

Im Fokus des BISS-Index stehen die sexuelle Orientierung und die Auswirkungen einer HIV-Infektion als chronische Erkrankung (Kontext „Behinderung und Fähigkeiten“). Eine eindimensionale Fokussierung jedoch auf die sexuelle Orientierung allein würde den subjektiven Lebensbedingungen Pflegebedürftiger nicht gerecht werden, da verschiedene Unterschiedsmerkmale im Sinn einer **Intersektionalität**⁴ miteinander wirken können. Vielmehr muss beides zusammen gedacht werden: *Diversity* als Brille auf Unterschiedsmerkmale und Intersektionalität als Fokus auf die Wechselwirkungen dieser Unterschiedsmerkmale (Ghaderi und Lenz 2011, S. 122; Gerlach und Schupp 2017, S. 86–89). In diesem Sinne müssen Schnittstellen der sexuellen Orientierung und/oder der HIV-Infektion mit anderen Kategorien wie dem Geschlecht berücksichtigt werden. Bereits diese beiden Kate-

³ Auf die soziokulturelle Situation nehmen Bildungsgrad, Einkommen, Migrationserfahrungen, Sprache, gesellschaftliche Stellung, Milieuzugehörigkeit und ein dörflicher oder städtischer Lebensraum Einfluss (van Keuk et al. 2011, S. 85).

⁴ Mit dem Begriff der Intersektionalität soll die Verwobenheit von personellen und sozialen Identitätskonstruktionen mit den sozialen Ungleichheitsstrukturen sowie den symbolischen Repräsentationen sichtbar gemacht werden (Winker und Degele 2009, S. 14 f.). Es geht um die Überkreuzung (Mehrdimensionalität) von Diskriminierungen aufgrund verschiedener Ungleichheitsmerkmale und den daraus entstehenden Lebenssituationen wie die Diskriminierungssituation als Frau und zugleich als Lesbe.

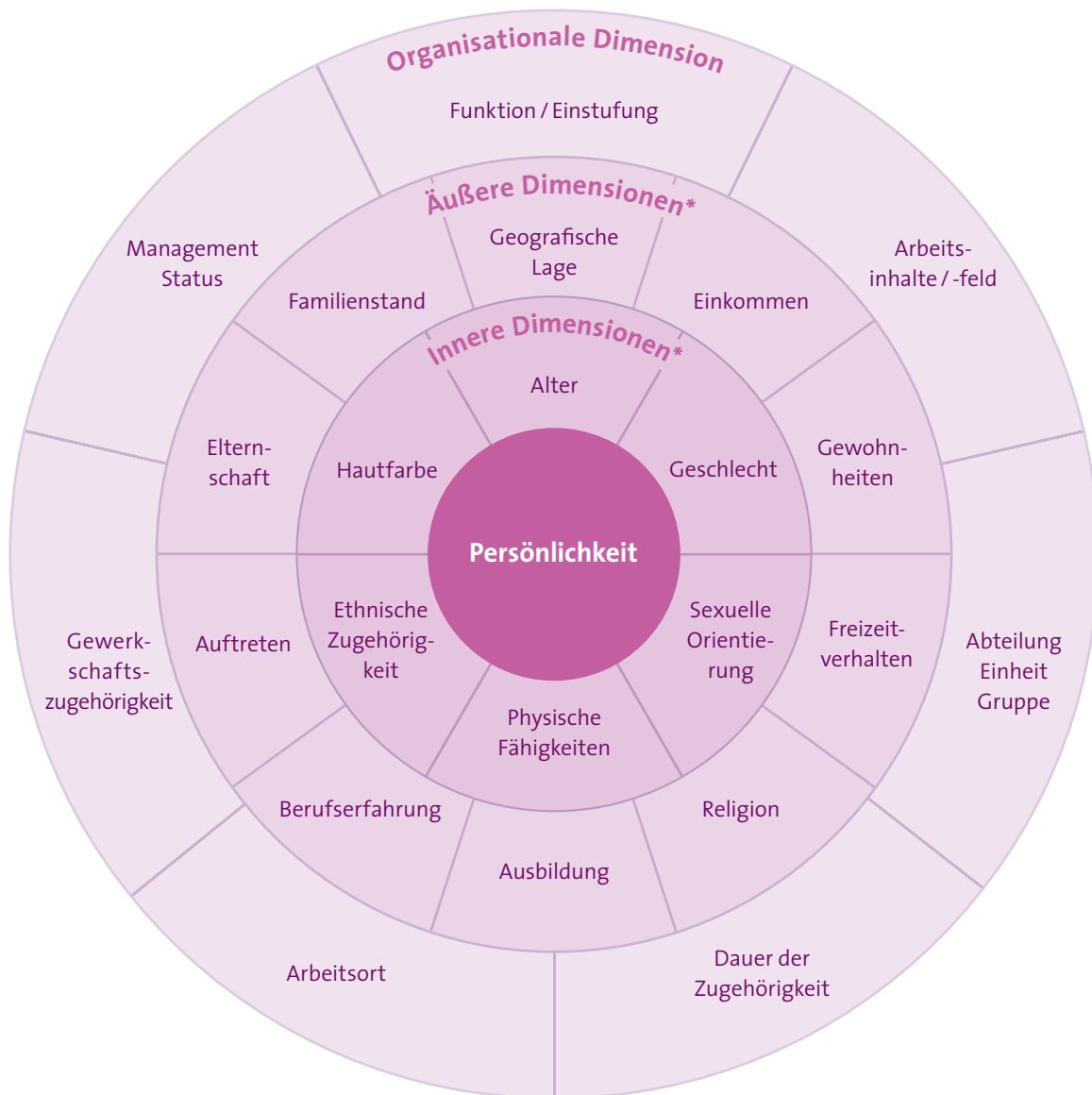
gorien können Schnittstellen hervorbringen und von der jeweiligen Person als doppelte Stigmatisierung homosexueller und HIV-positiver Pflegebedürftiger wahrgenommen werden.

Ein im Kontext der Pflege immanentes Unterscheidungsmerkmal liegt in der strukturell bedingten **Machtposition Pflegenden** gegenüber Pflegebedürftigen (Friesacher 2008, S. 330), welche die o. g. Liste der sog. *big six* um einen wichtigen Aspekt ergänzt (van Keuk et al. 2011, S. 85). Hierbei gilt es – wie generell in der Intersektionalitätsforschung –, die Auswirkungen der Stellung eines Subjekts in der institutionellen Hierarchie

und den damit verbundenen Machtpositionen zu berücksichtigen.

Eine über die genannten *big six* hinaus detaillierte Darstellung bieten die vier Dimensionen der Persönlichkeit, wie sie von Plett nach Gardenswartz und Rowe im Schaubild beschrieben werden.

Überträgt man das Schaubild auf das Setting der Altenpflege von homosexuellen Menschen und/oder von Menschen mit HIV, ist bezogen auf die innere Dimension das Vorhandensein des Merkmals der sexuellen Orientierung⁵ von



Die vier Dimensionen der Persönlichkeit (Quelle: Plett 2002, S. 111).

Bedeutung. In der äußeren Dimension kommt der Umgang mit dem Merkmal der sexuellen Orientierung zum Tragen. Diese äußere Ebene steht in Wechselwirkung zur inneren Dimension und formt die jeweilige Identität der Betroffenen im Umgang mit den Merkmalen der inneren Dimension. Zum Beispiel nehmen Stigmatisierungen aufgrund der Homosexualität oder einer bestehenden HIV-Infektion Einfluss auf identitätsbezogenes Handeln und Verhal-

ten. Die organisationale Dimension bezieht sich hingegen auf die Interaktion im Pflegesetting. Sie richtet sich auf die Wahrnehmung, die Vermutung oder die Nicht-Wahrnehmung der Merkmale Homosexualität und HIV und deren jeweilige Auswirkungen auf die Interaktion im Pflegesetting.⁶ Das Modell von Gardenswartz und Rowe gibt damit einen Hinweis auf die Wirkungszusammenhänge unterschiedlicher Dimensionen der Kategorien.

3. Der besondere Pflegebedarf homosexueller und HIV-positiver Menschen

Menschen, die sich mit der Thematik der Homosexualitäten in der Altenpflege beschäftigen, wird oft die Frage gestellt, was denn bei der Pflege von Homosexuellen anders sein soll. Nicht selten stellen Homosexuelle selbst diese Frage. Ganz einfach geantwortet: **Es ist nichts anders im Sinne einer somativen Körperpflege.** Es gibt jedoch bei homosexuellen wie bei HIV-positiven Menschen Unterschiedsmerkmale, die im Sinne eines *Diversity*-Ansatzes eine besondere Berücksichtigung erfordern. Diese Unterscheidung basiert auf der „**Abweichung**“ von der **heteronormativen Vorannahme** respektive im Kon-

text von HIV auf der Stigmatisierung. Diese gesellschaftliche und persönliche **Stigmatisierung** kann für Betroffene weitreichende Folgen haben. Die Ausrichtung an einer heteronormativen Vorannahme sorgt für eine Unterstellung von Heterosexualität im Alltag. Dadurch erfolgt oftmals eine Unsichtbarkeit älterer Schwuler und Lesben in pflegerischen Einrichtungen oder bei pflegerischen Dienstleistungen. Bei einer HIV-Infektion beruht dieses Unterschiedsmerkmal auf der **Stigmatisierung von HIV**, bspw. durch die noch immer verbreitete, jedoch unbegründete Angst Pflegenden vor einer Selbstinfektion⁷.

⁵ Hierbei muss bedacht werden, dass das Konzept von Gardenswartz und Rowe (s. Abbildung) mit der sexuellen Orientierung auf das Begehren und nicht etwa auf die sexuelle Identität ausgerichtet ist.

⁶ Diese Dreidimensionalität des Wissens als Wissen, Vermutung oder Nicht-Wissen basiert auf der Theorie der Bewusstseinskontexte von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss, deren Übertragung in den Umgang mit Homosexuellen durch Ken Plummer und deren Neuformulierung für die Interaktionen im Setting der Altenpflege mit homosexuellen Menschen durch Heiko Gerlach und Markus Schupp (Glaser und Strauss 1965; Plummer 1973; Gerlach und Schupp 2018, S. 463–487).

⁷ Hinweise hierauf geben die Studie von Gerlach und Schupp (2018, S. 268f) sowie die Erfahrungen der am Facharbeitskreis beteiligten Expert*innen aus der Arbeit der AIDS-Hilfen und aus der Pflege. Thematisiert wird dies in der Broschüre „Keine Angst vor HIV! – Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal“ der Deutschen AIDS-Hilfe, zu beziehen unter: www.aidshilfe.de/shop/archiv/keine-angst-hiv.

Heute alte und hochaltrige Generationen homosexueller Menschen haben eine Geschichte der **gesetzlichen Kriminalisierung**, der **medizinischen Pervertierung** und der **gesellschaftlichen Ächtung** ihrer Homosexualität und damit ihrer Person. Nicht selten konnte allein der Verdacht einer Homosexualität ganze Existenzen vernichten (Hoffschildt 2002, S. 147; Krell 2014, S. 178). Auch wenn sich die Zeiten heute glücklicherweise geändert haben und es mittlerweile eine weitestgehende Rechtsgleichheit gegenüber heterosexuellen Menschen gibt, so ist die **Homophobie** noch immer nicht überwunden. Und gerade in Zeiten wieder salonfähig werdender rechtsnationaler Gedanken und (rechts-)konservativer Parteiprogramme, die archaische Bilder einer Gesellschaft der Reproduktion durch das „Vater-Mutter-Kind-Modell“ propagieren, nehmen Herabwürdigungen abweichender Lebensentwürfe wieder zu. Die Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen erfordern von Homosexuellen, eine Umgangsweise mit der Stigmatisierung zu entwickeln, das sog. **Stigma-Management**, um sich vor Übergriffen und Anfeindungen zu schützen. Früher mehr als heute, jedoch noch immer nicht überwunden, betreiben diese Menschen ein Stigma-Management des Versteckens. Das bedeutet, sie stehen vor der Herausforderung, aktiv Informationen über sich stets so zu steuern, dass sie sich z. B. nicht ungewollt *outen*. Diese Umgangsweise bzw. ein Mitdenken möglicher negativer Umweltreaktionen führt bei homosexuellen Menschen zu dem sog. Phänomen des **Minderheitenstresses**. Permanent notwendige Anpassungsleistungen gehen oftmals einher mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, wie einer

größeren Anfälligkeit für **psychische** und auch für **chronische physische Erkrankungen**, wie auch mit erhöhten Risikofaktoren des Missbrauchs bspw. von Alkohol und Nikotin (Wilkinson und Marmot 2003; Frederiksen-Goldsen et al. 2013; Meyer 2003; Bachmann 2013, S. 5 f.). Auch kann ein solcher Minderheitenstress **die soziale Teilhabe negativ beeinflussen**, bspw. durch den Rückzug aus gesellschaftlichen Zusammenhängen. In der Konsequenz kann dies dazu führen, dass die gesundheitliche und pflegerische Versorgung nicht oder verspätet in Anspruch genommen wird (Almack 2016, S. 343). Wie einleitend bereits angeführt, zeigen Befragungen unter homosexuellen Menschen eine verbreitete Angst vor einer nicht-diskriminierungsfreien Umgebung in Einrichtungen der Altenhilfe. Diese Ängste wie auch die Befürchtung der fehlenden Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse (s. o.) erklären die fehlende oder späte Inanspruchnahme von Einrichtungen der Altenhilfe. Das Phänomen korreliert mit der vulnerablen Situation der Abhängigkeit, in der es nicht-heterosexuellen Menschen schwer fällt oder gar unmöglich ist, diskriminierende Situation auszuhalten, was zu einer **Vermeidungsstrategie** führt (Almack 2016, S. 254).

Neben der Vermeidung werden oftmals im Kontext o. g. Anpassungsleistungen **unterschiedliche Beziehungskonstellationen** gepflegt. So zeigt die Studie von Gerlach und Schupp, dass Pflegebedürftige durchaus gegenüber ihrem Freundeskreis ein offen homosexuelles Leben führen, hingegen gegenüber den Pflegenden ihre Homosexualität verborgen halten, wie folgendes Zitat⁸ einer pflegebedürftigen lesbischen Frau exemplarisch zeigt:

⁸ Die in dieser Broschüre verwendeten Zitate werden komplett wiedergegeben, mit dem Ziel die Ausführungen anhand von empirischen Beispielen zu unterstreichen.

„Das ist nicht offen dann. Es ist kein Thema. Weil es ist nicht offen da ... Weil ich bin also nicht, also für die, in Pflegesituationen bin ich eine Frau.“
(Gerlach und Schupp 2017, S. 470)

Bei solchen unterschiedlichen Umgangsweisen mit der hier lesbischen Identität muss der **Prozesscharakter eines Coming-out** bedacht werden. Auch wenn es oftmals so erscheinen mag, so ist ein *Coming-out* kein einmaliges Geschehen. Homosexuelle Menschen müssen immer dann, wenn Lebenszusammenhänge sich verändern, so auch bei einem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, bewusst oder unbewusst neu überlegen, ob und wem sie von ihrer sexuellen Identität erzählen. Wie eine Studie in England zeigt, sinkt selbst bei bisher offen lebenden LSBTI mit dem Alter und der Gebrechlichkeit der Mut, sich gegenüber ihrem Umfeld zu offenbaren (Almack et al. 2015; Almack und Crossland 2018, S. 258). Ausschlaggebend hierfür ist ihre **subjektive Erwartung** an eine Situation. Dies bedeutet, die Erwartung negativer Reaktionen kann von den realen Reaktionen abweichen, da Erwartungen aus Erfahrungen in der Vergangenheit resultieren und auf gegenwärtige Situationen übertragen werden. Um diese subjektiven Erwartungen negativer Reaktionen umzudeuten, ist eine erhebliche **Vertrauensarbeit** notwendig. Soziale Ressourcen der persönlichen Bestätigung können einen förderlichen Einfluss auf eine offene Umgangsweise mit der eigenen Homosexualität nehmen (Gerlach und Schupp 2018, S. 309, 317).

Eine ähnliche Stigmatisierung wie homosexuelle Menschen erfuhren Menschen mit HIV. Zu Beginn der **AIDS-Krise** in den 1980er Jahren wurde ihnen eine selbstverschuldete, aus sexueller Lust resultierende Infektion mit der sog. Schwulenseuche angehängt. Das Gros der Betroffenen starb in der Regel sehr schnell, da es noch keine Behandlungsmöglichkeiten gab.

Nicht wenige homosexuelle Menschen verloren in der Zeit der AIDS-Krise ihre Partner oder gar ihren kompletten Freundeskreis. Eine Entspannung trat erst mit den aufkommenden Therapiemöglichkeiten ein. Heute gilt eine **wirksam therapierte HIV-Infektion** als chronische Erkrankung. Die Lebenserwartung von wirksam Therapierten gleicht der des gesellschaftlichen Durchschnitts. HIV war schon immer ein schwer übertragbares Virus, und auch im Pflegealltag gab es bei der Einhaltung der normalen Sicherheits- und Hygienestandards noch nie Infektionsrisiken. Die Medikamente der HIV-Therapie unterdrücken die Vermehrung des Virus. Ist dies erfolgreich, sind kaum noch Viren im Körper vorhanden. Man spricht dann davon, dass die **Viruslast unter der Nachweisgrenze** liegt. Ist das der Fall, ist die Weitergabe des HIV-Virus selbst auf sexuellem Wege nicht mehr möglich. Diese Menschen gelten als nicht mehr infektiös (Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2015). Und doch ist unter Pflegenden die Angst vor einer Selbstinfektion verbreitet, mit teilweise erheblichen Auswirkungen, wie folgender Interviewauszug mit einem HIV-positiven Mann zeigt, der seine Erfahrung bei einem Krankenhausaufenthalt schildert:

„Also auch immer in_ im Zusammenhang dann wieder mit HIV. Ähm dass im Zweitbettzimmer sagen wir mal das Bett, das_ das Essenstablett meines Bettnachbarn, der nicht HIV infiziert war, problemlos abgeräumt wurde, die Schwester wieder rein kam, sich die Hände desinfizierte, Handschuhe anzog, um dann mein Tablett rauszutragen.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 426)

Basierend auf ihren Erfahrungen des gesellschaftlichen Umgangs mit HIV und AIDS betreiben auch HIV-positive Menschen das Stigma-Management der Informationskontrolle gegenüber ihrem Umfeld. Allerdings mit dem Unterschied zu homosexuellen Menschen, dass sie ihre HIV-Infektion aufgrund ihrer le-

bensnotwendigen Medikation gegenüber medizinischem und pflegerischem Personal nicht verheimlichen können. Hingegen können und tun sie dies gegenüber Menschen in ihrem Umfeld, wie bspw. Mitbewohner*innen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dies zeigt das folgende Zitat eines HIV-positiven und schwulen Mannes in der Pflegebedürftigkeit:

„Ja_ dass ich mich hier eigentlich wohl fühle und dass ich hier offen leben kann. – Es wissen nicht alle, dass ich, schwul bin_ne. Und auch mit dem AIDS, das wissen nur wenige Leute, den ich das, den ich den ich vertrauen kann.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 459)

Der Pflegebedürftige muss mit der **Gefahr einer Doppelstigmatisierung** als schwuler und zugleich HIV-positiver Mann umgehen, was bei den meisten aller HIV-Infizierten in Deutschland der Fall ist.

Aus der Geschichte des gesellschaftlichen Umgangs mit HIV und AIDS sowie aus den Erfahrungen der Betroffenen sind nicht selten **Traumatisierungen** hervorgegangen, die es in der Biografiearbeit und in der Pflegeplanung zu berücksichtigen gilt. Neben dem professionellen Umgang mit einer Infektion im Pflegesetting müssen auch die **psychosozialen Folgen** berücksichtigt werden. So kommen bspw. im Kontext der Versorgung von HIV-positiven Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen weitere erschwerende Bedingungen hinzu. Hierzu gehören der Umgang mit positiven Drogengebraucher*innen ebenso wie ein möglicher Migrationshintergrund. Auch können insbesondere bei Langzeitpositiven bspw.

aufgrund von Frühberentungen finanzielle Ressourcen für die Belegung eines Einzelzimmers fehlen (Langer 2014, S. 13).

Das Gros heute alter und hochaltriger Lesben und Schwulen hat aus o. g. Gründen eine teilweise oder gänzlich versteckte Lebensweise geführt oder führt diese noch immer. Dies macht sich u. a. auch dadurch bemerkbar, dass diese Menschen in der Altenpflege nicht wahrgenommen werden. Erwartbar im Gegensatz hierzu stehen spätere Generationen, die sich ein Selbstbewusstsein angeeignet haben, aus dem heraus sie voraussichtlich Forderungen stellen werden, im Bedarfsfall der ambulanten und stationären Pflege in ihrer sexuellen Identität berücksichtigt zu werden. Es ist die sog. **Generation Stonewall**,⁹ die demnächst ins Alter und potenziell in die Pflegebedürftigkeit kommt. Dabei handelt es sich um Jahrgänge, die sich im Gegensatz zu früheren Generationen in weitaus größerem Maße eine offene Lebensweisen erkämpft haben. Diese Menschen verfolgen das Ziel, ihre bisherige offene Lebensweisen auch in der Pflegebedürftigkeit unbehelligt fortführen zu können. Allerdings stehen sie vor dem Problem, dass für sie derzeit kaum oder **keine realen Wahlmöglichkeiten** existieren. Es ist erwartbar, dass diese Menschen vermeiden werden, in eine Einrichtung zu gehen, in der sie nicht sichtbar willkommen geheißen werden und in der das Weiterführen ihrer offenen Lebensweisen nicht problemlos möglich ist. Jedoch gibt es aktuell nur wenige Einrichtungen, die sich erkennbar für homosexuelle Menschen öffnen, bspw. durch einen Regenbogenaufkleber an der Eingangstür und/oder die Aufnahme der konzeptionellen

⁹ Die Bezeichnung „Generation Stonewall“ führt zurück auf einen Aufstand rund um das Stonewall Inn 1969 in New York, welcher als Initialzündung für nachfolgende Lesben- und Schwulenbewegungen gesehen werden kann.

Berücksichtigung homosexueller Lebensweisen in das Leitbild (s. u. in den Merkmalen einer *Diversity*-Pflege). Ebenso werden HIV-positive Menschen die Anforderung stellen, offen mit ihrer Infektion umgehen zu können, wenn sie dies wollen. Auch wird eine fachärztliche Betreuung sowie eine Vernetzung des Pflegedienstes oder der stationären Einrichtung mit lokalen AIDS-Hilfen für sie ein wichtiger Entscheidungsfaktor sein.

Ein Bedarf der Berücksichtigung ergibt sich aber auch aus einer weniger defizitorientierten Perspektive. Um eine subjektorientierte Pflege gewährleisten zu können, ist ein Wissen um das **Sosein und Sogewordensein** einer Person im Kontext der **Biografiearbeit** und der Pflegeplanung unabdingbar. Nur so können bspw. wichtige Bezugspersonen als Ressourcen in die Pflege eingebunden werden. Hierauf wird später unter den Merkmalen einer *Diversity*-Pflege näher eingegangen, an dieser Stelle lediglich ein konstruiertes und sehr abstraktes Beispiel, welches so oder ähnlich oft in Aufnahme- und Biografiegesprächen beobachtet wird: Eine Frau verneint Fragen, ob sie einen Mann und Kinder habe. Die verbreitete heteronormative Vorannahme unterstellt, sie sei alleinstehend, obgleich auch ein homosexueller Lebensstil vorliegen kann. Diese Möglichkeit wird oftmals – so die Erfahrung derer, die sich aktiv in der lesbisch-schwulen Senior*innenarbeit bewegen – nicht mitgedacht. Es gilt an dieser wie auch an anderen Stellen, **heteronormative Vorannahmen zu reflektieren**, um so andere Lebensentwürfe vorstellbar zu machen.

Dem hier beschriebenen besonderen Pflegebedarf gegenüber steht die weitgehende Nicht-Berücksichtigung lesbischer und schwuler Lebensweisen in Theorie und Praxis der Altenpflege. Eine Sichtung der gängigen Theorie- und Lehrbücher zeigt ein weitgehendes Fehlen der Thematisierung von Homosexualitäten. Wenn dies geschieht, dann meist unter dem Aspekt der Sexualität (Gerlach und Schupp 2017, S. 59–63). Damit wird übersehen oder gar ignoriert, dass es sich bei Homosexualitäten um Identitäten handelt und es nicht allein um das sexuelle Begehren geht. Auch gibt es derzeit nur eine spezifische Einrichtung mit einer Pflegestation für homosexuelle Männer.¹⁰ Ein Pendant für lesbische Frauen gibt es nicht. Von den bestehenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen haben sich derzeit nur wenige um eine integrative Öffnung für die Zielgruppen lesbischer Frauen und schwuler Männer bemüht.¹¹ HIV wird oftmals – wenn überhaupt – einzig als Infektionskrankheit betrachtet. Hingegen bleiben die psychosozialen Folgen einer HIV-Infektion unbeachtet.

Die **Diskrepanz zwischen den Bedarfen und den Angeboten** zeigt die dringende Notwendigkeit, flächendeckend eine subjektorientierte Pflege für lesbische Frauen und schwule Männer zu etablieren. Neben bestehenden spezifischen und integrativen Initiativen sollen die vorliegenden *Diversity*-Merkmale hierzu einen Beitrag leisten.

¹⁰ www.schwulenberatungberlin.de

¹¹ Hierzu gehören derzeit bspw. die Initiative Regenbogenpflege des Frankfurter Verbands (www.initiative-regenbogenpflege.de/aktuelles.html) sowie die Öffnung von Einrichtungen des Münchenstifts für Lesben, Schwule und Transgender* (www.muenchenstift.de/de/projekte/lgbt/70).

4. *Diversity*-Merkmale einer guten Pflege von Lesben, Schwulen und Menschen mit HIV im Alter

Folgend werden die im Facharbeitskreis „BISS-Index – gute Pflege“ erarbeiteten Ergebnisse auf Merkmale einer subjektorientierten Pflege für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV übertragen. Der Begriff der **Subjektorientierung** stützt sich hierbei auf ein philosophisch-soziologisches Verständnis vom Menschen als einem autonomen, sich selbst bewussten, erkennenden und handelnden Individuum (Lexikon zur Soziologie 2011, S. 663; Remmers 2000, S. 74–82).

Für die Anwendung der folgenden *Diversity*-Merkmale sind zwei wichtige Hinweise zu beachten: Erstens sind die genannten und erläuterten Merkmale einer *Diversity*-Pflege zwar ausgerichtet auf eine gute Pflege für die Zielgruppen lesbischer Frauen, schwuler Männer und Menschen mit HIV im Alter. Dies bedeutet aber nicht, dass sie in ihrer Anwendung nicht auch für die Pflege anderer sexueller und geschlechtlicher Minderheiten nutzbar wären. Zweitens sind die Merkmale nicht jeweils einzeln anzuwenden, sondern vielmehr zusammengekommen als **konzeptioneller Ansatz** einer *Diversity*-Pflege zu verstehen. Sie werden als Leser*in feststellen, dass die Merkmale aufeinander aufbauen und eng miteinander verwoben sind. Das Ziel dieser Broschüre liegt nicht in einem fertigen Konzept der Pflege von Lesben und Schwulen, sondern vielmehr in der Sensibilisierung von Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen im Pflegesetting anhand von Beispielen. Mit einer solchen Sensibilisierung sollen Pflegenden ausgestattet werden, **selbstreflexiv eigene Denk- und Handlungs-**

muster zu überdenken und ggf. zu verändern, um so mit dem Anderen an dem oder der Anderen umgehen zu können.

Anerkennung implementieren – konzeptionelle Berücksichtigung

Sich als homosexueller Mensch oder als Mensch mit einer HIV-Infektion grundsätzlich anerkannt zu erfahren, hat für Pflegebedürftige unterschiedliche Dimensionen. Nach der Theorie von Gerlach und Schupp (2018) gehören hierzu eine erfahrbare **emotionale Zuwendung** im Sinne einer pflegerischen Fürsorge durch Pflegenden wie auch die **Wertschätzung** homosexueller und HIV-positiver Pflegebedürftiger als wertvoller Teil der Gesellschaft. Eine dritte Sphäre der Anerkennung liegt in der **konzeptionellen Berücksichtigung** von Homosexualitäten und von HIV in der Pflege als Form der **rechtlichen Gleichstellung** (Gerlach und Schupp 2018). Eine solche konzeptionelle Berücksichtigung beginnt bereits im **Leitbild** von Diensten und Einrichtungen, indem über die **Aufnahme der Begriffe der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt** eine Offenheit gegenüber diesen Gruppen signalisiert wird. Sie bedeutet auch, Biografiegespräche in solcher Weise zu führen, dass die gestellten Fragen die Möglichkeit von der heterosexuellen Mehrheit abweichender Lebensformen vorsehen. Es ist nicht ratsam, in einem solchen Gespräch nach der sexuellen oder geschlechtlichen Identität zu fragen, da Betroffene in der Regel zunächst ihr Umfeld sondieren werden, bevor sie sich öffnen. Wie Gerlach und Schupp zeigen, benötigen viele zunächst ein Vertrauensverhältnis



zu Pflegenden und/oder zu Mitbewohner*innen (Gerlach und Schupp 2017, S. 585 f., 603). Vielmehr sollten **offene Fragen nach Bezugspersonen** gestellt werden, die über das oftmals vorausgesetzte Konstrukt der heterosexuellen Beziehung hinausgehen.

Eine konzeptionelle Berücksichtigung drückt sich auch im **Kultur- und Freizeitprogramm** einer Einrichtung aus. Aufgrund der dominierenden Anzahl pflegebedürftiger Frauen in Pflegeeinrichtungen, sind zumeist sie es, auf die die Angebote von Einrichtungen weitgehend ausgerichtet sind. Eine Ausrichtung auf weitere Gruppen kann bspw. für eine Pflegefachkraft bedeuten, aktiv darüber nachzudenken, welche Unternehmungen für homosexuelle Bewohner*innen angeboten werden könnten, um mit diesen an ihre gewohnten Lebensweisen anzuschließen. Eine von Gerlach und Schupp befragte Pflegefachkraft berichtet von Besuchen in umliegende Kneipen, die von der Einrichtung angeboten und durchgeführt werden. In die-

sem Zusammenhang stellt sie fest, dass noch niemand auf den Gedanken kam, ein entsprechendes Angebot für die schwulen Männer in der Einrichtung zu machen:

„Vielleicht kann man auch mal ein sch_m_m_m ... es sind ja jetzt mehrere Männer da, einen schwulen Kneipenbummel – anbieten. Das wäre ja die Alternativen zum Kneipenbummel.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 433)

Neben Ausflügen geht es auch um Angebote in stationären Einrichtungen: Welche Bücher werden für welche Gruppen vorgehalten, welche Zeitschriften und Magazine, welche Filme? Alles Angebote, die auch auf ihre Spezifität für bestimmte Gruppen geprüft und erweitert werden können. Gleiches gilt auch für den ambulanten Bereich. So erfährt bspw. ein schwuler Pflegebedürftiger durch regelmäßige biografieorientierte Gespräche zur schwulen Lebenswelt eine Stabilisierung seines gesundheitlichen Wohlbefindens durch den Pflegedienst:

„Also, das ist da bringt mir einmal jemand eine [...] (Name eines kostenlosen schwulen Monatsmagazins) mit. Oder irgendetwas. Also das sind so Kleinigkeiten.“

„Und da kann ich mich einmal unterhalten. Die probieren sich dann einzupendeln ein bisschen. [...] Sagt man, man hat mit dem Heilungsprozess nichts tun. Hat sehr wohl damit etwas zu tun. Äh ohne Gespräche hier da da passiert ja nichts mehr.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 679)

Übergeordnet bedeutet eine **konzeptionelle Berücksichtigung** homosexueller Identitäten, alle Bereiche der Interaktion dahingehend zu prüfen, ob diese mitgedacht werden. Nimmt man als Beispiel das Konzept der fördernden Prozesspflege nach Monika Krohwinkel (2013), so bedeutet eine konzeptionelle Berücksichtigung anhand der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) die pflegerelevanten spezifischen Lebens- und Bedürfnislagen homosexueller Pflegebedürftiger zu ermitteln und in der Pflegeplanung zu berücksichtigen (Bachmann et al. 2009; Gerlach und Schupp 2018, S. 506). Was dies konkret bedeuten kann, zeigt ein weiteres Interview mit einer Pflegekraft der o. g. Studie. Sie berichtet von einem homosexuellen Pflegebedürftigen, der gerne „normabweichende“ Kleidung trägt, d. h. der sich nicht konform zu erwarteten Geschlechterrollen verhält. Damit er diese Kleidung nicht stetig einfordern muss und um den Pflegenden mögliche Irritationen zu nehmen, wurde dieser Aspekt in der Pflegeplanung vermerkt:

„Ja Kleidung. Kleidung, AEDL 7[„sich kleiden können“¹²] fällt mir ein. [...] (Name eines Bewohners)

zum Beispiel, der hat ja, der trägt, trägt gerne mal eine Boah, oder zieht einen Rock an. Also das sagt er ganz klar und das steht auch bei ihm drin.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 657)

Als weiteres Beispiel soll an dieser Stelle auf das ABEDL „kommunizieren können“ (1) im Kontext der Versorgung lesbischer Frauen, schwuler Männer und Menschen mit HIV eingegangen werden. Wie bereits erläutert, haben insbesondere heute ältere und hochaltrige homosexuelle Menschen oftmals über Jahrzehnte trainiert, die Informationen über sich zu steuern. Was dies im Pflegesetting bedeuten kann, beschreibt ein pflegebedürftiger schwuler Mann in einer stationären Pflegeeinrichtung. Er zeigt dort seine Homosexualität nicht offen, aus Angst vor gleichaltrigen Mitbewohnern, die ebenso wie er durch eine Zeit der Kriminalisierung der männlichen Homosexualität sozialisiert wurden:

„Hier? [Interviewer: Mhm.] Nein. Das weiß ja keiner. [...] die Patienten wissen es nicht. Und die möchten es auch nicht wissen. [...] Ah wir haben ältere Herren und man weiß nicht, wie die reagieren wurden. [Interviewer: Ja] Weil die ja noch ah_ die Zeiten anders kennen.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 385)

Diese versteckte Lebensweise führt dazu, seine aus der Homosexualität heraus vorhandenen spezifischen Bedürfnisse nicht äußern zu können, was für ihn einhergeht mit einer Selbstreduktion auf den Status des Pflegebedürftigen:

„Ich ich kann ja keine Wünsche äußern ahn m_a als als äh als Geschlechtsperson^[13]. Ich kann ja

¹² Die Pflegefachkraft bezieht sich hier auf das Pflegekonzept von Krohwinkel zur Berücksichtigung der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL), welches später von Krohwinkel selbst erweitert wurde im Sinne der o. g. Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL).

nur Wünsche äußern als Patient.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 636)

Ähnlich wie dieser Mann agieren einige Frauen in der Studie von Gerlach und Schupp. Um nicht als lesbische Frauen wahrgenommen zu werden, reduzieren sie sich und damit ihre Bedürfnisse auf ihr Frausein, wie folgendes Zitat exemplarisch zeigt:

„Das ist nicht offen dann. [...] Weil ich bin also nicht, also für die, in Pflegesituationen bin ich eine Frau. Die Frau [...] (Nachname). Aber ich bin nicht die, also jetzt irgendeine Lesbe. [...] Aber das ist, also ich, in Pflegesituationen und in Situationen mit Menschen, die hier einfach nur so kommen, muss ich das nicht, also mit mir rumtragen. Sondern da will ich, dass meine Bedürfnisse als Frau erfüllt werden. Und, mehr brauche ich da nicht, ne.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 585)

HIV-positive schwule Männer können doppelt stigmatisiert werden. Sie müssen ihre Informationskontrolle sowohl in Bezug auf ihre Infektion wie auch hinsichtlich ihrer Homosexualität ausüben, sofern sie nicht in einer Einrichtung leben, die speziell auf diese Zielgruppen ausgerichtet sind. Das Beispiel des in Kapitel 3 zitierten HIV-positiven schwulen Mannes in einer stationären Pflegeeinrichtung zeigt, wie er sich sowohl seine Homosexualität wie auch seine HIV-Infektion betreffend nur denjenigen gegenüber öffnet, zu denen er zuvor ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hat (Gerlach und Schupp 2018, S. 386).

Analog zu den hier beispielhaft angeführten ABEDLs „sich kleiden können“ (7) und „kommunizieren können“ (1) sollen auch die weiteren ABEDLs¹⁴ geprüft werden in Bezug auf die spezifischen pflegerelevanten Aspekte, die im Kontext der Homosexualität wie auch einer HIV-Infektion von Pflegebedürftigen stehen. Generell gilt es, die in der eigenen Pflegeeinrichtung/im eigenen Pflegedienst **verwendeten Pflegekonzepte dahingehend zu prüfen**, ob sie die Lebensweisen und Bedürfnisse von Lesben, Schwulen und Menschen mit HIV berücksichtigen.

Im Kontext von **HIV** bedeutet eine konzeptionelle Berücksichtigung zunächst, sich für diese Menschen zu öffnen. Das drückt sich dahingehend aus, Hürden abzubauen, die vermeintlich gegen eine Aufnahme dieser Menschen sprechen. So machen HIV-positive Menschen noch immer die Erfahrung, von Pflegeeinrichtungen abgewiesen zu werden, wie es ein HIV-positiver Mann im Interview formuliert:

„Und dann habe ich einen Platz gesucht. Dann habe ich von Kiel bis nach München telefoniert nach Pflegeheimen, und die haben alle abgelehnt wegen der AIDS-Geschichte. Haben alle abgelehnt.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 425)

Eine solche konzeptionelle Berücksichtigung bedeutet auch, eine **fachärztliche Betreuung sicherzustellen**. In der Regel bieten Schwerpunktärzt*innen für HIV/AIDS keine aufsuchende Be-

¹³ Der Befragte bezeichnet sich im Interview selbst als homophil, eine bis in die 1970er Jahre gängige Selbstbezeichnung. Das führt im Interview neben anderen Faktoren zu einer sprachlichen Unsicherheit, welche die Selbstbezeichnung „Geschlechtsperson“ erklärt, die synonym für seine homosexuelle Identität steht.

¹⁴ Weitere ABEDLs nach Krohwinkel (2013, S. 88) sind: sich bewegen; vitale Funktionen aufrechterhalten; sich pflegen; ausscheiden; essen und trinken; ruhen, schlafen, sich entspannen; sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln; die eigene Sexualität leben; für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können.



Foto: © Diakonie Bayern 2014/Stephan Minx

treuung. Für eine fachliche Sicherstellung und Betreuung muss gewährleistet sein, dass der*die betreuende Hausarzt*Hausärztin im Austausch mit solchen Schwerpunktärzt*innen steht. Neben der fachärztlichen Betreuung spielen für die HIV-positiven Pflegebedürftigen auch die Beratung und der Austausch mit Gleichgesinnten eine wichtige Rolle. Um beides zu gewährleisten, bieten sich Kooperationen von Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen mit den lokalen AIDS-Hilfen an. Solche Kooperationen sind hilfreich bei spezifischen Fragen, ggf. können sie aber auch eine aufsuchende Betreuung für HIV-positive Pflegebedürftige oder Fortbildungen für Mitarbeitende anbieten.

Mitarbeitende schulen – Fachlichkeit vorhalten

Pflegerisches Handeln kann verstanden werden als eine **doppelte Professionalisierung** der Anwendung theoretischen Wissens bei gleichzeitiger Kompetenz des hermeneutischen Fallverstehens (Weidner 1995, S. 49;

Friesacher 2008, S. 260). Das bedeutet, Pflegenden eignen sich auf der einen Seite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Wissen an, welches sie im Pflegesetting anwenden. Auf der anderen Seite arbeiten sie ihre Erfahrungen in der Pflege auf und nutzen diese für vergleichbare Pflegesituationen. Die Kompetenz des Fallverstehens erlangen Pflegenden über ihre beruflichen Erfahrungen. Wie Schupp und Gerlach zeigen, haben die in ihrer Studie befragten Pflegefachkräfte in der Regel nur einzelne Erfahrungen in der Pflege homosexueller Menschen, und dies meist nur mit schwulen Männern. Auch konnten nur einzelne Befragte von entsprechenden Inhalten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege berichten (Gerlach und Schupp 2017, S. 749–752). Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass das Gros der Pflegenden in der Altenpflege weder über praktische Erfahrungen noch über theoretisches Wissen bezüglich der Thematik der Homosexualitäten im Pflegesetting verfügt.

Eine homosexuelle Identität hat weitaus mehr Auswirkungen und Einwirkungen auf die persönlichen Lebensweisen als der reine Ausdruck des gleichgeschlechtlichen körperlichen Begehrens. Wozu eine solche vereinfachte Sichtweise führen kann, zeigen einzelne Befragungen von Leitungspersonen von Altenpflegeeinrichtungen, wie bspw. im Kontext der Akquise von Interviewproband*innen für die qualitative Studie von Gerlach und Schupp. Die Forschenden bekamen Sätze mit folgendem oder ähnlichem Wortlaut zu hören:

*„Das ist ein wichtiges Thema. Jedoch können wir Ihnen nicht helfen. Unsere Bewohner*innen sind alt und krank, die haben keine Sexualität mehr“
(Gerlach und Schupp 2018, S. 13, frei zitiert).*

Mit einer solchen Sichtweise werden homosexuellen Pflegebedürftigen schlichtweg (nicht nur) ihre Identitäten abgesprochen.

Den wenigen vorhandenen Erfahrungen Pfleger in der praktischen Versorgung kann nur durch eine **gezielte Auseinandersetzung mit homosexuellen Lebensweisen** begegnet werden. Nur durch einen offenen Umgang können Pfleger Erfahrungen sammeln, die sie aus der Gegenwart heraus für zukünftige Pflegesituationen vergleichend und verstehend nutzen können. Wie dies gelingen kann, wird im folgenden Kapitel thematisiert.

Um den Defiziten auf den theoretischen und konzeptionellen Ebenen der Altenpflege zu begegnen, bedarf es eines grundlegend neuen Verständnisses von Homosexualitäten in ihrer Bedeutung für die Pflege betroffener Menschen.

Die **Gleichwertigkeit aller verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Identitäten** verleiht der Auseinandersetzung mit diesen die notwendige Relevanz. Das bedeutet, Forscher*innen, Theoretiker*innen und Menschen, die sich mit Pflegekonzepten beschäftigen, müssen sich der Thematik annehmen. Nur so kann die Engführung eines kultursensiblen Pflegebegriffs, der sich rein auf die Herkunft und deren Kultur richtet, aufgebrochen werden. Das Ziel soll darin liegen, weitere Unterscheidungsmerkmale wie das der Homosexualitäten zu berücksichtigen. Ebenso tragen Lehrende in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflege hierzu bei, indem sie die Thematiken in ihre Lehre aufnehmen.

Kurzfristig hingegen gilt es, Pfleger und andere Mitarbeitende in der ambulanten Pflege und in Einrichtungen der stationären **Pflege zu sensibilisieren**. Das reicht von einmaligen **Fortbildungen** bis hin zu regelmäßigen **Qualifizierungsmaßnahmen** ambulanter Dienste und stationärer Einrichtungen. Regelmäßige Schulungen verstetigen Wissen und Kenntnisse zur pflegerischen Berücksichtigung der homosexuellen Lebenswelten und werden von uns empfohlen (siehe Service-Liste unten). Insbesondere aufgrund der hohen Personalfuktuation, aber auch vor dem Hintergrund einer langfristigen **Qualitätssicherung**, bieten sich langfristige Maßnahmen an. Wichtig erscheint uns als Facharbeitskreis „BISS-Index – gute Pflege“, positive Anreize für die Fort- und Weiterbildung zu setzen, bspw. indem diese in der Dienstzeit angeboten und indem Pfleger hierüber qualifiziert werden. Nachfolgend nennen wir drei Beispiele für eine langfristig angelegte Etablierung der Thematik in der Pflege sowie das Beispiel einer stationären Einrichtung für schwule Männer:¹⁵

¹⁵ Ein vergleichbares Projekt für lesbische Frauen und andere sexuelle und geschlechtliche Minderheiten gibt es derzeit in Deutschland noch nicht.

- ▶ **Zertifizierung durch eine unabhängige Zertifizierungsstelle nach ISO** über den sog. Regenbogenschlüssel (Roza Loper), wie diese in Einrichtungen des Frankfurter Verbands unter dem Begriff der „Regenbogenpflege“ vorgenommen wurde.¹⁶ Informationen hierzu wie auch Materialien sind unter folgendem Link zu finden¹⁷ (siehe hierzu auch Linschoten et al. 2016).
- ▶ **Qualifizierung mittels eines Qualitätssiegels**, angeboten von der Schwulenberatung Berlin¹⁸
- ▶ **Einrichtung einer Personalstelle** zur Öffnung von Einrichtungen für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, wie dies vor einigen Jahren im Münchenstift etabliert wurde, einer Tochtergesellschaft der Stadt München¹⁹
- ▶ **Betreute Wohngemeinschaft für schwule Männer mit Pflegebedarf** im Lebensort Vielfalt, einer Einrichtung der Schwulenberatung in Berlin²⁰

Ergänzend zu o. g. und anderen langfristigen Maßnahmen können die folgenden Broschüren

zur Thematik eingesetzt werden, die sich speziell an Pflegende richten:

- ▶ Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (Hg.) (2018): **Pflege unterm Regenbogen. Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege**²¹
- ▶ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (Hg.) (2017): **Anders altern. Lesbische Seniorinnen und schwule Senioren. Informationen für Träger von Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen und für Leitungskräfte und für Beschäftigte in der Altenpflege**²²
- ▶ RUBICON e. V. (Hg.) (2015): **Kultursensible Pflege für Lesben und Schwule, Informationen für die Professionelle Altenpflege**²³

Schulungen im Kontext HIV bedeutet, Pflegende auf den aktuellen Stand der Entwicklung von HIV-Infektionen und deren Therapiemöglichkeiten zu bringen. Nur so kann ihnen die Angst vor einer Selbstinfektionen genommen werden. Eine solche Schulung sollte aber auch die Stigmatisierung von HIV in den Blick

¹⁶ Eine Handreichung und ein Leitfadens zum Projekt sind unter den beiden folgenden Links zu finden: www.frankfurter-verband.de/documents/regenbogenpflege-handreichung-regenbogenschluessel.pdf; www.frankfurter-verband.de/documents/regenbogenpflege-leitfaden-mitarbeiterschulung.pdf

¹⁷ www.frankfurter-verband.de/projekte-und-initiativen.html

¹⁸ www.schwulenberatungberlin.de/post.php?permalink=qualitaetssiegel#seitenanfang

¹⁹ www.muenchenstift.de/de/projekte/lgbt/70

²⁰ www.schwulenberatungberlin.de/post.php?permalink=lebensort-vielfalt#seitenanfang

²¹ https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/LZG_Pflege_unterm_Regenbogen_LSBTI_2018_web.pdf

²² www.muenchenstift.de/de/projekte/lgbt/70

²³ www.rubicon-koeln.de/fileadmin/user_upload/Kultursensible_Pflege_fuer_Lesben_und_Schwule_Informationen_fuer_die_Professionelle_Altenpflege.pdf

²⁴ https://hiv-diskriminierung.de/sites/default/files/documents/keine_angst-internet.pdf

nehmen, ebenso wie auch die psychosozialen Folgen einer HIV-Infektion (s. u. im Kapitel zu HIV). Als erster Schritt kann die nachfolgende Broschüre empfohlen werden:

- ▶ Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2015):
Keine Angst vor HIV. Informationen für medizinisches und pflegerisches Personal²⁴

Biografieorientiert pflegen – Sosein vom Sogewordensein

Individuelle Biografien geben Auskunft darüber, „mit welchen Sinnorientierungen Menschen ihr Leben begreifen, wie sie ihre Lebenslage gestalten und gesundheitsbezogene Dienstleistungsangebote aufgreifen“ (Hanses 2006). Werden solche **handlungsleitenden Sinnkonstruktionen** ausgeblendet, besteht die Gefahr, die Subjektivität von Individuen nicht zu berücksichtigen, sondern stattdessen eine systematische Fremdbestimmung zu betreiben (Darmann-Finck 2006). Eine solche Fremdbestimmung kann sich negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden von Pflegebedürftigen auswirken.

Eine biografieorientierte Pflege ist keine alleinige Anforderung in der Interaktion mit homosexuellen Pflegebedürftigen, es verhält sich nicht anders im Kontext von Menschen mit einer HIV-Infektion. Allerdings stehen Pfleger*innen im Pflegesetting mit homosexuellen und HIV-positiven Pflegebedürftigen vor besonderen Herausforderungen. Zum einen weichen die Biografien homosexueller Menschen in der Regel vom Mainstream der heterosexuellen Lebensweisen ab und zum anderen werden biografische Erfahrungen homosexueller Menschen selten offen erzählt. Wie das oben angeführte Beispiel eines schwulen und zugleich HIV-positiven Pflegebedürftigen zeigt, benötigt dieser einen bestimmten Grad an Vertrauen gegenüber den Menschen in seinem Umfeld, bis er sich Dritten gegenüber

anvertraut. Das betrifft auch Pfleger*innen. Diese dürften zwar über seine HIV-Infektion aufgrund der lebensnotwendigen Medikamente im Bilde sein, seine Homosexualität hingegen wird er gegebenenfalls so lange vor ihnen verheimlichen, bis er Vertrauen gefasst hat. Wie bereits oben angeführt, ist ein *Coming-out* kein einmaliger Prozess. Es unterliegt vielmehr einer **stetigen bewussten und unbewussten Reproduktion** bei sich verändernden Lebensbedingungen. Nicht selten werden sexuelle Identitäten im Pflegesetting komplett verschwiegen, wie das oben angeführte Zitat einer lesbischen Pflegebedürftigen zeigt.

Von einer homosexuellen Identität eines Pflegebedürftigen nicht zu wissen (oder nicht wissen zu wollen), bedeutet, diese nicht in die Interaktion im Rahmen eines professionellen Settings einbeziehen zu können. Dies bedeutet auch, Ressourcen aus ihrem homosexuellen Leben heraus nicht mobilisieren oder die Strategien der Pflegebedürftigen im Umgang mit Stresssituationen nicht fördern zu können. Was dies zur Folge haben kann, zeigt das Beispiel einer schwerstpflegebedürftigen Frau, die sich im Pflegesetting outet.

„Ich habe witziger Weise erst hier gelernt, ähm das ist ein Witz, erst hier in dem Pflegeheim ähm gelernt, ähm sozusagen ge_äh ganz lesbisch sein nach außen zu zeigen [Interviewer: hm] ähm ist hier Gott sei Dank ähm äh ähm kein Anlass für Diskriminierung.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 392)

Sie tut dies auch aus dem Antrieb heraus, Kontakte mit anderen lesbischen Frauen zu bekommen, um so ihrer lesbischen Identität einen gewohnten Sinnzusammenhang zu geben. Wie sich jedoch im Interview zeigt, nehmen die Pfleger*innen das *Outing* der Pflegebedürftigen zwar wohlwollend und un-

terstützend wahr, beziehen dies aber nicht in die Pflege ein. Sie ermitteln nicht, was im Sinne einer Biografiearbeit aus den neuen Erkenntnissen für die Pflegeplanung resultieren könnte oder welche Bedürfnisse nun formulierbar werden (Gerlach und Schupp 2018, S. 428). Die Pflegebedürftige verbleibt trotz ihres Outings in ihrer Homosexualitätsbezogenen Einsamkeit, da ihr Bedürfnis nach einem Kontakt zu anderen lesbischen Frauen nicht aufgenommen wird.

„Also als Lesbe in einem Pflegeheim ist da eine Sache zum Beispiel verdammt schlecht zu machen. -- Also wie soll ich hier an irgendwelche... Also die Pflegekräfte hier sind halt äh hetero und ich glaube, dass es irgendwie... es gibt – oh weia, es gibt halt leider keine Wunder. Dass äh w_wenn ich nicht hier rauskomme selber, dann kann ich halt auch keine Lesben kennenlernen.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 659 f.)

In diesem Beispiel wäre hier für die Pflegenden möglich gewesen, Kontakt zu Einrichtungen der LSBTI-Szene in der nahe gelegenen Großstadt aufzunehmen, um ggf. einen Besuchsdienst durch eine lesbische Frau zu initiieren.

Anders verhält es sich bei einem pflegebedürftigen schwulen Mann, der ebenso in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnt. Er ist dort als schwuler Mann bekannt, und sein Partner, der ihn täglich besuchen kommt, wird in die Betreuung und in die Pflege einbezogen. Durch die offene Lebensweise einer lesbischen Stationsleitung konnte zwischen ihr und dem Paar eine fast freundschaftliche Beziehung geknüpft werden, die mit dazu beiträgt, dass sich der schwule Heimbewohner als solcher psychisch wie physisch in der Einrichtung wohlfühlt (Gerlach und Schupp 2018, S. 224).

Ebenso eine Herausforderung in der Interakti-

on mit homosexuellen Pflegebedürftigen ist der **Umgang mit der vermeintlichen Homosexualität**. Nicht allen Bewohner*innen gelingt es, sich im Pflegesetting zu *outen* – vielleicht deshalb, weil es ihnen zeitlebens nicht gelungen ist. Und doch gibt es u. U. sichtbare Zeichen. So beschreibt eine Pflegefachkraft im Interview die Wohnung eines pflegebedürftigen Mannes. Dort hängen sehr viele Fotos des Pflegebedürftigen mit einem Mann, die für die Pflegenden auf eine Beziehung der beiden hinweisen. Der Pflegebedürftige hingegen bezeichnet diesen anderen Mann gegenüber den Pflegenden als einen „Kollegen“, der bei ihm gewohnt und den er bis zum Tod gepflegt habe. Für seine eigene Pflege wünscht sich der pflegebedürftige Mann ausschließlich weibliche Pflegekräfte, damit – so sein Bekunden – die Nachbar*innen nicht denken könnten, er sei schwul. Zitat der Pflegefachkraft:

„Und mit den schwulen Männern, muss ich sagen, ähm_ – ich hatte vorher ja schon, das in der ambulanten Pflege war das Thema eher immer versteckt. Also man konnte sich in der Wohnung umgucken, und dann hingen da ganz viele Bilder von dem Freund, oder dem verstorbenen Freund. Der dann als Kollege bezeichnet wurde. Und das lässt man dann so stehen und akzeptiert das auch.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 709)

Objektiv betrachtet wird es vermutlich nicht der Fall sein, dass die Nachbar*innen von männlichen Pflegekräften auf eine Homosexualität des pflegebedürftigen Nachbarn schließen. Subjektiv hingegen ist dies für den pflegebedürftigen jedoch die handlungsbestimmende Realität. In seiner Vorstellung der Pflegesituation führen männliche Pflegenden zu einem ungewollten *Outing*. Da die Pflegenden wie auch die Leitung des ambulanten Pflegedienstes um die Vorbehalte des zu Pflegenden wissen, schicken sie ihm ausschließlich weibliche Pflegekräfte,

auch um ihn vor Stresssituationen zu schützen. Sie lassen seine versteckte Lebensweise stehen, akzeptieren sie und handeln, um sein Wohlbefinden zu fördern. Ihr Wissen um die versteckte Lebensweise des Pflegebedürftigen leiten die Pflegenden aus ihrer Erfahrung im Umgang mit homosexuellen Pflegenden und aus o. g. Schulungen zur Geschichte und zu Lebensweisen homosexueller Menschen ab.

Ein besonderer Aspekt lesbischer und schwuler Biografien ist deren von der Norm abweichende Struktur der Angehörigen respektive Zugehörigen. Dies stellt die **Angehörigenarbeit** vor besondere Herausforderungen. Wie angloamerikanische Studien und eine quantitative Befragung in Deutschland zeigen, pflegen Angehörige sexueller und geschlechtlicher Minderheiten im Vergleich zu heterosexuellen Menschen andere Formen sozialer Beziehungen. Während Heterosexuelle meist mit einer großen Selbstverständlichkeit für Unterstützungsleistungen auf Verwandte zurückgreifen, nutzen LSBTI meist sog. Wahlfamilien in Form von Netzwerken von Freundinnen und Freunden (Lottmann 2018, S. 22 ff.). Nicht selten gehören zu diesen Netzwerken auch Beratungseinrichtungen der LSBTI-Community und/oder der kommunalen AIDS-Hilfen. Um diese Netzwerke als Ressourcen für die Betreuung und Pflege von lesbischen Frauen und schwulen Männer nutzen zu können, müssen sie zunächst ausfindig gemacht werden. Hierfür bietet sich in besonderer Weise die **Netzwerkanalyse des Care- und Case-Managements** an (Kollak und Schmidt 2016, S. 16 f.). Auch kann die **Kontaktaufnahme zu LSBTI-Beratungsein-**

richtungen hilfreich sein, um die Möglichkeit von spezifischen Begleit- oder Besuchsdiensten zu prüfen, von denen es eine geringe Anzahl in den Großstädten Deutschlands gibt (Lottmann 2018, S. 242 f.). Für HIV-positive Menschen spielt die psychosoziale Betreuung durch Einrichtungen der AIDS-Hilfe eine wichtige Ressource für ihr psychisches und physisches Wohlergehen (Gerlach und Schupp 2018, S. 266 ff.).

Neben dem Phänomen der „Wahlfamilien“ zeigen internationale Studien unter LSBTI einen weitaus höheren Anteil von **Alleinlebenden** gegenüber heterosexuellen Menschen (Lottmann 2018, S. 232). Insbesondere um diesen Menschen Kontakte zu Gleichgesinnten zu ermöglichen, bieten sich Partnerschaften mit o. g. LSBTI-Beratungseinrichtungen wie auch mit örtlichen lesbischen und/oder schwulen Senior*innengruppen an.¹⁷ Auch hat diesbezüglich die Unterbringung unter Gleichgesinnten eine besondere Bedeutung, wie sie in einem eigenen Kapitel thematisiert wird (s. u.).

Eine auf die Lebensentwürfe und -situationen von Lesben und Schwulen wie auch auf die von Menschen mit HIV ausgerichtete Biografiearbeit setzt die **Sensibilisierung über deren Geschichte** voraus, wie dies oben im Kapitel zur Schulung von Mitarbeitenden beschrieben wurde. Es benötigt aber auch entsprechende **Instrumente** wie bspw. das Care- und Case-Management, um die oftmals verborgenen Lebensweisen und die daraus resultierenden Bedürfnisse für die Pflegeplanung sichtbar zu machen.

²⁵ Einen Überblick über bestehende schwule Seniorengruppen bietet die Homepage der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren (BISS) e. V. unter folgendem Link: www.schwuleundalter.de/adresse. Eine vergleichbare Aufstellung lesbischer Seniorinnengruppen scheint es derzeit nicht zu geben. Eine Quelle, das Vorhandensein von Gruppen zu erfragen, ist der Dachverband Lesben und Alter e. V.: <http://lesbenundalter.de>.

Sichtbarkeit herstellen – leiblich erfahrbare Willkommenskultur

Wie bereits angedeutet, herrscht noch immer eine große Unsichtbarkeit homosexueller Menschen in Einrichtungen der Altenpflege. Es handelt sich hierbei um eine **reziproke Unsichtbarkeit**: Der geringe Anteil homosexueller Menschen an der Gesamtbevölkerung und das noch immer zu beobachtende Verbergen der sexuellen Identität in der Pflegebedürftigkeit stehen in wechselseitiger Beziehung zur Nicht-Wahrnehmung homosexueller Lebensweisen durch Pflegenden. Letzteres beruht auf der vorherrschenden heterozentrierten Norm, die oftmals unbewusst dazu führt, Abweichungen nicht wahrzunehmen. Aufgrund des in sozialen Räumen vorherrschenden Mehrheitsverhältnisses von heterosexuellen gegenüber homosexuellen Menschen sowie cis-normativer Menschen¹⁸ gegenüber Trans-Personen, ist auch die Pflege heteronormativ – das heißt, stets wird zu Pflegenden zunächst Heterosexualität unterstellt. Damit werden Menschen unsichtbar gemacht, wenn sie diesen Normen nicht entsprechen. Damit sexuelle und geschlechtliche Minderheiten sichtbar werden, müssen sie vom Pflegepersonal in allen professionellen Zusammenhängen pflegerischen Handelns mitgedacht werden. Das heißt, es geht dabei nicht nur um verbale Bekundungen oder optisch sichtbare Zeichen, es geht vor allem um die **leibliche Erfahrbarkeit eines anerkennenden Klimas** ihnen gegenüber. Wie eine solche sog. leibliche Erfahrung konkret aussehen kann, beschreibt ein pflegebedürftiger Mann. Auf die Frage, warum er sich für das Angebot einer speziellen Einrichtung für HIV-positive Männer entschieden hat, sagt er:

„Weil sie sagte, es ist schwul und du kannst hier machen, was du willst, und du bist dein eigener Herr. Wir haben ein eigenes Zimmer, kann machen, gehen und kommen, wann ich will. Es ist niemand da, der mich aufhält, - oder so. Die sind alle ... Was die tun, ist alles um Sorge um mich.“
(Gerlach und Schupp 2017, S. 432)

Die Leibphänomenologie ist nach Schmitz auf ganz unterschiedlichen Ebenen der Kommunikation und des Spürens wie auch des sich Erspürens im Pflegesetting von Bedeutung (ausführlich zur Leibphänomenologie siehe Schmitz 2012). Es soll an dieser Stelle auf zwei wesentliche Phänomene eingegangen werden: auf das sog. **Einleiben** einer Atmosphäre und auf die **leibliche Kommunikation**. Atmosphären besitzen einen jeweils spezifischen Charakter, der sich auf faszinierende Schauspiele wie bspw. einen Sonnenuntergang, aber auch auf die kühle oder warme Atmosphäre der Räumlichkeit eines Pflegesettings beziehen kann (Uzarewicz und Uzarewicz 2005; Gerlach und Schupp 2017, S. 227–231). Letzteres beschreibt das Einleiben einer freundlichen oder unfreundlichen Atmosphäre gegenüber homosexuellen wie auch HIV-positiven Pflegebedürftigen. Zur Gestaltung einer freundlich aufgeschlossenen Atmosphäre in diesem Sinne gehören bspw. sichtbare Zeichen der Offenheit wie ein Regenbogenaufkleber an der Eingangstür und die Aufnahme der **Begriffe der sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt in das Leitbild** der Einrichtung. Auch ein Hinweis auf die Berücksichtigung dieser Identitäten in der Pflege (Stichwort „Vielfalt“) gehört in das Leitbild. Auch gehören weitere erfahrbare Zeichen

²⁶ „Cis“ bezeichnet Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, welches ihnen unmittelbar nach der Geburt zugesprochen wurde.



Foto: © Diakonie Bayern 2014/Stephan Minx

der Offenheit wie z. B. die Erwähnung der Thematik im Kultur- und Freizeitprogramm dazu. Leiblich erfahrbare Offenheit drückt sich auch in der **Verbalität des Umgangs** aus. Wird bspw. anerkennend von einem schwulen Pflegebedürftigen Herrn Müller oder einer lesbischen Heimbewohnerin Frau Meier gesprochen, macht es einen Unterschied zu einem möglicherweise abwertenden Sprechen von Pflegenden untereinander über „den Homo“ oder „die Lesbe auf Zimmer fünf“. Sprache spielt eine bedeutende Rolle: Herrscht ein diskriminierungsfreier Umgangston oder werden bspw. Witze zu Lasten von Minderheiten gemacht? Wird eine geschlechtergerechte Sprache gelebt? Zur Einlebung einer freundlichen Atmosphäre gehört auch der **Umgang unter den Mitarbeiter*innen** mit sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten. Wie diese Atmosphären vorbildhaft und Mut machend für den Umgang mit

der eigenen homosexuellen Identität wirken können, zeigt das Beispiel einer pflegebedürftigen lesbischen Frau in der stationären Pflege. Sie spürt einen anerkennenden Umgang unter den Pflegenden mit einem schwulen Kollegen und leitet daraus für sich das Gefühl der Sicherheit ab, sich auch *outen* zu können:

„Also ich habe ah also hier einen ähm äh beispielsweise einen Schwulen gesehen hier, beim Pflege-personal. Und da habe ich mir gedacht, na wenn der so out ist, ahm dann kann ich mir das ja wohl auch leisten.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 446)

Die Möglichkeit der **offenen Lebensweise von Mitarbeitenden** wirkt sich zum einen positiv auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden aus, was wiederum Auswirkungen auf die Gruppen der Pflegebedürftigen hat. So stellen etwa Kenel et.

al. (2018, S. 222 f.) in ihrer qualitativen Studie fest, dass lesbische, schwule, bisexuelle, transidente und intergeschlechtliche Pflegende aus der eigenen Betroffenheit heraus eine höhere Empathie gegenüber zu pflegenden LSBTI aufbringen können. Auch haben bspw. pflegebedürftige lesbische Frauen und schwule Männer ein großes Bedürfnis, ebenso wie in ihrem bisherigen Leben, auch in der Pflegebedürftigkeit weitestgehend unter Gleichgesinnten zu sein (hierzu mehr im folgenden Kapitel). Hierzu gehört u. a. das Erkennen homosexueller Pflegender (Gerlach und Schupp 2014, S. 280–282). Eine weitere Dimension der offenen Lebensweise von LSBTI-Pflegenden liegt in der **Vorbildfunktion gegenüber LSBTI-Pflegebedürftigen**. Wie Gerlach und Schupp (2018, S. 281) in ihrer qualitativen Studie zeigen, fühlen sich homosexuelle Pflegebedürftige zu ebensolchen Pflegenden hingezogen und suchen aktiv Kontakt zu ihnen, wie das folgende Zitat eines pflegebedürftigen schwulen Mannes zeigt:

„Und_ähm na ja und, es ist natürlich auch so, dass von der Familie hier etliche Leute anwesend sind in der Arbeit. Und so ein paar kenne ich, und_ähm – nicht alle machen das so ganz offen, das muss auch nicht sein, das äh, aber ähm ich hab dann schon den einen oder anderen Anlaufpunkt.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 473)

Offen lebende homosexuelle Mitarbeitende haben nicht nur die hier beschriebene Vorbildfunktion, ihre Nähe wird auch aus dem Bedürfnis heraus gesucht, unter Gleichgesinnten sein zu wollen, welches im folgenden *Diversity*-Merkmal aufgegriffen und beschrieben wird.

Gemeinschaft mit Gleichgesinnten fördern – unter seinesgleichen/ihresgleichen sein

Wie die Studie von Gerlach und Schupp (2017, S. 41) zeigt, haben die befragten pflegebe-



Foto: © Diakonie Bayern 2014/Stephan Minx

dürftigen Lesben und Schwulen ein großes **Bedürfnis, unter Gleichgesinnten zu sein**. Sie haben Angst, alleine unter ansonsten heterosexuellen Menschen zu sein. Es geht hierbei meist um einen **integrativen Ansatz**, der die Gemeinschaft mit Gleichgesinnten in einem Setting mit nicht-homosexuellen Menschen ermöglicht, wie dies eine pflegebedürftige lesbische Frau exemplarisch beschreibt:

„Also als einzige Lesbe irgendwo so in einem Haus mit nur äh Heteropaaren halt zu sitzen, hätte ich auch keinen Bock drauf. Oder auch wenn es keine Paare sind. Wäre schon schön, wenn das einfach als ganz normal akzeptiert, und sind eben halt auch noch ein paar andere dabei. Aber ich müsste das auch nicht haben, dass da eben keine Heteros sein dürften, oder so was.“ (Zitat aus dem Interviewmaterial, beschrieben unter Gerlach und Schupp 2018, S. 498)

Das in der genannten Studie formulierte Bedürfnis deckt sich mit den Wünschen in früheren Befragungen homosexueller Menschen zu Einrichtungen der Altenhilfe. Eher wenige der Befragten wünschen sich spezifische Einrichtungen allein für lesbische Frauen und/oder für schwule Männer. Vielmehr geht es ihnen darum, in Einrichtungen leben zu können, in denen auch andere homosexuelle Menschen sind (vgl. Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz 2015, S. 35–37; Landeshauptstadt München 2004).

Sich unter Gleichgesinnten zu befinden, hat mehrere Dimensionen. Es geht zum einen darum, Kontakte mit Menschen zu pflegen, denen gegenüber man sich nicht erklären muss. Es geht vor allem aber darum, die eigene Identität im Kontakt zu Gleichgesinnten zu stärken. Letzteres bedeutet, **sich selbst durch andere bestätigt zu fühlen**. Wie die Geschichte

homosexueller Menschen zeigt, haben sie zu allen Zeiten Subkulturen entwickelt, um sich so (Schutz-)Räume zu schaffen, in denen die Selbst- und Fremdbestätigung gelebt und erfahren werden konnte und kann.

Eine weitere Dimension des Merkmals „unter Gleichgesinnten sein“ ist das Erkennen von homosexuellen Menschen unter den Mitarbeitenden von Pflegediensten und stationären Einrichtungen. Dies bedeutet nicht zwingend, freundschaftliche Beziehungen bspw. zu homosexuellen Pflegenden zu führen. Vielmehr geht es darum, die Homosexualitäten von Mitarbeitenden und den gelebten Umgang damit als Atmosphäre und als Vorbildfunktion für die eigene, ggf. offene Lebensweise wahrzunehmen. Wie das folgende Beispiel zeigt, kann eine solche Vorbildfunktion sogar soweit wirken, den bis dato versteckt lebenden homosexuellen Menschen Mut zu machen, sich gegenüber seinem*ihrem Umfeld zu öffnen. So berichtet eine schwerstpflegebedürftige Lesbe, ihre lesbische Lebensweise vor ihrer Pflegebedürftigkeit aus Angst vor gesellschaftlichen Ausschlüssen versteckt zu haben (Gerlach und Schupp 2018, S. 391). Wie im Kapitel „Mitarbeitende schulen ...“ (s. o.) bereits zitiert, wird bei ihr, u. a. motiviert von der Beobachtung eines anerkennenden Umgangs im Kollegium mit einem homosexuellen Pfleger, ein Prozess in Gang gesetzt, der letztlich zu einem *Outing* in der Pflegeeinrichtung und damit zu einer Zufriedenheit mit ihrer lesbischen Identität führt (Gerlach und Schupp 2017, S. 652).

Um dem Bedürfnis homosexueller Pflegebedürftiger, unter Gleichgesinnten zu sein, auch in einem Pflegesetting zu begegnen, bietet es sich an, die räumlichen Gegebenheiten dahingehend aktiv zu gestalten. Dem leisten der gegenwärtige Trend des Rückbaus sog. Bettenhäuser zugunsten kleinerer Einheiten

wie auch die Entwicklung ambulanter Pflegegemeinschaften Vorschub. So kann leichter auf mögliche Bedürfnisse reagiert werden, wie dies das folgende Beispiel einer befragten Pflegefachkraft zeigt, die die lesbische Identität zweier Pflegebedürftiger in die **Wohnraumplanung** einbezieht:

„Ich kann Dir nur als Beispiel sagen, wir hatten diese Woche etwas zu klären, ja? – [...] das heißt, da sind drei Plätze frei. – Und da habe ich mit – der [...] (Frauennamen), die das vor allen Dingen organisiert, besprochen: ‚Wie wäre es denn? – Wenn wir ah, die Patientin in diese WG umziehen und dann kann ihre Freundin, die da auch Interesse hat, dann können die zusammenziehen.‘ – So. Das haben wir jetzt organisiert.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 434)

Unter Gleichgesinnten zu sein, bedeutet für homosexuelle wie auch für HIV-positive Pflegebedürftige, **Anschlüsse an frühere Lebensweisen und Gewohnheiten** zu schaffen. Um bspw. an die gelebte Kultur innerhalb der *LSBTI-Community* anzuschließen, können Vernetzungen von Pflegediensten und stationären Einrichtungen mit Einrichtungen der *LSBTI-Community* fördernd wirken. Ebenso können Vernetzungen mit den lokalen AIDS-Hilfen positiv wirken. Über solche Vernetzungen können bspw. Besuchsdienste, die pädagogische Betreuung durch die Mitarbeitenden der AIDS-Hilfen oder die Teilnahme an spezifischen Treffpunkten auch in der Pflegebedürftigkeit organisiert werden. Dies zeigt das Beispiel einer Einrichtung für schwule Männer, die einen Begleitservice für ihre Bewohner organisiert, damit diese an ihre Gewohnheiten anschließen können. So kann ein schwuler Mann durch diesen Begleitservice auch in der Pflegebedürftigkeit weiterhin an einer Selbsthilfegruppe für ältere schwule Männer partizipieren:

„Und auch äh zum Beispiel zum Thema Beschäftigung, wir haben ja oben einen Patienten, der äh_ – zunehmend sehr dement ist, der geht zum Beispiel zu den [...] (Gruppe für ältere Schwule) [...] Das steht auch in der Pflegeplanung. Der geht ein bis zweimal in der Woche wird er abgeholt [...].“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 657)

Geschlechtsgewünschte Pflege ermöglichen – genderspezifische Bedürfnisse

Das Bedürfnis Pflegebedürftiger, das Geschlecht der sie Pflegenden zu wählen, unterliegt in Deutschland noch immer den strukturellen und personellen Gegebenheiten und weniger verpflichtenden Regelungen. Bereits der Gesetzgeber bleibt diesbezüglich vage. In SGB XI, §1, Abs. 5, heißt es, geschlechterspezifische Bedürfnisse sollen berücksichtigt werden. Einer Studie des Zentrums für Qualität in der Pflege aus dem Jahr 2015 zufolge zeigen Erfahrungen von Pflegebedürftigen, dass diese Wünsche aufgrund institutioneller Umstände (wie bspw. eingeschränkte zeitliche Kapazitäten Pflegenden und häufiger Personalwechsel) zurückgestellt werden. Die Studienteilnehmenden geben bezogen auf die Körperpflege differenzierte Wünsche an, von Pflegenden des eigenen oder auch von solchen des anderen Geschlechts gepflegt werden zu wollen. Deutlich mehr Frauen haben demnach das Bedürfnis, von Frauen gepflegt zu werden (Heusinger et al. 2015b, S. 8 f.). Wird dieses Bedürfnis aufgrund der genannten strukturellen Umstände ignoriert, kann es bei den Pflegedürftigen ein **schambesetztes Unbehagen** auslösen. Die Erfahrung der fehlenden Selbstbestimmung in dem intimen Bereich der Körperpflege, verbunden mit dem in der Pflege systemimmanenten Machtgefälle zwischen Pflegepersonal und Pflegenden, zeigt die Abhängigkeit auf und verstärkt das Gefühl der Ohnmacht Pflegebedürftiger. Dies wirkt sich negativ auf das Selbstwertgefühl aus. Es trägt auch dazu bei, dass viele Pflegebe-

dürftige sich nicht beschweren, sondern solche Situationen der Grenzüberschreitung hinnehmend ertragen müssen (Heusinger et al. 2015a, S. 52–60; Heusinger et al. 2015b).

In der Studie von Gerlach und Schupp (2017) wurden ausschließlich lesbische Frauen und schwule Männer in der Pflegebedürftigkeit befragt. Auch hier äußerten die Befragten im Kontext der Körperpflege deutliche Wünsche bezogen auf das Geschlecht. Besonders ausgeprägt war dies bei den befragten lesbischen Frauen. Für einige von ihnen war eine geschlechtsgleiche Pflege gar das ausschlaggebende Kriterium für die Wahl des Pflegedienstes, wie dies eine Interviewprobandin exemplarisch beschreibt:

„Also es ist so, dass ich halt, also wirklich bewusst diesen, dass ich bewusst diesen diesen muslimischen Pflegedienst gewechselt habe, weil die sehr viel Wert darauf legen ... Also in in in der muslimischen und Tradition, und die ich halt also auch von von von zuhause aus ein Stück kenne, weil ich sehr gute Freunde hatte, die Muslima waren, ist es halt so, dass einen sehr getrennten Frauenbereich gibt und einen getrennten Männerbereich.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 410)

Eine der befragten weiblichen Pflegekräfte begründet das Bedürfnis lesbischer Frauen nach einer geschlechtsgleichen Pflege nicht nur mit ihrer geschlechtlichen Identität, sondern auch mit ihrem auf Frauen ausgerichteten Lebensentwurf. Sie nennt dies „im Frauenbild leben“ (Gerlach und Schupp 2018, S. 278).

Die Befriedigung des Bedürfnisses einer geschlechtsgewünschten Pflege bedeutet, **Pflegebedürftigen ihre Menschenwürde und ihre Selbstbestimmung zu belassen**, respektive ihnen diese zu gewähren. Dies muss nicht nur in der Pflegeplanung berücksichtigt werden,

auch die Rahmenbedingungen (Zeit- und Personalstruktur) müssen entsprechend angepasst werden.

Neben der geschlechtsgewünschten Pflege spielen im Kontext genderspezifischer Bedürfnisse auch bei Lesben und Schwulen **Aspekte der Geschlechtlichkeit** eine wichtige Rolle. Diese sind u. U. eng verbunden mit der jeweiligen sexuellen Identität, wie das Beispiel einer pflegebedürftigen lesbischen Frau zeigt: Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit erfährt sie eine nachlassende Berücksichtigung individueller Pflegemaßnahmen, auf deren Umsetzung sie selbst immer weniger Einfluss nehmen kann. Die Pflegebedürftige fühlt sich daher in ihrer geschlechtlichen Selbst- und Fremdwahrnehmung als Frau wie auch als lesbische Frau bedroht und vielmehr als Objekt bzw. als Neutrum behandelt. Aufgrund ihrer zunehmenden Pflegebedürftigkeit ist der Ort der Pflege vom Bad ins Bett verlegt worden. Dies führt in der Interaktion mit Pflegenden dazu, dass in ihrer Wahrnehmung Aspekte ihres Frauseins nicht mehr bedacht werden:

„Also ich muss sagen, ähm solange es mir noch etwas besser ging und ich im Badezimmer versorgt werden konnte, konnte ich selbst mehr meine Wünsche realisieren, [...] Da konnte ich selbst mehr in der Situation darauf aufpassen, dass meine Wünsche ähm erfüllt werden konnten und es klappte gut und ich war sehr zufrieden mit dem Pflegedienst. Und ähm, seit sich, seit sich die Situation verschlechtert hat, dass ich im Bett gepflegt werden muss, ähm hat es sich dahingehend in meinen Augen verschlechtert, dass ä_ähm Kleinigkeiten, die ich in der Grundpflege oder in der Körperpflege für mich individuell persönlich haben möchte, nicht mehr beachtet werden.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 463)

Für die Pflegebedürftige geht es nicht nur um ihr Bedürfnis, sich als Frau zu fühlen, sie betont im Interview auch, dass diese und andere Aspekte der Kleidung und der Körperpflege für sie wichtig sind, bspw. die Rasur ihrer Arme und Beine, um sich gegenüber ihrer Partnerin als lesbische Frau¹⁹ wohl zu fühlen (Gerlach und Schupp 2018, S. 332). Es geht hierbei beispielhaft um die Verknüpfung der beiden AEBDLs „sich kleiden können“ (5) und „die eigene Sexualität leben können“ (10).

HIV-Medikation sicherstellen – Sicherheit geben

Auch wenn eine erfolgreiche Medikation HIV-positiven Menschen eine normale Lebenserwartung gewährleistet, so bedeutet ein Verlust der Medikation in der Regel den Ausbruch von AIDS und den nahen Tod. Menschen mit einer HIV-Infektion benötigen die Sicherheit, lebenswichtige Medikamente auch dann regelmäßig in der notwendigen Dosierung zu erhalten, wenn sie selbst aufgrund von physischen und/oder psychischen Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage sind, diese selbstständig einzunehmen. Hierzu ein pflegebedürftiger schwuler Mann, dem es in seiner psychischen und physischen Verfasstheit ein wichtiges Anliegen ist, die Verantwortung für seine Medikamente abgeben zu können:

„Was die tun, ist alles um Sorge um mich. Dass ich immer meine Medikamente nehme.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 432)

Ein wesentlicher Aspekt einer solchen **Medikamentensicherheit** ist der angstfreie Umgang mit der HIV-Infektion. HIV-positive Menschen haben ein Bedürfnis, sich nicht erklären oder gar rechtfertigen zu müssen.

Zum Aspekt der Medikamentensicherheit gehört auch die **Gewährleistung einer fachärztlichen Betreuung**, die von Seiten der ambulanten Pflegedienste oder stationärer Einrichtungen organisiert werden muss, da Fachärzt*innen für HIV und AIDS nur selten Hausbesuche machen. Eine solche fachärztliche Betreuung kann durch eine Vernetzung der behandelnden Hausärzt*innen mit Fachärzt*innen für HIV und AIDS gewährleistet werden.

Schutz und Sicherheit gewährleisten – Antidiskriminierungsmanagement

Wichtig für ein Klima der erfahrbaren Offenheit und der Sicherheit ist das Vorhandensein eines **Antidiskriminierungsmanagements**, wie dies ein schwuler Mann im Betreuten Wohnen einer stationären Pflegeeinrichtung beschreibt. Er wird Zeuge der Diskriminierung einer transsexuellen²⁰ Person, vermutlich durch einen Mitbewohner. Ebenso wird er Zeuge, wie die Leitung der Einrichtung eine klare Haltung einnimmt, sich die Diskriminierung in der Einrichtung verbittet und mit Sanktionen droht:

„Wir hatten hier mal so eine Sache, dass eine Transsexuelle, die hier arbeitet, äh, dass die diskriminiert wurde. Und die wurde, da wurde der,

²⁷ Es handelt sich hier um individuelle Bedürfnisse einer pflegebedürftigen lesbischen Frau, die keinesfalls verallgemeinert werden können. Es geht vielmehr darum, das subjektive Wohlbefinden Pflegebedürftiger zu stärken, indem auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen wird.

²⁸ Es kann hier nicht gesagt werden, ob es sich um eine transsexuelle oder eine transidente Person handelt. Dies zu interpretieren lässt die Aussage des Interviewprobanden nicht zu. Daher wird die Ausdrucksweise des Probanden verwendet.



Foto: © Diakonie Bayern 2014/Stephan Minix

der da was gesagt hatte, aber scharf rangenommen vom Haus, und gesagt, beim nächsten mal findest du hier den Ausgang. Das dulden wir hier nicht.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 445)

Dem schwulen Mann wird über die Beobachtung dieser Situation ein **Gefühl der eigenen Sicherheit vermittelt**. Er weiß um die Haltung der Leitung und der Mitarbeitenden und deren Reaktionen auf Diskriminierungen. Über diese Erfahrbarkeit hinaus sollte der **Schutz von Minderheiten in die Hausordnung** als sichtbares Bekenntnis aufgenommen werden.

Wie das Beispiel zeigt, vermittelt die Erfahrung einer gelebten Sanktionierung diskriminierenden Verhaltens dem homosexuellen Bewohner Sicherheit für die eigene offene Lebensweise. Der Facharbeitskreis schlägt die Etablierung eines Antidiskriminierungsmanagements und die **Etablierung einer unabhängigen Ansprechperson** (Ombudsperson) vor, an die sich Betroffene bei der Wahrnehmung von Diskriminierungen oder anderen Übergriffen wenden können.

Zu einem wirkungsvollen Antidiskriminierungsmanagement gehört auch, Räume zu schaffen, in denen Pflegende ihre Ressentiments aussprechen und so reflektieren können. Pflegende sto-

ßen in bestimmten Situationen an ihre Grenzen, wie dies eine Pflegefachkraft im Kontext der körperlichen Sexualität Pflegebedürftiger erläutert:

„Und da irgendwie jetzt, wenn die Patienten Sex hatten, Sperma wegzuwischen, das da stoßen schon viele an ihre Grenzen. [Interviewer: mhm] Dafür ist es aber dann gut, wenn man dann darüber spricht.“ (Gerlach und Schupp 2017, S. 449)

Im Kern des oben angeführten „Umgangs mit dem Anderen an dem oder der Anderen“ geht es darum, **Pflegende zur Selbstreflexion zu befähigen**. Hierfür bedarf es entsprechender institutionalisierter Räume, wie bspw. Fallbesprechungen oder Supervisionen, in denen Mitarbeitende offen über ihre Erfahrungen und Vorbehalte sprechen können, um so ihre eigenen, aber auch die Denk- und Handlungsmuster von Pflegebedürftigen respektive Bewohner*innen zu reflektieren. Nur so kann eigenes und fremdes diskriminierendes Verhalten erkannt und verändert werden. Auf der Leitungsebene von ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen geht es darum, Unterstützungsbedarfe von Pflegenden zu erfragen und ihnen örtlich wie zeitlich Räume während der Arbeitszeit zu ermöglichen.

5. Ein Wort zum Schluss

Anhand der in diesem Index beschriebenen *Diversity*-Merkmale einer guten Pflege für lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV im Alter ist aufgezeigt worden, wie eine Pflege praktisch aussehen kann, damit die Identitäten und damit die Autonomie dieser Menschen gestärkt werden. Auch ist gezeigt worden, wie eine solche Pflege Schutz vor Diskriminierungen und anderen Übergriffen bieten kann.

Sich in der Pflege als Subjekt zu erfahren und bestätigt zu werden, ist kein Phänomen, welches nur lesbische Frauen, schwule Männer und Menschen mit HIV betrifft. Vielmehr handelt es sich hierbei um ein grundlegendes Bedürfnis, das hier anhand der Pflege der genannten Zielgruppen exemplarisch ausdifferenziert worden ist. Mit der Übertragung eines meist theoretischen *Diversity*-Begriffs in die Praxis des Pflegerischen Handelns ist insbesondere durch den Einbezug empirischer

Daten gezeigt worden, wie es gelingen kann, die Subjektivität Pflegebedürftiger zu stärken. Wir hoffen, damit einen Index vorgelegt zu haben, der seine Berücksichtigung im Feld der Altenpflege findet. Auch hoffen wir, eine Basis für weiterführende Entwicklungen gelegt zu haben. Wir verstehen diesen Index als Anfang eines Prozesses hin zu einer subjektorientierten Pflege, die sich in der Pflegewissenschaft wie auch in Pflegekonzepten wiederfindet.

Unser Dank gilt allen Beteiligten des Facharbeitskreises „BISS-Index – gute Pflege“. Wir danken für das Einbringen von Erfahrungen und Expert*innenwissen. Auch danken wir für die aufgebrauchte Zeit im Einsatz für eine professionelle Pflege, die Minderheiten aktiv einbezieht und in ihrer Identität stärken möchte.

Silke Eggers für die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)
Markus Schupp und **Reinhard Klenke** für den Vorstand von BISS e. V.



Foto: depositphotos.com/galärer

6. Quellen und weiterführende Literatur

- Almack, Kathryn (2016):** Dying, Death and Bereavement, in: Abbie E. Goldberg (Hg.): The Sage encyclopedia of LGBTQ studies, Los Angeles u. a., S. 342–347
- Almack, Kathryn; Crossland, John (2018):** Erfahrungen von LSBT*-Patient_innen am Ende ihres Lebens. Die Situation Sterbender in England und Erkenntnisse der Studie „The Last Outing“, in: Pflege&Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Schwerpunktheft Gleichgeschlechtliches Leben und Pflege im Alter, 23, 2018, Heft 3, S. 245–261
- Almack, Kathryn; Yip, Andrew; Seymour, Jane; Sargeant, Anita; Patterson, Anne; Makita, Meiko (2015):** The Last Outing. Exploring of end of life experiences and care needs in the lives of older LGBT-people - a final report, www.nottingham.ac.uk/research/groups/ncare/documents/projects/srcc-project-report-last-outing.pdf
- Bachmann, Anne (2013):** Lebenssituationen und Diskriminierungserfahrungen schwuler und bisexueller Männer, www.berlin.de/sen/lads/_assets/schwerpunkte/lstbi/materialien/schriftenreihe/g-32-studie-sb-diskr-bachmann_bf.pdf
- Bachmann, Ulrich; Frommhold, Sonja; Gerlach, Heiko; Goumet, Monique; Habert, Ulrike; Markus, Katrin et al. (2009):** Homosexualität und Alter. Informationen für Beschäftigte in der Altenpflege, 1. Aufl., hg. v. Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit. Wiesbaden, <https://soziales.hessen.de/familie-soziales/familie/gleichgeschlechtliche-lebensweisen/homosexualitaet-im-alter>
- Darmann-Finck, Ingrid (2006):** Professionelle PatientInnenversorgung durch Biografieorientierung, in: ipp info 2, 2006, Heft 3, S. 1 f., www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no3.pdf
- Ehret, Rebekka (2011):** Diversity. Modebegriff oder eine Chance für den strukturellen Wandel, in: van Keuk, Eva; Ghaderi, Cinur; Joksimovic, Ljiljana; David, Dagmar M. (Hg.): Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. 1. Aufl., Stuttgart, S. 43–53
- Frederiksen-Goldsen, Karen I.; Kim, Hyun-Juan; Hoy-Ellis, Charles P.; Goldsen, Jayn; Jensen, Diana; Adelman, Marcy et al. (2013):** Addressing the Needs of LGBT Older Adults in San Francisco. Recommendations for the Future, <http://depts.washington.edu/agepride/wordpress/wp-content/uploads/2013/07/SF-LGBTOlderAdultsFINAL7-10-13.pdf>
- Friesacher, Heiner (2008):** Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Göttingen
- Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2014):** Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegeversorgungsfonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI- ÄndG). Berücksichtigung vielfältiger Lebensweisen in der Pflege – Kultursensible Pflege von Lesben und Schwulen, Hamburg, Köln, http://schwuleundalter.de/wp-content/uploads/2016/05/Stellungnahme-zu-5.-SGB-XI-%C3%84ndG-Gerlach_Schupp.pdf

- Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2017):** Eine Theorie der Anerkennung von Homosexualitäten in der Altenpflege, Dissertation, Universität Bremen, <https://d-nb.info/1149220007/34>
- Gerlach, Heiko; Schupp, Markus (2018):** Homosexualitäten in der Langzeitpflege. Eine Theorie der Anerkennung, Berlin
- Gerlach, Heiko; Szillat, Christian (2017):** Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg, Wiesbaden
- Ghaderi, Cinur; Lenz, Ilse (2011):** *Diversity, Gender, Intersektionalität: Von der modernen Gleichheitsrhetorik zu der geschlechter-egalierenden Praxis*, in: van Keuk, Eva; Ghaderi, Cinur; Joksimovic, Ljiljana; David, Dagmar M. (Hg.): *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*, 1. Aufl., Stuttgart, S. 117–131
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1965):** *Awareness of dying*, Chicago
- Habermann, Monika (2003):** Interkulturelle Kompetenz. Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege?, in: *Pflege&Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 8, 2003, Heft 1, S. 11–16
- Hanses, Andreas (2006):** Biografieforschung in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, in: *ipp info* 2, Sommer 2006 (03), S. 2 f., www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no3.pdf
- Heusinger, Josefine; Berndt, Sina; Dummert, Sabine (2015a):** Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern. Teilstudie des ZQP-Projekts Bedürfnisgerechte Pflege, Abschlussbericht, www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_01_13_Abschlussbericht_Bewohnerbefragung_geschlechtsspezifische_Pflege_vf.pdf
- Heusinger, Josefine; Kammerer, Kerstin; Berndt, Sina; Dummert, Sabine (2015b):** Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und Bewohnern. Teilstudie des ZQP-Projekts Bedürfnisgerechte Pflege, Kurzbericht, www.zqp.de/wp-content/uploads/2016_05_13_Kurzbericht_Bewohnerbefragung_geschlechtsspezifische_Pflege_vf.pdf
- Hoffschildt, Rainer (2002):** 140.000 Verurteilungen nach „§175“, in: Stefan Micheler (Hg.): *Denunziert, verfolgt, ermordet. Homosexuelle Männer und Frauen in der NS-Zeit*, 1. Aufl., Hamburg, S. 140–149
- Kenel, Philipp; Gather, Claudia; Lottmann, Ralf (2018):** Das war noch nie Thema hier, noch nie! Sexuelle Vielfalt in der Altenpflege – Perspektiven für ein *Diversity Management*, in: *Pflege&Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, Schwerpunktheft Gleichgeschlechtliches Leben und Pflege im Alter, 23, 2018, Heft 3, S. 211–228
- Klie, Thomas (2014):** *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*, München
- Koall, Iris (2002):** Grundlegungen des Weiterbildungskonzepts. *Managing Gender & Diversity / DiVersion*, in: dies. (Hg.): *Vielfalt statt Lei(d)tkultur. Managing gender & diversity*, Münster, S. 1–26
- Kollak, Ingrid; Schmidt, Stefan (2016):** *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*, Berlin, Heidelberg

- Krell, Claudia (2014):** Alter und Altern bei Homosexuellen, 1. Aufl., neue Ausg., Weinheim
- Krohwinkel, Monika (2013):** Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis, 1. Aufl., Bern
- Landeshauptstadt München (2004):** Unterm Regenbogen. Lesben und Schwule in München, Ergebnisse einer Befragung durch die Landeshauptstadt München, München, www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:cb6a4d97-2896-4378-affbf661602cf7db/unterm_regenbogen.pdf
- Langer, Phil C. (2014):** 50plushiv. Psychosoziale Aspekte des Älterwerdens mit HIV und AIDS in Deutschland, Kurzbericht zu den Ergebnissen der Experteninterviews, Frankfurt a. M.
- Lexikon zur Soziologie (2011):** 5., überarb. Aufl., Wiesbaden
- Linschoten, Manon; Lottmann, Ralf; Lauscher, Frédéric (2016):** „The Pink Passkey“. Ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen, in: Lottmann, Ralf; Lautmann, Rüdiger; Varela, Castro; do Mar, María (Hg.): Homosexualität_en und Alter(n). Ergebnisse aus Forschung und Praxis, Wiesbaden, S. 227–241
- Lottmann, Ralf (2018):** LSBT*I-Senior_innen in der Pflege. Zur Relevanz und Besonderheiten sozialer Netzwerke und der Arbeit mit Angehörigen, in: Pflege&Gesellschaft. Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Schwerpunktheft Gleichgeschlechtliches Leben und Pflege im Alter, 23, 2018, Heft 3, S. 229–245
- Lottmann, Ralf; Kollak, Ingrid (2018):** Eine diversitätssensible Pflege für schwule und lesbische Pflegebedürftige. Ergebnisse des Forschungsprojekts GLESA, in: International Journal of Health Professions 5, 2018, Heft 1, S. 53–63
- Meyer, Ilan H. (2003):** Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. Conceptual Issues and Research Evidence, in: Psychological Bulletin 129, 2003, Heft 5, S. 674–697, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz (2015):** Rheinland-Pfalz unterm Regenbogen. Lebenssituation von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Transsexuellen, Transgender und Intersexuellen in Rheinland Pfalz, Auswertungsbericht zur Online-Befragung von Juni bis Oktober 2013, <https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/MFFJIV/Vielfalt/Langfassung.pdf>
- Plett, Angelika (2002):** Managing Diversity. Theorie und Praxis der Arbeit von Lee Gardenswartz & Anita Rowe, in: Koall, Iris (Hg.): Vielfalt statt Lei(d)tkultur. Managing gender & diversity, Münster, S. 99–112
- Plummer, Ken (1973):** Awareness of Homosexuality, in: Bailey, Roy Victor; Young, Jock (Hg.): Contemporary social problems in Britain, Farnborough, S. 103–125, <https://kenplummer.files.wordpress.com/2012/07/awareness-of-homosexuality.pdf>
- Rat & Tat Zentrum für Schwule und Lesben e. V. (2009):** Lebendige Vielfalt – Schwule und Lesben in Bremen. Zur aktuellen Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Land Bremen (2008). Ergebnisse der Fragebogenaktion Lebendige Vielfalt, www.ratundtat-bremen.de/PDF-Archiv/Downloads-Beratung/Fragebogenaktion-Lebendige-Vielfalt-2008.pdf

Remmers, Hartmut (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft, Bern

Schmauch, Ulrike; Braukmann, Stefanie; Göttert, Margit; Habert, Ulrike; Schüller, Elke; Knijff, Corry (2007): Lesbische Frauen im Alter. Ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben, Ergebnisse einer empirischen Untersuchung und Empfehlungen für die Praxis, www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Kontakte/ProfessorInnen/Ulrike_Schmauch/lesbische-frauenimalter.pdf

Schmitz, Hermann (2012): Kurze Einführung in die neue Phänomenologie, 3. Aufl., Freiburg i. Br., München

Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege, Stuttgart

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

Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt am Main

Wilkinson, Richard; Marmot, Michael (2003): Social Determinations of Health. The solid facts, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

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



BISS
Bundesinteressenvertretung
schwuler Senioren e.V.

www.schwuleundalter.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend